



Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique

Lise Dassieu

► To cite this version:

Lise Dassieu. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique. Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2015. Français. <NNT : 2015TOU20034>. <tel-01254879>

HAL Id: tel-01254879

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01254879>

Submitted on 12 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse - Jean Jaurès

Discipline : SOCIOLOGIE

Présentée et soutenue par

Lise DASSIEU

Le lundi 28 septembre 2015

Titre :

**Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale :
les appropriations d'une politique publique**

École doctorale:
TESC

Unité de recherche :
LISST-CERS, UMR 5193

Jury :

Géraldine BLOY, Maîtresse de conférences en sociologie, Université de Bourgogne
Anne-Chantal HARDY, Directrice de recherche CNRS, DCS, Nantes (*rapporteuse*)

Michel KOKOREFF, Professeur de sociologie, Université Paris VIII

Stéphanie MULOT, Professeure de sociologie, Université Toulouse - Jean Jaurès
François-Xavier SCHWEYER, Professeur de sociologie, École des Hautes Études
en Santé Publique, Rennes

François SICOT, Professeur de sociologie, Université Toulouse - Jean Jaurès
(*directeur de thèse*)

Marc-Henry SOULET, Professeur de sociologie, Université de Fribourg (*rapporteur*)

« La “mauvaise herbe” n’est pas une catégorie botanique, mais relève plutôt d’un jugement moral formulé à l’égard d’une plante qui n’est pas à sa place propre. »

Howard S. Becker

« Pour qu’il n’y ait pas de confusion, il semble plus opportun d’employer le terme “produit” plutôt que celui de “médicament”, ce dernier étant en effet trop connoté à l’idée d’une médecine qui guérit. En un sens, les Grecs assumaient mieux l’ambivalence avec leur “*pharmakon*” qui signifiait aussi bien remède que poison. »

Docteur Jean Carpentier, *in. La toxicomanie à l’héroïne en médecine générale*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, François Sicot, qui s'est toujours montré disponible pour un suivi rigoureux de mon travail : merci pour vos conseils toujours pertinents, pour votre professionnalisme et votre souci du détail. Merci également à Monique Membrado qui a suivi mes deux mémoires de Master et les premiers pas de la thèse.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de lire et de discuter ce travail.

Ma reconnaissance va, bien sûr, aux enquêtés qui ont participé à cette recherche, sans qui rien n'aurait pu être écrit. Merci aux médecins généralistes, aux patients et aux différents professionnels qui m'ont accordé un peu de leur temps pour un entretien. Une mention spéciale au Dr André, au Dr Joël et au Dr Laurence : merci de m'avoir ouvert les portes de vos consultations.

Merci à toutes celles et ceux qui m'ont apporté leur aide au cours du travail de terrain. Je pense en particulier à Guillaume Sudérie, qui m'a aidé à accéder à des sphères qui m'étaient inaccessibles, et a accepté à maintes reprises de partager ses connaissances sur la situation locale. À l'équipe du CAARUD de AIDES, en particulier Christine, Yan et Yannick, pour leur accueil et leur enthousiasme, pour l'intérêt qu'ils ont porté à ma recherche. À Maryse Lapeyre-Mestre et Julie Dupouy du CEIP de Toulouse, pour nos échanges interdisciplinaires. À Josiane Sabatié et Pierrette Vanel, qui m'ont amicalement accueillie dans les locaux de GRAPHITI-CIRDD et m'ont ouvert l'accès aux archives de l'association. À l'équipe du réseau Ramip, pour l'accueil favorable réservé à mon travail et le soutien dans les premiers contacts avec les médecins généralistes.

Merci également à toutes les personnes rencontrées lors de colloques et de séminaires, qui m'ont fait découvrir de nouveaux horizons de recherche stimulants.

Merci aux membres du LISST-CERS, de m'avoir accueillie chaleureusement durant ce doctorat. Leur soutien m'a permis notamment de bénéficier d'un CDU puis d'un poste d'ATER pour réaliser cette thèse dans des conditions optimales. Un remerciement spécial à l'ensemble de l'équipe « Santé » du LISST : cette thèse doit beaucoup aux riches échanges lors des séminaires-santé. Merci également aux amis doctorants avec qui j'ai partagé cette expérience : À Tristan Salord et Véronique Feyfant, qui m'ont souvent aidée à tenir debout. Je n'oublie pas Morgane Delmas, Fabien Laffont, Laurent Laffont, Caterina Thomas Vanrell, Tristan Renard, et Youri S. Vlackov, notre source d'inspiration commune.

Un grand merci à Elsa Gimenez pour ses relectures critiques (à charge de revanche...).

Enfin, merci à mes proches pour leur soutien : à ma mère, à mes amis, à Brice qui a été à mes côtés dans les bons et les mauvais moments.

Cette thèse est dédiée à ma grand-mère, Camille Dassieu.

Sommaire

<i>Remerciements</i>	5
<i>Sigles et abréviations</i>	11
INTRODUCTION. Du toxicomane au patient de la médecine générale	13
Chapitre liminaire. Une méthodologie qualitative pour accéder à des niveaux d'action imbriqués	25
1. <i>Parti-pris méthodologiques : une approche compréhensive et symétrique</i>	25
1.1. Une approche compréhensive des logiques d'action	25
1.2. Accorder le même statut au discours des patients et à celui des médecins : une approche symétrique	28
1.3. Synthèse des données recueillies.....	30
2. <i>Retour sur un itinéraire de recherche : la sociologue sur son terrain</i>	33
2.1. Les observations de consultations : une sociologue dans le colloque singulier....	34
2.2. Une ville, des terrains : les entretiens avec les médecins.....	42
2.3. Les entretiens avec les patients : des adaptations de la méthode à leurs temporalités	46
<i>Conclusion : Une démarche de recherche inspirée de la théorie ancrée</i>	51
<u>PARTIE I – LES GENERALISTES DANS LA POLITIQUE SUBSTITUTIVE : D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE A SES APPROPRIATIONS</u>	<u>55</u>
Chapitre 1. La politique substitutive à la lumière d'une triple rencontre	59
1. <i>Les médecins généralistes dans les politiques des drogues en France : d'une émergence tardive à une légitimité contestée</i>	60
1.1. De l'hégémonie du secteur spécialisé aux pratiques de substitution officielles des généralistes	60
1.2. Une « spécificité française » : Le généraliste, acteur émergent d'une tardive politique de réduction des risques	68
1.3. De l'invention d'une pratique à la crise de légitimité des généralistes : la « banalisation » de la substitution en question.....	79
2. <i>Toxicomane, usager de drogues, addict... et patient de la médecine générale ?</i>	89
2.1. Toxicomane, usager de drogues, <i>addict</i> : trois définitions pour un seul individu.	90
2.2. Les parcours de « sortie » de la drogue : quelle place pour la médecine et la substitution ?	104
3. <i>Le médicament de substitution : un objet pour la sociologie</i>	109
3.1. La substitution, médicalisation d'un problème social ?	110
3.2. « Donner de la drogue aux drogués » : les ambiguïtés qu'il y a à « substituer »	114
3.3. Prendre en compte le médicament dans une approche sociologique	120
<i>Conclusion du chapitre 1</i>	133
Chapitre 2. La substitution à Toulouse : les généralistes dans la mise en œuvre locale d'une politique publique	135
<i>Introduction. Les enjeux d'une analyse de la mise en œuvre d'une politique publique.</i>	135
1. <i>Une spécificité locale : l'absence de prescription dans les centres spécialisés entre 1995 et 2006</i>	139
1.1. Les intervenants en toxicomanie à Toulouse dans les années 1990: du refus de la prescription à la division du travail	139
1.2. De la controverse au compromis local : la délégation des prescriptions sous couvert d'une « complémentarité » des approches	145

1.3. Au-delà du compromis, la persistance de rapports de force : les médecins généralistes et le « partenariat »	151
2. <i>Des médecins généralistes acteurs de la politique locale</i>	155
2.1. Des généralistes à la tête d'un Réseau de santé.....	155
2.2. Promouvoir les bonnes pratiques substitutives en médecine générale : une mission du Réseau	160
2.3. Devenir prescripteur : la politique publique à l'épreuve du temps biographique	167
<i>Conclusion du chapitre 2</i>	171

Chapitre 3. Les généralistes et les autres soignants : du « réseau » au « système local de prise en charge » 173

1. <i>Les relations entre généralistes et autres soignants : révélatrices d'une pluralité de définitions du rôle du médecin dans la prise en charge</i>	173
1.1. Du Réseau de santé au carnet d'adresses des médecins généralistes	174
1.2. Les collaborations des généralistes autour des TSO : trois types de pratiques ...	182
2. <i>L'adressage et le carnet d'adresses des patients : révélateurs de pratiques de tri au sein d'un système local d'acteurs interdépendants</i>	198
2.1. Deux formes d'adressage aux fonctions distinctes	198
2.2. Un système local de prise en charge composé d'acteurs interdépendants	205
<i>Discussion conclusive au chapitre 3 : Comment qualifier des interdépendances locales entre acteurs sociaux ?</i>	212

PARTIE II – DE L'APPROPRIATION AU TRI : L'INCORPORATION DES TSO A LA MEDECINE GENERALE 219

Chapitre 4. Trier ses patients : comment prescrire des TSO tout en « restant généraliste » ? 225

<i>Introduction. La médecine générale : une identité professionnelle incertaine</i>	225
1. <i>Une médecine générale en tension entre diversité des clientèles et universalité de l'accès au soin</i>	228
1.1. « Rester généraliste » : la diversité de l'activité comme justification du tri	228
1.2. « Soigner tout le monde », possible en médecine générale ?	235
2. <i>Médecine curative ou médecine globale : deux conceptions de la « guérison » qui engendrent des pratiques de tri différenciées</i>	241
2.1. « C'est comme la grippe » : de la guérison-sevrage à la mise en échec d'une médecine curative.....	243
2.2. « C'est comme les diabétiques » : la réadaptation sociale comme guérison.....	249
<i>Conclusion du chapitre 4 : ce que le tri des patients en TSO enseigne au sujet du groupe professionnel des généralistes</i>	255

Chapitre 5. De la sélection à la stigmatisation : Les critères de tri et leurs conséquences sur les trajectoires des patients..... 259

1. <i>Les critères de sélection des généralistes : « gérer » les patients substitués</i>	259
1.1. Les règles du jeu : l'observance comme critère de sélection	260
1.2. La « charge de soins » ou les moyens limités de la médecine générale.....	268
1.3. Stigmates et visibilité : un tri fondé sur des attributs observables des patients...	273
2. <i>Quand le tri produit des catégories collectives : bons patients et mauvais toxicomanes</i>	280
2.1. Ingérables, indésirables : l'identité stigmatisée de <i>mauvais toxicomane</i>	281
2.2. Les <i>bons patients</i> : « stabilisation » et « intégration »	284
3. <i>Des prises en charge d'exception pour les indésirables : les inégalités d'accès aux</i>	

<i>traitements engendrés par le tri</i>	287
3.1. Le haut seuil d'exigence : une observance sous contrainte.....	288
3.2. Du bas seuil d'exigence au <i>bas seuil de soin</i>	294
3.3. Rester <i>sur le seuil</i> de la prise en charge : le marché noir en dernier recours	301
<i>Conclusion du chapitre 5</i>	305

PARTIE III – UNE RELATION EN TRAIN DE SE FAIRE : DE L'INCERTITUDE A LA ROUTINE..... 307

Chapitre 6. L'attribution du statut de patient entre soupçon et confiance : les ressources de l'expertise médicale 311

<i>Introduction. Confiance et expertise dans les interactions médecin-patient</i>	311
1. <i>Les ressources cliniques</i>	314
1.1. Le <i>feeling</i> et l'habitude : les savoirs expérimentiels des généralistes pour juger de la fiabilité d'un patient	315
1.2. L'interrogatoire et l'examen clinique : les ressources recueillies <i>sur</i> le patient..	328
2. <i>Des ressources extérieures au médecin et au patient : les objets techniques producteurs de preuves</i>	335
2.1. La preuve biologique : les tests de dépistage des toxiques, entre confiance et contrôle.....	337
2.2. La preuve administrative : les données fournies par l'assurance maladie	348
2.3. Le dossier informatisé du médecin : « mémoire de la relation »	356
<i>Conclusion du chapitre 6 : la valeur argumentative des objets-preuves</i>	362

Chapitre 7. La consultation comme lieu de confrontation des savoirs du médecin et du patient..... 365

<i>Introduction. Quel rôle pour le patient dans la « décision médicale » ?</i>	365
1. <i>Les savoirs profanes des patients substitués : entre expertise collective et réappropriations individuelles du médicament</i>	367
1.1. La structuration collective des savoirs des patients substitués : la figure de « l'expert profane »	368
1.2. Les usages profanes des médicaments de substitution : la recherche d'un rapport intime au produit	374
2. <i>Qui contrôle la prescription ? La confrontation des savoirs et des usages</i>	380
2.1. Garder le contrôle de ses prescriptions : une forme de paternalisme médical ...	381
2.2. Partager ou céder le contrôle en faisant une place aux compétences profanes : des modèles de relation moins autoritaires ?	392
<i>Conclusion du chapitre 7</i>	401

Chapitre 8. Négociations : les jalons d'une relation..... 403

<i>Introduction. Négociation et partage des savoirs</i>	403
1. <i>De la négociation dans les consultations à la construction de l'ordre négocié de la relation médecin-patient</i>	406
1.1. Les procédés de la négociation dans les interactions entre généralistes et patients en TSO.....	407
1.2. L'objectif des négociations : construire et préserver l'ordre négocié de la relation médecin-patient	417
2. <i>L'absence de négociation : de l'impossible à l'inutile</i>	425
2.1. Le recours à la coercition comme alternative à la négociation	426
2.2. Les tentatives ratées de négociation	434
2.3. Les accords obtenus sans négociation : vers une prescription de routine	440
<i>Conclusion du chapitre 8</i>	443

Chapitre 9. La prescription de routine : ne plus être un « toxicomane », devenir un patient ?..... 445

Introduction : quand les consultations perdent leur objet 445

1. Un vide non comblé : les consultations courtes 447

1.1. Les consultations courtes vues par les médecins : limiter les contraintes du traitement sur les patients « stabilisés » 448

1.2. Les consultations courtes vues par les patients : un manque de considération du médecin 451

1.3. Les consultations courtes dans les observations : une influence des contextes temporel et organisationnel 453

2. Un vide comblé par des conversations 459

2.1. Les échanges sur « la vie » du patient : une partie de la prise en charge ? 459

2.2. « Passer à côté » de la plainte : les malentendus de la routinisation 466

3. Un vide comblé par de la médecine générale 472

3.1. Devenir le médecin traitant 473

3.2. Des consultations centrées sur des problèmes somatiques : devenir un patient de la médecine générale 478

Conclusion du chapitre 9 : devenir un patient, devenir généraliste au fil des interactions 485

CONCLUSION GENERALE..... 487

L'autonomie de la médecine générale libérale au prisme de la notion de tri..... 490

Une sociologie des « sorties » sous substitution : de la dépendance aux opiacés à la dépendance au prescripteur ? 495

Une sociologie constructiviste des relations médecin-patient : les rôles en question ... 500

BIBLIOGRAPHIE 509

ANNEXES 529

RESUME..... 549

ABSTRACT 550

TABLEAUX

Tableau 1: Typologie des liens noués par les généralistes autour des TSO 205

Tableau 2 : Limitation et sélection : deux logiques de tri entrecroisées..... 223

Tableau 3 : Deux conceptions de la « guérison » 243

Tableau 4 : Les critères de sélection des généralistes et les catégorisations qui en découlent 280

Sigles et abréviations

ALD : Affection de Longue Durée (protocole de l'assurance maladie qui donne droit à un remboursement à 100% pour les soins liés à la pathologie concernée.)

AMELI : Assurance Maladie En Ligne (nom du site internet de l'assurance maladie)

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation En Santé (aujourd'hui Haute Autorité de Santé)

ANIT : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (devenue **ANITeA**, pour Addictions, puis Fédération Addictions)

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ex **AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)

ARS : Agence Régionale de Santé

ASUD : Auto Support des Usagers de Drogues (association d'usagers)

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (missions : accueil de jour, échange de seringues...)

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (devenu CSAPA en 2007)

CEIP : Centre d'Évaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIRDD : Centre d'Information Régional sur les Drogues et Dépendances

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (missions : prise en charge médicale, psychologique et sociale des addictions, prescription de TSO)

CSST : Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie (devenu CSAPA en 2007)

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (avant la réforme instituant les Agences Régionales de Santé)

DGS : Direction Générale de la Santé

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux)

ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (dans les services hospitaliers)
FFA : Fédération Française d'Addictologie
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (loi) : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (Depuis 2014, **MILDECA** pour Conduites Addictives)
MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (missions : enquêtes et statistiques)
PRA31 : Passages Réseau Addictions 31 (devenu RAMIP en 2013)
RAMIP : Réseau Addictions Midi-Pyrénées
SFSP : Société Française de Santé Publique
SIAMOIS : Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional (en milieu carcéral)
TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales
TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (enquête qualitative annuelle de l'OFDT)
TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Termes d'argot employés par les patients

Benzo : benzodiazépine
Came : héroïne
Métha : méthadone
Ordo : ordonnance
Pompe : seringue
Shoot : injection
Sub : Subutex
Taper : prendre une drogue

INTRODUCTION.

Du toxicomane au patient de la médecine générale

1. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : 20 ans après l'urgence de santé publique

Cette thèse s'intéresse à l'implication des médecins généralistes dans une politique publique liée aux drogues, la dispensation des traitements de substitution aux opiacés (TSO¹). En 1995, après une controverse de plusieurs années dans la sphère politique et dans celle du soin spécialisé en toxicomanie, la méthadone est mise sur le marché en France. Un an plus tard, une seconde molécule, la buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex)², est commercialisée avec possibilité de prescription par tout médecin, généraliste ou spécialiste³. À cette époque, les pouvoirs publics doivent endiguer la progression du sida parmi les injecteurs d'héroïne et rattraper le « retard français » (Bergeron 1999) en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues, responsable d'une situation sanitaire dramatique. L'État privilégie alors une diffusion élargie et rapide des TSO *via* la médecine de ville : les généralistes, en tant que praticiens de premier recours, auront pour mission d'assurer l'accès aux traitements.

Cette décision qui, dans le contexte des années 1990, pouvait être lue comme une mesure d'urgence face à un problème de santé publique, est à l'origine de ce que d'aucuns nomment aujourd'hui le « modèle français » de la substitution (Brisacier, Collin 2014). Il repose en majeure partie sur la médecine générale libérale et sur le Subutex, alors qu'ailleurs

¹ Nous utiliserons l'abréviation TSO pour traitement de substitution aux opiacés, ou MSO pour médicament de substitution aux opiacés, en considérant les deux expressions comme des synonymes (la liste des sigles et abréviations figure au début de la thèse).

² Nous désignerons ce produit indifféremment par son abréviation BHD ou par son nom commercial Subutex, en précisant, au besoin, s'il s'agit de la forme générique ou du médicament princeps.

³ La méthadone doit être initiée par un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA, ex-CSST, Centre de Soins Spécialisé en Toxicomanie) ou un établissement de santé (Voir en annexes le tableau récapitulatif des conditions de prescription des deux produits).

en Europe la méthadone dispensée en structure spécialisée constitue, le plus souvent, le « traitement de référence » (Feroni 2005).

Les généralistes sont les acteurs centraux de ce qui est parfois lu comme le « succès sanitaire du Subutex » (Feroni 2014, p. 299). Grâce à l'accessibilité de ce produit en médecine de ville, « la France se situe aujourd'hui parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population âgée de 15 à 64 ans » (Brisacier, Collin 2014, p. 3). En 2013, le nombre de personnes qui se sont vues prescrire un TSO est estimé entre 160 000 et 180 000, parmi lesquelles plus de 100 000 ont reçu de la BHD en ayant recours en grande majorité à un médecin généraliste libéral (78% des patients BHD, 54% des patients méthadone) (*ibid.*)⁴. Vingt ans après la mise sur le marché des TSO, les généralistes restent les principaux vecteurs de leur prescription en France : ils continuent de jouer un rôle essentiel dans la politique sanitaire liée aux drogues.

Mais comment interpréter les chiffres ci-dessus ? Si certaines voix soulignent les progrès de santé publique que représentent les TSO – baisse de la prévalence des consommations d'opiacés illicites, du nombre d'overdoses et de contaminations VIH chez les usagers de drogues (Coppel 2002; ANAES, FFA 2004; Beck et al. 2013), d'autres craignent qu'ils ne constituent des moyens de contrôle et de surveillance de populations réputées dangereuses ou imprévisibles (Joubert 1999). Par ailleurs, les médias dénoncent régulièrement l'accessibilité du Subutex, qu'ils accusent d'être devenu une drogue légale du fait de sa présence sur le marché noir. De surcroît, des professionnels de l'addictologie, mais aussi des patients, s'interrogent aujourd'hui plus que jamais sur la finalité des TSO, dans la mesure où une partie des premiers « substitués » est en traitement depuis vingt ans. Si la substitution améliore les conditions de vie des usagers d'opiacés, elle semble quelquefois les éloigner d'une sortie de la dépendance. Ces produits apparaissent porteurs de nombreux paradoxes et n'ont jamais cessé de créer des polémiques. Plutôt que d'y prendre part, notre approche sociologique préférera se demander comment les médecins généralistes s'accommodent des controverses que les TSO suscitent. Au-delà des chiffres qui attestent de leur présence dans les cabinets médicaux, à quelles conditions ceux que l'on désignait auparavant comme des « toxicomanes » sont-ils devenus, en vingt ans, les « patients » des généralistes ? L'objet sur lequel porte cette recherche n'est ni le médecin généraliste, ni le patient toxicodépendant, ni le médicament de substitution, mais bien la rencontre entre ces trois acteurs telle qu'elle se

⁴ Ces chiffres sont détaillés dans le chapitre 1.

déroule aujourd'hui quotidiennement.

La sociologie politique de l'action publique fournit un certain nombre d'études sur les « *drug policies* » françaises : on retiendra particulièrement les travaux d'Henri Bergeron (1996, 1999) sur le soin spécialisé en toxicomanie, ceux de Gwénola Le Naour (2010) sur la réduction des risques, et ceux de Nicolas Fortané (2011) sur l'addictologie. Ces recherches se sont peu intéressées aux médecins généralistes, probablement parce que ces derniers apparaissent rarement dans les arènes de construction des problèmes et politiques publiques, ils seraient principalement cantonnés à leur mise en œuvre (Jeanmart 2007). Si l'on souhaite rendre compte de leur participation à sa juste valeur, il faut, à notre sens, prendre pour point de départ les *pratiques* des acteurs, dont les politiques représentent l'arrière plan. Cette thèse saisira la politique publique du point de vue de son *appropriation* par les médecins. Dès lors que l'État français proclame que les généralistes peuvent prescrire des traitements de substitution aux opiacés, comment ceux-ci composent-ils avec cette prérogative et avec les demandes des patients qu'elle entraîne ? Que se passe-t-il dans les cabinets de médecine générale lorsqu'une politique publique y conduit des « toxicomanes » ?

Plutôt que de nous intéresser à la réception d'un programme d'action publique par les acteurs de terrain, nous renversons la perspective en considérant que les pratiques et logiques d'action des médecins généralistes et des patients donnent corps à la politique substitutive, qui n'a pas d'existence concrète en dehors de leurs actes. La rencontre entre une politique publique et un groupe professionnel sera donc ici envisagée au prisme de la rencontre entre un médecin, un patient, et une ordonnance, lors d'une consultation.

2. Exposé de la problématique : les appropriations d'une politique publique

Comment en sommes-nous venue à envisager la rencontre entre médecins généralistes, patients substitués et médicaments de substitution sous l'angle de l'appropriation d'une politique publique ? Pour présenter le questionnement qui nous anime dans ce travail, il est utile d'en retracer l'évolution depuis les prémises de nos recherches sur le sujet. Problématiser, dit Cyril Lemieux, c'est avant tout « mettre en énigme » un phénomène observé dans le monde social (Lemieux 2012). L'énigme que nous avons posée part d'un constat issu de nos premières recherches auprès de personnes dépendantes à l'héroïne.

C'est lors d'un mémoire sur les rapports de genre entre consommateurs d'héroïne (Dassieu 2009), que nous avons commencé à nous intéresser aux relations que ces personnes entretiennent avec les médecins prescripteurs de TSO. Tout en étant encore « dans » l'héroïne, la plupart de nos enquêtés de l'époque avaient déjà tenté d'obtenir un traitement, avec comme recours le plus fréquent un médecin généraliste. Les récits de leur rencontre avec les médecins présentaient des variations. Certains racontaient des difficultés d'obtention du TSO (démarches interminables, refus de prescription...) un rapport conflictuel avec des praticiens, ou encore un sentiment d'être incompris par leur prescripteur. Parfois, la relation était basée sur le mensonge, comme pour cette patiente dont le médecin semblait associer systématiquement les femmes dépendantes à un statut de victime – victime du produit, victime des hommes qui incitent à consommer, victime d'une enfance difficile ou d'un parcours de vie chaotique. Bénéficier de cette compassion permettait à la patiente de se faire prescrire du Subutex sans que le médecin ne se rende compte qu'elle n'en consommait presque jamais, uniquement en cas de pénurie d'héroïne. Le statut de victime la plaçait au-delà de tout soupçon. Nos recherches allaient ainsi à l'encontre des idées reçues selon lesquelles les femmes usagères de drogues seraient plus exposées que les hommes à des mécanismes de stigmatisation de la part des soignants⁵. Pourtant, même si elle bénéficiait d'avantages liés au statut de victime, notre enquêtée se disait peut satisfaite de sa relation au médecin. À ses yeux, celui-ci était d'emblée discrédité, jugé peu compétent en la matière car facilement manipulable. D'autres patients, souvent des hommes, décrivaient des parcours semés d'embûches dans les institutions de soins⁶. Les praticiens qu'ils avaient fréquentés leur demandaient de nombreuses garanties (analyses urinaires, rendez-vous avec un travailleur social ou un psychologue...) avant l'obtention du traitement. Pour toutes ces raisons, certains patients et certaines patientes déploraient une difficulté de communication avec les généralistes, une sensation de ne pas être compris et écoutés.

À l'inverse, d'autres enquêtés avaient une opinion positive de leur prescripteur. Ils décrivaient une relation dans laquelle le médecin devenait parfois un conseiller de vie, un confident, ou

⁵ C'est cependant le cas pour les mères usagères de drogues, qui sont volontiers qualifiées par des professionnels médicaux de « mauvaises mères », « empoisonneuses » et jugées inaptes à élever des enfants à cause de leur consommation de produits (Simmat-Durand 2007). Selon Patricia Bouhnik, les représentations sociales des femmes usagères de drogues oscillent entre trois figures idéal-typiques : la mère indigne, la prostituée, et la victime (Bouhnik 2007).

⁶ Ces récits nous avaient conduit à souligner la dichotomie entre la figure de l'homme coupable, jugé seul responsable de sa situation (voire de celle de sa conjointe), et celle de la femme victime dédouanée de tout libre arbitre et responsabilité quant à son usage de drogues. La dépréciation se reporte sur les hommes, jugés coupables d'avoir entraîné des femmes innocentes dans l'héroïne, tout comme les femmes enceintes ou mères sont jugées coupables d'y entraîner leurs enfants.

encore une source privilégiée d'informations sur les drogues et les addictions. Les récits divergeaient quelquefois à propos d'un même généraliste, suggérant des disparités de posture envers ses différents patients. Le constat de ces expériences contradictoires fut le premier élément à nous interpeler.

La diversité des discours, qui reflète la diversité du ressenti des patients au sujet de leur prescripteur de TSO, nous a conduite, lors d'un second travail (Dassieu 2010), à nous intéresser aux pratiques des généralistes face aux patients substitués. Nous cherchions à comprendre la diversité des relations vécues par les patients en nous penchant sur la *variabilité des pratiques de prescription* des généralistes, à la fois d'un médecin à l'autre et pour un même praticien entre ses différents patients. Pourquoi les conditions dans lesquelles sont reçus et traités les patients en TSO sont-elles différentes ? En quoi les pratiques différentes, et quelles sont, chez les médecins, les rationalités sous-jacentes à ces divergences ? Ces questionnements nous conduisirent à formuler le problème en termes de *logiques de prescription*. Nous cherchions à savoir sur quels éléments les généralistes s'appuient pour décider, face à un patient, de prescrire ou non un TSO, puis des modalités pratiques du traitement (contraintes imposées au patient, posologie, durée...etc.). Notre objectif était alors de saisir la variabilité des pratiques « en actes », en décomposant ce qui se joue autour de la prescription du médicament dans les interactions des consultations. Nous considérons que l'acte de prescrire relevait d'une *prise de décision* du médecin, influencée à la fois par des *savoirs* acquis en amont de la consultation, par *l'interaction* avec le patient, et par des éléments de *preuve* apportés notamment par les tests de dépistage des toxiques. Nos interrogations portaient alors uniquement sur les pratiques médicales et les interactions médecin-patient-médicament, sans intégrer la politique publique qui les encadre.

Durant les premières années de cette thèse, notre questionnement s'est progressivement modifié sous l'effet de la confrontation au terrain. D'abord parce que notre interprétation de l'acte de prescription comme un moment de *décision* n'a pas résisté à l'observation empirique. Le contenu des consultations ne peut pas être résumé à une prise de décision du médecin, fût-elle infléchie par les exigences du patient⁷. En outre, nous ne maîtrisons pas les implications de l'expression « variabilité de pratiques », que nous

⁷ Le chapitre 9 reviendra sur les prescriptions « de routine », non-problématiques, qui constituent la majorité des consultations : des renouvellements d'ordonnance où la prescription passe au second plan, peut être reconduite sans même être évoquée verbalement.

employions alors. La variabilité des pratiques des généralistes face aux patients en TSO peut, d'un certain point de vue – que nous n'avons jamais adopté – résonner comme une déviance par rapport à un idéal de pratiques standardisées, identiques pour tous les médecins. Notre refus d'adopter cette posture normative, incompatible avec une approche soucieuse de questionner les normes en vigueur, nous a menée à poser la question autrement. Ce que nous nommons « variabilité des pratiques de prescription » correspond plutôt à une diversité de manières de *composer*, au quotidien, avec la présence des patients substitués dans le cabinet médical, et avec l'injonction de prescrire des TSO issue d'une politique publique. Les généralistes mettent en œuvre différentes façons de « faire avec » cette mission qu'ils ont accepté, chacun à leur manière, d'honorer.

Nous cherchons donc dorénavant à comprendre comment les généralistes *s'approprient* cette mission qui leur est confiée par l'État français depuis les années 1990. La mise sur le marché des TSO modifie sensiblement l'activité des généralistes : ils doivent accueillir une nouvelle patientèle qu'ils n'avaient pas forcément coutume de croiser auparavant. Le « toxicomane », figure déjà stigmatisée dans d'autres sphères de la société française, fait son entrée dans les salles d'attentes et cabinets de médecine générale. Comme nous le développerons au chapitre 1, les personnes dépendantes aux opiacés existent à la croisée de référentiels contradictoires (les toxicomanes, les usagers de drogues, les *addicts*). Ils véhiculent une image négative liée notamment au mélange des registres médical et judiciaire contenu dans la loi de 1970⁸, qui définit les politiques à leur encontre. Ils correspondent difficilement au rôle du (bon) malade défini par Parsons (1951), puisqu'ils peuvent être jugés responsables de leur conduite pénalement répréhensible. Déviants parmi les malades, comment peuvent-ils s'intégrer au paysage d'un cabinet médical ?

De plus, les généralistes sont sommés de prescrire à ces patients des médicaments traversés d'ambiguïtés, car susceptibles de faire basculer le rôle du médecin vers celui de « dealer en blouse blanche ». La question de l'appropriation de cette politique publique (c'est-à-dire de cette patientèle et de ces médicaments), prend donc toute son ampleur : chaque médecin doit l'intégrer à son activité quotidienne mais aussi à sa conception du métier, avec laquelle elle ne doit pas entrer en contradiction. De ce point de vue, le refus de prendre en charge les personnes en TSO, que nous avons exclu de nos questionnements lors du mémoire

⁸ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

de master 2 (il ne permettait pas de décrire les pratiques de prescription), peut être investi d'une signification nouvelle : il constitue une modalité d'appropriation, en négatif, de cette politique publique, lorsque le médecin estime qu'il lui est impossible de composer avec cette dernière. Comme le remarque Caroline Jeanmart, les médecins qui affichent un refus inconditionnel de prescrire des TSO le font au nom de leur vision de la médecine : pour certains de ses enquêtés « ce n'est pas de la médecine », alors que d'autres « ne croient pas » à la substitution (Jeanmart 2007). Quelles logiques d'action les généralistes mettent-ils en place pour composer avec les traitements de substitution et les patients dépendants ? Comment ces derniers s'intègrent-ils à leur activité ? À quelles conditions deviennent-ils une de leurs prérogatives ?

Pour traiter ces questions, il faudra parvenir à éviter l'écueil d'une conception normative et verticale qui considérerait les appropriations d'une politique publique comme de simples prises de distance par rapport à un programme défini dans des textes officiels. Pour cela, nous serons amenée à développer le concept de *tri*, qui nous a semblé, au fil de ce travail, particulièrement pertinent pour décrire des logiques d'appropriation sans les comparer à un hypothétique standard. Cette approche implique de se départir d'une acception péjorative du terme « tri » en adoptant une posture descriptive (Lachenal, Lefève, Nguyen 2014). On interrogera de quelle manière le tri des patients et des tâches accomplies s'inscrit comme un arrangement pratique des médecins généralistes pour prescrire des TSO. L'analyse des pratiques de tri permettra ainsi de comprendre et d'expliquer comment chaque généraliste *compose le rôle* qu'il joue dans la politique substitutive.

La question de l'appropriation des TSO se pose à deux échelons d'analyse différents : le premier est collectif (la politique substitutive et la profession de généraliste), le second est interactionnel (la consultation). Notre questionnement sociologique se décompose ainsi sur ces deux plans, qui traitent du même phénomène en faisant varier le niveau d'analyse :

1 ▪ Comment les TSO et les personnes dépendantes se greffent-ils à la médecine générale ? À quel prix cette mission devient-elle une prérogative de cette profession ?

2 ▪ Comment une personne dépendante aux opiacés devient-elle le patient d'un médecin généraliste, par quels processus, à quelles conditions ?

La prescription de TSO devient dès lors une entrée privilégiée pour aborder des problématiques plus générales en sociologie de la santé. D'une part, la substitution soulève la question de l'influence des politiques publiques sur le travail des médecins généralistes libéraux, et d'autre part, celle de l'acquisition incertaine du statut de « patients » pour des individus aux pratiques discréditées, dont l'état « pathologique » reste sujet à controverses.

3. L'appropriation : d'un niveau d'action à l'autre

Le concept d'appropriation contient en lui-même l'articulation de plusieurs niveaux d'action et d'analyse : il engage des éléments collectifs retraduits dans des pratiques individuelles. Formuler une problématique en termes d'appropriation implique donc de porter attention à ces imbrications d'échelles et de niveaux. En sociologie, il est d'usage de distinguer trois niveaux d'action et d'observation du monde social : le « macro », le « méso » et le « micro » social, auxquels correspondent schématiquement trois façons d'analyser, la « macro », « méso » et « micro » sociologie⁹. Pour saisir les dimensions de notre objet de recherche, nous avons, dans un premier temps, entrepris de différencier ce qui, dans le processus d'appropriation des TSO par les médecins généralistes, relevait du macro, du méso, et du micro social. De prime abord, dans les deux questions de recherche formulées plus haut, on peut distinguer le niveau de la mise en œuvre d'une politique par un groupe professionnel (macro), de celui des interactions médecin-patient (micro). Mais nous avons rapidement fait le constat que ce cadre d'analyse s'avérait trop étroit : ce que nous observions sur le terrain peinait à y entrer. Nous avons affaire à plusieurs niveaux et contextes d'action non résumables à trois échelons strictement différenciés entre eux.

Le premier niveau d'action que nous distinguons est celui des politiques publiques autour des TSO. Ce niveau peut être qualifié de « macro social » du point de vue du nombre d'individus impliqués dans la définition des politiques et dans leur mise en œuvre. La problématique de l'appropriation fait intervenir les politiques en tant qu'élément contextuel avec lequel les médecins doivent quotidiennement composer. Les généralistes étant désignés comme les principaux prescripteurs de TSO, ils doivent accueillir les patients, statuer sur les objectifs à donner au traitement, respecter ou se distancier des règles de prescription définies

⁹ Cependant, des phénomènes collectifs (« macro ») peuvent être repérés à partir de l'observation d'interactions interindividuelles, et inversement (Grossetti 2006). Les niveaux d'action et d'observation ne conditionnent pas le niveau d'analyse adopté par le sociologue.

par les instances de régulation publiques, etc. Il s'agit là, comme on le verra, de modalités d'appropriation impliquant des pratiques de tri.

Dans le phénomène étudié, le niveau des politiques publiques est étroitement articulé avec un autre niveau qui relève également du « macro » par son caractère collectif : celui de la profession de généraliste. La médecine générale en France possède une organisation propre (prédominance du statut libéral, liberté d'installation, diversité de pathologies traitées...), ainsi qu'une histoire spécifique qui la distingue d'autres fractions de la médecine (Arliand 1987). Ces éléments doivent être pris en compte si l'on souhaite comprendre les diverses manières dont les membres de ce groupe professionnel peuvent s'approprier une politique publique, la prescription des TSO, avec les contradictions et les transformations de part et d'autre que peut engendrer une telle rencontre.

La seconde question que nous avons posée plus haut – comment une personne dépendante aux opiacés devient le patient d'un médecin généraliste ? – a trait à un niveau interactionnel, plus proche du « micro ». Le niveau d'action envisagé est celui de la rencontre entre un médecin et un patient en TSO lors d'une consultation : c'est donc la facette « micro » de la rencontre entre un groupe professionnel et une politique publique. Mais la formulation de notre question incite également à prendre en compte la succession des rencontres, qui crée une « relation médecin-patient » : le phénomène analysé s'étend donc au-delà du moment de l'interaction. Devenir le patient d'un médecin donné signifie que les interactions seront répétées de façon régulière. Nous nous intéresserons ainsi au processus d'acquisition du statut de patient à travers la construction d'une relation.

De plus, ce niveau d'action interagit avec deux précédents. Par exemple, les règles officielles de prescription des TSO établissent les modalités des interactions successives, en stipulant que les consultations doivent être mensuelles ou bi-mensuelles. Le niveau des interactions médecin-patient, celui des politiques et celui du groupe professionnel ne semblent pas pouvoir être envisagés séparément : ils constituent en fait le même phénomène – l'appropriation de la substitution par les médecins généralistes – envisagé sous des angles différents. Notre travail initiera donc une réflexion sur l'articulation des échelles et niveaux d'action : comment rendre compte du phénomène d'appropriation d'une politique publique en prenant en compte la pluralité et l'entrelacement des niveaux engagés ?

Par ailleurs, au cours du travail empirique, un autre contexte d'action a retenu notre attention : le contexte territorial. Les généralistes entretiennent des liens avec d'autres professionnels concernés par les TSO dans la même localité. Le niveau « local » implique un nombre d'acteurs relativement élevé, mais plus restreint que l'ensemble de la profession médicale ou des acteurs concernés par la politique de substitution en France. On pourrait donc le qualifier, avec quelques précautions, de « méso » social. Avec précautions car il nous semble que le « méso » représente plutôt un continuum entre le *plus macro* et le *plus micro*, qu'un niveau d'action possédant des frontières quantitatives bien définies. Parler de « méso » n'a de sens qu'en référence à ces deux polarités macro et micro, qui sont différentes dans chaque travail de recherche et doivent donc être spécifiées – ici : la rencontre politique publique/groupe professionnel, et la rencontre médecin/patient/ordonnance. La question se pose donc de savoir comment intégrer le niveau « local » dans une analyse de l'appropriation d'une politique publique. En quoi influe-t-il sur les pratiques et les possibilités offertes aux généralistes pour s'approprier les TSO ? Est-il pour eux une ressource ou une contrainte ?

La logique d'exposition de la thèse reflète notre préoccupation pour l'entrecroisement de plusieurs niveaux d'action. Afin de traiter la double question posée plus haut – Comment les TSO deviennent-ils une prérogative de la médecine générale ? ; Comment une personne dépendante aux opiacés devient-elle le patient d'un médecin généraliste ? –, chacune des parties de la thèse envisage la rencontre médecin-patient-médicament à la lumière de contextes et niveaux d'action différents : la politique substitutive et sa déclinaison locale (partie I), le métier de généraliste et son organisation (partie II), la consultation et la construction d'une relation médecin-patient (partie III). L'appropriation des TSO par les généralistes sera ainsi saisie selon trois acceptions : d'abord comme accomplissement pratique d'une politique publique (partie I), puis en tant qu'incorporation d'une tâche à un métier (partie II), et enfin comme processus d'attribution du statut de patient dans une relation interindividuelle (partie III).

La première partie est centrée sur la politique substitutive, dans une perspective diachronique sur le plan national et local, puis dans une perspective synchronique étudiant l'agencement des acteurs locaux qui y participent. Cette partie décrit comment les médecins généralistes sont devenus des acteurs essentiels de la substitution aux opiacés : certains d'entre eux ont été bien plus que les simples exécutants d'une politique décidée par d'autres. Par ailleurs, leurs diverses logiques d'appropriation et de tri restent au centre des

configurations d'acteurs locaux assurant l'accès aux traitements.

En revenant, à partir de travaux sociologiques et de textes officiels, sur l'histoire de la politique substitutive qui inaugure la rencontre médecin-patient-médicament, le chapitre 1 explique comment les « toxicomanes » sont officiellement devenus des « patients » de la médecine générale en France. L'analyse de la confrontation des trois protagonistes (médecin, patient, médicament) rend saillantes les contradictions et incompatibilités qui en résultent. En fournissant des éléments de contextualisation sur les TSO en médecine générale, ce premier chapitre insiste sur les dimensions problématiques de la rencontre médecin-patient-médicament.

Le chapitre 2 étudie la politique substitutive dans sa déclinaison locale sur notre terrain d'enquête (Toulouse), en interrogeant l'implication historique et actuelle des médecins généralistes dans sa mise en œuvre. Il relate notamment la fondation du réseau ville-hôpital toxicomanie toulousain, au cours de laquelle les initiatives d'un groupe de généralistes ont été décisives. Revenir sur les spécificités locales et leur histoire permet d'analyser l'appropriation des TSO en médecine générale à la croisée du contexte territorial et de celui de la politique publique.

Le chapitre 3 conserve l'ancrage territorial, tout en abandonnant l'approche historique et les spécificités locales, pour s'intéresser à l'agencement des acteurs concernés par la politique substitutive au sein d'un même lieu. Nous interrogerons la manière dont les logiques d'appropriation des TSO de différents généralistes entrent en résonance les unes avec les autres.

La deuxième partie de la thèse s'intéresse à l'incorporation des TSO et des patients substitués au métier de généraliste. Les deux chapitres qui la composent montrent que le tri des patients et des tâches s'inscrit dans une logique d'appropriation de la mission substitutive, bien plus que dans une logique réfractaire à cette politique publique : il rend acceptable, pour les médecins, l'idée de recevoir des patients substitués tout en continuant de « faire de la médecine générale ».

Le chapitre 4 montre en quoi les TSO révèlent plusieurs tensions qui traversent le groupe professionnel des généralistes, et comment, en réponse, les médecins mettent en œuvre des pratiques de tri des patients substitués pour préserver la cohérence de leur travail.

Le chapitre 5 envisage le métier de généraliste au prisme de l'organisation d'un cabinet de ville. Le tri des patients substitués répond, pour les médecins, à des impératifs de « gestion » de l'activité quotidienne, qui les conduisent à établir des critères de sélection des patients

éligibles à la prise en charge. De ce fait, tous les « toxicomanes » n'accèdent pas dans les mêmes conditions au statut de « patients » de la médecine générale.

Enfin, la troisième partie envisage l'appropriation des TSO et l'acquisition du statut de patient au prisme de la construction progressive d'une relation entre un médecin et un patient. Le niveau d'analyse privilégié ici est « micro », puisque la principale porte d'entrée est l'observation de consultations. Cependant, comme on l'a dit, l'accession au statut de patient semble faire référence à une temporalité plus longue, inaccessible à l'observateur : celle de la relation.

Le chapitre 6 revient sur les pratiques de tri telles qu'elles se donnent à voir dans les consultations. Le tri *en actes*, c'est la décision d'un médecin, devant un patient potentiel, de répondre favorablement ou non à une demande de TSO. Nous étudions le processus de décision comme une expertise de la demande du patient, basée sur différents types de ressources ayant pour objectif l'attribution ou le retrait de la confiance du médecin.

Le chapitre 7 reprend des typologies de relations médecin-patient axées sur la participation du patient (Szasz, Hollander 1956; Freidson 1984), afin de les mettre à l'épreuve des TSO. Les patients sont, en effet, partie prenante des relations, ils ne sont pas passifs. Toutefois, leurs possibilités de participer aux décisions dépendent souvent du bon vouloir des médecins.

Le chapitre 8 s'intéresse à la négociation dans les consultations, en reprenant notamment les théories de Strauss en termes d'« ordre négocié » (Strauss 1992a). Sur la base de l'analyse de situations observées, nous montrons en quoi les négociations contribuent à créer et à maintenir une relation sur la durée. Elles s'inscrivent également dans le processus d'appropriation des TSO par les généralistes, avec un compromis à trois dimensions : entre la règle officielle, les exigences du patient et celles du médecin.

Le chapitre 9, enfin, s'intéresse aux consultations « de routine » au cours desquelles le renouvellement du traitement ne pose problème ni au médecin ni au patient. Ces consultations semblent, à première vue, manifester le point d'aboutissement de l'appropriation des TSO en médecine générale : nous interrogerons dans quelle mesure le processus de « routinisation » de la prescription permet l'échange du statut de « toxicomane » contre celui de patient.

Avant de débiter les analyses, un détour par des considérations méthodologiques est nécessaire. Le chapitre qui suit cette introduction précisera comment des méthodes qualitatives croisant le recueil des discours et l'observation des pratiques ont permis de saisir l'imbrication des niveaux d'action impliqués dans le phénomène étudié.

Chapitre liminaire.

Une méthodologie qualitative pour accéder à des niveaux d'action imbriqués

Saisir sur le terrain plusieurs niveaux d'action implique de varier les moyens de collecte des données, d'appréhender le problème à travers différentes focales ou « niveaux d'observation » (Grossetti 2006). Pour ce faire, nous avons eu recours à une méthodologie qualitative qui mêle entretiens et observations. Nous conjugons ainsi plusieurs portes d'entrée dans notre objet de recherche : les discours des différents acteurs impliqués (entretiens), et les pratiques telles qu'elles se déroulent *in situ* (observation de consultations). Nous avons complété ces données par un travail sur archives, afin de saisir la dimension historique de la politique publique locale. Avant de détailler plus précisément la teneur des matériaux recueillis, il faut revenir sur la posture méthodologique qui a été la nôtre durant le travail de terrain. Elle se caractérise par deux choix : celui d'une approche compréhensive, et celui d'une approche symétrique des discours des différents acteurs (1). Nous reviendrons ensuite sur notre parcours sur le terrain afin de replacer les données dans le contexte du déroulement concret de leur récolte. Ce retour réflexif sera l'occasion de justifier nos choix méthodologiques, mais aussi de commencer à souligner le caractère problématique que peuvent revêtir les TSO pour certains acteurs interrogés, dont témoignent les difficultés rencontrées sur le terrain (2).

1. Parti-pris méthodologiques : une approche compréhensive et symétrique

1.1. Une approche compréhensive des logiques d'action

Ce travail s'inscrit dans une approche compréhensive au sens wébérien. Plutôt que de présumer que le sens des pratiques échappe aux acteurs et doit être révélé par le sociologue (posture de « dévoilement »), notre ambition est davantage de comprendre le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Cela implique de considérer qu'ils sont capables de

réflexivité, qu'ils sont en mesure de justifier, d'expliquer les rationalités qui sous-tendent leurs actes et leurs choix. Outre les *pratiques* (saisies par l'observation directe, nous y reviendrons), nous nous intéressons aux *logiques d'action* des médecins et des patients vis-à-vis des TSO, ainsi qu'à la manière dont ils justifient, *a posteriori*, leurs pratiques. La méthode de l'entretien nous a donc semblée appropriée : elle donne accès à des discours sur les logiques d'action, mais aussi sur les pratiques, les représentations et les trajectoires des enquêtés (Bertaux 1997).

Comme le précise Jean-Claude Kaufmann (1996), l'approche compréhensive se décline de deux façons dans la méthode de l'entretien. D'abord en tant qu'objectif, puisque l'entretien manifeste une « tentative de découverte des catégories qui sont au centre [du] système de pensée et d'action [de l'enquêté] » (Kaufmann 1996, p. 51) ; ensuite en tant que posture d'enquête, puisqu'il faut « entrer en sympathie » avec la personne : « [L'enquêteur] découvre un nouveau monde, celui de la personne interrogée, avec son système de valeurs, ses catégories opératoires. [...] Il le découvre et il le comprend, dans un double sens Wébérien : il entre en sympathie avec lui tout en saisissant ses structures intellectuelles. [...] L'attitude de sympathie envers la personne et la tentative de découverte des catégories qui sont au centre de son système de pensée et d'action, ne constituent pas deux éléments séparés. » (*ibid.*)

La posture d'empathie est, en effet, une exigence méthodologique qui rend possible la mise en œuvre d'une sociologie compréhensive. Sans elle, l'accès aux discours sur les logiques d'action des enquêtés est compromis. Pour citer encore une fois Kaufmann, « pour parvenir à s'introduire dans l'intimité conceptuelle de son interlocuteur, l'enquêteur doit totalement oublier ses propres opinions et catégories de pensées [...] Toute attitude de refus ou d'hostilité doit être évitée, quelles que soient les idées et comportements de celui qui parle : il faut simplement chercher à comprendre, avec amour et considération, mais aussi avec une intense soif de savoir. » (*ibid.* p. 52).

Nous voudrions nous arrêter un instant sur les difficultés qu'a pu impliquer l'adoption d'une telle posture sur notre terrain. Nous avons fait en sorte de la conserver jusqu'au bout, afin de ne pas limiter le domaine du dicible chez les enquêtés. Nous avons ainsi pu recueillir des propos fortement dépréciatifs de la part des généralistes envers les personnes en traitement de substitution, qui constituent des données d'analyse (voir notamment la construction de la catégorie de « mauvais toxicomane » par les médecins, au chapitre 5).

Conserver cette posture empathique nous a donc exposée à entendre des propos discriminants. Elle nous a également obligée, lors de certains entretiens, à nous plier à des rapports de domination dans la relation d'enquête en notre défaveur. L'empathie, c'est aussi accepter le rôle que l'enquêté nous attribue, même si celui-ci est peu valorisant.

À l'instar de ce que remarquent Hélène Chamboredon *et al.* (1994) et Muriel Darmon (2005), l'asymétrie de la relation d'enquêté était, pour nous, liée à la fois à notre identité de jeune chercheuse, mais aussi aux spécificités de notre population d'enquête et de notre objet de recherche. Les médecins généralistes font partie des « imposants » (Chamboredon *et al.* 1994), mais aussi d'un « segment dominé » de la profession médicale (Arliaud 1987 ; Broclain 1994). Ils font régulièrement face à des remises en cause de leur compétence, tant de la part des patients, que de médecins spécialistes ou des médias, du fait de « l'inconfort intellectuel » (Bloy 2002) qui les oblige à connaître un grand nombre de pathologies sans pouvoir en maîtriser une seule dans le détail. De surcroît, nous venions les interroger sur un aspect de leur activité que certains d'entre eux ne souhaitaient pas mettre en valeur.

Les rapports de domination se sont manifestés notamment par une remise en question agressive de nos connaissances sur le sujet (« peut-être que vous n'y connaissez rien ! »), voire de l'utilité de la sociologie¹ :

« Médecin : J'ai la bouche sèche à force de parler, vous me faites trop parler. Le sociologue il pose des questions, mais est-ce qu'il donne des réponses ?

-Enquêtrice : Justement, les réponses c'est vous qui devez m'aider à les trouver. Le sociologue ne peut avoir de réponses qu'en interrogeant les gens. » (Dr Georges)

Quelquefois, nous avons fait face à une attitude de « directeur de thèse de substitution » (Chamboredon *et al.* 1994) – par exemple, au début de l'entretien, le Dr Albert nous demande : « quel est votre sujet ? » –, ou encore à des tentatives de déstabilisation : refus de répondre à certaines questions exprimé de façon provocatrice, pressions sur la durée de l'entretien (« il vous reste cinq minutes »), etc. Même si ces situations sont loin d'avoir été systématiques², elles sont restées relativement marquantes dans notre expérience du terrain. Il a fallu mettre de côté à la fois nos valeurs et notre égo, afin que certains propos, qui

¹ En cela, notre expérience rejoint celle de Muriel Darmon (2005).

² De nombreux généralistes nous ont réservé un accueil chaleureux et ont eu une attitude bienveillante envers notre recherche.

manifestent de la violence dirigée autant contre nous que contre les personnes en TSO³, deviennent dicibles et fournissent des éléments d'analyse sur les logiques d'action des médecins :

« Vous arrivez à savoir, vous parlez avec quelqu'un, vous savez un peu... Vous avez un minimum de psychologie, quand-même, en socio, les sociologues ? J'espère, que vous avez un minimum de psychologie ! Vous arrivez à savoir, quand-même, de quel milieu il vient, si c'est un milieu plutôt aisé, plutôt médiocre, vous allez le voir tout de suite ! Il y a des gens qui sentent la misère, qui sentent la mmmisère ! Hein, l'odeur de la misère, cette odeur de terre, là, vous l'avez déjà senti, ça ? L'odeur d'un SDF qui vient vous consulter, là ? Non, vous avez jamais senti ça. » (Dr Georges)

Dans cette recherche, l'approche compréhensive correspond autant à une posture sur le terrain (l'empathie avec tous les acteurs), qu'à un objectif (s'intéresser aux logiques d'action et à leur entrecroisement). La posture d'empathie a été la même pour les entretiens effectués auprès des médecins et auprès des patients. Elle nous permet d'introduire la seconde exigence de notre méthode : celle qui consiste à considérer sur le même plan hiérarchique les discours des deux parties, dans une approche que nous qualifierons de symétrique.

1.2. Accorder le même statut au discours des patients et à celui des médecins : une approche symétrique

La rencontre entre généralistes, patients dépendants et médicaments de substitution, même problématisée en termes d'appropriation, nécessite une analyse qui ne se limite pas aux pratiques médicales : les patients sont également impliqués. Sur le plan de la mise en œuvre d'une politique publique, ils sont engagés en tant que destinataires. De même, nous aurons l'occasion de nous rendre compte que lors des consultations, les patients doivent être considérés comme partie prenante des interactions et non pas comme les simples réceptacles des décisions des médecins.

En choisissant de rencontrer des médecins et des patients, nous avons, du même coup, refusé d'établir une hiérarchie entre leurs discours. L'idée d'une approche « symétrique » trouve ses origines en anthropologie. « Anthropologie symétrique » est une expression popularisée par Bruno Latour, dans le sous-titre de son ouvrage *Nous n'avons jamais été*

³ L'analogie est intéressante, nous l'approfondirons plus loin : l'attitude des généralistes envers notre recherche (temps accordé, intérêt...) reflète souvent leur attitude envers les patients en TSO.

modernes (Latour 1991). Il désigne par là le refus du « grand partage » – dont plusieurs anthropologues avaient déjà, avant lui, dénoncé l’ethnocentrisme – entre « nous » et « les autres », c’est-à-dire entre les sociétés occidentales « modernes » et les sociétés dites « traditionnelles ». L’idée d’un refus du « grand partage » est bien antérieure aux travaux de Latour. Elle consiste à ne pas considérer les sociétés non occidentales comme fondamentalement différentes ni comme moins développées que les sociétés occidentales. Il devient donc possible aux anthropologues d’étudier toutes les sociétés avec les mêmes outils conceptuels et méthodologiques. Ainsi, l’anthropologie médicale s’efforce d’appliquer à la médecine allopathique les mêmes cadres d’analyse qu’aux médecines des autres sociétés en s’intéressant notamment aux rites et croyances autour de la maladie, aux pratiques de diagnostic et d’interprétation des symptômes, etc. Comme le remarque Sylvie Fainzang : « Un des apports de l’anthropologie médicale exotique à l’anthropologie médicale en Occident, réside dans la possibilité que cette dernière a de repenser les concepts mêmes utilisés par la médecine. » (Fainzang 2001a, p. 17).

Dans notre recherche, cette posture mène à accorder le même statut à la parole des patients et à celle des médecins. Cela revient à refuser d’adopter le regard médical sur les pratiques des patients. Comme en anthropologie médicale, il s’agit d’affirmer l’indépendance de l’analyse sociologique par rapport aux catégories véhiculées par le monde médical, dont l’exemple le plus parlant est l’idée d’observance. Selon Fainzang, le refus d’une subordination de l’anthropologie médicale à la médecine, que nous pouvons étendre à la sociologie de la santé, s’accompagne nécessairement d’une mise à plat de la valeur des discours médicaux et des discours « profanes » : « Un des paris de l’anthropologie médicale chez soi n’est-il pas de se montrer capable de soumettre aussi la biomédecine à ses outils analytiques, c’est-à-dire de considérer le système biomédical (son discours et ses pratiques) comme n’importe quelle pratique sociale profane ou comme n’importe quel objet exotique ? Cela signifie que l’anthropologie médicale ne doit pas s’appuyer, épistémologiquement parlant, sur le paradigme médical. On peut parfaitement examiner le domaine de la maladie et de la médecine avec des catégories étrangères à celles de la médecine, autrement dit avec des catégories véritablement anthropologiques. » (*ibid.* p.8).

La volonté de soumettre les catégories de la biomédecine au questionnement sociologique nous conduit à nous inscrire dans la lignée d’une sociologie constructiviste des normes et des déviances (Becker 1985). En affirmant qu’une pratique déviante n’existe pas

dans l'absolu mais toujours en référence à une norme donnée, cette sociologie invite à déconstruire les normes en les replaçant, par exemple, dans le contexte socio-historique de leur production. Il faut donc considérer les normes définies par les médecins et celles des patients comme des objets de même nature, tout en étant conscient des rapports de pouvoir qu'elles mettent en jeu. Le sociologue ne doit pas reproduire ces rapports de pouvoir dans l'analyse, il n'a donc pas pour rôle de juger de l'acceptabilité d'une pratique en fonction des normes médicales. Par exemple, on ne parlera pas de « mésusages », de « détournements » de médicaments, ni « d'observance », mais on essaiera de comprendre comment les patients expliquent leur recours à des pratiques que les médecins désignent comme des écarts à la norme (ex. l'injection du TSO, etc.). Ainsi, la posture compréhensive alliée au postulat de symétrie des discours nous permettra de mettre en œuvre une approche proprement sociologique de la rencontre entre généralistes et patients en TSO.

1.3. Synthèse des données recueillies

Après avoir abordé notre posture méthodologique, il convient maintenant d'exposer de manière synthétique les données recueillies. Par la suite, nous reviendrons sur le contexte de recueil de ces données en abordant notre itinéraire sur le terrain.

Afin de saisir les interactions entre généralistes et patients en TSO, nous avons effectué des observations de consultations médicales. Au total, 45 consultations portant sur les TSO ont été observées en 2011, dans trois cabinets médicaux différents⁴. Nous avons assuré une présence continue dans chaque cabinet durant plusieurs semaines, ce qui nous a également permis d'observer les consultations portant sur d'autres pathologies (au total, plus de 200 consultations de médecine générale ont été observées)⁵. Cette observation en continu était utile pour que les médecins se familiarisent à notre présence, mais aussi en tant que matériau d'analyse à part entière : elle permet d'appréhender la façon dont les TSO s'intègrent dans l'organisation du travail des généralistes enquêtés.

En ce qui concerne les entretiens, nous avons rencontré 27 généralistes prescripteurs

⁴ Les trois médecins suivent plus de 30 personnes en TSO. Nous avons restreint nos observations à des médecins recevant un nombre relativement élevé de patients en TSO afin de nous assurer d'observer au moins une consultation TSO par journée d'observation.

⁵ Seules les 45 consultations portant sur les TSO ont fait l'objet d'une analyse détaillée.

de traitements de substitution. Parmi eux, 21 sont installés en cabinet libéral dans différents quartiers de la ville de Toulouse, et 6 sont remplaçants à Toulouse et dans la région Midi-Pyrénées. Nous avons fait le choix de restreindre l'enquête aux généralistes travaillant (même de façon partielle) en cabinet de ville. Même si notre population d'enquête ne reflète pas la diversité des modes d'exercice de la médecine générale, elle est cependant en cohérence avec nos orientations de recherche, dès lors que, comme on l'a dit en introduction, ce sont principalement des généralistes libéraux qui assurent la diffusion des TSO. L'inclusion de quelques médecins remplaçants, rarement pris en compte dans les travaux sociologiques, répond au souci d'envisager une variété de conditions d'exercice, tout en restant dans le cadre de la médecine générale libérale.

Les médecins rencontrés déclarent recevoir entre 1 et 500 patients substitués. Plus précisément, 7 médecins déclarent suivre 30 patients ou plus, 6 médecins estiment avoir entre 10 et 25 patients, et 8 médecins entre 1 et 5 patients ⁶ (les 6 remplaçants n'ont pas de patientèle fixe). Ils ont entre 26 et 65 ans, 15 d'entre eux sont des hommes et 12 sont des femmes (pour des détails à leur sujet, voir la liste des enquêtés en annexes). Les entretiens étaient orientés sur les pratiques de prescription et de prise en charge, mais aussi sur la trajectoire professionnelle et la trajectoire en tant que prescripteur de TSO (guide d'entretien en annexes).

Nous avons ensuite rencontré 26 patients substitués lors d'entretiens semi-directifs ou informels. Nous nous expliquerons dans la partie suivante sur les modalités de recrutement et sur le choix de faire varier la méthodologie. Ces patients ont été rencontrés soit par l'intermédiaire de leur médecin généraliste ou pharmacien (7 patients), soit par l'intermédiaire d'un CAARUD⁷ (18 patients), soit par la méthode boule de neige (1 patient). Parmi les patients rencontrés 21 sont des hommes et 5 sont des femmes. Cette asymétrie est regrettable, elle est en partie due aux conditions de passation des entretiens informels au sein du CAARUD, qui ne favorisaient pas toujours la prise de parole des femmes⁸. Tous les patients rencontrés sont (ou ont été) suivis pour un TSO par un ou plusieurs médecins généralistes.

⁶ Il s'agit là de leur patientèle déclarée. Notons que « gonfler » le chiffre ou le minimiser peuvent participer de stratégies de présentation de soi, selon que les médecins souhaitent ou non mettre en avant leur implication dans la pratique substitutive. Par ailleurs, un même nombre de patients peut être considéré comme élevé par certains médecins et bas par d'autres. Ce qui importe ici, ce n'est donc pas réellement les chiffres mais le sens que les médecins leur associent (nous aurons l'occasion d'y revenir).

⁷ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues. Les CAARUD proposent un accueil de jour et un programme d'échange de seringues. Ils ne prescrivent pas de médicaments.

⁸ Les salariés du CAARUD déplorent ce manque d'espace de parole pour les femmes, qui fait l'objet de réflexions y compris dans l'organisation de leur travail avec les usagers.

Les entretiens étaient orientés vers trois grands thèmes principaux : (1) l'accès au traitement et la trajectoire dans les institutions de soin, (2) les relations avec les médecins généralistes fréquentés, et (3) le vécu quotidien du traitement.

Enfin, nous avons recueilli des données complémentaires afin d'élargir notre recherche à l'agencement local des prises en charge. Nous avons rencontré plusieurs acteurs du secteur spécialisé en addictologie, ainsi que des professionnels qui gravitent autour des généralistes et des patients pour la prise en charge par TSO : pharmaciens (n=5), visiteurs médicaux d'un laboratoire pharmaceutique (n=2), coordonateurs du Réseau de santé addictions départemental (n=3), psychiatres addictologues exerçant en CSAPA⁹ (n=2), infirmières exerçant en CSAPA (n=2), directrice d'un CSAPA, médecin généraliste exerçant en CSAPA, addictologue exerçant en hôpital psychiatrique, équipe d'addictologie d'un SMPR¹⁰ en maison d'arrêt, médecin conseil de l'assurance maladie (voir annexes pour la liste détaillée).

Pour saisir la dimension historique du phénomène, un travail sur archives a permis de retracer les étapes de la mise en œuvre locale de la politique substitutive à Toulouse depuis le début des années 1990. Nous avons consulté et analysé les archives de l'association Graphiti-CIRDD¹¹, organisatrice de conférences-débat autour de la problématique toxicomanie-sida dans les années 1990 et 2000 (10 documents). Ces conférences ont été entièrement retranscrites par les salariées de l'association, ce qui nous a donné à lire certaines controverses publiques entre acteurs locaux de l'époque. Nous avons également consulté « la lettre de Graphiti » que l'association envoyait 2 à 3 fois par an à ses adhérents (1991-2004), et enfin le bulletin *Pratiques* (1998-2009, 26 numéros) édité par le Réseau de santé addictions de Haute Garonne. Ces données d'archives sont particulièrement riches, nous n'aurons pas la possibilité de les exploiter totalement dans ce travail car elles nous mèneraient plus loin que nos problématiques de recherche. Nous en livrons une analyse dans le chapitre 2 ainsi que dans un article portant sur les controverses autour de la définition de la dépendance aux opiacés (Dassieu 2014). Dans l'exploitation de ces données, nous avons été particulièrement attentive à la place des généralistes dans les débats publics locaux sur la substitution, ainsi qu'aux prises de position de ces derniers. Cela nous renseigne sur la participation de ce groupe

⁹ Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

¹⁰ Service Médico-psychologique Régional.

¹¹ Groupe de Réflexion et d'Action des Praticiens Hospitaliers et Intervenants en Toxicomanie Interdépartemental – Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances. Pour plus de détails voir en annexes la présentation de l'association et la liste des conférences analysées.

professionnel – ou de certains de ses membres – aux décisions locales relatives à la politique publique des TSO.

Enfin, entre 2012 et 2014, nous avons observé les réunions trimestrielles du comité de suivi des traitements de substitution¹², qui, sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé, réunit divers acteurs locaux concernés par la prise en charge substitutive (représentants des CSAPA et des CAARUD, Réseau de santé, assurance maladie, ordre des pharmaciens, SMPR, OFDT¹³, CEIP¹⁴, etc.). Ce comité a pour vocation un travail d'observation, de réflexion et d'échange entre les acteurs locaux. Ses membres nous ont, dans un premier temps, sollicitée pour présenter notre travail, qu'ils jugeaient susceptible de nourrir leurs propres interrogations. Avoir accès à ces réunions nous a permis de rester informée de l'actualité et des évolutions des politiques locales, en maintenant un contact avec le terrain jusqu'à la fin de la thèse.

2. Retour sur un itinéraire de recherche : la sociologue sur son terrain

Dans cette partie, nous aborderons notre parcours sur le terrain pour les trois étapes principales de la recherche : les observations de consultation (2.1), les entretiens auprès des médecins (2.2), et les entretiens auprès des patients (2.3). Dans une démarche réflexive, nous reviendrons sur l'accès au terrain et la relation d'enquête dans les diverses situations de recueil des données. Nous avons ici choisi de passer temporairement à la première personne du singulier, qui paraît plus cohérente avec une démarche de réflexivité sur notre posture d'enquêtrice. Nous prendrons garde toutefois d'éviter l'écueil de « l'exaltation de la subjectivité » dénoncé par Jean-Pierre Olivier de Sardan (Olivier de Sardan 2000).

¹² Les comités départementaux de suivi des TSO ont été mis en place pour accompagner la mise sur le marché des traitements. Ils figurent dans la circulaire DGS n°29 du 31/03/1995. Très peu ont continué de se réunir par la suite (Jeanmart note par exemple que celui du Nord-Pas de Calais « s'est réuni une première fois l'année qui a suivi l'AMM des traitements et ne s'est plus jamais réuni depuis. ») Au contraire, celui de la Haute Garonne a toujours maintenu son implication.

¹³ Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

¹⁴ Centre d'Évaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances

2.1. Les observations de consultations : une sociologue dans le colloque singulier

2.1.1. Accès au terrain et posture de l'enquêtrice

Ayant, depuis les débuts, le projet d'observer des consultations médicales pour saisir la prescription « en actes », j'étais cependant consciente des difficultés d'accès à ce terrain réputé peu ouvert à des non médecins (voir notamment Sarradon-Eck 2008). Les premiers mois de la thèse furent donc consacrés à « ouvrir » ce terrain, en sollicitant des acteurs de ma connaissance. Des échanges avec un chercheur de l'OFDT, qui connaissait bien les acteurs locaux de l'addictologie, furent décisifs. En janvier 2011, ce dernier accepta d'organiser une rencontre avec le Dr André, au cours de laquelle il m'aiderait à le convaincre de m'ouvrir les portes de sa consultation. Le travail de conviction ne fut pas compliqué, puisqu'André répondit d'emblée positivement. En effet, la demande ne le surprenait pas. Il avait déjà laissé entrer plusieurs observateurs dans son cabinet : des membres de sa famille, et des confrères qui souhaitaient voir comment il travaillait avec les patients en TSO – il fait partie des médecins « pionniers » de la substitution¹⁵. Son cabinet est donc relativement ouvert aux personnes extérieures, ce qui en fait un médecin quelque peu atypique. La seule condition qu'il posa alors fut de limiter ma présence aux matinées de consultation, ce qui me parut anodin de prime abord mais semble rétrospectivement correspondre à une stratégie pour me masquer une partie de son activité et de sa patientèle qu'il juge peu valorisantes (détails plus bas).

J'ai donc commencé les observations de consultations chez le Dr André en février 2011. Il m'a ensuite proposé de parler de mon travail à deux de ses collègues : le Dr Joël, avec qui il déjeune régulièrement, et le Dr Laurence, qui exerce dans le même quartier que lui. Le fait de venir de sa part m'a assurément aidée à obtenir des réponses favorables. Comme c'est classique en sociologie, l'accès à un premier terrain a créé une brèche qui a permis d'en ouvrir de nouveaux. Malheureusement, mes tentatives ultérieures pour solliciter d'autres généralistes pour des observations, notamment à la suite de certains entretiens, sont restées sans succès, ce qui confirme la difficulté d'entrer dans le « huis clos » du « colloque singulier » (Sarradon-Eck 2008) lorsque l'on ne bénéficie pas de la recommandation d'un médecin.

¹⁵ Sur les « pionniers », premiers prescripteurs de TSO en France, voir chapitres 1 et 2.

En ce qui concerne le déroulement des observations, plusieurs choix méthodologiques doivent être justifiés ici. D'abord, j'ai opté pour la prise de notes plutôt que l'enregistrement, considérant que l'enregistreur, qui conserve des traces, serait susceptible de perturber l'interaction encore plus que la simple présence de la chercheuse. L'introduction d'un enregistreur me paraissait délicate à négocier à la fois avec les médecins et avec les patients, d'autant plus au regard de mon objet de recherche, qui peut amener les patients à évoquer, au cours des consultations, des pratiques illégales et répréhensibles. Je ne souhaitais pas que l'enregistrement fasse obstacle à ce type de discours entre le patient et son médecin. En outre, la plus value des consultations enregistrées me semblait minime, puisque l'enregistrement, s'il restitue l'intégralité des échanges langagiers, ne remplace pas l'œil de l'observateur pour ce qui relève du non-verbal. Il aurait induit plus de biais dans la libération de la parole des acteurs, qu'il n'aurait apporté de bénéfices à la recherche.

Dans la prise de notes, j'ai été attentive à la fois aux échanges verbaux et aux actions (gestes, déplacements, objets mobilisés...), je me suis également efforcée de repérer différentes séquences temporelles dans les consultations (voir guide d'observation en annexes). Les notes étaient ensuite systématiquement dactylographiées et complétées à la fin de chaque journée d'observation, selon la méthode proposée par Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier (Arborio, Fournier 2010). Ces auteurs différencient les « notes repères », généralement concises, prises sur le vif au moment de l'enquête, du « journal de terrain » proprement dit. Ce dernier est un « récit détaillé des évènements » élaboré à partir des « notes repères » qui ont pour rôle d'activer la mémoire sur les évènements survenus pendant l'observation. Les auteurs préconisent de le rédiger « à l'issue de chaque phase continue d'observation » (Arborio, Fournier 2010, p. 55-61). En utilisant cette méthode, mon objectif était de parvenir à des notes d'observation les plus détaillées possibles. La remise en forme des notes de terrain, systématique après chaque journée d'enquête, était aussi le moment des premières analyses « à chaud », à travers des commentaires annotés dans le journal de terrain. Ma démarche s'est donc, dès le départ, efforcée de faire des va-et-vient entre analyse sociologique et observation, dans une posture proche de la *grounded theory* initiée par Anselm Strauss et ses collègues (Strauss, Corbin 2004; Glaser, Strauss 2010). Une analyse plus détaillée a ensuite été effectuée pour chacune des 45 consultations TSO, à la manière du « commentaire composé » en littérature, prenant en compte l'enchaînement des actions, des thèmes abordés et des prises de parole.

Souvent, à l'issue des consultations, se mettait en place une phase de « débriefing » dans laquelle le médecin revenait sur la consultation précédente, en m'expliquant son attitude ou en me donnant des informations sur le patient et sa relation avec lui. C'était également l'occasion pour les médecins de me confier leurs doutes ou d'aborder leur conception de la médecine. Contrairement à d'autres chercheurs ayant observé des consultations (par exemple, Rolland 2011; Lang et al. 2008), je n'ai pas formalisé ni provoqué ces moments, qui se mettaient en place de façon spontanée à l'initiative des médecins. Je ne cherchais pas à diriger les échanges, soucieuse de laisser le médecin définir lui-même ce qu'il jugeait important. Avec le Dr André et le Dr Joël, ces temps étaient presque systématiques. Ils constituaient pour eux des pauses au sein de l'enchaînement des consultations. Le Dr André m'a d'ailleurs confié que cela lui permettait de « décompresser » et de « se divertir », et le Dr Joël de faire un « sas » entre les consultations. Ces moments avaient donc une fonction au sein de l'organisation du travail des médecins¹⁶. Avec le Dr Laurence, le rythme des consultations était plus soutenu, les moments de pause étaient donc plus rares : ils n'avaient lieu qu'en cas de désistement d'un patient à un rendez-vous, ce qui parfois n'arrivait qu'une seule fois dans la journée. Même s'ils étaient plus rares, ces moments étaient plus longs (la durée d'un rendez-vous), ce qui me permettait de questionner la praticienne sur certaines consultations en particulier, par exemple celles où je ne parvenais pas à déterminer s'il s'agissait ou non d'un patient en TSO. Reparer des ces consultations avec le médecin m'a ainsi permis de prendre conscience que l'invisibilité de la prescription était une donnée en soi. J'ai également porté une attention accrue aux échanges qui avaient lieu en dehors du bureau du médecin, dans la salle d'attente ou dans le couloir. Ainsi, chez deux généralistes, j'ai pu observer des moments où le médecin refuse la consultation à une personne en TSO : comme on le verra, ces épisodes sont importants pour comprendre les logiques d'attribution du statut de patient à travers des pratiques de tri.

2.1.2. Une chercheuse dans la consultation : quels effets sur les pratiques observées ?

On l'a dit, la consultation médicale est un terrain réputé difficile d'accès. Il n'est pas non plus exempt de biais liés à la présence d'un tiers dans le « colloque singulier ». Je

¹⁶ Sarradon-Eck, dans son ethnographie des cabinets de médecine générale, note que les médecins s'aménagent de brefs moments de pause dans leur pratique au quotidien, « pour se déconnecter d'une consultation avant d'en entreprendre une autre » (Sarradon-Eck 2010a, p. 110). Ma présence en tant qu'observatrice a donc aussi constitué un prétexte pour mettre en place ces intermèdes.

voudrais montrer ici que ces biais n'invalident pas pour autant la possibilité de recueillir des données sociologiques en observant des consultations. Je traiterai des effets éventuels de ma présence sur l'attitude des patients, puis sur les pratiques des médecins.

L'attitude des patients à mon égard durant les observations apparaît souvent en lien avec la façon dont les médecins me présentent et présentent mon travail. Comme ce fut le cas pour d'autres chercheuses (Fainzang 2006; Sarradon-Eck 2008; De Pauw 2012), les généralistes n'ont pas toujours été parfaitement clairs avec leurs patients sur les motifs de ma présence à leurs côtés. Lors de la phase de présentation, certains généralistes tendaient à m'assimiler à un membre de la profession médicale¹⁷. La plupart du temps, les médecins me présentaient simplement comme « une étudiante », laissant ainsi planer une certaine ambiguïté sur ce que j'« étudiais ». Après quelques consultations, le Dr André, fit un glissement de sens en me qualifiant de « stagiaire » ce qui renforçait l'équivoque sur ma qualité de médecin. André étant en instance de prendre sa retraite, plusieurs patients ont pensé que j'allais « prendre la relève ». Ce même généraliste, féru de jeux de mots, me présentait aussi parfois comme « une étudiante en médecin », et non pas « en médecine », puisque j'étais là pour observer le travail du médecin. Sans explications supplémentaires, ce qualificatif semblait semer un peu plus de confusion dans l'esprit des patients, qui demandaient rarement des précisions.

Le Dr Joël me présentait également comme « une étudiante », en mentionnant parfois l'objet de ma recherche, ce qui a pu, avec certains patients en TSO, m'assimiler à une intervenante spécialisée en addictologie. Lors des premières consultations observées à son cabinet, il disait aux patients que j'allais « participer » à la consultation. J'ai par la suite rectifié ce malentendu, étant au contraire soucieuse d'interférer le moins possible sur les échanges. L'emploi de ces termes par Joël n'est pas anodin, puisque, j'y reviendrai plus loin, il avait parfois tendance à modifier le déroulement des séances pour faire une place à mes éventuelles interventions. À l'issue de la première journée, il s'est étonné que je « n'interroge pas les patients ». Ainsi, malgré mes explications répétées, le motif de ma présence n'était pas toujours bien clair y compris pour le médecin lui-même.

Le Dr Laurence, quant à elle, se contentait souvent d'annoncer aux patients : « c'est

¹⁷ Ce phénomène est récurrent dans les expériences des chercheurs en sciences sociales. Voir par exemple Fainzang (2006) et De Pauw (2012).

une étudiante qui fait sa thèse », suggérant ainsi que j'étais occupée à *autre chose*, faire ma thèse, pendant que patient et médecin avaient leur consultation. Contrairement au cas précédent, mon extériorité à la consultation s'en trouvait accentuée. C'est certainement avec cette praticienne que ma présence se faisait le plus oublier, puisqu'elle-même y prêtait peu attention, peut-être à cause du rythme soutenu de son travail qui lui laissait peu l'opportunité d'échanger avec moi. Ses patients m'ont très peu adressé la parole, à l'exception de ceux que j'ai rencontrés à plusieurs reprises.

L'ambiguïté que les généralistes entretenaient sur mon appartenance à la profession médicale a pu provoquer des *quiproquo* : à l'instar de ce qu'ont vécu Fainzang (2006) et De Pauw (2012), il arrivait que des patients me fassent part d'éléments médicaux à leur sujet, ou de leurs symptômes, pendant que le médecin était au téléphone par exemple. De Pauw parle de « transfert de confiance », c'est probablement ce qui a eu lieu, notamment chez le Dr Laurence, où j'ai pu rencontrer plusieurs fois les mêmes patients et TSO. L'un d'eux m'a longuement parlé dans la salle d'attente alors que la praticienne n'était pas encore arrivée au cabinet. Il a ensuite exposé les mêmes éléments au Dr Laurence lors de la consultation¹⁸. Ainsi, les patients ne parvenaient pas toujours à situer mon rôle exact et m'assignaient quelquefois la fonction de *substitut du médecin*.

La plupart du temps, les généralistes ont demandé aux patients l'autorisation que j'assiste à la consultation¹⁹. Cependant, on peut supposer qu'avec les informations vagues dont ils disposaient sur mon identité, les patients pouvaient difficilement savoir s'il était préférable de refuser. De plus, comme le remarque Sarradon-Eck (2008), l'asymétrie de la relation médecin-patient rend difficile un refus, même si certains patients ont effectivement refusé. La dimension asymétrique était accentuée chez le Dr André : il ne demandait l'autorisation que lorsqu'il suspectait une possibilité de refus. Le reste du temps, il annonçait simplement ma présence sans réellement solliciter d'accord. Cette procédure ne fut pas toujours bien acceptée par ses patients. Lors d'une consultation de fin de matinée, le Dr André oublia de me présenter à un couple de patients en TSO. Du fait de l'enchaînement des consultations précédentes, ni lui ni moi n'avions remarqué cet oubli avant que la patiente ne pose des questions sur ma présence, plusieurs minutes après le début de la rencontre.

¹⁸ Cette consultation est analysée au chapitre 9.

¹⁹ Lorsque les patients refusaient, j'attendais dans la salle d'attente la fin de la consultation. Je ne cherchais pas à prendre connaissance des motifs des refus, à moins que le médecin ne souhaite explicitement m'en parler.

L'impossibilité de refuser a provoqué la colère de la patiente, qui a ressenti l'observation comme imposée :

Extrait du journal de terrain, Dr André, patients 11

Tout d'un coup la patiente se tourne vers moi et demande à André : « c'est qui ? ». Elle dit que je suis dans le cabinet médical donc c'est normal elle a le droit de savoir, il y a le secret professionnel. André lui dit que je suis tenue par le secret professionnel, que je suis une « stagiaire », il demande : « ah je l'ai pas dit ? », puis il ajoute sur le ton de la plaisanterie : « je l'ai dit dix fois aujourd'hui, t'aurais pu écouter ! » La patiente répond « écouté à Bagdad !... », ou quelque chose d'approchant qui veut dire qu'elle n'était pas là pour écouter (elle aussi adopte le ton de la plaisanterie).

Cette situation fut relativement inconfortable pour moi, car le médecin a usé de son autorité, ne laissant pas le choix à la patiente. La plaisanterie qu'il utilise interdit toute possibilité de réponse sérieuse. Dans cet extrait, on constate que le « secret professionnel » fait potentiellement problème pour le généraliste : ici comme dans d'autres consultations, le maintien de l'ambiguïté sur mon appartenance au « corps médical »²⁰ peut se comprendre par une volonté de rassurer les patients sur le fait que je suis, moi aussi, soumise au secret. Cette expérience se rapproche de celle que rapporte Aline Sarradon-Eck au sujet du port de la blouse : « Dans un cabinet, les praticiens ont demandé à l'ethnologue de porter une blouse comme eux-mêmes, maintenant une ambiguïté riche de sens sur le statut du chercheur : sa présence ne pouvant être acceptée qu'à la condition que l'ethnologue soit assimilé au corps médical et autorisé ainsi à "partager le secret". » (Sarradon-Eck 2008, p. 10).

Concernant l'interférence de ma présence sur l'attitude des médecins, une question méthodologique de taille se pose : les médecins changent-ils leur pratique sous le regard d'un observateur extérieur ? En fonction des réponses que l'on apporte à cette question, la pertinence de la démarche ethnographique peut se trouver affaiblie voire littéralement invalidée. Convaincue de l'intérêt du travail d'observation, j'ai entrepris de minimiser ce biais, qui par ailleurs « fait partie des conditions de l'enquête et doit être intégré à l'analyse » (Fainzang 2006, p. 21).

Plusieurs travaux de sciences sociales insistent sur la dimension d' « évaluation » que les médecins peuvent associer à la présence d'un sociologue dans le cabinet médical

²⁰ Même si la notion de « corps médical » fait débat (selon Arliaud, les luttes de pouvoir internes la profession la rapproche plutôt d'un « champ » médical), le *secret*, scellé par le rituel du serment d'Hippocrate est bien un élément qui rassemble les médecins et participe de l'unité de ce groupe en tant que « communauté professionnelle ». Le secret professionnel en médecine est aussi un secret partagé entre les médecins qui y sont soumis (Sarradon-Eck 2008).

(Fainzang 2006; Sarradon-Eck 2008; Derbez 2010). La crainte de l'évaluation peut ainsi conduire à des refus de terrain. Mais l'évaluation peut également être recherchée par les médecins, et le chercheur être investi malgré lui d'un rôle d'« audit » (Sarradon-Eck 2008) par des médecins cherchant à améliorer leurs pratiques ou à se mettre en valeur auprès de leurs confrères. D'autre part, le médecin peut chercher à prouver qu'il se conforme aux « bonnes pratiques », ce qui l'amène à modifier sa conduite en présence de l'observateur. C'est ce que relate Fainzang à propos de son terrain hospitalier. Lorsqu'elle s'est entretenue avec les patients²¹, elle s'est rendue compte que les médecins modifiaient leur conduite en sa présence : « Annoncer aux médecins une enquête sur l'information du malade, c'était déjà risquer de les mettre en position soit de chercher à se justifier, soit au contraire de tenter d'être considérés comme des professionnels “informant bien” leurs patients. Au total, c'était risquer d'entraîner une modification de leurs comportements. [...] Le fait que le médecin connaisse l'objet de l'étude est susceptible d'induire de sa part des conduites différentes en situation. C'est ce qu'il me fut donné de constater lorsqu'un patient me confia, un jour : “Il m'avait pas dit ça à la dernière consultation. Mais quand vous êtes là, il m'explique.” – une difficulté que je ne parvins à résoudre que grâce à un terrain de longue durée, favorisant le relâchement de la surveillance, par les personnes enquêtées, de leurs propres conduites. » (Fainzang 2006, p.20-21)

Ainsi, selon Fainzang, seule une observation prolongée est susceptible d'atténuer ce biais. C'est, entre autres, pour cette raison, que j'ai fait le choix d'assister à des journées entières de consultations plutôt que de n'observer que les consultations portant sur les TSO. Cette méthodologie présente l'avantage de fournir un aperçu global de la pratique des généralistes observés tout en permettant aux médecins de se familiariser à ma présence au fil des consultations et des journées successives. Les généralistes ont-ils fini par oublier ma présence ? Certainement pas totalement, mais progressivement, se sont installées des routines de travail que je ne perturbais plus. Par exemple, le fait que le Dr André oublie de me présenter à ses patients lors de la dernière consultation d'une matinée (exemple cité plus haut), est probablement un indice de cette habitude progressive.

Cependant, comme je l'ai mentionné, André a entrepris autrement de contrôler ce qu'il me montrait, en me faisant venir uniquement le matin à sa consultation. Il choisissait ainsi les patients et les situations qu'il voulait bien livrer à l'observation. Ayant eu l'occasion de le voir

²¹ Croiser les méthodes et les regards de différents enquêtés sur les situations peut en effet être un moyen de prendre conscience de ce type de biais.

en fin d'après-midi pour un rendez-vous, je me suis aperçue que l'ambiance du cabinet était certainement plus « calme » le matin. Les consultations de l'après-midi étaient probablement moins « cadrées » que celles du matin, avec des patients qu'André jugeait peut-être moins valorisants. Ici, il s'agissait donc de me donner accès uniquement aux « bonnes pratiques » en limitant les possibilités de rencontre des « mauvais patients ». Par ailleurs, la présence d'une personne tierce dans le cabinet additionnée à des patients parfois jugés difficiles à « gérer » posait probablement aussi un problème d'organisation au Dr André.

Chez le Dr Laurence, j'ai ressenti très peu d'effets de l'observation sur la pratique du médecin, cette dernière m'adressant rarement la parole en présence des patients. Le rythme soutenu de ses consultations y est pour beaucoup, ainsi que son habitude de recevoir des stagiaires : ma présence perturbait peu ses routines de travail.

Le Dr Joël est celui qui a eu le plus de difficultés à faire abstraction de ma présence. Il essayait souvent de m'impliquer dans les consultations : il m'apostrophait régulièrement, et allait jusqu'à récapituler la totalité du dossier médical de certains patients à mon intention – ce qui fournit d'ailleurs des données précieuses sur le contenu des dossiers informatisés de ce praticien (voir chapitre 6). Ce biais contribuait parfois à réduire l'attention du médecin pour la demande initiale des patients, ces derniers ne comprenant pas toujours sa démarche. Ici, l'observation aurait pu avoir des conséquences sur le travail clinique et potentiellement nuire aux patients, c'est pourquoi j'ai fait part de cette crainte au médecin. Ces interférences n'empêchaient pas pour autant les patients d'exprimer une plainte et le médecin d'y répondre : c'est donc sur ces éléments que j'ai concentré mes observations et mes analyses. Cependant, pour l'analyse de certaines consultations du Dr Joël, j'ai dû tenir compte de l'impact de l'observation sur le déroulement des échanges.

À d'autres occasions, le Dr Joël m'expliquait ses pratiques comme il l'aurait fait avec un interne en médecine. Par exemple, il me montre la radiographie d'une fracture en m'expliquant en quoi c'est un cas particulièrement hors du commun. Par la suite, il m'a fait part de ses doutes quant à sa pratique. Le fait de me communiquer son « savoir-faire » lui a, selon ses propres dires, permis de se prouver qu'il avait « quelque chose à transmettre ». Après mon passage, il a décidé de devenir maître de stage. Il s'agit sûrement là d'une facette du don contre-don à l'œuvre dans une relation d'enquête. Comme les patients, les médecins investissent le chercheur de différents rôles en fonction de la situation mais également en fonction de leurs besoins au moment de la rencontre.

2.2. Une ville, des terrains : les entretiens avec les médecins

La problématique de cette recherche exige de ne pas se limiter à une approche des interactions. Revenons maintenant sur le déroulement de l'enquête par entretiens auprès de médecins généralistes.

J'ai choisi de circonscrire l'enquête au périmètre d'une métropole de province, la ville de Toulouse. Comme on le verra, cette approche permet d'étudier en détails l'organisation de la prise en charge sur un territoire²². Malgré l'unité géographique de mon terrain, la population d'enquête choisie rend ce terrain éclaté, ou plutôt atomisé. Du fait de l'exercice en cabinet libéral, les médecins généralistes ne forment pas une population saisissable en un mouvement unique. Les démarches de négociation des entretiens doivent être reproduites à l'identique pour chacun d'entre eux, ce qui se démarque des enquêtes en milieu hospitalier dans lesquelles une autorisation du chef de service ouvre généralement les portes au chercheur. En médecine libérale, les acteurs sont dispersés et n'entretiennent pas de rapports hiérarchiques.

Plusieurs travaux sur la médecine générale insistent sur les difficultés d'accès à ce terrain²³, alors que d'autres décrivent au contraire des démarches relativement aisées, si tant est que l'on a trouvé le mode de présentation adéquat (voir en particulier Jeanmart 2007). Afin de limiter les refus, j'ai contacté les médecins par courrier pour les informer de la tenue de l'enquête et solliciter leur participation, avant de les relancer par téléphone pour convenir d'un rendez-vous. Outre le problème des techniques d'approche, une autre question se posait : Quels médecins choisir ? Lors d'une pré-enquête (master 2), j'avais rencontré cinq généralistes très investis dans les prescriptions substitutives. Après ces entretiens, j'ai été convaincue de la pertinence d'approcher plusieurs profils de prescripteurs, en particulier des généralistes peu engagés dans cette pratique. Pour les distinguer, j'ai choisi le critère du nombre de patients en TSO suivis, susceptible de refléter le degré d'investissement du médecin dans la pratique substitutive. Ce parti-pris est, bien sûr, à discuter : on verra dans les chapitres suivants que les différences quantitatives ne suffisent pas pour rendre compte de la diversité des modalités d'appropriation des TSO. Mais ceci sera l'objet de l'analyse, et

²² Par ailleurs, je ne m'interdis pas de mobiliser, au besoin, des recherches menées sur d'autres terrains, à des fins de comparaison.

²³ Par exemple, Rosman (2010) ou encore Giami (2010) font état de taux d'acceptation de 10 à 20% pour les entretiens.

n'intervient pas directement sur le plan de la méthodologie. Le temps consacré aux patients en TSO, ou aux formations en addictologie, sont aussi des indices de l'intérêt des médecins pour cette patientèle. Le nombre déclaré de patients a donc représenté un premier critère de diversification de l'échantillon, sans pour autant faire l'objet de toute l'attention lors de l'analyse. Je souhaitais également approcher des médecins exerçant dans différents quartiers de la ville. J'ai en partie réussi, même s'il est regrettable que les médecins des quartiers dits « populaires » (grands ensembles en périphérie) n'aient pas répondu favorablement à ma requête. Certains ont évoqué un manque de temps, d'autres m'ont assuré qu'ils ne recevaient « aucun toxicomane ». Il s'agit là d'un résultat en soi, puisque d'autres entretiens ont confirmé que les patients de ces quartiers sont souvent pris en charge chez des médecins du centre ville.

Lors de la pré-enquête de master, j'étais passée par l'intermédiaire du Réseau de santé addictions de la Haute Garonne (Passages Réseau Addictions 31) afin d'établir un premier contact avec des médecins. J'ai décidé de les solliciter de nouveau pour la thèse, d'autant plus qu'ils avaient réservé une réception positive à mes premiers travaux de recherche. Il me semblait que la mention de leur soutien sur le courrier adressé aux généralistes pourrait rassurer ces derniers quant au sérieux de l'enquête. De plus, le Réseau pouvait représenter un premier mode d'accès à des médecins prescripteurs de TSO, à condition, bien sûr, de diversifier ensuite l'échantillon par d'autres modes de recrutement²⁴. L'appui du Réseau rendait le terrain moins atomisé.

Pour démarrer rapidement l'enquête, j'ai donc sollicité le Réseau pour obtenir une liste de ses membres. L'équipe de coordination disposait également d'informations telles que le nombre de patients suivis, ce qui me permettait de commencer à diversifier le recrutement au regard de ce critère. Suite à cette demande, la coordonatrice du Réseau ne m'a pas laissé accéder à la liste exhaustive des membres, elle a préparé une liste de 30 généralistes prescripteurs toulousains préalablement sélectionnés par ses soins sur la base de critères divers et quelque peu obscurs : leur disponibilité, leur intérêt supposé pour ma recherche et probablement son idée de l'utilité qu'ils pouvaient comporter en tant qu'enquêtés. Outre les

²⁴ 17 des 27 généralistes interrogés sont membres de ce Réseau. Il s'est avéré que des généralistes contactés par d'autres biais étaient membres du Réseau sans que je ne le sache. Cela reflète une spécificité locale puisque le Réseau toulousain est particulièrement bien implanté et connu des généralistes. Cependant, on y reviendra, de nombreux membres ne le sont que sur le papier, l'adhésion ne présume pas d'une implication active sur les questions d'addictologie.

biais considérables qu'implique une sélection préalable des enquêtés que le Réseau consent à me présenter, la composition de cette liste est en réalité un matériau de terrain à part entière. Au moment où je l'ai récupérée, j'ai recueilli les commentaires des médecins coordonateurs au sujet des différents noms qui y figuraient. Ces premiers commentaires furent l'occasion de commencer à comprendre les relations, les mécanismes de réputation, les conflits, ainsi que les enjeux de pouvoir et de légitimité entre les généralistes toulousains autour des TSO. En effet, certains médecins de la liste correspondaient à ce que le Réseau considère comme les « bonnes pratiques » substitutives, alors que pour d'autres, les coordonateurs se montraient plus réservés, souvent sur la base de rumeurs peu flatteuses qui couraient à leur sujet. L'une des coordonatrices s'est ainsi livrée à un classement des généralistes de la liste, me recommandant certains d'entre eux et me déconseillant de contacter les autres. Par exemple, elle avait barré l'un des noms que sa collègue avait inscrit. Lorsque je lui ai demandé des explications, elle m'a conseillé : « lui, ne va pas le voir », en m'expliquant que si je le rencontrais j'aurais une idée faussée de la substitution en médecine générale. En fait, ce généraliste ne correspond pas à l'image publique que le Réseau souhaite donner de lui-même, de ses membres, mais surtout des TSO eux-mêmes. Au chapitre 2, nous verrons que le Réseau a toujours souhaité se démarquer des « dérives » de certains médecins impliqués dans des « affaires » de trafic de médicaments, en les condamnant et en s'affirmant garant des bonnes pratiques substitutives. L'enjeu pour les fondateurs du Réseau est d'éviter une remise en cause de la politique substitutive dans son ensemble à cause d'une minorité de « dérives » émanant de quelques prescripteurs. Mon travail était déjà pris dans ces enjeux, que je n'avais saisi que confusément au moment de mes premiers pas sur le terrain. L'approche, dans un travail de recherche, de pratiques de prescription « hors normes », était potentiellement susceptible de mettre à mal les efforts du Réseau pour défendre la substitution auprès de ses détracteurs. Les coordonnateurs n'avaient pas envie que je m'attarde sur les pratiques de quelques médecins embarrassants, qui, de surcroît, sont membres du Réseau. Le fait que l'équipe du Réseau ait fait tout son possible pour me dissuader de rencontrer certains médecins a donc apporté des éléments d'analyse, avant même mon entrée officielle sur le terrain.

Après une première vague d'entretiens auprès de médecins membres du Réseau, j'ai élargi mon échantillon en recourant à l'annuaire téléphonique (en faisant varier les zones géographiques), aux médecins cités par les patients rencontrés lors de mes précédentes enquêtes, et en demandant à diverses personnes de mon entourage le nom de leur médecin traitant. Le corpus a été complété par des entretiens auprès de médecins remplaçants,

contactés par l'intermédiaire de la faculté de médecine. J'ai eu accès aux adresses e-mail des jeunes médecins ayant effectué un stage SASPAS²⁵ en Midi-Pyrénées au cours des deux dernières années, ce qui a permis de cibler des personnes effectuant régulièrement des remplacements et ayant pour projet de s'installer en libéral. Un message présentant l'objet de la recherche leur a été envoyé, suite auquel six d'entre eux se sont manifestés spontanément.

Ces diverses modalités de prise de contact ne me dispensaient pas de devoir convaincre les médecins un par un. La principale difficulté a consisté à parvenir à leur parler directement en m'affranchissant de l'intermédiaire des secrétaires. On retrouve là une caractéristique des enquêtes auprès d'« imposants » : l'inaccessibilité est aussi une marque de domination de l'enquêté sur le chercheur (Chamboredon et al. 1994). De plus, la plupart du temps, plusieurs appels successifs ont été nécessaires avant d'obtenir un rendez-vous. Comme le remarquent Chamboredon *et al.*, « décrocher un entretien est alors perçu comme une réussite » (*ibid*, p. 124). La durée de l'entretien était également un point difficile à négocier. En général j'annonçais une durée de « 40 à 45 minutes », qui m'a été accordée dans la majorité des cas, mais avec peu de possibilités de dépassement. Les entretiens ont duré entre 25 minutes pour le plus court, et 1 heure 15 pour le plus long.

J'ai fait face à un certain nombre de refus d'entretiens. Ces derniers ont toutefois été bien moins fréquents que dans d'autres enquêtes. Sans surprises, la contrainte le plus souvent invoquée par les généralistes qui ont décliné l'entretien est leur manque de temps ou leur indisponibilité au moment de l'enquête. Certains se considèrent trop souvent sollicités par des chercheurs. D'autres, contactés au hasard dans l'annuaire téléphonique, ne recevaient pas de patients substitués. Ces cas sont cependant minoritaires : la plupart des généralistes sollicités avaient au moins une personne en TSO dans leur patientèle, ce qui est en accord avec l'augmentation du nombre de prescripteurs constatée statistiquement ces dernières années (Beck et al. 2013).

Quelques médecins sont restés injoignables malgré mes tentatives successives de contact téléphonique. Un généraliste a décliné de façon indirecte, en annulant à trois reprises par SMS les rendez-vous que nous avons convenus. Ce médecin, ainsi que d'autres qui ont refusé pour des motifs divers, avait été désigné par les coordinatrices du Réseau comme ayant des

²⁵ Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée. Ce stage en cabinet libéral d'une durée d'un semestre universitaire permet aux internes en médecine générale de mener des consultations avec la supervision de leur maître de stage. Ce stage n'étant pas obligatoire (il peut être remplacé par un stage hospitalier), on peut supposer que les étudiants qui l'effectuent se destinent à la médecine générale libérale.

pratiques « déviantes ». Ainsi, il est probable que ces généralistes aient été peu désireux de me parler de leurs pratiques si elles étaient controversées localement. Un généraliste, qui a fini par accepter l'entretien, avait dans un premier temps refusé sous prétexte qu'il n'était « pas une référence ». Durant l'entretien, j'ai appris qu'il avait reçu des avertissements de l'assurance maladie pour des prescriptions abusives de TSO. Les refus peuvent être liés à une crainte du jugement ou de l'évaluation, dès lors que le médecin sait que ses pratiques ne font pas l'unanimité.

Par ailleurs, grâce aux entretiens avec les patients, j'ai pu me faire une idée partielle des pratiques de plusieurs médecins qui ont refusé de me rencontrer. Il en ressort que le temps que certains d'entre eux ont jugé bon d'accorder à ma recherche sur les TSO semble représentatif du temps qu'ils accordent aux patients substitués dans leur pratique quotidienne. Selon les patients, ces praticiens, même s'ils reçoivent de nombreuses personnes substituées, rédigeraient des ordonnances de TSO « entre deux portes » sans recevoir les personnes en consultation²⁶. Ainsi, le désintérêt que ces médecins ont porté pour ma recherche reflète quelquefois celui qu'ils portent à la patientèle en TSO.

2.3. Les entretiens avec les patients : des adaptations de la méthode à leurs temporalités

Lors de recherches antérieures auprès de consommateurs de drogues, j'avais déjà expérimenté des difficultés d'accès à ces enquêtes. Diverses contraintes liées aux modes de vie centrés sur les produits, telles que le caractère souvent aléatoire de l'approvisionnement, ou encore la menace constante du manque, empêchent les personnes d'être pleinement disponibles pour rencontrer un sociologue. Les patients substitués sont possiblement moins exposés à ces problématiques, du fait de leur inscription dans un traitement médicamenteux au long cours. C'est, du moins, ce que je pensais au début de l'enquête. Pourtant, force est de constater que j'ai rencontré les mêmes obstacles qu'avec des consommateurs de drogues « actifs », en particulier de nombreux rendez-vous manqués. C'est ce qui m'a conduite à un renoncement partiel au cadre formel de l'entretien semi-directif, que j'aborderai après avoir retracé le déroulement de ce terrain.

Dans un premier temps, j'ai entrepris de rencontrer des patients en TSO par

²⁶ La consultation est cependant facturée au patient. Nous reviendrons sur ces pratiques et les fonctions qu'elles peuvent revêtir pour les médecins au chapitre 5.

l'intermédiaire de professionnels de santé. J'ai contacté six patients par l'entremise de leur médecin prescripteur, et un patient m'a été présenté par une pharmacienne. L'un des médecins observés en consultation, le Dr Laurence, m'a transmis les coordonnées de quatre de ses patients. J'avais vu trois d'entre eux en observation, mais les entretiens ont eu lieu plus de six mois plus tard, les patients ne se souvenaient pas forcément de moi. Les entretiens ne portaient d'ailleurs absolument pas sur les consultations observées, puisque j'ai choisi de dissocier les deux méthodes afin qu'elles apportent des données complémentaires²⁷.

Le recrutement de patients par l'intermédiaire des soignants présente plusieurs limites. La principale difficulté réside dans l'assimilation possible du sociologue au milieu médical. Consciente de ce travers, je n'ai fait aucun entretien dans les cabinets médicaux, j'ai privilégié soit le domicile des patients lorsqu'ils étaient d'accord, soit des lieux publics (café, parc...). Cependant, parce qu'ils me situent « du côté » du médecin²⁸, les patients rechignent quelquefois à aborder avec moi des éléments qui pourraient leur être reprochés par leur généraliste, ou encore à émettre des opinions négatives envers ce dernier (sur cette question, voir Bizeul 1998; Fainzang 2006). Ainsi, de peur que je ne le répète au Dr Laurence, une patiente a hésité à me révéler son recours à un autre médecin pour obtenir un médicament que Laurence avait refusé de prescrire :

«-Patiente : Et en fait, bon ben...je sais pas si...Dr Laurence, elle va savoir ce que tu... ?

-Enquêtrice : Ah non non non !

-P : Sûr ?

-En : De toute façon je la revois pas.

-P : Alors je te dis la vérité, je suis allée il y a une semaine voir mon médecin avec qui j'avais, enfin, mon médecin de famille entre guillemets. [...] Et donc sans lui dire, c'est pour ça je te demanderai de pas lui dire, je suis allée voir ce médecin, je lui ai expliqué tout, je lui ai rien caché, et je lui ai expliqué l'histoire du Prozac, et elle m'a dit "moi je peux vous le prescrire". » (Rosa, patiente, méthadone)

Ici, la méfiance de la patiente ne semble pas entièrement dissipée par mes garanties de confidentialité. Elle cherche à maîtriser les conséquences éventuelles des propos tenus.

Une autre limite de ce mode de recrutement tient au fait que les médecins

²⁷ D'ailleurs, à l'exception du Dr André, qui fut l'un des premiers généralistes interviewés au début de l'enquête, je n'ai pas fait d'entretien avec les deux autres médecins observés. Cela m'a paru inutile puisque durant les observations j'ai recueilli de manière informelle des discours développés sur leur parcours et leurs pratiques.

²⁸ Durant ma thèse, il n'y a guère eu que quelques sociologues pour me soupçonner d'appartenir au monde des usagers de drogues ! Pour les patients, mon étrangeté à leur « milieu » n'a jamais fait aucun doute.

sélectionnent certainement les patients qu'ils choisissent de me présenter. Ceci pas seulement dans le but de me présenter uniquement des « bons patients », mais aussi parce qu'avec certains patients, ils ne parviennent pas eux-mêmes à nouer une relation de confiance, ce qui rend encore plus compliqué de proposer un entretien avec une personne extérieure²⁹. Ce biais m'a paru très prononcé avec la pharmacienne qui, à plusieurs reprises, m'a expliqué n'avoir pas pu parler de ma recherche à des patients car ils « ne convenaient pas » à l'entretien.

Toutefois, les patients rencontrés grâce aux soignants ont des profils sociodémographiques et des trajectoires diverses (par exemple, certains ont fréquenté la prison ou la rue, d'autres sont issus de milieux sociaux aisés...). De plus, certains n'ont pas tout à fait rompu avec les opiacés illicites, ce qui s'écarte de la conception du « bon patient » généralement promue par les médecins.

On l'aura compris, ce mode de recrutement m'a très vite paru insatisfaisant à lui seul. Il me faisait courir le risque de perdre une partie des discours des patients sur leur relations avec les soignants, et il rendait inaccessibles certaines personnes en TSO. Par ailleurs, les médecins acceptant de me présenter des patients étaient peu nombreux, et je refusais de limiter mon enquête à la patientèle de trois ou quatre généralistes.

Par ailleurs, dans le même temps, j'éprouvais quelques difficultés à contacter et à rencontrer les patients que me recommandaient les soignants. J'ai fait face à plusieurs rendez-vous manqués, et très peu d'entretiens se sont effectivement déroulés à la date initialement prévue. Par exemple, une patiente – que j'ai finalement renoncé à rencontrer – a changé plusieurs fois la date du rendez-vous, puis était absente lorsque je me suis présentée à son domicile. De même, plusieurs de mes enquêtés avaient « oublié » l'entretien ou avaient eu un imprévu de dernière minute, me laissant attendre parfois plusieurs heures. La récurrence de ces événements n'a pas manqué de m'interroger sur la pertinence de ma méthodologie. Dans le cadre d'une approche compréhensive, on ne peut se contenter de rendre compte de ces difficultés, il faut également rechercher leur signification. N'étais-je pas, sans le vouloir, en train d'imposer les cadres et la temporalité de la recherche à des enquêtés habitués à d'autres modes d'interaction sociale ? Dans ce cas, les attentes et rendez-vous manqués prennent une signification bien différente : ils participent de la temporalité des « mondes de la drogue » (Duprez, Kokoreff 2000), dans laquelle mes enquêtés m'ont, finalement, entraînée. L'attente

²⁹ Dans son enquête sur le VIH-Sida, Maguelone Vignes fait le même constat à propos de travailleurs sociaux intervenant auprès de publics précaires (Vignes 2010).

que j'ai expérimentée est similaire à la posture du patient qui attend plusieurs heures son médecin dans une salle d'attente avant de pouvoir obtenir son TSO. C'est aussi, plus manifestement, la situation d'un consommateur de drogues qui attend son dealer des heures durant, au coin d'une rue. Cette expérience est récurrente dans les récits des patients, la plupart d'entre eux l'ont vécue fréquemment lorsqu'ils consommaient des produits. Elle en vient à devenir un mode habituel d'interaction entre usagers. Certains patients voient le TSO comme un moyen de s'affranchir de cette « dépendance » aux dealers. L'attente et l'incertitude font partie du quotidien des mondes sociaux des drogues. Si je voulais avoir accès à cette population il fallait donc que j'accepte de me plier, moi aussi, à cette norme. Ces remarques font écho à celles de Patricia Bouhnik qui affirme avoir dû « se laisser couler dans leur temporalité » pour enquêter auprès de consommateurs de produits (Bouhnik 2007, 2011).

Des adaptations de la méthodologie m'ont donc semblées souhaitables, à la fois pour atteindre des personnes aux profils différents, et pour m'adapter au mieux à la temporalité des patients sans que l'entretien ne soit pour eux une contrainte. J'ai donc cherché d'autres intermédiaires, et privilégié l'entretien informel (Lanzarini, Bruneteaux 1998) comme méthodologie complémentaire.

Pour diversifier les moyens de recrutement des patients, j'ai fait appel à l'association Aides, qui gère un CAARUD à Toulouse. Grâce à eux, j'ai eu accès à d'autres populations, en particulier les injecteurs de Subutex venant se procurer du matériel d'injection au CAARUD³⁰. Les premières analyses des entretiens auprès des médecins, m'amenaient en effet à penser que les patients injecteurs, ainsi que globalement ceux qui ont des pratiques sortant des normes médicales, pouvaient avoir plus de difficultés que les autres à trouver un généraliste prescripteur. Pour tester cette hypothèse à l'épreuve du terrain, je devais donc m'entretenir avec des patients dans ce cas. Les dispositifs mis en place par Aides, en particulier l'unité mobile ou bus d'échange de seringues, m'ont aussi permis de rencontrer des patients en situation de précarité socio-économique (personnes sans logement, ou sans papiers, sans couverture maladie...etc.), catégories que plusieurs généralistes désignaient comme *indésirables*³¹. Ici encore, le mouvement d'aller et retour entre analyses et travail de terrain apparaît fondateur de ma démarche méthodologique. Les analyses des entretiens auprès des médecins m'ont aiguillée pour orienter mes entretiens auprès des patients, en

³⁰ Toutes les personnes rencontrées à Aides ne sont pas injectrices de Subutex. Certaines ont un traitement tout en injectant occasionnellement ou régulièrement d'autres produits.

³¹ Et que, par conséquent, j'aurais eu du mal à contacter par le biais des médecins.

termes de populations à cibler, mais aussi pour les thèmes à aborder avec eux – les parcours dans les structures de soins et l'accès aux traitements.

La méthodologie adoptée à Aides mêle observations et entretiens informels. J'ai été présente sur les lieux d'accueil des usagers – CAARUD ou bus – durant dix demi-journées. Quelques jours avant mon arrivée, les accueillis – qui, pour la plupart, viennent régulièrement – étaient avertis de mon passage par un affichage et par des explications des animateurs de l'association. Ceux qui étaient intéressés pour échanger avec moi étaient invités à venir les jours où je serais présente. Ainsi, j'ai alterné entretiens semi-directifs (lorsque les patients manifestaient l'envie d'échanger longuement et qu'il était possible de s'isoler et d'enregistrer) et entretiens plus informels avec les personnes qui acceptaient de me parler quelques minutes autour d'un café. Entretiens informels et observations se mêlent souvent, car le CAARUD est un espace de convivialité pour ses accueillis. Certains usagers y restent plusieurs heures, ou y viennent tous les jours même lorsqu'ils n'ont pas besoin de matériel d'injection. Aides est aussi un lieu où les usagers se rencontrent et échangent entre eux au sujet des produits et des médecins.

La méthode de l'entretien informel utilisée s'apparente à celle préconisée par Lanzarini et Bruneteaux auprès des populations précaires, dans un objectif d'adaptation aux contraintes de leur mode de vie et à leur temporalité (Lanzarini, Bruneteaux 1998)³². Je rencontrais les patients sur un lieu qui leur était familier, non médicalisé, en essayant de formaliser le moins possible la discussion, dans une démarche proche de la « conversation orientée » (*ibid.*, p. 166 et suivantes). Les conversations avec les accueillis étaient, d'ailleurs, régulièrement interrompues par les interventions d'autres usagers ou des animateurs du CAARUD. Les entretiens informels s'éloignent donc de l'échange questions-réponses ou du récit développé et ininterrompu qui caractérise les entretiens sociologiques classiques. Il faut préciser que cette dynamique a également été rendue possible par la dimension communautaire du CAARUD de Aides. Contrairement à d'autres structures du même type, les animateurs de ce centre ne sont pas des travailleurs sociaux ou des personnels paramédicaux. Certains sont d'anciens usagers professionnalisés dans une démarche d'auto-support (voir Jauffret-Roustide 2002). Ainsi, la relation nouée avec les accueillis est différente de celle qui peut être à l'œuvre dans des structures médico-sociales. J'ai certainement bénéficié d'un

³² Selon ces auteurs, « s'adresser à des sous-prolétaires pour effectuer des entretiens formels entre en contradiction avec leurs conditions de vie. » (p.160).

transfert de la confiance que les accueillis accordent aux salariés de l'association : je n'étais dès lors pas soupçonnée d'être proche des médecins. Au contraire, les enquêtés m'investissaient d'une capacité de défense de leurs droits, ils appréciaient d'être écoutés, de pouvoir « donner leur avis », « témoigner » sur les difficultés qu'ils avaient rencontrées.

Paradoxalement, alors que j'ai eu du mal à « ouvrir » le terrain auprès des patients, j'ai aussi eu des difficultés à le refermer. L'équipe du CAARUD avait tendance à me solliciter chaque fois qu'elle rencontrait un patient qui exprimait un problème d'accès à la substitution. Dans une démarche militante, l'association souhaite relayer certaines revendications sur la scène politique (par exemple, la mise en place d'une substitution injectable). Elle a en partie mis à profit mon travail pour les faire émerger. Cette expérience montre une fois de plus qu'une recherche sociologique est souvent prise dans des enjeux extérieurs, propres au terrain d'enquête. Elle pose aussi la question de l'engagement du chercheur. Pour ma part, je souhaite rendre une vision d'ensemble du phénomène d'appropriation des TSO en médecine générale, sans épouser le point de vue d'un groupe d'acteurs ou d'un autre. On le verra tout au long de ce travail, réduire les relations médecins-patients à des rapports entre dominants et dominés constituerait une vision manichéenne dépourvue de rigueur sociologique. Quitter ce manichéisme permet d'adopter une posture compréhensive en écoutant ce que chacun a à dire de l'autre et de ses pratiques. Adopter une posture d'empathie à la fois avec les médecins et avec les patients permet de constater que chacun est soumis à des contraintes diverses. Ainsi, même s'il me paraît primordial de réserver une place importante à la parole des patients dans le cadre d'une approche symétrique, ma démarche se dissocie toutefois de celle, plus militante, qui consisterait à défendre leurs droits. Si l'on veut conserver une approche sociologique compréhensive avec tous les acteurs, il paraît difficile de prendre parti : l'essentiel est d'écouter la façon dont les acteurs justifient leurs pratiques en se refusant à penser qu'ils ont raison ou tort.

Conclusion : Une démarche de recherche inspirée de la théorie ancrée

Pour conclure ce chapitre liminaire, nous reprenons la première personne du pluriel afin d'aborder l'analyse des données, qui, dans cette recherche, apparaît indissociable tant du travail de terrain que des inflexions de la problématique. Notre démarche de recherche se

caractérise par des allers et retours constants entre la production conceptuelle l'enquête empirique, chacune se nourrissant des apports de l'autre. En cela, elle se rapproche de la *grounded theory* ou « théorie ancrée » de Glaser et Strauss, qui invite à « envisager la théorie comme un processus » (Glaser, Strauss 2010, p. 93), grâce à la « découverte de la théorie à partir de données collectées et analysées de façon systématique. » (*ibid.* p. 83). « Cette stratégie de recherche a pour caractéristique fondamentale l'adaptabilité aux contingences du terrain, à l'intérieur d'une méthode rigoureuse qui redéploie le travail de recherche sur la base d'une récursivité et d'une itération permanentes entre collecte, codage et interprétation des données. [...] La théorie ancrée contrebalance la procédure inductive d'élaboration de théorie par une validation, par ajustement constant avec le terrain, des catégories et hypothèses qui ont émergé de celui-ci ; elle suppose en ce sens une vigilance maintenue, une prudence exacerbée et une réflexivité entretenue, faute de glisser de façon invisible vers ce qui est justement fui, la vérification de théories existantes. » (Marc-Henry Soulet, préface à la traduction française de Glaser et Strauss, 2010, p. 13).

L'« induction analytique », telle que la définit Becker (2002), s'apparente également à notre démarche de recherche, par son souci de tester et réorienter les hypothèses produites à partir des premières données analysées, à l'aune de nouvelles données recueillies et traitées par la suite : « Lorsque vous faites de l'induction analytique, vous élaborez votre théorie cas après cas. Dès que vous avez collecté des données sur votre premier cas, vous formulez une explication qui s'y applique. Puis, lorsque vous avez des données sur votre deuxième cas, vous lui appliquez votre théorie. Si elle explique ce deuxième cas de manière satisfaisante, pas de problème, votre théorie est momentanément confirmée et vous pouvez passer au troisième cas. Lorsque vous tombez sur un cas négatif, c'est-à-dire un cas que votre théorie échoue à expliquer, vous modifiez votre explication en y incorporant tous les éléments nouveaux que ce cas embarrassant vous suggère. » (Becker 2002, p. 302)

De ces deux méthodes, nous retenons avant tout la « logique itérative » (Paillé 2010), l'idée de va-et-vient entre conceptualisations théoriques et travail empirique. On commence à produire des énoncés théoriques à partir de quelques cas, puis on les enrichit au fur et à mesure de l'analyse des cas suivants et des retours sur le terrain. Les premières analyses orientent les investigations ultérieures, et inversement, ce sont les données de terrain qui guident les directions de l'analyse, puisque de nouvelles analyses viennent approfondir ou réorganiser les premières. L'ambition est d'enrichir le contenu théorique de notre analyse et

pas seulement de le « contrôler » ou de tester la « validité » des hypothèses (Glaser, Strauss 2010). En ce sens, nous sommes plus proches de la posture de la théorie ancrée, qui va au-delà du programme de vérification par les « cas négatifs » proposé par l'induction analytique.

Ainsi, après avoir recueilli les premières observations et entretiens de médecins généralistes, nous avons débuté les analyses en utilisant la méthode comparative continue telle qu'elle est préconisée par Strauss (Strauss 1992b; Glaser, Strauss 2010). Elle nous a permis de conceptualiser différents phénomènes à partir des discours des généralistes, tels que, par exemple, les logiques de sélection et de limitation du nombre de patients en TSO, que nous développerons en partie II de la thèse. La conception des logiques d'appropriation en tant que logiques de tri a ainsi émergé progressivement de l'analyse des données. Ces premières analyses ont orienté les domaines à investiguer dans les entretiens auprès des patients, en montrant notamment l'intérêt de les questionner sur les modalités d'accès aux traitements et leur trajectoire au sein des institutions de soins. Les premières analyses ont également permis de distinguer le « local » comme niveau d'action pertinent à investiguer (notamment parce que les généralistes évoquaient constamment leurs confrères), alors que nos interrogations initiales portaient uniquement sur les interactions médecin-patient dans le colloque singulier. De même, l'analyse des observations de consultations nous a permis de comprendre que la « décision médicale » n'était pas au cœur de notre objet de recherche. C'est donc dans une démarche « ancrée » dans les données du terrain que nous avons mis en parallèle l'appropriation d'une politique publique avec la constitution d'une relation médecin-patient. Les apports de la théorie ancrée à notre travail résident dans une exigence de rigueur analytique dans la production et l'utilisation des concepts, rigueur qui passe par une connexion constante avec les données de terrain.

PARTIE I

—

LES GENERALISTES DANS LA
POLITIQUE SUBSTITUTIVE :
D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE A
SES APPROPRIATIONS

La première partie de la thèse s'intéresse à la place des médecins généralistes dans la politique substitutive, à partir de trois focales. Le chapitre 1 établit une contextualisation de l'objet d'étude, la rencontre médecin-patient-médicament, afin d'en préciser les enjeux pour les acteurs mais aussi pour le sociologue. Un retour sur les politiques sanitaires liées aux drogues en France depuis les années 1970 montrera comment les généralistes en sont venus à y occuper une fonction essentielle, puis comment ils ont dû endurer des remises en causes récurrentes de leur compétence. Les différentes politiques des drogues – soin en toxicomanie, réduction des risques, addictologie – sont fondées sur des représentations spécifiques des consommateurs de produits, qu'il faudra présenter afin de comprendre comment les TSO en médecine générale s'y insèrent. Enfin, la politique substitutive introduit un nouvel objet dans les prises en charge : le médicament. Il est porteur de significations plurielles pour les acteurs, dont notre recherche doit tenir compte.

Le chapitre 2 s'intéresse aux étapes de la mise en œuvre de la politique substitutive sur le terrain toulousain. Au-delà d'une présentation du contexte territorial dans lequel évoluent les acteurs étudiés, l'objectif de ce chapitre est d'analyser une spécificité locale : un dispositif spécialisé et hospitalier longtemps resté peu impliqué dans les prescriptions de TSO, contrebalancé par un groupe de généralistes érigé au rang d'experts. Bénéficiant d'une reconnaissance institutionnelle grâce au Réseau ville-hôpital qu'ils ont fondé, ces derniers contribuent fortement, depuis les années 1990, à définir les orientations de la politique locale, en statuant notamment sur les « bonnes pratiques » en matière de substitution.

L'entrée par le territoire ne se limite cependant pas aux spécificités d'un terrain. Le chapitre 3 étudie les systèmes locaux de prise en charge qui se forment autour d'une politique de santé. La ville apparaît non pas comme un espace clos (les acteurs sont en interaction avec l'extérieur), mais comme une unité d'analyse privilégiée pour comprendre les mouvements des patients entre les médecins et les structures de soin. L'analyse des pratiques de collaboration et d'adressage des généralistes autour des TSO montrera que tous n'envisagent pas de la même façon la répartition des tâches avec d'autres professionnels, ce qui suggère des logiques d'appropriation différenciées de la politique substitutive. D'autre part, on s'intéressera à la manière dont les actions des uns et des autres contribuent à structurer une offre locale de traitements.

Chapitre 1.

La politique substitutive à la lumière d'une triple rencontre

Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale inaugurent une triple rencontre entre les médecins généralistes, les personnes dépendantes aux opiacés, et les médicaments de substitution. Cette rencontre, qui a lieu à la fois sur les plans individuel et collectif, constitue le cœur de notre objet de recherche. Ce premier chapitre a plusieurs objectifs. D'une part, il « plante le décor » de notre travail, en interrogeant les liens qui unissent les trois protagonistes de la rencontre et les difficultés qui sont susceptibles d'émerger de celle-ci. D'autre part, il resitue la triple rencontre dans son contexte historique, en retraçant les étapes de la politique substitutive française à partir de la littérature sociologique et de documents officiels (textes de lois, circulaires et rapports ministériels...) qui ont, année après année, défini les conditions de possibilité des relations entre médecins généralistes, patients dépendants aux opiacés et médicaments de substitution. Cette contextualisation permettra de mieux expliciter les principaux questionnements et orientations problématiques qui guident la thèse.

La contextualisation de la rencontre à travers ses trois protagonistes vise à comprendre comment de nouveaux patients et de nouveaux médicaments font leur entrée dans les cabinets de médecine générale à partir du milieu des années 1990. Nous nous pencherons dans un premier temps sur les origines de l'implication des généralistes dans les politiques publiques en matière de drogues. Nous verrons que la légitimité de leur participation est étroitement liée à la mise sur le marché des médicaments de substitution (partie 1 du chapitre). Grâce à la possibilité de prescription d'un médicament, les personnes dépendantes aux opiacés peuvent devenir des *patients* de la médecine générale au titre de leur dépendance. Cette dénomination entre en résonance avec d'autres qualificatifs servant à les désigner, en particulier ceux de « toxicomane », d'« usager de drogues » et d'« addict » : quelle place ces différents référentiels laissent-ils au statut de patient ? Par ailleurs, les TSO en médecine générale s'inscrivent parmi une pluralité de modes de « sortie » des drogues. Ils invitent à interroger le

rôle des médecins et des médicaments dans le processus de sortie (partie 2). Ces traitements sont porteurs de plusieurs ambiguïtés : en tant que vecteurs de « sortie » de la dépendance, ils posent la question de sa « médicalisation ». De plus, le terme même de « substitution » les rapproche constamment des drogues qu'ils sont supposés remplacer. Quelles sont les conséquences de cette spécificité sur la manière dont les généralistes et les patients s'en saisissent ? Nous montrerons l'intérêt d'une sociologie prenant en compte les médicaments en tant qu'objets sociaux (partie 3).

1. Les médecins généralistes dans les politiques des drogues en France : d'une émergence tardive à une légitimité contestée

Les généralistes sont longtemps restés exclus de la prise en charge des consommateurs de drogues en France. Dans les années 1970 et 1980, celle-ci relevait exclusivement du « champ spécialisé du soin en toxicomanie » (Bergeron 1999). Pourtant, à cette époque, certains généralistes ont joué un rôle souterrain vis-à-vis des toxicomanes¹, en tant que recours de proximité (1.1). L'émergence officielle des généralistes dans la politique sanitaire des drogues a lieu au milieu des années 1990 dans le cadre des mesures de réduction des risques. Leur intervention est rendue possible par la mise sur le marché du Subutex en 1996 (1.2). Les généralistes deviennent ainsi acteurs d'une politique de santé publique. Pour la mettre en œuvre, ils ont dû « inventer » une pratique nouvelle (Lalande, Grelet 2001). Après vingt années de substitution traversées par des crises de légitimité, on peut se demander aujourd'hui dans quelle mesure la substitution s'est « banalisée » (Feroni 2005) en médecine générale (1.3).

1.1. De l'hégémonie du secteur spécialisé aux pratiques de substitution officieuses des généralistes

1.1.1. Les années 1970 à 1990 : une politique qui exclut médecins et médicaments

Les politiques françaises en matière de drogues, tant sur le plan pénal que sur le plan sanitaire, sont largement fondées sur la loi du 31 décembre 1970. Celle-ci établit deux

¹ Dans ce chapitre, nous employons les termes « toxicomane » et « toxicomanie » lorsque nous abordons les politiques des années 1970 à 1990. Nous employons la dénomination « usage(r) de drogues » lorsque nous faisons référence aux mesures de réduction des risques initiées au milieu des années 1990. Dans la deuxième partie du chapitre, nous analysons les enjeux de chacune des terminologies.

orientations : *la répression*, avec la pénalisation de l'usage privé de stupéfiants, et *le soin*, avec, d'une part, la mise en place d'une prise en charge anonyme et gratuite reposant sur la désintoxication, et d'autre part, l'instauration de l'injonction thérapeutique comme alternative à l'incarcération. Cette loi constitue toujours la base des politiques françaises en matière de drogues, bien qu'elle ait été contestée dès les années qui ont suivi sa mise en vigueur car elle repose sur un projet unique : l'éradication des drogues.

La velléité d'éradication est le dénominateur commun au volet répressif et au volet sanitaire de la loi. Plusieurs auteurs considèrent qu'elle pose les bases d'une « guerre à la drogue » (Coppel 2002; Ehrenberg 1995). Selon Jacqueline Bernat de Célis (1996), au moment où est instaurée la pénalisation de l'usage privé de stupéfiants, le gouvernement cherche à donner une image de fermeté vis-à-vis de la jeunesse contestataire de l'époque². Nous ne reviendrons pas ici sur les circonstances particulières du vote de cette loi, dont les orientations répressives émanent en grande partie du gouvernement et du Ministère de la Justice, parfois contre l'avis des experts et des parlementaires en présence (pour plus de détails, voir Bernat de Célis 1996). Sur le plan sanitaire, la loi de 1970 érige l'abstinence comme seule finalité acceptable, à travers la mise en place d'un dispositif de cures de désintoxication rattaché à la psychiatrie hospitalière. De ce fait, pour de nombreux acteurs, la loi de 70 tend à réduire le « toxicomane » à un « malade » et à un « délinquant » : « le toxicomane est désigné comme coupable et victime de sa dépendance aux drogues et a donc le devoir de se soigner. » (Jauffret-Roustide 2004, p. 114).

Selon Alain Ehrenberg (1995, 1996), la loi de 1970 est « conservatrice et réactionnaire » mais aussi imprégnée de « culture politique républicaine ». En interdisant l'usage privé et en érigeant l'abstinence comme objectif thérapeutique, l'État français proclame la « subordination du privé au public » : « C'est moins l'autodestruction des drogués que la transgression de la norme civique qui est en jeu. Le drogué est celui auquel on doit rappeler qu'il vit en société *avant* de l'empêcher de s'autodétruire. [...] L'individu doit se conformer à la norme civique ou à défaut être soigné ou puni. » (Ehrenberg 1996, p. 9). Cette volonté de faire de la loi de 1970 à la fois une loi « rempart » et une loi « pédagogique » pour la « jeunesse » a conduit l'État à privilégier la justice et la médecine comme formes de

² « En créant une incrimination, ils faisaient appel à une autre fonction de la loi pénale qui a été d'exercer les peurs et de rassurer sur leur choix de société les adultes d'après mai 68 » (Bernat de Celis 1996, p. 165).

régulation pour lutter contre la drogue. La loi a pour but de « rapatrier dans le monde des individus qui s'en sont absentes en ingérant un produit » (Ehrenberg 1995). Ehrenberg utilise l'expression « abstinence républicaine » pour montrer que l'objectif d'abstinence est la traduction sanitaire de la velléité d'éradication des drogues sous-tendue par la conception française républicaine de la citoyenneté.

Même si le volet sanitaire est rattaché à l'hôpital psychiatrique avec les cures de désintoxication, le « champ spécialisé en toxicomanie » (Bergeron 1999) s'en démarque rapidement pour mettre en place le dispositif de soin anonyme et gratuit prévu par la loi. La majorité des psychiatres de l'époque se montrent, en effet, peu désireux de s'occuper de toxicomanes. Bergeron retrace l'histoire des « intervenants en toxicomanie », groupe professionnel qui a fondé les premiers centres de soins spécialisés dans les années 1970, avant d'acquiescer durablement le monopole des prises en charge. Il s'agit d'un groupe hétérogène composé à la fois de travailleurs sociaux, de psychologues cliniciens et de psychiatres. Ces derniers sont peu nombreux mais toutefois dominants : ils décideront des orientations théoriques adoptées par l'ensemble du groupe. Ils s'illustrent par leurs prises de position anti-asilaires, ce qui les marginalise au sein de la psychiatrie classique (Ehrenberg 1995, 1996 ; Bergeron 1999) : « La première génération de psychiatres intervenant sur la drogue se caractérise par son refus de faire une carrière psychiatrique ou par son échec dans ses ambitions professionnelles. La naissance du secteur spécialisé s'opère ainsi dans le contexte anti-institutionnel des années 1970. » (Ehrenberg, 1996, p.10). Le premier centre spécialisé en toxicomanie, Marmottan à Paris, est fondé en 1971 par le psychiatre Claude Olievenstein, chef de file des intervenants en toxicomanie. En publiant de nombreux ouvrages sur le sujet, Olievenstein a contribué à former les premières générations d'intervenants et à établir les fondements de leur conception du « soin ». Marmottan est une structure ambulatoire, qui se veut ouverte sur la ville, en accord avec le principe de lutter contre l'enfermement des toxicomanes et, par là même, contre le statut de malades que leur attribue la loi de 1970 (Ehrenberg 1995; Bergeron 1999). Durant les vingt années qui suivront, les intervenants en toxicomanie s'opposeront activement à la « médicalisation » de la toxicomanie et aux risques de contrôle social qui l'accompagnent, contribuant à exclure les médecins et les médicaments des options de soin envisageables.

À la fin des années 1970, le groupe des intervenants en toxicomanie s'unifie progressivement autour d'un socle théorique commun : la psychanalyse (Bergeron 1999,

p. 95-139). La toxicomanie, dès lors, en vient à être considérée non comme une maladie mentale ou une structure de la personnalité, mais comme « le symptôme, comme il y en a beaucoup d'autres, d'une souffrance psychique profonde qui trouve son origine dans les ténèbres de la plus jeune enfance » (Bergeron 1999, p. 106). De ce fait, la thérapie doit agir sur les *causes* de ce *symptôme*, par un retour dans la biographie du « sujet » : l'objet de l'intervention en toxicomanie se dissout donc dans celui du travail psychanalytique classique (*ibid.*).

Comme le soulignent Bergeron et Ehrenberg, la psychanalyse est avant tout une « toile de fond théorique » (Bergeron, 1999) qui permet de donner un cadre explicatif à la toxicomanie et d'asseoir la légitimité de l'intervention des professionnels. Sur le plan thérapeutique, elle est rarement appliquée à la lettre³. Antipsychiatrie et psychanalyse constituent « le soubassement de prises en charge visant moins à pratiquer des psychanalyses de toxicomanes, restées très marginales, qu'à mettre en place des accompagnements non coercitifs ancrés dans une problématique de l'inconscient. » (Ehrenberg 1996, p.9). La psychanalyse devient la caution scientifique des positionnements antipsychiatriques des intervenants en toxicomanie, ce qui leur permet de se constituer en groupe professionnel reconnu par l'État (Bergeron 1999).

Leur « modèle d'intervention » désormais professionnalisé s'organise autour de la « libération de la parole du toxicomane » (Bergeron 1999). Toute autre option de soin est progressivement exclue et dénigrée, en particulier la méthadone et les communautés thérapeutiques considérées comme trop coercitives (Bergeron 1999; Coppel 2002). Sur ce point, les intervenants en toxicomanie convergent avec la position de l'État : le rapport Pelletier, en 1978, officialise politiquement le rejet de ces deux options alternatives (Pelletier 1978). La méthadone représente, selon les intervenants en toxicomanie, le danger d'une « médicalisation » de la toxicomanie : elle se contente de masquer le symptôme sans en éliminer les causes. De plus, tout comme les législateurs, les intervenants considèrent l'abstinence de tout produit comme un pré-requis pour entreprendre une démarche de soins. Pour les pouvoirs publics de l'époque, renoncer à la désintoxication équivaldrait à « favoriser une politique laxiste ou purement managériale des drogues » (Ehrenberg 1995, p.112). Pour les intervenants en toxicomanie, être abstinent c'est être « sujet », alors qu'être sous l'emprise

³ Il est d'usage de parler de thérapies « d'inspiration psychanalytique » pour mettre l'accent sur les « aménagements théoriques et méthodologiques » opérés par les intervenants pour s'adapter au public des « toxicomanes » (par exemple, le renoncement à la régularité des séances et à leur paiement, la participation du thérapeute à « l'élaboration » verbale...) (Voir Bergeron 1999).

d'un produit ou d'un médicament revient à être « objet », « jouet de la drogue » (Gomart 2004). La convergence des vues de l'État et des intervenants provoque donc, au cours des années 1980, un « repli du champ sur lui-même » (Bergeron 1999), avec la montée en puissance d'un « couple d'acteurs » : la Direction Générale de la Santé et l'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie⁴), réunies par une conception du soin fondée sur la psychanalyse et le sevrage (Bergeron 1999). Ce « couple d'acteurs » détient alors durablement le monopole de l'expertise en matière de drogues, invalidant d'emblée les critiques émanant d'acteurs extérieurs qui pointent, notamment, l'inadéquation du dispositif avec les besoins des « toxicomanes » des années 1980 (Ehrenberg 1995; Bergeron 1999; Coppel 2002). Ainsi, selon Ehrenberg et Bergeron, le consensus de l'État et des intervenants en toxicomanie autour du « triangle abstinence-désintoxication-éradication » (Ehrenberg 1995) est l'une des principales raisons du « retard français » (Bergeron 1999) pour l'adoption d'une politique de réduction des risques déjà à l'œuvre dans d'autres pays⁵.

Le refus gouvernemental d'abandonner l'idéal d'abstinence (Ehrenberg 1995), ainsi que l'hégémonie de la psychanalyse et de l'anti psychiatrie portées par les intervenants en toxicomanie (Bergeron 1999, Coppel 2002), ont donc contribué à exclure à la fois les TSO et les médecins. L'exclusion de la médecine participe ici de rapports de pouvoir entre groupes d'acteurs autour de la définition d'un problème et de son traitement par des politiques publiques. On peut mobiliser l'analyse de Claude Gilbert et Emmanuel Henry (2009) sur la construction des problèmes publics : « [Les problèmes publics] doivent être resitués par rapport à des processus antérieurs plus ou moins longs et stabilisés ayant constitué certains groupes comme “propriétaires” d'un problème et ayant fixé les contours de sa définition. [...] Dans certains cas, ces groupes réussissent à garder la mainmise sur la définition du problème et sur l'action publique qui lui est liée en excluant, avec plus ou moins de succès, les groupes concurrents. » (Gilbert, Henry, 2009, p.18)

Or, dans les années 1990, les médecins sont loin d'occuper une position dominante dans la définition du « problème » de la toxicomanie. La conception neurobiologique de la

⁴ L'ANIT est devenue l'ANITeA (pour Addictions) dans les années 2000 puis, aujourd'hui, la Fédération Addictions. Même si certains de ses membres sont présents depuis les débuts, sa position concernant le soin s'est considérablement modifiée, elle soutient maintenant activement la réduction des risques et les TSO.

⁵ Par exemple, en Grande-Bretagne, le soin en toxicomanie s'est formé en incluant une pluralité d'acteurs, ce qui a donné lieu à une diversité d'initiatives : « Au pluralisme des réseaux d'acteurs formés autour de la question de la drogue [en Grande-Bretagne] s'oppose, en France, la fermeture couple DGS/ANIT qui a eu pour conséquence l'exclusion des organisations et acteurs porteurs de conceptions alternatives » (Hudebine 2001, p. 176).

dépendance aux drogues, portée par des psychiatres, est très impopulaire en France. Coppel note qu'à l'époque « on pouvait être spécialiste de la toxicomanie sans jamais avoir entendu parler de neurotransmetteur ou d'endorphine » (Coppel 2002). Selon cette auteure, « l'information sacrilège a été diabolisée avec un argumentaire hybride, qui, des valeurs républicaines à la dénonciation du contrôle social en passant par la psychanalyse, a construit un consensus idéologique sans faille pendant près de vingt ans » (*ibid.*). Pour l'État comme pour les intervenants en toxicomanie, la figure du médecin prescripteur de méthadone oscille entre l'agent de contrôle social et le « dealer en blouse blanche ». Dans ce contexte, on voit mal comment la profession médicale – à l'exception des psychiatres « dissidents » fondateurs de l'intervention spécialisée – aurait pu trouver sa place dans le champ du soin de la toxicomanie.

1.1.2. Les prescriptions officieuses des généralistes : quand les recours des usagers de drogues devancent les politiques publiques

Toutefois, à partir de la fin des années 1980, des recherches épidémiologiques remettent en cause à la fois l'hégémonie du secteur spécialisé en matière de prise en charge, et la réalité d'un dispositif qui fonctionnerait parfaitement sur la base du « tout abstinence ». En 1989, une enquête quantitative menée par Charpak et Hantzberg (Charpak, Hantzberg 1989) met en exergue la pluralité des recours des héroïnomanes, en s'intéressant pour la première fois aux médecins généralistes. Cette recherche se veut novatrice, puisqu'elle tente de fournir une alternative aux données issues des centres spécialisés en recrutant les enquêtés exclusivement dans d'autres institutions (services de police et médecine de ville). Elle fait apparaître que de nombreux héroïnomanes n'ont aucun contact avec le secteur spécialisé, ce qui remet en cause l'expertise officielle en termes de bonne accessibilité du soin. Selon les auteurs, le médecin généraliste constitue le « premier recours » des toxicomanes en cas d'urgence liée ou non à la drogue. En cela, il doit être considéré comme « un acteur important de la chaîne thérapeutique ». Cette enquête rend donc visibles pour la première fois les généralistes : leurs pratiques quotidiennes auprès des toxicomanes commencent à sortir de l'ombre dans laquelle la domination du secteur spécialisé les cantonnait jusqu'alors.

Quelques années plus tard, une autre enquête (Charpak, Nory, Barbot 1994), menée en 1992 sur un échantillon de 150 médecins généralistes, présente des résultats pour le moins inattendus. Les généralistes sont recrutés dans quatre régions de France, par tirage au sort

dans l'annuaire téléphonique, ce qui garantit une variété de contextes d'exercice et permet d'approcher des médecins non déjà sensibilisés à la question des drogues. Or, seuls 12% des généralistes interrogés déclarent ne jamais recevoir de toxicomanes, alors que 15% en rencontrent plus de 20 par an. À partir de ces données, les auteurs estiment à 250 000 la « file active » annuelle des héroïnomanes clients de la médecine générale dans les quatre régions envisagées. Ces chiffres attirent l'attention sur « l'importance quantitative de cette forme de prise en charge » que les auteurs mettent en comparaison avec les 26 900 toxicomanes répertoriés par le ministère de la santé dans les centres spécialisés et les sevrages hospitaliers. Par ailleurs, un tiers des généralistes interrogés souhaitent avoir une implication active dans la prise en charge des toxicomanes, les autres étant plus partagés mais pas totalement fermés à l'éventualité d'en suivre quelques-uns. Les généralistes déplorent un manque de relations avec les intervenants spécialisés, ce qui confirme le « repli du champ » constaté par Bergeron.

Cette enquête met en exergue, d'une part, le nombre élevé de recours des toxicomanes à la médecine générale en 1992, alors même que le généraliste n'est pas encore un interlocuteur reconnu par les politiques publiques, et d'autre part, le fait que les généralistes répondent souvent positivement à ces sollicitations : 70% des médecins interrogés déclarent prescrire ou avoir déjà prescrit divers médicaments à des héroïnomanes. Les médicaments cités sont principalement des anxiolytiques (Tranxène), antalgiques (Di-Antalvic), neuroleptiques (Rohypnol), mais également des morphiniques, en particulier le Temgésic (buprénorphine bas dosage à indication analgésique), utilisé par un tiers des prescripteurs de l'enquête. Cependant, les auteurs soulignent que plusieurs médecins ont renoncé à prescrire ce dernier médicament, sous l'effet d'un changement de son encadrement législatif : son utilisation a été vigoureusement dénoncée par les intervenants en toxicomanie (Coppel 2002), ce qui a conduit à son classement au tableau des stupéfiants et à l'imposition de sa prescription sur « carnet à souche »⁶. Par cette action, comme par la traduction en justice de généralistes prescripteurs (voir plus bas), le gouvernement et le secteur spécialisé imposent vivement leur conception du soin contre les pratiques de prescription officieuses des généralistes.

L'enquête de 1992 témoigne de l'importance non seulement des généralistes, mais aussi des médicaments, dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés à l'époque. Les

⁶ Le carnet à souche a été remplacé par l'ordonnance sécurisée depuis 1999.

auteurs remarquent que « la prescription de Temgésic, même prudente et raisonnée, dépasse largement la substitution officielle par la méthadone qui était encore limitée à 50 toxicomanes pour toute la France au moment de l'enquête. »⁷ (Charpak, Nory, Barbot 1994). Malgré la politique officielle du « tout abstinence » qui se manifeste dans le rejet de la méthadone, des médicaments jouaient depuis longtemps un rôle souterrain dans le soin des toxicomanes. Les médecins généralistes, en prescrivant du Temgésic pour pallier le manque de leurs patients, palliaient du même coup les effets néfastes de l'exigence de désintoxication qui limitait l'accès aux institutions de soin.

À ce sujet, plusieurs auteurs émettent l'hypothèse que l'État et le secteur spécialisé, tout en prônant officiellement l'abstinence, reconnaissaient la nécessité d'un recours aux médicaments, en laissant plusieurs spécialités à base de codéine en vente libre en pharmacie (Bergeron 1999 ; Augé Caumon *et al.* 2002 ; Coppel 2002). Selon Coppel, « il s'agit bien d'un choix que l'administration de la santé, alliée aux spécialistes, impose subrepticement à la classe politique. Georgina Dufoix a bien tenté d'interdire [les spécialités codéinées], mais les spécialistes français en ont maintenu la vente libre, en cohérence avec leur refus des traitements de substitution. Le produit devait jouer un rôle de sortie de secours pour soulager le manque à défaut d'héroïne, et cette fonction ne devait pas être confondue avec un traitement de la toxicomanie. » (Coppel 2002, p. 275). Augé Caumon *et al.* (2002), dans un rapport ministériel sur l'accès à la méthadone, dénoncent également ce qu'ils considèrent comme une hypocrisie de l'État français : la codéine, largement utilisée comme « substitution sauvage » par les usagers d'héroïne, a longtemps fait office de « soupape » en contribuant à « maintenir la croyance en la possibilité de se passer de traitements de substitution prescrits » (Augé-Caumon *et al.* 2002, p. 7). L'État évite ainsi de modifier sa ligne de conduite officielle. Augé-Caumon et ses collègues précisent qu'en 1994 « on estimait à 50 000 le nombre de personnes qui faisaient un usage quotidien de la codéine en auto-substitution en France, et les ventes de Néocodion étaient d'un million de boîtes par mois ». Le rôle des pharmaciens d'officine dans les prémisses de la substitution doit donc également être souligné. Comme les médecins généralistes, ils constituent à l'époque des recours de proximité pour de nombreux consommateurs d'opiacés qui tentent de contourner la politique officielle. Les généralistes et les pharmaciens ont été amenés à adopter une politique de réduction des risques avant l'heure, en fournissant des solutions d'urgence aux usagers de drogues ne fréquentant pas le dispositif spécialisé.

⁷ Il existait alors quelques programmes méthadone autorisés à titre expérimental depuis les années 1970.

Par ailleurs, en 1992, un groupe de généralistes revendique publiquement des pratiques substitutives dans le journal *Le Monde*⁸. Ces médecins défendent la légitimité de leurs prescriptions alors illégales, et revendiquent une compétence dans le suivi des usagers de drogues. Ils exigent surtout la mise à l'agenda d'un changement de politique vers la réduction des risques. Le Dr Jean Carpentier, à Paris, fait figure de leader de ce mouvement des « pionniers » de la substitution, qui regroupe des généralistes issus de tout le pays. Il publie plusieurs ouvrages destinés à ses confrères souhaitant prendre en charge des usagers de drogues dans leur cabinet, dans l'optique de donner aux généralistes des outils pour effectuer ces suivis sans être accusés d'entretenir la toxicomanie (voir en particulier Carpentier 1994). Au début des années 1990, il sera plusieurs fois menacé d'interdiction et condamné. Lors de l'autorisation de la substitution quelques années plus tard, il deviendra chargé de mission au ministère de la santé, ce qui illustre un revirement politique fort.

L'existence d'un groupe de médecins désireux de sensibiliser l'opinion en médiatisant leurs pratiques ne doit pas faire oublier que les prescriptions étaient relativement courantes chez les généralistes au début des années 1990, comme en témoigne l'enquête de Charpak, Nory et Barbot, détaillée plus haut. Néanmoins, ce sont bien ces quelques médecins engagés en faveur de la réduction des risques, et visibles sur la scène publique, qui ont influencé les politiques ultérieures en faisant du généraliste un candidat officiel pour la prescription des TSO.

1.2. Une « spécificité française » : Le généraliste, acteur émergent d'une tardive politique de réduction des risques

1.2.1. L'adoption tardive de la réduction des risques : l'abandon forcé d'une politique fondée sur l'abstinence

Dès les années 1980, des critiques se font entendre de la part d'acteurs extérieurs au soin spécialisé en toxicomanie, principalement issus de l'humanitaire et de la lutte contre le sida (les associations Médecins du Monde, Aides, Act-Up...), qui dénoncent l'inadéquation de l'offre thérapeutique avec les besoins des usagers de drogues. Ces nouveaux acteurs entrent en scène pour forcer l'État à une reformulation du problème de la « toxicomanie » en tant que question de santé publique. Après s'être heurtés pendant des années à la résistance du « couple DGS-ANIT », ils obtiendront finalement, au début des années 1990, un changement

⁸ « Le repère du toxicomane » *Le Monde*, 9 septembre 1992. Signé par : Alain Beaupin, Clarisse Boisseau, Jean-Jacques Bourcart, Pierre Burtschell, Jean Carpentier, Aimé Charles-Nicolas, Brigitte Collet-Billon, Anne Coppel, Patrick de La Selle, Bertrand Lebeau, Didier Touzeau.

de politique vers la réduction des risques. Bergeron (1999), à la suite d'Ehrenberg (1995), a mis en exergue le « retard français » pour l'adoption de ces mesures sanitaires.

À cette époque, a eu lieu en France ce qui est communément analysé comme un « changement de paradigme » dans la politique publique des drogues (Bergeron 1999 ; Coppel 2002). La réduction des risques envisage d'aider les usagers de drogues sur le plan sanitaire même s'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas mettre fin à leurs consommations. En défendant la mise en place de programmes d'échange de seringues et de traitements de substitution, elle s'inscrit comme une « politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des dommages sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogues en les hiérarchisant. » (Jaufret-Roustide 2004, p. 120). En cela, elle implique de « renoncer à l'unique solution de l'éradication des drogues, et apprendre plutôt à vivre avec elles » (*ibid.*). En proposant de s'attaquer aux *conséquences négatives* de l'usage de drogues et non plus seulement aux *causes* psychiques de la toxicomanie (Le Naour 2010), la réduction des risques entre en contradiction avec l'idéologie portée jusqu'ici par l'État et les intervenants en toxicomanie. Le changement de paradigme réside dans le renoncement au double monopole de l'objectif d'abstinence et des méthodes thérapeutiques privilégiées par le secteur spécialisé (les thérapies d'inspiration analytique).

En 1993, le plan interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie présente les premières mentions officielles de la réduction des risques. Toutefois, le changement de paradigme n'a pas lieu de manière soudaine, des prémisses sont observables dès la fin des années 1980. Adopté, entre autres, sous la pression de l'association Aides, le décret Barzach, qui autorise la vente libre des seringues en pharmacie à partir de 1987⁹, peut être considéré comme la première mesure de réduction des risques même si elle ne se revendique pas comme telle. Elle modifie le décret de 1972 interdisant la vente de seringues sans ordonnance, qui avait été proposé par Claude Olievenstein (Le Naour 2010, p. 43-45). Ensuite, les premiers programmes d'échange de seringues sont mis en place en 1989, à l'initiative de Médecins du Monde. Ils bénéficient rapidement d'un petit financement de la DGS (*ibid.* p. 46). Les mesures de réduction des risques se développent donc dans un premier temps sans que ne soient réellement remises en question l'hégémonie du secteur spécialisé et l'abstinence

⁹ D'abord adopté de façon provisoire pour une durée d'un an (décret du ministère de la santé n°87-328 du 13 mai 1987 puis décret n°88-894 du 24 août 1988), ce décret pourtant controversé au sein du gouvernement deviendra définitif à partir de 1989 (décret n°89-560 du 11 août 1989).

comme ligne officielle de l'État. Elles augurent cependant des changements ultérieurs plus profonds, tels que la mise sur le marché des traitements de substitution à partir de 1995.

L'impopolarité de ces mesures au sein de la sphère politique a joué un rôle important dans le caractère tardif de leur officialisation. Certains parlementaires de l'époque dénoncent une politique qui consisterait à « donner de la drogue aux drogués » (Bergeron 1999). En fait, si la réduction des risques finit par entrer au programme du gouvernement au début des années 1990, c'est avant tout parce que la situation sanitaire est critique et qu'une action d'urgence s'impose. La propagation de l'épidémie du sida (Bergeron 1999; Coppel 2002) et la précarisation croissante des usagers de drogues (Bergeron 1999; Gourmelon 2005) rendent alors incontournable le changement de paradigme.

L'urgence de santé publique dans laquelle se trouvent alors les consommateurs de drogues français est en grande partie causée par la progression des contaminations et décès par le VIH. L'absence globale de mesures de santé publique durant les premières années de la maladie, ainsi que la mauvaise anticipation de l'ampleur de l'épidémie par l'État, ont conduit à une situation sanitaire dramatique, à la fois en termes de chances de survie pour les malades et sur le plan collectif avec une propagation croissante. Selon Ehrenberg (1995), la sous-estimation du risque sida est à l'origine du retard dans le changement de politique : la France a longtemps considéré la toxicomanie comme une question clinique individuelle plutôt que comme un problème de santé publique. Cela peut s'expliquer par l'inexistence, à l'époque, de données épidémiologiques fiables sur les consommations de drogues et le nombre de toxicomanes concernés par le VIH (Ehrenberg 1995 ; Bergeron 1999 ; Coppel 2002).

Les associations de lutte contre le sida ont contribué à relier le problème public du VIH à celui de la toxicomanie. Selon Bergeron (1999) et Coppel (2002, 2005), seule la menace que la contamination faisait peser sur l'ensemble de la population a pu forcer l'État modifier sa ligne de conduite en matière de drogues et à proposer des solutions nouvelles sur le plan sanitaire. Les injecteurs étaient en effet susceptibles de propager la maladie à des non toxicomanes, notamment par la voie sexuelle (Ehrenberg 1995). Il fallait donc nécessairement s'occuper de ces toxicomanes touchés par le sida, qui n'avaient souvent accès à aucune prise en charge ni pour leur dépendance ni pour leur maladie (être hospitalisé impliquant une désintoxication). Les nouvelles mesures devaient s'adresser à ceux qui restaient jusqu'alors éloignés des institutions de soins. C'est donc parce que les toxicomanes mourraient du sida

qu'ont pu être remises en cause les options défendues par le couple DGS-ANIT, avec une ouverture vers la réduction des risques (Bergeron 1999 ; Coppel 2002).

Cependant, la situation d'urgence provoquée par le sida n'a fait que rendre visible une absence de politique de santé publique en matière de drogues déjà problématique en France depuis longtemps (Ehrenberg 1995, 1996)¹⁰ : « L'abstinence républicaine ne permet pas de voir la réalité des risques et *a fortiori* d'agir sur eux. Elle rend aveugle à une articulation entre la loi et le risque qui s'avère indispensable aujourd'hui à cause de la diffusion d'un risque sanitaire majeur qui redéfinit les problèmes posés par les usages de drogues et, en conséquence, rend criantes la limitation de la conception du soin à la médecine mentale et l'absence de politique de santé publique. Le débat public sur les drogues ne s'amorce qu'à partir de 1992 dans un contexte de déclin de la culture républicaine et d'explosion de la question du sida. » (Ehrenberg 1996, p. 11).

Nathalie Gourmelon (2005) considère que l'adoption d'une politique de réduction des risques en France, même si elle a été accélérée par la survenue de l'épidémie, a peu de liens directs avec cette dernière. Pour cette auteure, la réduction des risques doit être replacée dans le contexte plus large d'une précarisation croissante des usagers de drogues. En effet, durant les années 1980, le profil des consommateurs d'héroïne se modifie. Les personnes issues des milieux populaires remplacent les classes moyennes contestataires des années 1970 autour desquelles avait été fondé le secteur spécialisé (Ehrenberg 1995). Cela provoque des difficultés d'adaptation des professionnels, qui ressentent une moindre proximité socioculturelle avec les personnes accueillies (Bergeron 1999).

Or, cette précarisation témoigne d'un changement global du contexte social en France (montée du chômage, etc.), si bien que certaines politiques sociales se voient contraintes d'initier une mutation vers une nouvelle posture, la « gestion des risques » (Castel 1981). À partir des années 1980, le pays se trouve face à l'échec de l'idéal républicain d'intégration de tous les citoyens. Certaines personnes sont en état de désaffiliation sociale sur plusieurs plans (absence de logement, d'emploi...) et les politiques sociales échouent à améliorer leur situation. Les seules mesures qui restent possibles relèvent alors d'un « travail social

¹⁰ Pour Ehrenberg, l'absence de politique de santé publique dépasse le cadre de la toxicomanie et du sida. Elle est caractéristique de l'organisation française de l'époque. D'autres auteurs ont fait un constat similaire sur d'autres thématiques, en évoquant différents « scandales » tels que le sang contaminé ou la vache folle (voir notamment Fassin (2005)). Selon Lorient (2002), la politique de santé publique en France résulte de l'addition de plusieurs initiatives isolées, à tel point qu'il est difficile d'y trouver une cohérence globale.

palliatif » (Soulet 2008a), qui ne peut, dès lors, que gérer dans l'urgence la survie de ces personnes.

Selon Gourmelon (2005), c'est dans ce tournant vers la « gestion des risques » que s'inscrit la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Elle est issue d'une impossibilité des politiques sociales à « réintégrer » dans la société une frange croissante de la population, que l'État ne peut pas pour autant laisser mourir. Il s'agit d'un abaissement du seuil d'exigence des politiques sociales, que l'on retrouve notamment dans les structures d'accueil dites « à bas seuil d'exigence » qui deviendront plus tard les CAARUD¹¹. L'affiliation que fait Gourmelon entre réduction des risques et gestion des risques n'est pas sans rappeler les propos d'Ehrenberg sur l'échec du modèle républicain de citoyenneté porté par la loi de 1970 : ce modèle a pour conséquence l'exclusion (des structures de soin, mais aussi de la citoyenneté) d'une grande partie des « toxicomanes »¹². Ehrenberg rapproche ainsi la réduction des risques de la « psychiatrisation de la souffrance » par la diffusion croissante des médicaments psychotropes à la même époque : les deux relèvent d'une « conception palliative, tendue entre chronicisation et soutien à long terme de parcours de vie souvent cahoteux » (Ehrenberg 1996, p.22).

Ainsi, la survenue du sida explique l'adoption de la réduction des risques dans l'urgence, après une longue période de refus de transposer à la toxicomanie une logique de gestion des risques impliquant d'inclure les usagers de drogues dans la citoyenneté sans leur imposer la désintoxication.

Selon plusieurs auteurs, on ne peut cependant pas parler, à l'époque, d'une réelle « politique » de réduction des risques. Les actions sont peu concertées et c'est la logique de l'urgence qui prime. Il s'agirait plutôt d'un empilement de « mesures » qui ne participent pas d'un projet politique d'ensemble¹³ (Ehrenberg 1995; Joubert 1999; Le Naour 2010). Gwénola Le Naour (2010) évoque des « pratiques disparates et expérimentales », des « bricolages locaux financés selon les circonstances » : l'administration centrale se contente de valider *a posteriori* les pratiques inventées par les acteurs de terrain dans une logique « *bottom up* »¹⁴.

¹¹ Les CAARUD accueillent tous les consommateurs de drogues indépendamment de leur projet d'arrêt des produits.

¹² Le fait que les militants de la réduction des risques défendent la figure d'un « usager de drogues citoyen » est révélateur de cet enjeu citoyenneté/exclusion présent dans la réponse socio-sanitaire faite aux drogues.

¹³ La réduction des risques ne figure dans la loi que depuis 2004, ce qui semble donner raison à ces analyses.

¹⁴ Il est remarquable que dans une étude sur le soin de la toxicomanie avant le sida, Bergeron (1996) note la même logique « *bottom up* » pour le financement public des structures spécialisées dans les années 1970-80.

Selon Jean-Yves Trépos (2003), loin d'être une politique unifiée, la réduction des risques ne pourrait au contraire fonctionner qu'en tant que « dispositif faible », c'est-à-dire avec une régulation souple et mal définie : « Presque tous les acteurs de la réduction des risques pratiquent faiblement le dispositif et c'est à ce prix qu'il tient. D'une certaine manière, tous ces participants [...] entretiennent la fiction d'un dispositif qui "ne marche pas" et qui devrait "marcher" s'il était pratiqué comme il faut (par les autres que soi). Ce malentendu (ou ce lieu commun) semble nécessaire pour qu'ils continuent de le pratiquer faiblement. » (Trépos 2003, p. 106). Cet auteur va même jusqu'à remettre en question l'idée d'un changement de paradigme au sens strict de l'expression. C'est au contraire en termes « continuistes » qu'il interprète la succession des politiques en matière de drogues. La réduction des risques procéderait de « recompositions », de « réagencements d'équipements », qui concilieraient différentes « visions du monde » (donc différents paradigmes) portées de façon simultanée (les politiques autonomistes et les politiques compensatoires en particulier). Le Naour va dans le même sens lorsqu'elle constate que la forte opposition des intervenants en toxicomanie face à la réduction des risques a conduit les pouvoirs publics à privilégier une ligne politique basée sur le compromis, qui « validera les pratiques préconisées par les défenseurs de la lutte contre le sida auprès des toxicomanes sans écarter pour autant les intervenants en toxicomanie » (Le Naour 2010, p. 44). L'État « octroie des moyens [à la réduction des risques] tout en conservant l'ancien dispositif », ce qui aboutit à la « coexistence de plusieurs modèles » (*ibid.* p. 64) dans une définition « conciliant tolérance et abstinence » (*ibid.* p. 68)¹⁵.

À notre sens, c'est dans ce contexte de compromis que doit être interprétée la décision de faire appel aux médecins généralistes pour prescrire des traitements de substitution : loin de se substituer aux structures spécialisées en toxicomanie, l'intervention des généralistes se juxtapose à leur action. Ils sont chargés de prescrire les traitements que les professionnels des centres appréhendent avec réticences. En effet, même si un changement fondamental de paradigme n'a peut-être pas eu lieu, force est de constater qu'une mutation importante s'est produite dans la vie usagers de drogues à partir de 1995 : ils ont pu disposer de médicaments de substitution. Or, la nécessité de rendre la substitution largement accessible dans un contexte d'urgence a conduit les pouvoirs publics à autoriser tout médecin à prescrire la buprénorphine haut dosage, en renfort de la méthadone délivrée en centre spécialisé.

¹⁵ « Si Henri Bergeron formule l'hypothèse selon laquelle la politique de soins aux toxicomanes serait passée du "paradigme" de l'abstinence au "paradigme" de la réduction des risques, nous constatons qu'à l'échelle territoriale, la prise en compte de l'épidémie de sida et la mise en place de mesures de réduction des risques conduisent à la coexistence de plusieurs "modèles" portés par des acteurs multiples. » (Le Naour 2010, p. 68).

1.2.2. La mise sur le marché des traitements de substitution : le médecin généraliste devient acteur de la réduction des risques

Le médecin généraliste se présente comme le candidat idéal pour participer à la politique de réduction des risques à deux titres. D'abord, comme le montrent les premières enquêtes épidémiologiques sur la question (Charpak, Hantzberg 1989; Charpak, Nory, Barbot 1994), il est un recours de proximité spontané des usagers de drogues ne fréquentant pas le dispositif spécialisé. Il permet donc l'élargissement du public touché par la politique sanitaire des drogues. Par ailleurs, il est un prescripteur potentiel de médicaments substitution. L'engagement précoce des « pionniers », rendu public par leurs revendications dans les médias, le désigne comme tel. Le recours aux médecins généralistes permet donc à l'État de concrétiser une double extension : du public visé par la politique publique, et de l'offre de prise en charge, avec les TSO. Le médecin généraliste devient donc un acteur essentiel de la nouvelle politique de santé publique qui repose sur la diffusion de la substitution. Le plan gouvernemental adopté par le Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie en septembre 1994 estime à 45 000 le nombre de personnes qui pourront « à terme bénéficier d'un traitement de substitution avec un suivi par leur médecin traitant »¹⁶. Par ailleurs, faire appel à un acteur qui constituait déjà un recours pour les usagers de drogues représente, pour l'État, une solution à moindre coût et plus rapidement opérationnelle que la création de nouvelles structures de soin¹⁷ (Lert 1999).

Le contexte d'urgence des années 1990 explique en grande partie les conditions de mise en œuvre de l'intervention des généralistes. La longue résistance de la DGS et des intervenants en toxicomanie contribue, dans un premier temps, à limiter très fortement l'accès à la méthadone. À partir de 1993, les administrations centrales semblent s'ouvrir timidement à la substitution. La circulaire DGS du 7 mars 1994¹⁸ proclame que « le développement des capacités de prise en charge des toxicomanes avec prescription de méthadone constitue la priorité pour l'année 1994 ». Cette même circulaire, cependant, limite fortement l'indication de ce traitement, en le réservant aux personnes dépendantes aux opiacés depuis plus de 5 ans

¹⁶ Cité par Ehrenberg (1996) qui remarque au passage « l'imprécision de l'expression "à terme" ».

¹⁷ Pour la méthadone, quelques nouvelles structures ont cependant été créées à partir de 1995, et des projets ont été déposés par les intervenants en toxicomanie « convertis » à la substitution, en réponse aux moyens attribués par la DGS (Bergeron 1999 p.290-296, voir également le chapitre 2 de cette thèse).

¹⁸ Circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.

et ayant connu plusieurs échecs de sevrage¹⁹. Un an plus tard, la circulaire du 11 janvier 1995²⁰ supprimera ces deux restrictions, rendant le médicament légèrement plus accessible (seule est conservée l'indication de pharmacodépendance majeure aux opiacés attestée par un contrôle urinaire). Mais la méthadone est alors encore autorisée uniquement à titre expérimental : son autorisation de mise sur le marché (AMM) sera promulguée le 31 mars 1995.

En 1995, le poids de l'urgence se fait de plus en plus sentir : l'enchaînement des notes de la DGS donne l'impression que le mouvement s'accélère. L'administration centrale cherche des moyens d'élargir rapidement l'accès à la substitution. L'État semble se rendre compte que la méthadone seule ne permettra pas d'améliorer la situation sanitaire des usagers de drogues. Tout se passe comme si la DGS souhaitait tout à coup que le plus grand nombre possible d'entre eux soient mis sous substitution, afin de rattraper le « retard français ». La circulaire du 11 janvier 1995 confirme la volonté d'impliquer les médecins généralistes dans la politique substitutive à travers les « réseaux ville hôpital toxicomanie ». Elle pose pour objectif de créer « 10 réseaux supplémentaires » en plus des 12 déjà existants (ces réseaux sont mentionnés pour la première fois dans la circulaire n°72 du 9 novembre 1993). Ils sont voués explicitement à permettre l'implication des médecins libéraux dans la prise en charge des usagers de drogues. Les intervenants en toxicomanie ayant longtemps affiché une réticence envers la substitution et envers la présence de médecins dans leurs structures, la décision de solliciter les généralistes répond également à la nécessité, pour les pouvoirs publics, de gérer l'urgence tout en évitant les conflits de territoire entre les acteurs (Le Naour 2010). Ainsi, la popularité de la forme d'organisation en « réseau », initiée notamment dans le cadre du VIH, facilite la « reconversion des structures et l'introduction de nouveaux acteurs » dont, au premier chef, les médecins généralistes (Lert 1999, Feroni 2005). Dans le même esprit, avant même la mise sur le marché du produit, une note d'information de la DGS du 15 février 1995²¹ établit la possibilité de relais des prescriptions de méthadone en médecine générale après « stabilisation » du patient²². Les médecins généralistes sont donc, dès le

¹⁹ De plus, la méthadone est classée au tableau des stupéfiants (c'est toujours le cas actuellement).

²⁰ Circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.

²¹ Note d'information de la DGS du 15 février 1995 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes.

²² Les conditions du relais sont explicitées dans la circulaire du 31 mars 1995 qui fait suite à l'AMM de la méthadone : « Quand le patient a retrouvé un équilibre personnel sans consommations d'autres produits et avec des conditions sociales favorables, le médecin du centre pourra lui proposer d'être suivi par son médecin traitant » (Circulaire DGS n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes).

début, incités à participer aux prescriptions de méthadone. Leur rôle est de désengorger progressivement les centres afin que ceux-ci puissent régulièrement inclure de nouveaux patients (note d'information DGS du 14 décembre 1995). Par ce biais, l'État étend l'accès aux TSO sans augmenter de façon considérable le nombre de places de méthadone en centre.

La DGS tente également de réglementer les substitutions clandestines des généralistes à base de sulfates de morphine : elle proclame que ces médicaments ne recevront pas l'AMM avec l'indication de traitement de substitution. Plusieurs circulaires en février et décembre 1995 affirment que ces pratiques doivent disparaître, tout en reconnaissant qu'elles permettent de pallier, dans ce qui est qualifié de « phase transitoire », le défaut d'accessibilité de la méthadone alors que la buprénorphine haut dosage n'est pas encore disponible²³ :

« Le fait que le SUBUTEX ne soit pas encore en officine ainsi que les disponibilités réduites d'accueil en centres spécialisés me conduisent à prolonger jusqu'au 30 juin 1996 la période durant laquelle les poursuites de traitement par le sulfate de morphine seront tolérées. » (Note d'information DGS du 14 décembre 1995)

Là encore, les généralistes et leurs prescriptions permettent de juguler une situation de crise.

L'implication des généralistes dans la politique substitutive prend cependant son tournant décisif en 1996, lors de la commercialisation de la buprénorphine haut dosage (Subutex), qui constitue, à elle seule, une nouvelle « spécificité française »²⁴. Ce médicament est à première vue un paradoxe dans la politique française des drogues : après une réticence de plusieurs dizaines d'années à l'adoption des TSO, notre pays a fini par autoriser un produit presque inconnu – la buprénorphine n'avait jamais été utilisée ailleurs dans une visée substitutive –, dans des conditions de délivrance inédites par leur souplesse (Lert 1999). Le médicament n'est pas classé sur la liste des stupéfiants, il est prescriptible par tout médecin pour une durée maximale de 28 jours, en vue de contrebalancer la faible accessibilité de la méthadone. Il répond, entre autres, à une demande diffuse de la part des généralistes, y compris ceux qui ne prescrivaient pas illégalement. Ces médecins souhaitent disposer d'une solution face aux sollicitations des toxicomanes en manque qui se présentent à leur consultation pour obtenir des médicaments (Charpak, Nory, Barbot 1994).

²³ Le Subutex obtient l'AMM en 1995 mais n'est disponible en officine qu'en février 1996.

²⁴ Bergeron emploie cette expression pour désigner le retard français dans le passage à la réduction des risques. Or, cette « spécificité » en a engendré une seconde : le recours aux généralistes et à la BHD.

En outre, du fait de ses propriétés pharmacologiques²⁵, ce médicament est jugé moins dangereux que la méthadone, ce qui rend envisageable sa prescription à grande échelle par des non-spécialistes (Lert 1999). Dès 1994, la DGS mentionne l'éventualité de la mise sur le marché de ce produit en précisant que le fait qu'il « ne provoque pas de surdose » en fait « un produit de substitution pertinent qui devrait être prescriptible par les médecins généralistes afin d'établir un contact avec des patients dépendants aux opiacés dans un objectif de prise en charge au long cours. » (annexe à la circulaire DGS du 7 mars 1994). Ce médicament satisfait donc les velléités de diffusion massive de la substitution engendrées par l'urgence sanitaire de l'époque, tout comme il fournit aux généralistes un outil pour soulager le manque des usagers.

En résumé, l'émergence du généraliste comme acteur de la prise en charge de la dépendance aux opiacés a eu lieu dans le contexte de la nécessité de passer rapidement à une politique de réduction des risques, dont participent les traitements de substitution, et de limiter les dégâts causés par le caractère tardif de cette décision. Le fait que les généralistes n'aient pas participé à l'élaboration du dispositif spécialisé rend possible leur implication dans la réduction des risques (Lert 1999). Les généralistes incarnent en quelque sorte un changement de politique *en douceur* : leur implication ne se substitue pas au dispositif déjà existant, elle s'y greffe en permettant une diffusion élargie de la substitution.

Sans remettre en question l'importance des généralistes dans la politique des drogues, Caroline Jeanmart (2007) relativise cependant le caractère central de leur position car ils auraient très peu participé aux décisions. La majorité d'entre eux ont seulement été les exécutants d'une politique décidée « par le haut ». Certes, on a vu que la substitution en médecine générale n'est pas à proprement parler une mesure « *top down* », puisqu'elle fait suite aux pratiques de prescriptions illégales de certains généralistes. Par contre, on peut considérer que ce qui est imposé d'en haut, c'est l'extension de cette prérogative à l'ensemble des généralistes français : tous doivent, dès lors, potentiellement accueillir dans leur cabinet une nouvelle clientèle d'usagers de drogues. Or, en 1994, Charpak, Nory et Barbot remarquaient qu'une partie d'entre eux jugeaient inenvisageable de prendre en charge ces patients : « La possibilité pour un médecin généraliste de prendre en charge le toxicomane ne

²⁵ La BHD est un agoniste antagoniste des récepteurs opiacés, contrairement à la méthadone qui est agoniste, tout comme l'héroïne et la morphine. La propriété antagoniste élimine le risque d'overdose en instaurant un « effet plafond » et en rendant impossible la prise concomitante d'héroïne (une prise d'héroïne avant l'administration de BHD déclenche un syndrome de manque, et à l'inverse, si l'héroïne est consommée après la BHD elle ne provoque aucun effet) (Lalande, Grelet 2001, p. 28-29).

fait pas l'unanimité : un tiers répondent que c'est impossible en raison de la personnalité du toxicomane, fuyant et impossible à canaliser, et ce principalement dans le cas de patients de passage, peu attachés à leur médecin. Plus de la moitié (55%) pensent que c'est possible dans certaines conditions : lorsque le patient est connu et régulier, que sa toxicomanie est légère et que le médecin n'est pas seul. Même si la réussite est encore loin d'être garantie, la proximité, la familiarité du médecin généraliste sont selon lui les conditions essentielles de la prise en charge. » (Charpak, Nory, Barbot 1994, p. 229). Les médecins rencontrés par ces auteurs argumentent sur l'inadéquation du public « toxicomane » (ou d'une partie de ce public) avec leurs conditions d'exercice. On peut donc imaginer que l'intégration de la substitution à leur pratique, dès lors qu'ils sont chargés officiellement de prescrire des TSO, ne va pas de soi. Ces éléments dénotent l'intérêt d'une problématisation de la rencontre en termes d'appropriation d'une politique publique : si les généralistes sont désignés comme prescripteurs de substitution avec la mise sur le marché du Subutex, quelles adaptations cela nécessite-t-il de leur part ? De quels moyens disposent-ils pour accueillir les patients dépendants ? Ils doivent également prescrire un médicament qui n'a jamais été expérimenté dans cette indication. Comment se familiarisent-ils à ce produit ? Comment intègrent-ils les objectifs de santé publique que l'État a placés dans leurs prescriptions ?

Selon Megherbi (2006, 2010), la montée du généraliste dans la politique sanitaire des drogues ne peut pas être interprétée comme un élément d'un « changement de paradigme » : l'idéal de l'abstinence resterait présent dans les représentations de la majorité des médecins, qui ne s'approprieraient pas, de ce fait, la posture de la réduction des risques. Transposée à la médecine générale, l'idée de la cohabitation des paradigmes attire l'attention sur le caractère mal défini du rôle du généraliste face aux patients dépendants aux opiacés. L'intervention de cet acteur relève-t-elle d'une mesure de « réduction des risques » (apaiser le manque, améliorer les conditions de vie des usagers), ou bien du « soin de la toxicomanie à proprement parler » (Bergeron 1999) ? S'il s'agit de « soin », l'objectif est-il l'abstinence ou la maintenance sous traitement ? Faute de clarifications officielles, chaque généraliste peut être conduit à se poser ces questions et à y répondre seul dans son cabinet face à ses patients. Nous allons donc maintenant analyser comment les généralistes ont mis en place les prescriptions substitutives dans les années 1990 et 2000.

1.3. De l'invention d'une pratique à la crise de légitimité des généralistes : la « banalisation » de la substitution en question

La substitution est dorénavant une option de soin officiellement validée et les généralistes ont été désignés pour en assurer la diffusion. À partir de la littérature existante, nous allons nous pencher sur les évolutions des prescriptions de TSO en médecine générale, de « l'invention » de la substitution des premières années, à sa possible « banalisation » par la suite. Banalisation contrebalancée toutefois par une remise en question de la compétence des généralistes, avec la découverte des « détournements » du Subutex dans les années 2000.

1.3.1. La substitution en médecine générale : un bilan positif

En termes d'accessibilité des traitements de substitution, le bilan de la participation des généralistes est jugé positif dès les premières années, au regard des objectifs posés par la politique publique. Les données statistiques de l'époque mettent en exergue la bonne diffusion du Subutex. L'enquête SIAMOIS²⁶, qui produit une estimation du nombre de consommateurs à partir des ventes de médicaments, montre que dès 1996, le nombre de personnes sous Subutex approchait les 18 500, pour atteindre environ 40 000 l'année suivante, puis 60 000 en 1999. Le nombre de personnes sous méthadone, quant à lui, est estimé à 2 700 en 1995 et augmente lui-aussi, mais de façon plus lente²⁷. L'enquête épidémiologique OFDT-EVAL (Bloch et al. 1998), qui compare la situation en 1992, 1995 et 1998, souligne la participation accrue des généralistes aux prises en charge dès la mise sur le marché des TSO : « Les deux tiers de l'échantillon ont reçu au moins un toxicomane dans l'année écoulée, pourcentage identique à celui de 1995. Le nombre moyen de toxicomanes vus dans l'année a augmenté, la somme des files actives de patients toxicomanes chez les médecins généralistes dépassant de 50% celle de 1995. » (p.5).

Quelques années plus tard, en 2003, l'OFDT note que la BHD est le produit de substitution utilisé par plus de 80% des personnes en traitement – cela représente alors 70 000 à 85 000 personnes. Or, entre 91 et 99%²⁸ des prescriptions de BHD ont été effectuées par des médecins de ville (Cadet-Taïrou et al. 2004). Ce « développement impressionnant » de la

²⁶ Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution.

²⁷ Pour une évolution comparée des deux médicaments de substitution entre 1995 et 2011, voir le tableau statistique SIAMOIS reproduit en annexes.

²⁸ Les chiffres diffèrent selon les régions.

substitution mettrait même la France « au rang des pays européens où l'accès aux traitements est le meilleur » (Auriacombe, Fatséas 2006). Le revirement de situation par rapport aux années 1990, permis par l'intervention des généralistes, semble donc spectaculaire.

Les données les plus récentes dont nous disposons (Canarelli, Coquelin 2010; Guignard, Beck, Obradovic 2011; Beck et al. 2013; Brisacier, Collin 2013, 2014) vont dans le même sens. Comme nous l'avons souligné en introduction, le nombre de personnes sous TSO en 2013 est estimé entre 160 000 et 180 000 : plus de 100 000 personnes sous BHD et environ 50 000 sous méthadone (Brisacier, Collin 2014). En 2012, les généralistes effectuent près de 80% des prescriptions de BHD et une part conséquente des prescriptions de méthadone (54% des remboursements²⁹). La médecine de ville est à l'origine de 72% des remboursements de MSO, tous médicaments confondus (Brisacier, Collin 2013, 2014). De plus, le nombre de généralistes déclarant recevoir au moins un patient par mois est en augmentation : 49,2% en 2008 contre 34% en 2003 (Beck et al. 2013). Selon Beck et ses collègues, « près des deux tiers des médecins généralistes déclarent recevoir au moins occasionnellement un ou des usager(s) dépendant(s) aux opiacés. [...] La proportion de médecins prenant en charge ce type de patients a nettement progressé depuis 2003. » (Beck et al. 2013, p. 29). Depuis la mise sur le marché de la BHD, les généralistes sont donc devenus le principal recours des consommateurs d'opiacés. Ils ont fortement contribué à la diffusion des TSO, en conformité avec les ambitions des politiques.

Beck *et al.* (2013), à la suite de Coppel (2002) insistent sur une autre « réussite du Subutex » : il a contribué à réduire considérablement le nombre de décès par overdoses ainsi que les contaminations VIH et hépatite C. Les auteurs relient ces effets positifs à l'implication des généralistes. De ce point de vue, la substitution en médecine générale a donc atteint ses objectifs en termes de réduction des risques.

Cependant, dès 2002, Coppel nuance ce constat positif en remarquant que selon une enquête de l'association AIDES, seuls 34% des usagers substitués seraient satisfaits de leur relation avec leur généraliste prescripteur (AIDES 1999, cité par Coppel 2002). L'étude qualitative menée en 1999 par Lalande et Grelet (Lalande, Grelet 2001) permet d'éclairer cette dernière donnée. Effectuée 3 ans après la mise sur le marché de la BHD, cette enquête décrit comment les généralistes ont « inventé » une pratique nouvelle, en réponse aux injonctions des pouvoirs

²⁹ Les études basées sur les remboursements de l'assurance maladie n'incluent pas les délivrances de méthadone par les hôpitaux (dont dépendent certains CSAPA), ce qui nous incite à revoir ce chiffre légèrement à la baisse.

publics.

1.3.2. Les premières années : « l'invention » d'une pratique ?

Lalande et Grelet attirent l'attention sur l'absence, à l'époque, de directives claires émanant des autorités sanitaires sur la prise en charge de la dépendance aux opiacés³⁰. Les premiers généralistes prescripteurs ont donc « inventé » la substitution en médecine de ville. Par l'échange entre pairs, ils ont créé des « codes » communs pour manier les MSO (fixer le dosage, le diminuer, etc.), contribuant ainsi à la construction d'un savoir nouveau, dans le prolongement des expériences des « pionniers » de la substitution du début des années 1990 (Lalande, Grelet 2001, p. 75-82). Selon les auteurs, ces généralistes ont « inventé une médecine » dont l'objet n'est plus la « toxicomanie » ni même la « réduction des risques », mais le « suivi » du traitement de substitution, en mobilisant des compétences issues de leur pratique quotidienne avec les autres patients. C'est dans ce « suivi »³¹ que résiderait l'apport spécifique de la médecine générale vis-à-vis de la substitution.

« L'invention » de la substitution engendre cependant plusieurs « dilemmes » et « tensions » chez les médecins généralistes. Ils doivent parvenir à concilier leur « rôle classique de médecin » somaticien, avec ce nouveau rôle « tout à la fois de délivrance, de contrôle des pratiques de consommations et d'accompagnement psychosocial » (p. 35). L'arbitrage entre ces deux rôles s'opère de manières diverses selon les généralistes : certains « alternent les casquettes », alors que, pour d'autres, le suivi de la toxicomanie reste secondaire par rapport à celui d'un problème de santé du patient (le VIH ou une hépatite par exemple) ou se dissout dans la médecine générale en tant qu' « élargissement de leur champ de compétences à un nouveau domaine » (*ibid.*). Ces premiers prescripteurs doivent également opérer des arbitrages constants entre le suivi individualisé de leurs patients et une approche de santé publique (la lutte contre la toxicomanie) (*ibid.*, p. 37). De même doivent-ils se positionner entre réduction des risques et objectif d'abstinence ou encore de maintenance. Selon les auteurs, la plus-value de la médecine générale se situe dans une option intermédiaire entre « réduction des risques » et « soin de la toxicomanie », qu'ils qualifient de « médecine des corps sous effets psychotropes ».

³⁰ Les recommandations de la Haute Autorité de Santé ont été rédigées suite à la conférence de consensus sur les TSO en 2004 (ANAES, FFA 2004)

³¹ Suivi des effets secondaires, des interactions médicamenteuses, de l'évolution du traitement...

Les généralistes ont ainsi dû inventer une pratique de substitution distincte de celle à l'œuvre dans les centres de soin spécialisés, puisqu'ils ne disposaient pas des mêmes moyens pour la prise en charge (pas d'équipe pluridisciplinaire sur place), ni des mêmes possibilités de contrôle de l'observance par des analyses urinaires. Selon les auteurs, ce « dénuement » d'outils directement mobilisables les conduit à porter une attention particulière à la parole de leurs patients pour obtenir certaines informations sur les médicaments et leurs effets : « Ce dénuement produit pourtant tout autre chose qu'une paralysie. Il demande, ne serait-ce que parce que les patients y obligent, à inventer une médecine nouvelle [...] une pratique nouvelle de la médecine, attentive à de nouveaux symptômes, formulant de nouveaux diagnostics et de nouvelles prescriptions. Le caractère essentiellement verbal de l'information offerte aux médecins les conduit en effet à entendre une série de signes jusque-là inaudibles. » (*ibid.* p. 142-143). Selon Lalande et Grelet, c'est là une autre particularité de la substitution en médecine générale : si elle « n'existe pas » en tant qu'« application d'une doctrine univoque », la substitution se construit « en pratiques ». À ce sujet, les auteurs soulignent la « tension », entre une demande du patient tournée vers la prescription du médicament, et une réponse des médecins centrée sur la « prise en charge ». Ainsi, les relations médecin-patient seraient marquées par une contradiction fondamentale entre la « logique médicale », qui recherche l'observance mais également le suivi global de la santé du patient, et la « logique d'usager », centrée sur le produit et qui peut s'accompagner d'une « cuisine » plus personnelle (fractionnement des prises, etc.). Tout l'enjeu pour le médecin sera d'imposer sa logique, ou bien de procéder à des « ajustements » avec la logique du patient.

Nous pouvons nous demander ce qu'il en est de ces différentes « tensions », aujourd'hui : les recommandations officielles suffisent-elles à clarifier les missions des généralistes ? Concernant l'objectif des traitements, la conférence de consensus de 2004 laisse le choix aux prescripteurs, en leur conseillant d'arbitrer entre réduction des risques, maintenance, et sevrage progressif en fonction de la « situation du patient » (ANAES, FFA 2004). De fait, selon Beck *et al.*, la situation n'a pas beaucoup changé : « les généralistes sont renvoyés, face à leurs patients consommateurs d'opiacés en difficulté (sanitaire, sociale, psychologique), à l'ambiguïté de leur rôle. Celui-ci se situe en effet à la limite du social et du psychologique, entre prévention et santé publique. Parfois confrontés aux limites de leur compétence [...] ils doivent adapter les réponses en puisant dans les outils qu'ils ont à leur disposition ou, le plus souvent, formaliser une réponse en l'absence d'outils standardisés. »

(Beck et al. 2013, p. 38). Les « tensions » soulevées par Lalande et Grelet n'épuisent pas les modalités d'appropriation des TSO par les généralistes. Nous développerons, dans les chapitres qui suivent, un certain nombre de « rôles » entre lesquels les généralistes oscillent auprès des patients en TSO, qui leur permettent de délimiter leur périmètre d'action au sein de la politique substitutive.

Coppel (2002) incite à nuancer l'idée de création d'une « médecine nouvelle », en rappelant que seuls les médecins les plus « militants » se sont investis dans l'« invention » de la pratique substitutive et l'écoute attentive des besoins de leurs nouveaux patients. L'enquête de Lalande et Grelet se limite à un échantillon de généralistes adhérents à un réseau ville-hôpital, donc particulièrement engagés dans la substitution. « L'invention » de la substitution ne concernerait-elle donc qu'une partie des généralistes, alors que les autres (la majorité) fourniraient un investissement minimal ? C'est la thèse défendue par Feroni (2005), sur laquelle nous reviendrons plus bas. Le degré d'investissement des généralistes dans la substitution est variable, y compris lorsqu'ils sont prescripteurs. Cela donne lieu à une disparité de pratiques de prescription, dont certaines sont, dès les premières années, dénoncées comme de *mauvaises pratiques* tant par les tutelles (assurance maladie et Ordre des médecins), que par les médias et par des chercheurs soucieux d'établir des recommandations.

1.3.3. Les « affaires du Subutex » : la légitimité des généralistes en question

Dès la mise sur le marché du Subutex, des critiques relayées par les médias remettent en cause la compétence des généralistes, en pointant leur incapacité à endiguer le détournement de leurs prescriptions vers le marché noir. Le « fuitage pharmaceutique » (Lovell, Aubisson 2008) du Subutex vers les mondes des drogues devient ainsi « un sujet de préoccupation des politiques publiques » (Lovell, Aubisson 2008; Feroni, Lovell 2007). Si le Subutex contribue à la réduction des risques pour les usagers de drogues, il génère aussi des risques nouveaux pour les pouvoirs publics lorsqu'il menace de troquer son objectif de substitution contre une finalité récréative pour les usagers. La construction politico-médiatique du trafic de Subutex en tant que problème de société a pu avoir des répercussions sur l'attitude des généralistes face à la prescription. Leur responsabilité est pointée du doigt, alors même que les détournements renforcent l'ambivalence de ces traitements susceptibles de devenir des « drogues ».

La crise de légitimité des généralistes dans les années 2000 fait suite à la découverte, par l'assurance maladie, de fraudes et de trafics impliquant le Subutex³². Des traductions en justice de patients et de professionnels ont alors lieu dans toute la France à partir de 2004 (Feroni, Lovell 2007). En Haute Garonne, elles sont médiatisées sous l'appellation « affaire du Subutex ». Dans le journal local *La Dépêche du Midi*, nous avons recensé 18 articles traitant de ces « affaires » entre 2000 et 2007. Le pic se situe entre 2004 et 2006 avec 15 articles pour cette seule période³³. Ils exposent, les uns après les autres, des faits semblables : des médecins généralistes et des pharmaciens interdits d'exercer par le Conseil de l'Ordre, puis jugés et écroués pour leur volume de prescription ou de délivrance de Subutex. Selon le journal, certains participeraient à un réseau de trafic structuré, alors que d'autres se seraient laissés manipuler par des « toxicomanes » violents ou sans scrupules. Le Subutex est dépeint comme une « drogue »³⁴ financée par l'argent du contribuable *via* les remboursements de l'assurance maladie. Le journal insiste sur la responsabilité des professionnels de santé dans ce qui est présenté comme une fraude à la sécurité sociale. Les médecins concernés sont décrits soit comme incompetents pour repérer les revendeurs de Subutex, soit comme obnubilés par le profit. Des jugements moraux sont régulièrement prononcés à leur encontre, remettant en cause leur intégrité éthique :

« Actuellement, ce sont bien les médecins et les pharmaciens qui sont dans le collimateur de la justice pénale toulousaine. Les premiers rédigent les ordonnances. Certains le feraient très facilement... Trop facilement. Même si un généraliste ne peut pas savoir si son patient sort du cabinet d'à côté, il doit en principe suivre son malade surtout dans le cadre d'un sevrage et ne pas en profiter pour accumuler les visites à 20 euros... » (*La Dépêche du Midi*, « Pharmaciens et...dealers », 22 avril 2004)

Les journalistes vont même quelquefois jusqu'à révéler le nom ou l'adresse du cabinet de certains praticiens, ce qui ajoute une dimension de blâme public au stigmatisme qu'ils font peser sur leurs pratiques. Le journal utilise la surenchère et l'accumulation en multipliant les articles et en mettant l'accent sur le nombre des professionnels impliqués – qui semble croissant, mais en réalité plusieurs articles traitent des mêmes procès. Les titres sensationnalistes s'enchaînent : « pharmaciens et...dealers » (22/04/2004), « Des pharmaciens

³² En 2004, l'assurance maladie met en œuvre un plan d'ensemble destiné à « repérer les surconsommations et le nomadisme des patients » (Feroni, Lovell 2007).

³³ Pour une liste des articles recensés, voir en annexes.

³⁴ Par exemple, le 26 octobre 2000, un article est titré « Subutex et Rohypnol, les nouvelles drogues dures ». Le 15 mars 2006 : « Quand le médicament Subutex devient une drogue. Des médecins et des pharmaciens devant le tribunal ».

et des médecins sont dans le collimateur de la justice » (04/05/2004), « Subutex : un médecin mis en examen » (07/05/2004), « L'ordonnance était mortelle » (20/09/2004), « treize médecins épinglés » (30/01/2006), « pharmaciens et médecins à la dérive » (16/03/2006)... Il s'agit là d'un véritable procès médiatique envers le Subutex et les professionnels chargés de sa dispensation en ville. Nous avons choisi l'exemple de Toulouse car il est utile pour éclairer les analyses qui suivront, mais les réactions médiatiques contre une politique de délivrance jugée irresponsable ont lieu partout en France. La médiatisation sensationnaliste de ces fraudes contribue à ternir l'image du Subutex auprès des généralistes. Jeanmart (2007) remarque ainsi que plusieurs généralistes du Nord de la France ne souhaitent pas en prescrire par crainte de poursuites judiciaires.

Cette crise de légitimité dépasse le cadre médiatique. Les prescriptions des généralistes font aussi l'objet de débats au parlement, durant lesquels la pertinence de l'AMM du Subutex est régulièrement critiquée³⁵ (Feroni, Lovell 2007). De surcroît, des travaux de recherche en sciences sociales et épidémiologie mettent l'accent sur les dysfonctionnements de la prescription de MSO en médecine de ville. Ils font probablement écho à la préoccupation des responsables politiques et de l'assurance maladie pour le marché noir du Subutex.

Une publication de l'OFDT sur *Les usages non substitutifs de la buprénorphine* (Escots, Fahet 2004) paraît au moment même où éclatent médiatiquement les « affaires » et autres « scandales ». Les auteurs attirent l'attention sur la facilité avec laquelle des non-consommateurs d'héroïne parviennent à se faire prescrire de la buprénorphine sur simple demande à un généraliste : « Un des répondants avait tout juste 17 ans lors de sa première prescription : “Je lui ai raconté que je prenais de l'héroïne, que je tapais 2-3 g/jour... et il m'a prescrit du 16mg d'entrée...”. Il n'est pas le seul dans ce cas, Tony a obtenu la dose maximale recommandée au premier rendez-vous, sans examen particulier. » (Escots, Fahet 2004, p. 49). Les usagers interrogés mentionnent l'existence de médecins « charlatans » prescrivant à la demande, mais aussi de généralistes à qui il est aisé de mentir sur ses consommations pour obtenir le produit. Même si les auteurs ne mettent pas explicitement en cause les pratiques des généralistes – ce sont surtout les usagers enquêtés qui les mettent en cause –, ce texte souligne la dégradation de l'image du Subutex auprès des consommateurs de drogues, du fait de sa

³⁵ En particulier lors des travaux préparatoires à la réforme de l'assurance maladie de 2004 (Voir Feroni, Lovell 2007 pour des détails).

présence au marché noir et de sa facilité d'obtention en médecine générale.

À la même époque, l'enquête quantitative coordonnée par Feroni (Feroni et al. 2004, 2005)³⁶ révèle un manque de connaissances des généralistes en matière de drogues. Les deux tiers des prescripteurs interrogés n'ont suivi aucune formation sur la dépendance aux opiacés. De plus, beaucoup prescrivent du Subutex sans respecter les recommandations de la littérature scientifique. Par exemple, 47% des enquêtés refusent d'augmenter la posologie d'un patient qui ressent des symptômes de manque à 4mg/jour, alors que plusieurs études ont démontré que le dosage moyen efficace se situe autour de 8mg/jour (Feroni et al. 2005). Ces constats mènent les auteurs à pointer les « limites » de l'ouverture « sans conditions » de la substitution à tous les médecins généralistes. Ils émettent l'idée que cette mesure met au second plan la qualité des soins au profit de l'accessibilité des médicaments. Le défaut de formation des généralistes serait susceptible de « renforcer les difficultés des médecins face à des patients peu compliants » tout comme il risque « d'exposer les patients à des prises en charges inadaptées » (Feroni et al. 2004). Les auteurs évoquent la pertinence de restreindre la prescription à des généralistes ayant suivi une formation spécialisée (Feroni et al. 2005). Selon eux, le refus français de cette option tend à véhiculer une image des TSO comme « thérapies banales », ce qui peut donner lieu à des « dérapages importants » (*ibid.*). Ils ne limitent pas pour autant la responsabilité de ces dysfonctionnements aux seuls généralistes : ils souhaitent que les autorités de santé s'impliquent dans le développement d'une offre de formation.

On peut cependant remarquer que les auteurs ne questionnent pas l'acceptabilité d'une telle spécialisation pour les généralistes prescripteurs de TSO. Or, l'étude de Lalande et Grelet déjà citée montre que même les médecins les plus engagés dans la substitution restent attachés au caractère généraliste de leur pratique. Avant d'exiger d'eux de devenir des quasi-spécialistes, ne conviendrait-il pas de s'interroger sur leurs aspirations, de chercher à comprendre comment la substitution s'intègre dans leurs habitudes de travail ?

1.3.4. Une prescription pas si banale ?

Dans une autre publication basée sur les mêmes données, Feroni (2005), met en

³⁶ Les publications issues de cette enquête sont cosignées par médecins de l'assurance maladie, ce qui confirme l'association de la tutelle à la définition des orientations de la recherche sur le sujet.

lumière un « appauvrissement de contenu » de la mission substitutive, qui accompagnerait sa diffusion « hors du cercle restreint des médecins engagés et formés ». Elle constate la « morphologie clivée » des prises en charge en médecine générale : d'une part, des suivis effectués par quelques médecins, formés et investis dans le travail en réseau, qui reçoivent de nombreux patients ; d'autre part, des prises en charge plus minimalistes, effectuées ponctuellement par des généralistes « isolés » et peu formés. Feroni conclut ainsi à une « banalisation » de la substitution pour la majorité de ces prescripteurs peu investis : « 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. L'accès sans conditions à la prescription de BHD de l'ensemble des médecins semble aboutir, dans un certain nombre de cas, à un appauvrissement des projets thérapeutiques mis en œuvre. » (Feroni 2005, p. 207). Ses conclusions s'écartent donc de celles de Lalande et Grelet (2001) concernant l'invention d'une nouvelle médecine. Feroni remet en cause l'option choisie par la France de « normaliser » la substitution en favorisant son accessibilité en médecine générale. Selon elle, on ne peut pas parler d'une « normalisation » car la diffusion massive à tous les généralistes n'a pas eu lieu : la majorité des prescriptions reste concentrée sur une minorité de médecins « engagés ». Dans son échantillon, 26% des prescripteurs prennent en charge 75% des patients, ce qui correspond aux données nationales de l'époque. On notera qu'aujourd'hui, cette tendance est moins accentuée selon l'enquête de Beck *et al.* (2013).

Pour Feroni, avec une majorité de prescripteurs peu investis et peu intéressés par la problématique, la « banalisation » remplacerait la « normalisation » voulue par les pouvoirs publics. Chez ces médecins, la prise en charge se réduit à la prescription, et le suivi peut-être interrompu en cas de désaccord avec le patient. En médecine générale, une prise en charge « spécialisée » côtoierait donc une prise en charge « banalisée » et « appauvrie ».

Il nous semble important de prendre de la distance avec le caractère normatif des conclusions de Feroni. Outre le fait que la concentration des prescriptions est aujourd'hui bien moindre qu'il y a 10 ans (Beck *et al.* 2013), il nous paraît manichéen d'opposer des prises en charge « appauvries » qui se résument à la prescription, à des suivis effectués par des médecins « expérimentés » mettant en œuvre une prise en charge « globale » et partenariale dans le cadre d'un réseau. Il convient en effet de réinterroger l'injonction à la prise en charge « globale » portée par les circulaires ministérielles, les réseaux, et implicitement, par Feroni

dans son texte : d'où vient elle ? Quelles visions de la dépendance et du traitement la sous-tendent ? En cherchant à mesurer l'écart des médecins à cette norme, l'auteure désigne de bonnes et de mauvaises pratiques substitutives. Dévaluer l'acte de prescription en affirmant qu'il ne doit être qu'un élément d'une entité plus large nommée « prise en charge » revient à reconduire l'ambiguïté de la substitution entre médication et drogue : le médicament seul n'est pas suffisant, il faut autre chose pour que l'on puisse parler de « traitement ». Le rôle du sociologue n'est-il pas plutôt d'interroger l'impact de cette ambiguïté sur les pratiques des uns et des autres ?

De plus, ce que l'auteure analyse comme un « appauvrissement » peut, au contraire, être interprété comme une adaptation de la prise en charge aux conditions d'exercice spécifiques de la médecine générale. Ne faudrait-il pas chercher à comprendre les raisons pour lesquelles les généralistes prescripteurs en viennent à proposer des prises en charge aussi diverses ? De ce point de vue, ce que Feroni décrit en termes de « banalisation » est peut-être la condition même de l'installation durable des TSO dans la pratique de médecine générale. Il serait donc heuristique de cesser de formuler la question en termes de respect des normes de bonnes pratiques, ou encore de fidélité à l'esprit d'origine de la politique substitutive. Comme on le verra, la notion de tri nous semble être un outil d'analyse pertinent pour décrire les modalités d'appropriation de la substitution par les médecins généralistes sans recourir à ce type d'approche qui mesure un écart à la règle (« l'appauvrissement de contenu »). Loin de hiérarchiser les rôles possibles du généraliste vis-à-vis des patients en TSO, raisonner en termes de tri permet de comprendre comment les généralistes « inventent » (Lalande, Grelet 2001) des pratiques substitutives variées, en privilégiant certains aspects de la prise en charge par rapport à d'autres.

Pour autant, même dans le cas des petits prescripteurs que décrit Feroni, la substitution est-elle réellement « banalisée » ? Si la majorité des généralistes y consacre un investissement minimal, ne serait-ce pas plutôt parce qu'ils la jugent particulièrement problématique, donc bien différente d'une prescription « banale » ? La crise de légitimité des généralistes, ainsi que le renforcement des contrôles de l'assurance maladie suite aux trafics, ont des conséquences sur la manière dont certains praticiens appréhendent la substitution : avec précautions et méfiance. Jeanmart (2007) conclut à l'absence de banalisation de la prise en charge des usagers de drogues en médecine générale. Selon elle, de nombreux généralistes ne les considèrent pas comme des patients à part entière, ils mettent au contraire en avant leur

statut de délinquants au détriment de leur statut de malades. Les représentations dévalorisantes que certains généralistes entretiennent à propos des « toxicomanes » empêchent la « banalisation » de leur prise en charge.

Plutôt que nous interroger sur le fait que la substitution s'est ou non « banalisée » en médecine générale, nous préférons formuler la question différemment. Au lieu d'envisager l'investissement des généralistes en termes de volume – s'investir beaucoup ou peu, se former ou non, recevoir beaucoup, peu, ou aucun patient substitué –, nous souhaitons explorer les différentes formes d'investissement possibles. Nous défendons une approche compréhensive qui se refuse à statuer sur la *bonne* façon de prescrire de la substitution, en posant plutôt la question des modalités d'intégration des TSO à l'activité de médecine générale.

Il faut maintenant envisager dans quelle mesure une personne dépendante aux opiacés peut devenir un patient de la médecine générale, à la croisée des différentes définitions qui lui sont attribuées par les politiques des drogues.

2. Toxicomane, usager de drogues, *addict*... et patient de la médecine générale ?

Après avoir abordé la place des généralistes dans les politiques des drogues, il est temps de présenter le second protagoniste de la rencontre : le patient dépendant aux opiacés³⁷. Notre recherche s'intéresse à une seule facette de la vie des personnes dépendantes : celle où elles consultent un généraliste dans le cadre des TSO. Même si ces personnes peuvent revêtir bien d'autres identités dans d'autres contextes, il s'agit pour nous, dans le cadre de leur rencontre avec les médecins, d'interroger leurs possibilités d'accession au statut de « patient ». Nous les considérons donc comme des patients potentiels, et ce quel que soit l'usage qu'ils font de leur médicament et des produits illicites. Cette clarification vise à s'affranchir de la différenciation entre les « vrais » patients et les « mésusagers » qui consulteraient un médecin pour obtenir un traitement à des fins de détournement ou de revente. À l'instar de Megherbi (2006) qui invite à penser en termes de « stratégies de soin » plutôt que de « mésusages », nous n'émettons pas de jugement de valeur sur les pratiques des personnes en traitement. Ce parti-pris nous semble être un préalable pour pouvoir décrire les

³⁷ L'usage du singulier, employé ici par commodité, est cependant peu approprié, car la population en TSO est plurielle et non réductible à un idéal-type du « patient ». De plus, la formulation masculine occulte le fait que de nombreux patients sont des patientes.

usages des médicaments dans leur diversité, comprendre leur fonction pour les patients et les enjeux de leur confrontation aux médecins. Nous considérons que toute personne qui franchit la porte d'un cabinet médical pour obtenir un TSO est un patient potentiel. Cette posture conduit à de nouvelles interrogations : dans quelles conditions deviennent-ils des patients ? Le statut de patient peut-il leur être refusé ou retiré ?

Ces précisions de vocabulaire sont importantes car les personnes dépendantes aux opiacés font l'objet de plusieurs définitions en partie contradictoires qui ont un impact sur les pratiques soignantes et les discours produits à leur égard. Ce propos se veut donc également une réflexion sur les termes employés par le sociologue qui se penche sur les questions de drogues : parler de « toxicomanie », « d'usage de drogues » ou « d'addiction » n'est pas neutre. Chacun de ces termes participe d'un référentiel porté par des groupes d'acteurs spécifiques. En choisissant l'un d'entre eux, le sociologue doit donc être conscient des débats dans lesquels il s'inscrit (Dassieu 2014). Nous explorerons tout d'abord les trois principales définitions de la personne dépendante aux opiacés (toxicomane, usager de drogues, *addict*) en nous interrogeant sur leur compatibilité avec le statut de patient (2.1). Cela nous conduira à nous pencher sur l'expérience de la « sortie de la toxicomanie », afin de comprendre comment la substitution et la médecine générale peuvent s'y inscrire (2.2).

2.1. Toxicomane, usager de drogues, *addict* : trois définitions pour un seul individu

Trois définitions coexistent et sont portées par différents groupes d'acteurs : le toxicomane (2.1.1), l'usager de drogues (2.1.2), et l'*addict* (2.1.3). Elles désignent les mêmes personnes mais donnent lieu à des réponses diverses dans le cadre des politiques sanitaires et sociales. Par ailleurs, avec la loi de 1970 toujours en vigueur, le toxicomane-usager-de-drogues-*addict* est également défini comme un délinquant, dont la pratique est illicite et pénalement sanctionnée. Les trois définitions que nous allons développer se conjuguent avec cette étiquette de délinquant. De plus, la consommation de drogues comme transgression d'une norme pénale pèse sur les possibilités, pour les personnes concernées, de devenir des patients.

2.1.1. *Le toxicomane : un individu en souffrance, autodestructeur et frappé de discrédit*

Entre les années 1970 et 1990, les intervenants en toxicomanie définissent la toxicomanie comme le symptôme d'une souffrance psychique (Bergeron 1999). « Le toxicomane » fait alors l'objet de nombreuses publications imprégnées par la référence à la psychanalyse. Il y est décrit comme un individu en détresse psychologique, au comportement autodestructeur. Dans cette optique, les mesures de réduction des risques seraient vouées à l'échec, puisque « le toxicomane » aspire à se détruire et non à préserver sa santé. « Le toxicomane », dans les publications et les discours des intervenants, est une sorte de figure idéal-typique presque abstraite. Elle tend à gommer la diversité des situations vécues par les individus au profit d'une qualification simplificatrice³⁸. Par exemple, « le toxicomane » est toujours évoqué au masculin singulier³⁹. « Il n'y a pas de drogués heureux », affirme Olievenstein dans l'un de ses ouvrages (Olievenstein 1976). Cette assertion généralisatrice ne manquera pas de susciter l'indignation des militants de la réduction des risques qui défendent les droits des « usagers de drogues » (au pluriel). Le journal de l'association ASUD⁴⁰ a ainsi longtemps eu pour titre « le journal des drogués heureux », pour protester contre cette vision unilatérale de la « toxicomanie » symptôme d'une souffrance.

Les intervenants en toxicomanie et les partisans de la réduction des risques partagent pourtant la conviction que le toxicomane et l'utilisateur de drogues ne sont pas des malades (Dassieu 2014). On l'a vu, l'ANIT refuse la « médicalisation » de la toxicomanie et dénonce les risques de contrôle social qui l'accompagnent. Ainsi défini, le « toxicomane » peut donc difficilement devenir un patient, puisque seule la thérapie analytique s'avère appropriée pour solutionner son mal à la source. La toxicomanie n'étant pas conçue comme une maladie⁴¹, la médecine n'a pas sa place dans sa prise en charge.

Même si les prises en charge se sont aujourd'hui diversifiées au delà du socle psychanalytique, force est de constater que le terme « toxicomane » fait encore partie du vocabulaire des soignants, qu'ils soient intervenants spécialisés ou médecins généralistes.

³⁸ Cela rappelle les critiques que fait Becker aux interprétations psychologisantes de la consommation de drogues comme fuite de la réalité (Becker 1985, chapitre 3)

³⁹ À titre d'exemple, on citera quelques titres d'ouvrages d'Olievenstein : *Destin du toxicomane* (Olievenstein 1983), *La clinique du toxicomane* (Olievenstein 1987), ou encore les actes du séminaire de Marmottan, *La vie du toxicomane* (Olievenstein 1982).

⁴⁰ Auto Support des Usagers de Drogues.

⁴¹ Historiquement, en psychiatrie, les « manies » désignent pourtant des pathologies mentales. La réappropriation du terme par les intervenants en toxicomanie d'orientation psychanalytique apparaît à ce titre paradoxale.

Lalande et Grelet (2001) remarquent que le terme est « omniprésent dans la bouche des médecins prescripteurs », ce qui a peu changé actuellement. De même, certains patients en TSO rencontrés se définissent comme « toxicomane » ou « ancien toxicomane », pour insister sur l'expérience négative vécue avec les produits. En utilisant ce mot, ils adhèrent à une condamnation morale qui dévalue leur pratique. « Toxicomane » et « toxicomanie » sont donc des expressions couramment employées par divers acteurs de terrain, dont il convient d'interroger le sens, en particulier la connotation dépréciative qui leur est souvent associée.

Patricia Bouhnik (2007) a choisi d'utiliser, jusque dans le titre de son ouvrage, le vocable « toxico » pour insister sur « la force du rejet social » dont font l'objet les consommateurs de produits, en particulier ceux qui « apparaissent sur l'espace public » (*ibid.*, p. 7-8). Mais elle n'en fait pas pour autant une catégorie sociologique : elle invite au contraire à « se départir d'une appréhension naturaliste revenant à considérer les "toxicos" comme un ensemble homogène pouvant faire l'objet d'une appréhension spécifique » (*ibid.*, p. 9). Selon elle, être désigné comme « toxico » est une « condition sociale », plus précisément « une discrimination classificatoire » qui tend « à les isoler et à les regrouper à partir des signes visibles de leur déviance » (*ibid.*). Ceux dont la drogue est ostensiblement devenue la « ligne biographique dominante » (Castel et al. 1998, détails ci-après) font ainsi l'objet d'une « double stigmatisation : un stigmate visible (problèmes de contrôle, surexposition aux risques), et un stigmate moral invalidant le sens de leur activité et de leur expérience », y compris aux yeux de leurs pairs (Bouhnik 2007, p. 194).

Notre travail est imprégné d'une démarche similaire. Le lecteur constatera que le terme « toxicomane » y apparaît souvent entre guillemets : d'une part parce qu'il appartient au vocabulaire des acteurs de terrain bien plus qu'au discours sociologique, mais aussi parce que nous l'emploierons pour insister sur le discrédit dont il est porteur. Le terme signale un statut socialement déprécié non réductible à la consommation ou la dépendance à des substances. Sa compatibilité avec le statut de « patient » est donc susceptible de poser problème.

Ehrenberg (1996), critique l'usage du terme « toxicomane » qui, selon lui, « brouille les cartes », en ne permettant pas la distinction entre les différents niveaux de consommation et de dépendance. Ce terme présuppose une vision binaire, qui correspond aux orientations politiques des années 1970-80 : abstinence ou intoxication. C'est là la principale différence entre l'approche en termes de toxicomanie et celle en termes de « conduites addictives » : cette dernière se décentre du produit pour se focaliser sur la distinction des « conduites »,

entre usage, abus et dépendance. De même, Lalande et Grelet (2001) remarquent que le vocable « toxicomane » est « difficile à manipuler » pour les chercheurs, car il induit une confusion entre son acception « sociologique » et son acception « médicale ». Selon ces auteurs, au plan « sociologique », le « toxicomane » serait une personne ayant déjà eu « recours aux institutions spécifiquement créées pour les consommateurs de drogues » (Ingold 1999, cité par Lalande et Grelet 2001). Il s'agit là d'une définition quelque peu surprenante, élaborée à partir de la perception que le consommateur a de lui-même : il se considère « toxicomane » dès lors qu'il pense que sa dépendance nécessite une prise en charge⁴². À l'inverse, dans son acception médicale, le vocable « toxicomane » désigne tous les individus dépendants à une substance. Les deux définitions entrent donc en partie en contradiction, ce qui crée des ambiguïtés sur la population dont il est question. Les auteurs remarquent que c'est dans le cadre des TSO que la contradiction est la plus saillante : « on peut se demander [...] si un ex-usager de substances illicites devenu dépendant de produits de substitution doit ou non être considéré comme "toxicomane" : il l'est sans doute d'un point de vue physiologique, mais ne l'est plus, en un certain sens, au plan social. » (Lalande, Grelet 2001, p. 11).

La définition sociologique de la toxicomanie proposée Robert Castel et ses collègues (Castel et al. 1998) apporte des pistes pour comprendre cette ambiguïté inhérente aux TSO. Selon eux, un « toxicomane » est un individu pour qui la recherche et la consommation d'un produit constituent la « ligne biographique dominante », c'est-à-dire le principe organisateur de sa vie en société : « Le toxicomane avéré serait celui dont le rapport au produit, avec tout ce qu'il implique comme organisation de l'existence, devient la ligne biographique dominante, qui pollue les autres tracés de sa trajectoire et la déstabilise. » (*ibid.*, p. 26).

De ce point de vue, les personnes qui ont une « consommation gérée » de produits illicites (Soulet 2003) ne relèvent pas de la « toxicomanie », il en est de même pour les personnes en TSO qui mènent une vie sociale « conventionnelle » (Caiata-Zufferey 2006). La définition de Castel *et al.* permet d'établir différents niveaux d'usage non pas au regard des quantités consommées mais plutôt de l'impact sur la vie sociale de l'individu : « Un très gros consommateur de drogue qui serait capable de mener "normalement" ses activités sociales ne serait pas un toxicomane avéré. Cette proposition qui peut paraître scandaleuse est

⁴² Cette approche n'envisage pas que l'auto-définition en tant que « toxicomane » puisse emprunter d'autres voies que le recours aux institutions, notamment dans les cas où la personne perçoit les institutions comme inadaptées à ses besoins.

parfaitement défendable du point de vue sociologique. » (Castel et al. 1998, p. 31-32). Cette définition représente une alternative aux deux perspectives répertoriées par Lalande et Grelet. Le critère qu'elle met en avant ne concerne pas l'effet physiologique du produit mais ses conséquences sociales : une rupture partielle avec la société causée par la place prépondérante du produit dans le quotidien de l'individu⁴³.

De plus, pour Castel et ses collègues, l'identité du consommateur de drogues ne peut se réduire à celles qui lui sont attribuées par les institutions. Précisons que l'ambition des auteurs, lorsqu'ils produisent cette définition, n'est pas de prendre part au débat théorique ou idéologique qui oppose différents champs professionnels (médecine, psychologie, justice). Cette définition est avant tout un outil qui leur permet d'analyser sociologiquement le processus de « sortie de la toxicomanie » : « Pour caractériser ce que peut signifier “s'en sortir”, ou “en être sorti”, il faut partir d'un repérage préalable de ce que représentait “être dedans” – donc prendre parti sur une définition de la toxicomanie. » (*ibid.* p. 24). Pour ces auteurs, la sortie est effective lorsque la consommation n'est plus la ligne biographique dominante de l'individu. Elle n'implique donc pas obligatoirement le recours aux institutions, ni l'arrêt total de la consommation du produit (nous y reviendrons). Par ailleurs, cette définition entre en opposition avec les thèses qui font du « toxicomane » un individu irrationnel : « travailler la sortie de la toxicomanie, c'est donc concéder *a priori* une faculté cardinale au toxicomane, celle du jugement. » (Ogien 1994, p. 60). On retrouve ici une caractéristique de « l'usager de drogues », que nous allons aborder maintenant.

2.1.2. L'usager de drogues : un individu acteur de sa santé

Contrairement à l'idée d'un toxicomane autodestructeur promue par les intervenants en toxicomanie des années 1990, la politique de réduction des risques véhicule l'image d'un usager de drogues « citoyen et responsable », qui peut faire le choix délibéré de consommer des produits. Pour ceux qui défendent cette conception, l'usage de drogues renvoie à une pratique sociale, à un choix, et certainement pas à une maladie ni même à l'indice d'une souffrance. L'acte de consommer devient une démarche rationnelle dont l'individu assume l'entière responsabilité : « L'usager de drogues, par opposition aux idées supposées communément admises sur les “toxicomanes”, n'est plus présenté comme un individu

⁴³ La rupture est partielle car les toxicomanes conservent la plupart du temps une partie de leurs attaches à la société, ils ne sont pas entièrement « désocialisés », c'est pourquoi les auteurs préfèrent la notion de « ligne biographique dominante » à celle d'« expérience totale ».

irresponsable incapable de se prendre en charge, gouverné par des pulsions inconscientes. S'il fait le choix de consommer une substance psychoactive, il est également capable de maîtriser cette consommation et d'organiser sa vie malgré cet usage. L'usager de drogues devient donc, contrairement au "toxicomane" un individu responsable de ses actes, ni délinquant, ni malade, ni coupable, ni victime. » (Le Naour 2010, p. 48).

L'usager de drogues est en mesure de prendre en main sa santé si on lui en donne les moyens (cf. mise à disposition de seringues stériles...), et de choisir les options de soin qui lui conviennent (les acteurs de la réduction des risques sont favorables aux TSO pour diversifier l'offre de soins). C'est à lui de choisir s'il veut ou non sortir de sa consommation, et par quels moyens il souhaite en sortir. Selon ce point de vue, la substitution n'est pas prioritairement une méthode d'arrêt des opiacés illicites, elle doit être accessible aux usagers indépendamment de leur projet de sevrage. Elle peut servir à pallier ponctuellement le manque, l'essentiel étant qu'elle permette l'amélioration des conditions de vie des usagers.

Si, sur le plan individuel, il est capable de prendre en main sa propre santé, l'usager de drogues devient aussi « acteur de santé publique » (Le Naour, 2010) sur le plan collectif. L'association ASUD a assurément joué un rôle moteur dans la promotion de la figure de l'usager de drogues en opposition à celle du toxicomane. C'est dans le contexte revendicatif de défense des droits des personnes que cette conception émerge dans les années 1990. À travers l'engagement associatif, des usagers de drogues revendiquent une participation aux décisions politiques les concernant⁴⁴. On l'a vu, la loi de 1970 tend à les exclure de la citoyenneté (Ehrenberg 1995,1996). Le caractère illicite de leur pratique les prive de la possibilité de faire entendre leur voix publiquement. À partir des années 1990, les associations d'usagers entreprennent de remédier à leur invisibilité sur la scène politique : elles demandent que les usagers de drogues soient enfin traités en « citoyens comme les autres » (slogan d'ASUD). Ces associations souhaitent que la parole des usagers puisse être entendue sans être filtrée par les intervenants en toxicomanie qui s'autoproclamaient porte-parole des toxicomanes. Pour les partisans de la réduction des risques, seuls les usagers sont en mesure de défendre leurs propres intérêts, qui divergent de ceux des soignants.

La figure de l'usager de drogues est donc conçue comme celle d'un *acteur rationnel*

⁴⁴ Par exemple, des représentants des usagers ont participé à la conférence de consensus sur les TSO en 2004 (Voir ANAES, FFA 2004).

(il fait le choix de consommer des produits illicites), d'un *acteur de sa propre santé* (il est le seul apte à choisir sa prise en charge), et d'un *acteur politique* (à travers l'organisation collective, il porte des revendications quant à l'orientation des politiques sanitaires et pénales des drogues). Tout comme pour le « toxicomane », il s'agit là d'une figure idéal-typique à laquelle se réfèrent les acteurs pour défendre leur définition du problème public des drogues. Sa correspondance avec la réalité de l'expérience des personnes n'est pas systématique. En effet, on peut se demander à quelles conditions ces « usagers de drogues » parviennent à s'extraire des mécanismes de domination dont ils sont l'objet en tant que « toxicomanes », pour devenir des acteurs politiques. L'engagement associatif et la revendication de l'identité d'usager de drogues sont-ils accessibles et/ou souhaités par tous les consommateurs de produits ?

Le personnage de l'usager de drogues peut être relié avec une figure plus globale de « l'usager » qui émerge depuis une vingtaine d'années dans les politiques sanitaires et sociales en France et à l'étranger. Comme le remarque Coppel (2005), l'usager de drogues est aussi « usager des services socio-sanitaires ».

Les « usagers du système de soins », pour reprendre le titre de l'ouvrage coordonné par Cresson et Schweyer en 2000, sont animés par une volonté d'émancipation vis-à-vis du « pouvoir » médical : « Le terme d'usager fait flores dans le domaine de la santé, pour signifier ce qui peut être perçu en première analyse comme une volonté d'une plus grande autonomie des malades, et plus largement des citoyens, au nom de leurs droits. » (Cresson, Schweyer 2000, p. 9). Le terme « s'inscrit dans une tentative de redéfinition des relations entre les malades et les professionnels de santé, entre les citoyens et les institutions. » (*ibid.*)

De ce point de vue, l'idée d'un *usager* actif s'oppose à la conception d'un *patient* passif qui a le devoir de s'en remettre à l'autorité du médecin (Cf. le rôle du malade chez Parsons). Dans le cadre des TSO en médecine générale, la figure de l'usager peut donc comporter certaines oppositions avec le statut de patient, si ce statut implique la soumission aux injonctions du médecin. Pour autant, c'est bien la réduction des risques et l'avènement de la figure de l'usager de drogues qui ont permis à ces derniers de devenir des patients de la médecine générale. Ils peuvent faire entendre leur demande de médicaments auprès des généralistes, celle-ci devient légitime alors qu'elle était inaudible dans le référentiel porteur de la figure du « toxicomane ».

La représentation capacitante de l'individu sous tendue par la figure de l'usager de drogues

implique cependant que celui-ci ne devient un patient que s'il l'a décidé. Pour qu'une rencontre soit possible entre généralistes et usagers de drogues, il faudrait que les médecins acceptent de laisser participer les usagers aux choix relatifs au traitement. Or, des conflits peuvent apparaître entre médecins et usagers au sujet de l'objectif des TSO, entre sevrage progressif, maintenance, ou réduction des risques (Lalande, Grelet 2001). Pour « l'usager de drogues », devenir un patient implique-t-il de renoncer aux drogues ? Dans ce cas, le statut de patient se substituerait à celui d'usager et ne pourrait cohabiter avec lui.

Plus généralement, selon Lise Demailly, « l'usager » des services et des politiques publiques se situe « entre le client et le citoyen » (Demailly 2008, p. 296). Être usager s'oppose à être « assujetti » : un usager a « son mot à dire, son point de vue sur le fonctionnement de [l'institution], des demandes, des désirs ». (*ibid*, p. 298). L'usager est « citoyen » car il a la volonté de « participe[r] à l'orientation des services publics et politiques publiques » (*ibid.*). Il est client si on le considère comme « consommateur » d'un service⁴⁵. Selon Demailly (2008), la définition du « destinataire » de l'action publique comme un « usager » peut provoquer un sentiment d'instrumentalisation chez les professionnels. La notion d'usager gomme l'aspect relationnel de leur travail : « l'usager use de quelque chose et non de quelqu'un ». Le professionnel tend à être réduit au service qu'il rend. Cette question se pose avec acuité pour les médecins généralistes chargés de prescrire des TSO. Si le rôle des généralistes est réduit à celui de prescripteurs d'un médicament, le sens de leur travail auprès des usagers de drogues se modifie, ce qui crée des « tensions » (Lalande, Grelet 2001) entre le rôle de médecin et celui de dispensateur de TSO. Comment les généralistes s'accommodent-ils de cette figure de « l'usager » qui vient chercher auprès d'eux un « service » ? Par ailleurs, ce « service » se résume-t-il à la prescription ou peut-il inclure une plus value spécifique à la médecine générale ?

Demailly et ses collègues montrent que dans le contexte de la santé mentale (comme pour la dépendance aux drogues), la figure de l'« usager » s'oppose à celle de l'individu aliéné (Demailly, Desmons, Roelandt 2000). De ce fait, l'utilisation de ce terme peut s'avérer problématique : dans quelles conditions les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent-elles devenir actrices de leur trajectoire de soins et de leur rapport aux institutions ?

⁴⁵ À ce sujet, Michel Chauvière (2007) adopte une lecture critique de la notion d'usager, en remarquant que la nouvelle injonction faite aux professionnels de considérer les bénéficiaires des politiques sociales comme des « clients » correspond moins à une revendication de ces derniers qu'à une logique gestionnaire de « chalandisation » du travail social.

(*ibid.*). De même, l'idée d'un usager de drogues acteur de son parcours correspond peu à l'expérience vécue par les consommateurs de produits. Elle tend à masquer la situation de ceux qui ne peuvent accéder à ce statut⁴⁶. Se définir comme usager implique de revendiquer ses droits, dans le cadre d'un engagement associatif par exemple. Or, la plupart des personnes en TSO – et des consommateurs de produits illicites – ne sont pas en contact avec des groupes d'auto-support. Comme le remarque Maiténa Milhet (2003), ils ont des difficultés à produire une interprétation positive de leur prise de drogues. Ils sont plus soucieux de se détacher de l'identité stigmatisante de consommateurs de produits que de la revendiquer haut et fort. Certains ne se sentent pas « usagers de drogues » car ils se sont réapproprié une définition dépréciative de leur pratique véhiculée par les institutions pénale et sanitaire (Panunzi-Roger 2001; Milhet 2003). Les personnes en traitement n'adhèrent pas forcément à la conception autonomiste de l'usager de drogues, en décalage avec la réalité vécue au quotidien. De plus, la durée souvent indéterminée du traitement tend à les enfermer dans une conception d'eux mêmes en tant que dépendants chroniques (Guichard et al. 2006).

La dénomination « usager de drogues », comme toute approche en termes « d'usagers » des services publics, sème la confusion entre l'acteur individuel et l'acteur collectif, en se référant tour à tour à l'un et à l'autre. L'usager acteur de sa propre santé ou consommateur de soins renvoie à un individu stratégique, alors que l'usager participant à l'orientation des politiques publiques renvoie à un acteur collectif organisé (Demailly 2008; Vedelago 2000). « Le patient devient l'usager, c'est-à-dire un individu dont les exigences à l'égard du système de soins sont d'ordre global, qualité des soins mais aussi qualité du service. Les mots ne désignent pas seulement une réalité, ils la “fabriquent”, l'emploi de la notion d'usager favorise un déplacement de l'acteur collectif vers l'acteur individuel. Ce nouvel acteur social sera présenté comme autonome, exigeant, négociateur, et dans les micro-interactions sociales il deviendra, pour certains, “coproducteur” des services publics. » (Vedelago 2000, p. 68). Ceci peut donner l'impression illusoire d'une participation accrue des individus aux décisions collectives. Or, le poids politique octroyé ces dernières décennies aux collectifs d'usagers ne se répercute pas toujours sur les parcours individuels.

Par ailleurs, au niveau collectif, les usagers n'ont qu'une faible marge de manœuvre dans des décisions qui restent souvent dévolues aux professionnels. Carricaburu et Ménoret

⁴⁶ Janine Barbot (2002) fait le même constat chez les militants de la lutte contre le sida.

résumant ainsi le leurre de la participation des usagers aux décisions collectives : « La participation croissante de ces nouveaux acteurs que sont les usagers ne doit pas cacher les initiatives qui tendent à en limiter la portée. La formule choisie par Lascoumes afin d'éclairer la situation inconfortable de ces profanes dans des arènes à dominante professionnelle est adaptée : “les usagers au centre, les professionnels au milieu” » (Carricaburu, Ménoret 2005).

La conception d'un acteur rationnel et libre sous tendue par la figure de l'utilisateur (de drogues) mérite d'être interrogée. Elle occulte les mécanismes qui peuvent, tout justement, empêcher ces personnes d'accéder au statut d'utilisateur maître de ses choix et de sa santé. Dans le cas de la prise en charge de l'insuffisance rénale, Lardé (2000) montre que les choix des patients dans le système de soins (choix du médecin, du traitement) sont la plupart du temps contraints et leur issue incertaine, ce qui les éloigne de la figure de « l'utilisateur-client » comme « *homo œconomicus* ». Nous le verrons dans les chapitres suivants, les patients en TSO n'ont pas toujours le choix de leur traitement ou de leur médecin prescripteur. Peu d'entre eux ont le sentiment d'être totalement maîtres de leur trajectoire au sein des institutions socio-sanitaires. On pourrait en conclure que l'action politique des groupes d'auto-support garde encore de sa pertinence après vingt ans de réduction des risques, puisque de nombreux consommateurs de produits n'ont pas (encore) acquis le statut d'utilisateur. Ce ne sera pas notre propos ici. Il n'est pas question de généraliser la figure de l'utilisateur de drogues à tous les consommateurs de produits, ni en tant que réalité, ni en tant que but à atteindre. Notre démarche ne saurait être prescriptive, nous nous intéressons plutôt à la façon dont les personnes elles-mêmes se définissent en faisant appel à une pluralité de référentiels, entre le toxicomane, l'utilisateur de drogues, et l'*addict*.

En résumé, l'expression « utilisateur de drogues » ne saurait convenir à l'analyse sociologique, et ce même si elle reste la moins stigmatisante car elle émane d'un collectif de personnes concernées⁴⁷. Utiliser le terme « utilisateurs de drogues » pour désigner les personnes dépendantes aux opiacés dans un travail de recherche sur leur prise en charge, tout comme utiliser celui de « toxicomanes », revient à reprendre une catégorie créée par les acteurs de terrain, qu'il convient plutôt d'analyser. La figure de l'utilisateur de drogues a une origine

⁴⁷ C'est probablement pour cette raison qu'aujourd'hui la plupart des chercheurs en sciences sociales optent pour cette terminologie. L'utilisation du terme « utilisateur » par les sociologues fait également écho à une évolution des thématiques de recherche depuis les produits vers les « usages » et « styles de vie » autour des drogues. Dans ce cas, le terme est utilisé sans sa connotation émancipatrice, pour mettre en avant « l'usage » de produits comme pratique sociale. Pour une synthèse de la littérature sur cette approche, voir Faugeron et Kokoreff (1999).

militante que l'on ne peut ignorer : la défense des droits des personnes portée par les associations d'auto-support. Elle est fondée sur une représentation de l'individu qui implique, en sociologie, un cadre théorique en termes d'acteur rationnel et stratégique. L'idée d'usager de drogues est une figure idéalisée du patient acteur de sa trajectoire de soins, qui ne saurait correspondre ni au ressenti des personnes, ni aux contraintes qu'elles subissent.

Par ailleurs, il serait erroné d'affirmer que les acteurs de terrain sont passés de l'idéaltype du « toxicomane » à celui de « l'usager de drogues » avec la mutation des politiques publiques vers la réduction des risques. Au contraire, ces deux représentations cohabitent actuellement dans l'action des professionnels (Le Naour 2010). Le référentiel de l'addiction, aujourd'hui en vigueur dans la politique sanitaire des drogues, s'avère suffisamment englobant pour regrouper le toxicomane, l'usager de drogues, et d'autres personnages tels que l'alcoolodépendant, le joueur compulsif, etc., au sein d'une nouvelle figure unificatrice : l'*addict*. L'addiction propose également une définition médicale de la dépendance qui la fait entrer dans la catégorie des troubles mentaux. Elle laisse donc une place de choix aux médecins dans sa prise en charge.

2.1.3. L'addict : un individu atteint d'un trouble chronique

Parallèlement à la réduction des risques, au cours des années 1990, un nouveau référentiel fait son apparition dans les politiques socio-sanitaires liées aux drogues : l'addictologie. Elle est issue d'une conception neurobiologique de la dépendance aux « substances psychoactives ». La neurobiologie propose un principe explicatif unique pour toutes les dépendances en s'intéressant au mode d'action des produits sur le cerveau humain. Selon cette perspective, la partition entre produits licites et illicites devient inopérante sur le plan biologique : divers produits sont potentiellement addictifs quel que soit leur statut légal.

Aujourd'hui, le référentiel de l'addiction guide la politique sanitaire des drogues en France. Il semble toutefois avoir évolué indépendamment de ses origines neurobiologiques (Fortané 2010). Nicolas Fortané remarque que les chercheurs ayant popularisé le concept sont, par la suite, revenus sur leurs thèses de départ – en particulier sur le rôle de la dopamine, présentée dans un premier temps comme la « clé de voûte » du mécanisme addictif. Cela n'a pas empêché le concept d'addiction de fournir la base d'une politique de santé. Il a été transféré du monde scientifique médical vers celui des politiques publiques (Fortané, 2010).

La traduction politique de l'approche en termes de conduites addictives a eu deux conséquences : la fusion des prises en charge des différentes dépendances (l'alcoolisme et la toxicomanie en particulier, qui disposaient de structures de soin séparées), et leur rattachement au monde médical.

En 1998, le rapport Roques établit une classification des produits en fonction de leur « dangerosité », indépendante de leur statut légal (Roques 1998). L'alcool y est décrit comme aussi nocif que l'héroïne ou la cocaïne, alors que le cannabis est au bas du classement. En abordant les produits sous l'angle de leur « neurotoxicité », ce rapport consacre politiquement l'acceptation neurobiologique de l'addiction aux « substances psychoactives » (Fortané, 2010). Un an plus tard, le rapport Reynaud sur les « pratiques addictives » réitère la préconisation d'une approche commune des addictions (Reynaud, Parquet, Lagrue 1999). L'idée de « conduite addictive » substitue une approche par les usages à une approche par les produits, en différenciant trois niveaux d'utilisation, qui nécessitent des interventions différenciées : l'usage, l'abus, et la dépendance (Reynaud, Parquet, Lagrue 1999). On sort donc de la représentation binaire abstinence *vs* intoxication en vigueur dans les politiques de lutte contre la « toxicomanie ».

Au cours des années 2000, la notion d'addiction s'étend vers les dépendances « sans produits », ce qui témoigne de son caractère de plus en plus englobant⁴⁸ : « l'anorexie-boulimie », « l'addiction sexuelle », « l'addiction au travail », « le jeu pathologique » ou encore « les achats compulsifs », sont maintenant désignés comme des « conduites addictives », l'addiction étant dorénavant définie en tant que « dépendance problématique à un comportement répétitif » (Vénisse, Ades, Valleur 2007).

En 2007, la création des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), qui remplacent désormais les Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), constitue la mise en œuvre du concept d'addiction au niveau de la politique de santé française. Les missions de ces structures s'étendent à toutes les « conduites addictives ».

La seconde conséquence politique et sanitaire de l'approche en termes de « conduites

⁴⁸ Le rapport Reynaud refusait pourtant une assimilation entre addictions aux substances et « addictions sans drogues », qui ferait perdre la spécificité de la notion (Reynaud, Parquet, Lagrue 1999, p. 19). Ces auteurs reconnaissent cependant la similitude des mécanismes neurobiologiques engagés. En 2007, le rapport rendu par Vénisse à la Mildt se prononce clairement pour une inclusion des dépendances sans produits dans les « conduites addictives » (Vénisse, Ades, Valleur 2007).

addictives » est le rattachement de la prise en charge des *addicts* à la profession médicale par le biais de la psychiatrie et des thérapies cognitivo-comportementales – la notion de « conduite » addictive est imprégnée de psychologie comportementale. Contrairement à la « toxicomanie » considérée comme un symptôme, l’addiction devient un « trouble » mental à part entière. C’est à ce titre qu’elle est aujourd’hui présente dans le DSM et la CIM. Outre-Atlantique, l’addiction fait son apparition avec le DSM III et « le développement d’approches comportementales des “troubles mentaux”, par opposition aux conceptions psychiatriques des “maladies mentales”, telles qu’on les dénommait auparavant. » (Fortané 2010, p.13).

Contrairement au toxicomane et à l’usager de drogues, l’*addict* est donc un malade. Le DSM V en fait un malade chronique, en transférant aux addictions un vocabulaire couramment employé pour ce type de pathologies. Les addictions aux produits y sont répertoriées en tant que « troubles liés à l’utilisation de substances » (*substance use disorders*)⁴⁹. La dépendance y est établie selon 11 symptômes-critères (elle est d’autant plus « sévère » que le patient présente un nombre de symptômes élevé). L’*addict* peut atteindre une phase de « rémission précoce (pas de critère de dépendance depuis au moins trois mois, mais depuis moins de 12 mois) ou [de] rémission prolongée (pas de critère de dépendance depuis au moins 12 mois) », notamment dans le cas où il prend un traitement de substitution (Dervaux 2013). La notion de rémission fait glisser les addictions dans le registre des affections chroniques : même lorsque la personne a cessé de consommer des produits, le DSM continue de la considérer comme atteinte de troubles addictifs.

Là encore, le sociologue doit s’interroger sur ce nouveau statut de l’individu, plutôt que le reprendre à son compte.

C’est au titre de réponses médicales à la dépendance aux opiacés que les traitements de substitution se sont greffés au référentiel de l’addictologie. Ce changement politique reconnaît une compétence aux médecins sur les questions de drogues. Leur intervention devient légitime dès lors que l’addiction aux opiacés est considérée comme une pathologie ou un trouble. Le traitement de substitution est un appui pour favoriser la « rémission », il devient un « soin à proprement parler » (expression de Bergeron 1999) et non plus seulement un outil de réduction des risques. Dans le cadre des conduites addictives, la substitution peut constituer un « traitement de maintenance » soulageant l’individu de son « besoin compulsif et irrépressible de consommer » (Auriacombe, Fatséas 2006, p. 224) Comme le remarquent

⁴⁹ Les addictions avec et sans substances sont abordées séparément dans le DSM V, il en est de même dans la CIM.

ces psychiatres addictologues, « la large diffusion de ces traitements a modifié les pratiques cliniques et a obligé à réviser les concepts jusque là établis en réintroduisant dans le champ médicopsychiatrique la thérapeutique des addictions. » (*ibid.*, p. 223). Dans le référentiel de l'addiction, la personne dépendante aux opiacés est donc plus prompte à devenir un patient de la médecine générale, si ce n'est de la psychiatrie.

Cependant, même si, dans les politiques publiques, la « toxicomanie » s'est officiellement dissoute dans les addictions, certaines pratiques professionnelles se réfèrent toujours à l'idée de toxicomanie comme symptôme. De nombreux psychiatres exerçant en CSAPA sont d'anciens intervenants en toxicomanie convertis à la notion d'addiction. Ainsi, Fédération Addiction est le nouveau nom de l'ANIT, association nationale des intervenants en toxicomanie. Les thérapies cognitives et comportementales ne sont pas l'option thérapeutique la plus courante, même si elles sont utilisées dans certains contextes (par exemple, l'entretien motivationnel pour les consultations jeunes consommateurs). De plus, les pratiques professionnelles ne reflètent pas toujours la conception unificatrice des conduites addictives : la partition des prises en charge par produits subsiste souvent.

De même que la toxicomanie, l'usage de drogues tendrait à être englobé dans le référentiel addictologique avec la distinction entre l'usage, l'abus et la dépendance. Pour autant, les acteurs associatifs et de réduction des risques tendent, comme on l'a dit, à rejeter les étiologies pathologisantes de l'usage de drogues. Là encore, le caractère englobant de la notion d'addiction a des limites : les référentiels concurrents n'ont pas disparu, les trois conceptions de la personne dépendante coexistent en pratique.

Ce tour d'horizon aura permis de répertorier plusieurs définitions des personnes dépendantes aux opiacés produites par les politiques publiques et les acteurs de terrain. La définition et la réponse à apporter à la consommation de drogues font l'objet de luttes de « juridictions » (Abbott 1988) et de controverses. Pour autant, chacune de ces définitions laisse une place différente aux médecins généralistes et aux traitements de substitution pour intervenir dans les trajectoires des individus concernés. Nous allons maintenant montrer que les différents moyens de « sortie » de la drogue (Castel et al. 1998) ne conduisent pas tous à faire de la personne dépendante un « patient ». Dans certaines circonstances, la sortie se passe du médecin et du traitement. En envisageant la rencontre médecin-patient-médicament, notre travail s'intéresse donc à une modalité parmi d'autres de sortie de la dépendance aux opiacés.

2.2. Les parcours de « sortie » de la drogue : quelle place pour la médecine et la substitution ?

En centrant notre objet sur les traitements de substitution aux opiacés, nous nous intéressons à une étape particulière de la « carrière » (Becker 1985) des consommateurs de drogues : celle de la sortie. Les parcours sont pluriels et la substitution ne constitue pas toujours un mode de sortie de la drogue au sens strict. Dans une optique de réduction des risques, elle peut avoir pour fonction de pallier le manque sans projet d'arrêt des consommations d'opiacés illicites. Elle peut également être une façon de sortir du « milieu » des drogues sans pour autant s'accompagner de l'abstinence de tout produit (Caiata-Zufferey 2006). Mais en réalité, la notion de « sortie », telle qu'elle a été théorisée par Robert Castel *et al.* (1998), est plus vaste que la simple recherche de l'abstinence à laquelle d'aucuns seraient tentés de la résumer.

2.2.1. La sortie : une transformation de l'individu ?

En s'intéressant aux « sorties de la toxicomanie » du point de vue des personnes concernées, Castel et ses collègues relativisent le rôle des institutions et des soignants dans les processus de sortie. Ils montrent que la sortie passe avant tout par un réagencement des rapports sociaux de la personne, une « recomposition de ses lignes biographiques », où le produit perd de l'importance. Ils analysent la sortie comme un changement dans la « trajectoire » et dans « l'environnement social » de l'individu. De leur point de vue, les manières de sortir de la toxicomanie sont multiples. Aux sorties institutionnalisées « hétéro-contrôlées », s'ajoutent des sorties « auto-contrôlées », effectuées sans l'aide des institutions. Cependant, « parler de sorties “auto-contrôlées” ne signifie pas que les individus classés dans cette catégorie n'aient jamais eu de contact avec les institutions » mais simplement qu'ils « n'ont pas effectué leur sortie dans le cadre d'une institution » (Castel et al. 1998, p. 50). Auto-contrôles et hétéro-contrôles « ne doivent pas être envisagés en opposition les uns aux autres. Il n'y a pas – ou il y a très rarement – d'un côté des individus qui auraient recours aux institutions, et de l'autre des individus qui s'en tireraient “seuls”. Le cas de figure le plus fréquent de la sortie est celui d'un parcours à plusieurs étapes, à l'intérieur duquel et selon les moments, le “sortant” connaît des degrés d'implication différents dans les institutions “d'hétéro-contrôles” qu'il est amené, ou contraint, à croiser. » (*ibid.*, p. 243).

Qu'ils aient ou non été en contact avec des soignants, certains sortent donc de la drogue en s'appuyant sur d'autres ressources : les « supports sociétaux » (famille, entourage amical...) ⁵⁰, et les « auto-contrôles » (*ibid.*). Les stratégies d'auto-contrôle, souvent oubliées par les chercheurs du fait de leur faible visibilité, mettent en exergue le rôle actif de l'individu dans sa trajectoire de sortie. Vue ainsi, une personne qui souhaite « sortir de la toxicomanie » ne devient pas nécessairement un patient. C'est avant tout un individu qui limite la place tenue par le produit dans sa vie quotidienne. Soulet et ses collègues (Soulet, Caiata-Zufferey, Oeuvery 2002; Soulet 2003), en s'intéressant aux « consommations gérées » de « drogues dures » (héroïne et cocaïne) ⁵¹, mettent en avant l'idée que la sortie peut avoir lieu indépendamment du recours aux institutions, par le passage d'une dépendance à une consommation maîtrisée. Certains usagers réduisent leur consommation afin qu'elle ne les empêche pas d'assumer leurs obligations sociales courantes. En tant que mode de « sortie de la toxicomanie », la gestion des consommations s'inscrit donc comme une autorégulation faite par l'individu lui-même à travers un « système de gestion » (Soulet 2003, 2008b). De ce point de vue, la sortie constitue un processus individuel plus qu'institutionnel et elle n'implique pas l'arrêt total des consommations.

C'est également le sens que lui donne Maria Caiata-Zufferey (2006), lorsqu'elle envisage la sortie de la drogue comme un retour vers la « conventionalité ». Elle interroge le sens de la sortie pour les usagers de drogues à l'époque de la réduction des risques : que signifie pour eux « s'en sortir » dès lors que l'abstinence n'est plus nécessairement l'objectif à atteindre ? En effet, comme le remarquait déjà Castel, « l'abstinence n'est pas la seule forme d'auto-contrôle mais c'est, semble-t-il, la seule qui soit non ambiguë » (Castel et al. 1998, p. 224). Selon Caiata-Zufferey, si la sortie ne réside plus dans l'abstinence, les individus concernés l'interprètent comme une « normalisation » de leur mode de vie. Mais là encore, à quelle norme se conformer ? La réponse à cette question est laissée à l'appréciation de chacun. Or, la pluralité des références disponibles ne facilite pas la constitution d'une identité fondée sur la « conventionalité » plutôt que sur la consommation de produits.

⁵⁰ Voir notamment Duprez et Kokoreff (2000) pour une analyse des « supports communautaires » : famille, religion...etc. Comme le remarque Jeanmart, ces recours « ont souvent pour perspective l'abstinence » (Jeanmart 2007).

⁵¹ Soulet utilise l'expression « drogues dures » (peu usitée aujourd'hui) dans le cadre d'un oxymore : « consommation gérée de drogues dures ». De fait, si la consommation est « gérée », la drogue n'est plus aussi « dure » qu'elle n'y paraît. Voir également Aquatias *et al.* (1997) sur « l'usage dur des drogues douces ». Ces travaux se basent sur les définitions de Castel *et al.* : un usage est « dur » dès lors que le produit est la ligne biographique dominante de l'individu.

Dès lors que la « sortie » n'est plus définie comme la fin de la consommation, une stabilisation avec un traitement de substitution, si elle permet un changement de mode de vie, peut constituer un mode de sortie de la drogue (Caiata-Zufferey 2006). De ce point de vue, la substitution n'est plus le moyen de parvenir à la sortie (l'abstinence), mais la sortie elle-même, grâce à la « réorganisation des lignes biographiques » qu'elle rend possible.

Les sorties « hétéro-contrôlées », quant à elles, posent la question des recours institutionnels des consommateurs de drogues. Aborder le rapport aux institutions en termes de recours suppose, une fois de plus, de considérer les « usagers » comme acteurs de leur trajectoire de sortie, en s'intéressant à la décision de faire appel à une institution et au choix de l'interlocuteur. Pour Maïténa Milhet, le choix de la substitution comme mode de sortie, tout comme celui du soignant ou de la structure de soin, sont des choix rationnels faits par les « usagers » (Milhet 2003, 2006). Panunzi-Roger (2001) note que ces choix dépendent de leurs critères de satisfaction face aux structures socio-sanitaires. Pour certains, la disponibilité des soignants est primordiale, alors que d'autres exigent de « l'empathie », ou une bonne connaissance des questions de drogues (Panunzi-Roger 2001, p. 65).

Jeanmart (2007), quant à elle, s'intéresse au choix du médecin généraliste comme interlocuteur. Selon cette auteure, le généraliste est souvent le premier recours, en tant qu'acteur de proximité. De nombreux consommateurs de produits le consultent avant les institutions spécialisées. Elle remarque cependant que le choix du médecin est souvent limité en raison des refus de certains praticiens, notamment pour les usagers peu ancrés dans les « mondes de la drogue » qui n'ont pas la possibilité de bénéficier du carnet d'adresses de leurs pairs. De plus, même si dans la plupart des cas, « le choix du médecin revient à l'utilisateur » (Jeanmart 2007, p. 234), certains recours sont contraints par l'injonction la justice, de la famille du patient ou de son entourage professionnel ou scolaire (*ibid.*).

À l'instar de Jeanmart, il nous semble incontournable de s'interroger sur les contraintes qui pèsent sur les trajectoires institutionnelles et réduisent parfois les possibilités de choix des individus. Par ailleurs, le recours à un TSO et à un médecin généraliste pour le prescrire sont-ils toujours des « choix » ? Les contraintes du manque d'héroïne ne forcent-elles pas les patients à ce double recours – le médicament et le médecin – dont certains auraient préféré se passer ?

2.2.2. *Les sorties sous substitution : du « drogué » au patient*

Le mot « drogué », étymologiquement parlant, peut à la fois renvoyer à celui qui prend un produit illicite et à celui qui est dépendant à un médicament. Le patient, quant à lui, se définit dans sa relation avec un soignant. En centrant le processus de sortie sur l'individu, les approches évoquées plus haut (en particulier Castel *et al.*, Caiata-Zufferey...) semblent faire abstraction de la dépendance vis-à-vis de l'institution médicale pour certaines modalités de sortie. En effet, dans les cas où la « normalisation » de l'individu implique la prise d'un traitement de substitution, ce retour à la « conventionalité » passe nécessairement par la consultation d'un médecin ou d'une institution de soin. Comme le remarque Milhet, « pour les individus, le traitement se ramène à trois ingrédients essentiels : un produit, une relation, un lieu. » (Milhet 2006, p.63).

Par ailleurs, envisager le TSO comme l'instrument d'un retour à la « conventionalité » (Caiata-Zufferey 2006) laisse de côté une partie de la réalité vécue par les personnes substituées. Leur entreprise de « normalisation » est quotidiennement contrecarrée lorsqu'ils doivent prendre leur médicament – condition nécessaire pour être dans un état physique « normal ». C'est ce qu'ont constaté plusieurs travaux qui se sont intéressés à la façon dont les personnes substituées vivent l'expérience du traitement (Milhet 2003, 2006; Guichard *et al.* 2006, 2007).

L'enquête de Milhet, menée auprès de patients de centres spécialisés et de médecine générale, s'intéresse aux raisons évoquées pour l'initiation d'un traitement de substitution. Les patients disent souhaiter à la fois un renoncement aux drogues, et un affranchissement du « stigmaté » de toxicomane. Or, la substitution ne les libère ni du produit (ils continuent d'être dépendants du médicament), ni du stigmaté, puisque l'identité de « toxicomane » est sans cesse réactivée, la prise du traitement les renvoyant à un passé qu'ils sont forcés d'interpréter négativement : « La stabilisation en traitement ramène à l'identité passée. Un glissement s'opère du patient ayant besoin d'un produit de substitution, à l'individu ayant un problème avec les produits : le toxicomane. Le passé ne passe pas. Les individus peinent à basculer vers une identité détachée de celle de toxicomane. C'est tout le paradoxe du traitement : cela même qui aide les individus à se détacher de leur passé est aussi ce qui les enferme dans ce passé. Le traitement s'adresse à ceux qui ont été toxicomanes. Une évidence, mais qui signifie aussi que cette identité est activée dans l'aide reçue. Plus les individus restent en traitement,

plus l'identité de toxicomane domine la vision qu'ils ont d'eux-mêmes et qui leur est renvoyée par autrui. [...] Le stigmaté lié à la toxicomanie participe aussi des difficultés de la reconstruction de soi. L'identité acquise par le traitement signale un passé généralement pensé en des termes négatifs. Les individus en traitement ne sont pas dotés d'une expérience de vie avec les drogues, ils ont un passé que les représentations sociales enferment dans l'indignité. De ce point de vue, il leur est difficile de "vivre avec" ce qu'ils ne peuvent pas faire valider autrement qu'en le dénigrant. » (Milhet 2006, p. 66-67)

La prise du médicament a une incidence sur l'image que les individus ont d'eux mêmes, qui reste celle de (l'ancien) « toxicomane ». Pour certains, cela engendre une déception quant aux traitements de substitution, qui se manifeste par une oscillation entre le « souhait de s'affranchir rapidement du traitement » et la « crainte du sevrage » (Milhet, 2006). Guichard *et al.* (2006), font également le constat d'une désillusion des attentes de certains patients face aux TSO. Le Subutex est tantôt vécu comme une « ressource pour s'en sortir », « un traitement de maintenance » de longue durée, « une drogue légale », ou encore un « produit piège » menant vers une dépendance sévère. Ces auteurs soulignent à leur tour l'ambivalence du traitement pour les patients : il constitue à la fois un tremplin pour un retour vers la « conventionalité » (« reconquête de l'autonomie »), mais la difficulté à s'en passer ou à contrôler ses consommations peut contribuer à maintenir les patients dans la conviction qu'ils seront pour toujours dépendants (« spirale de l'échec »). On retrouve, dans ce dernier cas, la figure de l'*addict* malade chronique, dévalorisante pour les personnes en TSO car associée à l'échec de la « sortie ».

L'image dépréciée que ces personnes en traitement ont d'elles mêmes est également produite par les soignants. Ici, le statut de patient devient primordial : Guichard *et al.* (2007), opèrent un lien entre vécu du traitement et relation au médecin, en étudiant les représentations des patients substitués au sujet de leur généraliste prescripteur. Leur travail propose quatre modèles idéaux-typiques de relation vécue par les patients : la relation au médecin peut être soit « centrée sur le dosage » (*Focused on drug dosage*), ce qui provoque pour le patient la sensation d'être toujours un « junkie » ; soit « centrée sur l'observance » (*Focused on compliance*) avec un médecin jugé paternaliste et directif sur le respect des règles de prise du médicament ; « centrée sur la prescription » (*Focused on drug prescription*) avec un médecin instrumentalisé et considéré comme un « dealer en blouse blanche » (*White-coat dealer*) ; ou enfin « centrée sur la personne » (*Focused on the person*). Selon les auteurs, ce dernier

modèle est jugé le plus satisfaisant par les patients, car le médecin ne s'y préoccupe pas seulement de la rédaction de l'ordonnance, de l'ajustement/diminution du dosage ou de l'observance, mais également de la réorganisation du mode de vie du patient, de sa situation professionnelle, affective, etc. Ces considérations mettent en exergue le rôle de la relation de soin dans le processus de réagencement des lignes biographiques que constitue la « sortie » par la substitution : le patient et le produit ne sont pas les seuls protagonistes de ce parcours, qui ne saurait se résumer à une expérience purement individuelle. Avec les TSO, la relation avec le médecin fait partie intégrante du processus de sortie. Les types de relation repérés par Guichard véhiculent chacun une image différente du médicament. En fonction de la façon dont le médecin met en scène le TSO dans la relation, le patient l'envisage soit comme un traitement chronique, soit comme une drogue légale, soit comme un produit « tremplin » pour modifier son mode de vie. La désillusion des patients face aux traitements de substitution soulignée par Milhet (2003, 2006) et Guichard *et al.* (2006) peut donc aussi être reliée à une relation avec le(s) soignant(s) jugée insatisfaisante. La prise en compte du statut de patient est donc primordiale pour comprendre la trajectoire de sortie avec un TSO et les discours que les personnes en traitement produisent au sujet de leur expérience.

Nous venons de montrer qu'il existe différents processus de sortie de la dépendance aux opiacés, dont certains, au premier chef le traitement de substitution, impliquent l'acquisition du statut de patient par le biais de la relation à un médecin. Notre travail n'envisage pas les consommateurs d'opiacés au prisme de l'ensemble de leurs « lignes biographiques », mais bien dans leur trajectoire au sein des institutions soignantes et dans leur relation avec les médecins généralistes chargés de dispenser les TSO. C'est à ce titre seulement que nous contribuons à une sociologie des « sorties » de la drogue.

3. Le médicament de substitution : un objet pour la sociologie

Cette section est consacrée au troisième protagoniste de notre recherche: le médicament de substitution. Étudier la réponse médicamenteuse à la dépendance aux opiacés implique-t-il d'adopter une analyse en termes de « médicalisation » d'un problème social ? Il convient de revenir sur les enjeux d'une telle perspective appliquée à notre objet (3.1). Par ailleurs, la notion de « substitution » met en exergue l'ambiguïté fondamentale des TSO qui tendent à être assimilés aux drogues qu'ils sont supposés remplacer. À partir des travaux

existants, nous questionnerons les conséquences de ces ambivalences pour les prescripteurs et les patients (3.2). Enfin, nous décrirons les conditions de possibilité d'une sociologie prenant en compte le médicament en tant qu'acteur du système de santé et des interactions médecin-patient. Il ne s'agit pas de faire une sociologie « du » médicament, mais plutôt une sociologie tenant compte de l'impact de cet objet sur les rapports sociaux (3.3).

3.1. La substitution, médicalisation d'un problème social ?

Selon Peter Conrad (1992), « la médicalisation consiste à définir un problème en termes médicaux, à utiliser un langage médical pour décrire un problème, à adopter un cadre médical pour comprendre un problème, ou à utiliser une intervention médicale pour le “traiter” » (Conrad 1992, p. 211, notre traduction). La médicalisation apparaît cependant comme un concept à l'extension instable, à l'instar de la frontière, non délimitable *a priori*, entre problèmes « médicaux » et problèmes « non médicaux » (Le Bodic, Hardy 2012)⁵². Dans quelle mesure les TSO représentent-ils une « médicalisation » de la dépendance aux opiacés ? La rencontre entre médecins généralistes, patients dépendants aux opiacés et traitements de substitution peut-elle être analysée au prisme de la « médicalisation » d'une pratique sociale ?

3.1.1. La médicalisation de la dépendance aux opiacés : une crainte émanant d'acteurs de terrain

Les TSO marquent une extension des prérogatives de la médecine (et particulièrement des médecins généralistes) vers un nouvel objet antérieurement défini comme « toxicomanie » et traité par la psychanalyse, ce qui s'apparente à première vue à un phénomène de « médicalisation ». Cependant, comme nous l'enseigne Conrad (1992), l'implication de la profession médicale ne présume pas obligatoirement de la redéfinition du problème en termes médicaux. Autrement dit, même si des médecins interviennent, cela ne signifie pas forcément qu'ils considèrent la pratique en question comme une pathologie. Avec la notion d'addiction conçue comme un trouble psychiatrique chronique, à laquelle se greffe la réponse médicamenteuse par les TSO, le changement définitionnel décrit par Conrad a pourtant bien

⁵² Pour une présentation détaillée des enjeux du concept de médicalisation, nous renvoyons le lecteur à une revue de la littérature en annexes.

eu lieu. La dépendance aux opiacés en tant que « conduite addictive » est une question médicale, un trouble du comportement, voire une pathologie psychiatrique.

Avant cela, le contrôle social des consommateurs de drogues par le biais des médicaments de substitution était une dénonciation portée par des collectifs d'acteurs : les intervenants en toxicomanie d'une part, et les militants de la réduction des risques d'autre part. La crainte d'un contrôle social des « toxicomanes » par la médicalisation est l'une des raisons principales du refus de la méthadone par les intervenants en toxicomanie des années 1990. Pour eux, la médicalisation de la « toxicomanie » par la substitution emprunte deux vecteurs : la réduction de la dépendance à son aspect pharmacologique, induisant une solution strictement médicamenteuse, et la réduction de la réponse thérapeutique à l'intervention des médecins. Selon eux, la substitution a pour but de neutraliser les toxicomanes, de les rendre moins dérangeants aux yeux de la société. Largement influencés par les écrits de Michel Foucault (Gomart 2004), les intervenants en toxicomanie dénoncent alors le contrôle social inhérent à la médicalisation de la toxicomanie.

Les militants de la réduction des risques mettent également en garde contre les dérives possibles de la substitution en termes de contrôle social. Anne Coppel, sociologue et militante de la réduction des risques, explique avoir pris position en faveur de la substitution pour des raisons pragmatiques, lorsqu'elle a constaté que les médicaments permettaient de réduire le nombre d'overdoses, de limiter les contaminations et d'offrir aux usagers une meilleure « qualité de vie ». Avant de travailler dans un centre méthadone expérimental, elle était méfiante quant au recours aux médicaments (Coppel 2002). Selon elle, seuls les résultats positifs de la substitution permettent de juger de sa pertinence. C'est pour ces raisons qu'elle se prononce en faveur de la substitution, tout en rappelant que la réduction des risques reste opposée à l'idée de médicalisation (Coppel 2005). La réduction des risques n'est pas une doctrine : elle ne prend pas position sur l'étiologie de l'usage de drogues. Ses militants ne soutiennent pas une explication neurobiologique du phénomène qui appellerait comme réponse le traitement médical (Coppel 2002, 2005). La médicalisation en tant qu'idéologie est dénoncée par les militants de la réduction des risques, en ce qu'elle représente une privation de liberté et une négation du libre arbitre des usagers de drogues.

Ainsi, une pluralité d'acteurs s'érige, dans les années 1990, contre la médicalisation de la toxicomanie ou de l'usage de drogues, indépendamment du fait qu'ils soient favorables ou non à la substitution.

La crainte du contrôle social exprimée par les acteurs s'oppose aux velléités d'amélioration des conditions de vie des usagers d'opiacés, mises en avant pour justifier la substitution comme mesure de réduction des risques. On retrouve là toute l'ambiguïté des politiques de santé publique, déjà soulevée par Didier Fassin (Fassin 1998, 2005) : tout en se présentant comme des progrès en matière de santé collective, les politiques de santé publique instaurent du même coup un contrôle des pratiques individuelles. De ce point de vue, l'ambition « normalisatrice » des traitements de substitution sur les modes de vie des patients et leur « sortie » de la drogue (Caiata-Zufferey 2006) devient un vecteur de contrôle social. Si le traitement a pour objectif de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle du patient (ANAES, FFA 2004), il devient porteur de normes sociales et morales auxquelles les individus concernés sont sommés de se conformer. Quel rôle tiennent les médecins généralistes dans la transmission de ces normes à leurs patients ? Comment se manifeste ce contrôle social dans les interactions entre généralistes et patients substitués, et dans les trajectoires de soin de ces derniers ? De plus, quel est le positionnement des généralistes dans ces débats ? Comment l'idée de médicalisation, qui accompagne potentiellement leurs prescriptions de TSO, se confronte-t-elle à leur conception de la médecine ? Ces questions seront traitées tout au long de cette thèse.

3.1.2. Une médicalisation incomplète

La « médicalisation » de la dépendance aux opiacés n'est pas « complète » (expression de Conrad 1992), et ce pour plusieurs raisons. Avec la loi de 1970, l'usage de stupéfiants fait l'objet d'une définition juridique et d'un traitement par l'institution pénale. Selon Michel Kokoreff, médicalisation et pénalisation évoluent en parallèle : « le retour en force de la médicalisation n'aura pas remis en cause le modèle prohibitionniste » (Kokoreff 2010, p. 40). Les deux politiques « cohabitent » aujourd'hui notamment parce que la loi de 1970 continue d'être la seule référence légale disponible. De plus, la politique pénale a des effets sur le plan sanitaire : les soignants peuvent avoir à l'esprit l'image du délinquant, ce qui a des répercussions sur la façon dont ils traitent les consommateurs de produits. Caroline Jeanmart remarque que les généralistes refusant de recevoir des usagers de drogues considèrent souvent que le problème des drogues est strictement l'affaire de la justice et que la médecine n'a pas à y intervenir (Jeanmart 2007). Elle remarque que de nombreux médecins généralistes ne

considèrent pas la prise de drogues comme une maladie mais bien comme un problème social, ce qui influence la réponse thérapeutique qu'ils y apportent. Nous aurons l'occasion de revenir sur la conception que les généralistes ont de la médicalisation de la dépendance aux opiacés, notamment sur les contradictions qui peuvent survenir dans leurs pratiques dès lors qu'ils doivent prescrire des médicaments et attribuer le statut de patient à des personnes qu'ils ne considèrent pas comme des « malades » à part entière.

Plus largement, selon Maïténa Milhet (2003, 2006), la prise de drogues reste un objet fondamentalement hybride, qu'aucune définition, qu'elle soit médicale, psychologique ou juridique, ne recouvrira jamais totalement (Milhet 2006, p. 58). De même, comme on l'a vu, Robert Castel (Castel et al. 1998; Castel, Coppel 1991) replace la réponse médicale à la « toxicomanie » dans le cadre plus général d'un ensemble de réponses institutionnelles (les « hétéro-contrôles »). Selon cette conception, le contrôle social de la consommation de drogues emprunte la voie de réactions sociales et institutionnelles diverses. Le contrôle social est pluriel et la médicalisation n'en est qu'un aspect parmi d'autres.

Conrad note que les cas de médicalisation « complète » sont extrêmement rares. Selon lui, la persistance de définitions « concurrentes » du problème n'invalide pas pour autant une approche en termes de médicalisation (Conrad 1992). Il invite ainsi à considérer la médicalisation en termes de « degrés » : « Certaines conditions sont presque entièrement médicalisées (la mort, l'accouchement), d'autres sont en partie médicalisées (l'addiction aux opiacés, la ménopause), et d'autres encore sont très peu médicalisées (l'addiction au sexe, la violence conjugale). » (Conrad 1992, p. 220). Même s'il existe une définition médicale d'un problème, les acteurs, y compris les médecins et les patients, peuvent faire appel à d'autres modes d'interprétation. De ce point de vue, l'approche en termes de médicalisation est heuristique pour décrire les phénomènes d'imposition de normes véhiculés par les TSO, mais elle ne saurait constituer un cadre d'analyse unique de notre objet. Il conviendra, dans cette thèse, d'analyser comment les généralistes et les patients s'emparent de l'idée de médicalisation ou s'en distancient.

3.2. « Donner de la drogue aux drogués » : les ambiguïtés qu'il y a à « substituer »

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'un des aspects problématiques des TSO réside dans leur ambiguïté fondamentale entre médicaments et drogues. Celle-ci renvoie en partie à la dualité constitutive de tout médicament, déjà présente dans la racine grecque *pharmakon*, qui, en fonction du dosage administré, désigne tour à tour le remède et le poison (Dagognet 1964; Carpentier 1994; Peter 2004). Le *pharmakon* est avant tout un élément extérieur qui s'introduit dans le corps et en perturbe le fonctionnement habituel. Ainsi, « un médicament modifie un individu, il agresse le corps sur un mode proche de celui de la maladie ou des défenses dites naturelles. Le médicament seulement vertueux n'existe pas » (Hardy 2012, p. 107). Dans le cas des MSO, cette ambivalence est renforcée. D'une part, à cause de l'objet pour lequel ces médicaments sont utilisés, la dépendance aux opiacés. Le terme de « substitution » suggère ainsi le remplacement pur et simple d'un produit, l'héroïne, par un autre, le MSO. L'idée d'une similitude entre les deux est susceptible de poser problème tant aux médecins qu'aux patients. D'autre part, les « détournements » dont font l'objet les MSO vers le marché noir font passer ces produits dans l'univers des « drogues ». Dans les deux cas, l'ambiguïté réside à la fois dans l'usage et la signification dont le produit est investi : les MSO seraient susceptibles d'être utilisés « comme des drogues », dans le but de se procurer les mêmes effets que l'héroïne qu'ils remplacent. De ce point de vue, le statut du prescripteur devient, lui aussi, problématique : le rôle du médecin glisse vers celui de « dealer en blouse blanche ».

3.2.1. « Substituer » un produit à un autre

Substituer, au sens strict, signifie remplacer un produit par un autre. Dès lors, de même que le remplacement d'un médicament princeps par un médicament générique (Nouguez 2009), la substitution d'une drogue illicite par un médicament est susceptible de provoquer des « *quiproquo* »⁵³. Avec les TSO, la situation est l'exact contraire de celle des médicaments génériques. Dans le cas des génériques, en effet, « l'équivalence » entre générique et princeps

⁵³ Nouguez (2009) rappelle que le terme *quiproquo* a une origine pharmaceutique. Il a longtemps désigné la substitution d'un médicament par un autre, pratiquée par les pharmaciens avant l'apparition des ordonnances écrites au XIV^e siècle. Selon cet auteur, l'origine du terme, tout comme son usage plus tardif au théâtre, renvoient au « problème de l'équivalence entre les objets et les personnes » (Nouguez 2009, p. 47).

fait l'objet de controverses et est mise en doute à la fois par les médecins⁵⁴ et les patients. Chez ces derniers, c'est, entre autres, une apparence différente de leur médicament habituel (forme, couleur, goût, etc.) qui fait surgir la suspicion que les génériques auraient une efficacité plus limitée : « Il est demandé aux patients de croire en une équivalence des essences qu'ils ne peuvent observer et de ne pas se fier aux nombreuses dissemblances qui leur sautent aux yeux et que beaucoup interprètent comme autant de signes d'une moindre qualité. » (Noguez 2009, p. 48).

Au contraire, dans le cas des TSO, les différents acteurs (soignants, patients, responsables politiques...) semblent animés de la volonté constante de (se) convaincre de l'absence d'équivalence d'essences entre la drogue et le médicament qui s'y « substitue ». La différence des essences est pharmacologiquement attestée pour la buprénorphine : cet agoniste-antagoniste des récepteurs opiacés n'agit pas de la même manière que l'héroïne sur le cerveau. Entre autres, il ne peut théoriquement pas provoquer d'effet euphorisant. La méthadone, quant à elle, paraît plus proche de l'héroïne dans son mode d'action. Une réglementation plus stricte autour de ce produit est probablement supposée compenser cette similitude (Feroni 2005). Pour que les médecins et les patients puissent « adhérer » à la substitution, ils doivent donc être convaincus de la différence fondamentale des MSO avec l'héroïne. Dans le cas contraire, la visée thérapeutique de la substitution menace de devenir, à leurs yeux, incertaine.

Comme le remarque Ehrenberg la « tension » avec les drogues dépend du rôle accordé au médicament de substitution : « Entre le médicament et la drogue, il existe aujourd'hui une molécule bizarre, la méthadone, qui est définie comme un produit de substitution. Son statut curatif fait l'objet d'une tension entre une visée de guérison (sortir de la dépendance) et une visée de substitution proprement dite (diminuer les risques divers associés à l'usage dépendant d'héroïne) » (Ehrenberg 1998, p. 13).

Dans un souci de clarification, les addictologues Auriacombe et Fatséas (2006) distinguent deux types de « substitution » dont les objectifs pour les soignants et les patients diffèrent. Premièrement, la « substitution vraie » consiste à remplacer *stricto sensu* une substance par une autre, ou une forme galénique de la même substance par une autre, « sans chercher à modifier le comportement de dépendance ». Il s'agit de substitution « au sens propre du

⁵⁴ Notamment parce que, selon Noguez (2009), elle renvoie à l'équivalence entre la prescription du médecin et celle du pharmacien.

terme » : les effets de la substance de substitution sont identiques à ceux du produit d'origine (avec notamment « l'effet "flash" de renforcement positif »). La « substitution vraie » a prioritairement un objectif de réduction des risques, elle vise notamment à éviter les dommages liés aux « produits associés » (les produits de coupe pour l'héroïne, le tabac pour la nicotine...). Cependant elle n'a aucune incidence sur l'existence de l'addiction, qui reste inchangée.

Au contraire, la substitution comme « traitement pharmacologique de la dépendance » a pour objectif de favoriser l'abandon du « comportement addictif ». De ce fait, le produit ne doit pas procurer les effets euphorisants de la substance qu'il remplace : « L'absence d'effet renforçant significatif est ce qui le différencie de la prise d'une "drogue" car c'est l'effet renforçant, c'est-à-dire la perception rapide et distincte d'un effet agréable qui est à la base du développement d'une addiction et de son entretien »⁵⁵ (Auriacombe, Fatséas 2006, p. 224). On retrouve, dans cet extrait, la dichotomie entre drogue et médicament : la première se différencie du second par le plaisir qu'elle procure, que les auteurs considèrent à l'origine de l'envie récurrente de consommer qui caractérise l'addiction. Un médicament, quant à lui, est neutre dans ses effets pour ne pas faire l'objet d'une « envie ». De plus, selon ces auteurs, une substitution qui vise à supprimer progressivement la « conduite addictive » doit avoir un mode d'action prolongé qui dispense de prises multiples, afin, là encore, de limiter l'envie de consommer. Ainsi, la différence entre médicaments de substitution et drogues résiderait à la fois dans les effets provoqués et dans les usages que les patients en font. Elle ne serait donc pas uniquement le résultat des caractéristiques pharmaceutiques des produits.

En affiliant les prises multiples au comportement addictif, les auteurs suggèrent l'existence de « bons » et de « mauvais » usages des médicaments de substitution. Comme l'ont remarqué Lalande et Grelet (2001) et Megherbi (2006), le fractionnement des prises des MSO est souvent interprété par les médecins comme une résurgence d'un « usage toxicomaniaque » du produit.

Les produits cités par Auriacombe et Fatséas comme pouvant servir de « substitution vraie » – remplacement "simple" d'un produit par un autre ayant les mêmes effets – sont certains substituts nicotiques, l'héroïne médicalisée, mais aussi les « détournements de la buprénorphine ou de la morphine par voie veineuse » (Auriacombe, Fatséas 2006, p. 224). De

⁵⁵ Ici les auteurs se situent dans une acception neurobiologique et comportementale de l'addiction comme mécanisme cérébral.

ce point de vue, un même produit se voit investi de significations diverses en fonction de sa voie d'administration. Concernant les MSO, les auteurs semblent glisser de l'identification des deux types de substitution (substitution vraie/traitement de la dépendance) vers le registre des bons et mauvais usages des médicaments. En tant que substitution visant à quitter le comportement de dépendance, ils citent la « buprénorphine sublinguale » et la « méthadone orale », comme si le mode de prise modifiait d'office la signification que l'utilisateur investit dans le produit : désir d'arrêt pour les patients qui respectent les normes de prise, et aspiration à rester dans la dépendance pour les injecteurs. Langlois (2011) va à l'encontre de cette conception en soulignant que pour certains patients, un MSO injecté s'inscrit dans un projet d'arrêt de la consommation.

D'ailleurs, Auriacombe et Fatséas marquent clairement leur préférence pour le second type de substitution, celui qui a pour objectif de débarrasser l'individu de son « comportement addictif » : « C'est cette modalité de traitements dits de substitution qui est la plus intéressante pour les individus et qui doit être la plus disponible. Elle participe à libérer le sujet de ce lien pathologique qui l'unit à la substance de dépendance et à lui permettre d'investir les autres champs thérapeutiques de la prise en charge » (Auriacombe, Fatséas 2006, p. 225).

Cet article témoigne des dilemmes que peut provoquer l'acte de « substituer » chez les professionnels, dès lors qu'ils abordent la frontière ténue entre objectif « thérapeutique » et objectif de « défoncé ». À partir d'un souci de clarification scientifique des implications de la notion de « substitution » en addictologie, les auteurs entrent progressivement dans le registre du normatif en hiérarchisant les usages des MSO.

Nous pouvons nous demander comment les médecins généralistes composent avec cette ambiguïté inhérente aux TSO dans leurs pratiques quotidiennes avec les patients substitués. Megherbi montre notamment que ce que les soignants interprètent comme les restes d'un « habitus de toxicomane » (injection, fractionnement du traitement...) correspond au contraire pour les patients à des « stratégies de soin » visant à gérer les effets secondaires des MSO ou à les adapter aux aléas de leur quotidien. De ce fait, des conflits peuvent survenir entre les pratiques des patients que les médecins interprètent en termes de « mésusages », et les objectifs que les médecins assignent aux traitements, en particulier l'abstinence progressive (Lalande, Grelet 2001; Megherbi 2006). Pour les généralistes, l'ambiguïté fondamentale de l'acte de « substituer » semble susceptible d'engendrer une contradiction entre le rôle de prescripteur de TSO et l'identité de médecin, de soignant. Cette ambivalence

n'est pas non plus sans conséquences pour les patients : Auriacombe et Fatséas (2006) remarquent que la « substitution vraie » n'est pas toujours satisfaisante pour ces derniers. Certains se retrouvent « à la fois dans un désir d'arrêt des consommations et dans une incapacité à le faire durablement ». Ces considérations basées sur des processus psychiques et biologiques entrent en écho avec celles des sociologues qui ont constaté l'impuissance de certains patients lorsqu'ils s'aperçoivent de la chronicité du traitement ou de leurs difficultés à en réguler l'usage (Guichard et al. 2006). La dépendance au MSO provoque chez eux l'impression d'être « toujours toxicomanes », avec l'idée sous-jacente que la véritable sortie ne peut résider que dans l'abstinence de tout produit (Milhet 2003).

La notion de « substitution » et les ambivalences qu'elle fait surgir sur la fonction du produit, semblent entretenir des incertitudes à la fois pour les médecins et les patients : en prescrivant, le généraliste est-il en train d'entretenir une *addiction* ou de *soigner* la dépendance de son patient ? Le patient est-il un toujours un *drogué*, ou est-il en voie de *guérison* ? Le « sens du bien »⁵⁶ (Hardy 2012) par lequel les médecins justifient généralement leurs actes de prescription peut leur sembler dès lors moins évident.

3.2.2. Les « détournements » des MSO : changement de monde, changement de fonction du produit

« Le système de diffusion du médicament est un système *filiatif*, vertical et constituant une hiérarchie (du thérapeute qui *n'en prend pas* au patient qui *en prend*), et non pas épidémique, c'est-à-dire par initiation (comme lorsqu'un médicament s'échappe de ce système et devient une drogue) » (Pignarre 1997, p. 157).

Un même produit est investi de significations différentes en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. Un médicament peut sortir de son contexte thérapeutique d'origine pour être vendu au marché noir et utilisé dans les « mondes de la drogue » (expression de Duprez, Kokoreff 2000). C'est ce que Lovell et Aubisson (2008), dans une étude sur la BHD, proposent de nommer le « fuitage pharmaceutique »⁵⁷. Ces auteures le différencient de

⁵⁶ « Le “sens du bien” n'est pas seulement un signifiant de la santé, il traduit une signification sociale de la “bonne” action. » (Hardy 2012, p. 104)

⁵⁷ Il s'agit d'une traduction de l'expression anglo-saxonne « *pharmaceutical leakage* ». « *Leak* » désigne la fuite « comme on le dit d'un liquide qui sort de son contenant et non de quelqu'un qui fuit un ennemi. » Le terme de « fuitage » est à rapprocher du néologisme « fuiter », issu du journalisme. Il désigne « une fuite qui n'existe pas sans un agent pour la produire » (Lovell, Aubisson 2008, p. 309)

« l'usage détourné » conçu en tant que pratique individuelle. Fuitage pharmaceutique et usage détourné sont deux moyens par lesquels un médicament peut devenir une « drogue » : « Deux conditions doivent être réunies, mais pas systématiquement, pour qu'un médicament puisse être utilisé comme une drogue : le médicament passe de la sphère médicale à d'autres domaines de la vie quotidienne, et le médicament fait l'objet d'un usage détourné par rapport aux indications pharmacologiques officielles, définies par la procédure d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et inscrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) inclus dans la notice du médicament. La première de ces conditions relève d'un mécanisme social par lequel le médicament est transféré d'un contexte à un autre, la deuxième condition consiste dans des pratiques et des rapports qui peuvent le transformer, dans ce nouveau contexte, de médicament en drogue. » (Lovell, Aubisson 2008, p. 306).

L'expression « fuitage pharmaceutique » met l'accent sur la « reconfiguration », le changement de sens que subit le Subutex lorsqu'il change de contexte d'utilisation, passant « de la sphère médicale jusqu'aux mondes de la drogue ». Les auteures notent que « le fuitage permet de faire du TSO un usage détourné, qui s'explique, d'un point de vue médical, par les similarités entre un opiacé comme l'héroïne et un TSO » (*ibid.* p. 312).

Le fuitage et le détournement sont susceptibles d'augmenter l'ambiguïté du Subutex aux yeux des généralistes chargés de le prescrire. Dès lors qu'il s'évade de la sphère médicale, il peut servir à procurer du plaisir aux usagers. Ses similarités pharmacologiques avec l'héroïne deviennent alors plus saillantes que les différences mises en avant lors de sa commercialisation pour justifier sa moindre dangerosité.

Dans le même ordre d'idée, Escots et Fahet (2004), remarquent qu'il existe aujourd'hui des patients « primo-dépendants » à la BHD achetée dans la rue, qui n'ont jamais consommé d'opiacés illicites. Pour les auteurs, la signification même de la substitution s'en voit modifiée : « Dès lors, ce n'est pas une molécule que l'on substitue à une autre, mais une délivrance médicalisée que l'on substitue à un mode d'approvisionnement illégal. ».

Les développements ci-dessus conduisent à se demander dans quelle mesure l'ambiguïté de la notion de substitution, additionnée au transfert des MSO vers les « mondes de la drogue » et leurs « usages détournés », affectent le sens que les généralistes prescripteurs donnent à leur travail auprès des patients en TSO. Ils doivent composer avec une oscillation récurrente entre le statut de soignant et celui de pourvoyeur de produits (Lalande, Grelet 2001). De plus, on peut supposer que le « fuitage » des TSO augmente la possibilité

d'intrusion du soupçon dans la relation de soin. On le verra, le soupçon a des conséquences sur les parcours des patients, avec la possibilité de refus de prise en charge, en même temps qu'il affecte la confiance du médecin en son patient.

3.3. Prendre en compte le médicament dans une approche sociologique

Les médicaments de substitution modifient et étendent les missions des médecins généralistes. Ils font de ces praticiens à la fois des agents d'une médicalisation de la dépendance aux opiacés – puisque ce sont les médicaments qui amènent les consommateurs d'héroïne à les consulter – ; et des pourvoyeurs d'un produit susceptible de mettre à mal la fonction thérapeutique de leur travail, par son ambivalence fondamentale qui le rapproche de la « drogue » qu'il remplace. Pour ces raisons, les médicaments de substitution doivent être considérés comme des objets d'étude sociologique à part entière. Or, force est de constater qu'à quelques exceptions près, le médicament est délaissé en tant qu'objet d'investigation par les chercheurs ayant travaillé sur la substitution.

Ce désintérêt pour les médicaments de substitution peut, selon nous, se comprendre à la lumière d'une certaine réticence, consciente ou non, des chercheurs vis-à-vis de la médicalisation de la dépendance aux opiacés. Tout se passe comme s'ils ne voulaient pas être soupçonnés de cautionner le contrôle social par le médicament. Ainsi, certains travaux de Feroni (Feroni et al. 2004, 2005; Feroni 2005), déjà mentionnés, érigent des recommandations en faveur de la nécessaire prise en charge psychosociale partenariale (que l'on retrouve dans les recommandations officielles⁵⁸). La prescription seule y est qualifiée d'« appauvrissement de contenu » (Feroni 2005). En minimisant la place du médicament dans la prise en charge, ces travaux s'interdisent du même coup d'en faire un objet de recherche digne d'intérêt. De leur point de vue, en effet, l'essentiel réside ailleurs, dans l'entité plus vaste de la « prise en charge ». Celle-ci, qui doit être « médico-psycho-sociale » pour éviter que le médicament ne se transforme en drogue légale, devient leur objet d'étude principal. On retrouve donc dans l'orientation de ces travaux les deux motifs envisagés plus haut : le refus de la médicalisation et l'ambiguïté constitutive de la substitution entre remède et drogue.

⁵⁸ La conférence de consensus sur les TSO (ANAES, FFA 2004) différencie « médicament de substitution » et « traitement de substitution », la dénomination de traitement étant réservée aux cas où la prescription est accompagnée d'un suivi voire d'une prise en charge psychosociale. Nous aurons l'occasion de constater que cette bipartition, en plus d'être normative, est réductrice et ne permet pas d'englober la totalité des configurations possibles de relation médecin-patient.

Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, nous pensons au contraire que la place secondaire du médicament dans le suivi mérite d'être interrogée en tant que norme véhiculée par les professionnels et les politiques publiques. L'idée de prise en charge globale doit être replacée dans le contexte historique de sa constitution en tant que référentiel de bonnes pratiques. Il faut aussi s'interroger sur l'acceptabilité, aux yeux des différents acteurs (médecins et patients en particulier), d'un suivi qui reposerait sur la seule prescription.

Pour autant, certains travaux ont fait le choix de prendre les MSO pour objets d'étude en soi. Les médicaments y sont principalement envisagés au prisme de leur détournement vers le marché des drogues illicites (Par exemple, Escots, Fahet 2004; Lovell, Aubisson 2008), de l'expérience des patients (Guichard et al. 2006; Milhet 2003, 2006; Langlois 2011), ou de leur régulation politico-sanitaire (Feroni, Lovell 2007; Feroni 2014). Aucune étude à notre connaissance n'envisage leur place dans les relations entre médecins et patients. Par exemple, le travail de Jeanmart (2007) tend à dissoudre la substitution dans la prise en charge de tous les consommateurs de produits en médecine générale. Même si l'auteure aborde régulièrement la question des patients substitués, elle se refuse à construire une problématisation spécifique autour du médicament, puisqu'elle souhaite envisager conjointement la totalité des consommations de produits. Notre travail se veut donc complémentaire au sien, en proposant de se centrer sur la manière dont les médicaments de substitution interfèrent dans les relations entre généralistes et patients dépendants aux opiacés. Les inclure en tant qu'actants permet d'interroger non seulement l'usage que les acteurs en font, mais surtout la manière dont ces produits participent aux rapports sociaux. En effet, les MSO relient les médecins généralistes aux patients dépendants aux opiacés. Tant sur le plan historique de leur mise en place que sur le plan des interactions lors des consultations, les MSO motivent la rencontre entre ces deux acteurs. Ils en constituent à la fois le cadre – entendu comme contexte et comme élément encadrant – et la condition de possibilité.

Pour autant, nous ne souhaitons pas ici faire une sociologie *de* l'objet médicament. Notre objet principal reste la rencontre médecin-patient-médicament. Il s'agira donc de comprendre comment les médicaments entrent en relation avec les deux autres protagonistes de la rencontre. Sans se centrer uniquement sur les objets, notre approche tient compte des interactions entre « humains » et « non humains » (Houdart, Thiery 2011).

3.3.1. Le médicament : un objet social transversal

L'intérêt des sociologues de la santé pour le médicament est relativement récent en France (Urfalino 2007). Les premières conceptualisations viennent de la sociologie des sciences et des techniques avec les contributions d'Akrich (1995, 1996). Cette auteure transpose aux médicaments le cadre d'analyse de la socio-anthropologie des objets techniques. Elle s'intéresse aux différentes étapes de la trajectoire du médicament, depuis sa conception en laboratoire jusqu'à son effet sur le corps du patient, en passant par sa commercialisation, sa prescription, sa délivrance, sa consommation. Chacune de ces étapes implique des acteurs hétérogènes : « Pour que nous puissions en arriver à ce qui, au moins en médecine allopathique, est considéré comme l'action thérapeutique du médicament à savoir une certaine réaction biochimique, il faut en passer par une longue liste d'étapes qui se déroulent en des lieux différents, du laboratoire au cabinet, à la pharmacie, et au domicile voire à d'autres lieux, et qui engagent une série d'acteurs soit directement présents – médecin, pharmacien, patient, acheteur du médicament – soit représentés par les objets manipulés, comme les laboratoires pharmaceutiques, la sécurité sociale ou les autorités sanitaires. » (Akrich 1996). Elle montre que « l'action biochimique du médicament sur les patients est le résultat d'un long chemin ponctué de transformations, re-formulations, à chaque fois source d'égarements possibles, mais aussi chemin par lequel se construisent les destins croisés des médicaments et de leurs malades. » (*ibid.*)

L'effet biologique des médicaments est tributaire d'un enchaînement d'actions ayant lieu non pas dans le corps du malade, mais bien dans le monde social, avec l'implication d'acteurs variés à différents niveaux : « pour que le principe actif soit en mesure d'effectuer le travail qui est attendu de lui, il faut que des conditions préalables aient été instaurées et qu'une multitude d'acteurs se soient comportés de façon convenable. » (*ibid.*). La démarche d'Akrich se rapproche de celle de Lévy et Garnier (2007), qui analysent en termes de « chaîne » la trajectoire des médicaments depuis leur conception jusqu'à leur consommation. Dans la chaîne des médicaments, « les différents acteurs concernés articulent entre eux, dans leurs interactions, les champs des différents types de savoirs, symbolisations, régulations et pratiques. » (Garnier 2003, p. 3). Lévy et Garnier distinguent ainsi diverses étapes interdépendantes de la chaîne : la production, la distribution, la prescription et la

consommation du médicament (Garnier 2003, Lévy, Garnier 2007)⁵⁹. Selon ces perspectives, le médicament est bel et bien un « objet social » (Collin et al. 2005), au « carrefour » (Urfalino 2007) de plusieurs mondes sociaux et niveaux d'action, allant des interactions interindividuelles aux politiques de santé (Garnier 2003).

Dans cette thèse, nous nous intéressons particulièrement au moment de la prescription des MSO, qui marque la rencontre entre un généraliste et un patient. Mais la prescription ne peut pas être décontextualisée des autres étapes de la « chaîne ». Ces dernières déterminent, notamment, ce qu'il est possible de prescrire en un lieu et une époque donnée. Des enjeux liés à la régulation sanitaire et économique des médicaments doivent être pris en compte pour comprendre ce qui se joue au niveau de sa prescription. Pour clore ce chapitre, nous allons donc recenser quelques travaux ayant abordé chacune des étapes de la « chaîne » des médicaments, susceptibles d'enrichir notre problématique de recherche.

3.3.2. De l'invention d'un médicament à sa régulation économique : des processus sociaux

Dans ses travaux sur « l'invention » d'un médicament, Philippe Pignarre (1990, 1997) souligne l'impact de cette phase sur les étapes ultérieures : la régulation économique des médicaments et les conditions dans lesquelles les patients y auront accès. Il préfère le terme d'« invention » à celui de « découverte » car son analyse insiste sur le processus de sélection, par les scientifiques, des propriétés thérapeutiques d'une molécule. Comme Akrich, il adopte une perspective imprégnée par l'anthropologie des sciences et des techniques. Il s'inspire des ethnographies de laboratoires décrivant la « science en train de se faire », comme celle de Latour et Woolgar (1988), pour montrer que la création d'un médicament résulte d'une série d'opérations techniques dans le laboratoire. Elle dépend du passage de différentes « épreuves » que les acteurs lui font subir, en particulier dans le cadre des essais cliniques randomisés en double aveugle, obligatoires pour l'obtention de l'AMM.

L'invention d'un médicament est donc un parcours traversé par des controverses. Le fait qu'un médicament passe les « épreuves » avec succès dépend d'un contexte économique, sanitaire, et scientifique. Ces enjeux se superposent aux enjeux thérapeutiques : par exemple,

⁵⁹ Cette classification diverge de celle d'Akrich qui distingue, après la prescription, l'étape de la délivrance en pharmacie, et, à la fin du parcours, l'action de la molécule sur le corps du patient.

l'indication retenue pour un médicament qui possède plusieurs propriétés dépend en partie du laboratoire qui l'a mis au point et des objectifs fixés. Les différents effets du produit seront classifiés comme effets premiers ou effets secondaires en fonction de l'utilisation préalablement recherchée (Pignarre 1990).

De ce fait, l'indication d'un médicament peut varier dans le temps, en fonction du contexte propre à une époque. C'est le cas pour la buprénorphine, qui a obtenu une AMM en tant que MSO après avoir été longtemps utilisée comme antalgique. Nous l'avons vu, son utilisation dans une visée substitutive précède, en France, l'indication officielle. Quelques recherches scientifiques viennent alors appuyer l'argumentation des praticiens « pionniers » : le psychiatre belge Marc Reisinger produit, dans les années 1980, une étude sur 34 patients et crée une controverse en concluant à l'utilité de la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opiacés (Reisinger 1985). Ses travaux ont, entre autres, aidé à justifier le lancement des premiers essais cliniques randomisés chargés d'évaluer le rapport bénéfice-risque de la buprénorphine en tant que MSO (Coppel 2002).

Analyser le processus d'invention d'un médicament permet d'envisager l'existence de cet objet à un niveau macro-social : la possibilité de prescrire un médicament donné dans un objectif thérapeutique donné résulte d'opérations techniques, scientifiques et politico-légales. La mise en avant de certaines de ses propriétés au détriment d'autres et le passage d'épreuves permettent d'octroyer à une molécule le statut de médicament. La « transformation de la molécule en médicament » constitue un véritable processus de « socialisation » de cette dernière, par l'organisation collective des conditions de sa rencontre avec le corps des patients (Pignarre 1997, p. 43-48).

Le médicament est également traversé d'enjeux économiques : les produits pharmaceutiques constituent un « marché » (Akrich 1996 ; Pignarre 1997). L'industrie pharmaceutique et ses visiteurs médicaux jouent un rôle important dans la diffusion des médicaments, en orientant les pratiques de prescription des médecins (Greffion 2014). L'État possède aussi un rôle de régulateur économique et commercial, qui s'exprime en France par l'organe de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)⁶⁰. Selon Philippe Urfalino, le processus d'autorisation de mise sur le marché est « la pièce maîtresse du contrôle des États sur les marchés du médicament » (Urfalino 2001, p. 85). L'AMM mêle des enjeux

⁶⁰ L'Agence du Médicament est créée en 1992, elle devient Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 1999, puis Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en 2012.

organisationnels, intellectuels et institutionnels. Elle prend place au sein d'une « chaîne de décisions » interdépendantes sur le médicament (fixation de son prix, des modalités de remboursement...) (*ibid.*). Nathalie Grandflis (2007), qui s'intéresse à la fixation du prix, montre que, comme l'AMM, l'accord sur le prix nécessite la conciliation des exigences économiques, commerciales et sanitaires d'acteurs hétérogènes : l'État régulateur, l'assurance maladie, les hôpitaux et l'industrie pharmaceutique. Dans le cas du Subutex, la détermination du prix et des modalités de remboursement ont pesé sur l'accessibilité en pharmacie suite à l'AMM : le Subutex a obtenu son AMM en juillet 1995 mais n'a reçu l'aval de l'assurance maladie pour son remboursement qu'en janvier 1996, ce qui a retardé considérablement – au regard du contexte d'urgence de l'époque – la date effective de sa disponibilité en officine et les possibilités de prescription aux patients (Feroni, Lovell 2007).

Le récit de Coppel (2002) sur la commercialisation de la buprénorphine illustre l'intrication entre enjeux économiques et sanitaires dans les tractations de l'État avec l'industrie pharmaceutique⁶¹. Au cours des années 1980, l'État menace plusieurs fois de classer le Temgésic au tableau des stupéfiants. Le statut de stupéfiant rendant la prescription plus difficile, le laboratoire Reckitt et Coleman, propriétaire du médicament, envisage, dans un premier temps, de renoncer à commercialiser le produit en France sous sa forme sublinguale. Cependant, à partir de 1987 « les autorités françaises acceptent de déclasser le médicament. » (Coppel 2002, p. 238-239) En 1988, le laboratoire Schering Plough acquiert la licence d'exploitation du Temgésic. La responsable commerciale du produit intervient auprès de la commission nationale des stupéfiants pour demander son maintien au tableau C (non-stupéfiant) et la mise sur le marché de la forme sublinguale. À l'époque, seule la forme injectable existe, et les « détournements » par les « héroïnomanes » donnent mauvaise presse au laboratoire. Celui-ci a donc tout intérêt à disposer d'une nouvelle galénique pour restaurer la bonne image du médicament. La forme sublinguale du Temgésic sera autorisée en 1990 (*ibid.*, p.240-245). Comme on l'a précisé dans la première partie de ce chapitre, le Temgésic sera finalement classé stupéfiant en 1992, dans l'objectif de dissuader les prescriptions substitutives illégales. Coppel explique que la firme pharmaceutique est alors peu désireuse de commercialiser un « médicament pour les toxicomanes » susceptible de nuire à sa popularité. Elle souhaite se limiter à l'indication antalgique de la buprénorphine. Sollicité par l'agence du médicament pour financer des essais cliniques en vue de l'AMM du Subutex, Schering-

⁶¹ Sur l'évolution de la réglementation autour du Subutex, voir aussi Feroni (2014, p. 313-314).

Plough est d'abord réticent à engager des recherches sur ce plan. Le laboratoire finira cependant par accepter pour éviter d'entrer en conflit avec les pouvoirs publics. Ainsi, le rejet puis l'acceptation de l'hypothèse de la buprénorphine comme traitement de la dépendance aux opiacés résulte de motifs politiques et commerciaux, qui mettent en jeu les priorités de l'industrie pharmaceutique et de l'État. De ce point de vue, la mise sur le marché du Subutex apparaît comme une conciliation des intérêts des deux parties : l'État doit changer de politique devant l'urgence du sida, la firme veut conserver son image de marque et ses bonnes relations avec les autorités. Les motifs médicaux et thérapeutiques, ainsi que l'attitude des patients et des prescripteurs, passent ici au second plan. Pourtant, ces tractations entre l'État et l'industrie pharmaceutique déterminent les conditions dans lesquelles le Subutex pourra ensuite être prescrit et consommé.

Selon Feroni (2014), la « carrière » industrielle et commerciale du Subutex diffère assez peu des « processus communs à la plupart des médicaments ». Par exemple, la commercialisation de ses génériques à partir de 2007 contribue à l'inscrire « dans le jeu de concurrences internationales auquel se livrent les grandes firmes pharmaceutiques autour des blockbusters. » (Feroni 2014, p. 299).

Les médicaments continuent de faire l'objet de politiques publiques tout au long de leur trajectoire sociale. Feroni et Lovell (2007) se sont intéressées aux régulations du Subutex en tant que médicament qualifié de « sensible » par les autorités sanitaires du fait des « mésusages » et « détournements » dont il fait l'objet. Dès sa mise sur le marché, le Subutex a été encadré, d'une part, par un dispositif de surveillance émanant des centres de pharmacovigilance et d'autre part, par des conditions de délivrance restrictives (inscription sur la liste 1 des substances vénéneuses⁶²). Il fait également l'objet d'une régulation « médico-économique » de la part de l'assurance maladie qui surveille les coûts liés à sa délivrance. De plus, des « instances professionnelles » (Ordre des médecins, associations professionnelles spécialisées...) régulent sa prescription par le biais de recommandations et codifications. Les controverses autour du trafic ont engendré des tentatives de « durcissement » de cette régulation de la part des différents acteurs.

Feroni et Lovell considèrent le Subutex comme un véritable « instrument d'action

⁶² La liste 1 « comprend les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé » (Code de la santé publique, article L5132-6). Elle établit des conditions de délivrance moins restrictives que le classement en tant que stupéfiant, tout en instaurant une surveillance accrue des produits concernés.

publique » (Lascoumes, Le Galès 2004), traversé d'enjeux à la fois macro et micro sociaux : « Le Subutex, en tant que médicament, se voit défini non seulement à partir de ses propriétés chimiques, mais aussi à partir de ses cadres de régulation, qui définissent les conditions de ses applications thérapeutiques, ses modes de consommation, ses bons et ses mauvais usages et les délimitations des populations qu'il est susceptible de traiter » (Feroni, Lovell 2007, p. 157). Pour les auteurs, son caractère « sensible » fait du Subutex un « objet frontière » (Star, Griesemer 1989) provoquant des controverses entre groupes d'acteurs : « il relève d'usages et de significations différents selon les “mondes sociaux” dans lesquels il se trouve : celui de la pratique médicale, de la sécurité publique, de l'économie informelle du trafic de drogues, ou encore de la régulation des médicaments » (Feroni, Lovell 2007, p. 154). En tant qu'objet frontière, il permet aussi la rencontre entre le « monde » des médecins et celui des patients dépendants aux opiacés, au moment de la prescription.

3.3.3. La prescription et la délivrance : un changement de niveau d'analyse du médicament

Si l'on continue de suivre le « chemin » (Akrich 1995, 1996) des médicaments vers le corps des patients, on en arrive à la prescription. À partir d'ici et pour les étapes qui suivent, l'objet change de niveau : on ne parle plus du médicament en tant qu'objet « en général » (le produit autour duquel on érige des réglementations...etc.), on entre dans la matérialité de l'objet singulier qui sera ingéré par un patient. Or, comme le remarque Pignarre, « le médecin est celui qui va permettre la singularisation de l'objet médicament. Cette singularisation est à prendre au sérieux : elle se fait boîte après boîte sur chaque ordonnance. » (Pignarre 1997, p. 157).

En sociologie et anthropologie de la santé, la prescription de médicaments a souvent été envisagée sur le plan quantitatif, en termes de volume de médicaments prescrits, en général ou pour une classe de médicaments spécifiques (les médicaments psychotropes, par exemple, ont fait l'objet de beaucoup d'attention⁶³). Les recherches sur la prescription en médecine générale cherchent notamment à comprendre les variations entre les quantités prescrites observées chez différents médecins, ce qui les mène à poser la question des rationalités sous-tendant l'acte de prescrire. Ces travaux font apparaître plusieurs déterminants

⁶³ Sur les psychotropes en médecine générale (tranquillisants, anxiolytiques, antidépresseurs...) on retiendra particulièrement les travaux de Johanne Collin (Collin, Damestoy, Lalande 1999; Collin 2003; Collin et al. 2005), ainsi que ceux de Claudie Haxaire (Haxaire 1999; Haxaire et al. 2006).

pour expliquer les différences de volumes prescrits en médecine générale :

- Les caractéristiques des médecins : leur parcours biographique et professionnel ainsi que la conception de la médecine forgée durant ce parcours (Véga 2011, 2012; Haxaire et al. 2006).
- Les caractéristiques de la relation thérapeutique ou de l'interaction qui se noue dans une consultation donnée (Collin et al. 2005).
- L'organisation de la médecine (Haxaire et al. 2006) et du système de santé propre à un pays (Rosman 2010).

Anne Véga (2011, 2012), établit une typologie des attitudes des généralistes français face à la prescription : petits prescripteurs, moyens prescripteurs, et gros prescripteurs. Selon elle, l'attitude face à la prescription reflète différentes conceptions de la médecine et de ses objectifs : une médecine curative et « technique » pour les gros prescripteurs, une médecine plus « globale » et moins organique pour les petits prescripteurs. Certains gros prescripteurs s'inscrivent dans une logique de « réparation instantanée par le médicament » (Rosman 2010), privilégiant la prescription d'un produit par symptôme sans qu'il n'existe forcément de demande des patients en ce sens (Véga 2012)⁶⁴. Ces médecins cherchent souvent à éviter le relationnel avec le patient. Par ailleurs, pour les « moyens prescripteurs » comme pour les « gros prescripteurs » la prescription d'un médicament est une pratique sécurisante qui répond à une crainte de « passer à côté » de quelque chose de grave. Cette crainte doit être mise en relation avec la diversité des cas rencontrés en médecine générale et l'incertitude qui découle de l'étendue des savoirs à maîtriser (sur ce point, voir Bloy 2008).

Au contraire, pour Johanne Collin et ses collègues, les rationalités qui sous-tendent une prescription volumineuse ne doivent pas être recherchées dans des déterminants individuels des médecins (caractéristiques sociodémographiques, carrière, formation...⁶⁵) mais plutôt dans les interactions médecin-patient. La demande, ainsi que la négociation entre médecin et patient, impactent sur la décision de prescrire (Collin, Damestoy, Lalande 1999; Collin et al. 2005).

La comparaison internationale de Sophia Rosman (Rosman 2010), quant à elle, relie les divergences de volume de prescription à l'organisation des soins. L'auteure attire

⁶⁴ Véga s'oppose aux travaux qui mettent en avant la pression de la demande des patients pour expliquer les hauts volumes de prescription des généralistes.

⁶⁵ Voir Collin, Lalande et Damestoy (1999, p. 33, 34) pour une revue des travaux adoptant cette perspective explicative, à propos de laquelle les auteurs formulent des objections critiques.

l'attention sur le volume de prescription globalement plus élevé des généralistes français par rapport à leurs homologues néerlandais, qu'elle rapporte à une organisation de la médecine générale différente entre les deux pays, en termes de rémunération, de filtrage de la patientèle, et de délégation de certaines tâches à d'autres soignants⁶⁶. Le contexte français (paiement à l'acte à l'issue de la consultation, clientèle non filtrée...) serait plus propice à un volume élevé de prescriptions par médecin généraliste.

Par ailleurs, selon Claudie Haxaire, le fort recours des généralistes à la prescription de psychotropes doit être relié aux spécificités de la profession de généraliste : une patientèle présentant souvent des « troubles flous », des diagnostics « mal définis » relevant d'une « souffrance psycho-sociale » plus que de pathologies psychiatriques identifiables (Haxaire 1999; Haxaire et al. 2006). Dans ces cas, la prescription peut avoir lieu « en désespoir de cause à défaut de solution existentielle », voire quelquefois dans le but de « faire taire la plainte » (Haxaire et al. 2006, p. 214). Ces considérations font écho à nos questionnements sur les fonctions et objectifs que les généralistes attribuent aux TSO lorsqu'ils les prescrivent.

Ces différents cadres explicatifs de la prescription peuvent être complémentaires si l'on envisage que le médecin se trouve face à diverses ressources et contraintes lorsqu'il doit prescrire. Ces dernières relèvent tout à la fois d'éléments contextuels liés à une appartenance professionnelle, à un cadre légal, et à l'interaction en cours avec le patient. Cependant, à une approche quantitative en termes de volume de prescriptions, nous souhaitons substituer une approche qualitative en termes de manières de prescrire. Les « logiques de prescription » (Rosman 2010) ne peuvent être résumées à un dilemme binaire : prescrire ou ne pas prescrire, ou, en d'autres termes, prescrire beaucoup ou peu. D'autres questions se posent, auxquelles les généralistes doivent répondre lors de l'acte de prescription : quel médicament prescrire, dans quel objectif...etc. ? Nous nous intéresserons à ces éléments qualitatifs qui esquissent une diversité de pratiques de prescriptions TSO en médecine générale, non plus du point de vue du volume, mais plutôt des modalités de la prescription.

Lors de l'acte de prescription, le médicament n'est pas physiquement présent dans la consultation. Après la rédaction de l'ordonnance par le médecin, la délivrance en officine

⁶⁶ Aux Pays-Bas, la rémunération est mixte (à l'acte ou au forfait selon le type d'assurance du patient) mais le paiement ne s'effectue jamais au moment de la consultation. L'assistant du médecin « fait un tri visant à éviter les consultations pour des symptômes sans gravité », et certaines « tâches de soins et de prescriptions » telles que le renouvellement des prescriptions pour les malades chroniques, sont déléguées aux assistants médicaux et infirmières (Rosman 2010 p. 119).

constitue l'étape suivante du parcours du médicament vers le patient. Elle fait intervenir un nouvel acteur : le pharmacien, qui échange l'ordonnance contre le médicament proprement dit. Comme l'a remarqué Nouguez dans son travail sur les génériques, cette étape n'est pas dénuée de risques pour le patient, qui peut se voir délivrer un médicament différent de celui qui lui a été prescrit⁶⁷. Cela fait dire à Nouguez qu'avec les génériques, le pharmacien devient à son tour prescripteur (Nouguez 2009). De même, en ce qui concerne les TSO en médecine générale, après avoir obtenu l'ordonnance, le patient n'est toujours pas à l'abri d'un refus de délivrance, pour des motifs divers : erreur de rédaction du médecin liée aux normes de l'ordonnance sécurisée, rupture de stock dans la pharmacie...etc.

En outre, le fait que le médicament soit absent de la consultation permet de comprendre certains conflits qui peuvent se nouer autour de lui entre généralistes et patients en TSO : l'obtention d'une ordonnance prescrivant le médicament voulu à la posologie adéquate est un enjeu de taille pour le patient qui devra ensuite présenter cette ordonnance à la pharmacie. Si le patient n'est pas parvenu à négocier les modalités du traitement qu'il souhaite, il obtiendra autre chose : ce que le médecin a noté sur l'ordonnance. Le contenu de l'ordonnance semble donc être un des lieux de cristallisation des rapports de pouvoir entre médecin et patient. Lorsqu'il y a conflit, chacun cherche à imposer à l'autre sa « logique » (Lalande, Grelet 2001) et l'ordonnance rédigée scelle la résolution du conflit, c'est-à-dire la victoire de l'un sur l'autre ou le compromis. S'intéresser à la fixation des modalités de délivrance du MSO par le médecin et le patient sur l'ordonnance permettra ainsi d'aborder la place de la négociation dans les consultations.

L'ordonnance instaure un dialogue entre le médecin et le pharmacien, mais elle contient également des recommandations à destination du patient, auquel elle prescrit un usage spécifique du médicament à travers des consignes relatives aux modalités de prise (posologie, fréquence, horaires de prise...) (Akrich 1995, 1996; Pignarre 1997). « D'un côté le monopole de la prescription *attache* le médicament au médecin. De l'autre, l'acte de prescription, qui est l'autre face de la même modalité juridique, ordonne au patient, c'est-à-dire, symétriquement, lui *attache* le médicament. » (Pignarre 1997, p. 157). L'ordonnance exprime donc une voix du médecin qui parle à plusieurs interlocuteurs simultanément. Elle prescrit un comportement au pharmacien (les modalités de délivrance), et au patient (les

⁶⁷ Même si le principe actif reste le même, le générique est un objet différent du princeps par son nom et son aspect extérieur.

modalités d'usage). Elle est également un point d'ancrage du « raisonnement médical », puisqu'elle opère une traduction langagière en « substitu[ant] à l'énoncé parfois confus des malaises du patient, la prescription de remèdes qui circonscrivent doublement ces malaises, parce qu'ils les incluent dans une pathologie définie et sont censés les faire disparaître ou du moins les atténuer. » (Akrich 1995). L'ordonnance nomme la maladie et la fait exister pour le patient, en même temps qu'elle est l'outil qui doit permettre de l'éliminer.

3.3.4. L'usage des médicaments par les patients : de l'observance à la personnalisation

Nous en venons à la dernière étape de la « chaîne » des médicaments : leur utilisation par les patients. Cette dernière a été abordée sous l'angle des représentations et significations profanes que les patients associent aux médicaments, qui donnent lieu à des logiques d'usage s'écartant de celles que prônent les médecins (Haxaire 2002; Fainzang 2001b). Ces travaux montrent que les médicaments sont investis de valeurs symboliques par les patients : leur efficacité ne dépend pas toujours des seules propriétés pharmacologiques.

La question des usages des médicaments rejoint celle de l'observance. Cette notion, qui provient du milieu médical, est débattue et remise en question par les sciences sociales car elle implique de reconnaître l'existence d'un « bon » usage du médicament, et consacre donc la toute puissance du savoir médical contre celui des profanes. Sylvie Fainzang (2001b) souligne que ce que l'on nomme « inobservance », ou « mésusage » peut également être interprété comme une automédication, dont la rationalité diffère de celle reconnue par le médecin. C'est le point de vue adopté par Megherbi (2006) et Langlois (2011) à propos des TSO. Langlois évoque un « mésusage thérapeutique »⁶⁸, qui n'est pas incompatible avec un projet de sortie de la dépendance. De même, Megherbi interprète le fractionnement des prises et l'injection de Subutex comme des « stratégies de soin », des compétences développées par les usagers pour la gestion de leur traitement. Il ne s'agit donc plus d'inobservance mais plutôt d'adaptation du traitement à l'individu et son mode de vie quotidien, d'une appropriation du médicament qui nécessite des savoirs et des compétences, proche de ce qu'ont décrit Strauss et Glaser (1975), Baszanger (1986), ou Conrad (1985) dans le cadre de maladies chroniques. Ainsi, la notion d'inobservance peut revêtir des significations différentes selon que l'on considère ou non la présence du savoir médical sur celui des patients. La

⁶⁸ Notons toutefois qu'il n'abandonne pas le vocable de « mésusage ».

rencontre médecin-patient- médicament, c'est aussi la rencontre, potentiellement conflictuelle, entre les logiques d'usage des patients et celles des médecins (Lalande, Grelet 2001).

Cependant, outre le médecin et le patient, le médicament détermine lui-même les usages qui en sont possibles. Comme le remarque Akrich, « envisager le médicament comme objet technique, c'est essayer de mettre en évidence les liens qui existent entre ses caractéristiques matérielles et les formes d'usage qui lui sont associées » (Akrich 1996). La forme galénique d'un médicament, décidée au moment de sa conception, est elle-même prescriptive. Elle autorise certains usages et en interdit d'autres : « La forme matérielle prise par le dispositif [...] peut être décrite comme un scénario d'interaction proposé à l'utilisateur à partir duquel celui-ci va constituer ses propres usages. [...] Au travers du choix de telle ou telle forme médicamenteuse est à l'œuvre un processus de segmentation et de spécification de l'utilisateur-patient, spécification active quand il s'agit d'adapter finement des médicaments à des usages supposés, spécification passive quand ce lien forme-usage résulte d'autres considérations que celles portant sur les usages eux-mêmes, spécifications proscriptives lorsqu'il est question d'éviter certains usages. » (*ibid.*)

L'objet médicament peut donc inclure, dans sa morphologie même, un dispositif de contrôle des pratiques du patient. Cela n'est pas sans rappeler les propos de Latour (1996), lorsqu'il attire l'attention sur la manière dont les objets orientent et modifient les rapports sociaux. Certains objets contiennent dans leur forme même, une dimension régulatrice, qui autorise ou interdit certains types d'interactions.

Ainsi, la forme sirop de la méthadone, contenant sucre et alcool, a pour objectif de rendre compliquée son injection par les patients. Les autorités françaises ont intentionnellement opté pour cette galénique, qui présente pourtant des inconvénients⁶⁹ et n'existe pas dans d'autres pays. Elle ne semble se justifier que par sa dimension proscriptive⁷⁰. Les autorités sanitaires préconisent sa prescription aux anciens injecteurs afin de les inciter à abandonner cette pratique. La forme galénique peut donc entrer en compte dans le choix des professionnels de prescrire l'un ou l'autre MSO à un patient donné.

⁶⁹ Entre autres : des effets secondaires liés à la présence de sucre, une contre-indication pour les diabétiques...

⁷⁰ La forme gélule a été mise sur le marché en 2007 mais elle peut uniquement être prescrite « en relais de la forme sirop chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives » (mentions légales ANSM). Cette spécification montre une volonté de laisser intacte la dimension coercitive du sirop à l'initiation de tout traitement méthadone.

De même, la mise sur le marché de la Suboxone en 2011⁷¹ répond en grande partie à la volonté d'endiguer l'injection du Subutex et ses détournements vers le marché noir. Notons par ailleurs que le Subutex était réputé non injectable lors de sa mise sur le marché. Il comporte des excipients non solubles, qui, au lieu de décourager les injecteurs, provoquent chez eux des complications veineuses si le produit n'est pas entièrement filtré. De ce point de vue, la mise sur le marché d'un médicament de substitution injectable, réclamé par des associations de réduction des risques, prend une résonance politique : il s'agirait de la reconnaissance officielle de l'injection comme une voie d'administration valide des TSO, et non plus comme un « mésusage ». Une fois de plus, le médicament a le potentiel de traverser les niveaux d'action : derrière sa matérialité la plus brute, sa forme galénique, peuvent se cacher des valeurs, des normes, des enjeux politiques.

Conclusion du chapitre 1

Ce premier chapitre a souligné l'intérêt d'analyser la politique publique des TSO à la lumière de la rencontre entre médecins généralistes, patients substitués et médicaments de substitution.

Le retour sur l'itinéraire des généralistes au sein des politiques des drogues dénote combien l'intervention de ces acteurs, bien qu'elle ait contribué à juguler une situation critique pour les pouvoirs publics, ne cesse pour autant d'être remise en question dans sa légitimité. Sur ce point, nous avons montré la nécessité d'une approche non normative de l'appropriation des TSO par les généralistes, qui se distancie des enjeux de définition de recommandations de bonnes pratiques.

Ce chapitre suggère également une possible contribution de notre travail à une sociologie des « sorties de la toxicomanie » (Castel et al. 1998). Les travaux existants se sont jusqu'alors centrés sur l'expérience individuelle de la sortie : l'envisager au prisme de la rencontre médecin-patient-médicament devra permettre d'étudier le rôle des médecins et des traitements dans les trajectoires de sortie des personnes substituées.

⁷¹ Buprénorphine à laquelle a été ajoutée la Naloxone, qui rend le médicament insoluble dans l'eau, donc non-injectable.

Enfin, nous avons insisté sur la nécessité de prendre en compte le médicament de substitution en tant qu'objet social. Les médicaments sont des « objets-frontière » (Star, Griesemer 1989 ; Trompette, Vinck 2009) qui traversent différents *niveaux d'action* – du macro-social des politiques publiques au micro-social des interactions médecin-patient-pharmacien voire de l'intimité du patient –, et différents *mondes sociaux* – le monde scientifique, médical, politique, économique, et celui des profanes. Le caractère « métonymique » du médicament (Van der Geest, Reynolds Whyte 1989; Collin 2006), qui « incorpore dans sa propre matérialité l'expertise scientifique et les savoirs médicaux », en fait un « passeur » entre le monde des médecins et celui des malades (Collin 2006, p. 130). Les MSO sont à la fois acteurs des politiques publiques liées aux drogues et des interactions médecin-patient : ils permettent la rencontre entre le monde des généralistes et celui des consommateurs d'opiacés, tout en provoquant des conflits et des contradictions quant à leur fonction et leurs objectifs.

Le médicament de substitution est un élément d'un « dispositif » – au sens foucauldien du terme, mais aussi au sens de « dispositif sociotechnique » incluant humains et non-humains (voir Beuscart, Peerbaye 2006) –, ayant pour finalité de répondre au problème social de la dépendance aux opiacés. Le dispositif de la substitution est incarné dans les différentes manières possibles de mettre en œuvre cette politique publique. Ainsi, le chapitre 2 s'intéresse à la politique substitutive telle que les acteurs l'ont déployée sur la ville de Toulouse. Il permettra de comprendre comment les changements de politique évoqués dans ce premier chapitre, en particulier la mise sur le marché des TSO, ont été réappropriés par les acteurs locaux pour les intégrer à leur conception du « soin », ce qui a donné lieu à une répartition originale des tâches entre généralistes et spécialistes. Mais le « dispositif » de la substitution s'incarne également dans les pratiques de prescription de chaque médecin. En complémentarité à une approche par les politiques publiques, il faudra donc s'intéresser aux pratiques et aux logiques d'action des généralistes et des patients telles qu'elles s'entrecroisent sur un territoire : ce sera l'objet du chapitre 3.

Chapitre 2.

La substitution à Toulouse : les généralistes dans la mise en œuvre locale d'une politique publique

Introduction. Les enjeux d'une analyse de la mise en œuvre d'une politique publique

Ce chapitre a pour objet la politique locale¹ des traitements de substitution à Toulouse. Il retrace l'historique de sa mise en place depuis le début des années 1990 jusqu'à aujourd'hui. Dans ce chapitre, nous saisissons la problématique de l'appropriation à l'aide des outils de la sociologie de l'action publique : il s'agit de comprendre comment les acteurs locaux, généralistes et intervenants des centres de soins spécialisés, ont élaboré des compromis entre eux et avec les textes de loi, afin d'inventer une politique substitutive acceptable pour tous les groupes professionnels concernés. Il s'agira donc d'analyser la « mise en œuvre » locale d'une politique publique, en intégrant toutefois les critiques objectées à une approche séquentielle de l'action publique.

L'approche séquentielle consiste à considérer une politique publique comme un « processus », découpé en plusieurs étapes : l'identification du problème (Jones 1970), la « mise à l'agenda » ou sélection par les autorités publiques des problèmes nécessitant une action (Anderson 1975), l'élaboration d'un programme d'action publique en réponse au problème, la « mise en œuvre » ou *implementation* de la politique publique – « moment de

¹ En sociologie de l'action publique, la notion de « local » revêt des significations diverses, ce qui la rend équivoque : « Les politiques locales ou territoriales recouvrent l'ensemble des politiques publiques produites par les autorités infraétatiques, c'est-à-dire aussi bien les régions, les villes, les départements que d'autres entités administratives locales. » (Pasquier 2010). Nous l'utilisons ici pour désigner le périmètre de la ville de Toulouse, mais notre objet d'étude n'est pas pour autant une politique municipale comme c'est le cas, par exemple, dans la recherche de Le Naour (2010) sur la réduction des risques à Marseille. Jusqu'à la mise en place des Agences Régionales de Santé, les structures de soin en toxicomanie dépendaient des DDASS pour leur financement, donc de l'échelon départemental. Par ailleurs, la mise sur le marché des TSO a été décidée au niveau national. Mais force est de constater que dans le département étudié, les principales structures de soin spécialisées se situent à Toulouse et l'essentiel des débats sur la mise en place des TSO en Haute Garonne a eu lieu dans cette ville. Cela nous autorise donc à utiliser le terme « local » pour désigner, paradoxalement, une politique départementale mise en œuvre en grande partie dans une seule commune.

l'action publique où la décision se confronte à la réalité à travers l'application des directives gouvernementales » (Mégie 2010) –, l'évaluation du programme, et la terminaison du programme à la résolution du problème². Très schématique, ce découpage permet le recours à un « idéal type de l'action publique et de son fonctionnement » mais, comme tout idéal type, il « simplifie la réalité afin d'en faciliter la compréhension » (Hassenteufel 2011).

Une telle division en séquences présuppose une action publique empreinte de rationalité instrumentale, qui mérite d'être remise en question : en particulier, comme on va l'expliquer, la mise en œuvre d'une politique ne peut pas être considérée comme la simple application d'une décision. Le modèle séquentiel avait, à ses origines, une ambition de rationalisation des décisions étatiques plus qu'un objectif de description des politiques publiques existantes. Il posait alors la rationalité non pas comme une donnée *a priori* mais comme le but à atteindre pour une action publique efficace (Hassenteufel 2011). Dans le souci d'éviter toute dérive vers une approche normative qui conduirait à statuer sur une bonne ou une mauvaise mise en œuvre, nous n'envisagerons pas ici la mise en œuvre locale de la politique substitutive dans sa distance ou « distorsion » vis-à-vis d'une décision venue du « haut ». Nous nous attacherons plutôt à comprendre comment les acteurs concernés composent avec de nouvelles injonctions. En nous intéressant aux compromis opérés entre les intervenants en toxicomanie, médecins hospitaliers, médecins généralistes, nous considérons la mise en œuvre comme la fabrication, par ces acteurs, d'un « dispositif de soin » local de la dépendance aux opiacés (au sens de Bergeron 1996). Toutefois, nous ne négligeons pas les contraintes que constituent pour eux l'obligation de se conformer (du moins en partie ou en apparence) aux textes réglementaires. Notre travail, dans ce chapitre, va dans le sens d'Hassenteufel (2011) qui propose une synthèse entre les approches *top-down* et *bottom-up* « [mettant] l'accent sur les interactions des acteurs en charge de la mise en œuvre dans le cadre construit par les décisions. » (p.111).

Par ailleurs, différentes recherches ont montré que l'enchaînement strict des étapes de l'approche séquentielle correspond mal à façon dont se déroulent la majorité des politiques publiques. Celui-ci est souvent une reconstitution *a posteriori* du chercheur, ce qui fait courir le risque de « modeler la réalité en fonction du modèle » (Jacquot 2010). Dans les faits, les séquences peuvent être entremêlées, inversées dans le temps ou absentes (Jacquot 2010;

² Cette dernière étape identifiée par Jones (1970) a été abandonnée chez Anderson (1975).

Hassenteufel 2011)³. Cependant, remettre en cause l'enchaînement linéaire proposé par le modèle séquentiel n'invalide pas pour autant sa terminologie (« mise à l'agenda », « mise en œuvre »...), dont il apparaît difficile de se passer, y compris pour décrire l'enchevêtrement ou l'absence des étapes. Comme le remarque Hassenteufel, il semble « difficile de rejeter complètement » l'approche séquentielle, mais il faut veiller à la considérer « comme un simple outil d'analyse (heuristique) et non pas comme une description ou une théorie des politiques publiques » (Hassenteufel 2011, p. 40). Comme le préconise Mégié, « il s'agit [...] sur la question de l'enchaînement des séquences, de favoriser une vision dynamique plutôt que linéaire. » (Mégié 2010). En effet, la mise en œuvre locale de la politique substitutive n'est pas dénuée d'enjeux concernant, notamment, la définition du problème à traiter, qui diverge selon les acteurs en présence : « les enjeux liés à la définition d'un problème, à sa formulation, ne perdent pas leur saillance une fois un problème pris en charge dans le cours de l'action publique. » (Gilbert, Henry 2009, p. 21).

Pour conserver une approche dynamique, nous focaliserons donc notre attention sur la persistance de controverses autour de l'objet de la politique publique au moment de sa mise en œuvre : la décision politique de mettre sur le marché des médicaments de substitution ne met pas abruptement fin aux débats et n'impose pas d'emblée à tous les acteurs le « changement de paradigme » décrit par Bergeron (1999). La mise en œuvre de la politique de substitution à Toulouse, des années 1990 à aujourd'hui, n'a de cesse de susciter des conflits dans la définition de l'objectif des TSO : objectif de « soin », ou objectif de réduction des risques. La définition du problème se décline ainsi entre la *toxicomanie* comme symptôme d'un mal à résoudre dans la relation clinique, *l'usage de drogue* comme pratique sociale, et *l'addiction* comme trouble chronique (nous approfondissons cette question dans un article : Dassieu 2014). Ces différents référentiels se confrontent lors de la mise en œuvre d'une politique porteuse d'une conception collective de la santé des usagers de drogues face à l'épidémie du sida. Localement, la définition officielle du problème en termes de santé publique cohabite avec une approche plus individuelle de la relation thérapeutique, qui lui est antithétique. La « culture de santé publique » (Fassin 2005), qui imprègne la décision de mise sur le marché des TSO, suscite des « résistances » de la part d'une partie des acteurs

³ Par exemple « une politique peut se terminer sans avoir été précédée par une phase d'évaluation, une mesure être mise en œuvre avant que la décision soit formellement prise (absence de publication d'un décret par exemple) ou une décision arrêtée sans qu'elle ne réponde à des demandes précises ou à l'identification d'un problème à traiter » (Jacquot 2010, p. 87).

spécialisés mandatés pour la mettre en œuvre localement⁴. Ce chapitre retrace donc l’histoire d’un « système local d’action publique » tel qu’il est défini par Patricia Loncle : « Nous considérerons les systèmes locaux d’action publique comme le résultat des interactions entre les éléments qui les composent (l’influence de l’histoire des territoires, la gravité des situations locales, les rôles des différents types d’acteurs et leurs fonctionnements en réseau). Ils conduisent à des manières spécifiques de formuler les problèmes publics et de mettre en œuvre des politiques territoriales. » (Loncle 2011, p. 131)

L’un des objectifs sera ici de montrer comment les médecins généralistes ont, depuis les débuts, occupé une place centrale dans les prises de décision concernant cette politique à Toulouse, alors qu’ailleurs en France, ils sont souvent réduits au rôle d’exécutants – par exemple, Jeanmart souligne que « peu de place leur est laissée dans les organes décisionnels ou les lieux de discussion des nouvelles orientations en termes politiques » (Jeanmart 2007, p. 156). Cette spécificité locale s’explique en grande partie par les réticences durables des centres spécialisés toulousains à prescrire des TSO : ces derniers ont, en quelque sorte, laissé le champ libre aux généralistes. Dans un premier temps, nous opèrerons un retour sur les origines de ce contexte spécifique, que nous pouvons saisir à travers les débats publics au cours des conférences organisées par l’association Graphiti⁵. Nous montrerons comment, du fait d’un désinvestissement durable des centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) sur les questions de substitution, les généralistes ont joué un rôle moteur dans l’organisation de l’accès aux traitements (partie 1 du chapitre). Ensuite, nous insisterons sur la place centrale d’un groupe de généralistes qui a contribué à la fondation d’un Réseau « ville-hôpital toxicomanie »⁶ : en participant aux innovations et prises de décisions locales, ces derniers se sont érigés au rang d’experts locaux de la substitution. Ils ont entrepris d’asseoir la légitimité de leur groupe professionnel dans son ensemble en matière de TSO, en se faisant garants des bonnes pratiques substitutives en médecine générale (partie 2).

⁴ Notre approche s’inscrit dans la continuité de celle d’Ogien (2002), qui met en avant une conception constructiviste de la santé publique, en avançant que les questions de santé ne sont publiques que dès lors qu’une instance politique les définit comme telles. Il n’y a pas de problème public *a priori* en dehors des définitions et priorités d’action d’un ministère. En découle la possibilité de contestation du caractère « public » du problème, de la part des acteurs impliqués dans la mise en œuvre.

⁵ Voir chapitre liminaire pour une présentation de ce matériau d’enquête. Les conférences analysées ont eu lieu entre 1992 et 2002 (voir aussi la liste en annexes).

⁶ Dans ce chapitre et dans les suivants, nous désignerons ce Réseau officiel par le terme « Réseau » avec une majuscule, pour le différencier d’autres acceptions que peut prendre la notion de « réseau ».

1. Une spécificité locale : l'absence de prescription dans les centres spécialisés entre 1995 et 2006

Notre analyse de la mise en œuvre locale des TSO commence par le constat d'une particularité toulousaine : durant les années 1990 et 2000 le secteur du soin spécialisé en toxicomanie, dans cette ville, a fait preuve d'une très forte résistance à l'adoption de la substitution. Le « changement de paradigme » décrit au niveau national par Bergeron (1999) n'a pas eu lieu à Toulouse à la fin des années 1990 : une grande partie des intervenants en toxicomanie a continué à défendre une conception du « soin » basée sur la psychanalyse et le refus de la prescription (1.1). En déployant un argumentaire fondé sur la rhétorique de la « complémentarité » et du « travail en réseau », les professionnels locaux ont mis en place un dispositif permettant aux centres spécialisés de continuer, jusqu'à 2006, à proposer uniquement une prise en charge psychosociale, déléguant les prescriptions aux généralistes ou à un centre méthadone créé spécialement à cet effet (1.2). L'accessibilité de la méthadone étant, de ce fait, réduite, les médecins généralistes sont ainsi devenus des acteurs centraux de la politique locale des TSO sur le plan de la diffusion des médicaments, mais aussi sur celui de l'expertise. Le désintérêt des centres pour la prescription a favorisé l'implication active de généralistes dans la politique substitutive (1.3).

1.1. Les intervenants en toxicomanie à Toulouse dans les années 1990: du refus de la prescription à la division du travail

Lors de débats organisés par Graphiti entre 1992 et 1995, des conférenciers français et étrangers furent invités à présenter leur utilisation de la méthadone aux professionnels locaux. Leurs témoignages rendent compte de diverses manières d'intégrer ce médicament dans le processus de « soin » de la « toxicomanie ». Pour certains, il est un outil de réduction des risques censé pallier la douleur du manque et éviter les contaminations liées à l'injection (VIH, hépatites). Comme on va le voir, cette conception de la substitution est tolérée par les intervenants en toxicomanie Toulousains car le produit n'y revêt pas une fonction de « soin ». Pour d'autres professionnels invités, la méthadone peut parfaitement être intégrée à une prise en charge psychanalytique de la « toxicomanie ». Elle permettrait même un investissement du « sujet » dans la relation avec le thérapeute, en le débarrassant de sa préoccupation de « quête tyrannique de la drogue » (Médecin invité, Conférence Graphiti, 1992). Cette conception qui

propose d'adosser la substitution à la représentation du « soin » défendue par les intervenants en toxicomanie, est particulièrement critiquée au cours des débats.

1.1.1. La substitution comme outil de réduction des risques : un partage des publics possible

Si la politique de réduction des risques est relativement bien acceptée par les intervenants en toxicomanie locaux de l'époque, c'est d'abord parce que le constat qu'il faut agir face aux contaminations massives des toxicomanes par le VIH semble, au milieu des années 1990, partagé par la plupart des acteurs en contact avec ce terrain. Mais c'est aussi parce que la réduction des risques ne remet pas directement en question leur travail, et laisse la possibilité d'une organisation des interventions fondée sur un « partage des publics » (Le Naour 2010). L'échange de seringues, par exemple, peut coexister avec les prises en charge spécialisées en toxicomanie, ces dernières s'adressant uniquement aux toxicomanes en demande thérapeutique, qui ont abandonné les pratiques d'injection. En fait, les intervenants en toxicomanie établissent une distinction stricte entre « soin » et réduction des risques : cette dernière ne saurait relever du « soin » à part entière, qui réside selon eux dans une action sur les « causes » intrapsychiques de la « toxicomanie »⁷.

Certains intervenants en toxicomanie, lors des rencontres de 1992 et 1993, étendent à la substitution l'idée d'un partage des publics :

« Je trouve l'expérience hollandaise parfaitement claire dans son pragmatisme, la méthadone est un élément d'un ensemble sanitaire cohérent qui a un seul objectif : la réduction des risques. La situation est tout à fait différente en France. On parle d'un côté de réduction des risques et de prévention du VIH, d'un autre on bascule le même programme dans l'intentionnalité de soins, la méthadone étant alors supposée servir de support dans la relation thérapeutique pour sortir quelqu'un de la toxicomanie. N'y a-t-il pas confusion ? » (Médecin intervenant en toxicomanie, Conférence, 1993)

Une des dimensions principales de la configuration du dispositif local à venir se trouve en gestation dans ce type de discours : la substitution est acceptée dans la mesure où elle est prescrite et délivrée par des acteurs ne prétendant pas à un objectif de « soin ». Elle est tolérée si elle ne s'aventure pas sur le périmètre d'action des intervenants en toxicomanie, le « soin ».

⁷ La réduction des risques s'attache au contraire à limiter les conséquences négatives de l'usage de drogues (Le Naour 2010)

En outre, l'acceptation de la substitution comme outil de réduction des risques reste, à cette époque, fragile et partielle chez les intervenants en toxicomanie locaux. Plusieurs d'entre eux remettent régulièrement en question la corrélation statistique entre disponibilité de la méthadone et baisse des contaminations VIH. C'est là un argument qui leur permet de contester les projets de mise en place des TSO en France, qui ne peuvent, selon eux, pas être justifiés par l'épidémie. Ils décrivent la substitution comme un élément perturbateur qui fait diversion et occulte le réel cœur du débat sur la réduction des risques. Ils avancent que d'autres mesures (l'échange de seringues par exemple), doivent être mises en œuvre en priorité pour endiguer l'épidémie. La substitution leur apparaît secondaire, voire, pour certains, inutile :

« Pendant que nous débattons et que nous redébattons sur la substitution, même si je le répète cela a été nécessaire, [...] pendant ce temps là l'on n'a pas tellement réfléchi à la politique de réduction des risques et s'il y a eu des initiatives parcellaires mises en place (pharmaciens, échanges de seringues, etc.), il n'y a pas eu de débat de fond sur le dispositif régional. » (Psychologue clinicien, Conférence, 1993)

La rhétorique inhérente à ces discours consiste à séparer réduction des risques et substitution comme deux politiques distinctes, la première étant plus acceptable et urgente que la seconde.

1.1.2. La substitution intégrée à la thérapie analytique : une atteinte au périmètre d'action des intervenants en toxicomanie

Quant à une substitution intégrée à la thérapie d'inspiration analytique, on pourrait, à première vue, s'attendre à ce qu'elle rencontre une plus forte adhésion des intervenants en toxicomanie toulousains. Elle présente, en effet, la particularité de ne pas « changer de paradigme ». La pertinence de la thérapie analytique par le retour sur la biographie du « sujet » n'y est pas remise en question, et la « toxicomanie » y est toujours interprétée en tant que symptôme d'une souffrance à révéler. Le médicament n'a pas pour objectif de « guérir » la toxicomanie. Il est au contraire conçu comme un simple outil pour appuyer la prise en charge psychothérapeutique. Intégré à la thérapie, le TSO ne remet pas en question l'intérêt de la psychanalyse comme unique solution pour s'attaquer aux « causes », aux traumatismes cachés derrière le « symptôme toxicomane ». C'est ce que cherche à démontrer une

conférencière invitée, psychanalyste et prescriptrice de méthadone à titre expérimental :

« Dans ce cadre là je suis stricte, je traite la dépendance et pas le produit. J'ai prescrit de la contrainte, pas une drogue de remplacement, dans l'idée qu'avec ce malade on va pouvoir travailler à l'intérieur du cadre thérapeutique instauré préalablement à la prescription ce qui est de la nature du lien et de la dépendance : dépendance au produit héroïne, dépendance au produit méthadone, dépendance à l'institution, dépendance au thérapeute. Ce que nous psychanalystes appelons la résolution du transfert, c'est quelque chose que nous pouvons appeler la résolution de la dépendance. Pendant le temps que dure la prescription, on répond à la demande. C'est-à-dire qu'on va les aider à voir la complexité de leur demande. Cela va prendre du temps, la temporalité de la demande de sevrage, que nous connaissons tous bien. » (Conférencière invitée, psychiatre-psychanalyste, Conférence, 1993)

On retrouve dans son discours les principaux éléments du référentiel psychanalytique de la toxicomanie (relation, élaboration de la demande, etc.) Or, c'est pourtant bien l'éventuelle introduction de la méthadone en tant que « support » de la relation psychothérapeutique qui suscite, à l'époque, les plus vives protestations de la part des professionnels locaux : elle remet en question leur travail dans ses fondements théoriques.

Derrière le débat sur la substitution, c'est la définition du problème public de la « toxicomanie », et celle de la notion de « soin » qui sont en jeu. Les intervenants en toxicomanie défendent une conception élargie du « soin », proche de l'idée d'un « prendre soin », qu'ils opposent à une acception plus restreinte, médicale et pharmacologique⁸, à laquelle ils assimilent la substitution. Ainsi, plusieurs intervenants en toxicomanie craignent une « pharmacologisation exclusive du traitement des toxiques » appelée par les nouvelles politiques de santé. Ils évoquent le « risque de laisser penser que le symptôme toxicomane est une maladie, et de placer au centre des préoccupations à venir la prise en charge médicale des consommations de drogue » (Médecin intervenant en toxicomanie, *La Lettre de Graphiti*, 1994). Les deux conceptions du « soin » sont, pour eux, fondamentalement incompatibles. Un psychologue manifeste ainsi son refus de placer un produit dans l'ordre psychanalytique :

« Du côté du psychiatre ou du psychanalyste je ne peux pas suivre, pas du tout, on parle de manipulation, de petit flacon qui va maintenir la relation, cela ne tient pas debout. » (Psychologue clinicien, Conférence, 1993)

L'introduction du médicament, qui modifie l'état de conscience, est considérée comme

⁸ On retrouve la dichotomie entre le *care* et le *cure*, qui fait l'ambivalence de la notion de soin.

un obstacle à l'expression de la parole, voire à la liberté même du « sujet » (on retrouve l'idée d'un contrôle social). Par ses vertus « apaisantes » le produit anesthésie en quelque sorte la souffrance, rendant impossible le retour analytique sur les « conflits ». Plusieurs intervenants avancent l'argument que la méthadone « parasite » la relation avec le thérapeute. En faisant croire au toxicomane que son problème lui est « extérieur » et peut être réglé « de l'extérieur », le médicament empêche de « recentrer sur la personne » :

« Qu'est ce que cela va induire dans la relation, le fait qu'à un moment il y a un produit qui vienne faire support ? Quelle est l'incidence que cela va avoir sur la relation thérapeutique ? Tous les cliniciens qui travaillent en toxicomanie savent combien est difficile, du fait même de cette problématique du toxicomane qui est de tenter de se mettre à l'extérieur du problème et que si l'on vient ramener un élément extérieur dans la cure, je me demande quelle incidence cela va avoir, s'il n'y aura pas une incidence du renforcement de cette mise à l'extérieur du problème et de la solution. Alors que le travail thérapeutique consiste à recentrer sur la personne. La réponse à l'extérieur vient renforcer son idée première. C'est cela qui vient parasiter sur la question de la relation. » (Psychologue clinicien, Conférence, 1993)

Là encore, on remarque la valorisation d'une conception globalisante du « soin » de la « personne », courante en psychanalyse. Recourir au médicament reviendrait à substituer un soulagement immédiat des « symptômes » au traitement plus progressif des « causes » individuelles de la prise de drogue.

En conséquence, un des *leitmotive* des débats consiste à refuser de centrer la discussion sur le médicament, en affirmant que le « soin » réside ailleurs, dans la relation avec le thérapeute, plus précisément dans la restauration de ce lien qui permet l'expression de la parole souffrante. Dans les conférences portant explicitement sur la substitution, les intervenants refusent de parler des produits et cherchent à diriger le débat vers d'autres thématiques :

« Encore une fois, on discute d'un produit, on veut nous obliger à nous positionner par rapport à lui. » (Médecin intervenant en toxicomanie, Conférence, 1993)

« La méthadone, pour moi, c'est encore une histoire de produit, quand est-ce qu'on va parler des relations ? » (Psychologue clinicien, Conférence, 1993).

Le refus de placer la substitution dans le domaine du « soin » exprime un enjeu d'ordre professionnel pour les intervenants en toxicomanie locaux : la défense de leurs

méthodes de travail et de leur territoire d'action, qu'ils sentent menacés par l'arrivée des TSO et des nouvelles politiques des années 1990. Ainsi, lors de la mise sur le marché de la substitution en 1995, ils clament le droit de conserver leur action fondée sur la thérapie analytique, entreprise depuis plus de 20 ans en matière de toxicomanie. Dès lors que le changement politique est acté au niveau national, la substitution devient l'affaire des médecins, et les intervenants en toxicomanie toulousains refusent d'y être mêlés. Certains se réjouissent de « ne pas être médecin » pour ne pas avoir à commettre l'acte dégradant de prescrire.

À partir de 1995, en dénonçant le monopole de la substitution et en valorisant leur approche comme une offre alternative, ils se positionnent en faveur d'une diversité du dispositif spécialisé. Tout en restant opposés à la substitution, ils sont contraints de la tolérer, mais n'acceptent de le faire que dans la mesure où elle ne modifie pas leur façon de travailler avec les « toxicomanes ». Le dispositif spécialisé local se dirige donc vers la construction en parallèle de deux filières de soin : l'une proposant la substitution aux usagers qui le souhaitent, et l'autre conservant une prise en charge d'inspiration psychanalytique. En effet, en affirmant l'impossibilité d'intégrer la méthadone à la psychanalyse, les acteurs se positionnent du même coup en faveur de lieux de soins différenciés :

« La question que je me pose à ce niveau c'est de savoir si c'est bien aux intervenants en toxicomanie de se charger de la distribution de méthadone, et si au contraire la tâche des intervenants en toxicomanie n'est pas de préserver ces lieux où l'offre va encore pouvoir être faite aux toxicomanes pour une autre alternative. [...] Est-ce que l'offre de méthadone et l'offre de parole, et avec la parole une offre de transfert, sont compatibles ou non dans un même lieu ? Je ne sais pas. » (Intervenant en toxicomanie, Conférence, 1994)

Ici, contrairement à la politique de réduction des risques marseillaise étudiée par Gwénola Le Naour (2010), le partage des publics n'est pas possible : pour concilier leurs convictions avec l'orientation des politiques nationales, les intervenants se dirigent donc vers une *division du travail*. Ainsi, à partir de 1994, le dispositif toulousain sera basé sur un compromis et la revendication de la complémentarité des approches médicales et psychosociale. Les intervenants en toxicomanie ont négocié leur place et celle de la substitution à Toulouse. Les échanges lors de ces conférences ont certainement contribué à la fondation de cet arrangement local, même si des négociations entre les acteurs ont certainement eu lieu dans d'autres sphères qui restent inaccessibles à notre analyse.

1.2. De la controverse au compromis local : la délégation des prescriptions sous couvert d'une « complémentarité » des approches

La mise en œuvre de la politique substitutive à Toulouse a longtemps été fondée sur un compromis : les CSST déléguaient les prescriptions à un centre méthadone créé à cet effet, tout en continuant de proposer les mêmes prises en charge qu'auparavant (les thérapies d'inspiration analytique). Ce dispositif reposait sur une rhétorique mettant en avant la complémentarité des approches. Au moment de la mise sur le marché de la substitution, les différents acteurs locaux ont réussi à concilier l'injonction nationale au développement de centres de délivrance de méthadone, avec les exigences des intervenants en toxicomanie qui ne souhaitaient pas modifier leur action. Ces derniers sont parvenus à garder un certain contrôle sur la distribution de méthadone à Toulouse en la confiant à des médecins « partenaires » et souvent acquis à leur cause. Grâce à une délimitation du domaine d'action spécifique de chaque groupe d'acteurs, la substitution a cohabité avec la conception de la toxicomanie en tant que problème clinique individuel, défendue par les intervenants en toxicomanie, à laquelle elle est devenue, en quelque sorte, subordonnée. Ce compromis – entre professionnels, mais aussi avec les directives ministérielles –, a eu pour conséquence une limitation de l'accès à la méthadone jusqu'à la fin des années 2000.

1.2.1. Une rhétorique de complémentarité fondée sur la notion de réseau

C'est tout particulièrement la forme *réseau* qui a rendu possible la cohabitation des médecins prescripteurs et des intervenants en toxicomanie. Grâce à la souplesse de ce mode d'intervention publique (Vedelago 2008) qui permet d'introduire de nouveaux acteurs sans modifier les dispositifs existants (Lert 1999), les professionnels ont pu adapter localement la politique substitutive à leurs exigences concernant la « toxicomanie » et sa prise en charge. Les acteurs locaux se sont saisis des directives ministérielles encourageant la mise en place de Réseaux « toxicomanie-ville-hôpital », ainsi que des injonctions officielles à la « prise en charge globale médico-psycho-sociale »⁹, pour réinterpréter la politique nationale. Cette adaptation se concrétise par la création, en 1994, d'un Réseau ville-hôpital conjointement à un

⁹ La prise en charge globale figure dans l'AMM des TSO.

centre de délivrance de méthadone, qui porte le même nom que le Réseau : « Passages »¹⁰. Le Réseau regroupait, outre le centre méthadone, trois CSST associatifs ne prescrivant pas de substitution, une structure hospitalière (à laquelle est rattaché le centre méthadone), ainsi que des médecins généralistes et des pharmaciens¹¹. À sa fondation, le président du Réseau insiste sur la logique « partenariale » en définissant le Réseau comme « le fruit d'une histoire locale : la convergence de pratiques autour d'une conception globale de la toxicomanie » (*La lettre de Graphiti*, Mai 1997).

Les CSST pouvaient ainsi orienter leurs patients vers le nouveau programme méthadone ou vers les médecins généralistes du Réseau pour la prescription, tout en continuant de leur proposer ce qu'ils considéraient être l'essentiel du « soin » : la thérapie d'inspiration analytique. Le Réseau et le centre méthadone étaient étroitement intriqués, leur désignation commune sous le nom de Passages contribuait d'ailleurs à brouiller les frontières entre les deux structures : l'existence du centre n'avait de sens que parce qu'il était un support pour le fonctionnement en réseau. Ce centre a été créé spécifiquement pour permettre d'exempter les CSST de prescrire de la méthadone. Le Réseau ville-hôpital jouait le rôle de support d'un mode de répartition du travail entre prescripteurs et non prescripteurs.

Grâce à ce dispositif, les trois CSST associatifs de la ville ont fonctionné sans prescrire jusqu'en 2006, c'est-à-dire plus de dix ans après la mise sur le marché de la substitution. On voit ici à quel point la mise en œuvre d'une politique peut être un processus d'innovation, qui n'a rien de commun avec l'application mécanique de décisions étatiques. Comme le raconte la directrice d'un centre, les intervenants en toxicomanie tenaient des permanences au centre méthadone, ce qui les autorisait à ne pas avoir de médecin dans leur propre structure tout en conservant le statut de CSST :

« Il y avait eu une entente entre les centres de soin pour délivrer les substitutions au centre Passages. Donc il y avait eu un regroupement, ce qui était assez intéressant d'ailleurs comme projet, il y avait un regroupement des centres de soins là bas pour délivrer la substitution. Donc ici, si mes souvenirs sont exacts, il devait y avoir un psychologue et une éducatrice qui faisaient les permanences là bas à

¹⁰ Le centre et le Réseau existent toujours aujourd'hui. Cependant, le Réseau a changé de nom et est devenu régional. Le statut de Réseau ville-hôpital a par ailleurs été remplacé par celui de Réseau de santé (loi du 4 mars 2002).

¹¹ En 1997, dans la *Lettre de Graphiti*, le président du réseau définit ainsi le « triptyque de base » de celui-ci : (1) Les trois centres associatifs gérés par les intervenants spécialisés en toxicomanie « qui offrent une large palette de services et de soin » ; (2) Un hôpital doté du centre méthadone Passages. (3) Le réseau des médecins généralistes et pharmaciens de ville.

Passages, par rapport à cette délivrance de substitution qui devait être délivrée par des médecins de là bas, et donc les autres centres de soins, dont nous, nous n'avions pas de médecins généralistes. Et en 2006, la DDASS à l'époque, a dit que ce n'était pas réglementaire, donc il fallait qu'il y ait des médecins dans les structures de soin, pour la délivrance de méthadone. Et du coup il y a eu l'obligation d'embaucher un médecin ici. » (Directrice CSAPA, psychologue clinicienne, entretien, 2012)

Dans les autres régions françaises, la majorité des centres spécialisés ont prescrit de la méthadone dès les premières années de sa mise en place, comme en attestent les statistiques annuelles de l'OFDT élaborées à partir des rapports d'activité des CSST. À titre d'exemple, en 2001, 38 des 148 centres répertoriés ne prescrivaient pas de méthadone ou n'avaient pas renseigné ces informations (Palle et al. 2003). Les auteurs précisent que certaines de ces structures étaient peu confrontées à une population dépendante aux opiacés, du fait de leur situation géographique (Palle, Bernard, Lemieux 2005). Or, ce n'est pas le cas à Toulouse, où le refus de prescrire ne provient pas d'une absence de besoin local mais plutôt du parti-pris idéologique d'une fraction des professionnels, qui les conduit à refuser d'adopter une logique de santé publique, en gardant une conception individualisée du « soin » comme relation clinique avec un « sujet ».

1.2.2. La substitution subordonnée à la définition « soin » défendue par les intervenants en toxicomanie

En refusant la prescription dans leurs structures, les intervenants en toxicomanie affirment de fait la primauté de l'étiologie psychologique sur l'approche médicale, qui de concurrente, devient alors complémentaire et subordonnée. Selon leurs promoteurs, ces « pratiques partenariales » permettaient à chaque centre de conserver son « identité », en d'autres termes sa conception de la « toxicomanie » et du « soin ». Pour les professionnels qui défendent le « partenariat » local, la substitution n'est acceptable qu'à condition qu'elle ne soit pas une fin en soi, ce qui signerait le triomphe de la médicalisation comme unique réponse à la dépendance aux opiacés. La substitution doit donc être intégrée à une prise en charge psychologique et sociale, qui, dans le contexte local, justifie le partage des compétences entre les médecins et les centres spécialisés, et permet à ces derniers de trouver leur place dans le nouveau dispositif. Plus qu'une juxtaposition d'actions (Le Naour 2010), il s'agit bien là d'une réelle coordination des acteurs puisque les interventions sur un même public sont réparties en différents lieux : le centre méthadone ou la médecine de ville pour la

prescription de TSO, et les CSST pour la prise en charge psychosociale. Par ailleurs, les deux types de prise en charge sont vouées à être simultanées et non enchaînées dans le temps comme c'est le cas dans le modèle de la « chaîne thérapeutique » (Bergeron, Castel 2010). Le compromis ou « l'entente » n'est donc pas le fait des seuls intervenants en toxicomanie, les prescripteurs y ont également pris part.

En effet, à la fin des années 1990, la rhétorique de la complémentarité émane autant des médecins du centre méthadone que des intervenants qui refusent la prescription dans leurs structures. En fait, certains prescripteurs sont même d'anciens intervenants en toxicomanie « convertis » (Bergeron 1999) à la substitution. Ils sont donc eux-mêmes convaincus par la conception psychanalytique de la prise en charge de la « toxicomanie-symptôme ». L'obligation de se conformer aux directives nationales implique, en effet, que la totalité des professionnels ne pouvait demeurer dans une position de « résistance » à la substitution. Lors d'un débat en 1993, un médecin intervenant en toxicomanie assure :

« Est-ce qu'il y aura un programme méthadone à Toulouse ? Je n'en sais rien. Ce que je sais c'est que dans l'état actuel des choses, ça ne se fera pas avec moi, et que si on me demande mon avis ça se fera malgré mon avis. » (Conférence Graphiti, 1993)

Un an plus tard, il participe au centre de délivrance de méthadone créé par le Réseau. Ce qui peut ressembler à un revirement spectaculaire n'en est pas vraiment un : en acceptant de prescrire de la méthadone dans le centre créé par le Réseau, ce médecin a la garantie que l'hégémonie des intervenants en toxicomanie n'est pas menacée à Toulouse. La méthadone restera subordonnée à l'approche psychanalytique du « soin ». « Adopter soi-même l'outil tant décrié est, en fin de compte, une stratégie qui permet de mieux contrôler son utilisation » (Bergeron 1999, p. 296). Ainsi, à la veille de la mise en place du « partenariat », la plupart des professionnels locaux considèrent que les intervenants en toxicomanie doivent être partie prenante de la dispensation de méthadone. Ils refusent de la laisser à de nouveaux acteurs qui pourraient privilégier une prise en charge médicale sans volet psycho-social. Il s'agit pour eux à la fois de contrôler et de contenir la médicalisation de la « toxicomanie », en conservant le monopole des structures de soin spécialisées, y compris celles qui prescrivent de la méthadone :

« À Toulouse, nous proposons un centre méthadone. Ce centre, dans la façon dont nous l'avons conçu, est un partenariat entre quatre structures qui mettent en commun des savoir-faire pour permettre dans l'offre de soins déjà existante une complémentarité [...] Si je ressens la pertinence d'utiliser la

méthadone comme outil dans nos structures de soin, c'est que justement là, il y a des personnes qui sont formées et qui savent que la prise en charge médicale et psychosociale sont des responsabilités à égalité, pas de même nature mais à égalité. Ce ne sont pas forcément les toxicomanes qui doivent s'adapter à nous, mais nous qui devons nous adapter à des demandes diverses. Ceci étant, nous avons dû traverser la confusion du débat politico-humanitaire où la méthadone était soudain posée comme réponse univoque à une souffrance collective. » (Directrice d'un CSST, Conférence Graphiti, 1994)

L'implication des intervenants en toxicomanie non-prescripteurs dans le nouveau dispositif de soins spécialisés est donc conçue comme un garde-fou contre la médicalisation de la dépendance aux opiacés.

Précisons néanmoins qu'un second centre méthadone, géré par le service de psychiatrie d'un CHU, a ouvert ses portes à Toulouse en 1995. Il participe peu de la démarche de réseau¹² et a longtemps semblé marginalisé dans le dispositif spécialisé local, probablement parce que les intervenants en toxicomanie n'ont pas participé à sa mise en place. Il existe vraisemblablement des phénomènes de rivalités et de concurrence entre la psychiatrie hospitalière et les intervenants en toxicomanie qui souhaitent conserver leur monopole¹³. Ce centre représente les nouveaux acteurs issus du secteur médical qui s'introduisent tout à coup dans la prise en charge de la toxicomanie alors qu'ils n'y participaient pas auparavant.

Mise à part cette initiative, la psychiatrie hospitalière a très peu pris part à la politique substitutive à Toulouse. L'animatrice du Réseau évoque un « rejet traditionnel de la toxicomanie par la psychiatrie ». L'exclusion des TSO de l'hôpital psychiatrique aurait été un choix délibéré au niveau local : « En 1996, il y a eu un vote à main levée à l'hôpital psychiatrique : “nous, on fait pas ça” » (Psychiatre, entretien, 2013). Ceci a eu pour effet de renforcer l'hégémonie des intervenants en toxicomanie sur la prise en charge méthadone, et, on l'expliquera plus loin, de conférer une place d'experts aux médecins généralistes les plus impliqués.

En décidant, par le biais du Réseau, de concentrer les prescriptions de méthadone sur un seul lieu, les différents acteurs impliqués affirment la primauté de l'approche individuelle

¹² Il n'intégrera le Réseau qu'en 2007, après la fin du « partenariat » autour du centre Passages.

¹³ Ceci n'est pas propre au local, puisque le groupe professionnel des intervenants en toxicomanie s'est fédéré nationalement autour du rejet de la psychiatrie classique et de ses méthodes.

du soin sur l'approche de santé publique plus collective qui aurait exigé la massification de l'accès à la méthadone. Du reste, leur décision a longtemps eu des conséquences en termes de santé publique puisqu'elle a réduit au minimum, durant une dizaine d'années, la disponibilité de la méthadone à Toulouse. L'alliance des trois CSST non prescripteurs au centre méthadone Passages a, de fait, diminué le nombre de places disponibles localement pour ce traitement.

1.2.3 La fin du « partenariat » : une reprise en main du problème par les administrations centrales ?

C'est un acteur de l'administration publique, la DDASS de la Haute Garonne, qui mettra fin au compromis local en obligeant, en 2006, les centres de soin à s'aligner sur le modèle national : présence d'un médecin et prescription de substitution¹⁴. Cette intervention de la DDASS peut sans doute être mise en relation avec les préconisations d'Augé Caumon et ses collègues (2002), dans un rapport élaboré à la demande du ministre de la santé. Ces auteurs recommandent que les missions des CSST vis-à-vis de la méthadone soient clarifiées dans l'optique d'une réelle gestion globale en termes de santé publique, en lieu et place du simple « soutien » aux initiatives associatives, qui avait prévalu jusqu'alors. Ces auteurs considèrent comme problématique le fait qu'un certain nombre de centres soient subventionnés pour « soins » alors qu'ils n'ont aucun temps médical dans leurs salariés. Le service déconcentré de l'État, qui semblait jusqu'ici avoir laissé carte blanche aux professionnels du soin, reprend donc le contrôle de la politique publique, en imposant sa définition du problème.

C'est également en 2006 que le Réseau ville-hôpital toxicomanie Passages change de statut pour devenir un Réseau de Santé. Dès lors, son activité n'est plus centrée sur l'organisation de l'accès à la substitution mais s'élargit à toutes les addictions (alcool et tabac en particulier), en cohérence avec des objectifs de prévention et de santé publique définis par l'État. Cette date est donc charnière pour l'évolution du dispositif spécialisé local : elle marque à la fois la fin du partenariat autour de la dispensation de méthadone, et de son principal support, le Réseau, pour lequel ce n'est plus la mission prioritaire. La réforme instaurant les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

¹⁴ Cependant, l'alignement peut n'être que de façade. Certains CSAPA continuent, ponctuellement, à fonctionner selon l'ancienne logique de « partenariat », malgré la présence d'un médecin dans leur structure. La directrice d'un CSAPA nous assure ainsi qu'elle « peut tout à fait recevoir des patients ici qui ont des substitutions à l'extérieur, et que le psychologue va recevoir ici » (Directrice CSAPA, entretien, 2012).

(CSAPA), l'année suivante, entérine la fin du compromis partenarial en conditionnant l'obtention de ce statut et de ses subventions publiques à la prescription de TSO¹⁵.

Les professionnels toulousains dénoncent, à l'occasion du « rappel à l'ordre » de la DDASS, la standardisation voulue par l'État, son refus de prendre en compte les contextes spécifiques locaux et l'efficacité d'un dispositif qui, selon eux, avait fait ses preuves :

« La collaboration est très étroite, structurelle, les CSST déléguant en quelque sorte la prescription et la délivrance de méthadone au centre dont ils sont eux-mêmes partie prenante. Le système marche depuis 11 ans, à la satisfaction de tous, usagers, personnel et partenaires. S'il est conforme à l'esprit du texte ministériel, nos tutelles ont jugé qu'il ne l'était pas à la lettre. Dès lors, l'efficacité du dispositif n'a plus aucune importance. Nous ne sommes pas là pour être efficaces et pertinents, mais strictement conformes aux circulaires. Là où l'histoire se corse c'est que le nouveau dispositif imposé – la prescription de Méthadone doit se faire *in situ* dans chacun des CSST – va coûter plus cher que l'actuel pour un service rendu à l'utilisateur identique ! » (Coordonateur Réseau, Revue *Pratiques*, 2006)

Les acteurs revendiquent ici leur marge de manœuvre dans la mise en œuvre de la politique publique. L'évaluation qu'ils produisent sur leur système partenarial va cependant à l'encontre d'une logique de santé publique. Ils oublient de mentionner le rôle central des médecins généralistes, qui ont, durant ces onze années, contrebalancé les possibilités minimales d'obtention de la méthadone en assurant un accès à la substitution par leurs prescriptions de Subutex. Sans eux, le refus de prescrire et la concentration des prescriptions sur un seul centre n'aurait probablement pas pu durer aussi longtemps. Ils ont permis de masquer cette situation en compensant, par leur forte implication, le désinvestissement des centres vis-à-vis des objectifs de santé publique.

1.3. Au-delà du compromis, la persistance de rapports de force : les médecins généralistes et le « partenariat »

1.3.1. Des conflits latents au sein du Réseau

Le compromis qui a duré jusqu'à 2006 ne doit pas donner l'image d'une absence de

¹⁵ Les CSAPA relèvent de la loi de 2002, mais n'ont reçu le financement pour leur mise en place qu'en 2007 (Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Le détail de leurs missions obligatoires, qui comprennent la prescription de TSO, est précisé dans une circulaire de la DGS (N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008).

conflits au niveau local. Au sein même du Réseau Passages, il existe, depuis le début, des divergences entre groupes d'acteurs. Comme on va le développer plus bas, les généralistes « pionniers » de la substitution ont amplement participé à la création du Réseau ville-hôpital. L'un d'eux en est d'ailleurs le président depuis sa fondation en 1994. Pour la plupart, ces généralistes ne partagent pas la conception du soin des intervenants en toxicomanie. Au contraire, ils ont été les premiers à prescrire. Ils cherchent à donner une légitimité à leurs pratiques qui, avant 1995, étaient fortement critiquées du fait de leur illégalité (détails en partie 2). C'est probablement dans cette volonté de faire valoir leur compétence d'experts en matière de substitution, qu'il faut rechercher des explications à leur coopération avec les intervenants en toxicomanie au sein du Réseau, malgré les divergences qui les opposent.

À partir de 1995, les politiques nationales reconnaissent les généralistes comme des acteurs de la substitution à part entière, les intervenants en toxicomanie ne peuvent donc pas les laisser de côté. Créer des liens avec la médecine libérale est d'ailleurs l'une des missions principales des réseaux ville-hôpital. Dans la revue *Pratiques* éditée par le Réseau, une intervenante en toxicomanie explique qu'un premier projet de Réseau avait été déposé à la DDASS et refusé faute d'implication des médecins de ville :

« En 1993 couraient les bruits d'ouverture strictement hospitalo-centrées de programmes de méthadone, si personne ne venait faire de propositions complémentaires. C'est alors que [nous] avons eu l'idée de penser "réseau" dans cet instant, entre centres de soins spécialisés, hôpital général et médecins de ville. Décloisonner le sanitaire et le social, le droit commun et le spécialisé, mutualiser des savoir-faire et des savoir-être pour aborder la prescription et le suivi du traitement, telles furent les intentions du projet déposé à la DDASS de la Haute Garonne en août 1993. Cette année là, la DDASS, à juste titre refusant notre projet, nous faisait aimablement remarquer qu'un projet à trois en-têtes, en nécessite bien trois. En mars 1994 paraissait la circulaire favorisant les réseaux ville-hôpital toxicomanie, et nous retrouvions avec plaisir des pans entiers de notre proposition dans cette circulaire. Entre temps, le MUID (association de médecins généralistes) et [deux autres centres de soins spécialisés] avaient rejoint le navire. » (Directrice CSST, revue *Pratiques*, 2004)

La nécessité de correspondre aux critères ministériels pour le financement du projet est probablement l'une des raisons pour lesquelles les deux entreprises se sont rejointes, même si les intérêts et les opinions sur la substitution étaient divergents de part et d'autre. De plus, l'investissement de ce groupe de généralistes permettait une véritable politique substitutive à Toulouse, sans nécessiter la participation des centres de soins :

« Alors ça a créé une spécificité parce que parallèlement, c'est un peu paradoxal, mais du coup ça a généré un réseau qui a été fort et structuré, et qui a été militant pour travailler là dedans. Mais ça arrangeait tout le monde, entre guillemets, ça aurait été bien que les centres de soins s'y mettent aussi, ça aurait été même mieux, mais du coup ça les arrangeait qu'il y ait un réseau de professionnels qui fasse ce boulot. » (Généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2011)

Cependant, les intervenants en toxicomanie cherchent, dans un premier temps, à reléguer les généralistes à une place subordonnée, celle de prescripteurs, alors que ces derniers ont tendance à revendiquer l'aspect « global » de la prise en charge comme une composante de leur pratique. Ainsi, lors d'une conférence de 1995, un intervenant en toxicomanie met en garde les généralistes contre la « tendance à vouloir tout faire » et promeut, encore une fois, un travail en partenariat où chacun a une place bien définie :

« Quand un toxicomane s'adresse à un médecin, il lui assigne une place de médecin, c'est en tant que tel qu'il le reçoit, et pas, par exemple, en tant que psychothérapeute. C'est toujours dangereux de se prendre pour ce que l'on n'est pas, on y perd même le fil de ce que l'on est. Ce qui ne veut pas dire, dans ce cas concret, que le médecin généraliste ne nouera pas de relations fortes avec le patient. Quelque chose d'important va se passer autour d'un colloque singulier sur lequel il va pouvoir travailler, mais sa fonction de base n'est pas celle là. » (Intervenant en toxicomanie, Conférence, 1995)

On repère ici une volonté d'éliminer le rapport de concurrence qui pourrait s'établir entre les médecins généralistes et les intervenants en toxicomanie, par la tentative de définir les places respectives de chacun dans la prise en charge. On remarquera que ce sont les intervenants en toxicomanie qui s'arrogent le pouvoir d'attribuer ces places. Ils cherchent à intégrer les généralistes dans la logique « partenariale » de « complémentarité » qu'ils ont mise en œuvre entre eux. Les généralistes du Réseau, quant à eux, ne voient pas forcément les choses sous le même jour.

Certains se montrent critiques vis-à-vis de l'agencement local décidé par les intervenants en toxicomanie et leurs alliés. Ils insistent sur le rôle moteur de la médecine générale dans la diffusion de la substitution, et sur l'hypocrisie des centres ayant refusé de prescrire. Aujourd'hui encore, des tensions persistent entre les défenseurs du « partenariat » d'antan, et ceux qui les accusent de « résistance » à la prescription. Ces conflits sont quelquefois exposés au grand jour lors des comités de suivi des TSO qui regroupent des acteurs hétérogènes. En entretien, un généraliste évoque la culture professionnelle locale forte qui aurait fait obstacle au changement en érigeant un monopole :

« Ils ont été pris entre deux feux, à la fois dire “non pas question”, et puis à la fois on pouvait pas rien faire. Ici, ils ont tranché en disant “ok, ça semble nécessaire, c’est un mal nécessaire de prendre un médicament”, parce que pour la psychanalyse un médicament c’est diabolique, c’est la fausse solution. Mais eux n’en feront pas. “Nous on continuera à faire du vrai travail”. C’est-à-dire dans les centres de soins, et donc il y a eu cette spécificité, parce qu’ici vraiment la psychanalyse était pire que partout en France. C’était un fief psychanalytique majeur, la Haute Garonne et Toulouse. Et tous les centres de soins spécialisés en toxicomanie étaient vraiment sous la psychanalyse. Donc du coup ils ont réussi à être dans la résistance totale. Et c’est pour ça que le Réseau s’est développé de manière très forte, parce que eux disaient à leurs patients, “on va faire un travail, mais pour votre traitement, voyez un médecin, allez en ville, voyez un médecin du Réseau”, ils étaient capables de donner des adresses et tout ça, mais eux n’en prescrivaient pas. Ça a duré jusqu’à il y a 3 ans. » (Médecin généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2011)

Selon ce médecin, si le dispositif a fonctionné ainsi aussi longtemps, c’est parce que le Réseau, incarné en grande partie par les médecins généralistes (le centre méthadone ne possède alors qu’une soixantaine de places) a assuré l’accès aux traitements de substitution pour un grand nombre de patients, rendant presque invisible la « résistance » des centres vis-à-vis de la prescription. Paradoxalement, les médecins généralistes s’inscrivent comme un maillon essentiel de l’accessibilité de la substitution, en même temps qu’ils ont contribué – peut-être contre leur gré – à pérenniser la situation de compromis des centres, en compensant les problèmes d’accès à la méthadone que cette situation pouvait engendrer.

1.3.2. Une politique de santé publique assurée par les généralistes

La diffusion de la substitution au niveau local a longtemps reposé en grande partie sur un médicament, le Subutex, et sur des groupes professionnels non spécialisés, les médecins généralistes libéraux et les pharmaciens d’officine. La politique de santé publique s’est donc bien mise en place à Toulouse, malgré l’obstruction du secteur spécialisé, elle a simplement reposé sur d’autres acteurs. Comme nous l’avons vu au chapitre 1, cet aspect n’est pas une spécificité locale puisque la mise sur le marché de la BHD en médecine générale répondait, pour le gouvernement de l’époque, à une volonté d’extension de l’accessibilité de ce médicament dans une logique de santé publique. La spécificité locale réside dans le faible accès à la méthadone comparé au nombre de CSST. En 2003, le rapport de l’enquête TREND¹⁶ à Toulouse (Escots 2004) note un écart considérable entre les prescriptions effectuées en médecine de ville et celles qui émanent des centres spécialisés. Cette année là,

¹⁶ Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues. Il s’agit d’une enquête annuelle pilotée par l’Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT) sur plusieurs grandes villes françaises.

pour la Haute Garonne, en médecine de ville, 1 835 patients ont eu un traitement Subutex et 100 ont eu un traitement méthadone¹⁷. En CSST, 8 patients ont eu un traitement Subutex et 167 un traitement méthadone. Ces chiffres témoignent de l'importance de la médecine de ville pour la disponibilité des deux TSO à Toulouse. Mais comme nous allons le voir, les généralistes n'ont pas seulement participé à l'exécution de la politique de substitution. Ils sont également partie prenante de son élaboration, par leur présence dans des instances de prise de décisions telles que la coordination du Réseau.

2. Des médecins généralistes acteurs de la politique locale

S'approprier la substitution, c'est également participer aux décisions politiques qui la concernent en affirmant que la médecine générale a toute légitimité à s'occuper des personnes dépendantes aux opiacés. À Toulouse, un groupe de médecins généralistes « pionniers » de la substitution a contribué à créer le Réseau ville-hôpital Passages puis a intégré son équipe de direction. Ces médecins se positionnent en experts locaux de la substitution, reconnus par leurs pairs et par les instances régulatrices (2.1). Au sein du Réseau, ils ont mené des actions pour promouvoir ce qu'ils considèrent être les « bonnes pratiques » substitutives, afin de légitimer la compétence des généralistes en matière de prise en charge de la dépendance aux opiacés (2.2). Ils ont également entrepris de diffuser la prescription de TSO vers un grand nombre de généralistes. Pour élargir la perspective, il faudra donc examiner comment la mise en œuvre de cette politique publique rencontre la biographie des médecins, en donnant un aperçu des modes d'entrée des généralistes enquêtés dans la pratique substitutive (2.3).

2.1. Des généralistes à la tête d'un Réseau de santé

Des médecins généralistes « pionniers » de la substitution sont présents dans l'équipe de direction du Réseau Passages depuis sa création, à laquelle ils ont en grande partie concouru. Au sein du Réseau, ils semblaient alors représenter un véritable contre-pouvoir face aux intervenants en toxicomanie, une sorte de « réseau dans le Réseau ».

¹⁷ La méthadone en médecine de ville résulte des relais effectués depuis les centres spécialisés. Généralement, le faible nombre de places en centres fait augmenter le nombre de relais, afin que les centres puissent inclure régulièrement de nouveaux patients (Cadet-Tairou, Cholley 2004).

2.1.1. Des « pionniers » de la substitution en quête de reconnaissance institutionnelle

À la création du Réseau en 1994, les premiers prescripteurs de substitution sont déjà relativement organisés à Toulouse : ils se réunissent régulièrement, de façon informelle, pour échanger sur leurs pratiques respectives. La circulaire DGS préconisant la fondation de Réseaux ville-hôpital toxicomanie, qui intervient quelques temps avant la mise sur le marché des TSO, représente, pour eux, une occasion de donner une légitimité à leurs prescriptions et de revendiquer leur compétence. En rendant visibles leurs pratiques, ils souhaitent obtenir la reconnaissance des autorités administratives et des autres soignants. L'inscription dans le cadre de cette circulaire donne ainsi une caution légale à leur intervention. L'organisation collective en Réseau leur permet de faire face aux critiques – certains d'entre eux avaient été menacés d'interdiction – et de garantir le sérieux de leur démarche, y compris au regard de leurs propres doutes :

« Donc ça s'est créé comme ça, on a créé une association, on s'est vus, ce fameux 4 décembre [...] Ça a été une première rencontre, puis à partir de là on a mis en place les statuts. Et on a commencé à travailler et à partager nos pratiques, et puis...Et dans ce réseau très vite il y avait des médecins de ville, il y avait des centres de soin, et des médecins hospitaliers. Donc avec la phase 94-96 où c'était pas encore légalisé [...] Avec cette phase transitoire, de 94 à 96 où là ça avait été un peu chaud. Ça avait été un peu chaud parce que c'était difficile, parce qu'on cherchait, parce qu'on progressait, mais c'était pas évident parce que paradoxalement la plupart des patients qui étaient suivis ils étaient pas forcément bien parce qu'ils étaient tellement sous-dosés, ils avaient pas la dose, alors c'était très difficile de s'en rendre compte. » (Généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2011)

Leur entreprise de quête de reconnaissance rencontre la démarche que les intervenants en toxicomanie ont menée au même moment avec la création du centre méthadone. Mais les généralistes « pionniers » ont tenté de peser dans l'orientation de la politique substitutive, de dépasser le simple rôle d'exécutants des prescriptions que les intervenants en toxicomanie auraient voulu leur octroyer. En effet, au moment de la création du Réseau ils sont de réels spécialistes de la substitution, puisque ni les CSST – à l'exception des nouveaux centres méthadone qui viennent de commencer leur activité – ni les hôpitaux n'en prescrivent. Comme le remarque une psychiatre hospitalière, il s'agit d'un Réseau créé « de la base » ce qui est une organisation atypique comparé aux Réseaux hospitalo-centrés des autres villes :

« [Les médecins généralistes] se sont beaucoup positionnés, ils ont créé le Réseau...C'est sûr que c'est pas du tout pareil quand tu crées le Réseau de la base que quand tu le crées à partir de l'hôpital et que tu

cherches à avoir des partenaires qui vont prendre en charge les gens, enfin dans un parcours où petit à petit ils doivent aller mieux, donc avoir moins besoin de spécialistes entre guillemets. Là pour le coup, les spécialistes sont plutôt les médecins généralistes, il n'y en a pas ou très peu sur l'hôpital. » (Psychiatre addictologue, entretien, 2012)

L'équipe de coordination du Réseau a longtemps été composée en majeure partie de généralistes¹⁸. Leur poids dans cette structure est donc considérable, ce qui leur confère un pouvoir de décision non négligeable au niveau local.

2.1.2. Des généralistes experts de la substitution

Outre l'initiative des intervenants en toxicomanie pour garder le contrôle des prescriptions de méthadone, le Réseau résulte de la formalisation de liens plus anciens existant entre les généralistes « pionniers » de la substitution¹⁹. Ces liens trouvent leur origine dans des réunions informelles au cours desquelles les premiers généralistes prescripteurs échangeaient sur les médicaments, les posologies, les indications, les patients, afin de construire les bases d'une pratique nouvelle :

« On était un groupe à Toulouse, mais partout en France ça a émergé, c'est-à-dire qu'il y a eu des groupes à Montpellier, à Paris, à Bayonne, à Nice, à Toulouse, qui ont essayé de réfléchir que faire par rapport aux toxicomanes, et leur proposer des...essayer de voir, tester, on a essayé des médicaments [...] Alors pour pouvoir se faire on s'est organisés, il y avait plusieurs médecins qui avaient réfléchi là-dessus, qui avaient travaillé, on a fait une association. Qu'on a appelé Passages. Et euh, et puis bon à l'époque on était plusieurs à avoir un cas, un patient qu'on suivait, et qu'on avait mis sous traitement, et, pour voir un peu ce qu'il allait se passer, quoi. Donc on y est venus comme ça. » (Généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2010)

Dans le cadre officiel du Réseau, ces rencontres ont changé de forme pour devenir des groupes de réflexion plus organisés entre médecins de ville et pharmaciens (études de cas, réunions thématiques...). Elles se sont poursuivies durant plusieurs années après la mise en place de la substitution. Depuis sa création, le Réseau n'a eu de cesse d'organiser des rencontres avec les généralistes. L'objectif était aussi de former les médecins souhaitant s'initier à la substitution en bénéficiant de l'expérience des « pionniers » :

¹⁸ Trois des quatre médecins coordonateurs étaient des généralistes, jusqu'à 2012 où une addictologue hospitalière a remplacé l'une des généralistes coordonatrices.

¹⁹ Comme le remarquent Schweyer (2005), ou encore Bergeron et Castel (2010), ce mode de création des Réseaux de santé par la formalisation de liens existants est relativement courant dans le domaine de la santé.

« On a fait des réunions de quartier sur les traitements de substitution pour présenter le Réseau, on a fait des réunions générales chaque année, des réunions thématiques, on a fait des cercles cliniques qui ont marché un moment et puis qui ont arrêté, qui ont repris et qui ont pas remarché, voilà, le plus possible on essaie de drainer le tissu social sur cette question. » (Président du Réseau, entretien, 2010)

En étant à la tête du Réseau, les médecins généralistes font la promotion de la substitution en médecine générale. Ils entreprennent dès le début d'étendre les TSO auprès d'un nombre accru de généralistes :

« Au départ, on était partis sur l'idée qu'il fallait que les médecins généralistes puissent prendre en charge les toxicomanes, donc de les pousser à ce travail là, de les pousser à se former, de les pousser à prendre en charge. » (Généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2011)

De nombreux acteurs rencontrés s'accordent pour dire que le Réseau est « fort » à Toulouse, qu'il est bien connu des généralistes de l'agglomération. L'animatrice du Réseau souligne qu'elle est en contact avec plus de 200 généralistes du département. En 2004, le président du Réseau indique dans la lettre de Graphiti que « le Réseau a pris en charge, en collaboration avec tous les professionnels et sans exclusive, la plus grande partie des patients toxicomanes de l'agglomération » (La Lettre de Graphiti, n°36). Un petit groupe de généralistes particulièrement actifs se sont donc posés en experts locaux de la substitution et en interlocuteurs incontournables tant pour leurs pairs que pour les acteurs politiques et les professionnels spécialisés. Ils constituent encore aujourd'hui des personnes ressources. D'autres généralistes les sollicitent régulièrement pour des conseils ou pour l'adressage de patients :

« Il y a de tout, il y a ceux qui nous demandent des renseignements par téléphone, d'autres qui nous envoient les patients parce qu'ils galèrent donc ils veulent avoir un avis, pour les équilibrer puis après le renvoyer, et puis d'autres qui veulent plus les voir qui nous les envoient et qu'on suit. » (Généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2011)

« On m'appelle pour un patient parce qu'il est...parce que le médecin comprend pas ce qu'il se passe, parce qu'il veut faire un sevrage il sait pas comment l'orienter, parce que le patient va pas bien, parce que il a commencé un traitement mais il veut pas s'en occuper, voilà.

-Et vous dans ce cas là vous prenez le relais ?

-Ouais. J'essaie de le renvoyer, mais bon. Ou alors je le fais passer...je lui donne le numéro du Réseau, et il téléphone à Sonia [l'animatrice] qui redispatche, pour ne pas concentrer, parce qu'on essaie de fonctionner par quartier quand-même, par secteur géographique. » (Président Réseau, entretien, 2010)

Le statut d'expert attribué par les pairs mène cependant un médecin coordonnateur à tempérer le succès des réunions organisées par le Réseau avec d'autres généralistes. Elles n'auraient pas réellement permis de diffuser la substitution vers les généralistes qui y participent : au contraire, ces médecins ont tendance à considérer les coordonnateurs comme des spécialistes locaux, et à faire reposer sur eux l'investissement dans les pratiques substitutives. On retrouve ici la fonction d'orientation, qui constitue un mode de pratique de la médecine générale (Bloy 2002; Sarradon-Eck 2010b; Vega 2012), mais contrairement aux cas envisagés habituellement en sociologie, ici, les généralistes n'envoient pas leurs patients vers les médecins spécialistes mais vers d'autres généralistes, assimilés à des spécialistes. Les généralistes se montrent intéressés par la substitution, tout en refusant de prendre en charge certains patients qu'ils adressent aux généralistes qu'ils identifient comme experts²⁰. De ce fait, les réunions du Réseau représenteraient, pour les praticiens, l'occasion de se forger un carnet d'adresses de médecins « référents » pour les TSO, plutôt qu'une réelle volonté de s'engager dans la prescription :

« On a fait énormément de formation, surtout qu'au début quand-même beaucoup de gens étaient intéressés donc on a fait de l'information, des soirées, des groupes de réflexion, des formations de médecins, on en a fait énormément, et il y avait du monde, pendant des années il y avait du monde. Mais beaucoup venaient parce que ça les intéressait, oui ok ils avaient peut-être un patient ou deux, mais après ils avaient pas envie de développer ça, et ils disaient allez voir André, allez voir Yves. Voilà c'est-à-dire qu'après, on était les référents spécialistes pour eux. » (Généraliste coordonnateur réseau, entretien, 2011)

Ainsi, l'existence d'un groupe de généralistes experts de la substitution ne présume pas de l'investissement approfondi des autres généralistes de la ville. Par contre, les efforts des fondateurs du Réseau pour sensibiliser leurs confrères aux « bonnes pratiques » substitutives en médecine générale, assure une reconnaissance de leur compétence aux yeux des tutelles. Avoir été formé par le Réseau devient dès lors un gage de bonnes pratiques.

²⁰ Nous développerons ceci dans le chapitre suivant.

2.2. Promouvoir les bonnes pratiques substitutives en médecine générale : une mission du Réseau

2.2.1. Se démarquer des « dérives »

Après la mise sur le marché du Subutex, les débats entre professionnels dans la *Lettre de Graphiti* et la revue *Pratiques* se déplacent. Les TSO sont toujours au devant de la scène, mais il ne s'agit plus désormais de débattre sur le bien-fondé de donner des médicaments, puisque la politique officielle a maintenant tranché et le « partenariat » local est en fonction. À partir de 1997-1998, c'est sous l'angle du trafic de Subutex que la substitution est abordée dans les différentes contributions. La question du trafic semble se poser de manière accrue à Toulouse. Une enquête régionale comparative de l'OFDT (Cadet-Taïrou, Cholley 2004) en atteste : au début des années 2000, Toulouse est la deuxième ville en nombre de patients ayant plus de 5 prescripteurs (10,6% des patients). Ces patients représentent alors à eux seuls près du tiers des prescriptions. Les auteurs notent que Toulouse, à l'instar de Paris, Bobigny et Marseille semble « connaître une activité de revente assez intense : entre 21% et 40% des doses seraient potentiellement détournées » (*ibid.*, p. 68) Cette situation ne manque pas d'alarmer les soignants du Réseau Passages ainsi que l'assurance maladie.

Dans la *Lettre de Graphiti*, en 1997, un médecin du centre méthadone s'inquiète déjà de « la situation du Subutex en médecine de ville ». Les généralistes sont fortement mis en cause dans les phénomènes de revente au marché noir : les soignants dénoncent, entre autres, leur manque de formation. L'argument classique de l'incompétence des généralistes est régulièrement rappelé tout au long des années par divers acteurs dans les bulletins et les conférences²¹. En 1998, dans la *Lettre de Graphiti*, un généraliste du Réseau tente de défendre ses confrères. Sans nier l'ampleur du trafic, il insiste sur le manque de moyens des généralistes pour repérer les patients « dealers ». Selon lui, les généralistes n'ont pas à « culpabiliser » car ils ne peuvent, à eux seuls, endiguer ce phénomène. Il en déduit que la lutte contre le trafic n'est pas l'affaire des médecins, mais bien celle de la CPAM qui, assure-t-il, aurait les moyens de déceler les patients qui consultent plusieurs médecins. On peut imaginer que les sollicitations publiques du Réseau envers la tutelle, additionnées aux chiffres alarmants de l'OFDT, sont des éléments qui ont motivé l'assurance maladie de Haute

²¹ Comme on l'a vu au chapitre précédent, la crise de légitimité des généralistes n'est pas un phénomène proprement local.

Garonne à mettre en place, en 2004, un dispositif de contrôle renforcé des prescriptions et délivrances de Subutex²². Selon l'un des généralistes coordonnateurs, le dispositif a été instauré « en concertation avec le Réseau ».

Ce dispositif de contrôle de grande ampleur va alors provoquer la révélation médiatique des « affaires » du Subutex évoquées au chapitre précédent : les trafics organisés, impliquant des médecins généralistes et des pharmaciens, mis en lumière par les investigations de la CPAM. Les scandales éclatent au moment où le Réseau Passages fête ses 10 ans, et où des recommandations de bonnes pratiques pour les TSO viennent d'être publiées par l'ANAES²³ (ANAES, FFA 2004). Dès lors, le Réseau et ses généralistes coordonnateurs n'auront de cesse de se démarquer des « dérives », en s'érigeant comme garants des bonnes pratiques substitutives en médecine générale. La stigmatisation politico-médiatique des généralistes amène ainsi des prises de position de la part du Réseau : défendre les bonnes pratiques, condamner les mauvaises, pour mieux défendre la politique de substitution en médecine générale.

L'affirmation des bonnes pratiques passe, en effet, par la dénonciation des mauvaises. On remarque une méfiance du Réseau face aux « gros titres » des médias, une volonté de discerner le vrai du faux. En mai 2004, Graphiti organise une soirée d'information intitulée « substitution, bonnes pratiques et dérives », dans l'objectif de répondre aux questions des professionnels et d'atténuer l'affolement suscité par les médias. En réagissant aux attaques médiatiques envers le Subutex, le Réseau cherche également à rassurer les médecins généralistes, pour éviter que ces derniers ne renoncent à prescrire par peur des contrôles et des sanctions :

« Sur le réseau des médecins et des pharmaciens, suite aux multiples contrôles de la CPAM, de nombreux professionnels se sont découragés et démotivés. Se pose à terme le problème d'un réseau suffisant. Il faut travailler dans ce sens, recenser et étoffer le réseau. » (Médecin généraliste coordonateur Réseau, Revue *Pratiques*, n°20, 2006)

²² Les contrôles consistent à repérer, à partir des volumes de médicaments remboursés, les patients ayant plusieurs prescripteurs ou des doses de Subutex supérieures au maximum autorisé. Les patients sont ensuite convoqués par le médecin conseil de l'assurance maladie et sommés de choisir un médecin et un pharmacien « référents » pour le Subutex. Ces derniers seront dès lors les seuls habilités à prescrire et à délivrer le Subutex. À Toulouse, chaque médecin qui a prescrit au patient est notifié par un courrier l'informant du choix de ce dernier, de même que tous les pharmaciens de la ville. Ce dernier point a suscité des problèmes d'anonymat et de secret professionnel, ce qui a forcé la CPAM de Haute Garonne à mettre fin au dispositif en 2011.

²³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Aujourd'hui Haute Autorité de Santé (HAS)

Le Réseau affirme son soutien à l'initiative de contrôle de la CPAM, en se désolidarisant totalement des généralistes impliqués dans les « affaires ». Ses fondateurs cherchent à montrer que les pratiques contestables ne sont pas l'apanage de tous les généralistes :

« Si certains ont eu des pratiques mafieuses, ils seront condamnés et nous ne les soutiendrons pas. »
(Médecin hospitalier, *La lettre de Graphiti*, n°36, 2004)

« Hors de question de considérer que l'arbre cache la forêt, et au fond si ce qui est dit s'avérait vrai, ce serait une bonne occasion d'élaguer l'arbre. » (Intervenante en toxicomanie, *Pratiques*, n°17, 2004).

Aujourd'hui encore, les coordonateurs sont soucieux de rappeler que jamais les membres du Réseau ne se sont livrés à des trafics :

« Il y avait eu aussi une histoire de médecin qui en prescrivait en grande quantité, de mèche avec le pharmacien, et qui en fait n'était pas délivré, c'était un détournement d'argent, il y a eu des magouilles comme ça aussi. Mais c'était pas...sur le Réseau lui-même nous on a jamais eu de problèmes. [...] Un médecin a été inquiété parce qu'il avait fait du trafic, lui il avait fait du trafic. Il faisait pas partie du Réseau, hein, tous les faits divers qu'il y a eu ça a pas été des gens du Réseau. Mais il y a eu une histoire d'un gars qui a fait du trafic, qui a été suspendu, qui avait fait du trafic. Mais d'ailleurs c'était pas qu'avec le Subutex c'était aussi d'autres produits, il y a eu une histoire de fait divers comme ça, je sais même pas qui c'est, mais qui avait fait du trafic avec les cartes Vitales, les consultations, un barjot, quoi, un fou. » (Médecin généraliste coordonateur réseau, entretien, 2011)

Ce discours, qui établit bien la différence entre « eux » et « nous », va jusqu'à présenter comme pathologique le comportement des médecins trafiquants, en le plaçant du côté de la folie. Il s'agit là d'un discours reposant sur l'exclusion, qui a pour vocation de se démarquer des pratiques déviantes. Comme l'ont montré Elias et Scotson (1997), les acteurs construisent une cohésion collective en excluant d'autres acteurs aux pratiques jugées déviantes (*outsiders*), afin d'asseoir leur propre légitimité et celle des valeurs qu'ils défendent. La condamnation des « dérives » participe ainsi d'une volonté de prouver la légitimité des généralistes du Réseau pour prescrire des TSO. Il s'agit d'éviter une stigmatisation de tous les généralistes prescripteurs, et par là même du Subutex, dont les « pionniers » ont eu tant de mal à défendre les bienfaits pour les patients. Établir des règles, ici, c'est aussi établir les frontières de la prise en charge substitutive en médecine générale, en rejetant hors d'elle les pratiques déviantes.

De plus, les généralistes du Réseau tentent de minimiser les « dérives » à l'échelle de la ville. Elles sont décrites comme des pratiques marginales, qui seraient le fait d'un petit nombre de médecins « isolés » au double sens du terme : des cas isolés, et des médecins isolés du Réseau et des professionnels spécialisés. Dans la *Lettre de Graphiti*, le président du Réseau insiste sur la bonne qualité globale des prises en charge « à l'exception d'une pincée de médecins pour le moins folkloriques » (Médecin généraliste président du Réseau Passages, *La Lettre de Graphiti*, n°36, 2004). Par ce discours excluant, le Réseau affirme que la politique de substitution en médecine générale reste une bonne solution malgré les attaques médiatiques.

Aujourd'hui, cette même volonté de conserver une légitimité durement acquise se retrouve dans le projet d'exclure du Réseau les médecins jugés hors normes, c'est-à-dire ne respectant pas les bonnes pratiques promues par ce dernier :

« On en a même un qui est un peu limite, qui a des pratiques un peu limite, on s'est même posé la question de l'exclure ou pas. Je me rappelle même plus son nom. [...] Il est trop limite, quoi, des pratiques...Et, donc à un moment donné on s'est posé la question. » (Médecin généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2011)

2.2.2. Quand le Réseau définit ce que doit être la substitution en médecine générale

Le Réseau s'inscrit en organe de diffusion des « bonnes pratiques » en utilisant plusieurs vecteurs. D'une part, il met en place une « charte de bonnes pratiques » que tous les membres doivent signer et approuver. Il organise aussi des formations à destination des généralistes, et rédige des brochures à leur intention. En 2000, il édite un « Manuel pratique pour la prise en charge de la toxicomanie aux opiacés en médecine de ville et à la pharmacie », qui sera réactualisé plusieurs fois par la suite. Ce document insiste sur la nécessité d'une prise en charge « globale » multi-partenariale. Il récapitule différentes règles à suivre pour la prescription de TSO : le déroulement de la première consultation, les principes légaux de prescription, la conduite à tenir face à la transgression des règles, etc. Ce « manuel » a également pour objectif de rassurer les généralistes réticents à prendre en charge des patients substitués. Le Réseau cherche à mettre fin aux idées reçues sur les « toxicomanes » en insistant notamment sur les bons taux d'observance des TSO. Dans sa

troisième édition de 2005, le manuel indique que le TSO est à envisager dans le cas où le patient refuse le sevrage, ce qui diffère des recommandations de l'ANAES. On y retrouve aussi la définition de la toxicomanie comme « symptôme », portée par les intervenants en toxicomanie : ce manuel est donc le fruit d'un Réseau encore fortement marqué par la psychanalyse. Enfin, la brochure fournit les adresses des différents centres spécialisés membres du Réseau, décrits comme des acteurs indispensables de la prise en charge « globale ».

Diffuser les « bonnes pratiques » c'est donc également diffuser la norme de pratique « en réseau », qui est toujours décrite comme le point crucial de la prise en charge. On l'a vu plus haut, selon le Réseau, les médecins généralistes « isolés » des autres professionnels sont les plus exposés aux problèmes de détournements des MSO. Pour un médecin hospitalier fondateur du Réseau, il est « urgent » que les « médecins isolés » qui « ont eu des prescriptions non-conformes aux bonnes pratiques », « se forment et participent au Réseau ville-hôpital » (*La Lettre de Graphiti*, 2004). Les bonnes pratiques promues par le Réseau reposent avant tout sur l'idée que la prise en charge ne se réduit pas à la prescription du médicament et implique des acteurs du domaine psychologique et social.

Se faire le garant d'une certaine conception des « bonnes pratiques » signifie véhiculer ce qui peut être considéré par d'autres comme une pensée unique, une *doxa* n'autorisant pas d'autres méthodes de travail. Par exemple, aujourd'hui, des acteurs de la réduction des risques dénoncent la politique de dissuasion de la prescription de sulfates de morphine, que le Réseau a menée durant de nombreuses années. Selon ces acteurs, le choix du Réseau est discutable au vu des complications veineuses liées à l'injection du Subutex. C'est un choix local, puisque la situation est différente dans d'autres régions ou dans d'autres villes de la Haute Garonne. Un généraliste du Réseau s'en glorifie en nous l'expliquant :

« [Les sulfates de morphine] c'était pas un bon traitement de substitution, donc petit à petit on les a laissés tomber. Ils en faisaient des mésusages, surtout le Skénan il y en avait qui l'injectaient donc c'était presque comme si ils avaient de la drogue sur ordonnance, le Skénan. [...] Ici ça a été très vite abandonné parce qu'on a compris que c'était pas un bon produit de substitution. Il y avait des régions historiquement comme Montpellier, pourquoi eux l'ont prescrit pendant longtemps, eux ils avaient l'habitude de ça, ils ont continué pendant longtemps. » (Médecin généraliste coordonateur réseau, entretien, 2011)

Les responsables du Réseau justifient leur choix en évoquant les « détournements » possibles des sulfates de morphine. Il s'agit pour eux de construire une frontière entre « médicament » et « drogue », qui, on l'a vu au chapitre précédent, est largement fluctuante et peut faire l'objet de controverses.

De même, au début des années 2000, le Réseau lance une vaste campagne auprès des généralistes du département contre la prescription de Rohypnol aux « toxicomanes »²⁴. Selon le Réseau, ce médicament est trop souvent « détourné », il n'est « jamais consommé normalement » (Affiche contre le Rohypnol diffusée par Passages, 2000). Quelques années plus tard, cette opération a été renouvelée pour le Rivotril, une autre benzodiazépine faisant l'objet de « détournements ». Or, un généraliste que nous avons rencontré propose un discours alternatif à celui du Réseau. Il travaille seul, et est particulièrement critique concernant ce qu'il nomme une « *charia* » contre les benzodiazépines :

« Je suis en opposition avec la *charia* lancée contre les benzodiazépines par un certain Réseau, Passages, où je suis, d'ailleurs, mais j'y vais pas. Et parce que... ils ne veulent pas en donner, ils préfèrent que les gens mentent là-dessus. Et moi non. Moi je pense que c'est une famille incontournable, les benzodiazépines donnent une qualité de tranquillité qu'on ne peut pas substituer par autre chose, par d'autres familles de tranquillisants. J'ai vu des gens, qui sont arrivés de là bas, de chez ces médecins là, qui sont écrasés par les neuroleptiques ou par un truc qui ne marche pas. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin propose une contre-expertise, il défend des normes de bonnes pratiques alternatives, fondées par lui-même à partir de son expérience. Il ne peut cependant pas les faire valoir au niveau local où le Réseau Passages est largement reconnu. En contestant les normes promues par le Réseau, ce médecin se retrouve isolé localement, et stigmatisé pour ses « mauvaises pratiques ». Le président du Réseau ira jusqu'à nous dire qu'il représente pour lui « l'antéchrist ». Albert est systématiquement exclu des discussions alors qu'il pèse un poids certain dans les prises en charge au niveau local, du fait de son volume élevé de prescriptions – il déclare avoir 500 patients sous TSO, et même si ce chiffre est probablement surévalué pour nous convaincre de l'importance de son rôle, il est vraisemblablement le plus gros prescripteur de la ville. Nous avons là un phénomène de marginalisation des pratiques

²⁴ Le Réseau a diffusé plusieurs messages d'information sur les méfaits de cette benzodiazépine, il a également envoyé à tous les généralistes de Haute Garonne des affiches explicatives intitulées « Pourquoi nous ne prescrivons ni ne délivrons du Rohypnol en matière de toxicomanie », en invitant les praticiens à les apposer dans leur salle d'attente.

déviantes au sein d'un groupe professionnel, tel qu'il est décrit par Freidson (1984) : lorsque le Réseau, dominant localement, stigmatise les pratiques du Dr Albert, il incite du même coup les autres médecins à s'aligner sur sa conception des bonnes pratiques.

Pour contrer sa marginalisation locale, le Dr Albert en vient à chercher des alliés extérieurs auprès desquels diffuser son expertise : les laboratoires pharmaceutiques ou des médecins étrangers rencontrés lors de congrès.

« Ça c'est français, et peut-être toulousain, mais enfin. J'ai été, parce que je prescris beaucoup, Subutex²⁵ m'a envoyé au congrès mondial de lutte contre la toxicomanie à Berlin en 2010. Et là il y avait, donc, c'était organisé par un prof australien, avec une vingtaine de spécialistes américains etc., et la question bien sûr était posée par les Allemands, par les Belges : "Il faut surtout pas donner de tranquillisants, benzodiazépines, et tout ça, les gens meurent, arrêts respiratoires", enfin des tas de conneries. Et ils ont eu la surprise de voir les américains, qui ont beaucoup d'expérience avec les toxicos, et les australiens : "Non, il faut, comme tous les médicaments, les gérer avec prudence, circonspection et précision, et dans ces conditions ben ça marchera". Ça apporte un service incontournable, enfin, non remplaçable, non substituable par un autre. Ce que j'ai toujours pensé. Ceci dit, ils me prennent tous pour le diable parce que je donne de la [inaudible] ou du Lexomil. » (Dr Albert, médecin généraliste, 500 patients TSO, entretien, 2011)

Malgré son isolement local et sa marginalisation du champ de la substitution à Toulouse, il tente de marquer son appartenance à un collectif plus vaste en se constituant un réseau de contacts à l'extérieur de la ville et même du pays.

Pourtant, le Dr Albert est membre du Réseau. Ce qui peut paraître paradoxal à première vue contribue à étayer l'idée selon laquelle le Réseau est très puissant localement. Être membre peut, en quelque sorte, servir de gage de bonnes pratiques, de garantie auprès des tutelles comme l'assurance maladie et l'Ordre des médecins :

« La sécu savent que les gens qui font partie du Réseau, la plupart des médecins qui y sont connaissent bien le sujet, n'ont pas de difficultés avec les prescriptions, ils se méfient plus des gens qui sont seuls qui prescrivent dans leur coin sans savoir quoi faire. » (Médecin généraliste coordonateur Réseau, entretien, 2011)

Le Dr Albert est en procès avec l'assurance maladie pour des prescriptions abusives. Selon un de ses patients, il aurait même été suspendu quelques mois. Un autre enquêté, le Dr

²⁵ Il se réfère ici au laboratoire pharmaceutique qui commercialise le Subutex.

Édouard, a dû faire face à des différends avec l'assurance maladie, après quoi il a adhéré au Réseau. Ainsi, être membre sur le papier ne présume pas forcément de la participation aux réunions organisées par le Réseau, ni du travail en « partenariat » promu par ce dernier, ni même de la conformité aux « bonnes pratiques » qu'il véhicule. Par contre, le Réseau étant reconnu auprès des tutelles, y adhérer peut constituer une protection contre d'éventuelles attaques en justice. Les généralistes-experts fondateurs du Réseau ont acquis la reconnaissance de leurs pairs, des tutelles, ainsi que des institutions spécialisés. Ils sont parvenus à asseoir la légitimité de la médecine générale en matière de TSO en présentant leur conception des bonnes pratiques comme la seule valable : tous les généralistes locaux sont obligés d'y souscrire, au moins en apparence.

2.3. Devenir prescripteur : la politique publique à l'épreuve du temps biographique

Le tableau dépeint ici ne serait pas complet sans évoquer la manière dont l'initiative du Réseau de diffuser la substitution à un grand nombre de généralistes, a rencontré la carrière de certains médecins enquêtés lorsqu'ils sont devenus prescripteurs. Afin de suivre le fil conducteur de l'articulation des échelles et niveaux d'action, il convient d'ouvrir une réflexion sur la rencontre entre l'*histoire collective* de la mise en œuvre locale d'une politique publique et l'*histoire biographique* de la vie professionnelle des acteurs impliqués.

Une typologie des modes d'entrée dans la pratique substitutive permet de déceler la double influence des confrères (en particulier les « pionniers » fondateurs du Réseau), mais aussi des patients. L'entrée dans la prescription suite à une « demande », qui rappelle la spécificité d'un mode d'exercice sous la « dépendance du client » (Freidson 1984), ne doit pas être négligée. La demande des patients est porteuse d'enjeux différents selon qu'elle a lieu avant ou après l'autorisation officielle des TSO en médecine de ville.

2.3.1. L'influence des confrères

Le Réseau a grandement contribué à la rencontre entre la politique publique des TSO et la carrière individuelle des médecins prescripteurs. En accord avec leur objectif de promouvoir la substitution en médecine générale, ses membres actifs ont su mobiliser les

généralistes pour prescrire, comme en témoignent les récits de certains enquêtés :

«-J'ai commencé par l'entremise d'un collègue qui s'en occupait beaucoup, et qui comme toujours a su jouer sur la fibre sensible, "tes gosses vont être toxicos, t'auras rien fait", voilà, je me suis mis un petit peu à en faire, effectivement.

- *C'est lui qui vous y a initié ?*

-Disons que j'en faisais, comme Jourdain, un petit peu au petit bonheur la chance, et que là j'ai contacté, j'ai suivi pas mal de congrès de...du groupe avec qui il travaillait, Passages. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Les « pionniers » rencontrés expliquent qu'ils ont, chacun individuellement, essaimé leurs pratiques auprès de collègues qu'ils rencontraient dans des collectifs autres (formation médicale continue, groupes de travail sur l'adolescence ou le VIH, etc.), ou au sein de leur quartier. Ils cherchaient alors à se répartir les patients, tout en étendant l'accessibilité de la substitution en médecine générale.

Dans la même logique, pour d'autres enquêtés, c'est l'installation avec un associé déjà sensibilisé aux TSO qui a engendré l'entrée dans la pratique :

« Je m'associais à des médecins qui étaient là depuis longtemps, qui eux-mêmes faisaient la prise en charge de problèmes de toxicomanie, c'était à l'époque de l'arrivée du Subutex, donc c'était la transition entre le Temgésic qu'on prescrivait hors AMM, illégalement d'une certaine façon, et l'arrivée du Subutex et de la méthadone. Donc, en fait, moi j'ai commencé à exercer au moment de la mise en place des centres méthadone. Des premiers centres méthadone, et l'arrivée du Subutex. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

2.3.2. La demande des patients

La demande des patients, quant à elle, a d'abord influencé la démarche des « pionniers ». La plupart affirment se souvenir précisément de leur premier patient, souvent atteint du VIH, dont ils ont voulu soulager les souffrances en prescrivant un médicament opiacé :

« J'ai commencé à prescrire de la substitution en novembre 1993, à un patient qui était en sida terminal et qui prenait de l'héroïne. Pour lui j'ai décidé de commencer un traitement de substitution. Ça s'appelait pas traitement de substitution, il y avait pas de nom. Un traitement morphinique. Voilà. Il est mort depuis. Donc je l'ai fait, en toute illégalité. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Contrairement aux « pionniers », plusieurs médecins racontent qu'ils refusaient de répondre aux demandes de prescription avant 1996, alors même qu'ils auraient souhaité apporter des solutions à ceux qui ne pouvaient pas encore être leurs patients. L'interdit légal les dissuadait de passer à l'acte. La demande n'était pas entendable. Par la suite, certains d'entre eux se sont d'emblée saisis de la possibilité de prescrire, dès que les MSO ont été autorisés. Certains sont même devenus des membres actifs du Réseau. Le revirement politique modifie le sens de la demande :

« Je me suis installée en 88, et à un moment donné j'ai commencé à recevoir, enfin à devoir accueillir des patients toxicomanes mais je ne savais pas trop comment faire. Et je les renvoyais sur des confrères du quartier, mais il y a eu de plus en plus de gens qui ne voulaient pas s'en occuper. Et puis finalement dans les années 1995 par là, je me suis dit "il faut que je me forme", et j'ai suivi une formation auprès d'un organisme qui s'appelle Graphiti. [...] Et à ce moment là il y a le Subutex, en plus, qui est apparu. C'était le premier produit de substitution. Le Subutex est sorti en 1996 et ça a facilité tout de suite beaucoup les choses, il y avait une réponse concrète, même si c'est sûrement pas la seule, mais il y avait quand-même quelque chose à leur apporter, et surtout leur demande a changé, la demande des toxicomanes a changé. [...] Auparavant ils demandaient des produits illicites, vous voyez, un détournement d'indication de produits existants, et moi j'avais du mal à me débrouiller au plan relationnel avec ça parce que je ne le voulais pas, j'exerçais toute seule, il y avait des menaces... Tandis que là, quand il y a eu le Subutex, on pouvait leur proposer, pour ceux qui ne voulaient pas de sevrage, on pouvait leur proposer autre chose. » (Dr Flore, médecin généraliste, entretien, 2010)

Enfin, certains médecins installés après 1996 affirment avoir répondu « naturellement » à la demande des patients, qui fait désormais partie de leurs missions officielles. La question de la légitimité de la demande, et par là même de la légitimité à prescrire, ne se pose plus :

« -Comment vous avez commencé à prescrire des traitements de substitution ?

- De façon très naturelle, avec les toxicomanes qui se présentaient à la consultation, donc depuis toujours. » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

« C'est parce que j'en ai eu la demande. C'était pas une volonté de ma part particulière de prendre en charge particulièrement cette population, mais ça me pose pas de problème non plus de les prendre en charge comme dans le reste de la médecine générale. Enfin, pour moi ça fait partie de mon travail. » (Dr Éliane, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ainsi, la réponse faite aux sollicitations des patients ou des confrères varie en fonction du moment où la politique substitutive rencontre la carrière des médecins. Répondre à une

demande, avant 1996, c'est se mettre dans l'illégalité, c'est aussi rétrospectivement, être nommé « pionnier » de la substitution. Après 1996, cette même demande entre dans les prérogatives ordinaires de la médecine générale. La politique publique et l'évolution des pratiques individuelles se trouvent intriquées : une demande n'a pas le même sens ni les mêmes implications en fonction du contexte politique propre à une époque. C'est ce contexte qui établit les conditions de possibilité de la rencontre entre un médecin et un patient donné.

Enfin, il faut remarquer que l'entrée des généralistes dans la pratique substitutive n'entraîne pas forcément leur implication à titre définitif. Certains des prescripteurs de la première heure (des « pionniers » ou leurs émules), se sont, dans un second temps, désinvestis en réduisant leur activité substitutive, ou en quittant le Réseau suite à des désaccords sur les bonnes pratiques et la manière de les transmettre :

« Il y a eu ces réseaux, là, où on s'est réunis avec pas mal de copains [...] et puis...moi j'ai un peu abandonné.

-Pourquoi ?

- Je sais pas ce qu'ils font dernièrement, moi j'y suis allé un an ou deux, on tournait en rond, on passait notre temps à initier des jeunes qui voulaient le faire, ça va 5 minutes, quoi. Et à se donner bonne conscience, et à échanger nos valeurs. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

En complément à une analyse de la mise en œuvre locale de la politique substitutive, il nous a donc semblé primordial de souligner l'impact de la politique nationale, mais aussi des choix propres à sa déclinaison locale, sur les pratiques et trajectoires des médecins prescripteurs.

Conclusion du chapitre 2

Le détour par les spécificités historiques du terrain toulousain aura permis d'envisager l'appropriation des TSO au niveau d'un « système local d'action publique » (Loncle 2011). Un collectif local, le Réseau, dirigé par d'anciens intervenants en toxicomanie et un groupe de généralistes, décide comment sera organisée la prise en charge de la dépendance aux opiacés à Toulouse. La mise en œuvre locale de cette politique publique s'entremêle constamment avec des enjeux de définition du problème à traiter, ce qui donne lieu à des conflits et des compromis entre acteurs. La notion de « mise en œuvre » apparaît finalement presque insuffisante pour décrire ce processus de fabrication d'un système local d'action publique, par lequel les acteurs tirent profit des imprécisions des circulaires ministérielles pour les rendre compatibles avec leurs objectifs.

S'approprier une mission, dans ce contexte, c'est aussi définir les termes dans lesquels elle doit être remplie : le Réseau décide comment les médecins généralistes devront prendre en charge la dépendance aux opiacés à Toulouse. Cela signifie exclure ceux qui procèdent différemment, en faisant la promotion de normes de bonnes pratiques. L'appropriation de la politique publique passe notamment ici par la délégation d'une partie des missions à d'autres professionnels, conçus comme complémentaires dans la « prise en charge globale multipartenariale ». Du point de vue du Réseau, les généralistes sont légitimes pour s'occuper de dépendance aux opiacés uniquement s'ils s'entourent des professionnels psychosociaux, au premier rang desquels les intervenants des centres de soin spécialisés.

Mais les vellétés du Réseau ne se transposent pas telles qu'elles dans les pratiques des généralistes locaux. Nous allons constater, au chapitre suivant, que la notion même de « réseau », si elle est aujourd'hui bien codifiée par la loi à travers les « Réseaux de santé », revêt souvent un sens bien différent pour les généralistes prescripteurs de TSO. Lorsque les généralistes affirment « travailler en réseau » ils désignent une composante de leur activité quotidienne : le contact avec d'autres professionnels et la constitution de liens *via* un « carnet d'adresses » (Sejourne et al. 2010). Dans le chapitre suivant, nous mettrons de côté le « système local d'action publique » (Loncle 2011) dont la mise en place repose en grande partie sur le Réseau officiel, pour nous intéresser au « système local de prise en charge » (Sicot 2009), constitué de manière plus informelle à travers les relations et interdépendances que les praticiens locaux entretiennent entre eux.

Chapitre 3.

Les généralistes et les autres soignants : du « réseau » au « système local de prise en charge »

Ce chapitre abandonne l'approche diachronique du précédent pour s'intéresser à la configuration d'un agencement local d'acteurs concernés par les TSO, auquel participent tous les généralistes prescripteurs. Les relations de *collaboration*, que les généralistes entretiennent avec d'autres professionnels, témoignent d'une diversité de conceptions du traitement et de ses objectifs. Elles marquent des modalités d'appropriation plurielles de la politique substitutive, au regard notamment de l'injonction à la « prise en charge globale » (partie 1 du chapitre). Mais, on verra que l'étude des relations entre acteurs (les « réseaux » informels) n'épuise pas la totalité des liens qui unissent les professionnels entre eux : les pratiques d'*adressage* des généralistes révèlent une interdépendance entre professionnels locaux (un « système » de prise en charge), qui sert de support au tri des patients (partie 2).

1. Les relations entre généralistes et autres soignants : révélatrices d'une pluralité de définitions du rôle du médecin dans la prise en charge

Dans cette première partie, nous analysons les relations que les généralistes entretiennent avec d'autres professionnels impliqués dans les prises en charge substitutives. Nous verrons d'abord que les liens sont, le plus souvent, informels, même s'ils peuvent présenter des régularités sur le mode d'un « carnet d'adresses ». Par ailleurs, la mise en place, ou non, de pratiques de collaboration traduit diverses conceptions de la place du généraliste dans le suivi des patients : il peut se présenter comme un interlocuteur unique et polyvalent, ou comme un acteur complémentaire à d'autres intervenants. Les logiques de collaboration mettent au jour des modalités différenciées d'appropriation des TSO, sur le plan du déroulement de la prise en charge et de ses objectifs.

1.1. Du Réseau de santé au carnet d'adresses des médecins généralistes

La notion de réseau est polysémique, elle revêt des acceptions différentes selon qu'elle est employée en sociologie, dans les textes réglementaires régissant les « Réseaux de santé »¹, ou par les médecins généralistes rencontrés. Pour ces derniers, le « travail en réseau » désigne une entité plus large que l'inscription dans un Réseau de santé tel que celui décrit au chapitre précédent. Qu'ils soient ou non membres de ce Réseau, plusieurs médecins travaillent régulièrement avec d'autres professionnels autour des patients en TSO. Ces réseaux informels, proches des « réseaux de fait » évoqués par Joubert dans le cadre de la prévention et la réduction des risques (Joubert 1999, p. 182)², sont fondés autour d'un carnet d'adresses relativement indépendant du Réseau officiel.

1.1.1. « Travailler en réseau » : une pratique informelle

Lorsque les médecins enquêtés affirment qu'ils « travaillent en réseau » pour la prise en charge substitutive, ils ne se réfèrent pas à leur participation au Réseau officiel, qui reste souvent épisodique (assister à des réunions...), lorsqu'elle ne se réduit pas au simple paiement de la cotisation annuelle pour être membre. Souvent, les généralistes envisagent le Réseau comme une source d'informations sur les addictions plutôt qu'en support du travail collectif. Cela s'explique, comme on va le voir, par leurs habitudes de travail, mais aussi par le refus, revendiqué par l'équipe de direction du Réseau, d'adopter une posture « gestionnaire » impliquant une ingérence sur les « parcours » de prise en charge.

Après une période de difficultés financières, le Réseau Passages est reconnu comme Réseau de santé à partir de 2006. Outre un élargissement à toutes les addictions, ce statut implique des modifications de ses missions, qui incluront, dès lors, l'administration des « parcours de soins » des patients. Les membres fondateurs n'échappent pas, alors, à une certaine « dépossession » (Schweyer 2005) de l'outil qu'ils ont créé. Ils refuseront toutefois d'adopter ce qu'ils qualifient de « logique de filières », arguant du manque de « souplesse » de ce type d'organisation, qu'ils jugent inadapté au public « toxicomane » dont les parcours

¹ Les « réseaux de santé » sont inscrits dans la *loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* du 4 mars 2002. Ils remplacent les réseaux ville-hôpital et les réseaux de soins. Pour une synthèse de l'évolution de leur cadre législatif, voir notamment Duperrex (2006).

² Chez Joubert, un « réseau de fait » désigne « un système de liens de coopération effectifs entre acteurs locaux appartenant à divers secteurs de compétence et de professionnalité » (Joubert 1999, p. 182).

ne peuvent être uniformisés (termes employés par le président du Réseau en entretien). En cela, ce Réseau diffère d'autres Réseaux de santé, qui visent explicitement à « gérer la trajectoire du malade » (Schweyer 2010a) au moyen d'un dossier commun et d'une « coordination formalisée » des interventions (Robelet, Serré, Bourgueil 2005). De ce fait, il laisse à ses membres le libre choix de leurs collaborateurs, ce qui explique que les liens entre professionnels autour des TSO au niveau local restent en grande partie informels. Schweyer fait le même constat à propos d'autres Réseaux : « Le travail en réseau s'inscrit, pour de nombreux professionnels, dans la continuité de leur pratique quotidienne. Il s'agit d'arrangements locaux. Cette perception est renforcée par le faible développement des outils de gestion. » (Schweyer 2005, p. 102).

En fait, pour les généralistes rencontrés, travailler « en réseau » désigne souvent une pratique habituelle, qu'ils mettent en œuvre avec tous les patients : l'usage d'un « carnet d'adresses » de « correspondants » médecins spécialistes, paramédicaux ou travailleurs sociaux (Sejourne et al. 2010). Ainsi, le Dr Hamid est peu familiarisé avec le terme « réseau », qu'il assimile à un protocole standardisé. Il préfère insister sur son rôle « d'orientation », courant en médecine générale :

-Vous travaillez en réseau ?

-Un petit peu, mais bon, le Réseau avec les associations... mais après, nous on les oriente, hein, les patients, mais on peut pas parler de réseau, comme vous l'entendez, je sais pas... J'ai un cabinet de libéral, moi j'ai le suivi de leur santé plutôt, et après les associations, pour tout ce qui est socio-économique. Et derrière si il y a un besoin, ils y vont, et on les oriente, voilà. » (Dr Hamid, médecin généraliste, entretien, 2011)

Selon Sejourne et ses collègues, le carnet d'adresses répond à la fonction de « coordonateurs » des soins assumée par les généralistes : être en relation avec les autres professionnels qui suivent un patient, pour avoir une vision globale de son état de santé. Notons que ces auteurs ne différencient pas toujours la fonction « d'orientation » et la fonction de « coordination » des généralistes, alors que selon Aline Sarradon-Eck (2010b) ou encore Anne Véga (2011), la coordination consiste à suivre les dossiers des patients en centralisant les informations, alors que l'orientation désigne le fait de « passer la main » à d'autres professionnels. Comme on va le voir, le carnet d'adresses sert de base à la fois à la coordination et à l'orientation.

Plusieurs médecins évoquent des relations durables et à fréquence variable, nouées avec les professionnels qui constituent leur « carnet d'adresses » pour les prises en charge substitutives, tout comme ils ont un carnet d'adresses pour d'autres pathologies, dans lequel ils puisent au gré de leurs besoins :

« Après, vous pouvez toujours vous aider avec des hospitalisations, avec le centre X, avec le centre Y, voilà, faut pas travailler seul, je pense que l'idée aussi dans ce genre de domaine, il faut travailler en réseau ! En réseau. À plusieurs avec l'hôpital. [...] Je travaille avec des addictologues, tout est possible, hein. Tout dépend de la personne, il n'y a pas de règles, tout dépend de la personne que vous avez en face de vous, les protocoles sont multiples. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

Les liens tissés par les généralistes, même s'ils sont indépendants du Réseau officiel, peuvent donner lieu à des collaborations répétées. Ce phénomène se rapproche des « réseaux de coopération » décrits par Henri Bergeron et Patrick Castel (2010) : les professionnels instaurent de façon informelle des routines de collaboration stabilisées, sollicitant régulièrement les mêmes partenaires pour la prise en charge des patients. Selon ces auteurs, chaque praticien choisit ses partenaires en fonction du rôle qu'il souhaite jouer dans la prise en charge, en recherchant la complémentarité et la division du travail autour de la « chaîne thérapeutique » des interventions successives (Bergeron, Castel 2010). L'idée d'une « chaîne thérapeutique » suggère cependant que les collaborations se justifieraient objectivement par les besoins de la prise en charge, que les auteurs ont tendance à réifier, alors qu'ils peuvent être en partie définis par les professionnels au cas par cas. Comme l'illustre la citation du Dr Marc, les généralistes changent leur manière de collaborer en fonction du patient. La notion de « chaîne thérapeutique » s'applique bien plus à l'ancien dispositif spécialisé en toxicomanie organisé autour du sevrage et de la postcure, qu'aux prises en charge substitutives, qui peuvent faire intervenir plusieurs professionnels simultanément (et non successivement). Le standard de « prise en charge globale médico-psycho-sociale », tout comme celui de « chaîne thérapeutique », sont des idéaux promus par les recommandations officielles qui ne peuvent servir à décrire les pratiques dans leur diversité. Ainsi, la notion de « réseau de coopération » est utile pour décrire les relations entre professionnels dans le cadre des TSO, mais uniquement à condition de l'extraire de l'arrière plan fonctionnaliste défendu par Bergeron et Castel.

Le carnet d'adresses est donc le « réseau personnel » (au sens utilisé en analyse de

réseaux sociaux³) tissé par chaque généraliste. La mise en œuvre de liens avec d'autres professionnels autour des TSO reste majoritairement organisée par chacun sur le modèle de la « relation dyadique » (Duperrex 2006)⁴, ne s'inscrivant ni dans une structure officielle (« Réseau de santé »), ni nécessairement dans une dynamique de coordination/complémentarité systématiques (« chaîne thérapeutique »). Si le carnet d'adresses ne repose pas sur la base du Réseau officiel, comment les généralistes identifient-ils les professionnels susceptibles de travailler avec eux ?

1.1.2. La constitution du carnet d'adresses : logiques affinitaires et logiques de réputation

Nous n'avons pas ici la prétention de saisir la totalité du carnet d'adresses des généralistes enquêtés, comme pourrait le faire une analyse de réseaux sociaux. Nous nous basons sur les déclarations des médecins rencontrés en entretien concernant leurs interlocuteurs privilégiés pour les prises en charge substitutives. Lors du recueil des données, nous n'avons pas cherché à obtenir une liste exhaustive des noms des collaborateurs. Dans une démarche qualitative, nous souhaitons plutôt comprendre comment les généralistes repèrent et choisissent les professionnels avec qui ils travaillent. Deux logiques de constitution du carnet d'adresses peuvent être différenciées : une logique basée sur l'*affinité*, et une logique basée sur la *réputation* des professionnels.

Le facteur temps apparaît important pour la constitution du carnet d'adresses des généralistes. Certains affirment qu'ils travaillent en priorité avec des professionnels qu'ils ont connus durant leurs études (les stages hospitaliers en particulier) ou durant des emplois salariés exercés précédemment :

« J'avais fait un diplôme universitaire d'épidémiologie, et mon sujet de mémoire était autour de la demande de Néocodion dans les pharmacies de certains quartiers de Toulouse, donc j'étais allée les rencontrer à la demande du docteur Roger avec qui j'ai fait ce mémoire, [...] et ensuite j'ai travaillé un tout petit peu pour une association qui s'appelle Graphiti, où on m'a demandé de remplacer un médecin, j'étais pas à la hauteur mais ça m'a beaucoup intéressée, donc quand j'ai démarré ici en 1993, j'avais un petit peu cet arriéré de connaissance du milieu. [...] Je m'appuyais beaucoup sur l'équipe de l'hôpital V.

³ L'analyse de réseaux sociaux différencie les réseaux personnels (la totalité des liens qu'un individu entretient avec d'autres) des réseaux complets (la totalité des relations entre individus au sein d'une organisation donnée). Pour des détails voir Mercklé (2011).

⁴ « Le réseau professionnel n'a pas la consistance structurale qui est celle d'une organisation formelle, et que nous trouvons dans les réseaux de santé » (Duperrex 2006, p. 123).

monsieur Roger, donc, avec qui j'ai un peu travaillé il y a quelques années. Ou monsieur Gabriel que j'ai eu plusieurs fois au téléphone, il était à Graphiti quand j'y étais donc ça aide quand-même les histoires comme ça. » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Et puis on connaît...j'ai travaillé à l'hôpital V. et mon associé aussi, donc on connaît un petit peu, il y a le docteur Odile et le docteur Gabriel, qui font des traitements substitutifs et des sevrages, à l'hôpital V., donc un peu naturellement des fois ils nous adressent des patients pour le suivi ambulatoire. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Les liens avec des médecins hospitaliers reposent ici sur une interconnaissance ancienne. Comme le souligne Régine Bercot (2006), il existe des « ponts » entre la médecine de ville et l'hôpital, créés par l'organisation hospitalo-centrée des études médicales. D'ailleurs, dans la dernière citation, les rôles sont inversés par rapport à la fonction d'« orientation » des généralistes : ce sont les professionnels hospitaliers qui sollicitent la praticienne. Le carnet d'adresses affinitaire peut donc fonctionner dans les deux sens.

Dans d'autres cas, les généralistes nouent des relations au fil de leur carrière, qui perdurent pour des raisons affinitaires. Ils mettent en avant « l'expérience », qu'ils acquièrent avec le temps, pour apprendre à connaître les autres professionnels et à repérer ceux qu'ils pourront, ou non, solliciter :

« On travaille aussi avec certains pharmaciens avec qui ça se passe bien, on a vite fait le tour des collègues ou des pharmaciens avec lesquels on peut travailler. Maintenant avec l'expérience, je connais bien Toulouse, je sais à peu près à qui je peux m'adresser. Et puis j'ai une pharmacienne avec qui on a beaucoup échangé, qui suit d'ailleurs plusieurs de mes patients. [...] C'est un peu difficile quand on a des patients un peu de passage et qu'il faut leur trouver une pharmacie qui veut bien le dépanner. » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien 2011)

Comme le remarquent Sejourne *et al.* (2010), les généralistes insistent sur leur volonté de travailler avec des interlocuteurs « de confiance ». La confiance peut être basée sur la durée de la relation mais aussi sur des critères organisationnels : un accord sur les méthodes de travail à privilégier (par exemple, une même conception du déroulement et des objectifs du traitement), ou une volonté mutuelle de communiquer. Dans la citation précédente, un interlocuteur de confiance est aussi une personne que l'on sait compréhensive face à des situations délicates. La collaboration peut être l'occasion d'échanges de services, qui ne sont

possibles qu'avec un partenaire privilégié (ici, « dépanner » un patient « de passage »)⁵.

La proximité territoriale est également une dimension importante de la logique affinitaire de création du carnet d'adresses, en particulier pour les relations avec les pharmaciens : les généralistes identifient, dans leur quartier, les pharmaciens avec qui ils « peuvent travailler » et ceux avec qui il est plus difficile de créer du lien⁶.

« J'exigeais au début, dans les premiers temps, qu'ils prennent le produit dans la pharmacie, devant le pharmacien. Moi je téléphonais au pharmacien, c'était obligatoire à l'époque, enfin en tout cas c'étaient les recommandations, je vérifiais l'accord de la pharmacie, et donc j'envoyais la personne, et je demandais au pharmacien s'il était d'accord, en général, dans le quartier, autour de moi, donc finalement ils s'étaient organisés, j'avais mon propre réseau de pharmaciens, ceux qui acceptaient, ceux qui acceptaient pas, je savais comment ils travaillaient. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien 2010)

Dans cet exemple, la connaissance de l'organisation du travail des pharmaciens est requise, puisque le médecin prescrit une délivrance journalière du médicament avec prise à l'officine, ce qui implique une participation active du pharmacien. D'ailleurs, un pharmacien du même quartier peut devenir le partenaire exclusif et systématique pour toutes les prises en charge TSO, comme c'est le cas pour le Dr Marc et le pharmacien Bertrand (tous deux rencontrés en entretien), que nous évoquerons lorsque nous aborderons les fonctions de la collaboration. La logique est la même avec les CSAPA : les généralistes insistent sur la nécessité de bien les connaître pour y orienter les patients (connaissance qui s'acquiert avec l'« expérience »), car tous ne travaillent pas de la même façon. Le Dr Laurence déplore qu'ils fassent « chacun leur truc » et travaillent peu ensemble. Elle opère donc une sélection, au sein de son carnet d'adresses, des partenaires pertinents pour chaque patient.

Les remplaçants se déclarent souvent plus démunis que les médecins installés pour trouver des interlocuteurs. Étant amenés à changer régulièrement de lieu d'exercice, ils connaissent mal les institutions locales de soins spécialisés ou de services sociaux :

⁵ Les pharmaciens ne sont pas forcément en accord avec ces pratiques, qu'ils peuvent vivre sur le mode de la contrainte. Une pharmacienne nous fait part de ses difficultés avec certains généralistes qu'elle connaît bien, qui « en profitent » pour lui demander d'exécuter des ordonnances qui ne sont pas en règles. Une relation amicale avec le médecin peut rendre difficile un refus. Or, en cas de contrôle, le pharmacien sera incriminé.

⁶ Les pharmaciens interrogés font la même remarque à propos des médecins.

« Le réseau de spécialistes, médecins, kiné, et tout ça, on connaît, mais c'est vrai que malheureusement le réseau d'assistantes sociales et le réseau de prise en charge psychologique autre que les pathologies psychiatriques au CMP, c'est vrai qu'on a un peu du mal à connaître ce réseau de soins là, et là où je me sens pas assez formée c'est le versant, oui, travailler en réseau en médecine générale avec les partenaires type assistante sociale et psychologues. » (Dr Priscilla, généraliste remplaçante, entretien, 2011).

L'organisation du travail et le mode d'exercice jouent donc un rôle important dans les conditions de constitution d'un carnet d'adresses fiable. La logique affinitaire n'est possible que lorsque le médecin a suffisamment de temps pour nouer et entretenir des relations dans un lieu donné.

Mises à part les logiques affinitaires, les généralistes forgent également leur carnet d'adresses en fonction de la réputation des professionnels. Ici, la confiance se base sur une compétence jugée unanimement reconnue. Ainsi, un grand nombre de généralistes citent les mêmes noms de médecins addictologues. Une structure hospitalière, qui héberge un service d'addictologie (sevrage) et un centre méthadone, est presque systématiquement citée par les généralistes, qu'ils soient installés ou remplaçants. Tous identifient cet établissement comme le référent hospitalier pour les questions relatives à la dépendance aux opiacés, alors que les autres CSAPA de la ville sont plus rarement mentionnés. Certains médecins ne connaissent d'ailleurs pas toujours parfaitement les noms de leurs interlocuteurs dans cet hôpital, ce qui suggère des relations probablement plus épisodiques que pour la logique affinitaire que nous venons d'évoquer :

« Les gens qui sont un peu spécialisés sur la question comme le docteur Gabriel ou le docteur Roger, ou...une autre personne, une dame, qui a un nom en deux parties, qui s'occupent spécifiquement de ça à l'hôpital V. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien 2010)

« Et puis les médecins spécialistes qui sont très disponibles au téléphone, donc que je peux joindre, si j'ai un souci, bien sûr, à l'hôpital V. [...] Comment il s'appelle ? J'ai perdu son nom, qui a une grosse voix, enfin, peu importe. Il y a un médecin en qui j'ai confiance à l'hôpital V., que je peux joindre sans aucun souci. » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien 2011)

Ici, la désignation de l'interlocuteur par la tonalité de sa voix montre que les contacts sont le plus souvent téléphoniques et pas forcément basés sur des rencontres. Dans cette citation, on retrouve aussi le critère organisationnel de la disponibilité, dont Sejourne *et al.* (2010) ont

souligné l'importance dans le choix des « correspondants ».

Le Dr Gabriel et le Dr Roger, médecins hospitaliers, sont cités par presque tous les généralistes rencontrés comme ressources possibles pour les prises en charge substitutives. Ils apparaissent comme des acteurs *centraux* au niveau local, du point de vue du nombre de liens avec les généralistes : leur nom est présent dans de nombreux carnets d'adresses. Le Dr André, qui est généraliste, est, lui aussi, souvent mentionné. Sa forte implication dans les questions d'addictologie mène d'ailleurs certains médecins à le confondre avec un spécialiste (nous y reviendrons). Si ces contacts figurent dans le carnet d'adresses des médecins, ils ne sont pas toujours utilisés fréquemment, c'est pourquoi certains généralistes n'ont qu'une idée imprécise de leur activité. Ces professionnels ne sont pas à proprement parler des « correspondants » pour la prise en charge d'un patient précis. Le carnet d'adresses constitué sur la base de la réputation du soignant ou de l'institution est surtout mobilisé pour l'orientation de patients ou des conseils en cas de problème ponctuel.

Cependant, nous y reviendrons lorsque nous traiterons des adressages, il y a deux types de médecins dans le carnet d'adresses des généralistes : d'une part, les médecins considérés comme des référents spécialistes, qui sont sollicités pour des conseils ou des prises en charge complémentaires ; et d'autre part, les confrères identifiés comme prescrivant facilement des TSO, auxquels il est possible d'envoyer les patients inconnus qui arrivent sans prendre rendez-vous, par exemple. Ainsi, le Dr Laurence donne souvent des noms et adresses de médecins aux patients qu'elle ne veut pas recevoir, qui sont bien distincts des spécialistes « de confiance » auxquels elle adresse ses patients pour un suivi complémentaire d'addictologie. Les interlocuteurs du carnet d'adresses n'ont donc pas tous la même fonction pour les généralistes. On voit poindre ici un traitement différencié entre les personnes en TSO : ceux qui sont les patients du médecin, et ceux à qui le médecin refuse le statut de patients. Ce phénomène se rapporte aux pratiques de tri. Nous le développerons à la fin de ce chapitre et dans les suivants.

Après avoir appréhendé le choix des interlocuteurs dans la constitution du carnet d'adresses, il nous faut maintenant aborder les contextes dans lesquels les généralistes mobilisent ce carnet. Avant d'étudier l'*adressage* (partie 2), nous verrons que la *collaboration* peut avoir plusieurs motifs : la prise en charge « globale » multi-partenariale du patient, mais aussi le contrôle de l'observance.

1.2. Les collaborations des généralistes autour des TSO : trois types de pratiques

Nous désignons comme pratiques *collaboratives* les interventions *simultanées* de différents professionnels dans la prise en charge d'un même patient. Collaborer, étymologiquement parlant, signifie « travailler avec ». La collaboration se différencie, en effet, de l'adressage, qui désigne l'orientation d'un patient vers un autre professionnel de façon temporaire ou définitive, avec des prises en charge qui se *succèdent* – plus proches de ce que décrivent Bergeron et Castel (2010) dans le cadre des « réseaux de coopération ».

Les pratiques collaboratives des généralistes autour des TSO répondent à deux logiques distinctes : la première fait écho à l'injonction de « prise en charge globale médico-psycho-sociale », qui incite les médecins à adjoindre à la prescription du TSO un suivi psychologique et/ou social effectué par des professionnels de ces secteurs. La seconde est liée à un besoin d'échanger des informations sur les patients, afin de contrôler le respect des règles de prise du traitement et éventuellement repérer les revendeurs de MSO. Dans ce cas, la relation est activée particulièrement avec d'autres médecins (associés, autres généralistes...) et avec des pharmaciens. Enfin, certains médecins affirment travailler seuls et ne pas mettre en œuvre de pratiques collaboratives.

1.2.1. Collaborer pour mettre en œuvre une prise en charge médico-psycho-sociale

La « prise en charge médico-psycho-sociale », promue par les recommandations de bonnes pratiques en matière de TSO (ANAES, FFA 2004) et par le Réseau officiel, constitue une incitation à la collaboration, dans le cadre d'une prise en charge qui ne saurait se résumer à la prescription du médicament par le médecin. Plusieurs généralistes rencontrés sont convaincus des bénéfices des pratiques partenariales pour les patients. Ils partagent l'idée que la dépendance aux opiacés n'est pas un problème purement médical en adoptant une approche multifactorielle du phénomène. La plupart du temps, ils font appel aux CSAPA pour proposer à leurs patients un suivi par des psychologues et des travailleurs sociaux, dans une optique de complémentarité. Les assistantes sociales, également, sont mentionnées par plusieurs généralistes :

« Si ils sont dans la rue, là il va falloir les envoyer vers une association⁷, pour les aider pour gagner du temps par rapport à ça, ou au moins une assistante sociale, puis ensuite il va falloir les aider, les pousser à trouver un logement, conjointement avec une assistante sociale. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ici, le Dr Raymond insiste sur le partage du travail sur le plan du logement entre l'assistante sociale et le généraliste : il ne s'agit donc pas d'une simple délégation. La prise en charge sociale apparaît essentielle dans les discours des médecins. On le verra au chapitre suivant, pour beaucoup de généralistes, la véritable « guérison » de la dépendance aux opiacés se situe avant tout sur le plan de la réadaptation socioprofessionnelle. L'objectif du traitement s'en voit donc modifié et étendu au-delà de la résolution d'un rapport problématique au produit.

Par ailleurs, comme nous l'avons rapidement évoqué plus haut, la dynamique partenariale n'est pas toujours initiée par les généralistes mais quelquefois par les centres ou par les patients, qui sollicitent un généraliste pour un relais de traitement méthadone. Le Dr André fait le constat que les relais de méthadone permettent de créer des liens entre généralistes et CSAPA :

« Le réseau se fait surtout grâce à la méthadone puisque des gens sous méthadone au bout d'un moment, quand ils sont stabilisés, au lieu de venir au centre ils vont voir un médecin de ville, donc il y a un contact là. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Les « contacts » avec les centres peuvent ensuite être maintenus et venir enrichir le réseau personnel du médecin, comme c'est le cas pour cette praticienne :

« J'ai un patient sous méthadone, un seul, qui m'a été envoyé par le centre W. [...] Donc, le centre W. je les ai rencontrés à deux ou trois reprises, voilà, donc ça m'est arrivé, aussi la dame [patiente] qui est partie sur le centre Z., elle était avec le centre X., aussi, à un moment donné, en contact. » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien, 2011)

La circulation des patients entre les différentes structures oriente donc les pratiques de collaboration des généralistes. Dans ce cas, ce ne sont pas les professionnels qui se « mettent en réseau », mais les patients qui, ayant fréquenté plusieurs structures, créent des liens entre

⁷ Dans le discours de plusieurs généralistes, les « associations » désignent les CSAPA ayant un statut associatif, en particulier ceux qui ne prescrivaient pas de TSO avant 2006-2007. On retrouve ce terme surtout chez les généralistes les plus âgés, qui ont connu l'ancien système partenarial décrit au chapitre précédent. Ces généralistes voient les « associations » comme des acteurs qui leur sont complémentaires.

leurs soignants. Cette idée s'oppose en partie aux conclusions de l'enquête de Sejourné (2010), qui affirme que le patient joue un rôle minime dans le choix des correspondants impliqués dans sa prise en charge. Ici, au contraire, les recours des patients peuvent initier de nouvelles dynamiques de collaboration entre soignants.

De même, des généralistes qui se montrent peu convaincus par la pertinence d'une prise en charge psychologique complémentaire sont parfois amenés à solliciter des CSAPA suite à la demande de leurs patients :

« Il y en a d'autres qui font de la psychothérapie, moi j'en fais pas. Mais je les préviens au départ, hein je leur dis "attention, moi je suis pas psychothérapeute, c'est-à-dire je vais vous aider, mais c'est pas moi qui vais vous prendre en charge sur un plan psy". Soit ils en ont besoin, je les renvoie sur des associations, mais la plupart du temps ils en ont pas besoin, ils veulent pas s'y prêter, ça leur va très bien de prendre le comprimé et puis c'est tout. Moi je les comprends, hein. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

À l'inverse, certaines velléités des généralistes d'initier une prise en charge psychosociale peuvent être contrecarrées par les patients, qui ne consultent pas les professionnels partenaires malgré l'injonction du médecin. Plusieurs généralistes évoquent ces moments où les patients font barrage à la « prise en charge globale » de leur dépendance, et ainsi à la volonté de collaboration de leur généraliste avec des structures spécialisées :

« -Vous aiguillez rarement sur d'autres spécialistes ?

- On aiguille, mais c'est difficile et très souvent c'est pas fait.

-C'est mal accepté par les patients ?

-C'est pas forcément fait. Alors ça va pas être "non, je veux pas", ça va être "oui, oui, je vais le faire", et puis le temps passe, et puis on le fait pas. Et puis des fois si c'est à contre-temps entre guillemets, c'est-à-dire la personne a un peu investi ce lieu de parole et puis le fait qu'il y a déjà un travail de fait et qu'on lui dise d'aller ailleurs, en caricaturant, on va pas dire "vous allez ailleurs", mais, c'est vécu comme "il me veut plus", donc il faut faire attention. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2010)

« J'essaye de ne pas fonctionner seule, j'essaye de fonctionner avec des correspondants, surtout les CSST, mais c'est un peu compliqué parce que souvent les toxicomanes, dans leur mode relationnel, ils adhèrent à une personne, à un lien, et puis il faudrait tout leur apporter dans ce lien. Alors moi j'essaye d'élargir mais en général ceux qui vont le plus mal, souvent, même si je les adresse au CSST ils y vont pas. » (Dr Flore, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ainsi, les rapports de collaboration sont en partie orientés par les comportements des patients. Par leur refus de suivre la prise en charge complémentaire avec le spécialiste, ils définissent le généraliste comme leur interlocuteur privilégié et parfois unique. Les généralistes se voient donc contraints d'assumer eux-mêmes ces rôles complémentaires, en particulier celui du psychologue qui recueille la « parole », le « transfert », pour lesquels tous ne se sentent pas compétents :

« Ils préfèrent venir parler ici mais c'est pas les mêmes choses qu'on dit, c'est pas le même travail. »
(Dr Éliane, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Alors le suivi, sur les trois volets, psycho-médico-social, donc le médical ça va, on est dans notre domaine, social, euh, aussi, et puis la plupart ne sont pas forcément désocialisés donc ils avancent, à ce niveau là. Et sur le plan psychologique c'est vrai que c'est là, peut-être, le plus difficile, parce que quelque part, ce que je vous disais, dans la hiérarchie des besoins souvent ça vient un peu après. [...] Quelqu'un qui a déjà fait une démarche de soins et qui a déjà établi un lien, il y a déjà quelque chose qui se passe, entre guillemets, même si on est pas des psychothérapeutes on en fait sans le savoir et il se passe quelque chose, qui est du domaine aussi du transfert. [...] La plupart ça va se faire aussi dans le cabinet médical, ce suivi et ce travail là. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien 2010)

On retrouve là l'une des facettes de la « dépendance au client » décrite par Freidson (1984) : le périmètre des attributions du généraliste se définit dans les interactions avec les patients, par la demande qui lui est faite.

En outre, certains généralistes déplorent le manque d'intérêt des patients en TSO pour le suivi psychologique complémentaire. Le Dr Raymond va même jusqu'à en donner une interprétation psychologisante, en le reliant à « l'immaturité » des « toxicomanes » :

« C'est pas qu'ils sont...ils sont pas réticents...Si, on peut dire qu'ils sont réticents. Ils en comprennent pas l'intérêt, ça c'est de l'immaturité. Quand j'essaie, moi, de le faire moi-même, ils viennent pas au rendez-vous, c'est rare qu'ils viennent, dès le premier rendez-vous, deuxième rendez-vous ils sont plus là, et chez les psychologues c'est pareil, en association c'est pareil, ils vont à deux, trois rendez-vous puis ils abandonnent. Alors chez les psychiatres là c'est la catastrophe, au premier rendez-vous ils abandonnent, parce que les psychiatres, surtout hospitaliers, les écoutent sans dire un mot, alors ils viennent en me disant "pour raconter l'histoire de ma vie sans avoir de répondant en face, l'histoire de ma vie je la connais, je vois pas l'intérêt de la répéter". Ça c'est l'immaturité. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien 2010)

On retrouve ici une figure du médecin « paternaliste » qui s'estime le seul en mesure de savoir où est l'intérêt du patient (Voir, entre autres, Jaunait 2007, et le chapitre 7 de cette thèse). Cette figure s'oppose à l'idée d'un « usager » ayant son mot à dire sur le déroulement de sa prise en charge⁸. La posture du médecin est ici légitimée par l'interprétation psychologique en termes d'immaturation, qui transforme les exigences des patients en défaillances de leur personnalité.

Plusieurs patients rencontrés se montrent, en effet, critiques vis-à-vis de l'injonction à consulter un psychologue : ils ne se sentent pas en détresse psychologique mais simplement dépendants d'un produit. De ce fait, ils affirment que la prescription du MSO leur suffit :

« Pour avoir le traitement on est obligé d'avoir une ou deux visites chez le psy. Voilà, donc c'est vraiment parce que c'est obligatoire, quoi.

-T'avais pas de demande particulière?

-Non, de toute façon, j'ai rien à lui dire. De toute façon à chaque fois ils posent les mêmes questions "comment ça se fait que t'en es arrivée là ?", voilà, donc bon, on répète toujours la même chose. Moi je suis là pour avoir le traitement et puis c'est tout, quoi. Après peut-être il y en a qui ressentent le besoin de leur parler, mais moi c'était pas mon cas. C'était vraiment parce que c'était obligé pour avoir le traitement. » (Mélanie, patiente, méthadone, entretien, 2012)

Pour cette patiente, la consultation du « psy » est vécue sur le mode de la contrainte, de « l'obligation ». Elle fait référence aux conditions de mise en place d'un traitement méthadone en CSAPA, mais d'autres font des remarques similaires à propos des généralistes :

« Au début, [mon médecin] voulait absolument que j'aille voir un psy. Déjà il m'a fait parler, c'est arrivé sur le tapis mon enfance, les relations que j'ai avec ma mère, parce qu'à ce moment là c'était pas la joie, et donc je lui ai expliqué certains trucs, donc il m'a bien pris en pitié, ça c'est clair. (*rire*) Et il m'a dit "allez voir un psy". Et au bout de deux, trois fois, je lui ai dit "non je veux pas y aller". Je lui ai dit que d'en parler ça m'aiderait pas de toute façon.

-Il t'a fait raconter des choses ?

- Oui, ce qui avait pu... me faire flancher ! Pour lui c'était forcément en relation avec les problèmes que j'avais pu avoir en étant jeune. Alors t'as intérêt à en avoir sinon t'as pas d'excuse ! Si t'es heureux toute ta vie, on te dit "qu'est-ce que tu touches à la came, toi ? t'as pas à être là, toi ! Non, t'auras pas de médicaments !" » (Jeanne, patiente, Subutex, entretien, 2009)

Ces patientes ne partagent pas l'étiologie de la « toxicomanie » comme symptôme d'une

⁸ Nous rejoignons ici Cresson, Drulhe et Schweyer (2003), qui remarquent que les pratiques collaboratives reposent souvent sur la norme du « malade soumis ».

souffrance psychique, que l'on retrouve chez plusieurs généralistes qui imposent un suivi psychologique à leurs patients⁹.

La velléité des généralistes de proposer ou imposer la consultation de psychologues doit être mise en relation avec la définition de leur propre rôle vis-à-vis de la dépendance aux opiacés : promouvoir le suivi psycho-social complémentaire est également une façon de refuser que la prise en charge ne soit réduite à la prise du médicament, l'action du médecin se retrouvant résumée à celle du produit prescrit. Les pratiques collaboratives peuvent servir à renforcer la conviction que le médicament seul ne suffit pas à « soigner » les patients. Par ces pratiques, les généralistes produisent une définition élargie du problème qu'ils prennent en charge, au-delà de sa dimension médicale. Placer les TSO dans le cadre d'une prise en charge « globale » s'inscrit ainsi comme une condition à laquelle ces généralistes acceptent de les prescrire.

Outre la prise en charge « médico-psycho-sociale », les généralistes sont aussi amenés à travailler avec d'autres professionnels pour croiser leurs informations sur les patients et désamorcer d'éventuelles tentatives d'instrumentalisation.

1.2.2. Collaborer pour contrôler l'observance d'un patient

Certains généralistes partagent avec d'autres professionnels des informations sur les patients qu'ils ont en commun. Contrairement au cas précédent où la collaboration visait à mettre en œuvre plusieurs prises en charge simultanées conçues comme complémentaires, ici les professionnels travaillent ensemble dans le cadre de la prise en charge *médicale* et de la dispensation du MSO. L'objectif est de recouper les informations pour avoir une vision d'ensemble de l'observance d'un patient donné. Ici, les interlocuteurs sont les pharmaciens, ou d'autres médecins prenant en charge ou ayant pris en charge le patient : associés, médecins remplacés ou remplaçants, médecins des centres de soins, médecin traitant habituel d'un patient inconnu... etc.

⁹ Notons tout de même que d'autres patients apprécient d'avoir accès à un suivi psychologique, et partagent avec les professionnels la conviction que leur consommation de produits répond à une souffrance ou à un traumatisme de l'enfance (décès dans la famille, etc.). Les patients de sexe masculin semblent adhérer plus que les femmes à l'étiologie psychologique, que la plupart des patientes rencontrées rejettent avec virulence. Cette conclusion mériterait d'être creusée mais cela dépasserait le périmètre de notre travail.

Comme pour toute prescription, après être sorti du cabinet médical, le patient va présenter son ordonnance à un pharmacien pour la délivrance de son traitement. Par l'intermédiaire du patient et de l'ordonnance, le généraliste communique indirectement avec le pharmacien. Dans le cadre d'un TSO, les règles de prescription obligent le médecin à préciser sur l'ordonnance le nom de la pharmacie ainsi que le fractionnement de la délivrance qui sera exécutée par le pharmacien¹⁰. Toutes les mentions apposées sur l'ordonnance représentent donc un enjeu pour le patient puisque le pharmacien dispensera uniquement ce qui est écrit. L'ordonnance est donc le moyen minimal par lequel le médecin entre en contact avec le pharmacien. Mais cette communication écrite s'accompagne quelquefois d'un travail en collaboration fondé sur des rencontres ou des contacts téléphoniques.

Le pharmacien peut devenir un interlocuteur privilégié avec lequel le généraliste échange sur la situation d'un patient, en recoupant les informations données par ce dernier à l'un et à l'autre. Généraliste et pharmacien sont en effet deux « acteurs de proximité », en contact régulier avec les patients. Par exemple, le Dr André évoque une situation où un pharmacien lui a permis de prendre connaissance des pratiques d'injection d'un de ses patients. De même, le Dr Marc communique régulièrement avec l'officine de son quartier pour confronter les avis sur les patients et se tenir mutuellement informés de l'évolution de leurs consommations :

« D'où l'intérêt aussi de travailler en réseau de compétences, moi je travaille avec la pharmacie ici à côté, et on communique énormément. Je pense que l'idée elle est énormément dans la communication entre professionnels, toujours dans l'intérêt des patients, en réseau de compétences. Même si on est un peu chacun son boulot, mais des fois c'est le pharmacien qui vient se rassurer auprès de moi sur la relation que j'ai avec le patient, et des fois c'est moi qui demande des informations à la pharmacie par rapport au patient que j'ai devant moi, si vous voulez. Pour limiter et désamorcer ces phénomènes de manip', si vous travaillez à plusieurs, vous pouvez confirmer, confronter les informations, et confronter les individus à leur tentative de manipulation. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans cet exemple, la collaboration a pour fonction de dissiper les incertitudes au sujet du comportement des patients, de « se rassurer » en croisant les informations recueillies par chacun. Ici, la collaboration a donc une visée de contrôle des pratiques du patient. Il s'agit d'une véritable prise en charge en commun, que le Dr Marc met en œuvre avec Bertrand, le

¹⁰ L'AMM des TSO préconise une délivrance hebdomadaire, mais les pratiques peuvent varier, de la délivrance quotidienne à la délivrance « en une fois » pour 15 ou 28 jours selon le produit. Dans ce dernier cas, la mention « délivrance en une fois » doit être précisée sur l'ordonnance.

pharmacien qui suit la grande majorité de ses patients. Un partenariat quasi systématique s'est instauré entre eux. Bertrand refuse d'ailleurs de travailler avec d'autres généralistes pour la délivrance de TSO, car certaines expériences se sont avérées insatisfaisantes : les médecins refusaient d'échanger régulièrement au sujet des patients, ce qui l'empêchait de travailler dans de bonnes conditions. On retrouve ici la logique élective du choix des partenaires déjà évoquée : pour pouvoir collaborer, il faut s'accorder sur des méthodes de travail communes.

De même, les généralistes peuvent contacter le pharmacien référent¹¹ du patient lorsqu'ils sont confrontés à des doutes au sujet d'une prescription de TSO, notamment lorsqu'un patient inconnu se présente à leur cabinet en l'absence de son prescripteur habituel. L'objectif est de vérifier, auprès du pharmacien qui connaît le patient, l'existence d'une prescription et sa posologie. Les généralistes ne croient donc pas les patients sur parole. La confiance du médecin en son patient n'est parfois accordée qu'après vérification auprès d'un professionnel¹². Cet extrait d'observation en atteste :

Extrait journal de terrain, Dr Laurence, entre deux consultations

Après avoir fait entrer la patiente, Laurence s'attarde dans la salle d'attente avec un patient qui n'avait pas rendez-vous et qui lui demande une prescription de méthadone. Elle prend la carte vitale du patient, regarde le dossier informatique, ne voit rien sur lui. Elle demande au patient le nom de sa pharmacie pour pouvoir l'appeler. Elle dit au patient d'attendre.

Ensuite, elle commence et termine la consultation avec la patiente sans plus s'en préoccuper.

Dr Laurence, patient 5 (extrait début de la consultation)

Laurence demande au patient quel médecin le suit, si c'est le Dr André ou le médecin de Saint Girons.

Le patient donne des explications confuses sur Foix et Saint Girons, puis donne le nom du Dr Jean-Jacques, à Saint Girons.

Il explique que ce médecin n'est pas là, qu'il s'est rendu dans son cabinet et qu'il n'y avait personne.

Laurence demande s'il est en vacances.

Le patient répond qu'il n'y avait rien d'écrit sur la porte du cabinet.

Laurence regarde les Pages Jaunes sur internet pour téléphoner à la pharmacie de Saint Girons.

Elle appelle et demande au pharmacien si le patient a bien un traitement de méthadone et quel est son dosage : « donc au niveau des dates de renouvellement on est bon » ; « il est à quelle dose de méthadone ? » ; « 20mg, d'accord, vous lui délivrez à la semaine ? » ; « il a d'autres traitements associés ? »

Laurence demande au patient s'il lui reste « les médicaments de l'hôpital ». Le patient dit oui.

Elle raccroche le téléphone.

Elle demande au patient pourquoi il est suivi à l'hôpital de Mirepoix.

Je remarque qu'elle est beaucoup plus aimable maintenant qu'elle a vérifié.

Elle rédige l'ordonnance sécurisée.

Ici, la parole du patient est jugée peu fiable, la praticienne ne s'enquiert pas auprès de lui des informations sur la posologie et la date de renouvellement de l'ordonnance, qu'il

¹¹ Les règles de prescription des TSO exigent que le médicament soit délivré par un pharmacien unique.

¹² Nous reviendrons au chapitre 6 sur le soupçon qui traverse souvent les relations des généralistes avec les patients substitués.

connaît pourtant probablement. Dans d'autres cas, le fait que le patient présente la dernière ordonnance est considéré comme un gage suffisant pour faire la prescription. La vérification téléphonique auprès du pharmacien ou du médecin traitant habituel n'intervient qu'en l'absence d'une ordonnance. On peut penser que l'ordonnance est jugée fiable parce qu'elle symbolise la parole d'un autre médecin. Un patient remarque ainsi qu'en ayant déjà une ordonnance, les prescriptions ultérieures deviennent plus faciles, notamment pour des médicaments qui n'ont pas l'AMM en tant que MSO, comme le Skénan :

« À force de faire des docteurs, des docteurs, j'ai réussi à en trouver un qui m'a fait une ordo de Sken'. Elle est là, d'ailleurs (*il me la montre*). Et du coup, après, une fois que t'as une ordo, tu galères pas. Le Sken', c'est la première ordo qui est chiante. » (Fred, patient, Skénan, entretien, 2012)

Pour en revenir à la communication médecin-pharmacien, on notera que celle-ci n'est pas à sens unique, quelquefois c'est le pharmacien qui contacte le médecin pour s'enquérir d'une information sur un patient ou pour dissiper un doute. Ainsi, lorsque le Dr Laurence a augmenté le dosage de BHD d'un patient, le pharmacien, surpris par cette modification, a immédiatement contacté la praticienne pour en avoir la confirmation :

Extrait du journal de terrain, Dr Laurence (pendant une consultation non TSO)

Le Dr Laurence reçoit un appel téléphonique de la pharmacie à propos du patient précédent. Elle explique qu'elle a augmenté la dose de BHD car il y avait eu plusieurs chevauchements « je l'ai augmenté parce qu'il chevauche depuis 3 mois » ; « mettez du 1 ».

Ici, l'écrit n'est pas suffisant et le pharmacien s'enquiert d'une justification orale du médecin : il ne se cantonne donc pas au simple rôle d'exécutant des prescriptions et cherche à en comprendre les motifs¹³. Les pharmaciens apparaissent donc comme des interlocuteurs privilégiés pour partager des informations sur les patients et pour éventuellement contrôler leur observance de façon conjointe. On peut donc bien parler de collaboration.

Cette forme de collaboration peut également exister entre plusieurs généralistes, notamment dans le cas de cabinets de groupe. Certains partagent leur patientèle avec leur associé, les patients sont donc amenés, tour à tour, à voir l'un et l'autre médecin :

¹³ Dans d'autres cas relatés en entretiens, le pharmacien signale au médecin des erreurs de rédaction des ordonnances, qu'il refuse d'exécuter en l'état.

« Comme on travaille, tous les deux on est en réseau informatique, du coup, c'est vrai que de préférence ils vont voir le médecin référent, mais c'est vrai que des fois les emplois du temps font que, donc j'en vois aussi à lui sur certains renouvellements. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce mode d'organisation nécessite un partage des informations qui passe par un dossier informatisé commun, mais aussi par des échanges réguliers. Partager sa patientèle implique un effort de coordination et un accord sur les méthodes de travail, comme nous l'explique le Dr Sandrine lorsqu'elle revient sur son choix de s'installer avec son associé :

« Il a une façon de gérer qui me convient, avec quand-même, enfin il me semble, une certaine rigueur, et certains objectifs, et puis, c'est vrai qu'il a des patients qui sont assez sympathiques [...] donc du coup ça me dérangeait pas du tout de recevoir ses patients. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cependant, l'exercice en groupe ne donne pas systématiquement lieu à un partage de patientèle ni à un échange d'informations sur des patients communs. Durant nos observations, le Dr Laurence nous a fait part d'une certaine concurrence entre elle et son associée, qu'elle accuse de lui « piquer » ses patients en TSO lors de ses absences, en prenant le rendez-vous suivant sur ses propres créneaux de consultations. On retrouve là un phénomène de « captation » tel que décrit par Bergeron et Castel (2010). Comme le remarque Vega, certaines associations sont réalisées pour des motifs purement financiers et donnent lieu à très peu de communication entre les médecins exerçant dans un même cabinet (Vega 2011). Ainsi, le Dr Laurence et son associée ne partagent pas réellement un espace commun puisqu'elles ne sont jamais présentes au cabinet en même temps. De plus, Laurence se montre critique sur la manière dont son associée travaille (elle l'accuse d'être mal organisée, de s'affoler inutilement dès qu'un patient « louche » entre dans la salle d'attente...). Elles exercent donc relativement indépendamment l'une de l'autre, faute de terrain d'entente commun. Entre elles, la collaboration fait place à la concurrence.

Les médecins remplaçants (pour les généralistes installés) ou remplacés (dans le cas des remplaçants) sont également des interlocuteurs avec qui les généralistes confrontent leurs informations sur les patients substitués, afin de partager leurs doutes. Certaines décisions concernant une modification du traitement sont prises en concertation avec un remplaçant qui connaît le patient, ce qui permet au généraliste d'avoir un avis supplémentaire pour ne pas décider seul :

« Il [le patient] est en grosse difficulté, et donc là ma remplaçante l'a vu, elle a pas l'habitude, donc... on se pose la question, est-ce qu'il faut le...c'était quelqu'un avec qui ça se passait bien, et puis de nouveau ça se passe mal, donc, est-ce qu'il faut le... avec ma remplaçante qui a pas du tout l'habitude, est-ce qu'on va lui réimposer, alors qu'il est cadre quelque part, qu'il travaille, une délivrance hebdomadaire pour le recontraindre à avoir un suivi, plus de chevauchements, etc. » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans le cas inverse, les remplaçants s'adressent au généraliste remplacé pour vérifier la validité d'une prescription ou pour éviter de se faire « manipuler » par des patients. En effet, ils se sentent souvent plus vulnérables que les médecins installés car ils n'ont pas toujours à leur disposition des informations sur le suivi antérieur des patients qui se présentent à leur consultation :

« Moi si j'ai un problème en remplacement je m'appuie sur... je rappelle le référent [addictologue], ou je vois avec le médecin traitant pour savoir ce qui était prévu, parce qu'en général lui justement a les moyens d'avoir un petit plan d'organisation, de comment on fait. » (Dr Tristan, généraliste remplaçant, entretien, 2011)

« Quand j'ai ce type de consultations, je suis toujours un peu mal à l'aise parce que je ne connais pas le patient dans sa continuité, et au début il y avait que ça qui me gênait. Et en fait avec le recul, sur tous les patients que j'ai eus, donc c'est pas beaucoup, c'est moins d'une dizaine, il y en a qu'un qui était réglo. Réglo dans le sens honnête, il a pas cherché à me mettre la pression. Donc, je sais pas, je pense que c'est un biais, je pense que quand on est remplaçant on doit avoir plus de patients un peu...qui guettent le remplaçant [...] il y a un biais de sélection, c'est-à-dire que sur mes 6 ou 8 patients, avec le recul, c'étaient soit des gens qui avaient soi-disant déménagé, soit des gens qui, avec le recul, j'ai discuté avec les autres médecins après, ils étaient repassés dans la même journée les voir. » (Dr Priscilla, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Dans cette citation, la notion de « recul » est récurrente : parler avec d'autres généralistes de la gêne ressentie au contact d'un patient permet à Priscilla de réinterpréter les situations vécues, de donner des explications à ses sensations diffuses de se faire berné.

Quelques enquêtés mentionnent également des échanges plus collectifs entre généralistes et pharmaciens à l'échelle d'un quartier, destinés faire des « recoupements » sur les patients consultant plusieurs médecins en parallèle. Lors des premières années de mise sur le marché des TSO, ces rencontres, qui prenaient parfois pour support les réunions du Réseau officiel, avaient pour objectif d'éviter que les prescriptions n'alimentent le marché noir. Elles semblent désormais moins courantes depuis que l'assurance maladie a mis en place un protocole de contrôle automatisé.

« À l'époque on faisait des recoupements avec les pharmacies et on avait des petits...vagabonds qui finissaient par être connus. À partir du moment où on signifie "bon, écoute, désolé mais je sais très bien que tu vas là, que tu as vu untel, untel", parce que bon, on se connaissait, enfin, ceux du coin, le Dr Joël, et tout ça, à l'époque où j'allais sur les réunions, on se rencontrait quand-même de façon formelle ou informelle. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Enfin, certains généralistes communiquent avec les médecins des CSAPA lorsqu'un de leurs patients a été pris en charge dans ces structures. Ces liens peuvent être l'occasion d'échanges autour de l'observance du traitement, comme nous le raconte cette patiente à propos de ses pratiques de revente aujourd'hui révolues, dont elle aurait préféré que son médecin actuel ne soit pas informé :

« Je me doutais pas que l'autre [médecin] elle apprendrait que je le revendais, en fait, parce qu'elle a fini par l'apprendre. Mais je crois que c'est le docteur du centre qui est allé lui dire. Et j'ai trouvé ça vraiment pas sympa parce que bon déjà il y a le secret professionnel, parce que c'était un docteur à qui je l'avais dit. Et elle est allée le dire à l'autre docteur. » (Mélanie, patiente, méthadone, entretien, 2012)

Cet extrait interroge les pratiques de collaboration au regard du secret médical. Le secret est ici partagé entre les différents professionnels qui prennent part à la prise en charge d'un même patient. Comme le remarque Duperrex (2006), la loi de 2002 prévoit la possibilité de partage du secret « au seul bénéfice escompté de la continuité des soins et d'une meilleure prise en charge » (Duperrex 2006). Or, les généralistes considèrent souvent que contrôler l'observance des patients en TSO en croisant les informations est nécessaire au bon déroulement du suivi. Dans le cadre de pratiques collaboratives, les informations livrées par les patients dans le colloque singulier peuvent donc être répétées à d'autres médecins. Dans l'extrait précédent, la définition du secret diffère entre la patiente et les médecins, ce qui conduira probablement cette dernière à éviter dorénavant de donner certaines informations qui pourraient lui nuire si elles étaient divulguées. Échanger des informations sur un patient revient donc à s'inscrire dans l'optique d'un « secret partagé » entre praticiens, plutôt que d'un secret médical au sens strict du terme. Contrairement au cas, décrit par Duperrex, d'un dossier-patient partagé dans le cadre formalisé d'un Réseau de santé, ici, le patient n'a pas « la possibilité de définir le degré d'accès des professionnels » aux informations le concernant. Le caractère informel des liens de collaboration engendre, pour les patients, une moindre maîtrise de la fuite des informations délivrées à leur médecin. Les professionnels n'explicitent pas cette possibilité de partage, et, de fait, ne demandent pas le consentement du patient.

1.2.3. Travailler « en solo »

Les pratiques de collaboration avec d'autres professionnels autour des TSO ne concernent cependant pas tous les généralistes. Plusieurs praticiens rencontrés affirment travailler seuls. Au regard de l'injonction de prise en charge globale médico-psycho-sociale abordée plus haut, deux cas de figure se présentent. D'une part, certains généralistes se disent convaincus du primat du suivi médical sur les prises en charge psychologique et sociale, qu'ils jugent superflues. C'est le cas du Dr Alain, selon qui les prises en charge complémentaires ne sont pas nécessaires pour certains patients :

« Le mec qui est tombé dedans, qui a envie de s'en sortir, il a pas nécessairement besoin, pas toujours, d'être pris en charge par une équipe. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

De même pour le Dr Hamid, tôt ou tard les personnes dépendantes aux opiacés auront besoin d'un médecin. Dans l'ordre de ses priorités, les prises en charge non somatiques sont secondaires :

« On est en première ligne. À mon avis. C'est-à-dire les associations, c'est vrai, les psychologues des associations sont là, mais bon, ils seront obligés d'orienter vers un médecin je pense, à un moment ou à un autre. Parce qu'il y a une prise en charge autre que psychologique. Comme je vous dis, les injecteurs avec leurs infections, le somatique, quoi. » (Dr Hamid, médecin généraliste, entretien 2011)

Ce généraliste fait passer la santé physique des personnes avant leur situation socioprofessionnelle ou psychologique. Le primat du suivi médical implique donc pour lui un moindre besoin de s'entourer des équipes spécialisées ou des professionnels psycho-sociaux. Cette logique d'action est sous-tendue par une certaine conception des objectifs du traitement et du rôle du généraliste. Pour le Dr Hamid, ce rôle est avant tout de préserver la santé des patients, de suivre leurs pathologies associées, en soignant les dégâts liés à l'injection, notamment. De ce point de vue, la consultation régulière d'un généraliste pour le traitement permet aux personnes dépendantes d'accéder à un suivi médical global de leur santé. Le généraliste se considère compétent pour effectuer ce suivi seul, puisqu'il entre dans ses prérogatives ordinaires. La prise en charge « globale » prend ici un sens nouveau : il ne s'agit plus d'un suivi médico-psycho-social pluridisciplinaire, mais de la prise en charge « globale » des problèmes de santé du patient, dans le cadre de la médecine générale.

Au contraire, d'autres généralistes ont une conception étendue de leur rôle auprès des personnes substituées. Ils adhèrent à l'idée qu'une prise en charge médico-psycho-sociale est nécessaire. Cependant, contrairement aux médecins évoqués précédemment, ils considèrent qu'ils peuvent l'effectuer eux-mêmes, sans faire appel à d'autres professionnels. Ils revendiquent une compétence suffisante pour tout prendre en charge. Ainsi, certains affirment qu'ils aident ponctuellement leurs patients dans leurs démarches administratives, suppléant le rôle des travailleurs sociaux. De même, quelques-uns disent effectuer dans leur cabinet un suivi psychologique. Certains revendiquent des connaissances en psychanalyse ou en thérapies cognitives et comportementales (TCC), acquises soit de manière autodidacte (Dr Albert) soit dans le cadre d'un diplôme spécialisé (Dr Joseph) :

« Les toxicos ont une personnalité particulière. En gros, et c'est assez juste parce que je l'ai toujours vérifié depuis longtemps – je suis psychanalyste, hein – j'ai remarqué que les toxicos étaient sur une situation du stade oral. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Moi j'ai appris mon travail avec l'école de Carl Rogers, c'est-à-dire moi je pratique l'entretien collaboratif, interactif, avec de l'empathie. Après je vais utiliser les techniques comportementales, cognitives, et émotionnelles, selon que la personne, on va dire, est dépressive et devra se délivrer, si je puis dire, d'un certain nombre de pensées automatiques [...] pour revenir au toxico, il faut rentrer dans ses processus de dépendance, il faut axer des comportements sur autre chose, il a plus à rechercher le produit, mais quand il recherchait le produit, en gros, il fuyait quelque chose, donc il faut aller à la raison pour laquelle il fuyait quelque chose. » (Dr Joseph, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ces généralistes ont entrepris des « spécialisations informelles » (Giami 2010) dans le domaine de la psychologie, qui leur permettent de revêtir tour à tour différentes casquettes avec les patients en TSO. Dans le cas du Dr Joseph, la spécialisation est officielle, puisque les TCC sont mentionnées sur sa plaque professionnelle. Il consacre une partie de son temps de travail à des consultations de psychologie comportementale, tarifées différemment de ses consultations de médecine générale. Ses deux activités sont donc clairement séparées, il précise d'ailleurs qu'il ne les mélange jamais dans une même consultation. Ses patients en TSO sont pris en charge tour à tour dans l'une et l'autre activité : quelquefois ils voient le généraliste, et d'autres fois ils voient le psychologue, ce qui reproduit le schéma de la prise en charge en équipe, à l'exception près qu'ici, les deux professionnels sont une seule et même

personne¹⁴.

Le Dr Albert, au contraire, affirme que la thérapie psychanalytique a lieu au sein même de ses consultations de médecine générale. Il semble en réalité la mettre en œuvre de façon relativement libre et épisodique. La psychanalyse constitue aussi pour lui un gage de prestige qu'il fait valoir devant la sociologue – il se livre à un petit cours simplifié sur les théories freudiennes durant l'entretien... –, sans que l'on puisse savoir en quoi consistent concrètement les thérapies avec ses patients :

« -Vous faites de la psychanalyse avec vos patients ?

-Toujours. Toujours (*il me montre le fauteuil placé à côté de ma chaise, qui fait office de divan*). J'utilise largement la psychanalyse chez les toxicomanes, c'est absolument essentiel. Si on ne fait pas ça, on ne peut pas s'en sortir. C'est vraiment l'arme de choix. D'autant que quel que soit leur niveau de culture, ils comprennent tous. D'ailleurs, ça, je l'ai expérimenté par ailleurs, depuis toujours : il suffit d'expliquer. Quand on explique, ça passe.

-Oui, ils sont pas réticents, un peu, à ça ?

-Ah, [pas] du tout, ils comprennent très bien. Toutes les représentations de l'inconscient, elles passent dans les mots de la rue, sans problèmes [...] ces mots de la rue sont des mots sur l'inconscient, sont des mots de la psychanalyse. Donc il n'y a pas de problèmes, ils tiltent de suite, beaucoup plus facilement que quand je fais appel à des raisonnements sur les conscients, sur les normes, là ils s'en foutent complètement, mais dès qu'il y a quelque chose sur ce qui pourrait être à l'origine de ceci ou de cela, ils sont de suite intéressés. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans cet extrait, « faire de la psychanalyse » ne semble pas consister à entreprendre une thérapie selon les préceptes de cette doctrine, mais plutôt à expliquer les bases des théories psychanalytiques aux patients. Ce qu'Albert nomme « psychanalyse » revient à proposer aux patients une étiologie psychique de leur dépendance. Les récits des patients au sujet de la courte durée de ses consultations rendent d'ailleurs peu plausible l'entreprise analytique qu'il revendique. Par ailleurs, contrairement au Dr Joseph, le Dr Albert n'a pas de diplôme spécialisé, et même s'il assure avoir « fait 4 ans de psychiatrie après la médecine », il ne revendique pas publiquement la casquette de psychologue sur sa plaque professionnelle. Il met donc en œuvre une prise en charge psychologique de façon beaucoup plus informelle.

Pour d'autres praticiens, « l'écoute » et l'empathie, en tant que qualités indispensables

¹⁴ Précisons cependant que ce médecin ne travaille pas exclusivement seul : du fait de sa formation aux TCC, il effectue aussi des prises en charge conjointes avec d'autres professionnels.

à tout généraliste, permettent aisément de proposer un soutien sur le plan psychologique, qui reste cependant distinct d'une consultation de psychologue, mais suffit pour certains patients :

« On a le temps avec ça, on les connaît un petit peu, voir si tout va bien, sur le plan somatique, sur le plan psychologique et socio-économique.

-Vous parlez aussi de ça ?

-Bien sûr. Comment ils s'en sortent, et tout ça. Des fois ils veulent pas parler, des fois ils veulent parler...on les voit tous les mois, hein, c'est des chroniques, c'est comme des malades chroniques, donc on est obligé de tout savoir. Quand ils ont un problème ils arrivent à m'en parler plus facilement qu'à quelqu'un d'autre. » (Dr Hamid, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Il y a quelque chose de fort en médecine générale qui est le temps. Quand on traverse le temps, donc une tranche de vie de la personne, et de la vôtre aussi, où il s'est passé plein de choses, euh affectif, tout ce qu'on veut, je parle de chacun individuellement, donc vous allez assister à une naissance, à une mort, ben on fait partie... donc il y a du lien qui se crée, donc à partir de là il y a aussi du travail qui se fait, ça peut paraître un peu paradoxal parce que c'est pas un lieu neutre, mais c'est quasiment inévitable, je pense. Bon, et puis parce qu'on y est plus attentifs et parce que voilà, il faut avancer là dedans. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ces généralistes valorisent la bonne connaissance des patients permise par la régularité des rencontres et la durée de la relation, comme une condition propice à l'investissement de la consultation comme « lieu de parole » (expression du Dr Yves). Comme l'a montré Monique Membrado, l'« aide psychologique » participe, en effet, de la dimension « relationnelle » de la médecine générale, que certains médecins considèrent comme constitutive de leur pratique avec tous les patients (Membrado 1993). Pour ces derniers, étant leur lot quotidien, elle ne représente pas une extension de leur domaine de compétence liée spécifiquement aux patients substitués : elle est une mission ordinaire de la médecine générale. L'incorporation de la prise en charge psychologique des patients en TSO à l'activité de généraliste est ici aisée, puisqu'elle fait appel à des compétences que les généralistes mobilisent régulièrement. De ce fait, ils n'ont pas besoin de faire appel à d'autres professionnels. Ces pratiques requièrent peu d'efforts d'adaptation au public substitué, qui se voit intégré à l'activité habituelle.

Pour résumer, la prise en charge en collaboration avec d'autres professionnels, tout comme la prise en charge seul, impliquent des manières différentes de concevoir le traitement et de s'en approprier la prescription. La prise en charge psycho-sociale « en solo » passe par la revendication d'une compétence pour « tout faire », alors que les pratiques collaboratives se

rapprochent de l'idéaltype du généraliste coordinateur des soins qui a pour rôle de suivre le patient tout en l'aiguillant vers des spécialistes jugés complémentaires. Dans les deux cas, on retrouve dans les prise en charge par TSO les divers avatars de la médecine générale déjà repérés par d'autres travaux sociologiques (Par exemple, Bloy 2002; Sarradon-Eck 2010b; Vega 2011). De ce point de vue, les TSO ne sont pas en rupture avec le travail quotidien des généralistes.

2. L'adressage et le carnet d'adresses des patients : révélateurs de pratiques de tri au sein d'un système local d'acteurs interdépendants

Outre la collaboration, qui implique des prises en charge simultanées, les généralistes peuvent être en rapport avec d'autres professionnels dans le cadre de l'*adressage* de patients. Dans ce cas, ce sont les patients qui font le lien entre les soignants, qui n'entrent pas forcément en interaction les uns avec les autres. Nous allons montrer comment les pratiques d'adressage révèlent une interdépendance entre les différents acteurs locaux qui participent aux prises en charge. La circulation des patients relie indirectement les professionnels entre eux. Après avoir envisagé différentes formes d'adressage, nous verrons que certains adressages sont motivés par des pratiques de tri : le médecin envoie vers d'autres professionnels les patients qu'il ne souhaite pas prendre en charge. Ces pratiques, ainsi que les recours spontanés des patients, mettent en exergue l'interdépendance entre les médecins qui trient et ceux qui ne trient pas.

2.1. Deux formes d'adressage aux fonctions distinctes

L'adressage d'un patient vers un autre professionnel peut prendre plusieurs formes pour les généralistes. Il peut s'accompagner d'un travail en collaboration avec le professionnel cible : un suivi de la démarche du patient pour s'assurer que l'adressage lui convient, ou une orientation ponctuelle vers un collaborateur avec retour vers le généraliste par la suite. À l'inverse, certaines pratiques d'adressage sont plus minimales, elles ont lieu sans prise de contact préalable entre le généraliste et le professionnel cible, et sans suivi ultérieur de l'issue de la démarche. Ces deux types d'adressage ne sont pas mis en œuvre dans les mêmes objectifs, et les généralistes ne choisissent pas leurs interlocuteurs en fonction des mêmes critères.

2.1.1. L'adressage collaboratif

Les généralistes sont parfois amenés à adresser un patient de manière ponctuelle à un confrère lorsqu'ils éprouvent une difficulté. C'est ce que Bergeron et Castel (2010) nomment l'adressage vers un professionnel « non-captant », qui renverra ensuite le patient vers le praticien ayant fait la demande. Contrairement à la « prise en charge globale » évoquée plus haut dans le cadre des pratiques de collaboration, ici les interventions des différents professionnels sont successives et non pas simultanées. Les cas rencontrés le plus couramment sont l'envoi de patients vers un médecin addictologue pour passer du Subutex à la méthadone, en cas de problème d'observance, ou encore pour le suivi de situations particulières comme une grossesse sous TSO :

«-C'est vous qui lui aviez conseillé de baisser les doses [pendant sa grossesse]?»

-Non, pendant la grossesse, elle avait été suivie par monsieur Roger à l'hôpital V., qui avait dit, bon, on peut pas aller à plus que telle dose, on va diminuer. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Moi, quand je maîtrise pas, soit j'en parle avec mon associé, soit je les envoie au centre Y., et puis c'est tout.

-Au centre Y. ? Vous les envoyez au centre Y. définitivement ?

-Non, temporairement, pour régler les problèmes, quand ils abusent trop des doses, ou des choses comme ça. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans ces situations, l'adressage est temporaire et le suivi sera ensuite repris par le généraliste : la personne en TSO reste donc « son » patient. La plupart du temps, les interlocuteurs choisis sont des addictologues, ou les généralistes identifiés comme « experts » de la substitution, tels que les fondateurs du Réseau dont nous avons parlé au chapitre précédent. Lors d'un adressage où le médecin souhaite conserver le suivi d'un patient, c'est-à-dire rester l'intervenant principal dans sa prise en charge (pour reprendre la terminologie de Bergeron et Castel), les professionnels sont donc choisis sur le critère de leur spécialisation. Le médecin leur reconnaît une compétence particulière dans le domaine de l'addictologie, sur laquelle il base sa confiance pour leur confier un de ses patients.

D'autres adressages sont voués à être définitifs. Les généralistes peuvent initier des dynamiques collaboratives y compris dans ce cas, en contactant le professionnel cible pour

mettre en place le relais de la prise en charge, et en suivant attentivement son déroulement. Ce type d'adressage demande une implication du généraliste qui l'initie. L'investissement dans l'adressage peut aussi prendre la forme d'un choix réfléchi, en concertation avec le patient, du professionnel qui lui conviendra le mieux. Même s'il n'y a pas de dynamique de suivi du patient, le généraliste porte attention à ses préférences pour l'orienter :

« Moi, la personne que j'ai eue elle était motivée, elle m'a montré sa motivation, et on l'a réaiguillée, et tout allait très bien. Mais c'est vrai que ça se fait pas comme qui rigole, ça a été du travail, ça a été de l'écoute, c'était pas un quart d'heure de consultation, on a passé une demi-heure trois quarts d'heures la première fois [...] On a discuté si elle préférait... parce que je crois qu'il y a une femme à l'hôpital V., si elle préférait un médecin femme, un médecin homme, c'est aussi très nécessaire pour le contact, qu'est-ce qu'ils préfèrent en premier, parce que c'est sûr que si je les bloque en leur disant "je préfère ce médecin là à un autre", si elles sont plus à l'aise avec une femme, il faut que le contact s'y mette tout de suite, quoi. C'est surtout ça à pas louper, c'est le premier contact. Ce qui est difficile avec eux, des fois. » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Ici, la praticienne, même si elle a décidé de ne pas effectuer la prise en charge, prend du temps pour élaborer un adressage satisfaisant pour la patiente, ce qui dénote un certain souci de son devenir dans les structures de soins. Comme on va le voir, ce n'est pas systématiquement le cas : certains adressages sont effectués indépendamment de la demande du patient et le médecin ne cherche pas à savoir si ce dernier obtiendra effectivement la prise en charge à laquelle il aspire.

2.1.2. L'adressage minimaliste

Il existe des logiques d'adressage où le médecin ne s'implique pas ou très peu. L'adressage y revêt une fonction de *repoussoir* : le médecin cherche avant tout à ne pas prendre part à la prise en charge du patient. Il ne suit pas l'aboutissement de la démarche d'orientation qu'il a initiée, comme en témoigne cet exemple :

« Oui, oui, il m'est arrivé de dire à des mecs "non, vous êtes pas pour moi, allez voir...", je leur donne des adresses, je vais pas les mettre à la porte [...] Ah je les réoriente, oui, j'ai jamais jeté, mais je réoriente, je dis : "non j'arrête. Je vous fais une ordonnance pour 28 jours et vous avez un mois pour vous retrouver quelqu'un d'autre." » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin semble « donner des adresses » sans forcément garantir de résultats, puisque c'est

le patient qui doit faire en sorte de « retrouver quelqu'un d'autre » dans le temps imparti par la durée de l'ordonnance. Dans la plupart des cas, ce type d'adressage consiste à donner un nom et une adresse au patient, sans contacter le professionnel concerné. C'est pour cette raison que l'on peut le considérer comme un adressage *minimaliste* : le généraliste s'y investit peu.

« Je leur dis “allez chez untel, parce que moi je pourrai pas vous suivre, mais voyez si lui il veut vous suivre” [...] je donne des numéros, et il faut que les gens aient une attitude positive, c'est-à-dire qu'il faut qu'ils demandent eux-mêmes au médecin de les prendre en charge, c'est pas moi qui téléphone pour qu'ils... je donne les numéros, je dis voilà : “ça c'est l'hôpital, ça c'est le privé, ça c'est l'hôpital V., ça c'est ceci ça c'est cela” voilà, “vous téléphonez vous prenez rendez-vous, c'est des gens compétents qui sont formés pour ça et qui s'occuperont de vous.” » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, le médecin avance l'argument de la responsabilisation des patients pour justifier son absence d'implication dans les adressages : ce n'est pas au médecin de faire les efforts à la place des patients, ces derniers doivent prouver leur « motivation » à « s'en sortir » en faisant eux-mêmes les démarches. Cette technique représente par ailleurs un gain de temps pour le médecin qui n'a pas besoin de contacter un confrère, ni de négocier avec ce dernier une prise en charge qui pourrait éventuellement donner lieu à un refus ou à un rendez-vous à une date éloignée – ce qui contraindrait le généraliste à suivre le patient en attendant. Même dans l'éventualité où l'adressage ne fonctionnerait pas, le médecin considère avoir fait son travail en donnant une adresse, le reste étant du ressort exclusif du patient. On le voit, l'objectif de ces adressages est avant tout d'éloigner le patient du cabinet.

L'adressage minimaliste se déroule quelquefois en dehors bureau du médecin, dans le couloir ou la salle d'attente, ce qui manifeste un refus d'accorder à la personne le statut de patient en lui interdisant l'accès à la consultation. Lors de nos observations, nous avons assisté à des situations où des personnes en TSO n'ayant pas pris rendez-vous se présentaient dans la salle d'attente, et le médecin les éconduisait en leur indiquant l'adresse d'un généraliste consultant sans rendez-vous. Ce type d'adressage, assez fréquent, est opéré sans aucune concertation avec le praticien concerné. Le Dr Laurence assure pourtant que le confrère dont elle indique souvent le nom n'a jamais refusé les personnes qu'elle lui envoie. En fait, elle ne se tient pas informée du sort des patients, mais considère que si le médecin n'avait pas été d'accord, il l'aurait contactée pour le lui faire savoir. Les généralistes observés utilisent l'adressage minimaliste avec des patients inconnus, ne faisant pas partie de leur

patientèle. D'autres patients arrivant sans rendez-vous peuvent, par contre, être reçus s'ils sont des patients habituels ou s'ils sont explicitement envoyés par un collègue. Le Dr Laurence reçoit ainsi plusieurs patients du Dr André lorsque celui-ci est en vacances. De même, le Dr Raymond raconte qu'il n'accepte de nouveaux patients que lorsqu'ils viennent de la part d'une personne qu'il connaît :

« Généralement, j'exige si possible que ces gens là soient passés par une association [CSAPA ou CAARUD]. [...] J'aime bien qu'ils viennent de là, ou bien qu'ils viennent directement d'un confrère, à la rigueur qu'ils viennent de la part d'un autre patient, de façon à ce que ce ne soit pas des gens qui viennent là soit pour pallier l'interruption du marché de l'héroïne, soit pour avoir des produits qu'ils vont pouvoir revendre dans la rue. J'en faisais une obligation, à un moment donné, absolue. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

Un patient se présentant de lui-même au cabinet est plus facilement soupçonné de revendre son traitement. L'adressage semble donc avoir plus de chances d'aboutir si le médecin cible en est informé, ce que les généralistes ne font pas avec l'adressage minimaliste. On peut donc penser que ce type d'adressage est peu efficace pour les patients.

Dans le cadre de l'adressage minimaliste, le carnet d'adresses est rarement nourri par des relations régulières avec les professionnels. Ceux-ci sont simplement convoqués pour faire en sorte qu'une personne quitte le cabinet et n'y retourne pas. Les généralistes recherchent avant tout des professionnels « captants » (Bergeron, Castel 2010), c'est-à-dire qui accepteront de recevoir le patient et ne le renverront pas vers le généraliste par la suite. C'est le contraire de l'adressage collaboratif où les généralistes se tournent vers des professionnels « non captants » afin de reprendre le suivi de leur patient après résolution d'un problème. Les propos de ce remplaçant témoignent de la fonction avant tout répulsive que revêt l'adressage pour certains médecins, qui conçoivent les structures spécialisées comme des réceptacles pour les patients indésirables :

« Par contre, je sais pas si au centre Z. ils sont capables de prendre en charge tous les gens sous Subutex.

-Tous les gens sous Subutex ?

-Je sais pas si en tant que médecin généraliste, si tu peux adresser tous tes patients sous Subutex au centre Z. pour leur traitement. Si tu décides de ne pas prescrire de Subutex, à qui tu les adresses ? Je sais pas, je pense que tu les adresses au centre Z. » (Dr Nicolas, généraliste remplaçant, entretien, 2011)

Entre adressage collaboratif et adressage minimaliste, les critères de choix des « partenaires » sont différents. Lors des adressages minimalistes, le choix se porte souvent vers des médecins réputés pour prescrire facilement des TSO et accepter largement la patientèle substituée, plutôt que sur des professionnels reconnus pour leur compétence. Faire appel à un professionnel « de confiance » devient ici secondaire, puisqu'il ne s'agit pas de lui confier un de « ses » patients, mais, au contraire, de lui envoyer une personne que l'on ne souhaite pas inclure dans sa patientèle. Adresser les patients que l'on refuse de suivre vers des médecins connus pour accepter largement les consommateurs de drogues permet aux généralistes de se prémunir d'un refus de prescription susceptible de provoquer un retour du patient au cabinet.

Certains généralistes cherchent en effet à rester « non captants », c'est-à-dire à ne pas fidéliser les personnes en demande TSO se présentant à leur consultation. Prescrire un traitement pour une courte durée est une stratégie souvent évoquée pour éloigner une personne indésirable sans heurts :

« Si il me dit “je suis sous Subutex, je sors de prison, vous voulez pas être mon médecin traitant ?” je lui dis “non, je veux pas être votre médecin traitant, mais je vais vous donner le traitement que vous preniez en prison”, par exemple, puisque nous on était près de la prison, on a eu des prisonniers, on a eu des gens incarcérés, et je leur disais “non je serai pas votre médecin traitant” mais je disais “oui, je vous donne” c'est-à-dire que je donne une réponse négative mais positive. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le refus d'être « médecin traitant » marque la volonté de ne pas établir de relation durable avec le patient¹⁵. Pour que l'éloignement soit définitif, la prescription de « dépannage » doit nécessairement s'accompagner d'un adressage, sous peine de revoir le patient quelques jours plus tard. Le Dr Karine, remplaçante, revient sur ses difficultés dans cette situation : elle préfère laisser au médecin qu'elle remplace le choix d'inclure la personne dans sa patientèle, mais lors de remplacements de longue durée, une prescription d'une semaine ne suffit pas toujours à garantir que le patient ne reviendra pas avant la fin du remplacement.

« J'ai fait une ordonnance de substitution d'une semaine, et je leur ai dit que probablement que le médecin que je remplaçais ne les prendrait pas. À revoir avec eux, parce que je savais que dans la patientèle il y en avait quelques uns qu'elle acceptait, mais ça dépendait qui, bien sûr, d'autres elle les

¹⁵ Sur la question du médecin traitant, voir chapitre 9.

acceptait pas du tout. [...] Souvent on essaye de faire la prescription pour sept jours, le problème c'est que si notre remplaçant dure un mois ou deux mois, votre sept jours il revient la semaine d'après. » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Pour contrer cette difficulté, Karine accompagne ses prescriptions de sept jours d'un adressage minimaliste, ce qui lui permet de tenir le patient éloigné du cabinet tout en lui proposant une solution à l'amiable :

« J'avais été un petit peu plus sèche, un petit peu plus directive là-dessus en disant que nous on voulait pas le revoir, ou en disant "vous retournez voir votre médecin ou vous vous débrouillez avec un centre", voilà, qu'il existait des centres, j'ai fait l'information, ce qui était important. » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Ici, l'adressage minimaliste est mis en valeur comme un travail « d'information », ce qui permet à la généraliste d'interpréter son acte de refus de manière positive.

D'autres médecins expliquent qu'ils ont été amenés à prendre en charge des patients suite à des adressages minimalistes :

« Ça s'est vu dans le quartier parce qu'il y avait plein de médecins qui voulaient pas le faire. Donc j'ai récupéré pas mal de monde qui venait parce que moi je faisais ça. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cet exemple, comme d'autres déjà cités, attire l'attention sur *l'interdépendance* entre les professionnels locaux : l'adressage minimaliste sert de support à des pratiques de tri des patients, c'est-à-dire d'acceptation de certains et de refus de certains autres. Or, ces pratiques ne sont possibles que lorsqu'il existe des professionnels en mesure de prendre en charge les patients que le généraliste refuse. En l'absence de médecins ou de structures « captantes », ces généralistes pourraient difficilement maintenir un rôle « non captant ». Caroline Jeanmart confirme cette idée d'interdépendances locales, lorsqu'elle remarque que sur son terrain, la pénurie de prescripteurs oblige des généralistes à prendre en charge plus de patients substitués qu'ils ne le souhaiteraient : « 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. » (Jeanmart 2007, p. 293).

Ainsi, refuser de suivre un patient n'est possible que dans la mesure où d'autres médecins ou structures acceptent largement de prendre en charge les personnes substituées.

Tableau 1: Typologie des liens noués par les généralistes autour des TSO

	Type de lien ¹⁶	Interlocuteurs	Interactions entre professionnels	Objectifs
Collaboration	<i>Prise en charge « globale » médico-psycho-sociale</i>	CSAPA, psychologues, assistantes sociales	Contact épisodique	Prise en charge complémentaire simultanée
	<i>Contrôle conjoint de l'observance</i>	Pharmaciens, autres généralistes	Contact régulier	Se rassurer, repérer les abus
	<i>Travail seul (pas de pratiques collaboratives)</i>	/	Aucun contact	/
Adressage	<i>Adressage collaboratif</i>	Médecins reconnus pour leur compétence	Sollicitation de l'accord du professionnel, éventuellement prise de rendez-vous, suivi de la démarche	Relais temporaire ou définitif de la prise en charge
	<i>Adressage minimaliste</i>	Médecins réputés pour prescrire abondamment des TSO	Aucun contact	Éloigner durablement le patient du cabinet

2.2. Un système local de prise en charge composé d'acteurs interdépendants

L'interdépendance des acteurs locaux est causée à la fois par les pratiques d'adressage des médecins et par la circulation des patients au sein de l'offre locale. Les différents professionnels impliqués dans les TSO à Toulouse en viennent donc à former un « système local de prise en charge » (Sicot 2009), au sein duquel se déroulent les pratiques de tri que nous étudierons dans les chapitres suivants.

¹⁶ Les types de lien ne sont pas exclusifs les uns des autres, ils ne représentent pas des profils de médecins.

2.2.1. Du carnet d'adresses des patients à l'interdépendance entre professionnels

S'intéresser aux pratiques d'adressage des généralistes ne doit pas occulter la participation active des patients dans les dynamiques qui régissent leur circulation au sein de l'offre de substitution locale. Nous avons déjà vu qu'ils jouent un rôle important dans les collaborations entre professionnels, en créant de nouveaux liens entre soignants, ou au contraire en les entravant, par leur refus de consulter des intervenants psycho-sociaux. De même, les patients ne se contentent pas de subir l'adressage des médecins. Certains se saisissent directement des ressources disponibles au niveau local, sans avoir besoin d'un adressage. Plusieurs patients revendiquent une bonne connaissance de l'offre, ils savent s'y repérer et préfèrent un recours spontané vers le professionnel qu'ils jugent approprié, plutôt qu'attendre un adressage de la part de leur médecin généraliste. Par exemple, lorsque Christian souhaite entrer dans un protocole méthadone car son traitement Subutex ne lui convient plus, il cesse de consulter sa généraliste pour s'orienter vers un autre médecin dont il connaît l'implication dans un centre spécialisé. Il avance l'argument de la lenteur des démarches pour expliquer pourquoi il a court-circuité la procédure d'adressage :

« Pour passer à la méthadone, je suis obligé de brusquer tout le monde. Parce que...parce que les toubibs ils ont du mal à, ils nous disent "oui, faut passer à la méthadone", le Dr Patricia, en fait elle sait pas trop comment...c'est pas de sa faute, en fait, elle a pas d'avis là-dessus, donc, elle fait comme elle peut. [...] Bon, je vais vous dire. Là d'habitude je vais voir Patricia. Mais ça avançait pas. Donc je suis retourné voir [un généraliste qui fait des inclusions en centre méthadone]. Et je passe à la méthadone lundi. Je voulais pas le dire à Patricia, parce que j'ai beaucoup de respect pour cette dame, mais bon, voilà, j'ai été voir [l'autre médecin], et je passe...Hier, lundi, mardi, j'ai été voir la psy, à l'hôpital V., et là aujourd'hui aussi j'ai été au centre Y., pour la délivrance. Et là je suis content, franchement, je suis ravi. » (Christian, patient, Subutex, entretien, 2011)

Christian a mobilisé son propre carnet d'adresses pour obtenir plus rapidement un traitement méthadone et passer outre la procédure habituelle d'inclusion qui nécessite généralement plusieurs semaines. Ses propos dénotent toutefois qu'il considère sa méthode comme peu légitime. Il hésite dans un premier temps à nous expliquer sa démarche, et ne souhaite pas en parler à sa généraliste, par « respect » pour elle. Il craint peut-être qu'elle n'interprète ce geste comme un désaveu ou une remise en cause de sa compétence. Il apparaît mal à l'aise avec ce qu'il semble appréhender comme une « infidélité » envers sa

généraliste¹⁷. L'adressage est donc la voie usuelle pour un changement de prise en charge, et même si les patients ne l'empruntent pas toujours, ils semblent envisager les autres types de recours comme des moyens détournés et peu légitimes de parvenir à leurs fins.

Les pratiques de recours spontané nécessitent que les patients se forment leur propre carnet d'adresses de professionnels. Or, les entretiens suggèrent qu'ils n'ont pas tous des ressources égales pour s'orienter dans l'offre locale.

Certains racontent qu'ils se transmettent, entre eux, des noms et des adresses :

« La première fois, c'est un pote qui m'a dit d'aller voir tel médecin. Ouais, moi c'est le bouche-à-oreille qui a fait. C'est vrai que dans le milieu on sait vite quels docteurs aller voir, lesquels il faut éviter, non, non, ça se sait. Radio zone, comme on dit. » (Jéjé, patient, Subutex, entretien, 2012)

De même, Mélanie assure que « tout le monde connaît les médecins qui donnent ». Cependant, cela nécessite d'avoir conservé des liens avec d'autres consommateurs d'opiacés, ce qui n'est pas le cas de tous. Le « bouche-à-oreille » réputé très puissant parmi les usagers de drogues¹⁸ n'est pas la seule voie de constitution du carnet d'adresses des patients. Christian, cité plus haut, insiste sur le fait que le médecin qui l'a aidé à obtenir la méthadone est un « ami ». Il est soucieux de nous prouver qu'il a des relations privilégiées avec les médecins, et qu'il est plus proche de leur milieu social que de celui des consommateurs de drogues. Il n'a donc pas mobilisé un carnet d'adresses issu du « bouche-à-oreille » entre patients. Par ailleurs, d'autres patients se plaignent d'une difficulté d'accès à l'information sur les soignants ou les structures disponibles, notamment lorsqu'ils viennent d'une autre région. Beaucoup expliquent avoir trouvé un médecin prescripteur par hasard, ou en suivant les conseils de professionnels (pharmaciens, associations de réduction des risques comme Aides ou Médecins du Monde, CSAPA...), plutôt que par le biais des autres patients. Tous les patients n'ont donc pas la possibilité de constituer leur carnet d'adresses indépendamment des soignants, et la majorité des recours semblent faire suite à des adressages.

Selon d'autres patients, le « bouche-à-oreille » n'est pas fiable. Erwan, par exemple,

¹⁷ Les relations entre un généraliste et ses patients empruntent souvent la métaphore de la vie de couple, en particulier sur le thème de la rupture. Lors de nos observations, par exemple, le Dr Joël évoque le départ d'un patient vers un autre médecin par les mots « il m'a quitté ».

¹⁸ Nous verrons au chapitre suivant que l'idée du bouche-à-oreille entre patients est mobilisée par les médecins pour justifier leurs pratiques de limitation et de sélection des patients substitués, afin d'éviter d'être « envahis ».

explique qu'en suivant les conseils d'une amie, il pensait trouver un « bon médecin » mais s'est retrouvé chez un « médecin dealer ». En effet, dans les carnets d'adresses des patients, il y a de bonnes et de mauvaises adresses. Or, une bonne adresse pour un patient peut être mauvaise pour un autre. En particulier, les médecins connus pour prescrire facilement et recevoir de nombreuses personnes en TSO ne font pas l'unanimité. Certains patients, même s'ils connaissent leur nom et leur réputation par le biais d'autres consommateurs, refusent de les consulter pour éviter un étiquetage de « toxicomane ». En témoigne cette discussion pendant nos entretiens informels au CAARUD :

Discussion au CAARUD à propos des « mauvaises adresses »

-Animatrice CAARUD : Aujourd'hui j'ai des bonnes adresses¹⁹ ! [...] Les mauvaises, j'en entends plus souvent parler, bizarrement.

-Fred (accueilli) : C'est qui les mauvaises ?

-Animatrice : Moi je suis tenue au secret professionnel ! Mais tu dois les connaître autant que moi !

-Fred : Je sais pas, André peut-être, ou Albert, je sais pas. Moi je les ai jamais faits ces docteurs. Les seuls docteurs que j'ai faits à Toulouse c'était Gabriel pour la métha et Henri pour le Skénan.

Tout au long de notre conversation, Fred est soucieux de différencier les « vrais médecins » des « dealers ». En forgeant une réputation aux généralistes, les carnets d'adresses des patients permettent donc également de connaître les professionnels à éviter, soit parce qu'ils refusent de prescrire, soit parce qu'ils ne correspondent pas au projet thérapeutique du patient.

Par ailleurs, certains praticiens obligent les patients à se créer eux-mêmes un carnet d'adresses :

« J'exige qu'ils arrivent avec le nom de...qu'ils soient passés dans une pharmacie qui accepte de leur délivrer [...] qu'ils aient obtenu l'accord d'une pharmacie, qu'ils me portent le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, c'est une façon de vérifier la motivation. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ce médecin délègue certaines tâches au patient sous couvert de tester sa « motivation ». Cet exemple se rapproche de celui du Dr Georges, déjà cité dans le cadre de l'adressage minimaliste. Les généralistes justifient leur absence d'investissement dans les prises en charge par une volonté de responsabilisation des patients. On peut cependant penser que ceux qui parviennent à satisfaire ces exigences ne sont pas forcément les plus « motivés », mais plutôt ceux qui ont le plus de ressources pour s'orienter dans l'offre de soins et mobiliser un réseau

¹⁹ Elle veut dire que ma présence et les réponses des accueillis à mes questions lui permettent de connaître les « bonnes adresses » de prescripteurs.

personnel. Ces pratiques tendent donc à reproduire des inégalités en termes de capital social.

Pour mettre en exergue l'importance du carnet d'adresses des patients dans l'interdépendance entre professionnels, il faut revenir sur la « centralité » des acteurs dans l'offre locale, déjà évoquée au début de ce chapitre à propos des médecins qui figurent dans le carnet d'adresses de nombreux généralistes. En effet, d'autres acteurs apparaissent centraux non pas parce qu'ils sont unanimement connus par les autres professionnels, mais parce qu'ils font très souvent l'objet de recours de la part des patients. Leur nom figure dans le carnet d'adresses de nombreux patients. Or, dans certains cas, les deux indicateurs de centralité ne mettent pas en avant les mêmes acteurs. Certains généralistes non connectés aux autres professionnels prennent en charge un grand nombre de patients. Ils sont centraux dans l'offre de substitution locale car des recours spontanés se dirigent vers eux. Le Dr Albert, par exemple, est marginalisé parmi les professionnels : il n'entretient aucune relation ni avec le Réseau de santé (avec lequel il est en différend), ni avec les CSAPA ou l'hôpital. Il affirme effectuer une prise en charge psycho-sociale à son cabinet, ce qui induit qu'il ne collabore pas avec des psychologues et travailleurs sociaux. Il semble peu figurer dans le carnet d'adresses des généralistes, du moins n'a-t-il jamais été cité par les autres enquêtés en tant que partenaire potentiel ou cible d'adressage. Il est donc dans une position isolée au sein du réseau tissé entre les professionnels. Cependant, il est central dans le réseau tissé par les patients : il est souvent évoqué dans leurs discours, et possède la file active de personnes en TSO la plus élevée de la ville (500 patients selon ses déclarations). Son rôle est donc capital, puisqu'il permet à de nombreux patients d'avoir accès à un traitement.

L'exemple de ce cas extrême témoigne de l'interdépendance entre les professionnels : les patients en TSO refusés par certains médecins se retrouvent chez d'autres, qui voient leur patientèle augmenter. Nous verrons plus loin que les refus correspondent à des pratiques de tri des patients en TSO, qui consistent à en limiter le nombre ou les sélectionner. Elles ne sont possibles que parce que d'autres médecins sont là pour prendre en charge les patients recalés. Le carnet d'adresses des patients est également un outil fondé en réponse aux pratiques de tri des généralistes : les patients cherchent à se renseigner sur les médecins qui acceptent de prescrire et ceux qui refusent²⁰. Ils tentent de se prémunir des refus, souvent mal vécus par beaucoup d'entre eux, ce qui peut les conduire à consulter d'emblée les médecins connus pour

²⁰ Nous verrons cependant dans les chapitres suivants que les pratiques de tri ne peuvent pas être résumées à la dichotomie refus/acceptation, puisque les refus sont bien souvent effectués au cas par cas.

prescrire beaucoup, qui se retrouvent, de fait, avec de plus en plus de patients en TSO.

2.2.2. Un système local de prise en charge

Tant les adressages minimalistes que les recours des patients attirent l'attention sur l'interdépendance entre acteurs dans l'offre locale de TSO. Pour refuser un patient, les généralistes s'appuient sur d'autres professionnels, soit de manière directe par l'adressage vers un praticien dont ils savent qu'il acceptera le patient, soit de manière indirecte en considérant que l'offre est suffisamment vaste pour que le patient trouve un autre prescripteur. Les refus s'appuient donc à la fois sur le carnet d'adresses du médecin (adressage) et sur celui des patients :

« Je les abandonne pas je leur dis “vous avez d'autres médecins”, ils sont pas abandonnés, il y a d'autres médecins ailleurs, qui vont les prendre en charge, ils peuvent aussi aller à l'hôpital, ils peuvent aller dans des centres à l'hôpital, donc ils sont pas abandonnés, hein. Enfin, je les abandonne pas, moi, au bord de la rue là. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

On l'a vu plus haut, en d'autres lieux, une offre de prise en charge moins étendue provoque des postures différentes et une moindre possibilité de refus (exemple de l'enquête de Jeanmart). Les médecins qui trient leurs patients en TSO ne peuvent le faire que dans la mesure où d'autres ne trient pas.

La notion de « système local de prise en charge » (Sicot 2009) permet de décrire cet agencement local d'acteurs interdépendants, régi non par des interactions systématiques, mais par un point commun : la mise en œuvre de la même politique publique (la prescription et la délivrance de TSO), sur un même territoire (la ville). Même si chacun remplit à sa manière cette mission commune, elle implique toutefois que les actions des uns s'ajustent à celles des autres, c'est-à-dire au contexte propre à l'offre locale.

François Sicot (2009) s'interroge sur la recrudescence des recours aux urgences en pédopsychiatrie. Il montre que cette augmentation est liée à une « insuffisance des ressources dont [les structures de soins] disposent pour mener à bien leur action ». De nombreux recours aux urgences sont faits par défaut, faute d'avoir trouvé, en amont, une structure acceptant de prendre en charge un jeune « en crise ». Le fort taux de recours aux urgences ne résulte donc

pas d'une mutation des pathologies, mais plutôt de changements survenus dans l'offre locale de soins. La diminution des moyens alloués aux structures (nombre de lits d'hospitalisation, etc.), les conduit à établir des critères d'admission ou à se spécialiser sur certains types de public, ce qui diminue les possibilités de placement pour les patients ne correspondant pas au profil. Il s'agit donc de pratiques de tri mises en œuvre dans un contexte de pénurie de ressources²¹. Les urgences, de ce point de vue, pallient le manque de moyens octroyés aux professionnels par les pouvoirs publics. Ainsi, Sicot met en exergue l'interdépendance entre les structures locales : « les difficultés de l'une ont immédiatement des retombées sur les autres ». Il en conclut que « les parcours de prise en charge des jeunes sont étroitement liés à un système de prise en charge local. La crise de l'adolescent s'inscrit dans un contexte où les professionnels et les structures ont à gérer leur propre manque de moyens, leur débordement face à la demande et celui des autres. » (Sicot 2009, p. 56-57)

L'auteur montre l'existence du système local de prise en charge en étudiant un moment où ce système ne fonctionne pas comme les acteurs le souhaiteraient : les difficultés dans le placement de certains patients engendrent leur passage régulier aux urgences. L'interdépendance entre les acteurs se révèle dès lors que certains ne remplissent pas le rôle que les autres attendent d'eux. Dans le cas qui nous intéresse, au contraire, les pratiques de tri des médecins engendrent rarement de telles « crises », celles-ci sont résorbées par la présence d'acteurs qui acceptent les patients refusés par d'autres. Nous avons décrit une logique similaire au chapitre précédent à propos des centres ayant refusé de prescrire des TSO dans les années 1990 et 2000 : les conséquences négatives en termes d'accessibilité des traitements étaient alors compensées par l'implication forte de médecins généralistes. Nous reviendrons sur cette interdépendance au chapitre 5, lorsque nous détaillerons les possibilités de prise en charge pour les patients jugés « indésirables » par les médecins qui sélectionnent leurs patients en TSO.

Les patients sont également pris dans le système d'interdépendances locales, puisque leurs recours sont souvent contraints par les pratiques de tri des médecins. Le système local de prise en charge dépasse donc l'idée d'offre de soins, il inclut tous les acteurs impliqués dans les TSO sur un territoire, y compris les patients, dans la mesure où les actions des uns ont des

²¹ Plus généralement, le tri est souvent une solution pour gérer un manque de moyens : les soignants se voient dans l'obligation de prioriser certains patients par rapport à d'autres, et d'établir des critères à cet effet (Voir Lachenal, Lefève, Nguyen 2014).

conséquences sur celles des autres. Bien plus que l'idée de « réseau », qui se concentre sur les relations et interactions entre acteurs, la notion de « système local de prise en charge » permet d'interpréter l'agencement d'acteurs locaux en termes d'interdépendance.

Discussion conclusive au chapitre 3 : Comment qualifier des interdépendances locales entre acteurs sociaux ?

Dans ce chapitre, nous avons montré que les carnets d'adresses ou réseaux tissés par les généralistes et les patients révèlent, d'une part, des manières diverses de concevoir le traitement et le rôle du médecin face aux personnes substituées, et, d'autre part, la situation d'interdépendance mutuelle dans laquelle se trouvent les professionnels lorsqu'ils doivent décider quels patients ils vont suivre ou rejeter. Les actions des uns ont un impact sur les possibilités offertes aux autres. Au delà de la nécessaire prise en compte des spécificités résultant de l'histoire locale (chapitre précédent), prendre l'espace de la ville pour unité d'analyse a permis de mettre en avant l'importance de tout territoire en tant qu'espace d'interdépendances entre acteurs. Cette perspective nous a conduite à analyser l'agencement d'acteurs interdépendants comme un « système local de prise en charge », qui désigne la totalité des personnes gravitant autour des TSO sur un territoire donné.

Toutefois, la sociologie offre de nombreux concepts pour décrire des agencements d'acteurs œuvrant dans un échelon intermédiaire entre le « macro » et le « micro » social. Pour terminer ce chapitre, une discussion s'impose donc, qui confrontera notre analyse à différentes perspectives théoriques afin de suggérer quels peuvent être les apports de notre travail à une sociologie des contextes d'action intermédiaires. Le système local que nous avons décrit réunit en effet plusieurs spécificités que les concepts usuels en sociologie n'associent pas forcément entre elles : l'interdépendance d'acteurs qui n'entrent pas systématiquement en interaction, une mission commune (la participation à une politique publique), et un ancrage territorial.

La notion de « configuration » que Norbert Elias associe à celle d'interdépendance (voir en particulier Elias 1975, 1981, 1991), semble, à première vue, proche de nos analyses, puisqu'elle englobe des acteurs qui sont reliés entre eux sans pour autant entrer en contact

direct les uns avec les autres. Cependant, chez son auteur, elle sert à désigner des situations relativement diverses. Une configuration peut tout autant être un contexte d'action éphémère, à durée limitée et regroupant peu de participants (par exemple, une partie d'échecs), qu'un collectif plus étendu dans le temps, l'espace et le volume d'individus concernés (par exemple, une nation). Ainsi, les échelles d'action et d'analyse se trouvent gommées par le concept de configuration qui ne permet plus de les distinguer entre elles. L'agencement local d'acteurs interdépendants que nous décrivons possède une certaine permanence dans le temps et une histoire (abordée en partie au chapitre précédent), même si les rapports d'interdépendance évoluent régulièrement en fonction des options prises par l'un ou l'autre acteur – par exemple, en fonction de la présence et du degré d'implication de tel ou tel praticien, qui peuvent varier au cours de sa carrière. Le système local se caractérise par un nombre d'acteurs limité, d'une part, par une pratique commune, la prise en charge par TSO; et d'autre part, par l'exercice de cette activité sur un territoire restreint.

La notion de « monde social » issue de l'interactionnisme (Strauss 1992c; Becker 1988), permet de décrire un ensemble d'acteurs œuvrant en vue d'une même objectif ou exerçant une même activité. Contrairement à la « configuration », le « monde » a l'avantage de recentrer l'analyse sur le centre de gravité autour duquel se tissent les interdépendances. Tel qu'il est défini par Becker, un « monde » désigne des acteurs qui « font quelque chose ensemble » et « s'ajustent » les uns aux autres pour parvenir à leur objectif : « Ils développent graduellement leurs lignes d'activité, en prenant note de la façon dont les autres répondent à ce qu'ils font, et en ajustant ce qu'ils vont faire de manière à essayer de faire en sorte que cela convienne à ce que les autres ont fait et vont probablement faire. » (Becker, Pessin 2006, p. 167). Cette conception du « monde » met l'accent sur les interdépendances qui exigent des ajustements mutuels. Non exempt de conflits, le monde est le lieu de négociations entre acteurs qui doivent concilier les projets de chacun afin de pouvoir œuvrer ensemble. On retrouve ici « l'ordre négocié » décrit par Strauss (Strauss 1992d). De plus, selon Strauss, un « monde social » se caractérise par une activité commune, des « sites où se déroule l'activité », des savoir-faire (« manières héritées ou innovantes d'accomplir les activités »), et enfin des « organisations » plus ou moins hiérarchisées selon les mondes (Strauss 1992c). Cette définition convient en partie à notre objet, qui est un agencement d'acteurs hétérogènes autour d'une activité commune, les TSO. Cependant, un monde n'est pas forcément ancré géographiquement dans un territoire unique, ce qui le rend plus vaste que l'agencement d'acteurs que nous envisageons. Le « monde » de la substitution aux opiacés dépasse

largement les frontières d'un système local de prise en charge, puisqu'il est susceptible de désigner tous les acteurs, en tous lieux, qui sont concernés de près ou de loin par les TSO. Nous retombons donc sur un niveau d'analyse « macro », même si l'échelon d'observation privilégié se situe au niveau des interactions entre acteurs. Or, c'est au contraire dans le périmètre « local » d'un territoire donné que nous avons envisagé les interdépendances entre individus.

Comme l'ont fait plusieurs auteurs (Becker, Pessin 2006; Lahire 2012), on peut confronter le concept de monde avec celui de « champ » théorisé par Pierre Bourdieu (voir, notamment, Bourdieu 1981), qui sert aussi à analyser un espace d'interdépendances entre agents et institutions. Comme le remarque Bernard Lahire (2012), la notion de champ ne s'applique pas à tout contexte d'action, elle s'intéresse avant tout aux luttes de pouvoir entre acteurs dominants pour l'appropriation ou la redéfinition du capital propre au champ. La notion de monde, quant à elle, est plus étendue car elle prend en compte des acteurs diversifiés et pas seulement ceux qui sont visibles dans des controverses publiques (Lahire 2012; Becker, Pessin 2006). En quelque sorte, le champ serait la face publique du monde, « l'arène » (Strauss 1992c) où se déroulent des controverses autour de la définition du monde et de ses objectifs. En ce qui concerne notre objet, le champ de la substitution à Toulouse regrouperait uniquement les acteurs qui historiquement ont lutté pour légitimer leur position et leur définition du problème public des drogues, que nous avons décrits au chapitre précédent (intervenants en toxicomanie, généralistes fondateurs du Réseau, etc.). Il ne saurait donc s'étendre à la totalité des acteurs impliqués dans les prescriptions de TSO sur ce territoire.

Telle qu'elle a été théorisée en sociologie, la notion de « réseau » apparaît, plus que les précédentes, à même de décrire un maillage territorial d'acteurs. Cependant, nous l'avons dit, elle est centrée sur les interactions et fait passer au second plan les interdépendances. Michel Grossetti fournit une définition synthétique du réseau comme « agrégation de relations », la relation exigeant trois caractéristiques : « connaissance réciproque, fondée sur des interactions, et favorisant la transmission de ressources » (Grossetti 2004, p. 110). Comme nous l'avons vu à travers les typologies proposées dans ce chapitre, les liens qu'entretiennent nos acteurs interdépendants ne remplissent pas toujours ces trois conditions : beaucoup ne se connaissent pas et n'entreront jamais en interaction. En un sens, le système local de prise en charge peut être considéré comme une superposition de plusieurs réseaux (les « carnets

d'adresses » des acteurs), qui interfèrent les uns avec les autres en impactant sur les pratiques de chacun.

Dans une recherche sur le soin spécialisé en toxicomanie avant les TSO, Bergeron (1996) utilise la notion de « dispositif de soins » pour décrire l'ensemble des structures mises en place dans une même localité pour « soigner la toxicomanie » dans les années 1970 et 80. Comme on l'a mentionné au chapitre précédent, chez Bergeron, le « dispositif de soins » désigne les moyens déployés sur un territoire pour mettre en œuvre une politique publique décidée au niveau national. Le terme de « dispositif » a des origines foucaaldiennes (Foucault 1975, 1976, 1994), qui semblent revendiquées par Bergeron lorsqu'il insiste sur les « jeux de pouvoir » (Bergeron 1996, p. 211) supportés par des « types de savoirs » (Foucault 1994, p. 300). Ainsi, un « dispositif de soins » au sens foucauldien, serait un ensemble hétérogène d'acteurs, d'institutions et d'énoncés déployés en vue d'un « objectif stratégique » (Foucault 1994), ici le « soin » des patients dépendants. Ce concept semble donc réunir nos trois exigences : l'interdépendance des acteurs, la mission et le territoire communs.

Chez Bergeron, cependant, le « dispositif » ne regroupe que les soignants des centres spécialisés en toxicomanie, ou plus précisément, les différents acteurs de la « chaîne thérapeutique » présents en un lieu donné (CSST, sevrages, postcures...). Or, même si les médecins généralistes sont impliqués dans le dispositif de la substitution mis en place par les pouvoirs publics français (cf. chapitre 1), même si certains d'entre eux ont participé, par le biais du Réseau, à fonder le dispositif de soins spécialisés toulousain (cf. chapitre 2), il nous semble que désigner l'agencement local d'acteurs interdépendants comme un « dispositif de soins » fait passer au second plan un élément essentiel de la problématique de l'appropriation des TSO en médecine générale. En effet, pour les généralistes, la mission substitutive s'additionne à une pluralité de prérogatives très diverses. Si les généralistes participent à un « dispositif de soins » de la dépendance aux opiacés, leur travail ne se réduit pas à cette fonction. La notion de « dispositif de soins », parce qu'elle est centrée sur un objet et une intentionnalité uniques, devient réductrice car elle passe sous silence les autres contextes dans lesquels évoluent les acteurs (en particulier les médecins généralistes, mais c'est le cas pour tous les acteurs non spécialisés – les pharmaciens, par exemple). Or, dans le système d'interdépendances décrit ici, le fait que certains acteurs soient généralistes et d'autres spécialistes (ou désignés comme tels), est structurant pour expliquer les phénomènes d'adressage et de tri (la partie suivante approfondira cette idée).

Les concepts inventoriés ici apportent chacun un éclairage différent sur l'ensemble d'acteurs que nous étudions, nous permettant, en miroir, de préciser ce qu'est un « système local de prise en charge ». Si aucun de ces concepts n'est en mesure d'englober complètement le système d'acteurs interdépendants auquel nous avons affaire, leur confrontation aura permis de souligner l'enchevêtrement des échelles, niveaux, et contextes d'action dans lesquels évoluent les médecins et les patients. Pour décrire des contextes d'action intermédiaires tels que le système local de prise en charge, il apparaît ainsi nécessaire d'entrer dans une distinction fine des échelles et niveaux d'analyse. À l'instar de Michel Grossetti (2004, 2006), qui a développé des réflexions critiques envers le modèle macro/méso/micro en proposant de lui adosser d'autres types d'échelles, nous avons montré, dans ce chapitre et dans les précédents, l'intérêt d'une approche élargie des échelles d'analyse au-delà de cette distinction tripartite. En plus de l'échelle²² de « masse » (Grossetti 2006), qui mesure le nombre d'acteurs impliqués dans un phénomène social, notre analyse a fait intervenir l'échelle de la « durée » (*ibid.*) en montrant comment s'articulent plusieurs temporalités dans le phénomène d'appropriation (histoire de la politique publique, histoire locale, histoire biographique des médecins...), et l'échelle de la « généralité » (*ibid.*) en insistant sur l'entrecroisement des contextes d'action auxquels les acteurs prennent part. Certains des concepts passés en revue dans cette conclusion ne permettent pas la distinction entre ces trois types d'échelles : la « configuration » ne précise ni la durée du phénomène ni les contextes d'action impliqués, alors que le « dispositif » se centre sur un seul contexte, interdisant d'interroger l'impact des autres sphères dans lesquelles les acteurs s'inscrivent en parallèle.

De plus, ce chapitre a mis en exergue l'interdépendance entre le contexte local et celui des interactions médecin-patient. Un médecin ne peut restreindre la place prise par les patients en TSO dans sa patientèle qu'à la condition qu'il existe, à proximité, des professionnels susceptibles de prendre en charge les personnes qu'il refuse. Les pratiques qui ont lieu dans les cabinets médicaux doivent donc toujours être replacées à la fois dans le contexte des autres interactions qui se déroulent ou se sont déroulées, et dans celui de leurs conséquences sur la structuration d'une offre de prise en charge sur un territoire donné. Pour les généralistes, le

²² Chez Grossetti, le terme « échelle » désigne l'élément sur lequel porte la distinction : le nombre de personnes impliquées pour l'échelle de masse, la durée du phénomène pour l'échelle de temporalité, le nombre de contextes d'action impliqués (inscription territoriale, sphères d'activité concernées...) pour l'échelle de généralité. Une échelle est donc « une série hiérarchisée de niveaux » (Grossetti 2006, p. 286). Les niveaux sont les barreaux des différentes échelles, si l'on veut filer la métaphore. Ils représentent la position, au sein de chacun des types d'échelle, du phénomène social analysé (par exemple, le micro, méso, ou macro, pour l'échelle de masse).

système local de prise en charge est donc à la fois une ressource (il existe d'autres professionnels qui peuvent recevoir des patients en TSO) et une contrainte (les choix des autres professionnels pèsent sur les possibilités d'aménagement de la pratique d'un médecin donné). Le « local » est produit au fil d'interactions, mais il conditionne aussi les interactions qui seront ou non possibles.

La notion d'interdépendance engage une conception de l'acteur qui met l'accent, d'une part, sur les systèmes de contraintes inhérents aux différents contextes dans lesquels il évolue, et d'autre part, sur les arbitrages qu'il effectue entre ces contraintes (dont font partie les pratiques de tri). Le système local de prise en charge est l'un de ces contextes, il exerce une contrainte sur les modes d'appropriation des TSO par les généralistes, car ces derniers doivent tenir compte des autres acteurs en présence. Après le contexte de la politique publique déclinée dans le système local de prise en charge, il faut maintenant aborder celui de l'appartenance à la profession de généraliste. Le tri des patients et des tâches, que nous avons commencé à aborder ici, doit être interrogé à l'aune de l'incorporation des TSO dans l'activité professionnelle de la médecine générale.

PARTIE II

—

DE L'APPROPRIATION AU TRI :
L'INCORPORATION DES TSO A
LA MEDECINE GENERALE

Après avoir établi, dans la partie précédente, le contexte politique de la rencontre médecin-patient-TSO, puis analysé sa déclinaison locale et l'agencement d'acteurs interdépendants qui résulte des logiques d'appropriation des uns et des autres, il s'agit, dans cette deuxième partie, d'interroger *l'incorporation de la politique substitutive au métier de généraliste*. En d'autres termes, nous cherchons à comprendre ce que la politique substitutive fait au métier de généraliste, et, en retour, ce que le métier de généraliste fait à la politique substitutive.

La fin du chapitre précédent a été l'occasion d'introduire la notion de tri : les pratiques d'adressage des médecins correspondent en partie à des logiques de filtrage des patientèles. Or, si l'on veut comprendre le sens des pratiques de tri pour ceux qui les utilisent, il faut les interroger à la lumière de la médecine générale et de ses spécificités. La médecine générale sera ici analysée à deux niveaux : en tant que *groupe professionnel* porteur d'un héritage collectif composite (chapitre 4), puis en tant que *métier* nécessitant une organisation de travail spécifique (chapitre 5). Sur ces deux plans, on montrera en quoi le tri se donne à voir comme une logique d'appropriation de la politique substitutive : il permet à de nombreux généralistes de concilier la prescription de TSO avec des contraintes et des exigences propres à leur activité professionnelle. Le tri des patients substitués permet, paradoxalement, aux médecins d'incorporer les TSO à la médecine générale, c'est-à-dire d'en faire une de leurs missions ordinaires.

Depuis une dizaine d'années, la médecine générale est devenue une spécialité médicale à part entière avec l'instauration d'un internat et de départements de médecine générale dans la plupart des facultés. Parallèlement, des tentatives de structuration collective d'un savoir professionnel spécifique ont vu le jour (Bloy 2010a, 2014a). Pour autant, la médecine générale reste un groupe professionnel aux contours flous. Le chapitre 4 s'intéresse aux tensions qui le traversent, à la lumière des TSO. Nous verrons comment ces traitements, situés aux frontières du médical et aux marges de l'activité des généralistes, ravivent, par les réactions qu'ils suscitent chez les médecins, des contradictions entre plusieurs formes ou composantes de la médecine générale. Les pratiques de tri des patients substitués témoignent des tentatives mises en place par les généralistes pour stabiliser les frontières de leur métier (« rester généraliste ») en réaction à des politiques publiques qui statuent sur leurs missions.

Le chapitre 5, quant à lui, envisage le métier de généraliste sous l'angle de son organisation au quotidien. Il montre que les critères de sélection des généralistes sont justifiés, dans leurs discours, par des impératifs de « gestion » de leur activité. Nous expliquerons comment les médecins construisent, à travers ces critères, les figures idéal-typiques du patient « ingérable » et du « bon patient » en TSO. Ce constat nous conduira à nous pencher sur les conséquences du tri en termes d'acquisition du statut de patient : quelles sont les possibilités de prise en charge offertes aux patients exclus par les critères de tri ?

Limitation et sélection : deux logiques de tri des patients substitués

Afin de rendre facilement intelligibles les analyses qui suivent, quelques précisions préalables s'imposent sur ce que nous entendons lorsque nous nous référons au tri des patients substitués par les généralistes. Le refus de suivre un patient en TSO se décline en deux logiques de tri : la *limitation* en nombre et la *sélection* des patients substitués.

La logique de *limitation* correspond à une restriction strictement quantitative du nombre de personnes en TSO au sein de la clientèle du médecin. Certains généralistes décident de ne pas accepter de nouveaux patients dès lors qu'ils ont atteint une certaine quantité. Par exemple, une praticienne raconte que des confrères de son quartier lui ont adressé des patients substitués « parce qu'ils commençaient à en avoir trop et s'étaient mis une limite de nombre ». De même, plusieurs généralistes affirment qu'ils ne souhaitent pas dépasser cinq patients substitués¹. D'autres choisissent de réduire leur nombre de patients en TSO en interrompant une partie des prises en charge en cours : le Dr Éric n'a conservé qu'une seule patiente après avoir reçu des notifications de multi-prescription de l'assurance maladie concernant tous les autres. Quelques médecins cherchent à se prémunir des adressages, en refusant d'adhérer au Réseau ou d'effectuer les relais de traitements méthadone initiés par les CSAPA. En cela, ils tentent de diminuer le nombre de demandes dirigées vers eux. Toutes ces stratégies visent à juguler l'importance quantitative de la substitution au sein de la totalité des actes du médecin, sans pour autant l'en éliminer totalement. La *sélection* des patients en TSO, quant-à-elle, relève d'une logique plus qualitative : les généralistes établissent des critères qui leur permettent de choisir quels profils de patients substitués ils acceptent de suivre (nous explorons ces critères au chapitre 5).

¹ Comme nous l'avons déjà précisé, il ne s'agit pas ici de statuer sur ce que serait une quantité élevée ou basse de patients substitués au sein de la clientèle d'un médecin. Nous cherchons plutôt à comprendre où se situe la limite à ne pas dépasser pour chaque généraliste et, surtout, comment ils la justifient.

Ces deux logiques de construction de la patientèle en TSO ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Elles peuvent s'entrecroiser, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 2 : Limitation et sélection : deux logiques de tri entrecroisées

	Sélection	Pas de sélection
Limitation en nombre	(1) Limitation à quelques cas « simples »	(2) Prise en charge d'un petit nombre de patients, sans critères de sélection
Pas de limitation	(3) Nombre non limité de patients, à condition qu'ils correspondent à certains critères	(4) Acceptation inconditionnelle des patients substitués

Certains généralistes limitent leur nombre de patients en TSO tout en établissant des critères de sélection, ce qui donne généralement lieu à la prise en charge routinière de quelques patients qui demandent peu d'investissement (tableau : entrée 1). D'autres se concentrent sur un nombre limité de patients sans critères de sélection. Ces médecins considèrent souvent qu'une prise en charge substitutive approfondie en médecine générale ne peut être effectuée qu'avec peu de patients (tableau : entrée 2). Certains prennent en charge un nombre non limité de patients en TSO tout en réorientant des « indésirables » (tableau : entrée 3). Enfin, quelques uns, peu nombreux, ne restreignent pas le nombre de patients suivis et ne posent pas de conditions discriminantes à la prise en charge (tableau : entrée 4). Le tri concerne donc la majorité de généralistes prescripteurs de TSO.

Il ne s'agira donc pas, dans les deux chapitres suivants, de distinguer des profils de médecins (par exemple, médecins limitatifs *versus* médecins sélectifs). En nous intéressant à la manière dont les généralistes justifient leurs pratiques de tri, nous allons plutôt montrer en quoi la limitation et la sélection des patients substitués s'inscrivent comme des manières de statuer sur la place de la substitution dans la pratique généraliste. L'incorporation de la substitution à la médecine générale passe par ces logiques de tri, qui permettent de prescrire des TSO tout en « restant généralistes », pour reprendre les termes de l'un d'eux. Les appropriations des TSO par le biais du tri des patients deviennent ainsi révélatrices de diverses manières « d'être généraliste ».

Chapitre 4.

Trier ses patients : comment prescrire des TSO tout en « restant généraliste » ?

Introduction. La médecine générale : une identité professionnelle incertaine

L'identité professionnelle de généraliste est souvent décrite comme variable et incertaine. « Être généraliste » fait référence à des réalités de travail extrêmement diverses (Schweyer 2010b). L'évolution historique de l'organisation de la médecine française positionne la médecine générale en tant que « segment dominé » de la profession médicale¹ (Arliaud 1987; Broclain 1994; Bungener, Baszanger 2002). Plus précisément, comme le remarque Géraldine Bloy, la médecine générale n'est même pas un « segment professionnel » au sens défini par Bucher et Strauss (1961), puisqu'elle est restée en dehors du processus de segmentation en spécialités qu'a connu la médecine en France (Bloy 2010b). Elle a peu participé à des luttes de « juridiction » (Abbott 1988) pour s'arroger le traitement de telle ou telle pathologie. Son périmètre d'action est donc souvent compris « en creux » des médecines spécialisées, qui lui laissent « ce qui reste » (Bungener, Baszanger 2002). La construction historique de cette discipline en France « a produit des incertitudes majeures quant à la délimitation de [son] champ d'action (infini ou résiduel ?) » (Bloy 2010b, p. 38).

Le territoire d'activité de la médecine générale n'est pas circonscrit par un organe, une pathologie, ni même une technique d'intervention comme c'est le cas pour la plupart des spécialités². De cette spécificité, à laquelle s'additionne une socialisation professionnelle issue de sources plurielles (Baszanger 1981, 1983), – par exemple, l'institution hospitalière pèse un poids certain durant les études (Bloy 2014a) tout en apportant peu de savoirs

¹ La profession médicale est traversée de rapports de domination et de luttes internes. La considérer comme un « corps » donne donc une vision erronée de sa composition (Arliaud 1987). Il faut adopter une analyse en termes de « segmentation » (Bucher, Strauss 1961) pour appréhender les conflits qui la traversent.

² Certains syndicats de généralistes ont tenté d'en tirer avantage en revendiquant la coordination des soins comme la compétence spécifique de la médecine générale (Bloy 2010b; Hassenteufel 2010).

directement applicables³ –, il résulte une médecine générale elle-même segmentée. Plusieurs recherches font état de la diversité des « styles de pratiques » (Bouchayer 1994), mais aussi des conceptions que les généralistes ont de leur rôle auprès des patients (Baszanger 1983; Membrado 1993) ou encore de leur rapport aux savoirs (Bloy 2008). L'un des dénominateurs communs sur lesquels repose l'identité professionnelle de la médecine générale pourrait donc être la diversité : diversité des pathologies traitées, valorisée par de nombreux praticiens, mais surtout diversité des « manières de faire » de la médecine générale, qui évoluent aussi au cours de la carrière de chacun. Cette diversité s'enracine dans « l'héritage libéral » (Bloy 2010b) de la médecine générale, qui implique chez beaucoup de praticiens une revendication de liberté d'action et d'autonomie, notamment vis-à-vis des politiques de santé⁴. Philippe Masson remarque, à ce propos, que « la diversité des pratiques en matière de prescription joue un rôle central dans l'unité professionnelle. » (Masson 2011, p. 35).

Les généralistes construisent donc en partie leur « style de pratique » chacun dans leur cabinet, sous des influences diverses. Pour ce faire, ils opèrent des tris au sein de leurs missions. Le tri peut, en effet, être considéré comme inhérent à la pratique de la médecine générale. Comme le remarque Isabelle Baszanger : « la diversité des motifs de consultation nécessite jusqu'à un certain point que chaque médecin décide ce qu'il a à prendre en charge en tant que médecin. » (Baszanger 1983, p. 278). Tout généraliste sélectionne, parmi les énoncés de la plainte d'un malade, les éléments qu'il va intégrer au diagnostic⁵ (Baszanger 1981, 1983). En répondant à la demande d'un patient, le généraliste désigne de fait l'état de ce dernier comme pathologique. En cela, il est un « entrepreneur de morale » qui a le pouvoir de définir, au cours de chaque consultation, la frontière entre le normal et le pathologique (Freidson 1984). Chaque généraliste définit son rôle auprès des patients par des pratiques de tri, en privilégiant certains symptômes et certaines composantes de son métier.

Le tri se manifeste également dans la structuration de la patientèle des généralistes.

³ Les recherches récentes sur la formation initiale des généralistes montrent que les modes de socialisation spécifiques proposés par les généralistes enseignants dans les départements universitaires de médecine générale suscitent difficilement l'adhésion des étudiants, pour qui l'hôpital reste souvent la principale référence (Voir Bloy 2014a).

⁴ Sur l'autonomie professionnelle des médecins libéraux vis-à-vis des politiques de santé, voir Freidson (1984), chapitre 2. L'autonomie vis-à-vis des institutions ou de l'État est assortie d'une « dépendance au client » et d'une régulation de la profession par les pairs.

⁵ « Par exemple, un malade en même temps qu'il décrit certains symptômes physiques, peut faire état de difficultés dans sa vie professionnelle. Ces difficultés seront prises ou non en considération par le médecin, intégrées ou non à la construction de cet outil de travail qu'est le diagnostic. » (Baszanger 1981, p. 238)

Pour faire face à l'extension « quasi illimitée » de leur domaine de compétences (Bungener 1995), les généralistes mettent en œuvre des pratiques de tri des activités et des patients. Sarradon-Eck (2010) met en parallèle l'idée de tri avec la fonction d'« orientation » des généralistes : certains choisissent d'écarter les pathologies graves ou complexes par l'adressage vers des spécialistes. Cette logique trouve son sens dans le rapport spécifique de la médecine générale à la problématique de l'incertitude : l'étendue des savoirs à mobiliser pour traiter la totalité des cas rencontrés est potentiellement infinie (Bloy 2008). Trier les pathologies traitées par le renvoi vers les médecines spécialisées peut témoigner d'une crainte de l'erreur médicale, liée à la perception qu'a le généraliste des limites de ses propres compétences (Vega 2012). Ainsi, certains choisissent de restreindre leur exercice à des pathologies courantes, tandis que d'autres se forment à des affections spécifiques afin de pouvoir « pousser » assez loin les prises en charge (Bloy 2002). Cependant, l'investissement s'opère nécessairement sur un nombre limité de pathologies, donnant lieu à des « spécialisations informelles » (Giami 2010) qui fonctionnent, elles aussi, comme des vecteurs de tri des pathologies et des patients. De nombreux généralistes construisent leur patientèle par « systèmes de préférence » (Bouchayer 1994, 2010), privilégiant certaines maladies ou certains profils de patients en fonction de leur inclination personnelle.

Ces deux logiques de tri – écarter les cas complexes ; se « spécialiser » sur certaines pathologies en fonction de ses préférences – répondent à une même nécessité, constitutive de l'activité généraliste, de composer avec un positionnement en « première ligne » face à une clientèle diversifiée (Sarradon-Eck 2010). La présence continue des patients (Bouchayer 1994), qui caractérise un exercice sous la dépendance du client (Freidson 1984), donne lieu à des ajustements visant à garder le contrôle du contenu de l'activité (Bouchayer 2010). Comme l'a montré Françoise Bouchayer, les stratégies pour maîtriser la composition de la patientèle ont pour but « d'établir diverses formes de “bonnes correspondances” entre les styles professionnels propres aux soignants et leurs pratiques effectives » (Bouchayer 2010, p. 173). Les médecins entreprennent de se forger un profil de patientèle correspondant au « style de pratique » recherché (Bouchayer 1994).

Affirmer que les généralistes doivent trier leurs missions pour faire face à la diversité des plaintes revient à expliquer comment ils s'approprient l'une ou l'autre de ces missions. C'est ce dernier point de vue que nous adoptons ici, en envisageant non pas le phénomène de tri en médecine générale dans son ensemble, mais les pratiques de tri au sein d'une mission

particulière, la prescription de TSO. Le tri des patients en TSO, en révélant la place que chaque généraliste souhaite accorder à ces prises en charge, en dit long sur leur conception de la médecine générale. Plus précisément, l'intrusion des TSO dans la médecine générale soulève l'existence de tensions au sein de l'identité professionnelle des généralistes, que ces derniers cherchent à résoudre. La médecine générale apparaît ainsi traversée par une double tension : d'une part entre une médecine variée et une médecine à l'accès universel (partie 1 du chapitre) ; d'autre part entre une médecine curative somatique et une médecine prenant en compte les composantes psychologiques et sociales du patient (partie 2). Ces tensions résultent de la pluralité des sources de socialisation professionnelle disponibles (modèle hospitalier « technique » *versus* modèle d'une médecine « relationnelle », par exemple⁶), mais aussi de la position spécifique de la médecine générale qui est, plus que toute autre, « dépendante du client », c'est-à-dire construite dans la diversité des demandes qui lui sont adressées.

1. Une médecine générale en tension entre diversité des clientèles et universalité de l'accès au soin

Les médecins qui trient leurs patients en TSO mettent en avant leur volonté de conserver une activité et une clientèle variée en évitant la spécialisation (1.1). Cependant, le tri impliquant des refus de prise en charge, la diversité de la médecine générale entre ici en tension avec une autre caractéristique de l'exercice généraliste : l'universalité d'une médecine de « première ligne » (Sarradon-Eck 2010b) (1.2). Pour conserver l'une, les médecins doivent, en partie, renoncer à l'autre.

1.1. « Rester généraliste » : la diversité de l'activité comme justification du tri

Certains généralistes mettent en avant la diversité de leur activité et de leur clientèle pour justifier leurs pratiques de tri des patients substitués. Plusieurs enquêtés ont choisi la médecine générale pour la possibilité qu'elle offre de « faire de tout »⁷. Or, la patientèle en

⁶ Voir Membrado (1993).

⁷ Il s'agit là d'un argument récurrent constaté dans d'autres travaux (Voir par exemple Sarradon-Eck, 2010b).

TSO est souvent perçue comme une menace envers cette variété : recevoir « trop »⁸ de « toxicomanes » inquiète les médecins. Dans cette optique, le tri des patients s'inscrit comme une alternative à la spécialisation : « je ne veux pas faire que ça », affirme le Dr Hamid.

Cette exigence ne les mène pas forcément à refuser tous les patients substitués. Beaucoup considèrent que le suivi de la dépendance aux opiacés relève de leurs prérogatives – ils affirment que cela « fait partie de [leur] travail » (Dr Éliane), notamment « sur le plan de la santé publique » (Dr Marc) –, mais ne sont pas prêts à sacrifier le reste de leurs activités au profit de la substitution. Le tri participe donc d'une logique d'incorporation des TSO à la médecine générale. Tout en acceptant de suivre des personnes en traitement substitutif, ces généralistes présentent la diversité de leur activité comme l'un des intérêts principaux de leur métier :

« Il y a certains médecins qui sont vraiment des médecins plus ou moins spécialisés dans la prise en charge de la toxicomanie. Moi c'est pas mon cas, je tiens à faire de la médecine générale, variée, enfin, soigner aussi bien des enfants que des adultes, que des personnes âgées, les toxicos, les non-toxicos. » (Dr Éliane, médecin généraliste, entretien, 2011)

« On fait tout pour avoir la patientèle la plus éclectique possible, j'aime bien soigner du grand chef d'entreprise au SDF, quoi. Et de 119 ans à un jour. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

En conséquence, certains limitent le nombre de personnes en TSO au sein de leur patientèle. C'est le cas du Dr Patrick, qui suit trois personnes substituées et refuse les nouvelles demandes de traitement. Il met en avant à la fois sa volonté de traiter une diversité de pathologies pour ne pas « devenir monomaniacque », et une aspiration à la mixité sociale et générationnelle de son cabinet :

« Après, quand on commence à en faire, là on en voit débarquer... parce que là aussi le bouche-à-oreille fonctionne et on voit débarquer un tas de gens qui viennent d'un peu partout, donc on est obligé de calmer le jeu parce que ça prendrait trop... Moi, j'ai besoin de voir un nourrisson, un SDF, un ancien préfet... enfin d'avoir une palette large, c'est ce qui me permet d'exister, de me sentir bien, si ça commence à devenir monomaniacque ça devient vite.... Puis c'est vrai que ce sont des gens qui occupent du temps, de l'espace, et je me suis pas senti le courage au bout d'un moment. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

⁸ Comme nous l'avons dit, ce terme n'a de sens qu'en référence au nombre de patients que chaque praticien juge acceptable.

Cette citation attire l'attention sur le « bouche-à-oreille » entre patients, déjà évoqué au chapitre précédent. La limitation en nombre répond à la crainte de devoir faire face à un « envahissement » de la population dépendante aux opiacés, que le médecin ne pourrait plus maîtriser.

1.1.1. Ne pas être « envahi »

Certains généralistes considèrent que les personnes dépendantes aux opiacés sont particulièrement susceptibles de mettre à mal le caractère varié de leur activité. Plusieurs craignent qu'accepter quelques personnes en TSO ne provoque, par ricochet, une profusion de nouvelles demandes en ce sens. Le “mythe” de l'envahissement des « toxicomanes » semble être entretenu et transmis au sein de la profession. De nombreux enquêtés l'évoquent en des termes similaires, ce qui suggère des représentations collectivement partagées :

« Les noms des médecins qui prescrivent facilement circulent dans le milieu des toxicomanes. » (Dr Patricia)

« Ça se donne assez facilement, le nom se donne. » (Dr Georges)

« Tout se sait très vite, dans ce monde là. » (Dr Patrick)

« C'est ce qui se dit, que si on commence à se faire avoir, ils ont tendance à tous venir. » (Dr Priscilla)

La peur de l'invasion des « toxicos » irait même jusqu'à faire l'objet de mises en garde sur les bancs des facultés de médecine, participant ainsi de la socialisation des jeunes généralistes à leur futur métier :

« On nous dit “attention aux toxicos, c'est dangereux”. [...] Il y a toujours un médecin qui a une anecdote qu'il s'est fait taper dessus dans son cabinet. Ou on nous dit que si jamais il y a une personne, il y a tous les gens qui vont venir, et que les trafics d'ordonnances aussi...Donc c'est vrai qu'on est assez...quand on voit une personne arriver, c'est pas la codéine ou le Dafalgan, c'est “ohlala, le Subutex, faut faire attention !” C'est vrai que c'est pas très bien vu, c'est assez “péjorativisé”.

-C'est pendant les études, qu'on vous prévient ?

-Oui, les études, enfin externat et internat, oui. Il y a certains médecins qui nous disent “mettez carrément la pancarte : pas de renouvellement de Subu, sinon ils vont vite se donner le mot, ça va vite”. » (Dr Audrey, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Avant même d'avoir croisé un patient substitué, beaucoup de jeunes généralistes en ont donc

déjà une opinion négative. De ce point de vue, le « bouche-à-oreille » entre médecins semble particulièrement efficace pour dissuader les nouveaux arrivants de s'investir auprès de cette population.

Dans les citations précédentes, l'idée de « monde », de « milieu » est récurrente. Les médecins semblent penser que tous les consommateurs de produits se connaissent et forment une communauté. Or, on l'a vu au chapitre précédent, cela correspond peu aux pratiques des patients, qui n'ont pas tous des ressources identiques pour s'orienter dans l'offre locale. Lorsqu'ils utilisent le « bouche-à-oreille », c'est avec prudence, et souvent en réaction aux pratiques de tri des généralistes, pour se prémunir de refus de prise en charge.

Pour ne pas être « envahis », certains généralistes entreprennent de retourner le « bouche-à-oreille » à leur avantage. Ils considèrent qu'en affichant clairement des critères de sélection, les patients finissent par « se passer le mot », ce qui leur évite de recevoir des demandes indésirables. La « pancarte » évoquée par le Dr Audrey, revêt cette fonction : certains généralistes affichent un refus systématique des patients en TSO, tout en acceptant quelques uns au cas par cas (voir Jeanmart 2007 sur ce point). De ce fait, plusieurs praticiens affirment qu'aujourd'hui ils refusent rarement des patients, car ces derniers ont ajusté leurs recours aux critères de sélection. Les médecins comptent sur le « bouche-à-oreille » entre patients pour que la sélection s'opère d'elle-même. Par exemple, lorsque le Dr Patrick a décidé de ne plus accepter de nouveaux patients en TSO, il affirme que cela « s'est su » dans son quartier : « je crois que ça se sait, que j'ai dit à un moment donné "je vais péter les plombs", et ça a dû se répandre comme une trainée de poudre. ». De même, le Dr Geneviève considère qu'en ayant posé un « cadre »⁹ autour des prescriptions, elle a aujourd'hui affaire à des « gens sérieux », ce qui n'était pas forcément le cas quelques années plus tôt :

« Avec mon associé on travaille à ce niveau là assez sérieusement parce qu'en fait, j'ai comme l'impression qu'il y a une dizaine d'années en arrière, il y avait le tout venant. Et je pense qu'ils ont dû comprendre qu'on délivrait pas comme ça, et du coup on a que les gens sérieux. [...] Je crois que ce qu'ils ont compris c'est qu'il fallait qu'il y ait un suivi, et qu'on était pas là pour délivrer, on était pas des épiciers. Et c'est pour ça que je pense que par la suite le message a dû passer, parce que les gens viennent pas comme ça. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

Il en est de même pour le Dr Guy :

⁹ Nous développerons la notion de « cadre » au chapitre suivant.

« Il y a un phénomène de bouche à oreille qui fait que la plupart des gens, quand ils viennent, ils sont dans une espèce de processus de sélection qui fait qu'en général on tombe d'accord dans l'immense majorité des cas. » (Dr Guy, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans le discours de ce médecin, la notion de sélection est inversée : il considère que ce sont les patients qui font une sélection en s'adressant au médecin dont les exigences sont en adéquation avec leur demande¹⁰. À l'instar de ce que remarque Bouchayer (1994), s'appuyer sur le bouche-à-oreille permet aux praticiens de se prémunir de demandes indésirables, tout en se construisant un profil de patientèle correspondant à leurs aspirations. Les patients sélectionnés amènent d'autres patients au profil similaire :

« En général c'est par bouche-à-oreille, c'est un copain... Moi c'est plus tellement Passages qui m'en envoie parce que j'y suis plus. Mais c'est pratiquement toujours des copains de copains de gens que j'ai. Et donc finalement j'ai des gens...comme c'est des copains de copains de gens qui sont réinsérés, plus ou moins, moi j'ai surtout des...j'ai deux jeunes cadres qui ont monté une société d'informatique, j'ai un panel vachement varié. Mais je vous dis, moi je n'ai pas les fous, je les laisse aux autres. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

La peur de l'envahissement est jugulée par la limitation en nombre mais aussi par la sélection des patients substitués: les médecins ne cherchent pas uniquement à restreindre le nombre de prises en charge, mais aussi à choisir le profil des patients qu'ils vont accepter de suivre. On va le voir au chapitre suivant, les patients dits « lourds »¹¹ peuvent être envahissants et menacer la diversité de la médecine générale en demandant un investissement chronophage, perçu comme relevant d'une prise en charge spécialisée.

1.1.2. Ne pas perdre ses clients

L'identité professionnelle de généraliste se définit à travers un « héritage libéral » commun aux généralistes, même si tous n'exercent pas sous ce statut (Bloy 2010b). Ce dernier a pour corollaire une « dépendance au client » (Freidson 1984) du point de vue financier : l'essentiel des revenus du médecin dépend du nombre d'actes effectués et de la fréquentation du cabinet. Sur ce point, l'introduction des traitements de substitution dans la

¹⁰ On verra au chapitre suivant que cette conception, qui sous-entend une liberté de choix du patient, ne tient pas compte des contraintes qu'exercent les critères de sélection sur l'accès des patients aux traitements.

¹¹ Ces pratiques de sélection donnent lieu à des critères en termes de « charge de soins » (Dodier, Camus 1997), que nous développerons au chapitre suivant.

pratique des généralistes fait aussi l'objet d'inquiétudes. Tout particulièrement, les médecins expriment la crainte que les patients en TSO fassent « fuir » les autres patients, ce qui complète le motif de l'envahissement évoqué plus haut. Pour certains, le libre choix du médecin par son patient fait courir le risque de perdre certains clients si la présence des « toxicomanes » dans le cabinet devient trop manifeste. Comme l'envahissement, la perte des autres clients signifie la fin d'un exercice diversifié.

L'anticipation d'une pression de la clientèle est déterminante dans le processus de tri, tant en termes de limitation en nombre que de sélection des patients en TSO. Comme on le verra, elle implique que la visibilité de la « toxicomanie » devient l'un des critères décisifs de l'exclusion : ceux dont la « toxicomanie » n'est pas immédiatement repérable sont jugés moins susceptibles de « chasser » les autres patients¹².

« Certains je les prends en charge parce qu'ils sont bien intégrés. Ceux qui sont pas trop intégrés on peut pas, parce qu'on n'a pas la clientèle à ça, on peut pas. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

On notera que dans ce discours, le tri est justifié sur le registre de l'impossibilité de prendre en charge – « on ne peut pas » plutôt que « on ne veut pas » –, ce qui met en exergue la contrainte que la « dépendance au client » exerce sur les médecins, qui doivent constamment faire en sorte de construire et de conserver leur clientèle.

Le Dr Albert, qui certifie qu'il ne refuse aucun consommateur de drogues, confirme d'ailleurs la possibilité de perte de clientèle lorsque la présence des « toxicomanes » et des « marginaux » devient trop manifeste :

« J'avais pris une clientèle qui n'était pas du tout toxicomane, une clientèle d'un vieux médecin qui est parti à la retraite. Et donc la clientèle de toxicomanes a chassé l'autre. Sauf quelques personnes irréductibles à qui cette marginalité plaisait. Qui sont restées et que je soigne encore. Des gens parfois complètement intégrés, une banquière qui a 85 ans, que je soigne depuis 30 ans et qui ne m'a jamais quitté malgré la proximité de ce milieu très interlope et très marginal. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans les deux dernières citations, on retrouve la notion d'« intégration », récurrente chez les

¹² Détails sur les critères de sélection au chapitre suivant.

médecins enquêtés, opposée ici à la « marginalité » qui caractériserait les « toxicomanes » majoritaires dans la patientèle d'Albert. Nous verrons au chapitre suivant que le qualificatif « intégré » désigne à la fois des patients « intégrés » socialement et ceux qui « s'intègrent » sans peine dans le cabinet médical. Par ailleurs, Albert insiste sur les clients qui sont restés plutôt que sur ceux qui sont partis. Même pour lui qui semble avoir fait ce choix, avoir une patientèle presque exclusivement composée de « toxicomanes » apparaît peu valorisant, à tel point qu'il se sent obligé de préciser qu'il lui reste quelques patients qu'il juge plus respectables – la « banquière », métier qui suggère un niveau de vie aisé et un certain prestige social. L'argumentaire des généralistes glisse donc subrepticement de l'exigence d'une clientèle socialement diversifiée vers celle d'une clientèle qui renvoie une image prestigieuse du médecin et de son activité. Nous rejoignons l'analyse de Membrado, qui constate, chez certains généralistes « une mise à distance d'avec [les] patients, dont le déclassement social ou l'incompétence risquerait de rejaillir sur eux, sur leur statut de médecin. Au contraire, les bénéfices symboliques liés au profil d'une clientèle "cultivée" ou bien positionnée socialement peuvent contribuer à gratifier et à valoriser une partie au moins des médecins généralistes » (Membrado 2014). De ce point de vue, le tri des patients en TSO participerait d'un « réenchantement professionnel » (Bouchayer 1994) entendu comme tentative de revaloriser leur métier déprécié au sein de la profession médicale.

Chez les généralistes qui limitent ou sélectionnent leurs patients substitués, la peur de l'envahissement des « toxicomanes » et de la perte des autres clients s'appuient parfois sur la connaissance de confrères qui, à l'instar d'Albert, ont fait cette expérience. Ces derniers servent de figure repoussoir dans les discours des généralistes, qui jugent leurs conditions d'exercice peu enviables :

« J'avais pas envie d'être trop repérée comme prescrivante, sécurité entre guillemets, mais être envahie, quoi. Comme l'est...enfin après ici il y a monsieur André, qui en voit beaucoup, mais ça lui va, moi ça m'allait pas trop, quand-même. » (Dr Françoise, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Françoise interprète la différence de composition entre sa clientèle et celle de son confrère comme la résultante du choix de chacun. Pourtant, l'interdépendance des professionnels au niveau local entraîne le repli des patients vers les médecins qui ne trient pas, que ce soit par le biais d'adressages ou de recours spontanés (cf. chapitre 3). Par leurs pratiques de tri, les généralistes contribuent donc à faire exister, chez leurs confrères,

l'invasion dont ils tentent de se prémunir et qu'ils dénoncent comme une conséquence du « bouche-à-oreille » entre les patients. Si certains médecins sont « envahis », c'est avant tout parce que d'autres ne veulent pas l'être. Ceux qui ne mettent pas en place de pratiques de tri se voient donc contraints de renoncer en partie à la diversité des activités et des clientèles qui caractérisent usuellement la médecine générale. En effet, justifier le tri des patients par la diversité de la médecine générale possède un revers. Pour ne pas devenir des spécialistes des TSO et garder une activité plurielle, les généralistes sont contraints de renoncer à une autre mission de la médecine générale en tant que « premier recours » : l'universalité d'accès, qui implique d' « accepter tous les patients ».

1.2. « Soigner tout le monde », possible en médecine générale ?

Selon Dominique Broclain (1994), « une définition pragmatique de la “médecine générale” au sens où nous l'entendons au XX^{ème} siècle, est de dénommer ainsi la médecine qui traite, au sein même de la population et sans sélection *a priori*, les demandes de soin et les problèmes de santé » (p. 128). Cette définition met l'accent sur l'idée d'universalité de l'accès aux soins contenue dans la mission de la médecine générale, contrairement aux médecines spécialisées qui se cantonnent aux patients et pathologies relevant d'un domaine de compétences restreint. Mais cet idéal d'universalité, lié à une position de « première ligne » (Sarradon-Eck 2010b) semble cependant difficile à mettre en pratique. La diversité des demandes des patients, qui crée une forme de « dépendance au client » (Freidson 1984) – le contenu du métier de généraliste se définit en réponse à la plainte de chaque patient –, exige une « polyvalence » que de nombreux médecins tentent de contourner pour diverses raisons¹³ : « De la métaphore guerrière du front (“première ligne”) on glisse vite vers celle du tri des déchets pour exprimer les difficultés de la polyvalence du médecin de proximité et la réception des patients présentant des problèmes indifférenciés » (Sarradon-Eck 2010b, p. 259). La médecine générale peut se transformer en organe de tri au sein du « tout venant » auquel elle est confrontée quotidiennement : « Les généralistes observés contournent dans leurs pratiques la réalité des soins primaires que constitue une clientèle tout venant et non triée au moyen de mises à distance, de stratégies d'évitement [...] voire de rejets » (*ibid.*, p. 260). Là aussi, choisir ses patients correspond à une tentative de « réenchantement »

¹³ Entre autres, la multitude de connaissances à maîtriser (Bloy 2008), ou encore les « préférences » pour tel ou tel type de pathologie ou de patients (Bouchayer 2010).

(Bouchayer 1994) de ce métier dévalorisé : maîtriser la composition de son activité pour ne pas être entièrement sous le contrôle de la demande. Dans cette perspective, le tri vise à limiter la diversité de la médecine générale, alors qu'au contraire le tri des patients substitués a pour but de la préserver, dans un contexte de crainte de « l'envahissement ». Dans tous les cas, la pratique du tri, de façon globale ou au sein de sous-populations comme les patients en TSO, met à mal le rôle de « premier recours » de la médecine générale, qui sous entend un accès inconditionnel. En ce qui concerne les TSO, les généralistes qui insistent sur leur volonté de « soigner tout le monde » sont aussi ceux qui affirment qu'ils ne trient pas leurs patients. Cette posture a des conséquences sur la façon dont est perçue de l'extérieur leur identité professionnelle, qui s'éloigne de celle d'une médecine générale définie par sa diversité.

1.2.1. « Accepter tous les patients » en TSO : une posture qui éloigne de l'exercice généraliste ?

L'universalité d'une pratique de proximité est mise en valeur, en tant que position éthique, par les généralistes qui déclarent accepter sans réserve les patients substitués. Le Dr Édouard affirme qu'en tant que généraliste « on est censé soigner tout le monde », de même que le Dr Albert :

« J'accepte tous les patients. J'accepte tout le monde. C'est pour ça que j'ai les pires. Je ne pourrais pas accepter de refuser quelqu'un. [...] Je refuse de refuser un traitement, je ne veux pas refuser un traitement. Si quelqu'un vient en manque, que ce soit un gros dealer, un menteur, un abuseur, un tout ce que vous voulez, on va se débrouiller pour que ça se passe bien. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

La remarque « c'est pour ça que j'ai les pires » attire l'attention sur l'interdépendance entre professionnels, corollaire des stratégies d'évitement de certains praticiens. Comme on le verra, les « pires » sont ceux qui ne correspondent pas aux critères de sélection des autres généralistes et se retrouvent, de ce fait, chez les quelques médecins qui ne trient pas. Les généralistes les moins restrictifs sacrifient donc souvent la diversité de leur activité et de leur clientèle. Étant peu nombreux, beaucoup d'entre eux deviennent de gros prescripteurs de substitution.

Les discours des acteurs livrent deux représentations de la pratique des généralistes les plus prescripteurs. Certains sont considérés comme des *quasi-spécialistes* – comme le Dr André ou le Dr Yves, que plusieurs généralistes prennent pour des addictologues. Ces médecins ont souvent du mal à faire valoir leur identité de généralistes, à la fois auprès de leurs confrères et de leurs patients substitués. Ils doivent régulièrement la rappeler ou la réactiver¹⁴. Ceux que nous avons rencontré consacrent pourtant une partie de leur temps à d'autres pathologies et se définissent comme généralistes ou « médecins de famille ». La frontière entre généraliste et spécialiste est donc plus ambiguë lorsque le médecin manifeste un intérêt particulier pour la substitution et accueille un grand nombre de consommateurs d'opiacés.

D'autres praticiens sont décrits par les patients et les confrères comme des « *médecins dealers* ». Ils sont accusés de vouloir tirer un avantage lucratif d'une patientèle en TSO volumineuse. La figure du « dealer en blouse blanche » est mobilisée comme repoussoir par les généralistes pour justifier leurs pratiques de tri. Accepter largement des patients substitués devient donc une position difficile à tenir dans un contexte où les autres généralistes mettent en œuvre des pratiques de tri. Elle fait glisser le praticien vers des modes dévalorisés d'exercice de la médecine.

Notons cependant que dans les discours des patients, entre le spécialiste et le dealer, la frontière est parfois ténue. Par exemple, la figure du Dr André et celle du Dr Albert oscillent souvent entre ces deux pôles. Recevoir de nombreux patients substitués est tour à tour interprété positivement comme un gage d'expertise dans le domaine des addictions, ou négativement comme un prolongement du marché des drogues illicites, qui attire les mêmes « clients ».

Dans tous les cas, recevoir un grand nombre de « toxicomanes » ou recevoir ceux que les médecins considèrent comme « les pires » d'entre eux¹⁵ semble susceptible de reléguer le médecin concerné hors de la médecine générale, dès lors que ses frontières se définissent par la variété de l'exercice, en contraste avec les médecines spécialisées. Les médecins les plus prescripteurs de substitution sont régulièrement marginalisés par leurs pairs, qui donnent d'eux une image dépréciée tout en leur concédant le courage de s'être investis auprès d'une

¹⁴ Dans le chapitre 9, nous verrons que cela peut passer par l'inscription des consultations dans le cadre de la médecine générale, en reléguant au second plan le TSO au profit d'un problème somatique du patient.

¹⁵ Nous expliciterons cette catégorie au chapitre suivant à la lumière des critères de sélection.

population qu'ils jugent « difficile ». Leur présence demeure en effet indispensable pour compenser l'investissement plus modéré des autres praticiens.

La place réservée à la substitution dans la pratique généraliste témoigne donc de différentes manières de définir la médecine générale et d'en délimiter le périmètre d'action vis-à-vis des médecines spécialisées. Privilégier une activité variée relègue la substitution à la marge de la médecine générale, alors qu'une acceptation large des patients substitués remet en cause le caractère généraliste de la pratique. Cependant, beaucoup de médecins refusent de renoncer à l'idéal d'universalité d'accès à la médecine générale, tout en constatant qu'ils ne parviennent pas à le mettre en pratique. Pour eux, la tension entre diversité et universalité s'exprime avec acuité puisqu'ils n'acceptent de renoncer à aucune des deux. Dans ce cas, le tri des patients est décrit comme un mal nécessaire.

1.2.2. Gérer les refus de soins : les dilemmes éthiques des généralistes

Les pratiques de tri peuvent résulter d'une incapacité à mettre en pratique l'objectif de « soigner tout le monde » en médecine générale, que certains continuent toutefois de poser comme un idéal. Ces médecins considèrent que le tri est regrettable mais pourtant inévitable. Ils préféreraient s'en passer mais n'y parviennent pas :

« Les toxicomanes il y a un certain nombre qui se maîtrisent pas. Donc là il y a danger. C'est difficile, après, de faire la part des choses : nous sommes médecins, on est là aussi pour aider les gens, on est pas dans un refus de soins, et moi ça me gêne toujours ce refus de soins, mais...il faut pas amalgamer aussi le... ça peut être une population qui abuse de notre confiance. Donc ça, c'est problématique. Donc jusqu'où je vais dans l'acceptation et à partir de quand je refuse, ça pour moi c'est un problème. C'est pas facile pour moi de refuser, j'aime pas ça. » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

Chez le Dr Patricia, le refus est justifié par un danger immédiat pour le médecin. Pour autant, elle le tolère difficilement même dans ces situations, car il entre en contradiction avec sa fonction d' « aide » inconditionnelle.

D'autres généralistes expliquent avoir réduit leur activité substitutive suite à un conflit avec un patient. Le Dr Patrick évoque un « clash », de même que le Dr Éric, qui raconte un épisode de violence suite auquel il a presque cessé de prescrire des TSO :

« -*Depuis combien de temps vous avez décidé de réduire ?*

-Un jour j'ai appelé la police, il y avait un type qui était vraiment menaçant, et...ça fait à peu près 3 ans, que ça s'est mal terminé. Le même jour, il y en a deux qui sont venus [...] ça s'est mal passé, il y en a un des deux qui est parti à la pharmacie, en disant, enfin, en démontant les trucs de la pharmacie, enfin vraiment, un fou. [...] C'est dommage, parce que moi je suis contre le principe de ne pas prescrire, j'ai vu des gens qui disaient "moi je le prescris pas par principe". Non, le toxicomane il faut s'en occuper, mais j'ai tellement eu de...heureusement, il n'y a pas eu de coups, ça a été que verbal, mais j'ai pas envie d'aller plus loin. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin décrit sa décision sur le mode du renoncement contraint à une mission qui, malgré tout, lui incombe. Il est soucieux de se distinguer des médecins qui refusent « par principe ». Ses propos témoignent de la nécessité, pour les généralistes, de faire des choix pour concilier l'exercice quotidien de la médecine générale avec une population parfois perçue comme dangereuse. Ici, apparaît une autre contrainte inhérente à l'activité de médecine générale : l'isolement qui accompagne l'exercice en cabinet libéral. Seul, le généraliste peut craindre pour sa sécurité physique¹⁶. Les pratiques de tri sont une adaptation des TSO à ce contexte spécifique.

Même lorsqu'il est seul, le généraliste doit cependant quelquefois rendre des comptes à d'autres acteurs. Le Dr Édouard raconte ses déboires avec la police, l'ordre des médecins et l'assurance maladie. Ses idéaux de « soigner tout le monde » se sont heurtés à ces acteurs qui lui renvoient la responsabilité d'avoir « choisi » de suivre des personnes dépendantes aux opiacés, alors que lui considère que son rôle est de répondre à la demande de tous les patients indistinctement :

« Quand il y a de la violence, vous appelez la police. La police, elle vient et elle dit "ben écoutez là le docteur peut pas vous délivrer le médicament", donc ils vous aident à le sortir du cabinet, mais après la police revient vous voir et vous dit : "il faut pas vous occuper de ces patients", voilà ce qu'on vous dit. "Vous n'avez pas à les soigner, un point c'est tout". C'est des drogués, ben oui, la police vous dit "vous n'avez pas à les soigner, c'est de votre faute, la prochaine fois évitez". Le Conseil de l'Ordre aussi c'est la même chose, on vous dit "vous vous êtes chargé de soigner ces patients". Alors qu'on s'est chargé... c'est pas facile, hein, on est censé soigner tout le monde. Et donc il y a un mauvais climat, quoi qu'il en soit, on n'est pas du tout aidé. [...] La sécurité sociale aussi elle n'en a rien à foutre, de vérifier, de voir qu'il y a eu des débordements parce qu'elle paye davantage, vous êtes forcément fautif et vous êtes au milieu de tout ça. Vous êtes seul à votre cabinet à soigner cette clientèle...vous avez beau le déclarer,

¹⁶ Ces contraintes sont moins fortes dans certains cabinets de groupe, où les médecins s'estiment rassurés par la présence d'un collègue qui peut s'interposer en cas de problèmes de violence (détails au chapitre 8).

personne ne vous aide, si jamais vous dites “j’ai été contraint de faire ça, j’ai fait ça”, “C’est pas bien”, c’est tout ce qu’on vous dit. [...]. Quand on porte plainte, l’Ordre des médecins et la sécurité sociale ne font rien du tout ! Ils ne vous aident pas du tout, par contre si on a été obligé de délivrer des médicaments, ben là vous êtes sanctionné ! » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

Exercer en cabinet privé signifie être seul face à la violence des patients, mais aussi face aux tutelles, auprès de qui il faut se justifier en cas de prescription jugée abusive. Les possibilités de poursuites judiciaires, ainsi que la surveillance particulière dont les MSO font l’objet de la part de l’assurance maladie accentuent, chez certains généralistes, le sentiment d’être contrôlés dans leurs pratiques de prescription¹⁷. La traditionnelle autonomie de décision de la profession médicale est mise à mal. Les médecins se sentent fragilisés par la menace d’interdiction vécue comme une épée de Damoclès, dans un contexte où leur parole ne suffit plus à prouver leur bonne foi.

Pour assurer sa sécurité et éviter d’être impliqué contre son gré dans des affaires de trafic, le Dr Édouard s’est résigné à refuser de prendre en charge certains consommateurs d’opiacés. Pour lui, la sélection est le prix à payer s’il souhaite continuer à suivre des personnes en TSO sans s’exposer à des violences ni entrer en différend avec les tutelles :

« C’est très difficile, effectivement, il faut s’en méfier, et donc très dangereux pour le soignant aussi de se charger de cette clientèle, c’est pour ça qu’il y en a assez peu, enfin il y a quelques médecins qui le font, et c’est pas non plus facile, hein, il faut pas croire. Après effectivement quand c’est un suivi classique, la consultation dure 5 minutes mais pour en arriver là il y a un travail en amont pour filtrer la clientèle et pour sélectionner les patients qui sont acceptables dans ces traitements. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

L’incorporation des TSO à la médecine générale a donc lieu au prix d’une adaptation de cette pratique aux exigences des médecins et aux contraintes de leur activité. Le tri des patients leur apparaît comme un moyen de s’acquitter de cette mission tout en sauvegardant à la fois leur sécurité (physique et juridique) et le contenu généraliste de leur travail, ce qui implique de renoncer à un accès inconditionnel des personnes en TSO à leur consultation. Nous allons maintenant analyser comment les pratiques de tri sont régies par des définitions

¹⁷ Ce n’est pas spécifique aux TSO : les travaux de Bouchayer analysent comment le tiers gestionnaire devient un acteur à part entière des relations médecin-patient en médecine générale (Bouchayer 2011). De même, Masson remarque que le conflit avec les caisses est structurant dans la définition de l’unité professionnelle de la médecine générale (Masson 2011).

variables de l'objectif des traitements, qui mettent en jeu plusieurs manières de faire de la médecine générale.

2. Médecine curative ou médecine globale : deux conceptions de la « guérison » qui engendrent des pratiques de tri différenciées

La médecine générale peut-elle « guérir » la « toxicomanie » ? Cette question, récurrente chez les médecins rencontrés, interroge le rôle et l'utilité des généralistes face aux patients dépendants. Pour que le médecin puisse légitimement intervenir, il doit réinterpréter la plainte du patient en termes pathologiques, et ce même si beaucoup de généralistes se montrent prudents lorsque l'on leur demande si la « toxicomanie » est, ou non, une maladie. En soulignant sa difficulté à définir la « toxicomanie », le Dr André soulève cet enjeu qui détermine la possibilité même de son action :

« La définition du toxicomane c'est celui qui veut arrêter. C'est une définition incomplète évidemment, mais ils ont tous envie d'arrêter. Peut-être pas au début mais assez rapidement. Donc, définissez-vous comme vous voulez, mais il y a un truc qui va pas, la preuve c'est que vous êtes chez le docteur. Donc moi je ne vois que des malades, parce que je suis médecin. Après, la maladie est difficile à définir, la guérison l'est aussi. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

André définit le « toxicomane » depuis sa place de médecin : il ne voit que « celui qui veut arrêter », puisque les autres ne viennent pas le consulter. Or, dès lors qu'ils se présentent chez un médecin, ce dernier a pour devoir de les considérer comme des « malades », seule condition à laquelle il peut leur apporter son aide. Cet argumentaire, qui souligne une fois de plus la nécessaire adaptation du médecin à la plainte, apparaît comme un moyen d'incorporer la substitution au travail du généraliste en l'incluant dans son domaine d'intervention, les « maladies ». En effet, si la notion de « guérison » est omniprésente dans les discours des médecins rencontrés, c'est en partie parce que pour continuer à prescrire des TSO, ils doivent se convaincre de l'utilité de leur action. « Le praticien, pour pratiquer, est porté à croire en ce qu'il fait – à croire que son intervention fait plus de bien que de mal. » (Freidson 1984, p. 177). L'absence de résultats observables signe la mise en échec du travail du médecin, qui peut donner lieu à un désinvestissement ou à un investissement sélectif dans les pratiques substitutives : on retrouve des pratiques de tri. Le sens donné à la guérison – en d'autres termes l'objectif du traitement –, apparaît donc primordial dans la définition de ce que le

généraliste peut apporter aux patients en TSO.

Or, les recommandations de bonnes pratiques en matière de TSO (ANAES, FFA 2004) ne statuent pas de façon unilatérale sur l'objectif à donner au traitement, elles affirment au contraire que celui-ci doit s'adapter à « la situation du patient ». Selon le cas, le TSO peut être un outil de réduction des risques destiné à pallier ponctuellement le manque, un sevrage progressif visant l'abstinence de tout produit, ou un traitement de maintenance de longue durée. Le champ est donc laissé libre aux praticiens pour en définir la finalité avec chacun de leurs patients.

Nous allons le voir, l'inclusion de la dépendance aux opiacés dans les prérogatives de la médecine générale passe souvent, dans les discours des médecins, par des comparaisons avec des pathologies qu'ils rencontrent couramment. Les deux archétypes en sont la maladie aiguë avec « guérison » rapide, et la pathologie chronique pour laquelle l'objectif serait plutôt une amélioration de la « qualité de vie » du patient. Les médecins assimilent le TSO à l'une ou à l'autre, selon qu'ils considèrent le traitement comme un outil de sevrage progressif ou de maintenance de longue durée.

Baszanger remarque que l'opposition aigu/chronique recoupe en partie, dans les propos de ses enquêtés, celle entre une médecine curative « technique » et standardisée calquée sur le modèle hospitalier, et une médecine « de l'homme total » plus globalisante, qui prend en compte les dimensions psychologique et sociale du patient, dans laquelle « l'écoute » est un outil primordial (Baszanger 1983, Membrado 1993). « En partant d'une opposition établie par la médecine scientifique, l'opposition aigu/chronique, le raisonnement semble montrer que c'est bien au nom de cette logique scientifique qu'il existe deux interventions médicales différentes, l'une basée sur la technique, l'autre faisant une place plus grande à l'approche personnalisée des malades » (Baszanger 1983, p. 287). Cependant, chez Baszanger l'analogie ne peut être complète, car l'auteure considère que le « médecin de l'homme total » substitue une étiologie (les « problèmes de vie ») à une autre (le somatique) pour toutes les pathologies, y compris les plus aiguës. Pourtant, plusieurs recherches ultérieures ont montré que les deux polarités « technique » et « relationnelle » du travail des généralistes ne doivent pas être opposées comme des profils de médecins différents, mais s'entrecroisent dans l'activité de la plupart d'entre eux (Voir en particulier Vega 2011). C'est le point de vue que nous adoptons ici : il ne s'agit pas d'opposer « médecins curatifs » d'un côté et « médecins globaux » de l'autre. Les typologies portent sur des pratiques et non sur

des individus (Becker 2002), il faut donc éviter de postuler que l'attitude face aux TSO est le reflet d'une hypothétique tonalité d'ensemble de l'activité du médecin. Par contre, nous allons voir que l'objectif que les généralistes donnent aux TSO active cette *tension* entre deux manières de faire de la médecine générale, entre lesquelles ils oscillent. La dépendance aux opiacés présente la particularité de pouvoir être interprétée selon les deux référentiels, curatif et global. Elle peut donc être « soignée » de deux façons : la « guérison » peut être placée dans l'abstinence de tout produit y compris le MSO, ce qui participe d'une médecine *curative* où la dépendance est appréhendée sur le modèle de la maladie aiguë (2.1). Dans d'autres cas, les généralistes considèrent le TSO comme le traitement de maintenance d'une addiction conçue comme une maladie chronique. Ici, la « guérison » réside moins dans l'abstinence que dans le changement de mode de vie du patient, sur le plan social et professionnel (2.2). Dans chacun des cas, l'objectif de « guérison » peut être « mis en échec » par certains patients, ce qui donne lieu à des pratiques de tri pour s'en prémunir. Le tri est donc étroitement lié à différentes visions de la dépendance aux opiacés et de l'objectif des traitements, chacune articulée à une dimension du travail de généraliste.

Tableau 3 : Deux conceptions de la « guérison »

	(2.1) Modèle curatif de la maladie aiguë « C'est comme la grippe »	(2.2) Modèle global de la maladie chronique « C'est comme les diabétiques »
Gestion de la posologie	Diminution progressive de la posologie	Stabilisation de la posologie
Objectif du traitement	Sevrage du MSO	Normalisation sociale du mode de vie
Mise en échec de l'objectif	Chronicisation du traitement	Absence de changements sur le plan social et professionnel

2.1. « C'est comme la grippe » : de la guérison-sevrage à la mise en échec d'une médecine curative

Certains généralistes placent la « guérison » de la dépendance aux opiacés dans l'abstinence et l'arrêt du traitement. On retrouve souvent chez eux la comparaison à une maladie aiguë, qui est une façon d'inclure les TSO dans les prérogatives ordinaires de la médecine générale. L'impossibilité du sevrage est souvent vécue comme une mise en échec du travail du médecin, qui va le conduire à ne suivre que les patients susceptibles de « s'en sortir » rapidement.

2.1.1. Le sevrage du MSO comme guérison

Pour les généralistes qui placent l'objectif du traitement dans le sevrage, les patients sont « guéris » dès lors qu'ils ne sont plus dépendants d'un produit, fût-il un médicament :

« Eux, le plus souvent disent “non je suis pas toxicomane parce que j'ai accepté de prendre un médicament” [...] Moi je leur dis non. Je leur dis “Non, non. C'est un opiacé, tu en prends dix fois trop, c'est une autre toxicomanie mais c'est pareil”. Ça c'est ma position. On n'est plus toxicomane quand on arrête de prendre des toxiques. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

De ce point de vue, la dépendance apparaît comme un épisode susceptible d'avoir une fin. Même si le médicament n'est pas destiné à la guérir¹⁸, c'est en tout cas vers le sevrage total qu'il convient de tendre. De ce fait, la définition de la dépendance aux opiacés emprunte quelquefois le registre de la maladie aiguë. En plus d'être facilement identifiables et rencontrées régulièrement en médecine générale, les pathologies aiguës courantes laissent peu d'ambiguïté sur leur nature purement biologique. Leur rapprochement avec la dépendance aux opiacés permet aux praticiens d'établir un schéma d'action thérapeutique, une marche à suivre pour soigner les patients substitués :

« Alors c'est comme la grippe : vous avez les grippettes relativement bénignes, avec un type de virus relativement anodin, pas trop agressif, avec une charge virale minime, chez la personne relativement en bonne santé, qui a pas de problèmes particuliers, un, deux, trois jours, une petite fatigue et puis après ça repart. Et puis vous pouvez avoir la grippe, la grippe méchante, si je puis dire, agressive, avec des complications importantes, chez une personne âgée, fragilisée, et donc ça peut être une urgence, une complication, et ça peut se terminer par la mort. Ben là c'est un peu pareil, vous avez, sur un plan thérapeutique, alors moi, j'ai un échantillon avec des cas légers et moyennement importants, mais j'ai eu à être confronté avec des cas relativement lourds. Mais bon après ça relève de structures plus spécialisées. » (Dr Guy, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le parallèle avec la grippe sert ici à différencier les cas « légers » et guérissables des cas « lourds », devant lesquels les généralistes se trouvent souvent plus démunis. Le Dr Guy les associe aux structures spécialisées : ils n'entrent pas, selon lui, dans ses prérogatives. Ces patients remettent en question la possibilité de guérison en mettant en échec les tentatives de sevrage des généralistes. En effet, la plupart des praticiens constatent que le sevrage du MSO

¹⁸ Dans le cas des TSO, nous n'avons pas rencontré de logique de « réparation instantanée par le médicament » (Rosman 2010). Au contraire, ici, le fait que le médicament se substitue à une drogue conduit les médecins à penser qu'il ne débarrasse pas les patients de leur dépendance.

n'est pas un objectif facile à atteindre. Beaucoup s'interrogent sur la possibilité, pour les patients, de sortir de la substitution. Leurs doutes font écho aux préoccupations des patients eux-mêmes, et questionnent le bien-fondé des prescriptions substitutives. En effet, comme le remarque Anne-Chantal Hardy, « prescrire n'est pourtant pas toujours guérir et cette dimension paradoxale de l'acte interroge l'objet du travail médical. » (Hardy 2012, p. 104). Ainsi, plusieurs généralistes se demandent quel est l'intérêt de donner des médicaments si l'on ne parvient pas rapidement à diminuer les dosages. Pour eux, et souvent aussi pour les patients, c'est cette « baisse » progressive qui donne un sens au traitement en le différenciant d'une drogue : la diminution du dosage apparaît comme un premier résultat positif, un indice que le patient est sur la voie de l'abstinence. De ce point de vue, les médecins reconduisent l'idéal d'abstinence de tout produit porté par les politiques publiques avant la mise sur le marché des TSO.

2.1.2. Quand le sevrage tarde à venir : de la mise en échec du travail du médecin à l'éviction des incurables

« Je dirais que très souvent on n'a pas l'intention d'être bon, quand-même, c'est souvent des situations d'échec, donc pour un médecin qui a été formé à guérir, apprendre à gérer le quotidien plus ou moins...c'est difficile. [...] Faut être modeste, en toxicomanie, s'il y a bien quelque chose qui apprend la modestie c'est la prise en charge des toxicomanes. On revient au problème du deuil de la toute puissance médicale, de l'efficacité, faut accepter de pas être bon, et d'être tenace, d'y revenir...c'est ça qui épuise aussi. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cet extrait témoigne de la difficulté que rencontrent les généralistes face à des situations qui n'évoluent pas malgré les efforts qu'ils mettent en œuvre. L'impossibilité de parvenir à l'abstinence, voire les « rechutes » des patients dans les opiacés illicites, interrogent jusqu'à la valeur du travail du médecin, dès lors que ce dernier la mesure en termes d'« efficacité ». Le médecin doit faire face à des doutes au sujet de sa propre pratique, de son aptitude à soigner et à guérir (« ne pas être bon »). Le Dr Patrick va jusqu'à affirmer que les « toxicomanes » renvoient le médecin à son « impuissance », l'obligeant à renoncer à une illusoire « toute puissance médicale ». La remise en question devient ici existentielle, elle concerne le sens du métier. La difficulté à persévérer dans ses objectifs et « l'épuisement » qu'elle provoque sont, pour Patrick, à l'origine d'une limitation de son investissement auprès de la population en TSO. Comme lui, d'autres généralistes évoquent ces mises en échec de

leur fonction curative avec les patients substitués, difficiles à accepter car elles mettent en cause la pertinence même de leur action :

« On fait ce qu'on peut, il faut accepter aussi pour nous d'être dans l'échec. On l'est.

-Qu'est ce qui vous met dans l'échec ?

-Avec les toxicomanes, le fait qu'on n'arrive pas à les sevrer. Chez certains ça se passe bien, et d'autres, ben, on les voit toute notre vie professionnelle. » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

Pour le Dr Patricia, continuer à voir un patient pendant plusieurs années sans noter de changement sur le plan de sa dépendance porte atteinte à ses compétences. L'impossibilité de sevrage est vécue comme un échec personnel.

De même, une « rechute » dans les opiacés illicites ou la découverte d'un comportement inobservant sont susceptibles de faire douter le médecin des potentialités de « guérison » avec le traitement de substitution, d'autant plus lorsque l'issue est tragique pour le patient comme dans le cas raconté par cette praticienne :

« Le premier patient que j'ai suivi avec du Subutex n'en a jamais consommé un seul. Il a tout dealé et il est mort d'une overdose. Et il est mort d'une overdose ! C'était quelqu'un qu'un autre médecin m'avait envoyé en me disant qu'il suivait bien les rendez-vous, qu'il était pas difficile. Trop poli pour être honnête! Et c'est un copain qui est venu un jour en me disant "il est mort". C'est vrai que là après j'ai... j'ai continué quand même, hein. Mais c'est vrai que j'avais un peu l'impression de pas arriver à...au but, quoi, à essayer de les sevrer, c'était un peu plus compliqué que ce que je pensais. » (Dr Françoise, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Françoise s'interroge autant sur l'efficacité des traitements que sur ses propres capacités à guérir les patients. Son désinvestissement fait suite à une désillusion face à la mission substitutive (elle « n'y croit plus »). Le trafic dont fait l'objet le Subutex redouble, pour les généralistes, l'ambiguïté de ce produit, qui peut se transformer en drogue de rue. Certains, refusant d'être des « dealers en blouse blanche », en viennent à douter du bien-fondé de prescrire des TSO. Dès lors que la guérison réside dans l'abstinence de tout produit opiacé y compris le médicament, l'absence de diminution des dosages et la chronicisation du traitement induisent des doutes quant à la fonction de la prescription, et, par extension, du prescripteur. Le médecin est-il en train d'aider les patients ou d'entretenir leur « toxicomanie » ?

« Moi mon grand problème ça a été, enfin c'est toujours, de savoir quand est-ce qu'on peut baisser les doses et quand est-ce qu'on peut arrêter mais...on dirait que c'est sans fin. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

Un traitement « sans fin » n'a pas de sens dans ce référentiel curatif où l'abstinence est l'objectif. Pour atténuer leurs doutes, plusieurs généralistes s'empressent d'évoquer des cas de « réussite » du sevrage, qui leur redonnent confiance en leur capacité à venir en aide à ces patients :

« J'en ai eu une, il y a pas longtemps, je l'ai pas vue longtemps celle là, trois mois, et elle me disait "je veux m'arrêter vraiment". Et elle est pas revenue. Et un jour, je vais acheter des huitres [et je la rencontre] : "Je vous connais ?" "Ben oui, vous êtes le docteur Alain. Vous m'avez aidée, et c'est fini." Elle était mûre, comme on dit. Elle avait besoin d'en avoir un peu pour gérer l'arrêt. Et elle a arrêté, là. On peut toujours arrêter. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

C'est par cette anecdote que le Dr Alain conclura l'entretien, afin de nous offrir une vision positive des TSO (« on peut toujours arrêter ») et de son propre rôle auprès des patients. Paradoxalement, il choisit un cas où la patiente semble avoir « arrêté » indépendamment du médecin, en « gérant » elle-même la baisse des posologies¹⁹. Il signale toutefois sa participation lorsqu'il restitue les propos supposés de la patiente : « vous m'avez aidée ». Il souligne aussi ce qu'il nomme la « maturité » de cette dernière, suggérant par là que l'arrêt rapide ne serait pas envisageable pour n'importe quel patient et à n'importe quel moment de leur trajectoire. La possibilité de guérir serait-elle donc une propriété du patient plutôt qu'un effet de l'action du médecin, comme le suggérait déjà la différenciation citée plus haut entre les patients « légers » ou « lourds » ?

En l'absence d'exemple de sevrage dans la biographie du médecin, celui-ci peut se désinvestir en réduisant son activité substitutive, comme c'est le cas pour le Dr Françoise et le Dr Éric. La volonté d'éviter les mises en échec est à l'origine d'une limitation des prises en charge aux « dépendances légères », aux traitements de courte durée, aux patients *guérissables*, c'est-à-dire susceptibles de « s'en sortir » rapidement en diminuant les dosages.

Car placer la guérison dans le sevrage du MSO a quelquefois un corollaire : les patients qui ne parviennent pas à cet objectif sont considérés comme des incurables pour

¹⁹ Nous reviendrons sur ces pratiques au chapitre 7.

lesquels le médecin n'est d'aucune utilité. Le Dr Alain mentionne ainsi certains « toxicomanes » dont la dépendance, chronique, serait irréductible (« qui se seraient défoncés de façon ou d'une autre »). Il préfère éviter de les prendre en charge car cela « ne l'intéresse pas ». Un glissement se produit ici depuis la mise en échec du travail du médecin, vers un échec qui finit par être imputé au patient. C'est ce que dénonce le Dr Marc, qui propose d'interpréter différemment la « rechute » grâce à une nouvelle analogie avec une affection somatique. Selon lui, un médecin ne peut pas mettre en cause un patient qui ne guérit pas :

« Mais c'est pas parce que l'on est en échec...est ce qu'un médecin ne va pas soigner une troisième fois un individu parce qu'il a une bronchite bactérienne qui récidive ? Voilà, donc de la même manière vous avez des récidives de la toxicomanie, est-ce pour ça qu'il faut rompre le contrat ? Est-ce que c'est le patient qui est pas bon, ou est-ce que c'est le médecin ? » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

La mise en échec est ici contournée. L'analogie avec la bronchite permet à ce médecin de persévérer dans l'objectif curatif. En rapprochant la dépendance aux opiacés, dans ses logiques de fonctionnement et ses possibilités de guérison, d'une pathologie qu'il rencontre au quotidien, il parvient à la faire entrer dans les prérogatives de la médecine générale, en prônant un mode d'intervention similaire pour les deux affections. La métaphore filée de la bronchite lui permet de traiter les personnes en TSO de la même façon que tout autre patient de la médecine générale : il leur attribue le « rôle du malade » parsonien (Parsons 1951), en leur retirant la responsabilité de leur dépendance et, par conséquent, de leurs « rechutes ». Dans bien des cas, le retrait de la responsabilité est l'une des conditions de l'incorporation des patients substitués à la médecine générale. Lorsque certains patients continuent d'être jugés responsables (coupables ?) de leur « toxicomanie », ils sont plus volontiers évincés car considérés hors du périmètre de compétence des médecins²⁰.

La différenciation entre deux types de patients – légers-guérisables *vs.* lourds-incurables ou chroniques –, finit par se substituer, dans certains discours, à la distinction de deux manières de concevoir la prise en charge – sevrage progressif *vs.* maintenance. Que les médecins l'attribuent à leurs propres insuffisances ou à celles des patients, l'échec du sevrage explique certaines pratiques de tri. Si la « rechute » apparaît problématique pour beaucoup de

²⁰ On retrouve ici le mélange des registres pénal et médical qui reflète le traitement que la société française réserve aux consommateurs de drogues. Les statuts de « malade » et de « délinquant » sont souvent inconciliables aux yeux des généralistes.

généralistes, c'est aussi parce qu'elle remet en question l'analogie avec la maladie aigüe guérissable. L'idée de rechute appartient au vocabulaire des pathologies chroniques, qui peuvent refaire surface après des périodes de rémission. Comme les pathologies aigües, ces affections font partie du quotidien de la médecine générale²¹. Elles se prêtent également à des comparaisons avec la dépendance aux opiacés, de la part de praticiens qui placent l'objectif du TSO ailleurs que dans le sevrage.

2.2. « C'est comme les diabétiques » : la réadaptation sociale comme guérison

Les discours de certains généralistes sur la dépendance aux opiacés empruntent l'analogie de la maladie chronique. De leur point de vue, l'objectif du traitement ne réside pas dans l'abstinence. Une amélioration de la situation sociale et professionnelle du patient au cours du traitement devient l'indice de la réussite de ce dernier. Cette conception donne à voir une médecine générale au périmètre d'action élargi au-delà du curatif et du somatique.

2.2.1. L'analogie avec des pathologies chroniques : de la guérison à la conformité sociale

Certains médecins considèrent que le TSO peut être administré durant toute la vie du patient, sans pour autant que cette maintenance manifeste un échec. Ils ont tendance à comparer les « toxicomanes » aux patients diabétiques ou hypertendus. Une fois de plus, l'analogie semble faciliter l'inclusion de la dépendance aux opiacés dans leurs prérogatives, en la rendant plus familière. Ainsi, le Dr Alain définit ses patients substitués comme « des gens normaux, simplement au lieu de prendre leur insuline tous les matins comme les diabétiques, ils prennent leurs cachetons. ». La comparaison lui permet d'octroyer le statut de malades à ces patients, dans lequel réside leur « normalité », et qui justifie leur présence dans son cabinet. La possibilité de les rapprocher d'autres malades rencontrés régulièrement apparaît donc comme une condition pour que les personnes en TSO deviennent des patients de la médecine générale au titre de leur dépendance.

Pour certains médecins, le sevrage du médicament n'est pas une priorité. Ils n'hésitent

²¹ Le « contrôle et le suivi d'affections chroniques stables » représente entre 21 et 42% des actes comptabilisés par les enquêtes statistiques (les chiffres varient selon les critères retenus pour définir ces affections). Les pathologies aigües, quant à elles, concernent 36 à 40% des actes (Schweyer 2010b, p. 59).

pas à prescrire la posologie maximale ou à l'augmenter si le patient manifeste une envie de reprendre de l'héroïne, comme dans cet exemple issu de nos observations :

Extrait du journal de terrain, Dr Laurence, Patient 1

Patient : « J'ai toujours des envies de défonce »

Le médecin demande les derniers produits consommés : cocaïne, héroïne ?

Le patient répond qu'il lui est arrivé de consommer de la « coke », mais pas d'héroïne depuis très longtemps. Il ajoute que ce qu'il a consommé ici « c'était pas de l'héro » (en référence à la mauvaise qualité du produit).

Le Dr Laurence propose d'augmenter la méthadone à 70 mg.

Pour ces généralistes, l'abstinence n'est donc pas un objectif à court terme – ni nécessairement à long terme. Du point de vue de la posologie, ces médecins ne recherchent pas la diminution mais la « stabilisation » sur une longue durée. Cette dernière concerne non seulement le dosage du médicament, mais aussi le mode de vie du patient, l'essentiel étant que ce dernier bénéficie d'une « qualité de vie » satisfaisante avec le traitement. Le Dr André l'affirme de manière délibérément provocatrice en mettant en question l'interdit moral de la prise de drogues :

« On sent si quelqu'un va bien. Tu l'as devant toi, tu regardes ! Il s'amuse, il travaille, il gagne sa vie, il habite où... C'est ça que je regarde, c'est ça que j'observe. Je m'en fous de ce qu'il prend. Si tout ça va très bien et qu'il prend quatre grammes d'héroïne tous les matins, je lui dis "continuez, ça vous réussit" » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Selon André, la « guérison » serait surtout une affaire d'autodéfinition de soi : « Si tu te regardes dans la glace et tu dis "je suis guéri", c'est que t'es guéri », elle est donc indépendante de l'arrêt du traitement, comme l'illustre son anecdote au sujet d'un cas particulièrement chronique :

« Y a qu'à attendre, si on a quelqu'un qui a du répondant un peu, et puis de l'autre côté on lui offre des possibilités, on lui ouvre des portes, on le soutient dans certains domaines, psychosocial, et puis ça roule, y a qu'à attendre. La seule limite des traitements de substitution c'est que ça n'en finit plus, c'est tout. Et en même temps, qu'est-ce que tu veux, en même temps, c'est pas très méchant. J'ai un collègue à Paris, Carpentier, j'y suis allé la semaine dernière, le voir. Et ses associés. Ils ont un patient sous méthadone. C'est pas étonnant d'avoir un patient sous méthadone, ils en ont 200. Seulement lui, il a 92 ans. Alors qu'est-ce qu'il est ? Toxicomane ? Il est quoi ? À 92 ans, sous traitement méthadone on te qualifie comme quoi ? Il est guéri ce type, il est guéri ! Quand t'es sous traitement de substitution, t'es sorti de la sortie quasiment, à part que dans la tête t'es pas guéri encore, mais t'as tout le temps, mais ça peut prendre le temps que tu vois, 92 ans. Mais en même temps, il est pas malade, il prend juste un traitement. Si tu le vois pas, que pendant 10 secondes il prend un médicament... voilà. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Contrairement aux médecins cités précédemment, qui focalisaient leur attention sur le sevrage du traitement, André accorde peu d'importance au fait que la personne continue de prendre un médicament (« c'est pas très méchant ») : le patient de 92 ans est jugé « guéri », même s'il est toujours sous méthadone. Le médicament n'est même plus le marqueur d'une pathologie, il n'occupe d'ailleurs que « 10 secondes » dans la journée du patient, qui se consacre à d'autres activités. Les produits ne sont plus au centre de son existence, et c'est là que réside la véritable guérison. On retrouve la même idée chez le Dr Sandrine qui considère le TSO comme un « traitement de fond » chez des patients qui ont « une vie normale », ont « tourné la page » des produits :

« Mon collègue, qui est installé depuis plus longtemps, a des patients qu'il suit depuis maintenant presque 10 ans, on voit quand-même des gens qui sont réinsérés, qui ont des vies à côté totalement normales, et qui se retrouvent avec un traitement, c'est très très difficile de l'arrêter complètement. Il en a une, je crois, qui est à 0,4[mg] depuis des années. Mais bon, c'est quand-même des gens qui ont réussi à tourner la page. Bon, ils ont toujours ce petit traitement, mais qui est presque plus(+) un traitement comme on prendrait pour l'hypertension, ou pour la dépression, un traitement, un petit peu, de fond, qu'ils ont du mal à arrêter, mais à côté de ça qui ont plus du tout ce rapport à la drogue et qui s'en sont sortis. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

La notion de « normalité » apparaît récurrente chez plusieurs médecins car ils placent la « guérison » dans une « normalisation » du mode de vie. Selon les propos du Dr Sandrine, la « normalisation » semble impliquer à la fois le changement du « rapport à la drogue », et la « réinsertion » sociale et professionnelle. Beaucoup de généralistes considèrent que la finalité principale des TSO est de permettre au patient de s'éloigner du « milieu » des drogues, en forgeant des sociabilités en dehors du rapport aux produits. Ces généralistes ne sont donc pas loin de placer la « sortie de la toxicomanie » dans le « réagencement des lignes biographiques », comme l'ont fait Robert Castel et son équipe (1998). Loin de « guérir la toxicomanie », le traitement est conçu comme un support pour changer son mode de vie :

« L'objectif, c'est surtout qu'ils arrivent à équilibrer justement tous les autres aspects, qu'ils trouvent un travail, qu'ils arrivent à avoir une relation suivie avec quelqu'un, peut-être à fonder une famille...si c'est ça leur but ! Peut-être que c'est pas leur but dans la vie, mais qu'ils soient bien dans leur vie, quoi. Qu'ils soient pas soumis à une addiction, qui quand-même est pénalisante, même si le Subutex ou la méthadone peuvent être considérés comme une addiction quelque part, c'est pas la même chose. » (Dr Éliane, médecin généraliste, entretien, 2011)

Éliane revient sur la frontière ambiguë entre médicament et drogue. Elle place la différence dans le rapport au produit : la dépendance physique devient secondaire dès lors que le produit permet d'impulser des changements dans les autres sphères de l'existence du patient. Elle semble soucieuse de laisser aux patients le choix de la direction à prendre quant à « leur but dans la vie », ce qui, on va le voir, n'est pas toujours le cas chez les généralistes. On retrouve dans de nombreux discours un argumentaire qui relativise l'importance de la dépendance au médicament au profit de la « réinsertion » :

« Certains ça fait six ans, sept ans que je leur donne le traitement substitutif. Ce sont des individus qui n'arrêteront jamais, ceux là. L'idée c'est d'arriver à trouver quelque chose qui leur permette d'avoir une vie normale, ne plus avoir à perdre du temps à chercher un produit, à prendre des produits de mauvaise qualité, et trouver quelque chose qui leur permet d'avoir une vie sociale normale. Comme travailler, avoir une vie de famille, des enfants, etc. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Moi, mon problème est pas de les guérir, c'est de leur donner les moyens de s'en sortir. [...] Le médicament n'est pas fait pour les guérir, c'est une substitution, pour qu'ils ne soient pas en manque c'est tout, après c'est à eux de faire le chemin. Mais déjà quand on les a pris en charge, quand on a réussi à les faire re-renter dans des systèmes sociaux, ne serait-ce que d'aller demander la CMU²², la plupart ils l'ont même pas demandée, ben c'est toujours ça de pris. Puis moi j'ai vu une femme récupérer ses enfants qu'elle avait plus, quand-même. Des fois c'est valorisant quand-même. D'autres retourner au boulot alors qu'ils y allaient plus. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, la « guérison » reste associée à l'abstinence, mais elle devient secondaire, l'objectif principal étant le changement sur le plan social : avoir une vie « normale » tout en continuant de prendre le traitement. Le Dr Alain considère les résultats en termes de réadaptation sociale comme « valorisants » pour sa propre pratique. Ce terme dénote, une fois de plus, la nécessité, pour les médecins, d'obtenir une certaine gratification et des preuves de l'efficacité de leur action. Mesurer les résultats de la prise en charge à l'aune des changements dans le mode de vie du patient leur permet de se convaincre de la pertinence de continuer à prescrire des TSO. Les médecins qui placent l'objectif dans le sevrage font, au contraire, part de leurs doutes concernant un traitement dont les résultats ne sont pas vraiment perceptibles, dès lors que le progrès attendu est mesuré en termes de diminution des dosages²³. Ici, l'action

²² Couverture Maladie Universelle

²³ On retrouve la dichotomie entre une relation « centrée sur le dosage » et une relation « centrée sur la personne », soulevée par Guichard et al. (2007).

du médecin se trouve valorisée car il a posé des objectifs différents, alors qu'une même situation pourrait être vécue comme un échec si le médecin s'était centré sur la durée du traitement. Dans les deux cas, la présence de résultats observables est indispensable pour éviter la mise en échec.

Dans les derniers extraits cités, le travail et la famille apparaissent de manière récurrente en tant qu'améliorations du cadre de vie du patient. Si le Dr Éliane laisse les patients décider quel est « leur but dans la vie » et évaluer subjectivement leur qualité de vie (« qu'ils soient bien dans leur vie »), ce n'est pas le cas d'autres médecins. Pour eux, la sortie réside dans le recouvrement des obligations sociales – produire et se reproduire –, c'est-à-dire dans l'abandon du « rôle du malade » défini par Parsons (1951). Si le statut de malade peut le dispenser de ses devoirs envers la société, il doit aspirer à s'en acquitter de nouveau. Entre guérison et réadaptation sociale, les lexiques se mélangent et les frontières se brouillent. Ici, les prérogatives du médecin outrepassent les limites du soin somatique pour s'intéresser non pas tant à la qualité de vie des patients mais plutôt à la mise en conformité de leur mode de vie avec les normes sociales les plus répandues²⁴. En valorisant constamment le travail et la famille, les généralistes se font porte-parole de valeurs traditionnelles, tenant peu compte de la possibilité de styles de vie alternatifs. Ici, les modèles de « conventionalité », dont Maria Caiata Zufferey (2006) soulignait la pluralité pour les patients, sont imposés par les médecins. Guérir, c'est remplir son devoir envers la collectivité. Les médecins deviennent ici des « entrepreneurs moraux » (Freidson 1984; Becker 1985), à plusieurs titres : en plus de créer des normes médicales en faisant entrer un comportement dans la catégorie des pathologies chroniques, ils participent au renforcement de normes sociales existantes en plaçant le travail et la famille comme horizons à atteindre pour les patients.

D'ailleurs, quelquefois, les discours sont teintés d'une forte dimension moralisatrice. Certains médecins associent à la « réinsertion » l'apprentissage des « bonnes manières » :

« -Sur quels critères vous estimez qu'un traitement se passe bien avec un patient ?

-D'une part sur le fait qu'il ne soit plus défoncé, parce qu'au début ils le sont toujours un peu, plus ou moins, hein. Qu'ils deviennent...même si c'est qu'avec moi, mais qu'ils soient clean de présentation. Ensuite sur le fait qu'ils améliorent leur présentation, ceux qui sont dans la rue, ils sentent très fort, souvent parfois les chiens aussi. Leur présentation. Sur leur exactitude, leur capacité à accepter d'être

²⁴ Au chapitre 9, nous montrons comment cet objectif se manifeste dans les consultations, à travers les sujets abordés par médecins et patients.

exact au rendez-vous, sans trop de changement, être à l'heure. Et puis ensuite sur leur resocialisation, c'est-à-dire la récupération des papiers, récupération des assurances sociales, récupération d'un logement, logement convenable, association avec un ami ou une petite amie, colocation, et puis ensuite relation, euh relation j'ose pas dire amoureuse mais en tout cas affective, puis retour au travail. Hein, ce sont ces critères euh, socio-familiaux, enfin la propreté c'est même pas un critère social mais enfin, c'est dans cette progression que je vois si ça s'améliore, plutôt que dans d'autres, plutôt que dans l'évolution du produit, de toute façon je les emmerde pas sur l'évolution du produit. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

Pour Raymond, les évolutions sur le plan de la « présentation » et de l'hygiène comme sur celui de la vie personnelle et professionnelle sont attribués à l'effet du suivi au long cours. Chez d'autres médecins cependant, « bonne présentation » et « intégration » sont érigées en conditions d'accès à la prise en charge.

2.2.2. « L'intégration » sociale : indice de guérison ou condition préalable à la prise en charge ?

Dans certains discours, une ambiguïté subsiste. L'« intégration » sociale glisse parfois d'un but à atteindre vers un préalable pour que la prise en charge se déroule d'une manière jugée satisfaisante. Comme nous le développerons dans le chapitre suivant, elle devient un critère de sélection :

« Ceux que j'ai, il y a longtemps que je les ai, ça fait des années que je leur donne le Subutex, ils sont mariés, souvent ils ont des enfants, ou ils sont divorcés, mais ils ont un boulot. Puis ils sont bien intégrés, c'est pas des gens qui sont en galère, c'est des gens qui sont bien intégrés, dont le conjoint sait qu'il se droguait, qui prend ça comme il prendrait un médicament pour la tension. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Pour le Dr Georges, l'« intégration » semble être la condition pour que la prise chronique du médicament s'apparente à celle d'un antihypertenseur plutôt qu'à celle d'une drogue. L'adoption d'un mode de vie « conventionnel » (mariage, travail...) devient, aux yeux du médecin, un gage qui assure que le patient en a terminé avec les produits. Mais le lien qui unit « l'intégration » et le TSO pose question : celle-ci a-t-elle lieu au cours du traitement, comme dans les cas cités plus haut, ou est-elle un prérequis selon lequel le médecin choisit les patients qu'il prend en charge ? De ce point de vue, suivre uniquement des patients « intégrés », pour reprendre les termes de Georges, prémunirait le généraliste de la mise en

échec de son action. La présence d'un emploi ou d'une famille deviennent dès lors des indices de la « motivation » du patient à « s'en sortir » par lui-même. Ils ne sont plus attribués au traitement qui permettrait de rompre avec les mondes des drogues, mais aux efforts personnels des patients. Le travail et la famille deviennent des critères de tri.

Mis en perspective avec l'addiction comme pathologie chronique, ces critères reviennent, paradoxalement, à privilégier la prise en charge de personnes déjà « guéries ». Une telle sélection facilite l'intervention du médecin et le protège contre les échecs, puisque le résultat à atteindre est, pour ainsi dire, déjà là. La prise en charge s'en trouve facilitée. Nous avons vu que les généralistes qui posent l'abstinence comme finalité peuvent choisir de concentrer leurs prises en charge sur les patients susceptibles d'arrêter rapidement leur traitement. Ici, la logique est la même : certains médecins choisissent en priorité les patients dont ils jugent qu'ils vont aisément atteindre l'objectif de « normalisation » socioprofessionnelle, voire ceux qui l'ont déjà atteint. Nous verrons dans le chapitre suivant que ces critères s'expliquent aussi par la volonté de réduire les contraintes que les patients substitués sont susceptibles d'exercer sur l'organisation du travail des médecins.

Conclusion du chapitre 4 : ce que le tri des patients en TSO enseigne au sujet du groupe professionnel des généralistes

Dans ce chapitre, nous avons envisagé l'appropriation des TSO par les généralistes au prisme de la rencontre entre une mission issue d'une politique publique et un groupe professionnel porteur de spécificités historiquement construites. En statuant, par les pratiques de tri, sur la teneur de leur intervention auprès des patients substitués et sur les objectifs du traitement, les généralistes cherchent à rendre la substitution compatible avec « leur » médecine générale, définie dans la manière donc chacun vient à bout des tensions inhérentes au métier. L'enjeu, pour les praticiens, est de consolider une identité professionnelle incertaine, menacée à la fois par la diversité des plaintes des patients et par les politiques publiques qui, comme celle des TSO, viennent régulièrement étendre leurs prérogatives potentielles.

Nous avons notamment montré comment les généralistes s'y prennent pour rendre les TSO compatibles avec leurs exigences en termes de composition de clientèle, dimension

fortement ancrée dans l'exercice libéral qui caractérise leur groupe professionnel. La diversité de la médecine générale est corrélée à un accès universel de tout patient au cabinet du praticien. Or, bien souvent, les généralistes font l'expérience de l'impossibilité de mettre en œuvre cette médecine de proximité ouverte à tous sans exception. Ils se voient obligés de décliner des demandes de soins. Les patients substitués mettent abruptement les généralistes face à cette contradiction : ils émettent une demande, qui doit être prise en considération, mais qui risque de menacer l'équilibre du cabinet.

Nous avons également répertorié les manières d'inclure les TSO dans le périmètre d'action de la médecine générale par le biais des différents objectifs assignés aux traitements – sevrage ou normalisation sociale du patient. Ce faisant, les généralistes définissent les bornes de leurs prérogatives au sein du territoire d'action infini – car dépendant des demandes des patients – de la médecine générale. Une fois de plus, la dépendance aux opiacés soulève une ambivalence du métier car elle peut se prêter à une double interprétation en tant que pathologie aiguë ou chronique, ce qui implique soit une intervention du médecin limitée au somatique, soit un périmètre d'action élargi où le « social » est intégré aux objectifs.

Par les pratiques de tri, chaque généraliste définit l'étendue de ses prérogatives vis-à-vis des patients substitués : il définit le *rôle* qu'il souhaite jouer au sein de la politique substitutive, et au-delà, dans sa pratique de la médecine générale. De ce point de vue, notre objet de recherche, aux marges de la médecine générale, s'avère être une porte d'entrée privilégiée pour l'étude de ce groupe professionnel. Entrer dans l'analyse non plus par l'agencement de l'ensemble des activités des généralistes mais plutôt par l'appropriation d'une de ses composantes, donne un éclairage nouveau à la question des « flous du métier » (Bloy, Schweyer 2010), entendus comme « la difficulté particulière qu'il y a à cerner le périmètre et le contenu des pratiques, qui autorisent de fortes fluctuations des manières de travailler au sein des cabinets libéraux » (*ibid.* p. 18). En questionnant les frontières de la médecine générale, les TSO deviennent les révélateurs des contradictions et ambivalences profondes qui traversent ce métier. Dès lors que les patients substitués rendent saillantes ces tensions, le tri devient une solution pour les minimiser en cantonnant la substitution aux marges de l'activité. Le périmètre d'action de la médecine générale se construit donc en partie au travers des pratiques de tri de chaque médecin dans son cabinet. Le groupe professionnel et ses frontières se forment dans les interactions avec les patients, par la réponse des médecins à chacune de leurs demandes. Cette approche dynamique, qui met l'accent sur l'interdépendance entre le niveau collectif professionnel et le niveau interactionnel, n'est pas

sans rappeler certaines thèses de la sociologie interactionniste des professions²⁵.

Ce chapitre montre également que les personnes dépendantes aux opiacés ne deviennent des patients de la médecine générale qu'à condition d'être triées. En d'autres termes, n'importe quelle personne dépendante ne deviendra pas le patient de n'importe quel généraliste. Cette mission entre dans les prérogatives de cette profession au prix d'un tri des patients, qui permet aux médecins de conserver les spécificités de la médecine générale vis-à-vis, notamment, d'une médecine spécialisée. De même, l'octroi du statut de patient passe par la possibilité, pour le médecin, de tenir les objectifs qu'il a définis, qui donnent du sens à son travail. Si tous les patients dépendants aux opiacés ne deviennent pas des patients de la médecine générale, il existe donc des inégalités d'accès aux TSO, qu'il faut maintenant chercher à comprendre et à expliquer. Nous allons voir que les critères de sélection des généralistes, justifiés par des contraintes organisationnelles propres à leur métier, contribuent à produire une population d'indésirables qui deviennent difficilement des patients de la médecine générale.

²⁵ Voir la synthèse de Dubar *et al.* (2011).

Chapitre 5.

De la sélection à la stigmatisation : Les critères de tri et leurs conséquences sur les trajectoires des patients

Après avoir explicité comment le tri des patients émerge des spécificités de la profession de généraliste, il faut maintenant explorer les principes qui le régissent ainsi que ses conséquences sur les prises en charge. Nous l'avons dit, le tri peut procéder de la limitation du nombre de patients en TSO au sein de la clientèle du médecin, ou bien de la sélection des patients substitués. Ce chapitre est consacré à cette dernière modalité de tri. Contrairement à la limitation, la sélection implique la définition de critères, dont il faut rendre compte en précisant leurs enjeux pour les médecins et les patients. Nous montrerons comment ces critères prennent leur sens en référence aux impératifs de « gestion » quotidienne de la présence des patients en TSO dans le cabinet (partie 1 du chapitre). Comme le soulignent Bergeron et Castel, les médecins « tendent à rechercher et à retenir dans l'espace clinique des populations qui présentent des caractères compatibles avec les normes de fonctionnement qu'ils ont établies » (Bergeron, Castel 2010, p. 449). En produisant des classifications, les critères de sélection des généralistes font apparaître des figures collectives de patients substitués : les *bons patients* et les *mauvais toxicomanes* (partie 2). Ces catégories produites par la sélection ont des conséquences sur les trajectoires de certains patients, qui rencontrent plus de difficultés que d'autres pour trouver un médecin prescripteur. Ils se retrouvent relégués à des prises en charge d'exception qui ne leur permettent pas toujours de devenir des patients de la médecine générale (partie 3).

1. Les critères de sélection des généralistes : « gérer » les patients substitués

Au prisme des tensions qui traversent leur identité professionnelle instable, nous avons pu saisir, au chapitre précédent, les justifications que les généralistes donnent à leurs pratiques de tri des patients en TSO. Selon leurs discours, le tri s'impose à eux principalement pour deux raisons. D'une part, ils souhaitent continuer d'exercer une activité généraliste variée et

éviter les perturbations potentiellement générées par les patients en TSO (« envahissement », perte de clientèle...). D'autre part, ils souhaitent se prémunir des situations où leur objectif thérapeutique, qu'il réside dans le sevrage du MSO ou dans la « réintégration » socioprofessionnelle des patients, est mis en échec. En réponse à ces exigences, certains généralistes établissent des critères de sélection, qui peuvent être classés en trois catégories : ceux qui relèvent de l'observance du traitement et du respect, par le patient, d'un ensemble de règles (1.1), ceux qui concernent la « charge de soins » (Dodier, Camus 1997) supposée du patient (1.2), et enfin ceux qui ont trait à sa visibilité dans le cabinet médical (1.3).

1.1. Les règles du jeu : l'observance comme critère de sélection

De nombreux généralistes fondent leurs pratiques de sélection sur un ensemble de règles que les patients sont tenus de respecter. En cas de manquement, le patient peut être éconduit. Les règles permettent aux médecins de définir le rôle qu'ils souhaitent jouer vis-à-vis des patients substitués, en établissant leurs propres limites.

1.1.1. Un « cadre » variable selon les médecins : délimiter son territoire d'action

L'ensemble de règles à respecter, que les généralistes désignent sous les termes de « cadre » ou de « contrat »¹, s'avère variable selon les praticiens. Il détermine le seuil d'exigence propre à chacun. La question des seuils d'exigence est généralement abordée à ses extrémités – on parle de « haut seuil » et (plus souvent) de « bas seuil » d'exigence². Il faut, cependant, penser les seuils d'exigence comme un *continuum* de conditions variables posées autour de la dispensation du traitement.

A minima, chez nos enquêtés, l'ensemble de règles que les patients doivent observer reprend les principes légaux de l'AMM des TSO : les médecins exigent que le patient soit dépendant aux opiacés³, qu'il respecte les posologies et les durées légales entre les

¹ Ces expressions sont usuelles pour les TSO : elles figurent dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de substitution (ANAES, FFA 2004). On va constater, cependant, que le « contrat » dont parlent les généralistes peut différer de celui des *guidelines* officielles. Par ailleurs, la notion de « contrat » a une dimension interactionnelle qui fait intervenir la confiance (il lie entre eux deux individus) : nous l'aborderons au chapitre suivant. Ici nous nous intéressons spécifiquement à la définition des *termes* du contrat.

² Nous développerons ces deux extrémités à la fin de ce chapitre. Elles constituent des prises en charge d'exception distinctes de la plupart des suivis en médecine générale. Voir aussi un article (Dassieu 2013).

³ Nous analyserons au chapitre suivant les méthodes qu'ils emploient pour s'en assurer.

renouvellements d'ordonnance. Plusieurs refusent de prescrire si le patient revient à plusieurs reprises avant la date prévue, car cela peut signifier qu'il consomme excessivement ou qu'il revend son traitement. L'arrêt des opiacés illicites est aussi exigé la plupart du temps. En réglementant l'indication et les modalités de renouvellement des traitements, l'AMM encadre tout autant les prescriptions des médecins que les usages des patients. Les pratiques de tous les généralistes prescripteurs prennent place à l'intérieur de ce cadre légal, qu'ils sont tenus de respecter à l'instar de leurs patients⁴.

Mais en plus des principes légaux de prescription et d'utilisation des TSO, les médecins ajoutent parfois d'autres règles, qui définissent le caractère plus ou moins contraignant du « cadre » propre à chacun. Contrairement aux précédentes, ces règles là n'obligent que les patients. Ainsi, certains généralistes refusent les pratiques qu'ils qualifient de « mésusages », telles que l'injection du traitement ou le fractionnement des prises, alors que d'autres tolèrent ces réappropriations profanes du médicament⁵. Comme on l'a vu au chapitre 3, quelques médecins conditionnent l'obtention du traitement à sa délivrance journalière en pharmacie ou à une prise en charge psychosociale complémentaire. D'autres, comme le Dr Patrick, n'acceptent de prendre en charge les personnes en TSO qu'à condition d'être leur médecin traitant pour la totalité des problèmes de santé :

« J'ai une prise en charge globale mais médicale, donc par exemple [ce patient] : "si tu me ramènes pas les biologiques, moi je suis pas là que pour te... je vois que tu es mal, tu commences à avoir le teint un peu cireux, tu as perdu deux kilos, moi je veux savoir s'il y a pas une hépatite, je veux savoir où tu en es sur le plan général." Le cadre c'était ça, que ce soit une prise en charge globale et pas juste délivrer les produits. D'être, de rester généraliste. Je veux pas être spécialisé en toxicomanie, je suis un généraliste. Donc on va travailler ensemble, on va travailler sur ton corps, sur ton esprit, sur ton boulot, sur ton insertion sociale, sur tout le reste. Sinon, c'est pas la peine. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, comme dans des exemples cités au chapitre précédent, le médecin affirme son exigence de « rester généraliste » sans devenir un « spécialiste en toxicomanie ». On notera que la frontière entre le « spécialiste » et le « dealer en blouse blanche » paraît ténue dans son discours : il assimile le travail des spécialistes à « juste délivrer les produits ». Il définit la diversité de la médecine générale à l'échelle de la personne – suivre un patient sur tous les

⁴ Nous verrons cependant que les généralistes opèrent des tris au sein de ces règles, en choisissant, lors d'une interaction donnée, de ne pas les suivre à la lettre.

⁵ Nous y reviendrons dans les chapitres 7 et 8.

plans, dans l'optique d'une médecine « globale » – et non plus seulement de la composition de la clientèle – suivre des patients aux problématiques différentes. Le « cadre » qu'il instaure vise donc à définir son propre rôle, en s'octroyant des prérogatives élargies au-delà de la dispensation du médicament. Il cherche aussi à rendre compatibles les TSO avec sa conception de la médecine générale. Le suivi sur les plans médical et social devient donc une condition préalable à la prise en charge, il fait partie du « contrat » et les patients qui refusent ce mode de fonctionnement sont éconduits. La plupart des règles que les généralistes imposent aux patients substitués ont pour fonction de délimiter leur territoire d'intervention. Définir des règles que le patient doit respecter, c'est aussi définir la manière dont on souhaite le prendre en charge.

Pour beaucoup de médecins, imposer à ses patients le respect de règles (éditées par les pouvoirs publics ou par le médecin lui-même) permet d'inscrire la relation médecin-patient-médicament dans un « cadre » thérapeutique :

« On peut pas prescrire, à mon avis, du Subutex comme on prescrit de l'amoxicilline ou du Doliprane pour un rhume. C'est quand-même un traitement qui nécessite d'être cadré. Je pense que c'est important qu'on l'ait, c'est important pour les patients, mais heureusement qu'il y a ces garde-fous administratifs qui nous permettent quand-même de cadrer les choses, sinon ce serait l'anarchie. Je pense qu'il faut pas le banaliser. Parce que si vous prescrivez du Subutex comme du doliprane, alors après on sera plus des médecins, on sera des dealers. » (Dr Tristan, généraliste remplaçant, entretien, 2011)

Par la mise en opposition avec des médicaments couramment prescrits en médecine générale, ce praticien affirme son refus d'une « banalisation » du Subutex : la réglementation stricte du médicament devient alors garante de sa finalité thérapeutique. Pour ce généraliste, la possibilité de prescrire facilement du Subutex marquerait le changement de rôle du médecin, qui deviendrait « dealer ». Ses propos sont au cœur du phénomène d'appropriation des TSO en médecine générale. Les règles que les médecins définissent sont aussi les limites qu'ils donnent à leur mission. Instaurer un « cadre » permet au médecin de choisir ce qu'il accepte, ou non, de faire. La variabilité du « cadre » s'explique donc par des conceptions différentes du rôle du généraliste face aux patients en TSO.

1.1.2. Les limites à ne pas dépasser : rigidité ou souplesse du « cadre »

La frontière entre le médecin et la figure repoussoir du dealer est définie par chaque praticien. Les généralistes s'autoproclament alternativement « rigides » ou « souples » selon l'aspect de leur travail qu'ils souhaitent valoriser : exigence d'un respect scrupuleux du « cadre », ou qualités d'adaptation aux situations singulières des patients⁶. La dichotomie entre rigidité et souplesse concerne, d'une part, la tolérance d'écarts du patient vis-à-vis des règles légales, qui implique, pour le médecin, de commettre lui-même des entorses à ces règles pour s'adapter à une situation donnée. D'autre part, les médecins qui se définissent comme « souples » affirment qu'ils imposent peu de règles supplémentaires aux patients, alors que les médecins qui se disent « rigides » valorisent des exigences fortes (délivrance journalière, etc.) :

« C'est vrai que moi je suis pas hyper hyper directive, je sais qu'il y en a qui donnent des cahiers, des contrats à signer, et...Non, moi c'est vraiment une condition, ben, d'être régulier, en fait. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le positionnement par rapport au respect des règles peut également évoluer au cours de la carrière vers plus de « souplesse » ou de « rigidité » :

« Je crois que nous les médecins en général on a changé d'attitude, ceux qui suivent les patients toxicomanes depuis longtemps, on a beaucoup rabaisé nos exigences par rapport au début, parce qu'on s'est rendus compte, en tout cas en ce qui me concerne mais enfin j'ai pu le voir aussi pour d'autres, qu'il fallait s'adapter à chaque patient et ne pas être rigides dans nos principes. » (Dr Flore, médecin généraliste, entretien, 2010)

« J'ai de plus en plus de rigueur là-dessus. Au départ un ou deux jours [de chevauchement] ça me gênait pas, maintenant un ou deux jours ça me gêne. Ça, pour eux c'est important finalement, avant je me rendais pas compte qu'il faut des trucs comme ça. Voilà, il faut être strict. » (Dr Hamid, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ces postures rhétoriques suggèrent que, de même que les règles, la limite à ne pas dépasser varie selon les médecins. Leur seuil d'exigence est également un seuil de tolérance, plus ou moins flexible. Un écart du patient à la règle ne mène pas systématiquement à l'arrêt

⁶ Ces postures se rapprochent des différents « éthos » de généralistes décrits par Monique Membrado. Elle constate des « différences dans les références identitaires (l'éthos), les uns plus directifs ou plus intrusifs que d'autres. » (Membrado 2014).

de la prise en charge. Par exemple, malgré une réglementation officielle stricte, les généralistes admettent souvent des « chevauchements » d'ordonnance⁷. Le Dr André, lors des consultations observées, accepte toujours de prescrire alors que la plupart des patients sont « en avance » ou « en retard » par rapport à la date prévue. Les écarts ne menacent jamais la continuité du suivi. En les acceptant, le médecin choisit de se distancier de la règle légale. Chez certains, le respect des règles peut passer au second plan au profit de la prise en compte des besoins d'un patient particulier :

« C'est des gens dans la précarité, un couple avec 4 enfants, et les enfants qui sont à moitié scolarisés, donc moi je me bats pas, là, je le laisse avec son Subutex, s'il le vend c'est pas très grave finalement, enfin je sais pas. » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cette généraliste hiérarchise les priorités : elle met de côté la règle pour ne pas nuire à la situation économique du patient. L'adaptation du « cadre » aux problématiques propres à chaque patient est un phénomène courant en médecine générale, repéré par Bloy (2005) sous la forme d'un « bricolage cognitif » et par Bachimont *et al.* (2006) à propos des recommandations de bonnes pratiques : « Les situations de consultation et de relation de clientèle sont peu propices à une attitude moniste des médecins généralistes. Les modalités de leurs prescriptions doivent varier en fonction des caractéristiques spécifiques de chaque patient et de chaque médecin. [...] C'est l'interaction entre un médecin et un patient qu'il convient de considérer car elle intervient dans le processus de décision qui va conduire les médecins généralistes à être des prescripteurs tantôt respectueux des recommandations et tantôt pas lorsqu'ils tolèrent que les patients fassent des écarts. » (*ibid.* p. 77-78).

Cependant, même si le « cadre » instauré par chaque médecin est souvent renégociable au gré des situations, il revêt une forte fonction sélective : il est à la fois dissuasif et excluant.

1.1.3. Deux fonctions sélectives du « cadre » : dissuasif ou excluant

La métaphore professionnelle du « contrat » souligne l'asymétrie entre le médecin et le patient. Seul le médecin – l'employeur, celui qui propose le contrat de prise en charge –, est en mesure d'en définir les termes. Le patient a la possibilité de signer ou non le contrat, mais

⁷ Au chapitre 8 nous analysons les négociations entre médecins et patients autour des dates de renouvellement des ordonnances, qui témoignent d'une certaine flexibilité de la règle.

pas toujours d'en modifier le contenu. De même, lorsqu'il exclut un patient pour non respect des règles, c'est le médecin qui rompt le contrat. Tel que les généralistes le conçoivent, le « contrat » définit donc uniquement les obligations du patient, qui est seul tenu d'en respecter les termes. Aucune clause n'oblige le médecin. Cette conception diverge de celle promue par la Haute Autorité de Santé, qui évoque plutôt une « alliance thérapeutique », voire la « définition des droits, obligations et responsabilités de chacun » (ANAES, FFA 2004, p. 17). Le « contrat », pour les généralistes, a une fonction sélective qui se déploie de deux façons : en amont, l'énoncé des règles peut être dissuasif, et en aval, leur non respect peut être exclu.

Certains médecins établissent des règles strictes dans l'objectif de dissuader les personnes qui ne sont pas prêtes à s'y plier. Le médecin propose un contrat, que le patient ne signe pas s'il ne lui convient pas. Le Dr Éliane décrit cette logique à propos de son refus de prescrire des benzodiazépines conjointement aux TSO :

« Je dis jamais aux gens que je veux pas les suivre, je veux bien les suivre mais dans le cadre qui est fixé, autrement c'est pas la peine. Donc si ils veulent, ils reviennent et je les recevrai, mais dans le cadre que je leur fixe. Si ils reviennent pas, c'est qu'effectivement c'était une consultation pour obtenir des prescriptions supplémentaires ou adjuvantes qui vont permettre de potentialiser l'effet du Subutex. Type Valium ou Rohypnol...Moi je dis non, c'est ma position, ils peuvent aller ailleurs si ils veulent, moi je fais pas. » (Dr Éliane, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cette praticienne n'interprète pas son acte comme un refus de prise en charge. Elle véhicule l'image d'un patient-client : le médecin propose un service que le client est libre de refuser. Ce n'est donc pas le médecin qui refuse, mais le patient qui doit chercher une offre plus adaptée à sa demande. Cependant, la contractualisation, loin de donner au patient une liberté de choix, est ici plutôt un moyen, pour le médecin, de garder le contrôle de ses prescriptions en refusant de satisfaire certaines demandes. L'idée que les patients ont à disposition un panel de services variés entre lesquels ils peuvent choisir correspond peu à la situation qu'ils vivent. On va le voir à la fin de ce chapitre, leurs trajectoires dans le système local de prise en charge sont contraintes par les critères de tri des médecins. Certains ont peu d'alternatives dans le choix de leur prescripteur et des modalités du traitement.

Le Dr Édouard, quant-à-lui, pose un « cadre » dissuasif pour se protéger des trafiquants. Cela s'apparente aux tests de « motivation » de certains médecins, déjà abordés.

Si le patient est prêt à accepter le contrat – qui est aussi un ensemble de contraintes –, alors il peut être considéré comme un patient *fiabile*. Dans le cas contraire, le médecin refuse de l’inclure dans sa patientèle :

« Il y a un travail en amont pour filtrer la clientèle et pour sélectionner les patients qui sont acceptables dans ces traitements.

-Quelles précautions vous prenez ?

Il faut leur mettre des contrats, et leur dire “moi je ne fonctionne que s’il y a ça, ça, et ça” d’emblée, il faut leur dire “c’est comme ça, c’est pas autrement”, bien les informer au départ. Il faut pas faire du dépannage à la première consultation, c’est pas toujours très facile parce qu’ils sont vraiment très mal, mais bon...quand ils voient qu’on s’informe, après, à la sécurité sociale, ça leur fait un petit peu peur, on leur dit “bon écoutez on va regarder ça, il faut que vous choisissiez un médecin, une pharmacie, il faut que je sois votre médecin traitant”, on le voit vite, hein, si ils acceptent tout ça. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, le cadre a aussi pour fonction de faire « peur » aux patients qui ne partagent pas l’objectif thérapeutique du médecin. Certains médecins considèrent que l’énoncé des règles contribue à forger leur réputation. Ils souhaitent renvoyer l’image de médecins « sérieux », avec lesquels on n’obtient pas de prescription sans fournir un certain nombre de garanties⁸. L’effet recherché est de dissuader certaines personnes de revenir après la première consultation :

« Il y a ceux qui viennent pour tester aussi, donc pour savoir quelle est notre réactivité ou notre taux d’acceptation, donc à partir du moment où je mets un cadre “monsieur je ne vous connais pas, je vous en marque juste pour 3 jours en dépannage et on se revoit pour une consultation sérieuse avec ceci, ceci et cela” eh ben “merde, je suis tombé sur un sérieux” et on les revoit plus. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans le même ordre d’idées, le Dr André avoue qu’il donne intentionnellement des rendez-vous tôt le matin pour décourager les patients dont la demande n’est pas solide :

« La première consultation avec une personne elle est ritualisée. Première partie : c’est la prise de rendez vous. C’est-à-dire, quelqu’un qui arrive, je le reçois pas en consultation. Je l’accueille, je lui explique comment ça fonctionne, et je prends rendez-vous très rapidement. Je le reçois en consultation si c’est un patient adressé, transmis, avec sinon un dossier, du moins une ordonnance etc. Sinon, il a un rendez-vous, il vient à ce rendez-vous. Je dégage du temps exprès pour ce rendez-vous. Je le fais le

⁸ Comme on l’a vu au chapitre précédent, l’énoncé du cadre, en forgeant la réputation des médecins, est supposé les dispenser, à terme, des refus de prise en charge, en comptant sur le fait que les patients vont « se passer le mot ».

matin pour qu'il puisse ne pas venir s'il est pas prêt.

-C'est une sorte de contrainte ?

-C'est une pure méchanceté. Euh, donc je fais plutôt ça, sauf si il me dit "non je pourrai pas", en principe je donne les rendez-vous à 9h. Ensuite le rendez-vous se passe en trois phases, la première phase c'est l'interrogatoire, la biographie et patati patata, la deuxième phase c'est l'examen, la partie médicale, somatique, et la troisième phase, je les fais pisser dans un flacon pour voir s'ils sont dépendants des opiacés. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Dans son cas, la prise de rendez-vous a également pour fonction de juguler une profusion de demandes, en amont du travail de sélection des personnes éligibles au TSO, qu'il effectue ensuite durant les consultations (les « trois phases »⁹). Il instaure donc plusieurs paliers de tri, et ne prend en charge que les patients qui ont passé toutes les étapes avec succès. On notera dans son discours le traitement de faveur réservé aux patients adressés par des confrères, qui sont dispensés de la première étape (le report du rendez-vous). Une fois de plus, l'adressage est un gage de confiance qui favorise l'accès rapide au traitement.

Dans d'autres cas, le cadre est excluant. Le non respect des règles devient un motif pour rompre le contrat et interrompre le suivi :

« -Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'interrompre un suivi en cours ?

-C'est arrivé assez souvent, oui. Malheureusement parce qu'ils ont...ils trouvent un autre médecin, ou...ou ça s'est mal passé, le patient n'est pas observant, ou il croit que le contrat qu'on définit c'est de la gnochette, c'est pas important, alors moi je... Il faut pas se laisser, effectivement, embarquer par le patient, alors souvent c'est des patients qui prennent pas au sérieux ce qu'ont leur dit, et donc là ils s'aperçoivent que je...c'est quand même, il faut que ce soit tenu, les termes du contrat, ça ils ont des difficultés à comprendre, donc là si c'est pas compris, malheureusement, effectivement on essaie de mettre fin à la relation thérapeutique. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cette modalité de sélection nécessite un tri *a posteriori*, au bout de quelques temps de prise en charge et non dès les premières rencontres. Le médecin a déjà accepté de suivre le patient, mais revient ensuite sur sa décision pour cause de non respect des règles. Dans cet extrait, on retrouve la nécessité de « ne pas se laisser embarquer par le patient », récurrente dans plusieurs entretiens : elle correspond à une volonté de garder le contrôle de la consultation et des prescriptions.

⁹ La sélection, ici, s'apparente au travail diagnostique, comme nous le verrons au chapitre suivant.

La logique d'exclusion n'est pas incompatible avec une « souplesse » du seuil de tolérance. Le Dr Alain, par exemple, explique qu'il refuse de continuer la prise en charge uniquement si le patient fait plusieurs entorses successives au « cadre » :

« [Je leur demande] de respecter les posologies, de pas déraiper trop souvent, une fois, deux fois, je veux bien, ça arrive à tout le monde. [...] Quand ils trichent une fois, deux fois, trois fois, dix fois, c'est bon, moi je craque, je m'arrête là. [...] C'est ingérable parce que c'est des mecs qui respectent rien. Il n'y a pas une fois où il faut pas refaire une ordonnance parce qu'ils l'auraient perdue. C'est de la triche permanente. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, la question du respect des règles file la métaphore du jeu avec la notion de « triche », avancée comme motif pour exclure un patient : si le patient « triche trop », le médecin arrête de jouer. Comme le Dr Alain, plusieurs généralistes font allusion à ces patients qualifiés « d'ingérables », adjectif qui dénote la difficulté à les intégrer à un suivi en médecine générale. Ici, le patient « ingérable » est celui qui, en ne respectant pas les règles, engage la responsabilité légale du médecin.

On le verra, l'impératif de *gestion* prend plusieurs formes, il est un motif récurrent pour justifier la mise en place de critères de sélection. Les pratiques de sélection sur la base du respect des règles font intervenir une exigence de *fiabilité* des patients, pour éviter que le médecin ne devienne, contre son gré, un « dealer » en alimentant le marché noir ou une « toxicomanie »¹⁰. Cette exigence est une composante de la nécessité de « gérer », au quotidien, la prise en charge des patients en TSO. Mais la sélection s'appuie également sur d'autres types de critères, qui s'écartent des motifs légaux du respect d'un « cadre » et produisent de nouveaux avatars du patient « ingérable ».

1.2. La « charge de soins » ou les moyens limités de la médecine générale

On l'a évoqué au chapitre précédent, les généralistes classent souvent les consommateurs d'opiacés en fonction de la « lourdeur » de leur dépendance : cas « légers » *versus* cas « lourds ». Cette classification définit la « charge de soins » (Dodier, Camus 1997) associée à chaque patient, qui devient quelquefois un critère discriminant. Certaines pratiques de sélection des généralistes visent à suivre uniquement les patients impliquant une faible

¹⁰ Comme nous le verrons au chapitre suivant, aborder la question des règles soulève la thématique de la confiance. En établissant des règles, le médecin décide des limites au-delà desquelles il ne fait plus confiance à ses patients. L'attribution de la confiance constitue une dimension interactionnelle des pratiques de sélection.

« charge de soins ». Pour Nicolas Dodier et Agnès Camus, dans le cadre de l'admission à l'hôpital, la charge de soins désigne « tout ce qui se réfère à l'ampleur des moyens qu'il faut mobiliser dans un service pour administrer des soins au patient » (Dodier, Camus 1997, p. 743). Elle participe de la « valeur mobilisatrice » des malades et est le support de pratiques de tri : « plus les services anticipent chez les patients une charge de soins importante, plus ils manifestent des réticences au moment du placement » (*ibid.*). Comme les généralistes rencontrés, le personnel hospitalier de l'enquête de Dodier et Camus évalue la charge de soins en termes de « lourdeur » : « toutes choses égales par ailleurs les patients dits “légers” passent plus facilement que les patients “lourds” » (*ibid.* p. 744).

Dans le cas des TSO en médecine générale, ériger la charge de soins en critère de tri correspond à une adaptation de la mission substitutive aux spécificités de l'activité généraliste. Selon les médecins, certains patients substitués nécessiteraient plus de « temps » et d'« énergie » que d'autres. Ils sont perçus, de ce fait, comme relevant d'une prise en charge spécialisée. Les généralistes invoquent à la fois le manque de moyens de la médecine générale pour prendre en charge les patients « lourds », et leur manque de formation face à des cas « complexes », qui renvoie à l'étendue des savoirs à maîtriser pour exercer la médecine générale (Bloy 2002, 2008).

1.2.1. L'argument du manque de moyens face aux « cas lourds »

Selon Anne Coppel, la médecine générale serait régulièrement confrontée aux « cas les plus lourds » de dépendance aux opiacés, du fait des conditions d'admission restrictives des centres de soin spécialisés en addictologie (Coppel 2005, p. 75). Nos analyses suggèrent que les généralistes tentent, par les pratiques de sélection, de se prémunir contre cette situation jugée peu compatible avec leur mode d'exercice. Ils considèrent que certains patients en TSO, exigeant une « charge de soins » particulièrement élevée, s'intègrent plus difficilement à un suivi en ville. La médecine générale n'aurait pas les possibilités matérielles de les prendre en charge. Le Dr Alain évoque, à ce sujet, le cas des « toxicomanes » atteints de troubles psychiques :

« Faut pas exagérer non plus, en médecine générale on peut pas prendre un toxico psychotique, entendons nous, hein, celui là il est pas pour nous, il est pour André, pour l'hôpital V., mais pas pour un

cabinet de ville. [...] Il m'est arrivé de dire à des mecs "non, vous êtes pas pour moi, allez voir...", je leur donne des adresses, je vais pas les mettre à la porte mais... "vous êtes pas pour moi", moi je prends en charge des toxicos, euh, qui sont tombés dedans quoi, j'ai envie de dire, pas le... de toute façon le psychotique si c'était pas ça ce serait autre chose de toute façon alors, il se serait défoncé d'une façon ou d'une autre. [...] Attention, une fois de plus, il y en a qui relèvent de la psycho lourde. Qui se défoncent parce que...enfin ils se défonceraient avec n'importe quoi. Donc ceux-là c'est pour des médecins...André, Roger, Gabriel, enfin ces gens qui sont dans des institutions, quoi, qui ont du temps à p...du temps. J'allais pas dire du temps à perdre, mais du temps. Ces gens là, ils ont besoin d'être pris en charge autrement. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

On retrouve dans ses propos l'évocation des médecins spécialistes (hôpital V., Dr Roger, Dr Gabriel) ou perçus comme tels (Dr André), jugés aptes à prendre en charge les patients « lourds » et considérés comme des cibles d'adressage possibles lorsque le médecin ne veut ou ne peut s'en occuper. Le recours aux spécialistes ne répond pas à un sentiment de compétences insuffisantes, mais plutôt au constat d'un décalage entre le profil du patient et la prise en charge proposée par le médecin (« vous êtes pas pour moi », et non l'inverse). Le temps passé avec le patient apparaît ici capital pour définir sa « charge de soins » : les prises en charge les plus « lourdes » sont aussi les plus chronophages, et le généraliste, pris par d'autres activités, n'a pas assez de temps à leur consacrer, contrairement aux spécialistes. De plus, le Dr Alain insinue à demi-mot que le suivi de ces patients, qu'il semble juger incurables – « ils se défonceraient avec n'importe quoi », contrairement à ceux, guérissables, qui sont « tombés dedans » – représente une perte de temps. En effet, les patients « lourds » sont également ceux que les médecins considèrent les plus susceptibles de mettre en échec leur travail, quel que soit l'objectif qu'ils donnent au traitement (sevrage ou « normalisation » sociale). Le Dr Alain préfère donc se cantonner à des prises en charge plus « faciles à gérer », selon ses propres mots. On retrouve l'impératif de *gestion* des patients, récurrent dans les discours des généralistes sur leurs pratiques de sélection. Ces médecins ne renoncent pas à la mission de prescrire des TSO, bien au contraire : ils l'adaptent au contexte de leur pratique.

Pour justifier leur impossibilité de s'investir dans les prises en charge substitutives « lourdes », certains praticiens évoquent leur implication dans une autre activité chronophage, fonctionnant comme une « spécialisation informelle » (Giami 2010) :

« C'est un peu par...par flemme de les prendre en charge. (*rire*) C'est un peu lourd. Je fais beaucoup de cancéro, donc c'est lourd aussi, hein. Mais c'est autre chose. » (Dr Françoise, médecin généraliste, entretien, 2011)

On retrouve ici une difficulté inhérente à l'exercice de la médecine générale : l'impossibilité de tout faire de façon approfondie, qui oblige à choisir un nombre limité de spécialisations informelles, à établir des priorités pour composer son activité. À l'instar des « médecins soignants » décrits par Baszanger (1983), le Dr Françoise utilise le découpage en spécialités issu de la médecine hospitalière (« cancéro ») pour décrire sa pratique, ce qui témoigne d'une organisation par spécialisations informelles. De ce point de vue, la prise en charge des « cas lourds » de dépendance aux opiacés est rattachée à une autre spécialité, qui n'est pas celle choisie par le médecin. Les spécialisations informelles répondent souvent au besoin des médecins de limiter leur incertitude face à certaines pathologies, afin de pouvoir effectuer des prises en charge sans avoir besoin de « passer la main » à des spécialistes (Sur ce point, voir Bloy 2002, 2008). Le tri selon la « charge de soins » pose donc aussi la question de la formation des généralistes, que certains praticiens jugent insuffisante pour suivre une partie des personnes en TSO.

1.2.2. Se cantonner aux prises en charge « simples » : le manque de formation comme justification du tri

Les médecins évoquent souvent un manque de formation pour justifier leur impossibilité de prendre en charge des « cas complexes » de TSO. Ils ne se sentent pas suffisamment compétents pour s'occuper de certains patients au profil particulier et préfèrent se limiter aux prises en charge qu'ils jugent les plus « simples » :

« Là ça se passe très bien parce que c'est une patiente qui est bien, avec qui il n'y a pas de souci. C'est peut-être pour ça que le Dr Flore lui avait donné mes coordonnées quand elle a arrêté [d'exercer]. Elle savait que je faisais aussi d'autres choses. Que c'était pas trop compliqué, parce que ça faisait très longtemps que j'avais pas prescrit. » (Dr Françoise, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cette praticienne insiste à la fois sur sa volonté de soigner d'autres pathologies et sur le sentiment d'une maîtrise insuffisante de la prescription substitutive, qui excluent un engagement dans la prise en charge de patients « compliqués ». Il s'agit donc d'une pratique de tri justifiée autant par l'organisation du travail en médecine générale que par son rapport aux savoirs et à l'incertitude. Le tri des patients en TSO correspond ici au choix de se cantonner aux « pathologies courantes » (Bloy 2002), en réservant au secteur spécialisé les patients qui exigent des prises en charge plus approfondies.

On notera le changement de vocabulaire, de la « lourdeur » vers la « complexité ». Cette dernière renvoie moins à la gestion de la charge de travail exigée par le patient qu'à la difficulté de connaître la marche à suivre pour améliorer sa situation. Mais lourdeur et complexité désignent pourtant souvent les mêmes patients : ceux qui ont des « poly-addictions » ou des « comorbidités psychiatriques » voire des difficultés sur le plan socio-économique, que les généralistes retraduisent quelquefois en termes de « comorbidités ». Ce sont là les principaux traits qui caractérisent, à leurs yeux, les patients à la « charge de soins » élevée :

« Ce qui peut poser problème c'est la psychiatrie qui accompagne ça. Parce qu'il y a quand-même des gens qui ont des troubles psychiatriques sous-jacents, et en particulier des troubles psychotiques. [...] C'est pas en soi le fait d'être dépendants aux opiacés. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

Dans le même ordre d'idées, le Dr André s'estime « soulagé » lorsque, lors d'une consultation, il reçoit un appel de la maison d'arrêt lui signalant l'incarcération d'un de ses patients, qu'il décrit comme alcoolique et « psychiatriquement instable » (il précise notamment qu'il a « déjà explosé son mobilier »). La difficulté à « gérer » l'imprévisibilité comportementale de ces patients en fait souvent des indésirables¹¹.

Selon les généralistes coordonnateurs du Réseau, les arguments relatifs au manque de moyens et de formation sont souvent invoqués par des médecins pour justifier un refus catégorique de prendre en charge des patients en TSO. Dans ce cas, tous les patients dépendants aux opiacés sont perçus comme porteurs d'une « charge de soins » importante. Ici, pourtant, ces arguments émanent de médecins prescripteurs pour justifier leurs pratiques de sélection¹². Ils considèrent que seuls certains patients substitués sortent du domaine de compétences de la médecine générale, alors que d'autres peuvent y être pris en charge sans problèmes. Une fois de plus, on constate que la sélection est une logique d'appropriation des TSO plutôt qu'une logique de rejet de cette mission.

¹¹ Cette défiance se retrouve plus globalement chez certains généralistes envers les patients étiquetés « psy » (Voir notamment Sarradon-Eck 2010b), mais elle peut être décuplée lorsque le patient cumule problématique psychiatrique et dépendance à une ou plusieurs drogues.

¹² Plus généralement, les postures de refus systématique empruntent souvent les mêmes argumentaires que les logiques de sélection des patients substitués.

1.3. Stigmates et visibilité : un tri fondé sur des attributs observables des patients

Mis à part le respect des règles et la « charge de soins », certains critères de sélection mettent en jeu l'apparence physique des patients et leur comportement au moment de la consultation. Certaines pratiques de tri se déroulent donc dès la première rencontre, en amont de la prise en charge : les personnes exclues se voient d'emblée refuser le statut de patient, au profit de l'étiquette de « toxicomane ». Le Dr Joseph affirme ainsi que certaines personnes en demande de TSO « ne rentrent même pas » dans son bureau, il les évince dans le couloir ou la salle d'attente sur la base de certains attributs qu'il a appris à repérer par « expérience »¹³ : « Les gens, ils rentrent même pas au cabinet, je les reçois là, je discute, je vois à qui j'ai affaire ». Le refus d'accorder le statut de patient est ici symbolisé par l'interdiction d'accéder au lieu de consultation. Dans ce type de cas, les critères d'(in)éligibilité sont de plusieurs ordres, mais ont en commun d'être fondés sur l'apparence immédiatement visible du patient. Trois motifs de rejet se distinguent particulièrement : les marques d'alcoolisation ou de prise de produits, les manifestations de violence verbale ou physique, et enfin les signes visibles de précarité socio-économique. Les médecins jugent que les patients porteurs de ces attributs sont particulièrement susceptibles de perturber l'organisation de leur activité et de mettre en échec leurs objectifs. En cela, ils sont considérés comme « ingérables ».

1.3.1. Des patients embarrassants

Plusieurs généralistes déclarent refuser les personnes manifestant des signes d'alcoolisation ou de prise de produit au moment de la consultation :

« Sur la prise en charge des traitements de substitution aux opiacés et des consommations d'héroïne et de cocaïne il n'y a aucun problème, le vrai problème c'est l'alcoolisation. Là, c'est vraiment très compliqué de prendre en charge des personnes alcoolisées. Je parle pas des personnes dépendantes à l'alcool, mais vraiment des gens qui se présentent alcoolisés. Là, y a rien à faire. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ce qui pose problème au Dr Isabelle n'est pas la prise en charge de l'alcoolisme, mais bien la difficulté à établir un lien avec un patient sous l'emprise de l'alcool. Les raisons du refus sont

¹³ Sur l'importance de « l'expérience » dans le jugement des médecins, voir chapitre suivant.

donc à rechercher sur le plan relationnel. Une fois de plus, c'est l'impossibilité de *gestion* du patient et de son comportement, qui est mise en avant comme principal obstacle à la prise en charge. Les personnes sous l'emprise de l'alcool sont susceptibles de perturber l'activité quotidienne du cabinet. Elles peuvent notamment se faire remarquer auprès des autres patients dans la salle d'attente, comme le raconte le Dr Karine :

« Certains qui sont sous Subutex viennent déjà bourrés à votre cabinet. Au milieu de la patientèle ça fait fureur. J'en ai eu un, au mois de février, en pleine période d'épidémie, donc au milieu de la patientèle, il a attendu deux heures et demie, mais il était saoul comme un coing ! Il venait pour son renouvellement de Subutex. Waou, saoul comme un coing, pas lavé, avec les cheveux longs, alors qu'on avait...j'ai une patientèle qui était de quartier habituelle, enfin...Il leur parlait, mais on comprenait pas tout. Donc moi, face à moi, il y a pas de souci, hein [...] mais c'est vrai que je me vois mal dans un cabinet avec une patientèle, et ça en plein milieu. Les gens derrière, ben, ils me disent "mais vous acceptez ça ?" C'est très mal perçu. Chez ceux qui prennent du Subutex et ça ne se voit pas, parce qu'ils arrivent à être bien, clean, comme ça dans le cabinet, il y a pas de souci. Mais quand on a ce genre d'énergumène, la patientèle autre... déjà, vous le voyez tout de suite, la disposition de la salle d'attente elle a complètement changé : il est tout seul dans un coin et vous avez tout le monde de l'autre côté. Il y en a aucun à côté, ou alors si il se met à côté de quelqu'un, la personne est tellement gênée que ou elle change de place, ou, enfin elle se débrouille...Enfin vous sentez qu'il y a un malaise en plus dans la salle d'attente, parce qu'il y a pratiquement pas une mouche qui vole ! Et puis c'est difficile, ça fait une espèce d'ambiance quand vous ouvrez la porte, vous pouvez pas aller plus vite que ça. [...] J'ai déjà eu ça, après on me dit "vous avez vu l'énergumène que vous avez dans votre salle d'attente ! Ah ben vous avez ça, en patient ?", ben ouais mais bon...que faire ? [...] Alors que des fois il y a d'autres personnes qui sont sous Subutex dans la salle d'attente, ils le voient pas, il y a pas de soucis. C'est quand c'est un peu plus marqué, par d'autres connotations, d'autres choses, on sent le malaise des gens. Et vous, vous êtes là, de l'autre coté de votre porte, en faisant comme vous pouvez. » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Dans cette anecdote, la praticienne estime que la personne alcoolisée « gêne » ses patients, au double sens du terme : ils ressentent une perturbation de leur activité d'attente, mais aussi un « malaise » face à un individu qui n'adopte pas la ligne de conduite adaptée à la situation, et dont il est impossible de « sauver la face » (Goffman 1974). Sa présence va même jusqu'à troubler l'activité de la praticienne en consultation, en exerçant une pression implicite : Karine se sent obligée « d'aller plus vite » pour limiter le temps de rencontre de ses patients avec la personne embarrassante¹⁴.

¹⁴ Selon Goffman (1974), l'évitement fait partie du travail de « figuration » ou *face work* : les individus, ici le médecin mais aussi ses clients, cherchent à éviter autant que possible les interactions qui mettent en danger la « face » d'un des participants.

Le discours du Dr Karine différencie « la patientèle habituelle », de « l'énergumène », à qui jamais elle ne donne vraiment le statut de patient. Elle finit même par le déshumaniser en employant un pronom neutre pour le désigner : « Je me vois mal avec une patientèle et ça en plein milieu », puis, dans les propos qu'elle attribue à ses patients : « Vous acceptez ça ? » « Vous avez ça, en patient ? ». D'autres personnes en TSO sont, au contraire, incluses dans sa patientèle : ceux pour qui « ça ne se voit pas », dont la « toxicomanie » ne pourra être remarquée par les autres patients. On voit poindre derrière ces appréhensions la crainte de perdre ses clients propre à une médecine libérale, abordée au chapitre précédent. La pression de la clientèle face à des patients trop ostensiblement « toxicomanes » conduit d'ailleurs cette remplaçante à envisager, pour l'avenir, un recours à la sélection des patients en TSO. Elle affirme que lorsqu'elle sera installée dans son propre cabinet, elle n'acceptera de prescrire du Subutex qu'aux patients qu'elle connaît bien et qui font déjà partie de sa patientèle.

Mais revenons à son anecdote. D'autres caractéristiques physiques se mélangent aux effets de l'alcool dans sa description de « l'énergumène » : « saoul comme un coing, pas lavé, avec les cheveux longs ». Au-delà des manifestations liées à l'alcoolisation, un manque d'hygiène corporelle et une présentation physique négligée sont perçus comme dérangeants pour les autres patients et peut-être aussi pour le médecin. En fait, les critères de sélection basés sur la visibilité de la « toxicomanie » font souvent appel au registre sensoriel, ils sollicitent la vue, l'ouïe, et l'odorat du médecin, comme en témoignent les propos du Dr Georges :

« Je les sens venir maintenant, ceux que je peux éventuellement garder, je les limite énormément. Sur des critères qui me sont propres. C'est-à-dire qu'on a une clientèle, c'est une clientèle stable, si vous voulez, et on peut difficilement mettre... bon, il y en a qui sont ingérables, qui arrivent, qui sont bourrés, qui font le tapage dans la salle d'attente. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

L'expression « je les sens venir » indique que le refus se base sur des attributs observables : les éléments visuels et auditifs qui perturbent la quiétude de la salle d'attente – le « tapage », synonyme de nuisance. Comme d'autres médecins, Georges insiste sur l'impossibilité de « gérer » ce type de patients, au regard du spectacle qu'ils donnent à voir aux autres clients présents – la « clientèle stable », qu'il ne faut pas déstabiliser au risque de la voir s'éloigner. Les généralistes forgent donc, par leurs discours, une figure idéal-typique du patient « ingérable », dont nous avons rencontré d'autres occurrences à propos de ceux qui « ne respectent rien », en termes d'observance des règles, ou de ceux dont la charge de soins est jugée « lourde ». Ici, il s'agit de « gérer » la cohabitation avec les autres patients du médecin.

La difficulté de gestion des comportements dans la salle d'attente conduit également les praticiens à exclure ceux qui font preuve de violence physique ou verbale :

« La dernière fois, il a fait du barouf dans la salle d'attente parce que je recevais des gens avant lui, je l'ai foutu dehors. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce critère, qui relève du registre de l'incivilité, témoigne du fait que les généralistes, en plus de leurs prérogatives soignantes, doivent quotidiennement organiser la rencontre entre des personnes diverses au sein de leur cabinet. Cette tâche est une partie peu valorisée de leur travail, à laquelle ils ont généralement peu de temps à consacrer. Éviter les esclandres entre patients permet de minimiser l'effort consacré à la gestion de l'organisation du cabinet, ce qui conduit certains praticiens à refuser de prendre en charge les patients qu'ils jugent susceptibles de créer des conflits :

« Au niveau de l'organisation c'est compliqué. Si tu as dans ta salle d'attente un toxicomane en manque, et qu'à côté t'as un nourrisson qui vient pour la consultation de nourrisson des deux mois, peut-être que c'est pas terrible ou que t'as pas... Enfin, peut-être que t'as pas envie d'avoir, je sais pas, une personne âgée, peut-être que ça peut poser des problèmes, tu comprends? En fait, si tu fais du sevrage alcoolique, du sevrage en opiacés, de la consultation du nourrisson, de la gériatrie, ça veut dire qu'à un moment donné dans ta salle d'attente, il va y avoir peut-être un mec qui est complètement bourré, parce que les alcooliques ils viennent en consultation c'est pas rare qu'ils arrivent complètement bourrés, donc tu vas avoir un mec complètement bourré, un toxicomane en manque, un nourrisson de un ou deux mois, et une vieille dame de 90 ans qui vient avec sa fille pour renouveler son traitement... Et tout ce petit monde ne va pas forcément ensemble dans la salle, ça peut provoquer... moi dans le cabinet où j'ai exercé dans la cité, ça arrive que les gens s'insultent dans la salle d'attente. Et si tu sélectionnes un peu, tu dis "ben non, ça je veux pas, je veux pas m'investir dans cette pathologie parce que va me faire du bazar". » (Dr Nicolas, généraliste remplaçant, entretien, 2012)

On voit bien ici la difficulté à aménager la proximité de personnes si différentes les unes des autres, qui composent pourtant la patientèle d'une médecine générale variée. La diversité de l'activité, pourtant recherchée par la majorité des praticiens, peut être source de contraintes organisationnelles dont les médecins tentent de se prémunir par le tri (Sarradon-Eck 2010b). Pour prendre en charge certains types de patients, les généralistes se sentent contraints d'en refuser d'autres.

L'exemple choisi par le Dr Nicolas mentionne une personne sous l'emprise de l'alcool et un « toxicomane en manque ». Une fois de plus, c'est la visibilité qui prime dans les critères d'exclusion : les symptômes du manque, comme l'alcoolisation, provoquent de l'agitation chez le patient. Nicolas ne dit rien de sa position vis-à-vis des « toxicomanes » qui ne sont pas « en manque », ce qui mène à penser que c'est avant tout l'imprévisibilité comportementale liée au manque qui fait problème pour lui, plus que la « toxicomanie » elle-même. Privilégier les patients en TSO les moins visibles, « les plus tranquilles » (selon les termes du Dr Françoise), garantit au médecin une facilité de « gestion » de la partie publique de son cabinet, qui est également une vitrine de son activité. La recherche de patients « disciplinés » (Dodier, Camus 1997) ne relève donc pas uniquement de la charge de soins qui leur est associée, mais aussi plus globalement de la « gestion » de leur présence dans le lieu semi-public qu'est la salle d'attente.

Comme le remarque Aline Sarradon-Eck, choisir ses patients vise souvent, pour les généralistes, à « endiguer tous les comportements risquant de perturber le fonctionnement habituel de leur travail » (Sarradon-Eck 2010b, p. 261). On voit donc s'opposer deux figures idéal-typiques : le toxicomane « ingérable », qui devient du même coup indésirable, et le patient en TSO « calme » ou « tranquille ». Par leurs critères de tri, les médecins forgent donc les catégories collectives du *bon patient* et du *mauvais toxicomane*, que nous développerons plus bas. Avant cela, il faut aborder un dernier critère de sélection : la situation socio-économique présumée du patient.

1.3.2. De la visibilité du patient aux stigmates d'une position sociale dévalorisée

Certains généralistes sélectionnent leurs patients substitués en fonction de leur situation sociale supposée, en cherchant à éviter les personnes issues de milieux défavorisés. Pour les repérer, ils se fient à des marqueurs visibles de précarité sociale. Comme le remarque Jean Peneff, les médecins utilisent souvent des attributs physiques et comportementaux pour juger de l'origine sociale d'un patient : « Les indices cognitifs du médecin, formés sur la base de son expérience des clientèles précédentes, utilisent – outre l'aspect physique vérifiable comme la propreté, la tenue vestimentaire – des critères qui lui sont personnels pour juger de l'origine sociale : le langage, la présentation, la politesse et d'autres éléments du comportement. » (Peneff 2005, p. 96).

La présence de chiens, souvent associée à la figure du « jeune en errance » (Blanchard 2009)¹⁵, est évoquée par plusieurs médecins comme motif de refus, temporaire ou définitif, de prendre en charge un patient substitué :

« J'ai refusé tous les *destroy*, les gros, gros *destroy*, les mecs qui arrivaient avec leurs chiens, j'ai dit non. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Les patients qui arrivent non en état de discuter réellement, je les renvoie. Qui sont saouls, sous l'effet des produits, ou qui sont trop... qui sont excités, ceux là j'en renvoie beaucoup, beaucoup, beaucoup. Ou qui arrivent avec des chiens, des trucs, etc. Ou qui se conduisent mal. Ce qui fait que je refuse pas des traitements si il n'y a pas de raison valable, mais renvoyer des patients provisoirement, c'est-à-dire remettre au lendemain, au surlendemain, ou à un autre moment de la journée, ça c'est une activité pluriquotidienne. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Le Dr André mêle les chiens à d'autres éléments évoqués par les médecins précédents (alcoolisation, violence...). En plus d'être le marqueur d'une certaine marginalité sociale, le chien est aussi un agent perturbateur du calme de la salle d'attente : il est potentiellement bruyant, odorant, voire destructeur ou agressif¹⁶. D'ailleurs, pour André, le refus n'est pas forcément définitif : si le même patient se présente, par la suite, en ne provoquant pas de nuisances, il sera alors accepté. L'apparence, dans laquelle réside la capacité à parasiter l'organisation du cabinet, pèse donc plus de poids dans la décision du médecin que le milieu social dont est issu le patient. Comme dans des situations décrites par Goffman (1975), l'identité sociale stigmatisée est assignée lors d'une interaction et peut être réévaluée lors des rencontres suivantes. Le refus de prise en charge n'est donc pas fondé sur une « identité sociale réelle » (la précarité sociale) mais sur « l'identité sociale virtuelle » que le médecin attribue, à un moment donné, à la personne qui se trouve face à lui¹⁷.

Le Dr Georges, au contraire, révèle sans détours qu'il ne souhaite pas recevoir de « toxicomanes » en situation de précarité socio-économique. Il avance des motifs qui vont de la sauvegarde de sa clientèle – on retrouve l'idée d'une visibilité particulière des patients précaires dans le cabinet – à la conviction que les plus pauvres ne se donnent pas les moyens

¹⁵ Selon Christophe Blanchard, le chien « semble désormais devoir être l'attribut incontournable des jeunes errants d'aujourd'hui » (Blanchard 2009)

¹⁶ De même, Blanchard note que les « jeunes en errance » propriétaires de chiens se voient opposer les nuisances causées par leur animal lorsque leur est refusé l'accès à un logement ou à une structure d'hébergement d'urgence (Blanchard 2009).

¹⁷ Sur les « identités sociales » « réelle » et « virtuelle » dans le processus d'apposition du stigmate, voir Goffman (1975), p. 12 à 32.

de « s'en sortir ». Ce tri sur critères sociaux se comprend donc en référence à la mise en échec de l'objectif de guérison, abordée au chapitre précédent. Ce critère est plus directement en lien avec « l'identité sociale réelle » de la personne, que le médecin cherche à connaître lors du premier entretien :

« Alors au départ je vois un peu quel est le contexte social, un peu, de la famille, comment elle vit, si elle est... si c'est des rôdeurs, si c'est des gens qui sont un peu en déshérence, ou si ce sont des gens qui sont bien installés. Moi tous ceux que j'ai, ils sont quand-même, ceux que j'ai pris, avec le Subutex, soit les gens travaillent et ils sont mariés, soit c'est des femmes qui ont des enfants, soit c'est des femmes seules avec un enfant mais qui bossent quand-même ! Voilà donc ça c'est... je fais ma sélection, quoi.

-Comment vous arrivez à sélectionner ?

-Ça c'est tout le talent ! Vous arrivez à savoir, vous parlez avec quelqu'un, [...] vous arrivez à savoir, quand-même, de quel milieu il vient, si c'est un milieu plutôt aisé, plutôt médiocre, vous allez le voir tout de suite ! Il y a des gens qui sentent la misère. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Sa méthode d'interrogatoire basée sur la recherche d'indices de précarité rappelle les propos de Peneff cités plus haut. Ce médecin mêle la recherche d'éléments biographiques – destinés à faire la preuve de la « motivation » du patient – à des critères participant du registre sensoriel des attributs immédiatement observables (« l'odeur de la misère », qu'il nous conseille d'apprendre à « sentir »¹⁸).

Ce type de discours, ainsi que ceux cités précédemment, attirent l'attention sur les qualificatifs dépréciatifs employés pour décrire certains patients. Les critères invoqués représentent autant de « symboles de stigmatisme » (Goffman 1975) : lors de l'interaction, ils sont utilisés par le médecin comme des informations permettant d'apposer un discrédit sur le patient qui les porte. Discrédit qui donne lieu à un refus de prise en charge. L'apparence de précarité sociale, les manifestations de l'alcoolisation, de l'emprise des produits ou de la folie, sont des signes qui rendent visibles le patient et sa « toxicomanie » aux yeux du médecin, mais également de la patientèle du cabinet. Les différents attributs stigmatisés dessinent une représentation stéréotypée du « toxicomane » : l'héroïnomanie esclave du produit et en situation de désaffiliation sociale. Si la « visibilité » d'un stigmatisme désigne « sa plus ou moins grande aptitude à produire le moyen de faire savoir qu'il est possédé par tel individu » (Goffman 1975), ici, les indésirables sont ceux qui portent les stigmates de la « toxicomanie », au sens étymologique du terme : des marqueurs physiques et

¹⁸ Voir chapitre liminaire pour une analyse de cette citation au regard de la relation d'enquête.

comportementaux qui transmettent « l'information sociale »¹⁹ associée à ce statut dévalorisé. Ces attributs rendent ces patients d'autant plus visibles et indésirables aux yeux des médecins. Sélectionner sur cette base permet aux généralistes de prendre en charge des personnes substituées tout en se prémunissant des inquiétudes liées à la « gestion » de leur présence au cabinet. Les « ingérables » sont évincés au profit des « *bons patients* ».

Tableau 4 : Les critères de sélection des généralistes et les catégorisations qui en découlent

Critère de sélection	Impératif de gestion	Figure de l'ingérable	Figure du bon patient
1. Respect des règles	Gestion de la fiabilité des patients, de la fuite des MSO vers le monde des drogues	Inobservant, « tricheur », trafiquant	Observant, « stabilisé »
2. Charge de soins	Gestion de la charge de travail requise par les patients substitués	Patient « lourd », « psychotique »	« cas simple », « léger »
3. Visibilité	Gestion de la rencontre avec les autres patients du cabinet	Patient qui dérange l'ordre de la salle d'attente (violence, alcoolisation, attributs visibles de précarité sociale...)	« calme », « tranquille », « intégré »

2. Quand le tri produit des catégories collectives : *bons patients* et *mauvais toxicomanes*

« La “mauvaise herbe” n'est pas une catégorie botanique, mais relève plutôt d'un jugement moral formulé à l'égard d'une plante qui n'est pas à sa place propre ». Lorsqu'il écrit ces mots, Howard Becker (2001) veut souligner la contingence de l'attribution du statut de « drogue » à une substance par une société donnée : la « place » qui lui est assignée obéit à des logiques sociales, culturelles et politiques plus que strictement scientifiques. De même, ici, la population des « ingérables », *mauvais patients*, ne prend corps que dans la description que les médecins en font. Elle trouve son sens en référence à la difficulté que les généralistes

¹⁹ Chez Goffman, « l'information sociale » désigne « l'information que l'individu transmet directement à propos de lui-même » (Goffman 1975).

éprouvent pour les incorporer à leur activité (les impératifs de « gestion »). Cette population n'existe pas en dehors des pratiques de tri des médecins car l'ingérable est avant tout *l'indésirable*, celui qui n'est pas à sa place dans le cabinet médical. À l'inverse, le bon patient est celui qui s'y « intègre » aisément. Les généralistes produisent, à travers un processus d'étiquetage et des critères de sélection, les identités de *bon patient* et de *mauvais toxicomane*.

2.1. Ingérables, indésirables : l'identité stigmatisée de *mauvais toxicomane*

Nous l'avons dit, les trois types de critères d'exclusion évoqués – le non-respect des règles, la « charge de soins », et la visibilité du patient – sont motivés, dans les discours des généralistes, par des impératifs de « gestion » : gestion des possibilités de détournement du traitement (avec la question de la fiabilité), gestion du déroulement de la prise en charge, gestion de la rencontre du patient avec la clientèle du cabinet (cf. tableau ci-dessus). Les pratiques de sélection dessinent donc un portrait idéal-typique du patient « ingérable » et indésirable, qui réunit les différents attributs dévalorisés. Il s'agit de l'identité stigmatisée du *mauvais toxicomane*. Elle prend alternativement la forme du trafiquant de MSO « manipulateur » qui ne respecte pas les règles du jeu, du « psychotique » ou du « poly-toxicomane » dont on ne sait pas s'il parviendra un jour à se débarrasser de ses dépendances, de « l'énergumène » au comportement importun voire inopportun auprès des « clients », etc. Dans tous les cas, l'indésirable reste un « toxicomane » et devient difficilement un « patient » de la médecine générale.

2.1.1. Les « patients » et les « toxicomanes » : deux catégories distinctes

« Je ne reçois aucun toxicomane », cette affirmation catégorique, prononcée par une généraliste lors de la prise de contact téléphonique pour nos entretiens, nous laisse aujourd'hui perplexe. À l'époque, nous avons écarté cette praticienne de notre échantillon, puisqu'elle ne correspondait pas à notre population d'enquête : les prescripteurs de TSO. Cependant, c'est bien ici le terme de « toxicomane » qui doit poser question au sociologue. L'enquête de Caroline Jeanmart montre que le refus systématique des « toxicomanes » est une attitude de façade, qui masque quasiment toujours des exceptions (Jeanmart 2007, p. 321 et suivantes). En complément à ses conclusions, nous pouvons affirmer que la plupart des

généralistes réservent le qualificatif de « toxicomane » aux indésirables, porteurs d'attributs stigmatisés. Pour ces médecins, la dénomination de « toxicomane » ne désigne pas toutes les personnes substituées mais uniquement la « minorité des pires » (Elias, Scotson 1997). Les autres personnes en TSO sont affublées du statut de *patients*. Pour certains médecins, les deux statuts semblent incompatibles, ce qui ne signifie pas qu'ils ne prescrivent jamais de TSO. L'affichage d'un rejet des « toxicomanes » masque souvent des logiques de tri. Même s'il leur prescrit un traitement de substitution, un médecin ne désigne pas forcément *ses* patients comme des « toxicomanes ».

Cette idée, à première vue paradoxale, explique le cas de plusieurs généralistes rencontrés, qui suivent une ou deux personnes en TSO tout en affirmant avec insistance qu'ils ont aujourd'hui arrêté de prescrire. Pour entrevoir les pratiques de tri cachées derrière l'affichage d'un refus de « tous les toxicomanes », il faut donc aller au delà de la dichotomie refus/acceptation souvent adoptée dans les travaux de recherche. Le refus a lieu au cas par cas. Par exemple, le Dr Éric suit une patiente en TSO et précise qu'il refuse toute nouvelle demande depuis qu'il a fait face à des situations difficiles qui ne lui donnent « pas envie d'aller plus loin » :

« Ça s'est arrêté parce que ça s'est finalement mal passé avec certains patients, quand on a commencé à recevoir des feuilles de la sécu où ils nous mettaient bien "est allé voir tel, tel, tel prescripteur", donc on a vu qu'il y avait déjà pas mal de trafic. Et puis des mensonges, des menaces, donc j'ai dit stop, et il me reste une patiente pour l'instant. Et je n'en reprendrai plus, je dis non, maintenant. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

De même, le Dr Françoise a une seule patiente substituée, qu'elle considère comme un « cas simple » et « stabilisé », ce qui correspond, comme on va le voir, à la figure du *bon patient*. Elle affirme, elle aussi, avoir arrêté de prendre en charge des « toxicomanes ».

Le Dr Karine, déjà évoquée plus haut, mentionne son souhait de ne prescrire des TSO qu'à des personnes qui sont déjà dans sa patientèle pour d'autres pathologies :

« -Vous pensez continuer à prescrire [des TSO] quand vous serez installée ?

-Alors, uniquement si je connais bien les personnes. C'est pas quelque chose qui me tente. Ça dépendra de la clientèle que j'ai, si j'en ai un qui tombe dedans et que... un patient Subutex que je connais très bien, ou sous méthadone. [...] Quand c'est quelqu'un qu'on a bien suivi avant, qu'on sait qu'on a bien cerné, qu'on voit qu'il est tombé dedans, qu'on l'en sort, bon, ok. » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Dans son cas, la « toxicomanie » ne constitue pas un motif valable pour devenir un patient de la médecine générale. Par contre, une personne qui a déjà le statut de patient peut se voir prescrire un TSO. De ce point de vue, l'appropriation de la mission substitutive par le médecin est ambiguë : les « toxicomanes » ne sont pas considérés comme des patients de la médecine générale, mais les patients qui se révèlent être dépendants aux opiacés le sont.

2.1.2. Les ingérables sont les patients des autres : du refus d'accorder le statut de patient à la condamnation des mauvais médecins

Étant donné que le processus de sélection les exclut, les individus stigmatisés n'acquièrent jamais le statut de patients dans le discours des médecins. Leur présence dans les cabinets médicaux est donc souvent décrite comme exceptionnelle. Le Dr Patrick explique qu'il a accepté un seul patient en TSO ne correspondant pas à ses critères, pour rendre service à sa mère, une patiente connue de longue date : « Lui, c'est un peu une exception, je soulage du fardeau sa mère ». Dans d'autres cabinets, la présence de « toxicomanes » indésirables est vouée à rester temporaire, lorsque leur prescripteur habituel est en vacances, par exemple. Dans tous les cas, le médecin les différencie de ses patients :

« J'ai un confrère à côté qui a vraiment une population très difficile, et quand il part en vacances il met mon numéro de téléphone, parce qu'on est vraiment très à côté. Mais il a vraiment une population, enfin de ceux que j'ai vus, parfois qui sont très... hors réseau, enfin hors fonctionnement classique. » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ainsi, certains affirment suivre des patients en TSO moins problématiques que ceux de leurs confrères. Les indésirables sont donc avant tout les patients des autres. Le Dr Alain insiste d'ailleurs à plusieurs reprises : « je n'ai pas les fous, je les laisse aux autres ». Ses mots rappellent que le tri se déroule en contexte d'interdépendance locale : refuser un patient, c'est, automatiquement, « laisser » aux autres médecins la responsabilité de le prendre en charge. Or, les critères définissant l'indésirable étant communément partagés, les possibilités de trouver un prescripteur s'amenuisent pour les personnes qui réunissent les attributs stigmatisés.

En conséquence, derrière le discours qui rejette ces personnes hors du statut de

patients, affleure parfois une dévalorisation des confrères qui acceptent de les prendre en charge. Lorsque le Dr Élisabeth assure que son collègue a une « population très difficile », elle semble signifier qu'elle-même n'aurait pas accepté de travailler avec de tels patients, qui ne permettent pas d'exercer la médecine générale dans des conditions convenables. Il n'y a qu'un pas vers la condamnation des « mauvaises » pratiques médicales. Le Dr Geneviève le franchit lorsqu'elle impute la responsabilité du trafic à ces « autres » généralistes, qui restent indéfinis dans son discours :

« Je pense qu'au bout d'un moment ils [les revendeurs de MSO] savent très bien où sont les cabinets un peu...bon. Il faut savoir qu'il y en a.

-Des cabinets où les médecins prescrivent facilement ?

-Ouais, je pense qu'il y en a, hein. En tout cas nous, ici, on fait pas ça, mais...de toute façon, vu qu'il y a de la vente, c'est qu'il doit bien y avoir des gens qui [prescrivent] sinon il y en aurait pas, de la vente. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

On notera, dans cet extrait, l'opposition entre nous et eux (les « gens qui prescrivent » aux trafiquants), ici et ailleurs (les cabinets aux pratiques discutables), qui distingue les bonnes et les mauvaises pratiques. La sélection des patients s'accompagne donc de la dévalorisation des médecins peu sélectifs, qui deviennent des figures repoussoir. Freidson (1984) remarque que l'alignement des médecins sur une norme de pratique collectivement partagée passe par la dévalorisation des praticiens déviants. Cela explique, notamment, que les critères de tri des patients substitués soient communs à plusieurs généralistes. Dans une sorte de contamination du stigmaté, les discours passent du mauvais patient au mauvais médecin qui reçoit ceux que les autres rejettent. De même, pour les patients, aller voir les médecins qui ne sélectionnent pas est discréditant : cela les inclut d'emblée dans la catégorie des irrécupérables qui n'ont pu trouver de prise en charge ailleurs. Les généralistes recevant de nombreux patients substitués sont souvent qualifiés de « dealers » par des personnes en traitement : ils perdent, à leur tour, leur statut de médecin en recevant ceux qui n'ont pas le statut de patient. Le stigmaté se transmet donc du patient au médecin et inversement, dans un mouvement circulaire dont le point de départ réside dans les pratiques de sélection.

2.2. Les bons patients : « stabilisation » et « intégration »

La sélection fait surgir, en miroir, une autre représentation entretenue par les médecins : celle du *bon toxicomane* ou plutôt du *bon patient*, puisque les généralistes

désignent rarement *leurs* patients comme des « toxicomanes ». Sélectionner ne consiste pas seulement à exclure, mais aussi à élire. La figure du patient « ingérable » et indésirable s'oppose, dans les discours, à celle du patient « tranquille », « stabilisé », voire « intégré ». Ces derniers sont recherchés par les généralistes et acquièrent facilement le statut de patient car ils se fondent dans le paysage du cabinet médical (ils s'y « intègrent » facilement). Ils possèdent des attributs valorisés par les praticiens, et ils ne menacent pas l'organisation de leur travail :

« J'ai vraiment dit que j'arrêtais. Bon, mais s'il y avait quelques... si il fallait, si le Dr André s'arrêtait vraiment et qu'il y en ait quelques-uns... voilà, qu'il m'envoie les plus tranquilles. Vous lui direz ! » (Dr Françoise, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Moi, la plupart, c'est des gens, vous passez dans la salle d'attente, vous allez rien me dire, hein. Là vous allez voir des gens normaux.» (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

Les termes employés participent, une fois de plus, du répertoire de la visibilité : les « normaux » du Dr Alain, tout comme les « tranquilles » du Dr Françoise, sont ceux qui ne perturbent pas l'activité du médecin et dont la « toxicomanie » demeure insoupçonnable pour une personne extérieure.

Dans la description des *bons patients*, les registres médical, social et moral, se trouvent entremêlés. La « stabilisation » désigne tout autant l'observance du traitement (respect des règles) que l'insertion socioprofessionnelle. Comme on l'a vu, le travail et la famille sont des valeurs centrales pour beaucoup de médecins. Elles constituent non seulement des objectifs du traitement (ou indices de « guérison », vus au chapitre précédent) mais aussi des attributs définissant le *bon patient* qui veut « s'en sortir ». Avoir un emploi, fonder une famille, favorisent l'inclusion dans la catégorie des patients « intégrés » à la société, et du même coup intégrables à la médecine générale :

« Donc moi j'ai refusé tous les *destroy*, les gros gros *destroy* hein, les mecs qui arrivaient avec leurs chiens, j'ai dit non. Et je n'ai pris que des gars qui étaient... des femmes aussi, qui étaient prêtes à se remettre un peu dans le bain. Soit pour des raisons familiales soit professionnelles, donc ceux que j'ai ils sont faciles à gérer. Mais c'est vrai qu'au début on était confrontés à des mecs qui nous mettaient la pression. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans cet extrait, le médecin met en opposition les deux figures du bon et du mauvais patient

pour justifier ses pratiques de tri. On retrouve, dans les attributs valorisés, l'insertion professionnelle, mais aussi la « motivation » à « se remettre dans le bain ». Le médecin est porteur non seulement de normes sociales conventionnelles mais aussi d'une certaine injonction à la responsabilité individuelle, qui procède d'une logique d'activation.

L'âge et le sexe des patients semblent également peser dans les catégorisations de certains généralistes. Le Dr Alain et le Dr Georges affirment ainsi que leurs patients en TSO sont relativement âgés (« 40-45 ans »), l'âge étant pour eux synonyme de maturité et d'un mode de vie « intégré ». Quant à l'appartenance de genre, certains entretiens confirment les résultats de notre travail de master 1 (Dassieu 2009) : il semble que les femmes entrent plus facilement que les hommes dans les critères définissant le bon patient. La tendance à déresponsabiliser les femmes de leur consommation de drogues²⁰ n'apparaît pas de façon systématique chez les médecins rencontrés. Toutefois, certains généralistes semblent plus tolérants envers les femmes, en ne leur appliquant pas à la lettre les critères de sélection. Par exemple, le Dr Alain remarque que les femmes qu'il prend en charge sont souvent « *destroy* », alors qu'il affirme refuser les patients qu'il affuble de ce qualificatif. D'autres considèrent que les patientes sont une population moins difficile : « Le peu de femmes qu'on a, avec elles ça se passe très bien, elles sont plus ouvertes. » (Dr Karine). Notons d'ailleurs que les médecins qui limitent leur investissement à une seule prise en charge ont souvent conservé une patiente de sexe féminin. De plus, dans les discours de plusieurs généralistes, les femmes sont, plus souvent que les hommes, associées à la famille et aux enfants, attributs valorisés dans le portrait des « bons patients » :

« Ceux que j'ai pris, avec le Subutex, soit les gens travaillent et ils sont mariés, soit c'est des femmes qui ont des enfants, soit c'est des femmes seules avec un enfant mais qui bossent quand-même ! » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

« [*à propos d'une patiente*] Elle est plus en contact avec les dealers, elle est plus en galère, mais elle manque de repères, elle est isolée, et puis je dirais que, dans la tête, elle prend pas toujours les bonnes résolutions, sûrement, face aux autres, encore qu'elle mûrit, elle est mère, ça l'aide un peu. » (Dr Joseph, médecin généraliste, entretien, 2011)

Lorsqu'elles sont mères, les patientes substituées sont donc plus susceptibles d'entrer en adéquation avec les valeurs promues par les médecins. Étonnamment, nous n'avons pas

²⁰ La déresponsabilisation est l'une des conditions à l'attribution du rôle de malade chez Parsons. Pour les personnes en TSO, elle favorise, en effet, l'acquisition du statut de patient.

rencontré de référence à la figure de la « mauvaise mère » dans leurs discours, contrairement à d'autres travaux (Luttenbacher 1999; Simmat-Durand 2007). Chez nos généralistes, la maternité est toujours associée à la réinsertion et à la motivation à « s'en sortir ».

Dès lors que le travail et la famille réduisent l'intensité du stigmate de toxicomane aux yeux des médecins, en réaction, certains patients se saisissent de cet argumentaire pour passer entre les mailles de la sélection. L'un d'eux prétend rechercher activement un emploi dans le but d'obtenir la prescription souhaitée :

- « - Il y en a trois qui m'ont refusé. Non, deux... le troisième il a voulu. Mais aussi il faut les blablater.
 - *Qu'est-ce que tu dis pour les convaincre ?*
 - Je leur dis que j'étais dans la rue, que maintenant j'ai un appartement, et que je suis en train de chercher une formation, mais je leur mens, hein. » (Fred, patient, Skénan, entretien, 2012)

Ce patient simule le schéma de la « réinsertion » sociale tel qu'il est usuellement prôné par les politiques publiques reposant sur l'activation. En essayant de correspondre au profil du *bon patient*, il cherche à inspirer confiance. La ruse et le mensonge répondent ici à une difficulté d'accès au traitement, induite par les critères de sélection des généralistes. Paradoxalement, le tri engendre les tentatives de manipulation contre lesquelles les médecins croient se prémunir.

Les catégories du *bon patient* et du *mauvais toxicomane* sont le produit des pratiques de tri. Elles n'ont pas d'existence en dehors du jugement des médecins et de leurs critères de sélection. Cependant, nous allons maintenant constater qu'elles ont de réelles conséquences sur les trajectoires des patients, en créant des inégalités d'accès aux traitements. Notre approche s'inscrit dans le sillage du théorème de Thomas, selon lequel « quand les hommes considèrent certaines situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences » (Thomas, Thomas 1928).

3. Des prises en charge d'exception pour les indésirables : les inégalités d'accès aux traitements engendrées par le tri

En produisant une population d'indésirables, la sélection et la stigmatisation qui l'accompagne réduisent les possibilités de prise en charge offertes aux patients qu'elles excluent. Ils subissent régulièrement des refus de prescription et connaissent des épisodes

d'errance dans le système local de prise en charge, provoqués notamment par les adressages successifs dont ils font l'objet de la part des médecins sélectifs. On l'a expliqué au chapitre 3, quand ils sont minimalistes, les adressages permettent rarement aux patients de trouver une prise en charge satisfaisante. Lorsqu'ils ne peuvent pas mobiliser un réseau personnel, certains patients en recherche d'un traitement se retrouvent contraints à des pratiques de « porte-à-porte », de « démarchage » des cabinets médicaux (selon leurs expressions).

La sélection réduit l'offre de traitements pour les patients réunissant les attributs stigmatisés de *l'indésirable*. Ces derniers ont peu de liberté dans le choix de leur prescripteur et sont souvent relégués à des prises en charge d'exception. Trois possibilités s'offrent à eux en dernier recours pour obtenir un traitement : des suivis très contraignants effectués, la plupart du temps, en CSAPA (« haut seuil d'exigence ») (3.1) ; des prises en charge proposées par des généralistes peu sélectifs (« bas seuil d'exigence ») qui se résument parfois à la rédaction d'une ordonnance, s'apparentant ainsi à un *bas seuil de soin* (3.2) ; et enfin, pour ceux qui restent *sur le seuil* du système de prise en charge, le marché noir devient la solution ultime pour obtenir un traitement (3.3).

3.1. Le haut seuil d'exigence : une observance sous contrainte

Les prises en charge à haut seuil d'exigence sont une option souvent proposée aux patients qui ont fait l'objet de refus de la part des généralistes pour leur inobservance, leur « charge de soins » ou encore leur comportement inadéquat. Contrairement aux idées reçues, le « haut seuil » n'accueille donc pas en priorité des patients « stabilisés » dans leur traitement ou « insérés » socialement. Il se propose de garantir l'observance du traitement en instaurant un « cadre » très strict autour de la délivrance du TSO.

3.1.1. La dernière chance

Souvent, ces prises en charge ont lieu en CSAPA, même si certains généralistes décrivent aussi un niveau d'exigence élevé – nous l'avons dit, il faut considérer les seuils d'exigence des praticiens et des structures comme un *continuum* du plus bas au plus haut, plutôt que comme des niveaux différenciés. Les exemples qui suivent sont tirés des entretiens effectués dans un CSAPA présentant des conditions de dispensation particulièrement

strictes²¹. Ce centre accueille une population de patients qui peinent à intégrer une prise en charge en médecine de ville :

« C'est-à-dire que des patients qui posent pas de souci, qui sont dans une démarche de soin et qui ont un traitement substitutif, peuvent être suivis en ville, peuvent être suivis par un médecin généraliste, quand ça roule, on va dire. Ici, on a des patients plus compliqués, qui nécessitent une prise en charge très structurée, un peu plus rigide, très cadrée. [...] En gros la principale différence c'est ça, on a un certain nombre de patients qui sont précarisés, de par leur toxicomanie aussi, et puis des patients qui ont souvent soit des troubles psychotiques ou d'autres types de pathologies, des états limites, en plus de la toxicomanie. C'est la grosse spécificité. » (Dr Jérôme, Psychiatre CSAPA, entretien, 2012)

Dans cette description, on retrouve des caractéristiques des personnes jugées indésirables par les généralistes : l'inobservance, la précarité et la charge de soins liées à des troubles psychiatriques concomitants. Les CSAPA à haut seuil d'exigence réceptionnent donc les patients écartés par les pratiques de sélection, la plupart du temps suite aux adressages des généralistes :

« Parfois on a aussi des demandes de prise en charge pour du Subutex chez des patients qui sont sous Subutex à l'extérieur et qui font n'importe quoi avec, donc c'est pour les recadrer, leur délivrer sur le centre, qu'ils viennent le prendre avec nous. Des patients souvent difficiles. C'est les médecins qui nous les envoient. Ou la prison aussi. » (Dr Annie, Psychiatre CSAPA, entretien, 2012)

Le centre se donne pour mission de « recadrer » les patients, c'est-à-dire de les rendre à la fois plus observants et mieux « gérables ». Des règles strictes et la présence d'une équipe permettent de prendre en charge les patients que les généralistes qualifient d'« ingérables » au vu des moyens matériels et humains dont ils disposent :

« Quand la prise en charge devient difficile en médecine de ville, pour des raisons variées, mais on est quand-même dans une branche où le patient peut aussi exercer une pression à la prescription, sur ce genre de produits, et en cabinet de ville, quand on travaille pas forcément en équipe, c'est pas forcément facile de gérer ça. Donc du coup, c'est vrai que ça, ça peut être des situations dans lesquelles le relais se fait vers nous. Donc on reçoit des patients, parce que le fait d'être en équipe, déjà on est pas seul devant une demande pressante, et aussi on peut mettre les gens en face d'analyses urinaires, de choses tangibles, qui permettent de dire "là vous avez beaucoup consommé", enfin c'est du concret, c'est marqué sur la feuille d'analyse. » (Dr Jérôme, psychiatre CSAPA, entretien, 2012)

²¹ Les autres CSAPA visités imposent un moindre niveau de contrainte, ce qui témoigne d'une diversité de seuils d'exigences y compris dans les centres de soins.

Ici, le travail en équipe est mis en opposition avec l'isolement des généralistes, pour expliquer la meilleure capacité du centre à faire face aux « pressions ». Ce médecin met aussi en avant la possibilité de contrôler les consommations du patient par des analyses urinaires, considérées comme des preuves irréfutables contre lesquelles les patients ne peuvent pas émettre d'objections²².

Les intervenants du centre affirment que leur structure représente souvent un « dernier recours » pour les patients qui n'ont pu trouver de prise en charge ailleurs. Cette spécificité implique que les patients, n'ayant « pas le choix », sont contraints de se plier aux règles imposées sous peine de ne plus pouvoir obtenir de traitement :

« De toute façon le cadre est comme il est, donc...Après, de toute façon, si la substitution n'est plus délivrée en ville, ils ont pas le choix, il faut qu'ils viennent ici. » (Dr Jérôme, psychiatre CSAPA, entretien, 2012)

Les patients rejetés par les pratiques de sélection des généralistes se voient demander plus de garanties que les autres en échange de la dispensation du traitement, ce qui fait du haut seuil une prise en charge d'exception. La contrainte s'y manifeste de deux manières : par une procédure d'admission longue et complexe, puis par une surveillance accrue de l'observance durant le suivi.

3.1.2. Changer les comportements par la contrainte

Lors de l'admission au centre, le haut seuil d'exigence se présente sous la forme d'un « test de motivation ». En l'occurrence, les patients doivent accepter de se soumettre à un délai d'attente de plusieurs semaines avant la première prescription, délai pendant lequel leur demande est évaluée au fil de rencontres avec les membres de l'équipe soignante :

« Ici on a un centre, concernant les opiacés, de dernier recours on va dire, enfin, complémentaire aux médecins de ville. Donc c'est une équipe pluridisciplinaire et c'est ce qu'on appelle un centre à haut seuil, c'est-à-dire que la délivrance se fait pas facilement, enfin, pas aussi facilement que dans d'autres structures ou d'autres médecins. Pour rentrer dans un protocole de soin, le patient doit s'investir, venir à plusieurs rendez-vous, rentrer dans une démarche de soin. Donc rencontrer le médecin, la psychologue, l'assistante sociale, les infirmières. Sur une durée variable mais qui peut aller de 2 semaines à 5

²² On verra au chapitre suivant comment ces tests sont utilisés par les généralistes.

semaines à peu près, avant qu'il y ait une délivrance de méthadone. » (Dr Jérôme, Psychiatre CSAPA, entretien, 2012)

Si la procédure d'inclusion est dissuasive pour certains patients, elle n'est pas pour autant excluante, puisque le seul critère de tri est la capacité à terminer la démarche :

« Si le patient n'est pas du tout dans une démarche de soin, c'est rare qu'il arrive au bout de tous les rendez-vous, si vraiment il est pas du tout motivé. Donc c'est assez rare que nous on refuse une inclusion si le patient a vu tout le monde et a eu quand-même de la motivation pour venir. » (Dr Jérôme, Psychiatre CSAPA, entretien, 2012)

Étant donné que les patients accueillis dans ces structures ont souvent des difficultés pour obtenir un traitement ailleurs, ils peuvent difficilement quitter le protocole en cas d'insatisfaction. On peut donc faire l'hypothèse que les patients dits « motivés », ceux qui parviennent au terme de la procédure d'admission des CSAPA à haut seuil, sont en réalité ceux qui ont épuisé les autres possibilités d'obtention d'un TSO.

La multiplication des exigences vise à modifier le comportement des « ingérables » vers plus de conformité aux règles. Cette forme de réadaptation du comportement, qui cherche à changer les habitudes par la contrainte, est imprégnée de psychologie cognitive et comportementale – courant dont se réclament certains psychiatres rencontrés. Au cours du suivi, les patients sont systématiquement contrôlés, surveillés, pour éviter tout écart de conduite – « mésusages » de type injection, non respect des posologies, consommations de produits illicites... Durant les premiers mois de prise en charge, le traitement leur est délivré quotidiennement et doit être ingéré devant l'équipe infirmière ou devant le pharmacien. L'absence de consommations de tout produit psychoactif est vérifiée par des contrôles urinaires hebdomadaires. Par la suite, la durée de délivrance peut être progressivement modulée en fonction de la capacité du patient à se plier à l'exigence : dès lors que le patient fait la preuve de son observance, le seuil d'exigence s'abaisse par un relâchement de la contrainte. Cependant, dès qu'une entorse au cadre est constatée, la délivrance journalière sera de nouveau mise en place :

« -Et la délivrance elle se fait... ?

-Journalière, quotidienne pendant... alors ça dépend des gens, mais pendant au moins, presque un mois. Il y a pas de règle fixe, c'est du cas par cas, je vous donne un ordre de grandeur. Mais en gros, bon là récemment un patient au bout de 15 jours on a dit bon... parce que c'est assez contraignant de venir

tous les jours. Voilà, donc ça dépend des gens. » (Dr Jérôme, psychiatre CSAPA, entretien, 2012)

Si les « rechutes » ne sont pas à proprement parler des motifs pour mettre fin à la délivrance, l'absence de changement des pratiques au bout de plusieurs mois peut cependant motiver l'interruption de la prise en charge dès lors que l'équipe médicale considère qu'il n'y a « pas d'indication » au TSO car le patient n'est pas « dans une démarche de soins ». Or, pour plusieurs patients rencontrés, les exigences s'avèrent difficiles à tenir. L'interdiction de consommer des produits non-opiacés fait souvent l'objet d'incompréhensions. Pour certains, le projet de mettre fin à l'usage d'héroïne prend place indépendamment des autres consommations, qu'ils n'envisagent pas de modifier²³ :

« Au début il faut aller dans un centre de soins pour la méthadone, et moi je suis pas du tout adapté à cet environnement, au médecin qui en a rien à foutre, qui te parle dix minutes, qui veut pas ajuster ton dosage correctement même si ça nécessite qu'une prise de sang, qui veut tout le temps rappeler son autorité mais qui t'écoute pas, qui te force à venir tous les jours chercher ton traitement, qui te menace, en plus, de te couper le traitement si tu fumes un joint. Mon éducatrice, au tout début que je prenais le traitement dans ce centre de soins, elle m'a dit "fais gaffe parce qu'il y aura des prises de sang et si on voit que tu prends quoi que ce soit, on pourra jouer sur le traitement". » (Léo, patient, méthadone, entretien, 2012)

Ce patient se montre critique envers « l'autorité » des médecins des centres (absence d'écoute, contraintes imposées). Le haut seuil d'exigence met en œuvre une relation de soins où le patient est relégué à un rôle passif. Les patients rencontrés vivent souvent la contrainte comme « infantilissante », car elle les enferme dans un rapport asymétrique face à des soignants auprès desquels il n'est pas possible de faire valoir leurs propres exigences.

De même, les horaires de délivrance de certains CSAPA, qui ne sont ouverts que quelques heures par jour, obligent souvent les patients à organiser leur emploi du temps en fonction des moments de dispensation du médicament, surtout si celle-ci est quotidienne. Dans le cadre du haut seuil d'exigence, le traitement devient la « ligne biographique dominante » (Castel et al. 1998) de la vie des patients puisque toutes les autres activités se retrouvent agencées autour de lui. Les contraintes imposées par les soignants empêchent pour eux toute projection dans l'avenir en dehors du rapport quotidien à l'institution. Un patient

²³ De même, Duprez et Kokoreff montrent que pour de nombreux patients sevrés des opiacés, consommer du cannabis n'est pas considéré comme une « rechute », ce qui diffère de l'interprétation des soignants (Duprez, Kokoreff 2000).

remarque que contrairement à la médecine de ville qui permet d'être mêlé au reste de la population, les lieux spécialisés sont enfermants car ils obligent à se retrouver chaque jour entre « toxicos » :

« D'aller au centre tous les jours prendre son sirop, on voit des toxicos tout le temps, c'est insupportable, mais dès qu'on passe en médecin de ville là c'est un confort, on peut zapper tout ça. »
(Thierry, patient, méthadone, entretien, 2012)

Par ailleurs, dans les structures à haut seuil, tout manquement à la règle semble être interprété en termes d'inobservance, même lorsqu'il résulte de difficultés extérieures au traitement. Pour certains patients, l'obstacle réel n'est pas de parvenir à prendre le médicament de façon régulière, mais bien de se rendre quotidiennement au centre, à cause de leur activité professionnelle ou de l'éloignement de leur domicile. Selon eux, l'absence d'adaptabilité des structures est responsable d'interruptions du traitement :

« [Au centre], ils m'ont donné une délivrance journalière de méthadone, et j'arrivais pas à la suivre parce que j'étais à 30 km de la ville, donc parfois je ratais des journées, je pouvais pas y aller parce que c'était ouvert que de 9 heures à midi, parfois je pouvais pas être là tout simplement [...] Ils m'ont dit "tant que les analyses d'urine sont positives, on passera à une fois par jour", et bien-sûr chaque fois que je ratais une journée il fallait bien quelque chose pour compenser, à ce moment là je prenais du Néocodion. Et donc du coup les analyses elles étaient positives, donc ils continuaient à me délivrer tous les jours, donc je continuais à louper des journées, enfin voilà c'était le cercle vicieux, le serpent qui se mord la queue. Et au bout d'un moment ils m'ont dit "écoutez, nous, on en a marre, ça fait 3 mois qu'on vous le donne tous les jours donc on arrête le traitement méthadone". » (Matthieu, patient, Skénan, entretien, 2012)

Le haut seuil revêt, en quelque sorte, une fonction punitive pour ceux qui sont considérés comme de « mauvais patients ». Aux « bons patients », il est rarement proposé de se plier à ces contraintes, qui interviennent, souvent, après l'échec d'une prise en charge en médecine générale. Cependant, certains patients recalés par le processus de tri ne souhaitent pas ou ne parviennent pas à satisfaire les exigences du haut seuil. Ils peuvent donc se retrouver à l'autre extrémité des seuils d'exigence : le « bas seuil ».

3.2. Du bas seuil d'exigence au *bas seuil de soin*

3.2.1. *Le bas seuil d'exigence : une prescription sous conditions minimales*

Le bas seuil d'exigence est une autre prise en charge d'exception où l'on retrouve les patients qui n'entrent pas dans les critères de tri des généralistes. Dans le cadre de la substitution, il se présente sous deux formes²⁴. D'une part, une forme officiellement reconnue par les pouvoirs publics : des structures mobiles de délivrance de méthadone, couramment désignées sous le nom de « bus méthadone ». Elles n'existent que dans deux villes françaises (Paris et Marseille). À Toulouse, un projet est en cours de mise en œuvre depuis plusieurs années, mais à l'heure où nous écrivons ces lignes, il n'a pas reçu les dotations financières que ses instigateurs espéraient. Nous nous attarderons peu sur ces prises en charge, que nous n'avons pas rencontrées sur notre terrain. Nous nous contenterons de préciser brièvement leur mode de fonctionnement, tel que le décrivent les acteurs du projet toulousain. Le MSO y revêt une fonction de réduction des risques : la délivrance a lieu sans conditions préalables d'arrêt des opiacés illicites ni d'inscription dans un suivi régulier. Le produit est délivré le jour même de la demande, après examen médical. Comme pour le haut seuil, la posologie délivrée représente une journée de traitement. Néanmoins, la différence est de taille puisque les patients ne sont pas sommés de venir tous les jours. Au contraire, ceux qui viennent quotidiennement sans interruptions se verront proposer un relais vers un CSAPA ou un médecin de ville. L'objectif est de proposer la substitution aux personnes qui, pour des raisons diverses, demeurent éloignées des structures de soins²⁵, afin de diminuer le nombre de recours au marché noir.

En l'absence de ce type de dispositif sur notre terrain, les patients ont recours à une alternative qui s'apparente à un « bas seuil » sans être officiellement reconnu comme tel : les prescriptions de TSO effectuées par des médecins généralistes qui imposent des contraintes minimales. Leur « cadre » est particulièrement léger et flexible. Certains prennent des distances avec le « cadre » légal de prescription, ce qui peut leur occasionner des ennuis judiciaires. En s'adressant à ces praticiens, qui ont souvent une file active substituée volumineuse puisqu'ils sont peu nombreux, les patients sont quasiment sûrs d'obtenir une

²⁴ Les prises en charge substitutives à « bas seuil » sont à différencier des lieux d'accueil et de réduction des risques (CAARUD) qui sont des structures dites à bas seuil d'exigence, mais qui ne dispensent pas de TSO.

²⁵ Ces structures accueillent des personnes qui échouent à s'intégrer dans un TSO, mais aussi des personnes ayant une consommation « gérée » (Soulet 2003) d'opiacés, désireuses de pallier ponctuellement le manque.

ordonnance. Les personnes que l'on retrouve chez ces généralistes n'ont parfois eu aucun autre recours de peur d'être rejetées, elles s'apparentent donc aux « populations cachées » que les dispositifs à bas seuil d'exigence cherchent à atteindre.

Certains patients mettent en avant la souplesse de ces prises en charge comme un point positif. Ils apprécient la liberté qui leur est laissée dans la gestion de leur traitement, et dénigrent les médecins « gendarmes » qui tentent de contrôler leurs pratiques. Une certaine flexibilité s'avère, selon eux, indispensable pour tout soignant qui se propose de travailler avec des patients substitués. Les médecins l'ayant compris sont considérés comme des experts, qui savent comment agir avec les « toxicos » contrairement à la plupart des généralistes :

« C'est un gars qui fréquente beaucoup, pratiquement il a que des toxicos, donc il a une autre approche que les médecins lambda qui sont très protocole, lui c'est "tu", etc. Ça c'est un bon point, je pense que c'est un bon point. Les autres médecins, ils arrivent pas à arrondir un peu les angles, avec les tox t'es obligé d'arrondir un peu les angles. » (Jéjé, patient, Subutex, entretien, 2012)

Mais ces médecins ne font pas l'unanimité, ni parmi leurs confrères, ni parmi leurs patients. Nous l'avons dit, recevoir de nombreux patients en TSO, et surtout accepter ceux que les autres rejettent, suscite la dévalorisation des confrères et le soupçon de « mauvaises pratiques ». Nous avons plusieurs fois recueilli des discours relativement méprisants au sujet de ces généralistes qui font « du bas seuil ». Prescrire en posant peu de règles s'écarte également des standards de bonnes pratiques véhiculés, entre autres, par le Réseau Addictions toulousain, que la plupart des généralistes approuvent. De même, de nombreux patients jugent ces prises en charge peu satisfaisantes : elles sont parfois subies faute de mieux, et ne permettent pas toujours d'accéder au statut de patient à part entière.

3.2.2. Le bas seuil de soin : une prise en charge « au rabais » ?

Le bas seuil en médecine générale esquisse une nouvelle inégalité entre les patients en TSO : la prestation proposée n'est pas toujours la même qu'ailleurs. Selon les témoignages de patients, ces prises en charge basculent quelquefois vers un *bas seuil de soin*, où la consultation se réduit à la rédaction de l'ordonnance, sans que le patient n'ait la possibilité d'exprimer d'autres demandes. Le *bas seuil de soin* prend plusieurs formes.

L'un de ses avatars peut être décrit sous le terme de *consultations fictives*. Plusieurs patients racontent le cas de généralistes acceptant de prescrire massivement des TSO, mais sans que les patients n'entrent dans leur bureau ni – surtout – dans leur salle d'attente. Le médecin rédige une ordonnance « entre deux portes », en facturant toutefois une consultation à l'assurance maladie. Une fois de plus, c'est la visibilité de la population indésirable qui est en jeu. Les consultations fictives permettent aux médecins de prescrire à ces patients tout en se prémunissant des désagréments liés à leur éventuelle mauvaise image auprès du reste de la clientèle. Il s'agit donc là d'une autre manière de s'approprier la prescription de TSO, de l'adapter aux contraintes organisationnelles de l'exercice libéral, sans forcément trier ses patients :

« Avec le Dr Jean-Charles, on arrivait, je donnais ma carte vitale, et pendant qu'il était avec le patient il me faisait mon ordonnance [...] Je donnais ma carte vitale, mais il me comptait une consultation, 22 euros. [...] Je passais pas par la salle d'attente. Si tu veux, quand tu rentrais comme ça, là t'as la salle d'attente, t'as un couloir, t'avais le cabinet de [son associé] et la salle d'attente, et ici une porte qui t'amenait chez Jean-Charles, quand tu ressortais, tu ressortais là. Et là t'avais la sortie (*il mime*). Et moi je me mettais à côté de l'escalier, et hop dès qu'il avait fini avec le patient, hop, “ah ben venez”, donc il me faisait l'ordonnance et je repartais. » (Mickaël, patient, Subutex, entretien, 2012)

« Moi, quand j'arrive, hop, l'ordonnance, tac, j'attends même pas dans le truc [la salle d'attente]. Des fois, il te fait passer par une porte derrière, tu sais, quand t'arrives, t'as une porte pour la salle d'attente et après t'as une porte pour sortir, il te fait passer par là. Moi quand j'arrivais, dès qu'il me voyait, il me donnait l'ordonnance, quoi. Voilà, c'était... En fait, pour eux ça les arrangeait parce que c'était vite fait, c'était juste pour l'ordonnance, il y avait pas... il allait pas discuter ni rien du tout.

-Et toi tu trouves ça bien ? C'est pratique ?

-Euh... je trouve ça bien dans le sens où ça m'arrangeait, parce qu'il y avait trop de monde dans la salle et j'avais pas envie d'attendre. Dès qu'il voit que c'était des toxicos, il préparait l'ordonnance, et dans le coin il me disait “ah, pour le... oui...”. » (Hichem, patient, Subutex marché noir, entretien, 2012)

Dans ces extraits, qui décrivent le même cabinet, l'organisation spatiale du lieu semble pensée pour que les personnes substituées évitent les contacts avec les autres patients. Les personnes en TSO n'ont pas le statut de patients légitimes, et doivent littéralement passer « par la porte de derrière » pour obtenir leur prescription. La communication entre le médecin et le « toxico » qui vient chercher son ordonnance apparaît toujours minimale : le nom du produit ne semble pas être mentionné, peut-être parce qu'il pourrait être entendu par les patients de la salle d'attente. Le médecin tire un bénéfice financier de ces prescriptions, qu'il

facture au même titre que les consultations classiques, tout en réduisant à néant le temps investi dans la prise en charge. Notons que dans les deux cas ci-dessus, les patients se disent plutôt satisfaits de cette méthode qui leur évite l'attente. Même si ces pratiques paraissent déontologiquement douteuses, les personnes en traitement peuvent y trouver un certain intérêt, surtout lorsqu'elles ne sont pas en quête d'une prise en charge contraignante où le médecin contrôlerait leurs pratiques. Mais même si la prescription a lieu, l'accès au cabinet médical, et du même coup le statut de patient, leur est refusé. La relation médecin-patient est, pour ainsi dire, inexistante.

On retrouve le même type de récit chez Christian, lorsqu'il raconte l'expérience de patients de sa connaissance, ce qui mène à penser que la consultation fictive est peut-être une pratique répandue²⁶. Contrairement aux autres patients cités plus haut, qui soulignent les avantages d'une attente réduite et d'une prescription effectuée sans discussions, Christian désapprouve ces pratiques en s'offusquant que les médecins soient rémunérés pour des consultations qui n'ont pas lieu :

« Il paraît que le toubib, même, il y a 2-3 toubibs, le mec il se casse tellement plus, que les ordonnances pour le Sub, il les met dans la boîte aux lettres, et les mecs ils les récupèrent ! Ouais, ouais, j'ai entendu ça. Pour éviter de...de faire passer ces mecs là, parce qu'il y a beaucoup de monde. [...] Le mec il a été payé, quand-même. Il a été payé pour un mec qu'il voit pas ! Attendez ! Et moi j'en connais même beaucoup qui font ça à domicile, vous savez le médecin il vient à domicile. Ce qui fait qu'il a, après, le déplacement. À domicile c'est combien quand vous vous déplacez ? C'est plus cher, hein, 60 €? Moi je trouve que c'est pas normal. » (Christian, patient, Subutex, entretien, 2011)

Comme les consultations fictives, les visites au domicile du patient constituent un moyen de contourner les désagréments de sa visibilité dans la salle d'attente, tout en assurant une rémunération confortable. Dans d'autres cas, les consultations ont bel et bien lieu mais sont réduites à la rédaction de l'ordonnance.

Le *bas seuil de soin* se manifeste également dans une impossibilité, pour le patient, d'être pris en charge pour d'autres problèmes de santé. On le verra dans les chapitres suivants, il n'est pas rare que les consultations de renouvellement de TSO soient l'occasion d'exprimer une plainte non liée au traitement. Or, chez certains médecins, ces demandes sont vouées à

²⁶ Il est, bien entendu, très difficile d'accéder à ce type de pratiques par le biais des entretiens auprès des généralistes. Aucun médecin enquêté ne nous en a parlé et les praticiens cités par les patients ont tous décliné l'entretien.

rester lettres mortes, à cause d'une absence d'équipement du cabinet, ou même, selon les patients, d'une incompetence du médecin. Lorsqu'ils évoquent certains généralistes, les patients ont tendance à leur retirer le statut de médecin au profit de celui de « dealers » de médicaments :

« Ma copine, elle est diabétique, tu sais ce qu'il lui dit ? Il lui sort que quand elle fait une hypo[glycémie] il faut qu'elle mange du pain. C'est débile ! Quand tu fais une hypo il te faut des sucres rapides, sinon tu peux tomber dans le coma, quoi ! Lui, il lui certifiait ça. Il est débile, il est même pas logique ce gars, t'a pas besoin d'être docteur pour savoir que quand tu fais une hypo il te faut du sucre ! Mais lui non, il faut pas pour lui, pour lui faut manger du pain. Non, il est pas bien ce docteur. Une fois pareil, il lui a pris la tension, je sais plus ce qu'il lui a sorti, mais un truc, "le truc il est cassé", enfin voilà, lui c'est...il sait que faire des ordo [ordonnances], lui. » (Fred, patient, Skénan, entretien, 2012)

Ce patient insiste sur l'absence de connaissances médicales d'un praticien dont la seule compétence serait la prescription. Plus généralement, chez les patients, l'opposition est récurrente entre les « vrais médecins » et les « médecins dealers », utiles pour obtenir rapidement une ordonnance, mais à qui ils ne confieraient pas leur santé.

Le manque d'équipement du cabinet est également avancé comme preuve que le médecin est un « dealer » :

« Moi je pensais que c'était un bon médecin, et j'ai halluciné quand je suis arrivé chez lui. T'as peur, quoi. La salle d'attente c'est un squat, son bureau c'est...voilà, t'as un bureau, un ordi, un canapé et c'est tout. Y'a pas de table pour t'ausculter, y'a rien, c'est un squat, pour moi c'est un squat, pour moi c'est un dealer. » (Erwan, patient, Subutex, entretien, 2012)

« Il a même pas une table pour t'allonger ! Mais, t'as vu son bureau ? Mais attends, son bureau, il y a, par terre, des papiers partout....Non non, il a même pas un truc pour te... je lui ai dit une fois, prenez-moi la [température]. Tu sais ce qu'il me dit ? "Ouais mais ça normalement...", il m'a dit "Tout le monde doit avoir ça chez lui". [...] Il pouvait pas me le faire, alors que tous les médecins ils ont ce truc ! La salle d'attente, quand elle ouvre le lundi, c'est tous les zonards de Toulouse qui sont là bas. Tu rentres dans son bureau, je suis désolé, c'est pas un bureau, c'est un squat, c'est pas un bureau ! » (Hichem, patient, Subutex marché noir, entretien, 2012)

On retrouve plusieurs éléments communs dans ces citations, qui concernent toutes deux le cabinet du Dr Albert : l'absence du matériel médical basique que l'on s'attend à trouver chez tout généraliste – lit d'examen clinique, thermomètre, tensiomètre en état de marche. Cette

absence implique l'impossibilité de prise en charge des pathologies courantes. Elle est aussi un indice du traitement d'exception que ce médecin réserve aux « toxicomanes » qui constituent l'essentiel de sa clientèle. Les deux patients comparent le cabinet à un « squat », ce qui marque, une fois de plus, un retrait du statut de médecin : le squat est le lieu de travail du dealer, alors que le cabinet est le lieu d'exercice d'un médecin respectable. Hichem relate également des conditions d'accueil et d'hygiène qui ne seraient pas « dignes d'un médecin » et pourraient même mettre en danger les patients :

« T'es allée dans la salle d'attente : est-ce que c'est digne d'un médecin ? Est-ce que c'est digne d'un médecin ? Attends, une fois, j'étais sur ce canapé, là, est-ce que je sens des pompes²⁷, en dessous des canapés ! Les mecs qui se shootaient, ils ont cassé les aiguilles, ils les ont cachées sous le truc ! C'est un médecin, ça ? Je sais même pas pourquoi ils lui ont donné le truc [l'autorisation] de...pour travailler, quoi. » (Hichem, patient, Subutex marché noir, entretien, 2012)

La description ethnographique du cabinet du Dr Albert, réalisée au moment de l'entretien, va dans le sens des propos des patients :

Dr Albert, extrait du journal de terrain, conditions de passation de l'entretien, description des lieux

Notes prises avant l'entretien, description de la salle d'attente :

La salle d'attente : un fauteuil cassé, un canapé lui aussi en mauvais état et une chaise pliante orange en fer sur laquelle je suis assise. Il y a écrit « ville de Toulouse » sur la chaise, elle a donc peut-être été ramenée de l'extérieur par les patients? Quelques cannettes de bière GraffenWaldner traînent au sol près des fauteuils. Des murs blancs jaunis, avec des toiles d'araignées, les carreaux de la fenêtre ne semblent pas avoir été lavés depuis longtemps. Au bas d'un mur, une prise de courant cassée. Pour seule décoration, un grand miroir ancien à montures en bois. Aucune affiche médicale.

Les patients restent peu de temps en consultation et repartent avec une ordonnance.

Notes prises après l'entretien, description du cabinet médical :

Cabinet médical exigü, un vieux fauteuil, un bureau avec des bibelots crasseux, le fauteuil du médecin est élimé. Sur le côté, un autre bureau avec un ordinateur portable (seul matériel qui a l'air neuf) et surtout il n'y a pas de lit d'examen clinique, et je ne vois aucun outil (stéthoscope, désinfectant...) rappelant un exercice de médecine générale. En fait, autant dans la salle d'attente que dans le bureau du médecin, rien ne laisse penser qu'on se trouve chez un généraliste.

À partir de l'observation de différentes salles d'attente, Aline Sarradon-Eck (2010a) fait l'hypothèse que « les médecins aménagent, consciemment ou non, les salles d'attente selon des présupposés d'exigences de la catégorie sociale dominante dans leur clientèle ». Elle ajoute qu'« au-delà de l'apparente banalité des lieux, la décoration et l'agencement des salles d'attente expriment une forme de considération du médecin envers le patient » (p. 102). Si l'on met en parallèle notre description avec ses propos, on en conclut

²⁷ Seringues.

que le Dr Albert déploie un moindre effort au regard de la population stigmatisée qu'il reçoit. Il la juge probablement peu exigeante d'autant plus qu'elle n'a pas d'alternative. Même si, comme on l'a vu, il affirme accepter « tous les patients », y compris « les pires »²⁸, il leur propose une sorte de prise en charge *au rabais*, que beaucoup trouvent insatisfaisante voire indigne. Durant l'entretien, Albert assure qu'il fait « de la médecine de bas quartier » tout en qualifiant sa salle d'attente de « cour des miracles », ce qui témoigne d'un manque de considération envers ses patients. La formule utilisée par Jean-Yves Trépos à propos de la réduction des risques, « bas seuil pour les patients, haut seuil pour les professionnels » (Trépos 2003, p.100), n'est pas valable dans ce cas. L'absence de logique de tri s'accompagne, pour ce médecin, d'une dégradation des conditions d'accueil et de prise en charge comparé à ce que l'on peut attendre d'un généraliste. Au lieu d'un bas seuil d'exigence du médecin envers ses patients, c'est le niveau d'exigence supposé des patients envers le médecin qui s'abaisse.

3.2.3. Le médecin-dealer : une relation réduite à sa dimension marchande

Beaucoup de patients et de généralistes accusent les « médecins-dealers » de tirer un avantage lucratif de la prescription intensive de MSO. Selon certains, cette pratique fournirait un mode d'exercice confortable tout en garantissant des revenus réguliers et abondants :

« Sur Bayonne, j'ai connu des médecins qui étaient ouverts juste deux après-midis par semaine, et qui faisaient que des ordonnances Subutex, méthadone, Subutex, méthadone, pendant...ils faisaient cent clients par après-midi. » (Thierry, patient, Méthadone, entretien, 2012)

On voit bien ici comment le statut libéral des généralistes peut les faire glisser vers la recherche du profit. Dans le contexte libéral, soigner n'est plus un acte totalement désintéressé car le patient est la source principale de revenus du médecin. La comparaison avec le « dealer », dont l'objectif est avant tout lucratif, rend compte de ce paradoxe de la médecine libérale. La relation médecin-patient s'en voit modifiée, non pas vers un rapport commercial dans lequel le client exige un service, mais plutôt vers une attention accrue du médecin à sa propre rétribution financière :

« La première fois, je pensais qu'il allait me poser des questions : “Depuis combien de temps vous prenez ça ?”, “Tu prends combien par jour ?”, euh... j'y suis allé, je demande du Sub, il me dit : “Ouais, vous avez la CMU ?”, “- Oui”, et il m'a prescrit. » (Hichem, Subutex marché noir, 2012)

²⁸ Extrait d'entretien cité au chapitre 4.

La question à propos de la CMU²⁹ en lieu et place de l'interrogatoire médical attendu par le patient dénote combien la relation est réduite à sa dimension marchande. Aux rôles du patient et du médecin se substituent ceux du consommateur de produits et du dealer. La consultation s'apparente alors à une transaction commerciale.

Mais malgré leurs critiques virulentes, certains patients continuent de fréquenter les médecins qu'ils qualifient de « dealers », afin d'éviter les refus, les contraintes du « cadre », ou les difficultés de prise en charge. Quelquefois la prescription du produit leur suffit et même s'ils considèrent les « vrais médecins » comme plus « sérieux » car ils « posent des questions » avant de prescrire, ils préfèrent les éviter car l'obtention de l'ordonnance est souvent plus complexe. Les prescriptions à bas seuil, malgré les problèmes éthiques qu'elles engendrent, permettent l'accès aux TSO de patients qui, sans elles, seraient exclus de la substitution. Les pratiques de tri des autres médecins reposent largement sur ceux qui acceptent de recevoir les indésirables, quelles que soient les conditions dans lesquelles ont lieu les prescriptions. L'impossibilité, pour certains patients, d'accéder aux consultations de la majorité des généralistes, engendre ces prise en charge d'exception. Certains médecins profitent de l'absence d'alternative pour des patients qui, sans eux, n'auraient d'autre choix que de recourir au marché noir pour obtenir un traitement.

3.3. Rester sur le seuil de la prise en charge : le marché noir en dernier recours

3.3.1. Une diversité de motifs de recours au marché noir

Les entretiens auprès des patients rendent compte d'une diversité de motifs de recours au marché noir pour l'obtention d'un MSO. La plupart des enquêtés qui s'y fournissent régulièrement sont soit sans domicile, soit sans revenus, ce qui va dans le sens d'une inégalité sociale d'accès aux traitements. Certains ont subi des refus de prise en charge de la part de médecins généralistes ou de CSAPA et ne souhaitent pas être rejetés une fois de plus. D'autres, sans avoir vécu de rejets, anticipent leur impossibilité de satisfaire les critères d'éligibilité à la prise en charge :

²⁹ Couverture Maladie Universelle.

« Ça fait quatre ans que je suis sous Sub, et la première année j'ai dû acheter à la rue, parce que je savais très bien comment ça allait se passer avec les médecins. J'étais toujours à droite à gauche et jamais dans la même ville donc du coup c'est dur de trouver un médecin. Et après je suis venu me poser à Toulouse et c'est là que j'ai rencontré mon médecin, c'est le premier que j'ai eu, il y en a pas eu avant, c'est le premier médecin que j'ai. » (Olivier, patient, BHD générique, entretien, 2012)

Ce patient considère que son mode de vie itinérant ne lui permettait pas de prétendre à l'obtention d'un TSO en médecine générale, puisqu'il ne lui était pas possible de se rendre régulièrement chez le même prescripteur. Il met en exergue la difficile adaptabilité des règles de dispensation des MSO à des patients non sédentarisés. Le cadre légal apparaît ici porteur d'une norme relative au mode de vie des patients.

De même, certains refusent de consulter les « médecins dealers » et optent pour le marché noir : « je préfère acheter dans la rue plutôt que d'aller chez lui », affirme ce même patient à propos du Dr Albert. Le recours au marché noir permet ainsi d'éviter le stigmate qui accompagne la fréquentation des praticiens hors normes.

D'autres recours aux MSO « de rue » ont lieu pour des raisons financières. Une absence de couverture maladie peut empêcher les plus en difficulté de payer les consultations médicales et les médicaments délivrés. C'est le cas de Paul, rencontré en entretien informel au bus d'échange de seringues, qui explique qu'acheter un comprimé de Subutex tous les jours dans la rue est plus avantageux comparé au prix de la boîte en pharmacie additionnée à celui de la visite hebdomadaire chez un médecin. D'autres renoncent à consulter un médecin de peur d'être « fichés » par l'assurance maladie ou les mutuelles. Hichem explique qu'il se fournit au marché noir depuis qu'il n'a plus de droits à la CMU, car il est obligé de partager la mutuelle de sa conjointe, avec les problèmes de confidentialité que cela engendre :

« Quand on a eu le petit, ils m'ont supprimé la CMU, parce que par rapport au couple et tout, comme mon amie travaille, elle a un bon salaire, ils m'ont supprimé le RSA et la CMU. Et là ils m'ont mis sur son assurance, sur son assurance j'ai le droit à 100%. Mais maintenant j'ai peur d'aller chez le médecin avec ça, que l'organisme qui rembourse le médicament, ils vont le voir que c'est du Sub. Moi j'ai arrêté d'aller chez le médecin, je les achète dans la rue.

-Tu vas plus chez aucun médecin ?

-Non, je vais pas payer 20 euros chez le médecin et 20 euros pour la boîte. Ça me coûte trop cher. »
(Hichem, patient, Subutex marché noir, entretien, 2012)

Le Subutex est donc un médicament stigmatisé au point que certains souhaitent que leur

dépendance aux opiacés reste la plus confidentielle possible. Le recours au marché noir permet cette discrétion.

Enfin, certains s'approvisionnent au marché noir de façon partielle, pour compléter une posologie prescrite jugée trop basse. Les injecteurs de Subutex, lorsqu'ils ont besoin de quantités supérieures au maximum autorisé, sont souvent dans ce cas. On le verra, avec certains généralistes, la marge de contrôle du patient sur son traitement est minime, ce qui force certains à recourir à « la rue » ou aux multi-prescriptions pour obtenir la dose souhaitée. Notons d'ailleurs que le recours au marché noir est aussi une forme d'automédication (au sens de Fainzang 2012), il permet la gestion autonome du traitement, en dehors des normes imposées par les médecins :

« Sinon la métha je l'achetais dans la rue. Et je prenais 160 [mg] tous les jours. Je prenais 80 le matin et 80 le soir. Je le divisais en 2. Pour éviter de piquer du nez. Quand j'ai commencé à faire des démarches, moi ça faisait déjà 7 mois que je prenais de la métha, mais pas tous les jours. » (Mickael, patient, Subutex, entretien, 2012)

Pour ce patient, l'approvisionnement dans « la rue » s'accompagne d'une personnalisation du rythme des prises. De nombreux généralistes remarquent d'ailleurs que leurs patients ont consommé des MSO « dans la rue » avant de les consulter. L'expérimentation au marché noir permet aux patients de se familiariser à leur médicament et d'apprendre à l'utiliser comme ils le souhaitent³⁰. Dans un registre proche, certains recours au marché noir sont irréguliers, lorsqu'un patient n'a pu obtenir un rendez-vous chez son médecin avant la fin de sa délivrance précédente, par exemple. Ces recours constituent des adaptations aux contraintes de dispensation des traitements. Le marché noir permet aux patients de fixer eux-mêmes les modalités du déroulement de leur traitement, indépendamment d'un « cadre » imposé par les médecins.

3.3.2. Le marché noir : un maillon du système local de prise en charge

Plus qu'une simple adaptation des patients aux contraintes qui leur sont imposées, le marché noir, en tant qu'offre de traitements, apparaît comme un véritable maillon du système de prise en charge, sur lequel certains généralistes s'appuient dans leur travail au quotidien. Il leur permet, notamment, de différer leur réponse face à l'urgence du manque :

³⁰ Nous y reviendrons au chapitre 7 lorsque nous aborderons les savoirs et usages profanes.

« Ce qui a simplifié la prise en charge c'est quand-même le fait que les traitements de substitution soient disponibles à la rue. Parce qu'on n'a plus les patients qui arrivent en manque avec une demande pressante comme on l'avait à l'époque, ça c'était très compliqué à gérer. Très compliqué, ça on l'a plus. Ou très peu.

-Donc là vous prenez le temps...

-Ah oui, moi je suis très à l'aise pour dire à la personne qui arrive en manque et qui est pressante, un peu, de lui dire qu'elle peut aller chercher ça à la rue, qu'elle se débrouille, que moi je veux pas entendre parler, et qu'on se revoit tranquillement, en dehors de l'état de manque et en dehors de l'urgence, et je lui mets un rendez-vous un ou deux jours après. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

Cette praticienne reconnaît l'utilité du marché noir dans le système de prise en charge : il permet de satisfaire des demandes auxquelles les généralistes ne souhaitent ou ne peuvent pas répondre. Le marché noir pallie les insuffisances de la substitution en médecine générale en proposant une offre de MSO immédiatement disponibles, évitant aux généralistes de prescrire dans l'urgence. Ces derniers ne sont, dès lors, plus dans la position inconfortable de « première ligne ». De même, le marché noir pallie leur impossibilité d'intégrer certains patients à leurs conditions d'exercice, autorisant les pratiques de tri :

« En médecine de ville on en fait un peu, du bas seuil, bien sûr que sur nos patients, on en a deux ou trois qui sont vraiment des....mais qui régulièrement font péter les plombs aux médecins et...bon, donc le bas seuil hé ben ils l'ont inventé ! Hein, puisque le gouvernement n'a pas été capable de le faire, les médecins non plus, hé ben du coup le bas seuil c'est la rue, tout simplement, c'est-à-dire que le trafic ça permet le bas seuil, ça permet l'accès aux traitements de substitution des gens qui n'ont rien, qui sont en galère, qui mélangent, qui vont prendre le traitement de substitution quand ils ont pas d'héroïne ou ceci cela, donc il y a une nécessité, on peut condamner le trafic sur ceux qui trafiquent, mais sur ceux qui consomment par le trafic ben ils ont raison, puisqu'on n'est pas capables. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2010)

Le Dr Yves insiste sur le manque de moyens de la médecine générale pour prendre en charge certains patients qui, selon lui, nécessitent une prise en charge à bas seuil d'exigence. Pour lui, le marché noir répond à l'incapacité des médecins et du « gouvernement » à proposer une réponse à ces patients, qui se retrouvent exclus du système de prise en charge. En constituant le dernier réceptacle pour les patients indésirables, le marché noir est impliqué dans les interdépendances locales entre acteurs, sur lesquelles s'appuient les pratiques de tri.

Conclusion du chapitre 5

Ce chapitre s'est intéressé aux critères de la sélection et à leurs conséquences sur les trajectoires des patients. Les pratiques de tri des généralistes correspondent à une volonté d'adapter la mission substitutive à leur contexte d'exercice, mais en retour elles produisent une population d'indésirables qui n'accède pas aux TSO dans les mêmes conditions que les autres patients substitués. Selon Bergeron et Castel (2010), la sélection des patients serait « essentielle au maintien de réseaux stables de coopération » car elle permet la complémentarité des professionnels plutôt que la concurrence. Notre travail montre les limites de leur approche fonctionnaliste en s'intéressant aux patients qui ne trouvent pas leur place dans le système local de prise en charge. Cette population d'exclus ne préexiste pas au processus de sélection, elle est produite par les acteurs qui l'excluent.

Nous avons ici saisi le tri en tant que logique d'appropriation des TSO au regard d'un contexte spécifique : celui du cabinet médical, qui nécessite, de la part du médecin, un travail d'organisation, de *gestion*. Contrairement au chapitre précédent où le tri était envisagé comme une logique de conciliation des TSO avec différentes valeurs professionnelles qui traversent la médecine générale, ici nous nous sommes moins intéressée à l'appartenance à un groupe professionnel commun qu'à la réalité quotidienne de l'exercice d'un métier. Le tri des patients substitués apparaît ainsi comme une solution qui permet aux généralistes de prescrire des TSO tout en se préservant des éventuelles perturbations occasionnées par certains « toxicomanes » sur leur activité. L'appropriation des TSO n'a donc lieu qu'avec les patients que les médecins jugent éligibles. Pour de nombreux généralistes, le tri est la seule condition selon laquelle ils peuvent s'acquitter de la mission substitutive. Les inégalités d'accès aux traitements révélées par la sélection incitent donc à une interrogation sur la place des généralistes dans la politique publique de la substitution. Même si la médecine générale a été le principal vecteur de la diffusion des TSO en France, les pratiques de sélection mettent en exergue les limites de leur accessibilité, en même temps que les limites de la médecine générale pour assumer totalement cette mission. Toutes les personnes dépendantes aux opiacés ne deviennent pas forcément des patients de la médecine générale.

PARTIE III

—

UNE RELATION EN TRAIN DE SE
FAIRE :
DE L'INCERTITUDE A LA
ROUTINE

Les deux parties précédentes ont permis de saisir l'appropriation des TSO en médecine générale en tant que mise en œuvre d'une politique publique produisant un système d'acteurs interdépendants (I), puis ensuite comme incorporation d'une tâche aux réalités d'un métier au moyen de pratiques de tri (II). Pour compléter le tableau, il faut, une fois de plus, changer de niveau d'analyse, et s'intéresser à l'appropriation d'une politique publique en tant que *construction d'une relation*, au cours de laquelle un « toxicomane » devient le patient d'un généraliste.

Les pratiques de tri analysées précédemment dénotent combien le statut de « patient » n'est pas une donnée déjà là : il n'est pas accessible à tous dans des conditions identiques. Nous interrogerons ici la manière dont ce statut s'acquiert au sein d'une relation interindividuelle, sous l'effet d'actions concrètes des deux protagonistes. Au lieu de considérer la « relation médecin-patient » comme un cadre préalable dans lequel se déploient les pratiques des deux acteurs qui la composent – point de vue adopté par la majorité des approches sociologiques et anthropologiques (par exemple, Parsons 1951; Freidson 1984; Fainzang 2006) – nous chercherons à comprendre comment une relation se fabrique et comment elle “tient”, grâce aux actes successifs des uns et des autres. Les relations médecin-patient seront étudiées comme des objets toujours en construction : elles sont le produit d'interactions et ne doivent pas être réifiées. Les quatre chapitres de la partie retracent les étapes de la construction d'une relation médecin-patient dans le cadre des TSO : de l'incertitude, qui met en jeu l'attribution de la confiance du médecin, à la routine des échanges lorsque le maintien de la relation n'est problématique pour aucun des protagonistes, en passant par des épisodes charnières de négociation, dont l'issue assure la pérennité de la relation.

Le chapitre 6 s'intéresse en particulier à deux moments des relations entre généralistes et patients en TSO : leur commencement et leur interruption. En décrivant les procédés par lesquels les médecins accordent ou retirent leur confiance à un patient donné, ce chapitre met en avant la dimension d'*expertise* à l'œuvre dans certaines consultations. Il analyse les pratiques de tri telles qu'elles se déroulent concrètement.

Le chapitre 7 étudie les *enjeux de contrôle* du déroulement du traitement qui peuvent traverser les relations entre médecins et patients. En reprenant les typologies de Szasz et Hollander (1956) et de Freidson (1984), nous portons attention à la participation de chacun des

protagonistes lors des “bifurcations” du traitement (changement de posologie, diminution ou augmentation du dosage...). Ce chapitre est également l’occasion de poser la question de l’appropriation des TSO du point de vue des patients, en analysant les usages profanes des médicaments et leur réception par les généralistes.

Le chapitre 8 analyse la *négociation* dans les consultations et son rôle dans la construction d’une relation. Nous interrogeons l’enjeu des négociations pour les médecins et les patients : bien souvent, cet enjeu ne semble pas se limiter à un accord sur le contenu de l’ordonnance à l’issue d’une interaction donnée. Il faut l’analyser à l’échelle de la temporalité des rencontres successives. On verra que l’absence de volonté de parvenir à un accord satisfaisant pour les deux parties marque souvent un désinvestissement du médecin ou du patient au sein d’une relation qu’il ne cherche plus à maintenir.

Enfin, le chapitre 9 s’intéresse aux consultations de *routine*, lorsque la relation est installée dans la durée et que la reconduction du traitement ne fait pas problème. Dans la mesure où elles ne sont plus centrées sur la prescription du TSO, les consultations routinières semblent témoigner de l’incorporation des patients substitués à la médecine générale. Pourtant, l’obligation de consulter le médecin une à deux fois par mois, sans autre raison que le renouvellement d’une ordonnance, interroge une fois de plus le traitement d’exception réservé à ces patients par la politique publique qui les conduit chez les généralistes.

Chapitre 6.

L'attribution du statut de patient entre soupçon et confiance : les ressources de l'expertise médicale

Introduction. Confiance et expertise dans les interactions médecin-patient

Le chapitre 5 a été l'occasion d'aborder les critères de sélection des généralistes, leurs justifications organisationnelles et leurs conséquences sur les trajectoires des patients. Prendre pour niveau d'analyse la consultation médicale va maintenant permettre de s'intéresser à la façon dont un généraliste confronte ses critères avec un patient donné. Après le « pourquoi » – les justifications des médecins aux pratiques de tri – il faut aborder le « comment » – la manière dont a lieu concrètement la sélection ou l'exclusion d'un patient. Inclure une personne dans sa patientèle n'équivaut pas à accepter de rédiger une ordonnance de TSO. Nous l'avons vu, certaines prescriptions de courte durée sont, au contraire, effectuées dans le but d'éloigner définitivement un patient du cabinet. L'inclusion, par laquelle commence le processus d'acquisition du statut de patient, ne se réduit pas à l'acte de prescrire, elle marque le début d'une *relation*.

La figure de « l'ingérable », du *mauvais toxicomane*, abordée précédemment, prend, dans certains discours, la forme du patient *non fiable* : les médecins insistent notamment sur les tentatives d'instrumentalisation de leurs prescriptions. La dimension microsociale des pratiques de sélection réside donc, en partie, dans le processus d'attribution de la confiance du médecin en son patient. Comme on l'a vu en étudiant l'instauration du « cadre », les médecins évaluent souvent la fiabilité d'un patient en TSO à l'aune de sa propension à déplacer la fonction de soignant vers celle de « dealer ». On retrouvera donc ici la pluralité des rôles possibles du généraliste, centrale dans le processus d'appropriation des TSO. La confiance est trahie lorsque le médecin fait le constat du décalage entre le rôle qu'il croyait jouer et celui que le patient lui fait effectivement jouer.

Ces considérations préliminaires incitent à envisager la problématique de la confiance de manière inversée par rapport à la perspective usuelle en socio-anthropologie de la santé, qui a surtout analysé la confiance du patient au médecin (Pour une revue de la littérature sur cette approche, voir Cresson 2000). En effet, nous n'étudions pas le cas où le patient, en situation de « vulnérabilité », doit « s'en remettre à son médecin pour des décisions qui touchent son corps » (Membrado 2014). Nous abordons, au contraire, la confiance du médecin en son patient¹, en remarquant d'emblée qu'elle n'est pas attribuée *a priori* dans le cas des TSO : souvent, le soupçon la précède et le patient devra prouver au médecin qu'il est digne de confiance, en montrant, notamment, sa capacité à respecter les règles du « cadre ». Le régime de défiance qui régit souvent les relations des généralistes avec les personnes substitués fait écho à l'entrelacement des traitements pénal et médical des consommateurs de drogues. Ils sont alternativement malades ou délinquants, y compris dans le statut que leur octroient les médecins. Le (mauvais) « toxicomane » indigne de confiance est placé du côté du délinquant, alors que le (bon) « patient » est placé du côté du malade, domaine de compétence de la médecine générale. Le trafiquant de MSO incarne le délinquant qui se fait passer pour un malade en trompant la confiance et la vigilance du médecin. Le processus par lequel le médecin attribue l'un ou l'autre statut est donc primordial pour comprendre les conséquences de ces catégories collectives sur la prise en charge d'un patient donné.

L'attribution de la confiance du médecin au patient soulève la question de l'incertitude et des méthodes que les médecins emploient pour la réduire. L'incertitude, ici, ne renvoie pas forcément à la position inconfortable de la médecine générale vis-à-vis de la spécialisation infinie des savoirs médicaux telle que l'a envisagée Bloy (2008) – « sa spécialité n'étant pas bornée *a priori* », le généraliste est condamné à rester « celui qui sait un peu de tout » (Bloy 2008, p. 72). Dans les situations étudiées ici, l'incertitude porte moins sur le diagnostic et la marche à suivre – crainte de l'erreur médicale, par exemple – que sur les intentions du patient quant à l'usage du traitement (revente, consommation déréglée...)², qui marquent la possibilité d'instrumentalisation du médecin. Certaines consultations revêtent donc une dimension d'*expertise* : le généraliste est amené à statuer sur la fiabilité du patient et la pertinence de sa demande de TSO, en mobilisant des ressources pour accorder sa confiance.

¹ Cresson mentionne la confiance du médecin en son patient comme une question restant encore à explorer.

² Elle se rapproche de « l'incertitude sur ce qui peut se passer en aval de la consultation », également mentionnée par Bloy (2008, p. 75).

Il faut préciser, cependant, que ces situations d'expertise sont marquées du sceau de l'exception. Elles sont loin de constituer l'essentiel de l'activité des généralistes avec les patients substitués³. Il faut donc se départir d'emblée de l'idée que l'incertitude causée par une irréductible singularité des cas – la « complexité du matériau humain », pour reprendre des termes de Florent Champy (2009) – serait une spécificité fondamentale de l'activité médicale. Comme le remarque Freidson, il s'agit là d'une rhétorique entretenue par les médecins pour (se) convaincre de la supériorité intellectuelle de leur travail. Elle correspond peu à leur réalité quotidienne qui comporte de nombreuses « procédures de routine » qui « ne demandent aucun jugement » mais sont tout aussi primordiales pour le soin des malades (Freidson 1984, p. 171). Dans le cas qui nous intéresse, l'incertitude sur les intentions du patient ne se présente de manière accrue – d'une manière telle que le médecin doit lever le doute pour continuer à travailler avec le patient – que dans des circonstances bien particulières : l'initiation des traitements, les sollicitations de patients inconnus pour des « dépannages » en l'absence de leur prescripteur habituel, et les moments de doute au sujet d'une prescription déjà amorcée. Lors des initiations, les patients dépendants aux opiacés mettent à mal la procédure classique de diagnostic : la plupart du temps, ils se présentent à la première consultation en connaissant déjà leur problème – ils se savent dépendants aux opiacés – et en ayant une idée du traitement qu'ils souhaitent, parfois même de la posologie⁴. Le travail de diagnostic et de choix du traitement dévolu au médecin se transforme donc en travail d'évaluation d'une demande. D'autre part, au cours du suivi, le médecin peut s'interroger sur la destination de ses prescriptions et chercher à dissiper une incertitude. Ce dernier cas de figure interroge les circonstances dans lesquelles le doute surgit, et les raisons pour lesquelles il devient parfois insupportable. Sur quels éléments se fonde le doute au cours de l'interaction ? Et ensuite, comment les généralistes s'y prennent-ils pour le dissiper ?

Pour traiter ces questions, l'analyse sera basée en grande partie sur des discours, car l'exceptionnalité oblige, nous n'avons pas observé de moments où la continuité du suivi représente un enjeu décisionnel pour le médecin. Cependant, l'évocation de ces situations est récurrente dans les entretiens, ce qui témoigne de leur caractère problématique pour les généralistes, malgré leur faible fréquence. Nous ne traitons donc pas, ici, de la décision « en

³ La plupart des prescriptions sont renouvelées sans être remises en question, même en présence de doute ou de désaccords, comme nous le verrons dans les chapitres 8 et 9.

⁴ Nous reviendrons sur la participation des patients à l'établissement de la posologie au chapitre suivant.

train de se prendre » : l'analyse s'ancre dans les récits des médecins sur les doutes auxquels ils ont fait face, la manière dont ils les ont, ou non, résolus, et les conséquences possibles en termes d'exclusion (ou de non inclusion) d'un patient. S'appuyer sur les discours permet aussi d'analyser comment les médecins expliquent leurs doutes et leurs décisions.

Nos questionnements impliquent d'aborder l'expertise et l'attribution de la confiance au prisme des *ressources* que les médecins mobilisent pour statuer sur la fiabilité d'un patient et réduire l'incertitude à son sujet. Elles peuvent être séparées en deux types. D'une part, les ressources inhérentes à la situation de consultation, que le médecin puise dans les attitudes, les discours et le corps du patient. Elles font en grande partie appel à des savoirs expérientiels fondés au cours de la pratique de la médecine générale (partie 1 du chapitre). D'autre part, les généralistes sollicitent des ressources extérieures au colloque singulier. Souvent ancrées dans des objets techniques, elles sont susceptibles de fournir des *preuves* objectives pour fonder l'attribution de la confiance, en opposition à la prétendue subjectivité de leur « jugement médical » (partie 2). Les deux types de ressources entretiennent entre elles un rapport dialectique : elles sont à la fois complémentaires et inconciliables. Nous verrons que leur articulation ne va pas de soi pour les médecins, car elles instaurent différentes manières de « faire confiance ».

1. Les ressources cliniques

Les généralistes fondent leur jugement sur des informations puisées au sein de l'interaction avec le patient. Nous proposons de les appeler *ressources cliniques*, en nous inspirant de Freidson (1984) qui remarque que le médecin est avant tout un « praticien » : son objectif n'est pas de réunir des savoirs spéculatifs mais d'agir. On ne peut, en effet, étudier les « savoirs médicaux » sans tenir compte du fait que la profession médicale est une « profession consultante » avant d'être une « profession savante ». Tous les « savoirs », en médecine, visent une application pratique : ils constituent donc aussi des ressources pour le médecin lorsqu'il doit soigner un patient.

Outre les activités de diagnostic et de choix du traitement sur lesquelles s'est penché Freidson, les ressources de la situation clinique peuvent être sollicitées pour décider si un patient est fiable ou non. Le médecin, dans ce cas, s'appuie sur des indices issus de

l'interaction en les confrontant à ce qu'il a appris, ou aux cas rencontrés par le passé. Nous verrons dans un premier temps que ces savoirs sont expérientiels et cumulatifs. Ils correspondent à un processus cognitif d'attribution de la confiance par assimilation du patient à un stéréotype fondé au cours de l'expérience (1.1), ensuite nous montrerons comment l'expertise puise des ressources dans l'interaction par les techniques d'interrogatoire et d'examen clinique du patient (1.2).

1.1. Le *feeling* et l'habitude : les savoirs expérientiels des généralistes pour juger de la fiabilité d'un patient

1.1.1. Une distance aux savoirs appris

À la suite de Baszanger (1981), Bloy (2008) note un « décalage » entre les plaintes reçues en médecine générale et le « savoir biomédical contemporain », qui n'est souvent d'aucune utilité pour les résoudre. De fait, les savoirs que les généralistes mobilisent face à un patient en TSO semblent rarement provenir de sources formalisées d'acquisition de connaissances. Selon les médecins enquêtés, le cursus des études médicales n'aborde pas, ou très peu, la dépendance aux drogues⁵. Pour pallier cette insuffisance, quelques-uns ont suivi un module de formation continue, d'autres se sont documentés sur la question grâce à la littérature médicale (par exemple, le Dr Raymond explique avoir constitué un « dossier » sur la substitution lorsqu'il a commencé à prescrire dans les années 1990⁶). Le Réseau addictions local, par le biais des réunions qu'il organise, ainsi que le partage plus informel de pratiques entre pairs, sont aussi mentionnés comme vecteurs d'apprentissage sur les TSO. Les délégués médicaux des laboratoires pharmaceutiques font également office de sources d'informations pour quelques médecins, avec cependant des réserves exprimées quant à leur parti-pris commercial. Pour d'autres enquêtés, enfin, prescrire des TSO ne nécessite aucune connaissance spécifique car cela fait partie de la médecine générale courante :

« Moi c'est au *feeling*. Je vais pas suivre de formation sur quelque chose qui ne me passionne pas, quand-même. Je le fais comme une pratique de tous les jours, de médecine générale. Mais je ne suis pas plus addictologue que je ne suis tabacologue, maintenant on est toujours "logue" de quelque chose.

⁵ Les jeunes médecins déplorent que les rares cours sur le sujet se limitent à la pharmacologie des opiacés et aux règles de rédaction des ordonnances, alors que certains médecins plus âgés constatent une absence totale de cette thématique durant leurs études.

⁶ Il semble que ces connaissances ne soient pas toujours actualisées au cours de la carrière.

Cardiologue, dermatologue, pneumologue, tout ça. Moi je suis là pour essayer d'orienter les gens et de les suivre quand ils ont besoin de moi. Mais je veux pas faire une formation pour en faire un peu mon...ma spécialité. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

On notera ici que la « formation » est rejetée car assimilée à la « spécialisation », pour un médecin qui conçoit son rôle comme une fonction d'orientation.

Qu'ils aient fait ou non un effort de formation spécialisée, lorsque nous demandons aux généralistes comment ils s'y prennent pour expertiser une demande de TSO ou statuer sur une prescription en cas de doute, c'est à d'autres types de savoirs qu'ils font référence : des connaissances qui s'apprendraient au fil de la « pratique », avec « l'expérience » et « l'habitude » de côtoyer des patients en TSO. Le « *feeling* », évoqué par le Dr Georges ci-dessus, en fait partie. Le Dr Marc insiste sur le faible poids de sa formation pour son activité quotidienne :

« C'est vrai que ce sont des choses sur lesquelles on apprend sur le tas, parce que de toute façon il faut savoir que sur dix ans de médecine, vous avez à peu près six heures de cours sur les psychotropes. C'est par expérience, je dirais, le tas (*rire*), c'est un savoir-faire qui s'apprend dans la pratique, directement. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin met en opposition les « six heures de cours », qui l'aident peu au quotidien, avec le « savoir-faire », plus concret, acquis « dans la pratique ». Avoir appris « sur le tas », au fil du temps passé avec les patients, est souvent décrit par les généralistes comme un mode légitime d'acquisition de connaissances et de compétences. Ce sont des savoirs cliniques, tels que les décrit Freidson : « en tant que clinicien, [le médecin] est porté à croire, le temps aidant, qu'il peut se fier à l'accumulation de son expérience directe et personnelle, de préférence aux principes abstraits ou aux "savoirs livresques", surtout quand il faut évaluer et traiter ces aspects de son travail qui ne relèvent pas des automatismes. » (Freidson 1984, p. 177). « Le savoir pratique de la profession est fondé, en grande partie sur l'expérience clinique des médecins. [...] Le modèle du clinicien domine encore à tel point la pratique quotidienne de la médecine et son idéologie qu'il encourage le médecin à s'écarter individuellement du savoir codifié en s'appuyant sur ses observations personnelles faites de première main sur des cas concrets. » (Freidson 1984, p. 337).

Certains médecins prennent de la distance vis-à-vis des savoirs appris. Leur

« *feeling* », ou encore leur « personnalité », semblent prendre une part importante dans leurs actions. Ces dernières deviennent dès lors plus subjectives, déterminées par la rencontre entre deux individualités, un médecin et un patient :

« Chacun travaille avec sa personnalité, enfin en général c'est...je refuse de dire "il faut faire ça comme ça, comme ça et puis comme ça". Ah, j'ai appris ce qu'il faudrait faire, ce qu'il faut, entre guillemets ce qu'il serait mieux de faire, mais ma personnalité reprend tout de suite le dessus.

-Vous avez appris ?

-Oui, en suivant le réseau, en lisant beaucoup, en étant abonné à des revues... Quand on lit *Pratiques*, quand on lit, voilà, on voit ce que nous disent les gens qui sont censés savoir ce qu'il faudrait faire, les psychiatres, les congrès, les...avec mise en situation ou autre, bon je peux très bien jouer la comédie pour faire un jeu de rôle pour être assez bon tel qu'ils me demandent de l'être, mais après...je le fais pas en pratique après. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Même lorsqu'ils ont été formés à la prise en charge de la dépendance aux opiacés, les décisions de ces médecins se fondent plutôt sur des éléments propres à l'interaction avec le patient, non généralisables dans des « règles » :

« Il n'y a pas de règle générale, je crois que chaque cas, chaque rencontre est une rencontre particulière. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

De même, le Dr Alain, pour caricaturer, dira que ses décisions dépendent en partie « de son humeur du jour ». Même affirmés sur le ton de la plaisanterie, ces propos dénotent une singularisation revendiquée de la pratique.

Le Dr Albert va plus loin en affirmant que les formations « ne servent à rien » et que toute connaissance en matière de TSO doit être issue de la confrontation directe aux patients. Son propre cabinet serait alors un lieu d'apprentissage privilégié :

« Dans les formations ils disent rien ! Ils disent rien ! Ils vont dire : "vous devez être ferme, vous allez commencer, vous allez chercher le numéro du psychiatre, vous allez..." De toute façon on apprend pas avec des formations. On apprend ici. Si un médecin veut apprendre sur les toxicos, il faut qu'il vienne ici. Ça, c'est sûr. Il verra la vérité, il verra pas le reste, le...la formation ne sert à rien. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans un autre extrait, Albert décrit la médecine comme un « art » en grande partie dépendant des qualités personnelles du praticien :

« Rien n'est facile en médecine. C'est un art. Servi par une science, mais c'est de l'art, surtout de l'art. Il faut respirer le système de la relation. Si on fait pas ça, on est aveugle, on est aveuglé par les *a priori*, par les méthodes, les formations. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

Comme le remarque Freidson, cette rhétorique, qui consiste à mettre « l'accent sur *l'indétermination ou l'incertitude*⁷ sans s'attarder outre mesure à l'idée de régularité ou de comportement scientifique conforme à des constantes », est aussi une façon de « justifier l'importance pragmatique que [le praticien] accorde à l'expérience directe » (Freidson 1984, p. 178)⁸. Dans les propos du Dr Albert, on retrouve la glorification de la « relation » qui unit deux personnes singulières (un « système » clos sur lui-même), et ne peut donc être réduite à l'application de « méthodes ». Son argumentaire rappelle l'idée de « sagesse pratique » qui s'enracine dans la dimension « prudentielle » du jugement médical décrite par Paul Ricœur, dont l'un des préceptes serait la « reconnaissance du caractère singulier de la situation de soins et d'abord celle du patient lui-même » (Ricœur 1996, p. 24). Pour Ricœur, au niveau prudentiel du jugement médical, « la faculté de jugement est appliquée à des situations singulières où un patient individuel est placé dans une relation interpersonnelle avec un médecin individuel. Les jugements proférés à cette occasion exemplifient une sagesse pratique d'une nature plus ou moins intuitive résultant de l'enseignement et de l'exercice » (*ibid.* p. 21)⁹. Le verbe « respirer » qu'emploie le Dr Albert, dénote que, pour lui, les compétences du médecin font appel au ressenti et au corporel. Ce médecin déploie donc une rhétorique visant à mettre en valeur la dimension clinique subjective de son activité de jugement. On voit ici combien la « pratique prudentielle » est mise en scène par les médecins pour valoriser le travail clinique. Contrairement à ce qu'avance Champy (2009) elle représente bien plus une rhétorique des professionnels qu'une réelle spécificité de leur activité vis-à-vis d'autres métiers¹⁰.

Les savoirs et savoir-faire acquis dans la pratique constituent donc, selon les médecins,

⁷ Les italiques sont de l'auteur.

⁸ Freidson ajoute que les médecins « valoris[ent] la primauté de l'expérience clinique directe sur les lois scientifiques ou les règles générales, ce qui a pour conséquence d'exagérer la diversité des opinions jugées acceptables et de permettre de résister en toute bonne conscience à l'autocritique que pourrait entraîner la désapprobation des collègues » (*ibid.*, p.173). Cette affirmation s'applique parfaitement au cas du Dr Albert, particulièrement critiqué par ses confrères au niveau local.

⁹ Ricœur distingue le niveau « prudentiel » du niveau « déontologique » du jugement, où la relation médecin-malade se trouve enchâssée dans des normes collectives telles que le secret médical.

¹⁰ Nous l'avons dit, même s'ils prennent beaucoup de place dans leurs discours, l'exercice du jugement et l'activité prudentielle ne concernent que quelques situations très particulières d'incertitude, non représentatives de la pratique quotidienne.

la ressource principale face à un patient. Comme nous allons le voir, ils s'affinent au fil du temps. Ils permettent aux praticiens de se forger progressivement des méthodes personnelles d'expertise pour évaluer la fiabilité des patients substitués.

1.1.2. L'expérience comme ressource pour attribuer sa confiance : des savoirs relationnels cumulatifs

Par « savoirs relationnels » nous désignons les ressources que les médecins forgent progressivement au contact des patients, dans l'objectif de dégager des indices de fiabilité. Ce sont aussi des savoirs expérientiels, car les médecins les construisent dans l'agrégation des relations avec les différents patients qu'ils ont rencontrés. Ces savoirs permettent l'attribution de la confiance. Beaucoup de généralistes les mettent en avant pour repérer les situations où un patient les « manipule ». C'est en identifiant des indices issus de l'interaction avec le patient, puis en les comparant avec d'autres situations provenant de son « expérience », que le médecin fait surgir un doute puis tente ensuite de le vérifier.

La dimension temporelle et itérative apparaît primordiale dans la formation des savoirs relationnels : ils se construisent progressivement durant la carrière du médecin. C'est par « l'habitude » de la « pratique », la confrontation successive à différents « cas » que le médecin parvient à dégager une méthode d'expertise, qu'il va ensuite appliquer aux nouveaux patients qui se présentent face à lui. Ainsi, plusieurs généralistes affirment que lorsqu'ils étaient jeunes médecins, ils parvenaient moins facilement à identifier les patients non fiables :

« [Quand] j'étais jeune médecin [...] c'était pas quelque chose que j'avais l'habitude de faire, mais on se rode à l'expérience comme pour beaucoup de choses. Après, l'expérience fait qu'on est un peu plus affûtée pour répondre à des demandes inconsidérées, le temps jouant en notre faveur, ça c'est évident. »
(Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Quand les gens ils ont pas pris rendez-vous, ils sont dans le cabinet et ils disent “j'ai besoin de Subutex”, comme ça, je dis “non, non, non, vous prenez rendez-vous, faut que ça soit cadré, quoi”. Non, non, parce que ça... pourquoi pas demain, pourquoi pas après demain ? C'est sans fin, ça ! Non, non, ça je dis non. C'est pareil pour les gens qui disent “j'aurais besoin de Lexomil, et puis du Rohypnol” je dis “non, non, ne comptez pas sur moi pour un seul comprimé de Lexomil et de...” je vais pas entretenir leur dépendance ! J'ai dû me faire avoir quand j'étais beaucoup plus jeune, en croyant bien faire, dans l'assistance, dans une certaine compassion, mais c'est pas ça la médecine ! Ah non, quand on est jeune on est dépourvu de ça. » (Dr Joseph, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin comprend qu'un patient tente de l'instrumentaliser en se référant à la répétition de cette situation dans le temps. Être confronté plusieurs fois à des cas similaires lui permet d'interpréter la situation comme problématique et de refuser la prescription. La description canonique qu'il donne d'une situation d'instrumentalisation met en scène un patient formulant sa demande telle une « liste de courses »¹¹ : dès qu'il identifie ce schéma de demande, il l'assimile dorénavant à un idéaltype de patient non fiable.

D'autres médecins affirment que leur « expérience » leur a permis d'acquérir une bonne connaissance de la population toxicomane sur le plan collectif voire « sociologique ». Ces connaissances sont réutilisées pour éviter de se faire « entuber » par les patients :

« À l'époque où j'en avais beaucoup, c'était très important [de connaître les prix des médicaments au marché noir], pour pas me faire entuber entre guillemets : “me prends pas pour un con, je sais très bien à combien tu le revends” voilà, c'était important quand-même de connaître la sociologie et l'*habitus* de ces patients, pour les prendre...bon c'est vrai qu'il y a toujours cette mécanique de manipulation, et donc leur dire “attends, je suis pas quand-même tombé de la dernière pluie”. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, les connaissances portent sur l'organisation des mondes sociaux des drogues. Issues de la fréquentation des patients substitués, elles servent à identifier et à désamorcer la « manipulation » par un revendeur de TSO. On retrouve ici « l'univers des listes » décrit par Dodier, où l'expertise prend en compte l'individu « comme un membre quelconque d'une population » (Dodier 1993, p. 71).

Pour les médecins dont la pratique est récente, l'absence de ces savoirs relationnels cumulés au cours de l'expérience peut engendrer des difficultés de prise de décision. C'est ce que relate le Dr Élodie à propos d'un stage d'internat :

« J'avais vu une patiente qui était sous traitement, et j'avais trouvé... elle venait me voir pour réintroduire un traitement, et j'avais trouvé ça délicat comme situation, j'avais essayé d'analyser et je sais pas exactement ce qui m'avait bloqué à ce moment là.

-Tu l'avais pas prescrit à ce moment là ?

-Non je l'avais renvoyée sur un de mes confrères. Elle venait pour autre chose, en fait, elle s'était injecté, je sais plus ce qu'elle s'était injecté, mais elle avait fait un abcès, enfin une infection au niveau

¹¹ Voir chapitre 7 pour une analyse de ce schéma de demande.

de la main, du coup moi j'avais traité ça. Elle était plus sous traitement substitutif mais elle avait une demande par rapport à ça, et du coup je l'avais renvoyée sur un de mes collègues parce que c'était un cabinet de groupe. Un collègue qui avait plus(+) l'habitude du relationnel avec les patients. Moi je commençais tout juste les consultations seule au patient. Donc j'avais trouvé délicat, la situation. » (Dr Élodie, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

La situation est « délicate » car le médecin a une décision à prendre, contrairement aux renouvellements d'ordonnance, dont Élodie affirme qu'ils ne lui posent aucun problème. Les consultations d'initiation nécessitent une expertise, que cette jeune praticienne choisit de déléguer à un confrère. Sans parvenir à mettre des mots précis sur ses difficultés, elle les rattache au domaine du « relationnel ». En fait, l'enjeu de cette consultation semble être la confiance. Selon Élodie, un médecin ayant une plus grande expérience de ces situations est plus à même d'expertiser la demande, car il saurait repérer, lors de l'interaction avec la patiente, des indices de (non)fiabilité. Dans un autre extrait, Elodie précise ce qu'elle entend par « relationnel », en soulevant la question de l'abus de confiance. Comme d'autres, elle différencie deux types de patients en TSO, et seuls ceux qui entraînent une ambiguïté de son propre rôle lui posent un problème sur le plan « relationnel » :

« C'est là où revient le relationnel, je trouve, particulier avec ce type de patients. Enfin, même s'il y en a... si vraiment ils ont pas touché à l'héroïne depuis un moment, pour eux c'est un traitement comme un autre, mais il y en a qui avouent, après, continuer à consommer d'autres substances par ailleurs, et c'est toujours avec eux, je trouve, il y a une demande qui est plus(+) de dealer que de... » (Dr Élodie, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Le Dr Tristan insiste lui aussi sur l'importance du contact prolongé avec cette population pour accéder au savoir pratique que les médecins débutants comme lui ne peuvent pas posséder :

« Une personne qui voit des toxicomanes toute la journée, qui en voit 15 par jour, bon ben il s'est fait berner 15 fois, il s'est fait berner 150 fois, euh, il les connaît, il a une manière de les aborder peut-être différente de nous. [...] Il me manque encore des morceaux pour bien prendre conscience de la globalité du problème. Du vécu des toxicomanes, de ce qu'ils peuvent en faire, de comment ils peuvent utiliser les produits de substitution, etc. Voilà, quelle réalité ça implique. Ça, il n'y a que l'expérience qui peut le dire, ou quelqu'un qui s'intéresse vraiment au sujet. Déjà je suis jeune et en plus je remplace, donc c'est difficile d'avoir tout ce vécu. Nous on fait de la reproduction, essentiellement. » (Dr Tristan, généraliste remplaçant, entretien, 2011)

L'absence d'expérience l'oblige à se cantonner à un travail de « reproduction » d'ordonnances : sans assez de pratique clinique, il n'est pas en mesure d'exercer son jugement. Pour lui, les savoirs d'expérience consistent à la fois à connaître la population et son mode de vie, mais aussi à apprendre de ses erreurs pour ne plus « se faire bernier ». Une fois de plus, l'enjeu est de discerner les patients dignes ou indignes de confiance, par une activité cognitive de tri et de classement.

Cette activité s'éloigne donc d'une « rationalité clinique » (Freidson 1984) qui procéderait par singularisation des cas – voir aussi la notion de « raisonnement par tableau clinique » chez Dodier (1993). Contrairement à la rhétorique de « l'art », avancée par certains généralistes cités plus haut, le jugement n'est pas fondé sur une singularisation totale du patient et de la relation : ils sont sans cesse mis en parallèle avec les cas rencontrés par le passé. Il s'agit donc bien de l'application de « méthodes » propres à chaque praticien : une expertise sur le « modèle administratif » qui « examine la place d'un individu par rapport à des populations de référence » (Dodier 1993, p. 99).

D'autres généralistes mettent en avant la bonne connaissance de leurs propres patients, permise par un suivi sur le long terme, ce qui correspond mieux à une posture clinique au sens strict. Ici, les ressources qui vont permettre au médecin de révéler un doute puis de le lever sont recherchées au sein de la relation singulière qui unit un médecin et un patient. L'expertise procède alors d'une « singularisation clinique de l'individu » (Dodier 1993) :

« Quand on les connaît, quand ils dérapent on le sait, je veux dire, comme dans toute maladie ils dérapent, évidemment qu'ils dérapent.

-Comment vous savez quand ils dérapent, comment ça se voit ?

-Rien, ça se sait, c'est tout. (rire) [...] Les comprimés qu'on a perdu en vacances, et puis...bon on les connaît les... c'est toujours les mêmes qui nous font des scénarios pas possibles. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

Chez ce médecin, le soupçon prend la forme d'une intime conviction : « ça se sait ». En fait, comme dans d'autres cas, le jugement se fonde sur le discours du patient¹², que le médecin trouve changé par rapport aux interactions passées. C'est l'antériorité de la relation avec le patient qui lui permet de repérer une situation anormale, qu'un médecin qui ne connaîtrait pas

¹² Nous développons plus bas l'importance de « l'interrogatoire » dans les ressources cliniques. Ici, c'est bien dans le discours du patient que se situe le point d'ancrage de l'expertise du médecin, avec les « scénarios » que le médecin a appris à reconnaître lorsqu'ils sont récurrents.

le patient n'aurait probablement pas identifiée. Une fois de plus, la relation interindividuelle du colloque singulier se trouve sacralisée dans le discours des généralistes.

1.1.3. Du « feeling » à une méthode cognitive d'attribution de la confiance

Les savoirs relationnels issus de l'expérience sont souvent décrits par les généralistes avec un vocabulaire relevant des affects, « le *feeling* » ou l'intuition. Or, tout comme la valorisation de la relation clinique, la mise en avant des émotions masque pourtant des procédés cognitifs d'attribution de la confiance basés sur la récurrence des cas.

Le lexique des sens, déjà évoqué au chapitre 5, participe des savoirs et savoir-faire relationnels. Comme le remarque Freidson, les sens sont utilisés dans l'activité de diagnostic et sont aiguisés par l'expérience de la pratique (Freidson 1984, p.175). De même, les sensations ressenties au cours de la consultation semblent aider les généralistes à décider si un patient est fiable. On l'a vu, les sens se fixent sur des attributs physiques ou comportementaux, que le médecin identifie comme caractéristiques du « bon » ou du « mauvais » patient :

« Quand il parle, vous savez de quel milieu il vient, on sent s'il y a une personnalité derrière, de la fragilité, si... voilà. L'expérience. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, l'attention du médecin se focalise moins sur le contenu du discours du patient que sur sa façon de parler, qui lui permet de le rattacher à l'idéaltype du patient ingérable (cf. chapitre 5). Quelquefois, la décision fondée sur le ressenti masque donc des techniques de repérage, au-delà de l'image d'un « art » éminemment subjectif que certains souhaitent donner de leur travail.

Pour comprendre le processus d'attribution de la confiance chez les généralistes, on peut se référer à ce que Bart Nooteboom décrit comme une « heuristique de la représentativité »¹³. Elle s'appuie sur « un répertoire de comportements, au moyen desquels des jugements de fiabilité ou de méfiance sont formulés et se traduisent en actes » (Nooteboom 2006, p. 84). Cet auteur considère que l'attribution de la confiance repose sur

¹³ L'heuristique de représentativité désigne « la probabilité qu'un événement soit évalué à l'aune de sa similitude avec le stéréotype d'un événement d'allure identique » (Nooteboom 2006, p. 76).

l'identification d'un cas à un « prototype » que l'individu a à l'esprit : « Les prototypes sont des exemplaires idéaux d'une classe qui guident la catégorisation en établissant les critères permettant d'évaluer la ressemblance d'une occurrence avec ce modèle. Par extension, on peut dire des acteurs qu'ils cherchent à ajuster ou à apparier un comportement observé à un prototype figurant dans leur répertoire cognitif, et lorsqu'une caractéristique adéquate a été identifiée, ils tendent à attribuer à ce comportement la suite des attributs non observés qui appartiennent normalement au prototype. [...] On peut suggérer que cette heuristique fournit des critères d'évaluation permettant l'identification rapide et efficace des comportements fiables ou non fiables, en fixant une série d'indices ou des modèles de fiabilité d'un comportement. » (*ibid.* p. 78-79).

Ainsi, les généralistes repèrent les patients fiables ou non fiables en les confrontant à des « modèles » forgés à partir des situations déjà rencontrées. Ils identifient les indices pertinents puis les mettent en comparaison avec les « prototypes » de patients dignes ou indignes de confiance. Cela se rapproche du « déplacement par listes » décrit par Dodier (1993) dans l'expertise en médecine du travail : la mise à l'épreuve des patients à l'aune de « stéréotypes » que le médecin affine et transforme au fur et à mesure des cas rencontrés ou de l'investigation du cas présent. Les méthodes des médecins ne sont pas non plus sans rappeler le processus d'attribution du stigmate décrit par Goffman : il se fonde sur des « attributs » des personnes stigmatisées qui sont identifiés ou découverts au cours d'une interaction. Plus précisément, il s'agit d'un processus d'étiquetage (Becker 1985) ou d'attribution d'un « statut » avec ses « caractéristiques auxiliaires » (Hughes 1996). Le statut du patient fiable ou non fiable va pour une part déterminer la suite de la relation médecin-patient.

Pour confronter les individus au « stéréotype » du patient fiable/non fiable, les médecins doivent fixer leur attention sur des éléments qui vont les aider dans leur jugement. Cette procédure implique donc un repérage puis un filtrage des attributs pertinents. Ce regard particulier sur les patients, qui les conduit à reconnaître les attributs dignes ou indignes de confiance, les généralistes ont souvent du mal à l'explicitier, c'est pourquoi ils le relient au « *feeling* » et à « l'expérience ». Dans leurs discours, le processus d'éveil de la vigilance reste quelquefois de l'ordre de l'indicible car il appartient à l'expérience subjective de la relation clinique : « on le sait », ou « on le sent ». Le Dr Patrick le résume à « se sentir bien » avec un patient :

« Il y a les signes classiques, mais enfin c'est très difficile, leur discours est très souvent discordant de toute façon, même en étant parfaitement honnêtes, ils se manipulent eux-mêmes, hein, donc, c'est aussi...après c'est au *feeling*. C'est pas mon boulot, je suis pas flic, j'ai pas...Mais y'a des moments où on sent qu'une relation est en train de s'enfermer dans un...l'un manipule l'autre, moi aussi je manipule, on est tous, il y a pas de relation interhumaine sans manipulation quelconque. Et à un moment donné on se sent pas bien dans cette manipulation, moi je suis pas bien de ce que je fais, lui, je sens qu'il trafique trop, bon ben là il faut arrêter. Mais c'est plus(+) un ressenti, j'utilise pas des techniques de...il y a un moment donné où, je pense, maintenant à 30 ans [d'exercice], je commence à avoir bientôt... il faut que j'aime faire ce que je fais, donc si je commence à ne plus vraiment me sentir bien avec quelqu'un, bon une fois c'est normal, deux fois c'est normal, mais à la 5 ou 10^{ème} fois bon, ça suffit : "Je me fais pas plaisir à travailler avec toi". » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin commence par évoquer des « signes classiques », traces d'un savoir d'expérience, d'un repérage de récurrences issues du contact avec les patients. Puis il se ravise en affirmant que ce n'est pas suffisant. Lorsqu'il décide de mettre fin à un suivi, son jugement se fonde sur quelque chose d'autre : le « ressenti ». Ses propos rappellent l'opposition entre « technique » et « relationnel » qui traverse le travail des généralistes (Membrado 1993). Ici, la technique est renvoyée du côté du « flic » et ne participe pas à l'activité médicale¹⁴.

Le Dr Priscilla insiste, elle aussi, sur son ressenti pour repérer une situation problématique. Sa sensation de gêne diffuse se fonde sur des indices inhérents à la consultation :

« Sur les 8 [patients] il y en avait deux qui étaient entre guillemets réglos, au sens qui consultent régulièrement, où tout est clair dans les dossier, etc., mais les autres on les sent assez rapidement. C'est des gens qui prennent rendez-vous à 19h alors que la pharmacie ferme à 19h, et vous disent « oui non mais vite, vite, l'ordonnance, la pharmacie va fermer », ou c'est « mais vous comprenez là comment je fais moi, je suis dans la merde, j'ai pas de voiture, on est vendredi, allez... ». Qui nous disent, voilà, je suis dans la merde, vous pouvez pas me laisser comme ça, je vais être en manque, enfin, c'est pas dit comme ça, mais implicitement c'est ça, quoi. Donc ce profil de patients qui prend rendez-vous le vendredi, qui n'habite pas la région, qui met la pression lors de la consultation, voilà, ça, je suis très mal à l'aise » (Dr Priscilla, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Les signes que la situation est anormale relèvent à la fois du discours et de l'attitude du patient (mettre « la pression », susciter la culpabilité) mais aussi du contexte de la rencontre (heure tardive), qui fragilise le médecin et le contraint à prendre une décision dans l'urgence.

¹⁴ Nous y reviendrons en deuxième partie de ce chapitre.

En regroupant ces signes, Priscilla finit par dégager un « profil » de patient non fiable.

De même, chez le Dr Georges, la « manipulation » est décrite comme une sensation difficilement explicitable, qu'il oppose aux « problèmes de violences », plus concrets :

« J'ai pas eu de problèmes personnels ni de violence ni rien, j'ai pas eu de problèmes de ce type là, mais j'ai eu des problèmes où, bon, on fait...où vous sentez qu'on vous ment, qu'on vous manipule, qu'on essaie de... bon, à ce moment là on abandonne, on dit que le contrat est rompu. Moi je considère que le contrat est rompu, quand il est rompu il est rompu. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

On voit bien, ici, que le processus d'attribution de la confiance a pour objectif de se prémunir d'un glissement non-voulu du rôle du médecin. On retrouve la notion de « contrat » : au-delà du respect de règles, le contrat dont parle Georges désigne aussi le « pacte de confiance » (Ricœur 1996) qui lie un médecin et un patient singuliers. Sa rupture causée par la trahison de la confiance, provoque la fin de la relation entre les deux protagonistes.

1.1.4. Quand l'incertitude subsiste : les limites de l'intuition

Nooteboom insiste sur le fait que le processus de catégorisation par lequel les individus attribuent leur confiance n'est pas exempt d'erreurs : dans certains cas il les mène à « reconduire un préjugé »¹⁵. Plusieurs généralistes reconnaissent ainsi que leur « *feeling* » est loin d'être infaillible, qu'il leur est arrivé de « se tromper » sur les intentions d'un patient :

« Et puis ça, avec l'expérience on le pressent, on le sent. On se trompe aussi, hein, faut le savoir, parce qu'ils sont très forts. Et puis le but c'est pas de savoir si on va se faire avoir ou pas, c'est pas ça qui est intéressant, ce qui est intéressant c'est d'avoir une relation...une relation de confiance. Où la personne puisse tout dire de ce qu'elle vit et de ce qu'elle fait, y compris injecter le Subutex si elle l'injecte, y compris le sniffer, faut vraiment permettre la parole, sinon on peut pas travailler. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ici, les savoirs d'expérience ne protègent pas forcément contre les instrumentalisation, mais pour cette praticienne, ce n'est finalement pas tant le « détournement » du médicament qui

¹⁵ « Le défaut de l'heuristique de représentativité est qu'elle peut éventuellement reconduire le préjugé : un stéréotype peut être appliqué de façon prématurée et fautive lorsque l'attribution immédiate de caractéristiques est erronée. » (Nooteboom 2006, p. 78-79).

cause la trahison de la confiance, qu'une attitude qui consisterait à le garder secret.

Par ailleurs, quelquefois, le doute est difficile à confirmer et l'incertitude subsiste. Le Dr Patricia évoque une relation où le soupçon surgit car la situation du patient n'évolue pas de la manière attendue :

« Il y a toujours un petit doute...Euh, pas toujours, non, c'est pas vrai. Alors là je regarde...si, là j'ai renouvelé par exemple hier un Subutex, oui j'ai un doute, j'ai un gros doute.

-Sur quoi ?

-Sur sa consommation, il est à un comprimé depuis des années, rien ne bouge, donc si ça se trouve il a diminué et il revend un petit peu ce que je lui donne. [...] Il le consomme peut être très sérieusement, mais il est pas en état, il est trop fragile peut être pour diminuer, je sais pas. Mais pour lui j'ai un doute, oui. Mais il est tellement catégorique, tellement sûr de lui que je peux pas le mettre en défaut. Et je suis obligée de lui faire confiance. » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

Si cette praticienne explique comment surgit son doute, elle affirme aussi son impossibilité d'y mettre fin. L'incertitude est irréductible et la confiance est accordée à défaut, faute d'éléments permettant de confirmer ou d'infirmer les soupçons. C'est aussi le cas du Dr Geneviève, qui n'hésiterait pas à mettre fin à une prise en charge si ses doutes se confirmaient :

« Je pense que si c'était quelqu'un à qui je ferais pas confiance, qui abuserait de moi, je pense que je le prendrais pas... je pense qu'il prendrait la porte. Si je devais sentir qu'ils me sentent faible, ou quoi que ce soit, je pense que je refuserais de les suivre. Il y en a un là, justement c'est vrai que des fois je me dis...Enfin, je sais pas si il joue pas un peu avec moi, mais pour l'instant c'est pas flagrant, donc...mais en tout cas je lui ai montré que je commençais à me poser des questions.

-Et là vous envisageriez d'interrompre ?

-Ah, si je m'aperçois de quelque chose, oui, certainement. Certainement, après tout, contrat mutuel, hein. C'est bien qu'on leur donne une marge de tolérance mais faut pas exagérer. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

On retrouve la notion « contrat » et celle de manipulation (« il joue avec moi »), avec la volonté de garder le contrôle des prescriptions (ne pas être « faible »). Comme pour la praticienne précédente, aucune décision sur l'arrêt du suivi n'est prise, du fait de l'impossibilité de confirmer le doute (« pour l'instant, c'est pas flagrant »). Le processus cognitif d'attribution de la confiance n'est donc pas toujours mené à son terme. Quelquefois, le médecin est dans l'impossibilité d'aller au bout de la procédure d'expertise et d'exercer son

jugement, faute de preuves pertinentes.

Nous venons de montrer que loin de résulter d'un « art », le repérage des patients fiables est une procédure d'expertise basée sur des méthodes que les médecins forgent grâce à l'accumulation des cas rencontrés au cours de leur expérience clinique. Cependant, le processus d'attribution de la confiance ne fait pas uniquement appel à des ressources cognitives du médecin. Le discours et le corps du patient fournissent également des indices pour évaluer sa fiabilité ou la mettre en doute.

1.2. L'interrogatoire et l'examen clinique : les ressources recueillies *sur* le patient

1.2.1. « Mettre en défaut » : l'interrogatoire, ou l'évaluation du discours du patient

« Des patients que je ne connais pas, et qui arrivent comme ça avec une demande, je me méfie toujours. Donc j'essaye de comprendre si c'est vraiment une demande justifiée ou pas. Si ça me paraît pas justifié je refuse. » (Dr Éliane, médecin généraliste, entretien, 2011)

Lors d'une première consultation, le soupçon prime souvent sur la confiance. C'est en interrogeant le patient que le médecin statue sur la sincérité de sa demande, au regard des enjeux d'instrumentalisation de ses prescriptions. Ainsi, le « *feeling* » des savoirs expérientiels s'accompagne souvent d'une technique d'interrogatoire où le médecin cherche à « mettre en défaut » le patient par ses questions, afin d'éprouver sa fiabilité :

« On le sent très vite quand...et puis c'est facile de les piéger. En deux-trois questions c'est réglé, on sait si c'est des gens qui nous racontent des histoires ou pas. Mais pour ça, faut bien connaître le monde de la toxicomanie et tout ce qu'ils peuvent faire de leur traitement ou pas faire, même les produits, l'usage des produits. À l'interrogatoire on se trompe rarement. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

« -Comment vous faites pour évaluer la demande ?

- Les motivations, les questions, à force de poser des questions on finit par quand-même connaître leurs motivations, puis le *feeling* aussi parce qu'on fonctionne quand-même pas mal avec le *feeling*, ils peuvent nous dire ce qu'ils veulent après, bon. Oh et puis si c'est des gens qui sont assidus on le voit vite, je pense qu'on le voit assez vite quand-même, s'ils sont sérieux, si ils ont réellement le désir de se faire traiter. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans ces deux extraits, les indices de fiabilité proviennent de sources plurielles : interrogatoire, *feeling* et respect du « cadre » s'entremêlent pour aider les praticiennes à juger si le patient est « sérieux ». Chez le Dr Geneviève, l'interrogatoire vise à s'enquérir des « motivations » réelles, au-delà d'un discours de façade. De même, pour le Dr Isabelle, il a pour objectif de « piéger » un patient, de mettre au jour sa tentative d'instrumentalisation en révélant les contradictions de son discours. Dans un autre extrait, elle revient sur sa technique pour soulever les incohérences entre discours et pratiques effectives :

« En une question c'est vite vu, quand on pose la question de savoir un petit peu comment est-ce qu'on prend les produits, la quantité consommée, le mode de consommation, quand on a l'habitude on voit bien quand c'est un discours qui correspond à quelque chose de vécu ou pas, tout simplement. C'est l'expérience, et puis moi je suis médecin généraliste donc de l'écoute et de l'interrogatoire on fait que ça, hein, c'est quand-même notre travail. [...] Pas plus tard qu'il y a deux jours, un monsieur est venu me demander une ordonnance de Subutex, et je lui pose tout simplement la question de savoir comment il le prend, après de multiples autres questions. Et il me dit "oh, je l'avale, quoi, je l'avale", alors quelqu'un qui me dit "ah je l'avale je l'avale" avec le Subutex, c'est qu'il le prend pas, quoi. Ou alors qu'il le prend autrement. Alors je lui dis "ah bon, vous l'avez ?", "oui, enfin des fois je le sniffe", déjà on a avancé. Mais le prendre sous la langue comme un traitement, ça il savait pas que ça existait, donc c'est quelqu'un qui est de toute façon dans le mésusage. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

Isabelle présente « l'interrogatoire » comme une compétence de la médecine générale, au même titre que « l'écoute ». Telle qu'elle la décrit, sa technique commence par le repérage d'un décalage entre l'énoncé du patient et le mode conforme de prise du Subutex (avalé vs. sublingual). Elle procède ensuite par relances (« ah bon, vous l'avez ? ») afin de glaner progressivement des informations de plus en plus précises (« déjà on a avancé »), pour enfin pouvoir donner son verdict (le « mésusage »).

On retrouve un procédé similaire dans une consultation observée chez le Dr Joël :

Extrait de consultation, Dr Joël, Patient 2

Joël demande la fréquence des consommations d'héroïne.

Patient : « toutes les 3 semaines [...] »

Joël regarde l'attestation d'assurance maladie et n'écoute pas la réponse du patient, il demande « vous avez pas la carte Vitale ? » puis il se ressaisit : « vous avez dit toutes les 3 semaines ? » et il insiste « ça vous arrive pas d'en prendre tous les week-ends alors. »

Le patient dit que si, de temps en temps, que c'est variable. « Ça peut arriver. »

Joël énonce à haute voix ce qu'il note dans son dossier informatique : « c'est une consommation assez régulière ». Ils en parlent encore un petit moment.

Joël lui demande si sa conjointe est dans les mêmes consommations.

Patient : « non pas du tout ».

Joël lui fait remarquer qu'elle prend quand-même de la codéine, et lui demande si elle prend de l'héroïne aussi.

Le patient explique qu'elle a eu des problèmes avec le Subutex, qu'elle y est devenue « accro » car « ça accroche plus que l'héroïne » et qu'aujourd'hui elle est sous codéine car elle n'est pas trop dépendante.

Joël : « elle consomme avec vous ? Dans les mêmes circonstances ? »

Patient : « on consomme ensemble » il explique que quelquefois c'est l'un qui entraîne et quelquefois c'est l'autre.

Le médecin déploie une technique d'interrogatoire par relances successives, destinées à provoquer une sorte d'*aveu* chez le patient. Il cherche à obtenir une information fiable sur les produits consommés en suggérant des réponses différentes de celles du patient, ou en relevant des incohérences dans ses propos (d'abord sur ses consommations, puis sur celles de sa compagne). Il atteint le résultat escompté puisque le discours du patient se modifie sous l'effet de ses questions. Notons également que la procédure d'interrogatoire est, durant quelques instants, parasitée par une tâche administrative, qui empêche momentanément le médecin de se concentrer sur les réponses du patient. L'interrogatoire participe ici à un raisonnement médical tel que le décrit Cicourel (2001). Le médecin traduit les réponses hésitantes du patient en langage médical, ce qui lui permet de placer ce dernier sur une échelle de niveaux de consommation : le « ça peut arriver » du patient devient « une consommation assez régulière » dans le dossier du médecin. Le médecin assimile le patient à une catégorie.

Certains généralistes se reconnaissent mal dans de telles techniques d'interrogatoire, qu'ils apparentent à une investigation policière – le « flic » mentionné par le Dr Patrick cité plus haut. L'interrogatoire est parfois considéré comme une technique de contrôle, que beaucoup de généralistes rejettent¹⁶. De ce point de vue, « *l'interrogatoire* » relève du régime de *l'expertise*, alors que « *l'écoute* » appartient plutôt au régime de la « *sollicitude médicale* » où « le médecin ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et cherche à les apaiser. » (Dodier 1993, p. 149 ; voir aussi Membrado 2014).

Dans d'autres cas, l'expertise fondée sur le discours des patients consiste à repérer des schèmes récurrents qui éveillent la méfiance. Ce sont les « scénarios », les « histoires », les « excuses » fournies par les patients. Elles concernent souvent la perte ou le vol des médicaments prescrits. Les médecins les interprètent comme des stratégies des patients pour leur extorquer des prescriptions supplémentaires, dans un but de revente ou de consommation

¹⁶ Nous abordons la dialectique entre confiance et contrôle dans la seconde partie de ce chapitre.

excessive :

« Il y a du trafic. Ils vous mentent, puis ils vous manipulent en disant “je les ai perdus, je suis allé là bas chez le cousin, je les ai oubliés, ma grand-mère est morte, j’ai pas pensé que, je l’ai laissé là...” Voilà, bon, des trucs, un tas d’âneries qui vont... alors comme ça fait un peu une insulte à mon intelligence, vous voyez, je dis oui une fois, la deuxième fois, la troisième fois je dis “bon, ça va. Stop, quoi”. Voilà, après la confiance, on a plus confiance. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin assimile les justifications des patients à des mensonges fantaisistes. Leur récurrence et leur similitude chez plusieurs patients contribuent à ébranler la confiance du médecin jusqu’à provoquer une interruption de prise en charge. Une fois de plus, l’expérience apparaît primordiale pour faire surgir le doute. Le discours présent est interprété à la lumière d’autres « histoires », racontées précédemment par d’autres patients :

« Au début, quelqu’un qui apporte deux ordonnances de Bordeaux, avec le même médecin, qui nous explique en toute bonne foi qu’il vient d’arriver dans la région, euh...c’est un peu difficile de pas le croire. Sauf qu’avec le recul, quand c’est à chaque fois la même histoire, sur des patients différents [...] on se rend bien compte que, ben, c’était l’arnaque, quoi. » (Dr Priscilla, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

« Faire confiance pour ça, non, certains, peut-être, mais bon la plupart...un coup ça passe dans la machine à laver, un coup... Ils en parlent assez librement, mais des fois ils n’osent pas, donc ils vont chercher des circonstances de perte de ci de là. Une fois en passant ça va, puis après, bon, il faut leur faire comprendre que c’est peut-être vrai, mais que quand-même ils sont responsables. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cette praticienne oscille entre reléguer les justifications des patients au domaine du mensonge (« ils vont chercher des circonstances de perte »), et leur laisser le bénéfice du doute (« c’est peut-être vrai, mais »), en affirmant toutefois leur « responsabilité » vis-à-vis de leur traitement.

Le Dr Marc, quant-à-lui, manifeste sa volonté de déjouer les « faux-semblants » :

« De temps en temps, [il faut] leur faire comprendre qu’il y a pas écrit imbécile sur le front. (*rire*) Ah parce que, il y en a certains qui se font voler le traitement, et des fois il y en a qui se le font voler 2 fois 3 fois 4 fois, vous voyez ? On est dans la manipulation, il y a toujours des faux-semblants, des choses comme ça, voilà, il faut essayer d’inscrire une vraie relation, montrer que l’on n’est pas dupe. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

La récurrence du même « scénario » au fil des consultations pour un même patient inscrit la relation dans le domaine de la « manipulation », que le médecin distingue d'« une vraie relation ». Beaucoup de généralistes considèrent qu'une relation fondée sur le mensonge ou la dissimulation est une impasse qui ne peut fonctionner sur le long terme¹⁷ :

« Il y a des gens qui savent dissimuler, qui savent bluffer, mais là sur la durée ça va pas tenir, le suivi. Si dans un premier entretien on peut pas avoir cette relation de confiance comme ça, ça peut venir avec le temps, mais si la personne reste dans la dissimulation, reste dans autre chose, ça tient pas sur la durée, le suivi. Parce qu'on n'a pas le même projet, ensemble. Moi je suis là pour les aider à quelque chose, et eux ils ont un autre projet en tête, donc forcément ça peut pas tenir sur la durée, donc ça va peut être prendre deux consultations, trois parfois pour...pour mettre en échec, réellement, quoi, pour arrêter le suivi clairement, mais...ça on finit toujours par le savoir. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

L'interrogatoire peut être utilisé pour forcer le patient à aller au-delà des « histoires » qu'il raconte. Les questions cherchent à débusquer la vérité derrière les mensonges :

Extrait de consultation, Dr André, patient 8

André demande : « on avait rendez-vous aujourd'hui ? » Il dit qu'il a noté deux rendez-vous, un aujourd'hui et un la semaine prochaine. Le patient lui dit qu'il l'a rappelé pour avancer le rendez-vous car il ne peut pas venir la semaine prochaine, il ne sera pas en ville. André dit qu'il a dû oublier de le barrer.

[...]

Le patient explique qu'il part demain, c'est pour cela qu'il est venu aujourd'hui au lieu de la semaine prochaine.

André demande « on se voit dans 28 jours à partir d'aujourd'hui ou à partir de dans 8 jours ? »

Le patient répond « à partir d'aujourd'hui. »

André : « t'as tout bouffé ? »

Le patient semble hésitant, oui et non en même temps... il ne répond pas vraiment.

[...]

En sortant (les deux sont debout près de la porte), André dit au patient « essaie de respecter le traitement, car 8 jours c'est beaucoup »

Le patient se justifie en disant qu'il a « dépanné » quelqu'un, et qu'il croyait qu'on allait le dépanner en retour ce qui n'est pas arrivé.

André : « tu dépannes, tu vas ouvrir un garage », il lui dit de ne plus le faire car les médecins sont là pour ça.

En posant une question sur la date du rendez-vous suivant, puis à force de relances, André finit par connaître la véritable raison de l'avance du patient, derrière l'affirmation initiale de son absence à la date prévue. Sylvie Fainzang remarque que « la frontière est mince entre dissimulation et mensonge dans les attitudes des patients » (Fainzang 2006, p. 117). Souvent,

¹⁷ C'est l'une des raisons pour lesquelles les médecins observés en consultation affirment avoir des difficultés à travailler avec les patients qu'ils jugent dissimulateurs voire « dans le déni » de leurs consommations (voir chapitre 8).

en effet, ces deux dimensions s'entremêlent, le patient alternant entre taire ses pratiques et fournir de fausses justifications. Le travail d'expertise des généralistes consiste ici à tenter de rétablir la vérité dans le discours des patients.

1.2.2. L'examen clinique : le corps du patient comme support d'information

L'examen clinique prend une place importante dans les consultations de médecine générale. Médecins et patients le considèrent généralement comme une étape incontournable. Ils interprètent son absence comme un manquement du praticien à ses obligations professionnelles (Membrado 1993). Comme nous le verrons au chapitre 9, les généralistes examinent les patients substitués pour différentes raisons, notamment le suivi de pathologies, liées ou non au TSO. Ces examens ont une visée thérapeutique qui s'éloigne de la question de l'expertise étudiée ici. Dans le présent chapitre, nous nous intéressons aux examens ayant pour fonction de repérer des indices de consommations de produits illicites ou de « détournement » d'usage du TSO, qui participent du processus d'évaluation de la fiabilité du patient. L'exemple le plus souvent cité concerne les traces corporelles de l'injection – marques de piqûres sur le corps, gonflement des mains... :

« Il en parle assez facilement [de l'injection], quand-même, je crois que...et puis, en même temps, on le voit aussi (*elle montre ses mains*), les mains de Popeye¹⁸, etc. Je veux dire, on peut pas cacher ce genre de choses non plus à un médecin. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

L'examen clinique est le moment où le discours du patient ne résiste pas au regard affûté du médecin. Le corps est sollicité pour tester la véracité de ce que dit le patient. L'examen entre donc dans le registre de la preuve. Il reste cependant « clinique » car il est une recherche de symptômes sur le corps du patient, qui fait appel aux savoirs d'expérience du médecin (le Dr Geneviève *sait* reconnaître les mains d'un injecteur) plutôt qu'à des éléments extérieurs. Mais nous sommes toujours dans « l'univers des listes » plutôt que dans celui des « tableaux cliniques » (Dodier 1993), puisque le médecin procède par vérification de certains « items » (*ibid.*) sur le corps du patient.

Dans l'entretien avec le Dr Georges, l'examen clinique est invoqué pour justifier *a*

¹⁸ Le syndrome des « mains de Popeye » désigne un gonflement des mains provoqué par l'injection de produits non filtrés.

posteriori l'attribution de la confiance sur la base du ressenti, lorsque nous suggérons au médecin une interprétation alternative à un comportement qu'il jugeait positivement – le fait qu'un patient vienne tous les deux mois plutôt que tous les mois :

« [Les personnes que je suis], je sens surtout qu'elles le font sérieusement et sincèrement. Ils viennent souvent d'ailleurs à des dates qui sont dépassées, c'est-à-dire qu'ils auraient dû venir avant, et finalement comme de temps en temps ils en prennent moins que la dose normale, ils viennent après. C'est pas interdit, ça. Moi, au bout d'un moment je donne tous les 28 jours, si vous voulez, le Subutex, pour pas les avoir tout le temps, quand-même, parce qu'ils sont obligés de venir tous les mois, bon, pour eux et pour moi ça a pas d'intérêt. Et donc quelquefois ils viennent au bout de deux mois, parce que de temps en temps ils étaient très bien, ils l'ont pas pris, ils le sautent un peu.

-Vous n'avez pas peur qu'ils aient reconsommé de l'héroïne, par rapport à ces retards ?

-Je crois pas. Je crois pas parce que je suis, enfin maintenant les...c'est possible, hein, c'est toujours possible, si vous voulez, mais enfin je leur prends la tension, je leur mets les bras nus, enfin j'essaie de les... j'essaie de les voir, quoi. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, le médecin commence par une justification où subsiste une part d'incertitude (« je crois pas », « c'est toujours possible »), puis se réfère à l'examen des bras pour expliquer son interprétation sur le registre de l'observable (« j'essaie de les voir »). L'examen est jugé comme une ressource plus fiable, ou en tout cas plus objective que le « *feeling* » ou l'interrogatoire. Les indices inscrits sur le corps du patient sont des preuves tangibles, palpables. Pourtant, le Dr Georges semble faire cet examen de manière détournée, en « prenant la tension » aux patients. En effet, chez plusieurs généralistes, un examen ayant pour objectif déclaré de vérifier les traces d'injection semble peu acceptable surtout lorsque le patient est suivi depuis longtemps. Lorsqu'il met en doute la parole du patient, l'examen clinique est souvent vécu comme illégitime par les médecins :

« Je leur prends la tension, je regarde au niveau des pupilles, euh...après, bon, je regarde vaguement mais c'est vrai qu'en tant que remplaçant ça se fait pas trop, voir s'il y a pas de piqûres sur les bras, entre les orteils, etc., mais c'est pas quelque chose qui, enfin, en premier abord en tout cas...par exemple je regarde rarement entre les orteils, je regarde vite fait sur les mains, sur les avant-bras... Je regarde s'il y a pas de signes d'infection, ce genre de choses, mais l'examen clinique en lui même est vraiment très succinct, c'est vraiment l'interrogatoire pour voir si tout va bien à ce niveau là, quoi.

-Cet examen clinique, tu le fais systématiquement ?

-Je le fais systématiquement, avec les gens, quand ils viennent, enfin, j'examine toujours de toute façon, mais il est très succinct, je vais pas, je te dis, regarder entre les doigts de pied. C'est vraiment les yeux, un peu voir le poids, voir s'il a pas maigri, s'il est pas... les signes en fait, le ventre, voir s'il y a pas de constipation, etc. Mais je leur demande pas de se mettre en slip pour regarder si il y a des points d'injection. » (Dr Audrey, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Dans les propos de cette remplaçante, l'examen oscille entre le repérage des traces d'injection et le dépistage de complications liées au traitement. Les actes visant explicitement à la vérification sont jugés trop intrusifs et inappropriés (« regarder entre les doigts de pied », demander un déshabillage intégral). La position de remplaçante renforce ici probablement l'illégitimité du contrôle : elle ressentirait le besoin d'examiner le patient car elle le rencontre pour la première fois, mais elle doit aussi agir dans le prolongement d'une relation de confiance à laquelle elle n'a pas pris part, celle du patient avec son médecin habituel. L'expertise y est hors de propos.

De même, le Dr Élisabeth raconte qu'elle « n'ose pas » demander aux patients des justifications lorsqu'elle trouve des traces d'injection en les examinant :

« Quand j'examine la personne je fais attention (*elle montre ses bras*). Mais parfois c'est surprenant parce que j'ose pas trop poser de questions, et puis là, la dernière fois j'ai dit "tiens, c'est bizarre, c'est quoi ces traces ?" et ayant peur que la personne se rétracte, et en fait très naturellement, elle me dit "ben, oui, j'ai rechuté...". Et on a pu, du coup, parler de cette rechute, et ça s'est fait le plus simplement possible. Donc des fois je pose beaucoup de questions, mais sur ce sujet là je suis assez timide. J'ai un peu peur que les gens se blessent, ou rentrent dans un système de mensonge ou je sais pas quoi, enfin, que ça se passe pas simplement. » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ces considérations soulèvent la tension entre confiance et contrôle, que nous allons maintenant développer : lorsque la relation est supposée reposer sur la confiance mutuelle, les démarches visant à vérifier la fiabilité du patient, parce qu'elles indiquent qu'un soupçon subsiste, n'ont pas toujours leur place dans les consultations.

2. Des ressources extérieures au médecin et au patient : les objets techniques producteurs de preuves

« -Tout à l'heure vous parliez des patients louches, comment vous les reconnaissez ?

-Ben c'est ce que je vous dis, c'est un peu au *feeling*, quoi...

-Une intuition ?

-De l'intuition un peu, des prescriptions antérieures, enfin des justificatifs, là ! On vient pas chercher une boîte de quoi que ce soit si on n'a pas des prescriptions antérieures ! » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

Chez certains médecins, les ressources cliniques ne sont pas perçues comme totalement légitimes dans le processus d'expertise et d'attribution de la confiance. Même si le « *feeling* » est revendiqué comme une compétence, il ne garantit pas une décision « objective » ou « fondée sur les preuves »¹⁹. Il s'éloigne des critères de scientificité de la médecine. Des ressources extérieures au colloque singulier peuvent donc être sollicitées par les généralistes pour garantir l'objectivité des jugements. Le Dr Geneviève s'empresse d'évoquer des « justificatifs » (ici, l'écrit d'un autre médecin, une ordonnance précédente), qui constituent des preuves de fiabilité plus tangibles que le simple ressenti – mais qui viennent toutefois le confirmer. Mettre en parallèle ressources cliniques et ressources extérieures révèle la tension entre une médecine-art et une médecine-science : subjectivité (plus ou moins revendiquée) du jugement médical *versus* objectivité des preuves²⁰.

Les ressources visant à fournir des données jugées objectives incarnent donc une fonction de *contrôle*. Contrôle des comportements du patient (consommations associées, pluri-prescriptions...), mais aussi contrôle des procédures d'attribution de la confiance du médecin. Elles pallient les insuffisances supposées de son jugement subjectif et de sa vigilance. Contrôler, c'est chercher à savoir avec certitude. Or, la confiance, selon la définition désormais consacrée de Georg Simmel, est « une hypothèse sur une conduite future, assez sûre pour qu'on fonde sur elle l'action pratique » elle est donc « un état intermédiaire entre le savoir et le non-savoir sur autrui » : « celui qui sait tout n'a pas besoin de *faire confiance*²¹, celui qui ne sait *rien* ne peut raisonnablement même pas faire confiance » (Simmel 1999, p. 355-356). De ce point de vue, le contrôle s'oppose à la confiance du médecin en son patient puisqu'il fait reposer la relation sur des certitudes vérifiables, des *preuves*.

André Petitat, au contraire, affirme que « la réduction de l'incertitude concourt toujours à lever un obstacle sur le chemin de la confiance » (Petit 1998, p. 205). Il différencie deux formes de confiance : d'une part, une « confiance attachement », sur le

¹⁹ *L'Evidence Based Medicine*, ou médecine fondée sur les preuves, est le paradigme dominant dans les recommandations de bonnes pratiques et dans les travaux de recherche scientifique en médecine, elle est cependant inégalement appréciée par les généralistes (Bloy 2005, 2008; Rolland 2011).

²⁰ Dans le même ordre d'idées, Dodier affirme que la tension entre repères généraux et singularité des cas est constitutive de toute expertise : « la question d'un jugement qui, tout en prenant en considération la particularité des cas qui lui sont soumis, cherche à s'appuyer sur des ressources générales comme celles qu'élaborent la science et le droit, est cruciale pour tout expert. » (Dodier 1993, p. 14).

²¹ Les italiques sont de l'auteur.

modèle de la « foi », où « l'attachement et la connaissance intuitive de l'autre priment sur toute autre considération » (*ibid.* p.207) ; et d'autre part, une « confiance interprétation » plus réflexive et stratégique, qui « fait appel à toutes les facultés interprétatrices et à toutes les informations recueillies sur le partenaire ». Elle s'établit avec une « conscience raisonnée des risques encourus » (*ibid.* p.207-210). La première repose sur « l'intuition » et est octroyée *a priori*, alors la seconde repose sur « l'information » et n'est donc accordé qu'après vérification des intentions de l'autre. La « confiance interprétation » s'allie donc avec le contrôle, qui devient un préalable nécessaire à son avènement. Les liens entre confiance et contrôle sont ainsi ambivalents : dans certaines situations, la confiance s'appuie sur des preuves vérifiables, dans d'autres cas elle repose sur une large part d'incertitude.

Nous allons ici analyser comment des ressources extérieures produisant des preuves mettent en jeu ces ambivalences lorsqu'elles s'inscrivent dans les procédures de décision et d'expertise des généralistes. Nous étudierons trois types de ressources, qui, si elles n'épuisent pas les éléments de preuve mobilisables par les médecins, donnent lieu à des positionnements différents concernant l'articulation confiance/contrôle : en premier lieu, des ressources biologiques, les tests urinaires de dépistage des toxiques (2.1) ; ensuite des ressources administratives, les informations émanant de l'assurance maladie (2.2) et enfin les traces inscrites par le médecin lui-même, le dossier médical informatisé (2.3).

2.1. La preuve biologique : les tests de dépistage des toxiques, entre confiance et contrôle

Depuis quelques années, à l'initiative du Réseau addictions, les médecins généralistes toulousains ont la possibilité d'obtenir des tests urinaires de dépistage des toxiques, administrables directement à leur cabinet²². Les responsables du Réseau cherchent à favoriser les « bonnes pratiques » en rationalisant les prescriptions de TSO, conformément aux recommandations de la HAS²³. Selon eux, le test a pour vocation de « sécuriser » la prescription tout en rassurant les médecins méfiants envers la population « toxicomane » : ils disposent dès lors d'un moyen d'objectiver les consommations. D'après ses promoteurs, le

²² Il s'agit de « bandelettes », qui détectent différents produits illicites, les MSO et les benzodiazépines dans l'urine des patients. Ils fournissent des données sur la présence ou l'absence des produits mais pas sur la quantité consommée.

²³ La conférence de consensus de 2004 préconise l'utilisation des tests en médecine générale (ANAES, FFA 2004).

test permet donc d'accorder et de réaffirmer la confiance en connaissance de cause. Cependant, à l'exception de quelques membres du Réseau, nous avons rencontré peu de généralistes utilisant ces tests.

2.1.1. Le contrôle au service de la confiance

Les généralistes décrivent deux moments possibles d'utilisation des tests : à l'initiation d'un traitement, pour authentifier la dépendance aux opiacés, ou au cours du suivi, pour contrôler la prise du traitement et les consommations annexes. Dans le premier cas, qui est le plus courant chez nos enquêtés, la valeur recherchée est un résultat positif à un produit opiacé. Dans le second, le médecin attend généralement un résultat négatif à tous les produits sauf le MSO. Le résultat est donc investi de significations différentes selon le moment d'administration.

Lors des consultations d'initiation, les médecins décrivent le test comme un outil de diagnostic complémentaire à l'interrogatoire du patient sur ses consommations. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il ne rend pas superflu le discours du patient, mais vient plutôt le « confirmer » par des données jugées objectives :

« S'il y a une demande de traitement de substitution, je finis toujours la consultation par une bandelette urinaire pour, un petit peu, voir ce que la personne consomme, pas pour vérifier ce qu'il me dit mais c'est pour valider, pour un petit peu renforcer le discours tenu, pour vérifier qu'on parle bien de la même chose tous les deux. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

La confiance, ici, n'est pas accordée sur la base de ce que dit le patient mais après vérification : elle s'appuie sur la mesure biologique, vouée à supprimer l'incertitude liée à la parole²⁴. Seule la preuve biologique est tenue pour fiable, car elle « visible » les consommations de produits (Devresse 2003). Selon le Dr Isabelle, le test ne remplace pas l'interrogatoire : elle ne le présente pas comme un élément central de la consultation, il est une formalité qui n'intervient qu'à la fin. Le Dr André tient un discours similaire, mettant en avant l'interrogatoire et l'examen clinique :

« Le [premier] rendez-vous se passe en trois phases, la première phase c'est l'interrogatoire [...], la deuxième phase c'est l'examen [...], et la troisième phase, je les fais pisser dans un flacon pour voir

²⁴ « Parole » signifie également « promesse ».

s'ils sont dépendants des opiacés, parce que les traitements de substitution ce n'est valable que pour les opiacés. Ça, je le fais comme ça depuis un an. [...] Comme il y a beaucoup de cocaïnomanes qui venaient en se prenant pour des toxicomanes relevant d'un traitement de substitution, on pouvait faire des prescriptions erronées, et ils se trouvaient dépendants à la fois de la cocaïne et des opiacés. Donc les tests urinaires sont devenus une nécessité. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Cet extrait révèle le statut ambigu attribué à la parole du patient lorsqu'elle est confrontée au test. André essaie de nous convaincre que lorsqu'il utilise le test, il ne cherche pas à contrôler si le patient ment sur ses consommations. Il présente le test comme un outil visant à éviter l'erreur de prescription – prescrire à un patient qui se croit dépendant aux opiacés mais est dépendant à un autre produit. Le patient ne ment pas intentionnellement, il se trompe en faisant sa demande. André véhicule donc la figure d'un patient qui ignore l'indication des TSO. On retrouve le schéma fonctionnaliste de relation médecin-malade où le patient est cantonné à un rôle passif, et où seul le médecin est apte à faire le diagnostic. Cette situation, on le verra, est relativement rare dans le cadre des TSO. En outre, il est fort probable que l'interrogatoire suffise à repérer le caractère inapproprié d'une demande faite par un usager de cocaïne. On peut donc faire l'hypothèse que la mise en doute des propos du patient et leur contrôle par le test ne sont pas toujours assumés comme tels chez les généralistes. Instaurer une relation sur la base du soupçon pose problème à certains d'entre eux. Le Dr Isabelle, citée plus haut, précise d'ailleurs que le test ne sert pas à « vérifier ce que [le patient] dit » mais plutôt à « renforcer » son propos : en n'envisageant même pas l'hypothèse que le discours tenu soit infirmé, elle cherche à nous convaincre que le test n'implique pas forcément un soupçon systématique. Or, il instaure pourtant bien une remise en cause de la véracité du discours, dès lors que la « parole » n'est plus suffisante pour l'attribution de la confiance.

Le Dr Yves, au contraire, décrit ouvertement comment il confronte le test aux mensonges éventuels des patients. Il mesure l'écart entre les résultats du test et le discours, dans un but avoué de détecter les tromperies :

« Ça permet d'avoir une idée de : Un, s'ils sont toxicomanes, deux, s'ils consomment, s'il y a pas d'opiacés, s'ils consomment de la buprénorphine. S'ils disent qu'ils sont sous traitement de substitution buprénorphine et qu'il y en a même pas, qu'on trouve pas de la méthadone et pas de la buprénorphine, bon, c'est un peu louche. S'ils consomment des benzos, des amphètes, des coca, puis voir surtout si c'est en adéquation avec ce qu'ils disent, quoi. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2010)

Le patient est toujours invité à parler de ses consommations, mais son propos est comparé au résultat biologique. En un sens, pour ce médecin et les précédents, suivre la parole sans l'expertiser par le test reviendrait à laisser le patient faire lui-même son diagnostic. Le test leur permet donc de reprendre le contrôle du travail diagnostique.

Ici, la confiance est accordée sous condition de concordance entre discours et résultats du test. Le test donne une indication sur les consommations de produits, mais aussi sur les tendances à la dissimulation des patients (« voir si c'est en adéquation avec ce qu'ils disent »). On retrouve une fonction du test décrite par Marie-Sophie Devresse à propos des institutions pénales (Devresse 2000, 2003) : son résultat n'a de valeur que mis en comparaison avec le discours du patient sur ses consommations, « l'aveu » du délit d'usage, en milieu pénal. Confronté au propos tenu, le test permet ainsi à l'institution d'évaluer le degré de fiabilité de la personne : « Le test ne vient pas se substituer à l'aveu, il vient s'y ajouter, ou aide à le provoquer, mais dans tous les cas il est indicateur de la confiance que l'on peut avoir dans la parole de l'individu » (Devresse 2003, p. 131). Le test renseigne autant sur la fiabilité du discours que sur les produits consommés. La comparaison avec l'institution pénale est instructive : comme nous le verrons, certains médecins reprochent aux tests d'instaurer une logique policière dans la relation thérapeutique. En médecine, les informations données par les patients ne sont pas forcément des « aveux » de culpabilité, pourtant, on va constater que le test contribue parfois à les inscrire comme tels.

Utilisé en cours de suivi, le test semble avoir pour fonction de réaffirmer régulièrement la confiance du médecin en son patient. Il peut être administré à intervalles réguliers (le Dr Joseph fait des tests à ses patients tous les trois mois), ou uniquement en cas de soupçon d'inobservance ou de revente, comme c'est le cas pour le Dr Sandrine :

« C'est une dame, pas très régulière, mais toujours en retard, en fait. Toujours en retard sur les traitements, voilà, donc j'étais pas...je m'étais dit, son compagnon avait été emprisonné récemment, je m'étais dit peut-être que finalement elle en prenait pas, et qu'il y avait une partie des produits qui était revendue. Et finalement...non, non. C'était, c'est de la méthadone. Et non, non, elle était positive qu'à la méthadone, il n'y avait rien d'autre. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

La praticienne fait un test suite à un doute issu d'un indice clinique (les retards récurrents de la patiente). Ce doute est ensuite infirmé par le test : le résultat biologique contredit la première intuition du médecin. Nous le verrons plus bas, pour d'autres généralistes,

l'utilisation des tests pour vérifier un doute apparaît peu acceptable. Ils craignent une hostilité du patient lorsque, comme ici, le soupçon se révèle infondé.

Dans le même registre, certains généralistes évoquent leur nécessité de « savoir ce qu'il se passe » au cours du suivi, afin de garder des repères sur l'évolution du traitement. Le test leur apparaît indispensable pour conserver un certain contrôle du déroulement de la prise en charge. Une fois de plus, la confiance s'appuie sur l'information :

« Non mais si ils acceptent pas [le test] je dis "je peux pas continuer à vous suivre, moi je veux savoir ce qu'il se passe, donc vous pouvez me mentir, je peux pas rester dans la méconnaissance de vos travers". » (Dr Joseph, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans le cas du Dr Joseph, le test conditionne la prise en charge, le patient ne peut le refuser. Par contre, paradoxalement, un résultat inattendu (une reprise de la consommation d'héroïne par exemple) ne provoque pas l'arrêt du suivi, il est au contraire conçu comme un tremplin pour la discussion. Le test fournirait au patient l'occasion de parler de ses consommations, d'aborder les problèmes rencontrés, la nécessité d'augmenter la posologie... En bref, ce qu'un patient n'ose pas toujours dire à son médecin :

« Je lui disais "Bon, ça se passe... y'a pas de dérapages ?" Et puis je lui ai dit "On va faire un test". [...] Et je vois "héroïne", je lui dis "C'est quoi ça ? il devrait pas y avoir..." "- Ah oui, mais alors là, j'ai vu ma fille, vous savez, tout ça, bon, alors ma femme était contente, puis avec les copains on a fait la fête, bon ben là quelqu'un m'a proposé un truc, j'en ai pris" alors là on comprend, on dit ok, on dit d'accord c'est clair, ça marche, on continue, pas de problème. » (Dr Joseph, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le test serait donc un outil favorisant la communication entre médecin et patient. C'est là une idée répandue chez les promoteurs de ce dispositif. Il pallierait les défaillances de l'interrogatoire et du jugement clinique : ne pas avoir su poser les bonnes questions au bon moment, faute d'avoir repéré une consommation sur la base d'indices comportementaux, corporels ou contextuels. Le test invite le patient à parler, à se raconter. Mais la parole produite par la confrontation au test présente de nombreuses similitudes avec « l'aveu » décrit par Devresse. C'est une parole contrainte. Le patient se voit forcé de révéler certains éléments qui peuvent relever de la sphère privée (par exemple, les causes d'une reprise de consommation). De plus, en obligeant à parler, le test contraint du même coup le patient à

justifier verbalement le résultat. Il est sommé de convaincre le médecin des « bonnes raisons » de son entorse au « contrat » :

« -Et justement, qu'est-ce que vous faites quand le test n'est pas... ?

-Eh bien, on en parle et j'essaie de comprendre si...on est franc-franc, "tu me racontes pas une sauce, sinon je te revois pas". Mais ça, ils l'ont compris, un peu, au début. Mais ils peuvent, ils sont malins, hein, ils peuvent me dire la moitié de ce qui s'est passé. Mais déjà de dire : "je me suis mal démerdé là, je reconnais que je suis pas dans le contrat là", ok, bon, là ok. [...] "J'ai un peu failli à notre contrat, vous voulez me sortir de là et vous voulez pas que je retombe, là je suis retombé", il va trouver, il va se faire son avocat, il va trouver des circonstances, on va en discuter, je vais comprendre, moi ça me suffit. » (Dr Joseph, médecin généraliste, entretien, 2011)

Même si un résultat positif au test n'entraîne pas nécessairement l'arrêt de la prise en charge, une justification que le médecin ne juge pas assez convaincante, peut, par contre, y mettre fin.

Cependant, l'administration de tests en cours de suivi ne fait pas l'unanimité y compris chez les généralistes qui en utilisent pour initier des traitements. Le Dr Isabelle et le Dr André insistent tous deux sur la difficulté d'« imposer » un contrôle urinaire à un patient dès lors que la relation est supposée reposer sur une confiance mutuelle :

« C'est dur de les imposer [les tests], de les mettre en cours de traitement comme ça, parce que tout d'un coup ça déséquilibre un petit peu la relation. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

« [Le test] est un outil essentiel de la prise en charge. Pour les primo-prescriptions, pour le démarrage du traitement, après dans le suivi c'est différent. Le suivi, après, il se fait sur une relation de confiance, donc la bandelette urinaire théoriquement elle devrait plus tellement avoir sa place. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

Lorsque la relation est amorcée, la confiance s'accommode mal du contrôle. Administrer un test révèle le soupçon du médecin, qui peut être reçu négativement par le patient, ou pire, s'avérer infondé. Si, pour ces médecins, le contrôle est nécessaire à l'établissement de la confiance, il peut au contraire la menacer dès lors qu'il s'introduit dans une relation de confiance déjà existante. On retrouve la conception simmelienne de la confiance qui comporte une part de « non savoir » : si l'on cherche à « trop » savoir, c'est que l'on n'a déjà plus confiance. Aussi, au cours du suivi, les médecins préfèrent afficher une confiance apparente, même lorsqu'une part de doute subsiste dans leur esprit.

2.1.2. La confiance incompatible avec le contrôle

La majorité des généralistes rencontrés déclare ne pas utiliser de tests de dépistage des toxiques. Le test est donc loin de faire l'unanimité, pour diverses raisons. D'abord, plusieurs médecins affirment qu'ils « n'osent pas » administrer des tests à leurs patients. Ils pensent que ces outils leur seraient utiles pour dissiper certains doutes, mais se sentent mal à l'aise au moment de les « proposer » :

« Je n'y songe pas forcément, et puis quand j'y songe, j'ai pas toujours le courage de le proposer. Il faudrait vraiment que la personne m'embête. Par exemple, celui que j'ai mis dehors, lui à la limite ça me générerait pas de lui proposer. » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien, 2011)

Cette appréhension rejoint celle d'André et Isabelle cités ci-dessus. Les praticiens craignent une réaction négative de la part d'un patient qui comprend que son médecin n'a plus confiance en lui. En conséquence, ces généralistes en viennent à ne faire le test qu'à des patients avec qui ils ne souhaitent pas établir une relation de long terme (le patient qu'Élisabeth a « mis dehors »). Dans ce cas, le test est utilisé uniquement pour sa valeur de preuve, en dehors d'un contexte d'incertitude : il sert d'argument irréfutable pour arrêter un suivi²⁵. Une fois de plus, le médecin réserve un traitement différent à ses patients et à ceux qu'il ne souhaite pas garder dans sa patientèle. Les réticences des généralistes à proposer le test à leurs patients dénotent la difficile intrusion d'un outil de contrôle au sein d'une relation.

Plusieurs généralistes refusent les tests en considérant qu'ils n'ont pas leur place dans une relation thérapeutique. De nombreux praticiens les assimilent au volet judiciaire de la prise en charge des consommateurs de drogues plutôt qu'à son volet sanitaire. Ils introduiraient dans le cabinet médical une logique policière qui outrepasserait la fonction soignante. Le contrôle devient le « flicage » :

« Dans le domaine de la toxico ils ont tellement d'emmerdements avec ça, on va leur en faire [des tests] dès qu'ils se feront alpaguer quelque part, donc c'est pas, on est pas dans une relation thérapeutique si j'appartiens quand-même... si il y a pas un minimum de confiance. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

²⁵ Voir chapitre 8 pour une analyse de ce mode d'utilisation du test : il peut servir à bloquer les possibilités de négociation du patient.

Patrick souhaite éviter la confusion dans l'esprit des patients entre le rôle du médecin et celui du policier auquel beaucoup de consommateurs de produits sont confrontés par ailleurs. La notion de « flicage », ou encore celle d'« inquisition », sont récurrentes chez les généralistes à l'évocation des tests. Beaucoup considèrent que le contrôle par le test « n'est pas leur rôle » : « Je me sens pas assez flic pour ça » (Dr Élisabeth) ; « ça fait inquisition » (Dr Raymond) ; « on n'est pas des inquisiteurs », « je suis pas flic, qu'ils prennent tant ou tant, je m'en fous, c'est pas mon souci » (Dr Alain) ; « je vais pas les fliquer » (Dr Éric) ; « ça doit être mon aversion au côté flic, ça fait un peu flicage » (Dr Patrick)...

Selon ces médecins, la confiance doit être accordée *a priori*, elle n'exige pas de tout savoir. Comme le remarque Nooteboom, « si quelqu'un [...] décidait d'engager une relation de confiance sur une base de contrôle, sa démarche risquerait d'être comprise comme une manifestation de méfiance » (Nooteboom 2006, p. 81). C'est précisément ce que ces médecins veulent éviter. Ils considèrent qu'une relation qui se construit sur un soupçon initial est vouée à l'échec :

« Si on commence à instaurer une relation en disant “je suis pas sûr que vous êtes toxico, je vais vous faire les tests...” non, je le vois mal. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Moi, il me semble que la relation avec le patient doit être quand-même toujours dans la vérité, si ils viennent pour avoir du Subutex, c'est qu'ils en ont besoin. On va pas essayer de... » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

Même si certains médecins affirment par ailleurs qu'ils n'ont jamais totalement confiance en leurs patients, ne pas manifester de soupçons leur apparaît nécessaire pour démarrer la relation. Ils ne cherchent pas à éprouver la confiance par le test. Leur position se rapproche de la « sollicitude clinique » décrite par Dodier : ils ne tentent pas d'« opposer les preuves aux plaintes » et défendent au contraire une « légitimité de principe des plaintes » (Dodier 1993, p. 153).

Par extension, certains généralistes considèrent que le test n'a « pas d'intérêt » car il ne remplacera jamais l'honnêteté du patient :

« On est face à des adultes, les gens viennent pour se soigner, et on ne peut pas soigner quelqu'un malgré lui. [...] C'est un individu qui se sèvre, ce n'est ni la société, ni le médecin, qui va sevrer l'individu. Donc, le test urinaire n'a pas d'intérêt là dedans. Comme je leur dis, me mentir à moi,

“quand vous me mentez à moi, c’est à vous-même que vous mentez”. “Vous venez faire semblant de vous soigner chez moi et vous me donnez des informations qui ne sont pas la réalité, donc vous ne m’utilisez pas à ma juste valeur. Si vous venez me voir c’est pour que ça serve à quelque chose, donc dites-moi au moins la vérité, moi je m’en fous, quand je rentre chez moi le soir j’ai pas vos problèmes, donc que vous consommiez de l’héroïne ou du Subutex pour moi c’est pareil, je suis là pour vous aider et vous soigner”. Je pense qu’il faut être plus dans ce genre de rapport, que dans le rapport “je vais te fliquer, je vais savoir si tu consommes ou pas”. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Non, je les utiliserais pas [les tests], je crois pas. Le principe de base est la confiance, je pense. Après, si je me trompe, tant pis pour la personne en face, en fait. Moi je fais ma consultation avec conscience, et si on me trompe, oui, c’est dommage pour la personne d’en face. C’est dommage pour eux. S’ils consomment il faut qu’on me le dise. Je suis pas là pour jouer le père fouettard, c’est pas du tout mon rôle, donc si ils arrivent pas à arrêter, si ils consomment malgré le traitement que je donne, c’est que le traitement que je donne n’est pas adapté, donc à ce moment-là faut qu’on le réadapte et qu’on en parle ensemble. » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans ces deux cas, la confiance ne nécessite pas d’être « vérifiée » car les médecins n’interprètent pas les « tromperies » comme des dépossessions de leur rôle de soignant. Ils considèrent que c’est au patient – « adulte » – de se saisir de la prise en charge proposée. Le médecin ne peut l’y forcer donc il n’est pas en cause si le patient lui ment. De même, si le dialogue leur apparaît primordial, les médecins refusent qu’il soit le fruit d’une contrainte.

2.1.3. L’inutilité des tests ou l’affirmation du primat des ressources cliniques

Plusieurs généralistes n’utilisent pas les tests car ils les jugent inutiles : les informations qu’ils fournissent seraient redondantes, elle pourraient être obtenues par d’autres moyens, en particulier l’interrogatoire et l’examen clinique. Le test n’est plus conçu comme complémentaire aux ressources cliniques et au savoir-faire du médecin. Au contraire, il substitue une rationalité à une autre, un mode d’expertise à un autre :

« Non mais il n’y a pas d’intérêt, par contre quand vous les voyez dépasser largement, ne plus avoir de chevauchements, mais au contraire ne pas venir, etc., souvent c’est plutôt parce qu’ils ont repris une consommation, ça peut toujours être comme ça, mais a-t-on besoin de tests urinaires ? Si vous discutez, si vous avez une bonne relation avec le patient, il vous le dira. » (Dr Marc, médecin généraliste, entretien, 2011)

Pour Marc, avoir besoin du test signifie que la qualité de la relation n’est pas « bonne », et

c'est au médecin de faire en sorte qu'elle le soit. Le test ne remplace pas une « bonne relation ». On retrouve là l'idée courante d'une médecine générale propice à un rapport de proximité avec les patients. Dans le même entretien, il assimile d'ailleurs les tests aux « protocoles méthadone en milieu hospitalier », lieux qui laisseraient peu de place à la singularisation des patients. Le test lui apparaît donc à la fois inutile et incompatible avec le contexte d'exercice de la médecine générale.

Le Dr Raymond, quant à lui, oppose les tests à l'examen clinique et à ses compétences expérientielles de repérage :

« À la limite tant qu'à faire l'inquisition, autant les foutre à poil et regarder si ils ont des piqûres ou pas. Ça revient au même. Et puis, ça sert pas... pour moi ça sert pas à grand-chose, à mon niveau, ça change pas grand-chose. [...] En général il s'établit un climat de confiance au fil du temps, et dans la plupart des cas je sais à peu près ce qu'ils font. Bon, bien sûr qu'il y a des choses qui peuvent m'échapper mais enfin, pas trop...ça se voit, s'ils sont défoncés je le vois. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

L'examen, qu'il juge tout aussi « inquisiteur » que le test, fournirait les mêmes informations, sans nécessiter un objet technique supplémentaire. Le test est donc présenté comme un outil redondant, car les consommations sont déjà visibles grâce au regard clinique. Le médecin n'a pas besoin d'un autre outil de « visibilité ».

Ces médecins mettent le test en concurrence avec les ressources cliniques. En se présentant comme plus rationnel et objectif, il est en effet susceptible de discréditer les autres modes d'expertise, que ces praticiens jugent suffisamment fiables. En cela, il constitue autant un contrôle des pratiques médicales que des consommations des patients.

D'autres entretiens présentent une variante de l'idée d'inutilité des tests : des généralistes affirment qu'ils possèdent des kits de tests à leur cabinet mais « ne pensent pas » à les utiliser. Il s'agit souvent de médecins installés depuis longtemps, qui se sont habitués à d'autres ressources d'expertise au fil de leur carrière. Même s'ils n'y sont pas réticents, ils peinent à intégrer le test dans leur pratique quotidienne car ils ont appris à travailler sans lui. Par exemple, le Dr Guy et le Dr Élisabeth expliquent qu'ils ont fait une démarche auprès du Réseau pour obtenir des informations sur les tests et leur fonctionnement, mais ils n'ont toujours pas eu « l'occasion » de s'en servir.

Plusieurs médecins, enfin, considèrent que les résultats des tests ne sont pas fiables car les patients peuvent facilement les falsifier. Ils n'accordent jamais vraiment leur confiance à leurs patients en TSO et l'outil de contrôle n'y change rien. Le soupçon reste, pour eux, irréductible :

« J'y crois pas...enfin après, prescrire un test urinaire, qui c'est qui va...à qui va être l'urine, moi j'y crois pas, enfin, ils sont malins, ils sont malins. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Ça rime à rien. Parce qu'ils peuvent prendre de la codéine, d'autres produits, qui...Alors les tests vous n'avez...alors il y en a qui en ont au cabinet, mais bon, enfin on peut très très facilement contourner la difficulté, je veux dire ils peuvent prendre un petit Subutex juste avant ou de la codéine, et le test est positif, quel est l'intérêt d'obt...les gens vont vite fausser la donne. [...] Alors effectivement, on m'a proposé de le faire, je le fais plus parce que... je l'ai eu fait, pour faire plaisir à la sécu parce qu'ils veulent, ils voulaient ça, mais bon, c'est toujours positif, il y a pas de souci. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien 2011)

De même que pour les médecins cités plus haut, le test n'apporte pas de plus value par rapport aux autres ressources. En l'occurrence, il n'est pas suffisant pour dissiper l'incertitude. Parce que les patients peuvent « fausser la donne », le résultat biologique *ne prouve rien* sur leurs consommations effectives. Par ailleurs, les propos du Dr Édouard font apparaître le caractère rhétorique de certaines utilisations du test. Il est administré « pour faire plaisir à la sécu », alors même que le médecin n'est pas convaincu de sa fiabilité. Édouard ayant eu des différends avec l'assurance maladie pour ses prescriptions substitutives, l'analyse urinaire fait office de preuve de sa bonne conduite vis-à-vis de l'organisme gestionnaire, elle atteste qu'il prescrit conformément aux recommandations. Dans ce cas, le test contrôle uniquement les pratiques du médecin, puisque son résultat, « toujours positif », n'est pas considéré comme une donnée fiable pour connaître les consommations des patients.

Comme le remarquent Crespin et Lascoumes, les tests de dépistage, en tant qu'« instruments d'action publique », sont « des acteurs à part entière des politiques de santé » (Crespin, Lascoumes 2000, p. 134). Devresse insiste également sur leur rôle au sein des politiques pénales : « Le recours aux tests d'urine s'inscri[t] dans une politique pénale davantage soucieuse de se prémunir de ses propres risques d'erreur ou de confusion par le recours à des modes de preuves de plus en plus techniques » (Devresse 2000, p. 388). En effet, le test est un outil gestionnaire de rationalisation de la prescription de TSO en médecine

générale. Un acteur collectif, l'assurance maladie, est directement impliquée dans les velléités de « sécurisation » des prescriptions pour éviter leur « fuite » (Lovell, Aubisson 2008) vers le marché noir, synonyme de perte financière conséquente. Cet organisme, à travers différents dispositifs de surveillance des prescriptions et délivrances, représente une autre ressource de contrôle, que les médecins sollicitent plus facilement que les tests.

2.2. La preuve administrative : les données fournies par l'assurance maladie

Logiques « soignantes » et logiques « gestionnaires » entretiennent aujourd'hui des liens multiples (Bouchayer 2011) : « Le dispositif solidaire de l'assurance maladie, auquel sont affiliés les soignants et les patients, tient lieu de référent et de “contenant” institutionnel à ces rapports sociaux par le soin. » (*ibid.*, p. 97). Dans le cadre des TSO, l'assurance maladie ne se cantonne pas à rembourser les médicaments prescrits. Elle joue aussi un rôle de contrôle des pratiques des patients. Elle permet de déjouer les multi-prescriptions, c'est-à-dire les recours parallèles à plusieurs médecins prescripteurs de TSO²⁶. En particulier, depuis les années 2000, elle a lancé un dispositif visant à réduire les détournements vers le marché noir : elle repère dans sa base de données les posologies particulièrement élevées et les multi-prescriptions, puis convoque les patients concernés qui sont sommés de choisir un médecin et un pharmacien « référents » pour leur traitement de substitution²⁷.

Cette logique gestionnaire macro-sociale a des répercussions sur le travail d'expertise des médecins en consultation. En centralisant les données sur les médicaments remboursés, l'assurance maladie possède un recul statistique sur les trajectoires des patients dans le système local de prise en charge, que les généralistes n'ont pas. La tutelle est donc à même de leur fournir différentes ressources pour contrôler la destination de leurs prescriptions. Ces ressources sont incarnées à la fois par des acteurs, les médecins-conseil du service médical de l'assurance maladie, et par des objets techniques. Bien qu'ils remplissent des fonctions de contrôle, ils sont globalement mieux acceptés par les généralistes que les tests de dépistage des toxiques. Si la preuve administrative est mieux reçue que la preuve biologique, c'est avant tout parce que le travail de contrôle ne revient pas au médecin, il est délégué à un tiers. L'intégrité du rôle de soignant reste donc intacte, le médecin ne devient pas « policier ».

²⁶ Ces pratiques sont aussi désignées sous le nom de *doctor-shopping*.

²⁷ Nous avons donné quelques précisions sur ce dispositif au chapitre 2.

Dans le régime de la preuve administrative, il faut cependant différencier, d'une part, les ressources qui nécessitent une démarche active des généralistes, la prise de contact avec les médecins-conseil ou encore la consultation des données issues du dossier pharmaceutique du patient ; d'autre part une ressource qui arrive directement à leur cabinet, la lettre de notification que leur envoie l'assurance maladie lorsqu'elle constate une multi-prescription.

2.2.1. Solliciter les données de l'assurance maladie : le contact avec les médecins-conseil et les informations de la carte Vitale

Plusieurs généralistes affirment être en contact régulier avec le service médical de l'assurance maladie pour vérifier leurs prescriptions de TSO. Ils sollicitent eux-mêmes la tutelle par téléphone avant d'initier un traitement, ou devant un patient inconnu demandant un « dépannage ». Il s'agit de s'assurer, auprès de l'organisme financeur, que le patient n'a pas consulté d'autres prescripteurs :

« Initier un traitement, c'est d'abord demander absolument la consommation médicale à la sécurité sociale, demander, donc on fait jamais une première prescription quand on voit le patient, il faut d'abord s'informer auprès de la sécurité sociale s'il y a une consommation médicale. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

La tutelle intervient donc dans le travail de diagnostic ou d'expertise de la demande. Mais ce moyen d'information ne permet pas au médecin d'avoir une réponse immédiate. Il doit différer sa prescription pour laisser le temps aux acteurs administratifs de faire leurs vérifications. C'est l'une des raisons pour lesquelles certains généralistes ne sont pas satisfaits de ce procédé. Ils évoquent en particulier des problèmes organisationnels pour joindre rapidement les personnes compétentes :

« Après sinon on peut essayer d'appeler la sécurité sociale, mais en direct c'est un peu difficile, parce qu'il faut passer par plein de... j'ai jamais le bon service. Puis ça dépend sur les personnes, il y en a qui connaissent bien, d'autres non, et du coup je sais jamais, j'ai pas le numéro direct pour tomber sur le bon service. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

La multiplicité des intermédiaires par lesquels la praticienne doit passer pour avoir l'information la dissuade de solliciter la tutelle « en direct », c'est-à-dire au moment où elle doit décider si le patient est fiable. Cette prise de contact, qui peut être chronophage et sans

garantie de résultats, s'ajoute à diverses tâches administratives quotidiennes que les généralistes apprécient peu (Schweyer 2010b; Sarradon-Eck 2010a). De ce fait, beaucoup de médecins privilégient un autre mode de contrôle pour connaître les prescriptions déjà obtenues par un patient : la consultation du Dossier Pharmaceutique²⁸ accessible à partir de la carte Vitale. Le Dr Sandrine explique qu'elle peut difficilement s'en passer lorsqu'elle doit « prendre une décision » :

« Le patient venu un peu de nulle part, qui raconte un truc qui est gros comme... voilà, et sur l'historique on voit qu'il a déjà eu des prescriptions, donc on dit que c'est pas possible. [...] Des gens qu'on connaît pas, qui arrivent comme un cheveu sur la soupe... C'est vrai que cette carte Vitale, on est des fois embêtés parce qu'il y en a qui l'ont pas. Et c'est vrai que ça aide bien, quand-même, justement pour prendre une décision, parce qu'il y en a qui arrivent avec des histoires un peu complexes, et c'est vrai que, bon, la carte Vitale ça aide bien, quand on peut consulter. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ici, la carte Vitale est confrontée aux « histoires », jugées peu crédibles, des patients : les informations sur les prescriptions antérieures viennent confirmer par une preuve les soupçons éveillés chez la praticienne par un discours décousu. Cet outil apparaît donc complémentaire aux ressources cliniques, il vient conforter l'intuition du médecin en la transformant en certitude.

Il est intéressant de remarquer que lorsqu'elles sont utilisées en cours de suivi, les informations révélées par l'historique des prescriptions peuvent être investies de la même fonction de communication-justification que les tests de dépistage des toxiques. Elles ne donnent pas forcément lieu à une interruption de la prise en charge, mais à une discussion et à un « recadrage » :

« Alors après si c'est un petit souci, une petite prescription qui a été... bon, après ça peut être aussi mis au clair avec le patient, enfin ça m'est arrivé une ou deux fois où, bon, on s'explique un petit peu, on dit que là il faut un peu recadrer, et ça se passe plutôt bien, après des fois c'est un petit écart et ça permet aussi d'en parler, et que lui, dise "oui, effectivement j'ai pas osé, parce que ci, parce que ça..." » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

²⁸ Le Dossier Pharmaceutique enregistre les consultations médicales et les délivrances de médicaments (y compris les médicaments non remboursés). Il n'est pas obligatoire, les pharmaciens n'ont le droit de le créer qu'après autorisation du patient. Cependant, en pratique, certains pharmaciens rencontrés refusent de délivrer des TSO aux patients qui ne l'ont pas ouvert.

Plusieurs médecins se montrent enthousiastes que l'assurance maladie leur offre aujourd'hui les moyens de maîtriser eux-mêmes leurs prescriptions par ce biais. Selon eux, pouvoir consulter ces données participe d'une responsabilisation du médecin face à ses prescriptions :

« Mais ça c'est pas la faute des toxicos, c'est la faute de notre prescription, qu'on ne sait pas contrôler, parce que la sécu ne nous donnait pas les moyens de contrôler, hein, on... Avec AMELI²⁹ maintenant qui nous permet de contrôler. Avant on pouvait pas. Donc, on ne savait pas si le gars ne faisait pas le tour de tous les médicaments, de tous les médecins. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

Une fois de plus, le contrôle (vérification) des consommations du patient se confond avec le contrôle (maîtrise), par le médecin, de ses propres prescriptions. Mais consulter le dossier pharmaceutique implique une démarche active de la part du médecin. C'est pour cette raison que comme pour les tests de dépistage, certains généralistes assimilent la recherche des prescriptions antérieures à une logique policière peu compatible avec leur fonction thérapeutique. Certains considèrent d'ailleurs que ce travail administratif est dévolu à l'assurance maladie. Effectuer soi-même les contrôles reviendrait à faire le travail de la tutelle à sa place, alors que cette dernière a déployé des moyens financiers à cet effet. Le Dr Laurence illustre cette position dans les propos qu'elle tient à un patient lors d'une consultation observée :

Extrait de consultation, Dr Laurence, Patient 3

Le Dr Laurence donne une anecdote : la caisse a mis 6 mois pour s'apercevoir qu'un patient consultait plusieurs médecins et qu'il était à 59 mg de Subutex.

Le patient demande si cela ne se voit pas sur la carte Vitale.

Laurence dit que si, elle explique comment (« ameli.fr »), mais elle ajoute qu'elle ne se considère pas « flic », qu'elle estime que le contrôle est le rôle de la caisse et non le sien.

Laurence connaît parfaitement la procédure pour contrôler les prescriptions mais se refuse à l'effectuer elle-même, dans un souci de partage des tâches entre les généralistes et la « caisse » : aux premiers la fonction soignante, à la seconde la fonction « policière ». Ainsi, lorsqu'un problème n'est pas repéré par la tutelle, le médecin se considère hors de cause.

Parmi les réticences des généralistes à utiliser les données de la carte Vitale, on retrouve un second argument également formulé pour les tests urinaires : la volonté de ne pas

²⁹ Assurance Maladie En Ligne. Site internet de l'assurance maladie, auquel les médecins doivent se connecter pour pouvoir consulter le dossier pharmaceutique des patients sur leur carte Vitale.

révéler ses soupçons aux patients et d'afficher une confiance apparente. Le Dr Hamid explique qu'il consulte rarement ces données car l'ouverture du Dossier Pharmaceutique nécessite l'accord du patient. Il préfère contrôler sans que le patient n'en soit informé, en contactant l'assurance maladie après la consultation :

« -*En cas de doute sur un patient, comment vous faites ?*

-« Allo, sécu », on a le numéro direct du service médical. Après, maintenant, avec la carte Vitale, si on a le temps, on peut se brancher sur sa consommation. Mais il faut que le patient l'accepte, ça c'est un peu délicat, je le fais pas systématique, je le fais pas, presque. Si j'ai un doute, je préfère appeler le médecin-conseil. » (Dr Hamid, médecin généraliste, entretien, 2011)

Pour ce médecin, le contrôle n'est acceptable que s'il a lieu à l'insu du patient. D'ailleurs, les médecins qui utilisent couramment les données du Dossier Pharmaceutique sont, pour la plupart, également à l'aise avec l'utilisation des tests de dépistage. Les autres rejettent les deux moyens de contrôle pour les mêmes raisons : ils les font glisser vers un rôle policier, et ils risquent de « déstabiliser » la relation de confiance mutuelle en révélant leurs soupçons. Au contraire, le contrôle est mieux accepté lorsque l'assurance maladie leur transmet directement l'information.

2.2.2. Recevoir les données de l'assurance maladie : la lettre de notification des multi-prescriptions

Après avoir enjoint à un patient de choisir un médecin référent pour le TSO, le service médical de l'assurance maladie informe par courrier les autres médecins qui lui ont fait des prescriptions. L'organisme les avertit qu'ils ne devront, dès lors, plus lui prescrire de TSO. Généralement, les médecins apprécient que la tutelle leur communique les informations en sa possession. Cela semble contribuer à améliorer les relations entre les généralistes et la caisse, dont on sait qu'elles sont souvent conflictuelles (Masson 2011; Bouchayer 2011). Le Dr Patricia estime ainsi qu'il s'agit de « moyens de communication efficaces » avec la tutelle. Plusieurs médecins affirment même que les contrôles ont permis d'apaiser les pressions des patients à la prescription : ils reçoivent moins de demandes inappropriées qu'auparavant.

Le courrier, que la plupart des enquêtés ont déjà reçu au moins une fois, fournit une liste des médecins prescripteurs (anonymisés par un numéro), ce qui ne manque pas de choquer certains praticiens lorsque leur nombre est élevé. Quelquefois, à la lecture de la lettre,

les généralistes découvrent qu'ils ont été instrumentalisés par un patient en qui ils croyaient pouvoir faire confiance. Certains racontent leur stupeur et leur sentiment de trahison:

« J'ai déjà eu quelques déconvenues, effectivement, sur des patients... c'est très très, c'est blessant. C'est vraiment blessant quand on se rend compte qu'ils nous ont...avec tout ce qu'ils nous ont raconté, puis on leur donne aussi notre confiance et c'est vrai que quand on se rend compte qu'il y a eu derrière finalement dix médecins qui ont prescrit, bon. On est un peu pris pour des cons et ça c'est assez désagréable, c'est vraiment désagréable. Mais ça fait partie de l'expérience. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Sandrine s'estime « blessée » car la réception de la lettre est inattendue. Elle révèle une anomalie là où le médecin pensait avoir une relation « de confiance ». Elle ne confirme pas un doute déjà présent, bien au contraire. Le Dr Yves fait, lui aussi, le constat que le courrier de la « sécu » concerne souvent des patients qu'il croyait hors de tout soupçon :

« On disait “on peut pas, nous, savoir, on peut pas vérifier”. Des fois, t'as des doutes, tu foutais des gens dehors, mais enfin, c'était pas facile. D'autant qu'en général, les gens qui faisaient ça, ils étaient nickel, ils sont comme toi, aussi gentils, non j'exagère, mais c'était pas les mecs complètement...il arrivait à l'heure, il était poli, il arrivait pas en avance, aucun problème, très souvent ils étaient pas cons, hein, les mecs qui faisaient du trafic. Donc au début tu te faisais avoir, un gars qui te posait des problèmes tu croyais, “mais est ce qu'il le revend pas et tout”, mais en fait c'était pas lui, c'était des gens nickel. Donc la sécu, à partir des années 2002 et 2004, ont fait de gros contrôles. Et eux, parce que eux, ils avaient les moyens, l'informatisation fait que tac, ils pistaient les mecs. Et puis, ils informaient le médecin en disant voilà, on reçoit des papiers disant “tel patient voit plusieurs médecins, vous n'êtes pas désigné comme médecin traitant, il a désigné un autre médecin” ou “vous êtes désigné”. [...] Tu vois, là, (*il me montre une lettre*): “monsieur untel voit plusieurs médecins, donc vous n'êtes pas amené...” donc ils me donnent une liste en disant “prescripteur 1, 2, 3, 4”, par exemple là c'est [mon associé], là on voit qu'il y a prescripteur 1, alors lui ça doit être le 2, il y a le 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Donc tu reçois ça, effectivement tu comprends que le gars il en voit 9, donc ça va, quoi, nous dans ces cas là, dehors. On met le mot dehors sur le truc et puis on le voit plus. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2011)

Grâce aux contrôles de l'assurance maladie, le Dr Yves prend conscience que les indices physiques et comportementaux permettant l'apposition du stigmate du *mauvais patient*, sur lesquels s'appuient certaines pratiques de sélection, sont souvent inopérants en tant que marqueurs de non-fiabilité. Les trafiquants adopteraient, au contraire, tous les attributs du *bon patient*, en retournant les catégorisations des médecins à leur avantage. Pourtant, le médecin,

isolé dans son cabinet, est forcé de se cantonner aux indices visibles. Selon Yves, seule l'assurance maladie est à même d'avoir une vision plus globale de la situation et de fournir des éléments nécessaires à l'expertise.

Dans cet exemple, Yves décrit également comment se passe, dans son cabinet, l'exclusion du patient après réception de la lettre : c'est une exclusion par objet interposé, qui dispense le médecin d'une confrontation directe avec le patient. La lettre est affichée dans la salle d'attente, de façon à ce que le patient n'entre pas dans le bureau du médecin. Une fois de plus, le retrait du statut de patient s'accompagne de l'interdiction d'accès au lieu de consultation. En outre, placarder la lettre dans la salle d'attente prend des allures de blâme public, puisque l'on peut imaginer que d'autres patients la liront. Elle peut aussi faire office d'avertissement pour dissuader d'éventuels fraudeurs qui n'auraient pas encore été repérés par l'assurance maladie.

La surprise à la réception de la lettre, qui montre aux médecins les limites de leurs ressources cliniques pour repérer les patients non fiables, provoque, chez certains, un retrait global de la confiance envers tous les patients en TSO. Dès lors qu'il est impossible de distinguer les patients fiables de ceux qui ne le sont pas, certains médecins préfèrent ne jamais accorder leur confiance. Le Dr Éric, par exemple, a reçu un courrier de l'assurance maladie pour la quasi-totalité de ses patients substitués (une dizaine). Il n'a désormais plus qu'une seule patiente, en qui il « ne fait pas confiance », car il considère que la lettre peut arriver à tout moment. L'inattendu de la notification renforce l'incertitude du médecin. Dans le cas d'Éric, la relation se maintient uniquement en l'absence de preuves³⁰. La lettre de l'assurance maladie révèle brutalement aux médecins leur impossibilité de distinguer les patients « de confiance » selon des critères qu'ils croyaient efficaces. Elle remet en question leur capacité de discernement, de jugement.

C'est sûrement pour cette raison que le Dr Édouard interprète différemment la lettre. Contrairement à la plupart des généralistes qui saluent cette initiative de l'assurance maladie, lui la conçoit comme une atteinte critique envers sa compétence de médecin :

« Cette année, pour vous dire la vérité, il y a eu un seul patient à qui j'ai initié un traitement, depuis le début de l'année. Il y en a eu un autre, bon, on a eu une lettre, je peux vous la montrer, de la sécu, pour

³⁰ Comme on l'a vu, chez Éric, seule la preuve administrative (la lettre) est reconnue, même la preuve biologique par le test de dépistage n'est pas jugée fiable.

dire “ce patient a été voir 50, enfin, plusieurs médecins, vous êtes sanctionnable”, et moi je peux vous montrer la lettre de la sécu, c'est-à-dire c'est un avertissement. “Surtout n'en reprenez pas à ce patient, il a choisi un autre médecin”. Bon parce que le patient au début est venu me voir, j'ai beau faire, dire, “je fais ça, ça, ça, et ça”, après vous voyez plus le patient, il a trouvé un autre médecin, mais en attendant il en a vu plusieurs, vous êtes pas forcé...vous avez pas toujours la carte Vitale pour vérifier la consommation sur internet, moi je le déclare à la sécu, c'est-à-dire je fais “regardez, je mets en place les choses correctement”. Ben vous avez un mot de la sécurité sociale avec un avertissement !

-Un avertissement pour vous ?

-Oui, un avertissement pour moi parce que j'ai prescrit alors qu'il a vu d'autres médecins. Alors que j'ai dit à la sécurité sociale “je commence un traitement, vérifiez”, non. Le patient a été initié en janvier, j'ai la lettre, en janvier il y a eu 3 prescriptions [...] et puis j'ai l'avertissement là, ça s'est passé ce mois-ci, vous voyez 4 mois après on vous prévient avec un avertissement !

-Là, vous ne pouvez plus rien faire de toute façon.

-C'est-à-dire que si vous revoyez la personne ou si ça se retrouve, ça va au Conseil de l'Ordre. Et là, convocation, au niveau des pairs : “comment, pourquoi vous avez fait ça?”. C'est pas des lettres recommandées, hein ! C'est une lettre simple, mais ça n'est qu'une lettre d'avertissement, une lettre sale, mauvaise, qui vous sanctionne, vous, prescripteur, soi-disant vous avez fait n'importe quoi. Qu'est-ce que c'est cette façon de soigner ? Voilà comment on vous traite ! » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

Quand le médecin considère qu'il aurait dû repérer lui-même la fraude, la lettre révèle dès lors les failles de son attention. Édouard perçoit la lettre comme un contrôle de la tutelle sur ses pratiques. Pour lui, elle n'est donc pas un outil qui aide à la prescription, au contraire, elle lui signifie son incompetence à déceler les « abuseurs ». De ce point de vue, l'assurance maladie, en voulant limiter les détournements des MSO vers le marché noir, opère une ingérence sur les pratiques d'expertise des médecins. L'intervention de la caisse soulève la question de l'autonomie de décision des généralistes. Édouard proclame sa liberté de prescription en affirmant qu'il a respecté toutes les règles et n'a pas à être mis en cause ni sanctionné. Il décrit comme une humiliation l'obligation de se justifier auprès de ses pairs du Conseil de l'Ordre, car l'évaluation d'autrui signifie l'intrusion d'un tiers dans le jugement médical et le colloque singulier. Ainsi, même si la preuve administrative s'intègre globalement mieux que la preuve biologique dans les pratiques des généralistes, elle peut toutefois faire ressurgir les conflits récurrents entre les médecins libéraux et l'organisme gestionnaire, dès lors qu'elle implique un partage de l'exercice du jugement.

Mais les preuves ne sont pas forcément produites par des tiers. Les généralistes en fabriquent eux-mêmes, lorsqu'ils cherchent à conserver des traces de leur relation avec les patients dans leurs dossiers informatisés.

2.3. Le dossier informatisé du médecin : « mémoire de la relation »

Les consultations prennent place dans l'historicité d'une relation médecin-patient. En consignnant des informations dans leur dossier informatisé, les généralistes tentent d'en conserver une trace, écrivant du même coup leur version de cette histoire commune. Au cours des consultations, les données enregistrées peuvent être mobilisées comme des preuves pour désamorcer une instrumentalisation, lorsque la version du médecin ne concorde pas avec celle du patient.

2.3.1. Le contenu du dossier informatisé

Le dossier informatisé tenu par les médecins contient, d'abord, des données biographiques factuelles sur les patients : leurs antécédents médicaux, l'évolution de leur situation personnelle et professionnelle...etc. Lors des premières observations, le Dr Joël relisait à haute voix une partie du dossier des patients afin de nous les présenter. Ce biais méthodologique lié à notre présence nous a ainsi donné accès à ce que Joël inscrit dans ses fichiers informatiques. Souvent, le récapitulatif prononcé à notre intention était d'ailleurs l'occasion de corriger ou de compléter avec le patient certaines informations :

Extrait de consultation, Dr Joël, Patiente 1

Joël résume le parcours de soins de la patiente à partir du dossier sur son ordinateur : la patiente lui a été adressée par un CSAPA, pour un relais méthadone. Elle vient chez lui depuis 2008.
Il récapitule tout en interrogeant la patiente, comme pour qu'elle confirme sa relecture de sa propre histoire :
Joël : « vieille histoire de toxicomanie, vous avez 40 ans... »
La patiente dit qu'elle a repris sa consommation d'héroïne après son accouchement.
Joël mentionne un « problème avec l'alcool », « une situation catastrophique, on avait peur de vous perdre ».
La patiente acquiesce.
Joël regarde l'ordinateur et continue : « jusqu'à un événement inattendu »
La patiente dit « le 9 mai », le jour de sa « 3^{ème} cure » de sevrage alcoolique, qui a réussi. Elle revient ensuite sur ses différentes « rechutes » : « pas de rechutes depuis mai ».
Joël regarde le dossier et ils ne sont pas d'accord sur les dates de rechutes.
Joël demande « et votre opération du cœur ? » (pour avoir la date)
Patiente : « en décembre 2009... j'ai plus les dates. »
Joël « c'est moi qui me trompe... »
La patiente, en plaisantant : « ne me faites pas rechuter quand j'ai pas rechuté ! »
Joël reprend : « depuis le 9 mai vous êtes totalement abstinente ».

Ici, médecin et patiente déroulent (ou écrivent ?) ensemble l'histoire de cette dernière, en établissant les événements marquants. Les dates, sur lesquelles les deux protagonistes cherchent à se mettre d'accord, apparaissent structurantes pour distinguer des jalons, des épisodes au sein de sa trajectoire. Mais même si les patients alimentent les fichiers par les

informations qu'ils fournissent, c'est cependant bien le regard du médecin sur l'histoire du patient que le dossier contient. En effet, on note quelquefois un décalage entre les propos énoncés par le patient et les données biographiques inscrites par le médecin. Le dossier agit comme un filtre, il sélectionne des informations que le médecin juge pertinentes, certaines seront retenues, d'autres non, et elles seront de toute façon retraduites en langage médical³¹, voire réinterprétées :

Extrait de consultation, Dr Joël, Patient 2

Joël demande au patient ce qui a commencé en premier, la drogue ou le cancer.

Le patient explique qu'il a commencé à prendre des drogues à 20 ans, et augmenté après le décès de son père. Il explique que ça lui a évité de devenir dépendant à l'alcool.

Joël demande s'il boit en ce moment.

Le patient dit qu'il boit de temps en temps, qu'il a tendance à beaucoup boire car il tient bien l'alcool. Mais il ne bois pas trop souvent.

Joël écrit sur son ordinateur : « toxicomanie à 25 ans DC père »

Ici, le médecin, en consignait les informations issues de l'interrogatoire, établit un lien de causalité entre la « toxicomanie » et le décès du père, ce qui diffère sensiblement des faits exposés par le patient. Il modifie également l'âge des premières consommations – 25 ans était peut-être l'âge du patient au décès de son père ? La traduction du discours dans le dossier informatique donne implicitement une explication étiologique aux consommations en les reliant à un évènement biographique.

Le fichier informatisé ne constitue pas seulement une trace de l'histoire médicale et personnelle du patient, il est aussi la « mémoire de la relation », pour reprendre une formule du Dr Patrick. Les généralistes y consignent des éléments relatifs aux consultations passées : ce qui a été dit par l'un et par l'autre, les thèmes abordés et à aborder lors des prochaines consultations. Ils y inscrivent également leurs doutes. Le dossier peut faire fonction d'aide-mémoire pour les consultations futures, en rappelant des éléments qui doivent éveiller la vigilance du médecin :

« Ça arrive, des fois, ils m'appellent au téléphone, en disant “voilà, je suis en galère, je finis le boulot à 6 heures et demie ce soir, la pharmacie, machin, truc, elle ferme à 7 heures et demie...”, mais il est à la pharmacie du quartier N., et tout ça... Ça arrive, oui, je commence à la préparer [l'ordonnance] puis il toque à la porte et je donne un acte gratuit, mais bon, il faut éviter quand-même, et puis c'est vrai que je me le marque en général sur le dossier, pour pas que ce soit une habitude, je leur dis c'est exceptionnel. Je le marque parce que sinon j'oublie après. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

³¹ Voir plus haut sur l'interrogatoire, voir aussi Cicourel (2001).

Le Dr Sandrine se sert du dossier pour se souvenir qu'elle a fait une prescription sans consultation, afin de ne pas renouveler cet acte trop souvent pour un même patient. Le dossier pallie ici une défaillance possible de la mémoire de la praticienne, dans le but d'éviter de glisser vers le rôle de distributrice d'ordonnances.

Le Dr Patrick tient des dossiers particulièrement précis : il note des phrases telles qu'elles ont été prononcées par les patients. La trace écrite des interactions passées lui permet de saisir la « trame » de la relation qui se noue, pour ne pas se faire « embarquer » dans une rencontre dépourvue d'historicité :

« C'est de la cohérence, de la mémoire qui s'instaure dans une relation. Si on n'y fait pas gaffe, sinon, c'est chaque fois une nouvelle rencontre. C'est comme un bébé qui revient. Et on se fait embarquer là dedans. Et puis il y a énormément de répétitions aussi, et c'est important d'avoir cette trame, quelque part. Les phrases que me dit celui qui veut pas arrêter alors qu'il est plus du tout toxico, je peux lui ressortir toutes, “Ça fait 60 fois que tu me dis ça, ou à peu près la même chose, tu te rends compte de ça ?” “Ah oui”. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Conserver des traces du passé de la relation permet au médecin de garder une prise sur l'enchaînement des rencontres, et peut-être aussi d'en comprendre le sens. C'est lorsque ce sens n'est pas intelligible que la confiance du médecin en son patient peut être mise en question. Cette mémoire écrite lui est nécessaire pour éviter de s'enfermer dans une relation qui n'évolue pas, que le médecin finira par abandonner ou désinvestir.

Le Dr André, quant à lui, essaie de retranscrire l'ambiance des consultations et ses impressions à la vue d'un patient. On retrouve ici le « *feeling* » des généralistes, conçu comme une source d'information à part entière, qui va jusqu'à être mise en mots et consignée pour s'en souvenir. La traduction écrite du ressenti n'est pas toujours aisée : lorsque les consultations sont éloignées les unes des autres, André a parfois des difficultés à reconstituer une logique à ses sensations fugitives. C'est le cas lors de cette consultation avec une patiente qu'il n'a rencontrée que deux fois :

Extrait de consultation, Dr André, patiente 17

André regarde le dossier et lit à haute voix le descriptif qu'il a écrit sur cette patiente : « jeune sorcière secrétaire ». Il lui demande (ou se demande à lui-même ?) pourquoi il avait écrit cela. La patiente répond que c'est parce qu'il trouvait qu'elle ressemblait à une sorcière. André continue à lire le dossier : « toxicomanie, sevrage et rechutes, et rechutes » La patiente rit et ajoute « et rechutes... » André dit, en regardant le dossier, qu'il l'a vue en octobre et en janvier mais n'a rien noté.

La patiente ne veut pas de traitement.
 Il lui demande si il lui prescrit de l'Efféralgan codéiné.
 Elle dit oui et demande en plus un « décontractant musculaire »
 André lui demande où elle habite.
 Patiente : « en squat »
 André : « 1, 2, 3 étoiles ? »
 Elle répond 3 étoiles, « c'est une grande maison »
 [...]
 André demande son âge, elle répond 25 ans. Il demande si elle a suivi une formation.
 Elle répond qu'elle a un BTS secrétariat, et André dit « ah oui c'est vrai, mais je te vois pas du tout secrétaire. ».

Ici, le Dr André commence la consultation en interrogeant le dossier pour se souvenir des interactions passées, mais la mention « jeune sorcière secrétaire » ne lui évoque aujourd'hui plus rien. Il peine à retrouver le sens de ses impressions antérieures, les mots du dossier ne lui sont donc plus d'aucune utilité. Pour compléter son fichier avec des données plus exploitables, il reprend donc un interrogatoire approfondi (lieu de résidence, âge...), reposant des questions qu'il avait probablement déjà posées (sur la formation en secrétariat, par exemple), comme lors d'une première consultation. Comme le remarque le Dr Patrick cité plus haut, en l'absence d'informations pertinentes dans le dossier, tout se passe comme si la relation antérieure n'avait pas existé pour le médecin. Ce dernier recommence à zéro une nouvelle relation.

Enfin, le fichier informatique contient souvent des éléments destinés à être retranscrits sur les ordonnances de TSO : la posologie consommée par le patient, le nom de sa pharmacie, les différents médicaments prescrits et la date de la dernière consultation. Nous allons le voir, ces éléments peuvent être mobilisés comme des preuves par les médecins durant les consultations, notamment lorsqu'ils entrent en dissonance avec le discours du patient.

2.3.2. La mobilisation du dossier informatisé en tant que preuve

Les médecins mobilisent leurs notes informatisées à différentes occasions durant les consultations. Elles sont, par exemple, un support pour décider des sujets à aborder ou des examens cliniques à effectuer. Mais elles peuvent également être utilisées comme des preuves, afin de démontrer au patient son inobservance ou ses contradictions. Ainsi, le Dr Patrick s'en sert pour confronter le patient à ce qu'il a dit lors de consultations précédentes. Le dossier pallie la mémoire du médecin mais aussi celle du patient :

« L'immense avantage de ne pas avoir de mémoire, vous voyez : “tu te rappelles ce qu'on avait dit la dernière fois » “-ah non non j'ai oublié” “-ah ben oui, on avait dit que ceci, cela” “-ah vous croyez ?” “-oui, regarde, j'ai ta phrase exacte là !” “-ah bon ok, alors d'accord docteur” [...] Je crois que je m'appuyais, je m'en sers dans toute la médecine, je m'appuie beaucoup sur ce que disent les gens, ils sont toujours... Dans tous les domaines, tous les gens sont confrontés à leur incohérence, mais cette population là est beaucoup plus, encore plus confrontée à son incohérence, et le fait d'avoir en permanence ce qui a été dit, de recouper, “non mais attends on voit bien que ce que tu m'as dit là...” ; “-ah oui”, c'est thérapeutique. La mise en face de son incohérence. On le retrouve avec les diabétiques qui suivent pas le régime, avec les hypertendus qui salent comme des malheureux, ou... c'est général mais c'est plus aigu et plus prenant dans la prise en charge des toxicos, je trouve. [...] Je note aussi les phrases que je leur dis. Parce que comme je leur dis pas à tous la même chose, ça me permet après de savoir où j'en suis. Sinon si je crois avoir dit à l'un ce que j'ai dit à l'autre, ça devient vite...et, ils supportent pas l'incohérence des autres, justement. C'est ça qui est thérapeutique, c'est d'être cohérent avec eux par rapport à leur propre incohérence.

-Ils vous accusent aussi d'être incohérent ?

-Oui, si on fait pas gaffe, ils sautent sur les failles des incohérences. D'où le fait d'avoir du texte ça permet de... “Mais non je vous ai jamais dit ça” “-Si, tu m'as dit ça tel jour à telle heure”. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le dossier, en comparant les propos prononcés d'une consultation à l'autre, permet au médecin de détecter les « incohérences » du discours du patient, en d'autres termes ses mensonges ou tentatives de manipulation. Mais le médecin ne s'arrête pas là, il rappelle au patient ses propres mots, pour lui faire prendre conscience de ses contradictions, et du même coup lui prouver ses écarts – il considère que cet acte est « thérapeutique », probablement avec l'idée que les patients sont dans une attitude de déni. L'écrit, « le texte » fait office de preuve non contestable par le patient, de la même façon que l'inscription biologique des consommations sur le test urinaire ou les prescriptions consignées dans lettre de l'assurance maladie. Médecin et patient le considèrent plus fiable que l'oral car il ne fait pas appel à leur mémoire physique mais à un objet extérieur sur lequel est fixée cette mémoire. L'ordinateur restitue les conversations passées, les mots exacts tels qu'ils ont été prononcés – ou, du moins, consignés par le médecin –, dans leur contexte spatio-temporel (« tel jour, à telle heure »). La preuve n'est plus uniquement un outil d'expertise, elle revêt une fonction argumentative : elle est utilisée pour prouver quelque chose au patient.

Dans le même registre de mise en avant des contradictions, le Dr André fait souvent remarquer aux patients leur « avance » récurrente, lorsqu'ils viennent avant la date de renouvellement prévue. Cela donne parfois lieu à des protestations de la part des patients, qui

affirment venir à la bonne date. Or, le dossier met fin aux désaccords en dévoilant une preuve jugée tangible par les deux protagonistes, la date de la dernière consultation :

Extrait de consultation, Dr André, patient 5

André demande : « renouvellement ? »

Le patient répond oui, il ajoute qu'il a 3 jours d'avance car il doit partir pour son travail : « on va ouvrir une nouvelle chaîne ». André lui demande des détails sur son voyage, si le logement est compris (oui)...

André regarde le dossier informatisé : « 7 janvier »

Le patient : « non, le 7 janvier, j'étais venu pour la grippe »

André : « non, t'es venu le 11 pour la grippe »

Le patient réfléchit et dit que le médecin a raison, qu'il se rappelle que c'était un vendredi. André plaisante en disant que ce sont les psychotiques qui se rappellent des jours comme ça, mais que le patient ne s'inquiète pas il n'en est pas là.

Ce débat sur les dates a lieu parce que le patient a 5 jours d'avance et non 3.

Les dates inscrites dans le fichier permettent au médecin de repérer les irrégularités de consommation des patients. Les informations consignées sont confrontées au discours pour déjouer les entorses à la durée de prescription autorisée. Elles ne servent pas seulement à rédiger les ordonnances mais fournissent une base solide pour contredire le patient.

Pour les remplaçants, le dossier tenu par le médecin remplacé est un outil précieux pour détecter d'éventuels mensonges des patients. Les problèmes surgissent lorsqu'il est « mal tenu », c'est-à-dire quand des informations sont manquantes (la posologie, par exemple), ce qui oblige le remplaçant à croire le patient « sur parole », à lui faire confiance. De plus, les informations consignées ne prennent parfois sens que pour le médecin lui-même, elles peuvent demeurer incompréhensibles pour un médecin étranger à la relation :

« Le problème des remplaçants par rapport aux substituts, c'est qu'on a toujours la peur de se faire abuser. Parce que vu qu'on est pas là, on sait pas...de quand...enfin s'il y a un problème de dossier, que c'est pas bien rempli, ou que, puisque ce sont des ordonnances papier, qu'on a des dossiers informatique, parfois on met "renouvellement", donc n'apparaît pas forcément ce qu'on a prescrit, la dose, et la durée. Donc si le médecin a prescrit 28 jours, et qu'il [le patient] est venu il y a trois jours, on a pas forcément toujours moyen de le savoir. [...] Ça peut arriver, après c'est vrai que c'est délicat, on navigue entre confiance et abus, et on... la médecine c'est du déclaratif, donc on n'a pas moyen de savoir réellement, on peut jamais savoir. » (Dr Tristan, généraliste remplaçant, entretien, 2011)

Inversement, ne pas consulter le dossier peut constituer une marque de confiance du médecin en son patient. Contrairement aux remplaçants, qui doutent systématiquement des posologies demandées par les patients si elles ne sont pas inscrites dans les fichiers, le Dr André préfère demander aux patients quel est leur dosage plutôt que consulter son dossier au

moment de rédiger l'ordonnance. Il part donc du principe que les patients ne mentent pas sur leur posologie. Ce geste de confiance n'est pas toujours compris comme tel par les patients. Ils l'interprètent quelquefois comme un manque de rigueur professionnelle – le médecin aurait oublié de noter la posologie dans le dossier :

Extrait de consultation, Dr André, Patiente 1

André écrit l'ordonnance tout en répondant au téléphone. Il demande le dosage à la patiente : « 50 ? »
Elle répond « non, 60 ! 40 et 20 »
Puis elle ajoute, sur un ton de plaisanterie, en regardant l'ordinateur : « ça devrait être marqué là ! »
Elle vérifie scrupuleusement l'ordonnance après.

On peut penser que cette information est effectivement consignée dans le dossier médical, mais que le médecin ne considère pas utile de le consulter puisqu'il part du principe que la patiente connaît sa posologie et ne va pas lui mentir à ce sujet. Non seulement il lui accorde sa confiance, mais il lui reconnaît aussi la capacité de connaître son traitement. La reconnaissance de compétences aux patients apparaît étroitement liée à la confiance, elle sera l'objet du chapitre suivant.

Conclusion du chapitre 6 : la valeur argumentative des objets-preuves

Ce chapitre a analysé les interactions médecin-patient sous l'angle de l'attribution de la confiance, qui constitue une des dimensions du tri en actes. Voisine de la notion de confiance, l'idée de *fiabilité* a traversé notre propos. Elle s'applique à la fois au patient et à son discours, mais aussi aux ressources mobilisées par les médecins pour attribuer leur confiance. La confrontation entre ressources cliniques et objets techniques producteurs de preuves montre la tension entre deux rationalités, l'une fondée sur les compétences personnelles du médecin, et l'autre sur une forme d'objectivité assignée aux traces biologiques, statistiques ou écrites.

La notion de preuve mériterait de plus amples développements, qui dépassent l'ambition de ce chapitre, mais dont nous souhaitons néanmoins fournir une esquisse. Il faut, en effet, revenir sur la *valeur argumentative* des objets techniques fournissant des preuves. Ces objets sont régulièrement mobilisés par les généralistes en dehors de tout contexte d'incertitude sur les conduites du patient. Leur statut de producteurs de preuves prend

l'ascendant sur les données qu'ils fournissent. Nous l'avons vu, le test de dépistage est détourné par le Dr Édouard pour prouver ses « bonnes pratiques » à l'assurance maladie. De même, nous verrons au chapitre 8 qu'il peut être brandi comme un argument d'autorité dès lors que le médecin veut arrêter un suivi sans laisser au patient la possibilité de négocier. Il en est de même pour la lettre de l'assurance maladie, que les médecins montrent aux patients qui nient *l'évidence*.

Dans d'autres cas, les médecins demandent aux patients de produire eux-mêmes des preuves écrites de leur conformité à la figure du « bon patient » : un patient raconte que son généraliste conditionne la prescription de Skénan à la production de « justificatifs » de sa situation professionnelle – contrainte qu'il a contournée en produisant de faux documents. Par ailleurs, l'unique administration d'un test de dépistage que nous avons rencontrée lors des consultations observées ne vise pas à contrôler les produits consommés. Le Dr Joël mobilise le test pour prouver l'absence de consommations de sa patiente à une autre instance, la justice, qui reconnaît particulièrement ce mode d'administration de la preuve (Devresse 2000), lorsqu'il doit rédiger un courrier au tribunal pour aider la patiente à retrouver la garde de ses enfants. Il quitte temporairement sa fonction soignante pour se faire l'avocat de sa patiente. Le résultat du test – négatif aux produits illicites – est manipulé comme un argument supplémentaire prouvant la « bonne conduite » de cette dernière. Une fois de plus, il vient « visibiliser » par des données biologiques son changement de comportement. D'ailleurs, dès lors qu'il n'appuie plus l'argumentation, le test sera abandonné : le médecin renonce finalement à en exposer les résultats car la patiente ne souhaite pas que sa consommation de méthadone soit révélée à la justice. Les résultats sont donc sollicités et manipulés au gré des exigences de l'argumentaire. Le test apparaît ici comme « une technologie plus instrumentalisée qu'instrumentante » (Devresse 2000, p. 388).

Les objets producteurs de preuves sont instrumentalisés par les acteurs en fonction des besoins d'une situation, parfois indépendamment des données qu'ils fournissent, qui perdent de leur importance en tant que vecteurs d'information. Cette idée d'une *valeur argumentative des preuves* mériterait d'être approfondie car elle s'étend au-delà du contexte de la médecine générale et les TSO. Dès lors que les preuves sont manipulables et manipulées à loisir par les acteurs, qu'en est-il de leur supposée « objectivité » infaillible ?

*

Ce chapitre montre également que l'appropriation des TSO en médecine générale implique, une fois de plus, l'aspiration des médecins à définir eux-mêmes leur rôle vis-à-vis des patients substitués. Nous avons rencontré ici deux rôles antithétiques, que de nombreux médecins rejettent l'un comme l'autre : d'un côté le *dealer*, instrumentalisé pour ses ordonnances, et de l'autre le *policier*, chargé du contrôle et de la sanction.

La confiance n'est pas la condition *sine qua non* à l'attribution du statut de patient : souvent, les médecins conservent des doutes sur les conduites des patients, sans que cela ne menace la pérennité de leur relation. Seules certaines situations où le médecin se sent instrumentalisé nécessitent d'affirmer (ou de réaffirmer) la confiance. En fait, l'un des enjeux sous-jacents à l'attribution de la confiance réside dans la conservation, par le médecin, du contrôle de ses prescriptions. Ne pas « se faire embarquer », signifie aussi refuser que le patient « mène la barque », en dictant au médecin ce qu'il doit prescrire et l'utilisation qui en sera faite. Le chapitre suivant traite de la consultation comme lieu de confrontation des savoirs et des usages des TSO. Le procédé de décision ou d'expertise ne saurait en effet être résumé à la sollicitation, par le médecin, de ressources cliniques ou extérieures. Le patient est également acteur dans la consultation, il ne peut être réduit au statut d'objet de l'expertise. Par ailleurs, le statut de patient s'acquiert progressivement au fil d'une histoire commune, il ne saurait se résumer à une décision prise par le médecin lors d'une interaction précise.

Chapitre 7.

La consultation comme lieu de confrontation des savoirs du médecin et du patient

Introduction. Quel rôle pour le patient dans la « décision médicale » ?

Le chapitre précédent, en se centrant sur le médecin et ses méthodes d'expertise, faisait l'impasse sur la place du patient dans les processus décrits (l'inclusion dans la patientèle, l'attribution de la confiance...). Or, ne serait-ce que parce que les généralistes doivent composer avec leurs demandes et leurs exigences, les patients ont une influence sur le jugement médical. La sociologie de la santé a depuis longtemps montré qu'à l'idée d'un malade passif qui a le devoir de s'en remettre à un médecin dont le seul objectif est l'amélioration de sa santé (Parsons 1951), il faut aujourd'hui substituer – entre autres à cause de la progression des maladies chroniques – une pluralité de modèles de relations dans lesquels médecin et patient ont plus ou moins de marge de manœuvre (Szasz, Hollander 1956; Freidson 1984). D'aucuns évoquent même une mutation de la médecine vers une participation accrue du patient aux prises de décision. L'idée d'une « démocratie sanitaire », portée, entre autres, par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, remet en question le monopole de la profession médicale en matière de connaissances et de choix thérapeutiques. Les patients ont aujourd'hui non seulement le droit d'être informés (sur leur cas, sur les traitements existants, sur les risques encourus...), mais également celui de participer aux choix les concernant. Pourtant, dans bien des cas, l'idée d'une « décision partagée » semble rester pour le moins illusoire. D'une part, les patients n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour y participer en connaissance de cause (Fainzang 2006) ; d'autre part, les professionnels de santé opposent souvent, consciemment ou non, une certaine résistance à la participation des patients¹. L'autonomie de la profession médicale, qui revendique le monopole d'un savoir et d'une expertise, représente bien souvent un obstacle à

¹ Fainzang (2006) mentionne notamment des cas de rétention d'informations de la part de médecins, ayant pour but de faire adhérer plus facilement le patient à un traitement ou à un diagnostic. Il ne s'agit pas de priver le patient de la possibilité de décider, mais plutôt d'influencer son choix vers l'option que le médecin juge opportune.

l'intervention des profanes dans des décisions engageant des éléments techniques (Freidson 1984).

Ainsi, la possibilité d'une ingérence des patients dans les questions de médecine nécessite un partage minimal des savoirs entre professionnels et profanes. La possibilité, pour les profanes, de participer aux décisions des « experts » est étroitement liée à la détention de connaissances (Freidson 1984; Fainzang 2006). Dans le cas contraire, le patient est forcé d'adopter le rôle du malade parsonien (Parsons 1951), qui confie son sort à un médecin expert et bienveillant. La mobilisation d'associations de malades depuis plusieurs décennies est susceptible de contrecarrer le monopole des soignants sur les savoirs médicaux, dans le cadre d'une « expertise profane » qui vise à permettre aux patients, devenus à leur tour « experts », de participer à la fois à l'orientation des politiques de santé et aux décisions relatives à leur propre prise en charge (Barbot 2002).

Dans la première partie de ce chapitre, nous quittons temporairement les interactions médecin-patient pour nous intéresser aux interactions patient-médicament, à travers la constitution de *savoirs profanes* autour des TSO. Nous verrons que les « usagers de drogues » ont participé au mouvement collectif de création d'associations de malades, par le biais de l'auto-support. Leurs initiatives participent d'une tentative de formalisation collective de savoirs profanes sur les TSO, dans le but de permettre aux usagers de devenir acteurs de leur trajectoire médicale. Cependant, les savoirs profanes revêtent également une dimension individuelle car ils se construisent souvent dans l'expérience intime d'un patient avec un produit, à travers des *usages profanes*, expérimentations personnalisées des médicaments, productrices de compétences.

Dans la seconde partie, nous posons la question de la reconnaissance, par les généralistes, des savoirs et compétences des patients substitués. La consultation devient le lieu de la confrontation des savoirs et des usages, ce qui fait surgir des enjeux relatifs à la prise de contrôle de la prescription. En reprenant les modèles de relation définis par Szasz et Hollander (1956) puis Freidson (1984), nous chercherons à comprendre dans quelle mesure les connaissances profanes permettent aux patients de participer à l'orientation de leur traitement.

1. Les savoirs profanes des patients substitués : entre expertise collective et réappropriations individuelles du médicament

Comme nous l'avons précisé au début de la thèse, notre approche se veut symétrique : elle considère au même titre le discours des médecins et celui des patients. Il s'agit d'éviter de reproduire – sans pour autant l'inverser – le rapport de hiérarchie souvent à l'œuvre entre ces deux acteurs. Le parti-pris de symétrie implique, entre autres, de se défaire de l'idée d'un médecin seul détenteur des savoirs légitimes. Nous nous interrogeons ici sur les savoirs que les patients possèdent au sujet des traitements de substitution sans nous prononcer sur leur caractère « vrai » ou « faux » au regard d'un référentiel médical qui jugerait s'ils sont scientifiquement fondés². Notre travail est empreint d'une démarche similaire à celle des anthropologues qui refusent le « Grand Partage entre *nos* savoirs et *leurs* croyances » (Adell, 2011; Delbos, 1993). La distinction entre savoirs et croyances tend, en effet, à s'évanouir dès que l'on cherche à lui fixer une limitation claire. Nous considérons les savoirs des médecins et ceux des patients comme deux types de savoirs, alternativement concurrents ou complémentaires, mais dont l'un « n'a pas pignon sur rue » (Delbos, 1993, p.372). Nous avons donc choisi de désigner les connaissances des patients sur les TSO comme des *savoirs profanes*.

Pour autant, même s'il s'agit bien de « savoirs », en quoi sont-ils « profanes » ? Sylvie Fainzang (2012), critique l'usage de ce terme qui reproduit une fois de plus le point de vue des professionnels de santé. L'approche symétrique que nous pensions mettre en œuvre en utilisant la notion de « savoir » se verrait-elle donc ruinée dès lors que l'on accole à ce terme le qualificatif de « profane » ? L'objection de Fainzang soulève une question capitale pour notre analyse : les patients sont-ils des « profanes » ? Et si c'est le cas, par rapport à quoi et à qui le sont-ils ? Il faudra donc réinterroger, à la lumière des pratiques des uns et des autres, la bipartition entre professionnel et profane. Nous verrons que certains patients peuvent devenir « professionnels » dans le maniement de leurs médicaments, qu'ils savent adapter à leurs besoins, alors que les médecins deviennent « profanes » aux yeux des patients, car ils se bornent à rappeler la règle sans avoir eux-mêmes expérimenté les produits. La partition entre professionnel et profane s'estompe dès lors que l'on ne définit plus le professionnalisme

² Le chapitre précédent met en exergue l'absurdité d'une telle démarche, dès lors que les médecins eux-mêmes revendiquent la mobilisation de savoirs fondés sur leur expérience ou leur « intuition », et pas seulement sur les données de la science.

comme la spécificité des « professions »³.

Dans son travail sur l'automédication, Fainzang (2012), qualifie les savoirs des patients de « composites ». Ils prendraient leur source à la fois auprès des professionnels de santé, de l'entourage, des médias, et de leur propre expérience des médicaments. Nous verrons que ces différentes sources d'acquisition de savoirs s'entrelacent dans le cas des TSO, tant au niveau la formalisation collective de savoirs – l'« expertise profane » – (1.1), que dans leurs dimensions plus individuelles (1.2).

1.1. La structuration collective des savoirs des patients substitués : la figure de « l'expert profane »

Les savoirs des patients sur les TSO peuvent prendre une forme collective et formalisée. Nous reprendrons ici la typologie proposée par Akrich et Rabeharisoa (2012) sur les modes de constitution et de transmission de savoirs dans le cadre des groupements associatifs de patients. Au sein de « l'expertise profane », ces auteures différencient une « expertise expérientielle » d'une part, et une « expertise médico-scientifique » d'autre part.

1.1.1. Les savoirs expérientiels des patients : entre expertise individuelle et dynamique de partage entre « usagers »

Plusieurs patients substitués revendiquent une position d'experts sur la base de leurs savoirs « expérientiels ». Ils affirment la préséance des savoirs issus de l'usage des médicaments et des drogues illicites, sur les connaissances des médecins jugées théoriques et abstraites. Nous prendrons l'exemple de Christian, qui souhaite que les médecins expérimentent les produits afin de prendre conscience de leurs conséquences négatives :

« [Mon médecin], parfois je parle avec lui, je lui dis “mais ferme ta bouche, ferme ta bouche parce que je vais te prendre un Sub, et je vais t'envoyer un Sub dans la tête, et je te garantis que tu vas trembler pendant des heures et des heures et je bougerai pas, et tu vas comprendre ce que c'est souffrir, le Sub.” Voilà, c'est pénible ! Il sait pas ce que c'est, le Sub. À la longue parfois... Je dis pas que pour savoir de quoi on parle il faut prendre le produit, mais il y a des fois oui, j'ai envie de leur dire, oui, “prends-toi

³ Comme le notent Dubar et ses collègues, « ce n'est pas seulement ni d'abord l'activité du travailleur qui fait sa profession, mais sa reconnaissance, toujours à reconquérir, par tous ses partenaires » (Dubar, Tripiet, Boussard 2011, p. 320)

une défonce au Sub” ou autre chose. [...] Pour moi, ces gens là, ils sont pas faits pour prescrire tout ça. Ils ont pas assez de connaissances pour pouvoir...ils ont la connaissance mais ils ont pas... c’est comme tout, entre...on va vous dire le savoir, savoir-faire... là c’est : “-Il est bon le vin ? -Ouais. -Mais tu l’as goûté ? -Non. -Alors ne dis pas qu’il est bon !” Faut le goûter pour le voir. Vous allez pas parler d’un vin que vous connaissez pas, ben voilà, c’est pareil. » (Christian, patient, Subutex, entretien, 2011)

Avec la métaphore du vin, il revendique la supériorité d’un savoir fondé sur l’auto-expérimentation, par rapport à une connaissance spéculative ou relayée par l’observation d’autrui (que le médecin peut acquérir, par exemple, en interrogeant ses patients). Pour savoir si le vin est bon et le conseiller à quelqu’un, il faut l’avoir goûté. Selon Christian, seule l’expérimentation du Subutex permet de mesurer son impact négatif sur la vie et le corps. En ce sens, les médecins qui le prescrivent seraient inconscients des risques qu’ils font courir à leurs patients.

Christian refuse la hiérarchisation entre ses propres savoirs et ceux des médecins. Il affirme que les médecins ne sont « pas plus intelligents que les autres ». Le rapport de domination apparaît ici étroitement lié à la détention de connaissances : en affirmant détenir un savoir plus étendu que celui des médecins, Christian refuse de se laisser imposer un statut de dominé, à la fois socialement et intellectuellement. Son discours vise aussi à nous convaincre qu’il est plus proche du statut social des médecins que de celui des consommateurs de produits⁴. Il recherche une relation horizontale avec les soignants, refusant d’être traité comme un patient ignorant ou intellectuellement diminué. Il adopte une posture de distinction vis-à-vis des mondes des drogues. Issu d’un milieu social aisé, il refuse de se voir assimilé à un « junkie » parmi d’autres. Il regrette d’ailleurs que la plupart des soignants ne fassent pas la différence entre « lui » et « eux ». De plus, en même temps que son expérience des produits, il valorise l’expérience de sa « chute » de statut social. Il met en avant les épisodes de vie difficiles auxquels il a fait face, en les opposant au mode de vie des médecins, protégé des aléas de l’existence. Il se positionne donc à la fois à rebours des médecins et des autres patients substitués, auxquels il ne s’identifie pas. S’il donne, en quelque sorte, un caractère universel à ses savoirs sur les produits en affirmant qu’ils sont les seuls valables, son expertise est cependant reléguée au domaine individuel faute d’identification à un groupe avec qui la partager pour fonder un savoir commun. Il a toutefois

⁴ Même s’il se montre très critique vis-à-vis des médecins, il présente l’un d’entre eux comme « un ami », et les nomme systématiquement par leur prénom. En cela, il s’affranchit des conventions entre médecin et patient pour instaurer une proximité relationnelle et une égalisation de statuts sociaux.

choisi de diffuser au grand public son expérience de vie, par un projet d'ouvrage autobiographique relatant son parcours, sur le mode du témoignage⁵.

Au contraire, dans le cadre des associations d'auto-support, les savoirs issus de l'expérience des produits se construisent collectivement et sont transmis aux autres « usagers » dans une logique d'entraide. L'auto-support peut être défini comme « une volonté des patients de mettre l'accent sur leur expérience et leur autonomie pour se soigner, s'aider ou défendre leurs droits. L'auto-support part du principe que les besoins des patients ne sont pas suffisamment, ou mal, pris en compte par les institutions et les professionnels : le soutien entre pairs leur apparaît alors comme une manière de pallier ces déficiences » (Jauffret-Roustide 2002, p. 166). Il permet ainsi de transformer l'expérience individuelle en « savoirs expérientiels », selon un processus de « rationalisation » des pratiques de chacun dans « l'échange » et la « confrontation » (Akrich, Rabeharisoa 2012, p. 70). La construction de savoirs communs fondés sur l'expérience nécessite une montée en généralité à partir de pratiques individuelles mises en relation les unes avec les autres.

Cette compilation d'expériences donne lieu à la formalisation collective des savoirs expérientiels sous la forme d'une expertise alternative à celle des professionnels, une « expertise expérientielle », entendue comme « compétence à mobiliser le savoir expérientiel pour apporter des réponses à des problèmes formulés en termes généraux ou spécifiques » (Akrich, Rabeharisoa 2012, p. 71). Le CAARUD de l'association Aides, où nous avons fait des observations et des entretiens, se situe dans cette mouvance : l'association aspire à porter des revendications sur le plan politique afin d'améliorer le traitement médical des usagers de drogues (« groupe d'intérêt »), mais elle est également fondée sur une démarche communautaire⁶ qui permet le partage de connaissances entre usagers (« groupe d'entraide »).

L'échange de savoirs est relativement organisé dans le CAARUD observé. Son objectif est la réduction des risques. Lors des permanences, il est fréquent que des accueillis

⁵ Il est intéressant de remarquer qu'un autre enquêté au profil similaire nous a fait part du même projet d'écriture. De même, Duprez et Kokoreff (2000) ont également rencontré des usagers de drogues qui manifestaient cette aspiration à transmettre leur expérience par le récit autobiographique. Il s'agit probablement pour ces patients d'un moyen de redonner du prestige et de la légitimité à une histoire vécue comme dégradante.

⁶ La démarche communautaire ne constitue pas un fondement historique de l'association Aides, qui, dans le cadre du sida, ne se définissait pas, à l'origine, comme une association de personnes concernées par la maladie, mais plutôt de défense des intérêts des malades (Barbot 2002). La dimension communautaire est néanmoins omniprésente et revendiquée dans le CAARUD que nous avons observé. Les accueillis sont incités à participer à la vie et à l'organisation de l'association. Nous ne sommes pas en mesure de savoir s'il s'agit là d'une évolution globale du positionnement de l'association ou d'une spécificité locale.

partagent, entre eux ou avec les animateurs, des conseils informels concernant les méthodes d'injection, les types de seringues, ou encore les bonnes et mauvaises adresses de prescripteurs, comme nous l'avons déjà mentionné. Le partage de connaissances entre usagers prend une forme plus officielle lors des « journées d'entraide » organisées régulièrement par l'association. Un groupe d'usagers – une dizaine de personnes au maximum dans les séances observées – se réunit pour partager leur expérience autour d'une ou plusieurs thématiques choisies collectivement⁷. Des salariés et volontaires de l'association – qui sont, pour certains, aussi des consommateurs de produits –, participent et animent les débats. Ces groupes s'inscrivent à la fois comme des forums de construction collective des savoirs d'expérience, et comme des instances de transmission de ces savoirs encore en construction. Bien qu'elles prennent forme dans l'échange et l'oralité, ces rencontres donnent parfois lieu à la production de traces écrites *a posteriori*, qui formalisent les savoirs expérientiels. Les journées d'entraide sont synthétisées dans le journal de l'association, qui devient dès lors un vecteur de transmission plus élargi. Certaines réunions d'usagers ont également été suivies de la rédaction de brochures éditées nationalement par l'association, ou se mêlent conseils pratiques et revendications pour une meilleure prise en charge. De même, le journal de l'association Asud, largement distribué dans le milieu associatif, ainsi que son forum sur internet (Psychoactif.fr), sont des instances de diffusion et de transmission des savoirs des usagers de drogues⁸.

Dans le cadre de l'auto-support, l'expertise profane est inséparable du militantisme. L'affirmation de la légitimité du savoir des usagers s'accompagne d'une revendication pour un statut de partenaire des décideurs publics et des professionnels de santé. Dans ce cas de figure, les savoirs profanes apparaissent en concurrence avec les savoirs médicaux. Qu'elle soit individuelle ou construite collectivement, l'expertise expérientielle des usagers est conçue comme un discours alternatif au discours médical dominant. Cependant, les savoirs profanes ne se constituent pas toujours sur la seule base des expériences individuelles en opposition

⁷ Quelques thèmes abordés dans les groupes observés : les complications liées à l'injection, l'arrêt de l'injection, l'arrêt des TSO, les traitements VHC...

⁸ Concernant la place des savoirs d'expérience dans le journal d'Asud, on se référera à l'analyse qu'en donne Marie Jauffret-Roustide : « Les informations produites par les usagers émetteurs du message sont recueillies auprès des usagers récepteurs. Par le biais de ces supports, le groupe se propose de donner accès aux “bonnes pratiques” en matière de consommation de drogues, c'est-à-dire de faire profiter les autres usagers (en particulier les non initiés) de leurs propres compétences en matière de savoir-faire technique, un savoir-faire acquis par le biais d'une expérience de vie. » (Jauffret-Roustide 2002). Les usagers produisent ainsi leurs propres normes de bonnes pratiques.

aux « savoirs médico-scientifiques » (Akrich, Rabeharisoa 2012), ils sont aussi, pour partie, alimentés par ces derniers.

1.1.2. La réappropriation de savoirs médico-scientifiques : le rôle des professionnels de santé dans la constitution des savoirs profanes

Comme dans les associations de malades du sida décrites par Janine Barbot (Barbot 2002), les savoirs des collectifs organisés de patients substitués participent à la fois d'une valorisation de l'expérience en tant que source légitime de connaissance, mais aussi d'une réappropriation de connaissances issues des professionnels de santé.

Lors des journées d'entraide du CAARUD, les savoirs émanant du monde médical ne sont pas discrédités, bien au contraire. Les usagers sont en quête d'informations et de données scientifiques ordinairement inaccessibles aux profanes (par exemple, au sujet des MSO existant à l'étranger, ou des derniers traitements disponibles pour le VHC). Le collectif peut être un moyen efficace de les obtenir⁹. L'acquisition de savoirs médico-scientifiques peut passer par l'invitation d'un professionnel à la journée d'entraide (un doctorant en pharmacie a notamment été sollicité par le CAARUD), mais aussi par la transmission de connaissances acquises par les usagers eux-mêmes. Par exemple, lors d'une journée observée, l'un d'eux met à disposition de ses pairs des connaissances en pharmacologie apprises au cours de ses études.

Au niveau individuel également, les patients considèrent généralement les médecins comme des pourvoyeurs d'informations scientifiques fiables sur les traitements et leurs effets. Ils peuvent se servir des données fournies pour éclairer leur propre expérience :

« Je suis allé voir l'addictologue que je connais depuis des années, qui est super calé, qui connaît très bien son boulot, qui m'a filé beaucoup de documentation. Le gars, je vais en consultation il me garde trois quarts d'heure, une heure, on parle de tout, on fait vraiment le point, et il m'envoie de la documentation, il m'envoie des mails d'information, de prévention, tout ça, je vois qu'il connaît son truc, qu'il s'intéresse, et qu'il s'intéresse à mon cas. Et il m'a fait faire une prise de sang et avec lui petit à petit on a ajusté le dosage, et c'est grâce à lui, enfin grâce, c'est avec lui qu'on a trouvé ce dosage là, il est d'accord aussi, il me dit c'est clair que c'est pas tous ses patients qui sont à 160 [mg], mais comme

⁹ Barbot (2002) fait le même constat dans le domaine du sida en remarquant que les militants associatifs sont souvent les premiers à avoir la possibilité de tester de nouvelles molécules.

je métabolise vite, je fais partie des 2% qui ont un métabolisme très rapide. Et ça, mon médecin du centre, il voulait pas le savoir. Et j'étais en manque tout le temps. J'ai passé deux mois à être en manque. » (Léo, patient, méthadone, entretien, 2012)

Léo reprend ici un vocabulaire scientifique sur son « métabolisme », et des données statistiques (les « 2% »), afin d'expliquer la nécessité d'un dosage élevé. Il donne une justification biologique à une exigence qui pourrait être hâtivement interprétée comme une logique « toxicomaniaque » de surconsommation. Dans son discours, deux figures de médecins s'opposent : d'un côté « l'addictologue » « super calé », qui l'écoute et lui fournit de la « documentation » ; de l'autre le « médecin du centre » qui « ne veut rien savoir ». Apparaissent ici deux modèles de relation médecin-patient, que nous allons approfondir plus bas. Le premier est basé sur la participation mutuelle (Szasz, Hollander 1956; Freidson 1984). Léo l'apprécie car le médecin fait un travail d'information, ce qui suppose qu'il considère son patient comme capable de comprendre le discours scientifique. De plus, l'addictologue semble impliquer son patient dans les décisions – Léo insiste sur le fait que le dosage a été fixé « avec lui » et non simplement « grâce à lui ». Le second médecin mentionné met en scène un modèle plus autoritaire de relation où le patient ne peut ni revendiquer un droit à l'information, ni faire valoir ses exigences ou ses savoirs.

L'expertise profane, qu'elle soit basée sur des savoirs expérientiels ou issus du monde médical, n'est pas le lot de tous les patients substitués. Nous l'avons dit au chapitre 1, tous les patients ne sont pas des « usagers de drogues » impliqués dans une démarche d'*empowerment*. Tous ne revendiquent pas la légitimité de leurs savoirs et de leur expertise. Jauffret-Roustide remarque d'ailleurs que l'implication dans l'auto-support concerne souvent des « usagers de drogues aux trajectoires très spécifiques (déclassement, conscience politique exacerbée) » (Jauffret-Roustide 2002, p. 178). Un mode de vie précaire, la connotation négative de l'usage de drogues, ou encore la crainte de « replonger » au contact d'autres consommateurs, sont des motifs qui expliquent la rareté de l'engagement dans l'auto-support (*ibid.*).

Par contre, même s'ils n'ont pas de revendications collectives, de nombreux patients développent individuellement des *usages profanes* de leurs médicaments pour les adapter à leurs besoins et à leur quotidien, dans une démarche proche de ce que décrivent Strauss et Glaser (1975), Conrad (1985) ou encore Baszanger (1986) chez les malades chroniques. Ces utilisations profanes donnent lieu à un savoir-faire spécifique dans la manipulation des médicaments.

1.2. Les usages profanes des médicaments de substitution : la recherche d'un rapport intime au produit

Les savoirs profanes sur les TSO sont la dimension formalisée de certaines pratiques quotidiennes des patients avec leurs médicaments. Il existe des réappropriations des MSO, des *usages profanes* : c'est en innovant pour adapter les médicaments à leur vie quotidienne que les patients acquièrent une compétence dans leur maniement. Nous quittons ici le domaine collectif de l'expertise profane pour entrer dans la relation intime, de « familiarité » (Thévenot 1994) entre un patient et un produit.

1.2.1. Des patients professionnels de la gestion de leur traitement

Plusieurs patients rencontrés relatent des pratiques d'ajustements personnalisés de leur traitement. La modification de la galénique, avec l'injection ou l'inhalation du médicament, les variations ponctuelles de posologie, ou encore le fractionnement des prises à divers moments de la journée, correspondent, dans leurs discours, à des tentatives d'adaptation du médicament à leur mode de vie, à leurs exigences, ou à leurs caractéristiques physiologiques individuelles. Ainsi, certains usages profanes sont des « stratégies de soin » (Megherbi 2006) visant, par exemple, à réduire les effets secondaires du traitement :

« En ce qui concerne mon traitement, j'ai jamais vraiment eu de problème. Si, sauf que... ça, ça pourra sûrement te servir : moi le Subutex, par exemple, si je le prends sous la langue ou en sniff, je le vomis. Dès que ça passe là, je le vomis. Du coup je suis obligé de l'injecter. C'est le seul problème. » (Mickael, patient, Subutex, entretien, 2012)

Mickael justifie l'injection du Subutex par son intolérance à la prise sublinguale. De même, Mélanie explique qu'elle fractionne la prise de son traitement méthadone afin d'éviter les « maux de ventre » provoqués par l'ingestion du sirop le matin à jeun :

« [La méthadone], des fois ça m'arrive de la prendre en deux fois. [...] C'est qu'en fait, suivant le dosage on a deux ou trois fioles à boire, enfin, ou des fois qu'une, mais ça donne mal au ventre quand on les boit. C'est vachement sucré, et enfin, il y a un petit peu d'alcool dedans, et ça donne mal au ventre quand on boit deux fioles pleines d'affilée le matin, comme il faut la prendre le matin, ça fait mal au ventre. » (Mélanie, patiente, méthadone, entretien, 2012)

Comme le souligne Saïd Megherbi (2006), ces pratiques peuvent être analysées comme des solutions profanes pour gérer la vie avec la dépendance et le traitement¹⁰, plutôt que comme les restes d'un « habitus de toxicomane » (*ibid.*). Pourtant, comme on le verra, cette dernière interprétation est courante chez les généralistes, qui retraduisent ces logiques d'utilisation profanes en termes d'inobservance ou de « mésusage ».

Dans une enquête auprès de patients épileptiques, Peter Conrad (1985) propose de cesser de traiter l'inobservance comme un écart à une règle prescrite par le médecin. Il s'oppose en cela à la conception parsonnienne d'un malade passif et simple récepteur de directives. Il adopte une approche « centrée sur le patient », considérant que les patients « créent » de nouvelles « pratiques de médication » (*medication practice*) en fonction de leurs besoins quotidiens, dans un processus d'« autorégulation » (*Self-regulation*) des médicaments prescrits. Les usages profanes du Subutex et de la méthadone posent, eux aussi, la question de la frontière entre inobservance et automédication¹¹. Comme le note Conrad, un comportement qualifié d'inobservance ou de détournement d'usage par un médecin peut représenter une forme de prise de contrôle du patient sur sa pathologie et son traitement.

De même, Isabelle Baszanger reprend les analyses de Strauss et Glaser (1975) sur la « gestion de la maladie », en montrant que dans la modification du traitement, les malades chroniques recherchent « une relative absence d'interférence avec les activités quotidiennes les plus importantes » (Baszanger 1986, p. 19). Chez les patients substitués, les pratiques de stockage du traitement, par exemple, n'ont pas forcément pour finalité sa revente ou une prise dérégulée, mais une volonté d'éviter les déconvenues du manque en cas d'impossibilité de se rendre chez le médecin :

« Il faut pas rater le rendez-vous parce que sinon c'est déjà la galère, parce qu'on est au jour près. Si on rate d'un jour on peut pas aller travailler, enfin c'est vraiment super serré.

-Ça t'est déjà arrivé de rater ?

- Ben ouais parce que j'ai pas des horaires de travail fixe, il suffit qu'on m'appelle pour une mission, je vais pas refuser parce que j'ai rendez-vous au docteur, donc j'y vais. [...] J'en garde toujours de côté au cas où parce que j'ai toujours trop peur de pas en avoir. De devoir aller travailler, de pas en avoir,

¹⁰ Les « stratégies de soin » peuvent également consister à utiliser le médicament dans une visée thérapeutique autre que celle pour lequel il a été conçu. Par exemple, Megherbi évoque des cas où les patients consomment une plus grande quantité de Subutex pour gérer une situation angoissante.

¹¹ Sylvie Fainzang (2012), réserve la notion d'automédication aux médicaments consommés en dehors d'un avis médical, à l'initiative du patient. Nous parlons ici d'automédication dans un sens élargi incluant la modification d'un traitement prescrit.

franchement ça me fait flipper.

-Comment tu as fait pour en avoir en plus ?

-C'est des potes qui m'en on donné, ou moi, il y a des jours où j'en prends un petit peu moins. »

(Mélanie, patiente, méthadone, entretien, 2012)

Ici, l'intrusion du médicament dans la vie quotidienne de la patiente n'est pas liée aux effets secondaires mais aux contraintes organisationnelles qu'implique sa dispensation. Par le stockage, elle tente d'atténuer cette contrainte qui entre en conflit avec les obligations liées à son activité professionnelle. Elle essaie d'éviter que le traitement ne devienne la « ligne biographique dominante » (Castel et al. 1998) de son existence, en manifestant son refus d'organiser ses autres domaines d'activité autour de lui. Les différents usages profanes des TSO visent donc souvent à intégrer le traitement dans la vie quotidienne des patients, à le personnaliser, en quelque sorte. En aménageant le traitement en fonction de leurs propres contraintes, les patients cherchent à se le rendre plus « familier », plus « proche », au sens défini par Laurent Thévenot (1994).

Le cadre d'analyse de Thévenot permet d'éclairer de manière originale le processus de modification du traitement par les patients, en particulier le changement de sa galénique pour l'injection ou l'inhalation, ou l'augmentation de la fréquence des prises (fractionnement). Ces usages profanes prennent leur sens dans le rapport singulier d'un patient à son traitement. Pour Thévenot, entretenir un rapport « professionnel » avec un objet technique consiste à innover pour l'adapter à ses besoins (« bricoler sa machine »), ce qui crée une « familiarité » avec l'objet. Celui-ci devient unique par la relation qui le lie à son utilisateur. Le processus de familiarisation implique une prise de distance vis-à-vis des recommandations de la notice d'utilisation, qui définissent un usage « amateur », non personnalisé, de l'objet. En découle une « expertise acquise dans un processus de familiarisation ». L'utilisateur professionnel cherche à « singulariser le rapport à l'objet par des aménagements propres autant que par des gestes particuliers d'adaptation » (Thévenot 1994, p. 92).

Dans cette perspective, les usages *profanes* des MSO se transforment en usages *professionnels* en tant qu'ils visent à adapter le traitement aux spécificités physiques (gestion des effets secondaires) et sociales (gestion des aspects organisationnels de la vie quotidienne) d'un patient singulier. Les médecins partisans de l'observance se font alors porte-parole d'un usage « amateur » car standardisé pour tous les patients et dépourvu d'adaptations propres à

chacun. Même si elle apparaît quelque peu provocatrice, cette perspective qui inverse la partition entre le professionnel et le profane permet d'éviter de reproduire des catégories issues des normes médicales telles que « l'inobservance » ou « l'usage détourné » des MSO.

Comment se construit, pour les patients, ce rapport familial dans l'interaction avec leur médicament ? Comme le souligne Sylvie Fainzang (2012), les pratiques d'automédication se forment souvent dans l'expérimentation, avec un fonctionnement par essai-erreurs sur le modèle scientifique de la réfutation. C'est en éprouvant les effets de tel ou tel type d'usage que les patients parviennent à mieux connaître les médicaments et les aménagements qu'ils peuvent faire :

« Le Sub faut pas le mélanger avec la méthadone, sinon ça te fait une crise de manque, en fait. Ouais, t'as des trucs que tu peux pas. Méthadone et Skénan tu peux, Subutex et Skénan tu peux pas, méthadone et Subutex tu peux pas non plus. Il y a quelques trucs que tu peux pas mélanger. C'est comme le Sub aussi, ça t'enlève les effets de la came, parce que le Sub ça t'enlève...la méthadone c'est une sorte d'héroïne alors que, le Sub ça t'enlève les, ça t'empêche les neurotransmetteurs de...de transmettre, du coup ton cerveau il croit qu'il est plus en manque. Donc c'est pas tout à fait pareil, c'est juste que ça empêche de passer, alors que la méthadone c'est vraiment comme...c'est une molécule qui se rapproche de l'héroïne. » (Rémi, patient, méthadone, entretien, 2009)

L'expérimentation des produits a permis à ce patient de savoir lesquels il peut mélanger sans risques. Il emprunte un vocabulaire scientifique sur les propriétés des médicaments, qu'il agence à sa manière pour donner une explication causale aux effets ressentis. Ce récit témoigne bien de l'intrication de différentes sources de connaissances dans la constitution des usages et savoirs profanes.

Comme on l'a vu au chapitre précédent, une partie des savoirs valorisés par les généralistes sont issus de l'expérience acquise au fil de la pratique. De même, les patients pratiquent l'auto-expérimentation pour perfectionner leurs capacités de maniement des médicaments. En effet, la plupart d'entre eux ont commencé par expérimenter les TSO en automédication, en dehors du contexte médical, en les obtenant au marché noir ou par l'échange entre pairs. Dans ce cadre, ils se livrent généralement à différentes expériences : en essayer plusieurs dans le but de savoir lequel leur convient, alterner avec l'héroïne afin d'éviter le manque ou en quête d'une sensation nouvelle – souvent déçue selon leurs dires –, etc. Avant même d'avoir décidé de commencer un traitement, la plupart des patients ont donc

déjà consommé du Subutex ou de la méthadone dans les mondes des drogues, ne serait-ce que pour pallier ponctuellement une pénurie d'héroïne. De ce fait, certains acquièrent progressivement des *compétences* pour fixer seuls leur posologie, ou développent des méthodes pour la diminuer, indépendamment des directives des médecins. Nous analyserons ces pratiques dans la partie suivante lorsque nous les confronterons aux usages promus par les médecins. En effet, les compétences des patients mettent à mal certaines fonctions ordinairement dévolues aux médecins telles que le diagnostic. Les généralistes ont deux possibilités : reconnaître les compétences de leurs patients, ou tenter de garder le contrôle de leurs prescriptions en employant leurs propres critères d'évaluation de la demande. Néanmoins, il serait hâtif de déclarer que tous les patients substitués développent des usages profanes personnalisés s'écartant des normes médicales d'utilisation des MSO. Avant d'aborder la confrontation avec les généralistes, il convient donc de se pencher sur le caractère illégitime que revêtent les usages profanes aux yeux de nombreux patients.

1.2.2. L'illégitimité des usages profanes et l'intériorisation des normes d'observance

Comme le souligne Monique Membrado (1993), « si [les constructions profanes de la santé et de la maladie] empruntent bien à une logique et une rationalité propre à chacun, issues de son expérience de la maladie, de son vécu des événements corporels, [elles] n'en sont pas pour autant autonomes des catégories produites par la médecine en tant que "science" légitime. » (p. 527). Les usages profanes des TSO ne manquent pas d'être influencés par les discours médicaux à leur égard. Tous les patients substitués ne procèdent pas à des réappropriations de leur traitement, certains sont au contraire soucieux de respecter au mieux les recommandations des médecins : ils ne développent pas d'usages profanes ou souhaiteraient les abandonner.

Beaucoup insistent sur le caractère nocif des modifications du traitement, en particulier les dégâts de l'injection sur le réseau veineux. Cette pratique, relativement stigmatisante, apparaît pour de nombreux patients injecteurs comme un problème, une « déviance » dont ils préféreraient se débarrasser ¹². Ils l'interprètent en termes d'inobservance, voire de survivance de leur « toxicomanie » :

¹² L'une des thématiques proposées par les accueillis du CAARUD lors de la journée d'entraide portait d'ailleurs sur l'arrêt de l'injection. C'est donc là une préoccupation communément partagée par les personnes concernées.

« Alors ils ont fait un Sub que les gens dévient, comme moi, qui l'injectent. Parce que moi, je vous l'ai dit, je suis héroïnomane, donc les héroïnomanes en général ils shootent, alors que les cocaïnomanes ils ont plutôt tendance à sniffer. Il y a le Subutex qu'on peut dévier, et ils ont fait un générique, qui est tout petit, et les gens, imaginez, vous donnez ça à un mec qui peut que le shooter, parce que vous savez il y a la gestuelle qui est en nous, le mec il va se l'injecter quand-même parce qu'on peut. Mais par contre ça va vous exploser les mains comme ça (*il montre ses mains*). Donc voilà ce que ça m'a fait, ça m'a tué mes mains, moi, le Sub. » (Christian, patient, Subutex, entretien, 2011)

Ici, l'injection n'est pas justifiée par des raisons de santé, comme c'était le cas pour Mickael, cité précédemment. Christian présente son « héroïnomanie » comme irréversible. Pour lui, l'injection semble renvoyer à une conduite irrépressible qu'il ne parvient pas à abandonner (« la gestuelle qui est en nous ») malgré ses effets néfastes. On retrouve ici un discours sur la *toxicomanie* bien loin de l'idée d'un usager de drogues qui revendiquerait son droit à l'injection¹³.

De même, certains patients ont intériorisé une norme du « bon » usage des médicaments, qu'ils opposent volontiers à un « mauvais » usage (celui qui a pour objectif la « défonce »), condamnant ainsi parfois leurs propres pratiques :

« Je prenais du Stilonx mais pas de la bonne façon, du Xanax mais pas de la bonne façon, tout ce qui était benzodiazépine j'adorais et donc j'en prenais un peu à droite à gauche, enfin je trichais, clairement je l'ai dit après au médecin, j'exagérais les consommations parce que j'en prenais pour compenser ce que je pouvais pas prendre en drogue. » (Ludovic, patient, Subutex, entretien, 2011)

Ici, ce que le patient juge être la « mauvaise » façon de consommer les benzodiazépines mêle des critères de quantité, de fréquence et d'intentionnalité de la prise.

Chez d'autres patients, les usages profanes sont adoptés par défaut, pour minimiser les inconvénients du traitement, mais ne représentent pas une solution optimale. Par exemple, Mélanie, citée plus haut, explique que le fractionnement de son traitement, même s'il lui permet d'éviter des effets secondaires, lui « fait moins d'effet » et l'a obligée à augmenter les doses. Elle assure que « c'est mieux de le prendre en une fois », validant ainsi une norme qu'elle ne suit pourtant pas scrupuleusement. Les usages profanes ne sont donc pas toujours

¹³ D'autres patients, à l'inverse, clament ce droit en demandant à avoir accès à un produit de substitution injectable (ce qui est actuellement impossible en France).

considérés comme légitimes y compris par les patients qui les mettent en œuvre. On verra, dans le chapitre suivant, qu'ils peuvent rester cachés au médecin, par crainte d'une privation du traitement. Pour de nombreux patients, l'observance, telle qu'elle est définie dans la notice du médicament et véhiculée par les institutions médicales, reste un idéal à atteindre. De ce fait, ils ne revendiquent pas forcément leurs connaissances acquises dans l'expérimentation comme de véritables savoirs.

Nous allons maintenant nous interroger sur l'impact des savoirs, compétences et usages profanes sur la rencontre avec les généralistes. Sont-ils mobilisés par les patients pour revendiquer un contrôle sur le déroulement du traitement et participer aux décisions ? Comment ces savoirs et pratiques se confrontent-ils aux médecins durant les consultations ?

2. Qui contrôle la prescription ? La confrontation des savoirs et des usages

Lorsqu'ils se présentent pour la première fois dans un cabinet médical, les patients dépendants aux opiacés connaissent déjà leur diagnostic, ont généralement une demande précise concernant le traitement et parfois une idée de la posologie qui leur conviendrait, l'ayant fixée eux-mêmes dans l'auto-expérimentation des produits. En cela, ils sont particulièrement susceptibles de mettre à mal le partage usuel des tâches entre le médecin qui élabore un diagnostic et cherche une solution, et le patient qui s'en remet à sa compétence. La confrontation des savoirs peut donc avoir lieu sur le mode du conflit, le médecin s'affichant comme le seul en mesure de prendre les décisions relatives au traitement, dans un schéma de relation empreint de « paternalisme médical » (Jaunait 2003), suivant le modèle de « l'activité-passivité » ou de la « guidance-coopération » (Szasz, Hollander 1956). Dans ces situations, les patients sont considérés comme ignorants (2.1). Dans d'autres cas, le médecin accepte d'attribuer une compétence au patient, basée sur les savoirs et usages profanes. Il lui délègue certains actes, en particulier les ajustements de la posologie. Certaines interactions relèvent ainsi de la « participation mutuelle » (Szasz, Hollander 1956), voire de la « coopération guidée par le patient » (Freidson 1984) (2.2).

2.1. Garder le contrôle de ses prescriptions : une forme de paternalisme médical

Comme on l'a vu au chapitre 5, le respect d'un ensemble de règles peut constituer un critère de sélection pour les généralistes en définissant leur seuil d'exigence. En plus d'être un « contrat » de confiance (cf. chapitre précédent), le « cadre » défini par chaque médecin vise en partie à réglementer, en les limitant, les usages profanes des MSO. La « souplesse » ou la « rigidité » du cadre désigne aussi la place que le médecin accepte de laisser aux patients dans la gestion de leur traitement. Ainsi, plusieurs généralistes assimilent les usages profanes des MSO à de l'inobservance ou du détournement d'usage. Injecté, sniffé ou pris de façon dérégulée, le médicament redevient la drogue à laquelle il se substituait, et le médecin refuse d'en être le pourvoyeur. Ériger des règles strictes bannissant tout « mésusage » donne donc lieu à un modèle de relation basé sur l'autorité du médecin.

Comme le remarque Freidson, « la configuration d'interaction activité-passivité a plus de chances de se rencontrer lorsque la culture profane diffère beaucoup de la culture des professionnels » (Freidson 1984, p. 317). En refusant l'idée d'un partage des savoirs sur les TSO, ces généralistes se revendiquent seuls en mesure de gérer le déroulement de la prise en charge. *Garder le contrôle* répond donc à deux exigences des médecins : d'une part, conserver le monopole du savoir légitime et des décisions relatives au traitement, d'autre part, éviter le « fuitage » (Lovell, Aubisson 2008) de leurs prescriptions vers les mondes des drogues.

2.1.1. Décrédibiliser les savoirs profanes pour revendiquer le monopole des décisions

Selon Freidson, « la compétence des experts revendique en général son privilège en affirmant l'incapacité du client » (Freidson 1984, p. 343). Soutenir que les patients substitués sont ignorants permet à certains généralistes de se définir comme seuls compétents pour prendre les décisions relatives au traitement. En reléguant les usages profanes des TSO au rang d'inobservances, ils les invalident du même coup sur le plan scientifique de leur efficacité. Leur posture se rapproche d'un « paternalisme médical », où le médecin dicte la conduite à suivre, pour le bien du patient :

« Je leur expliquais pourquoi il fallait prendre le produit en une seule prise plutôt qu'en plusieurs prises, en leur faisant des schémas, je leur expliquais qu'il fallait être pris en charge par un psychologue ou un psychiatre et je leur expliquais pourquoi, et puis aussi je m'intéressais au fait qu'ils injectaient ou

qu'ils injectaient pas, et là-dessus j'essayais de commencer à travailler, et actuellement je pense que la personne, je la préviens que ceux qui s'injectent je vais pas les... je vais pas délivrer de produits. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

Sous couvert d'information au patient, ce médecin impose un mode d'usage et en discrédite un autre. Les « schémas » qu'il utilise visent à vulgariser un savoir médical reconnu comme le seul valide. Selon Caroline De Pauw, qui reprend la typologie d'Emanuel et Emanuel (1992), dans une relation fondée sur le « paternalisme », « le médecin doit convaincre [le patient] de faire les “bons” choix thérapeutiques qui sont basés sur des connaissances médicales “objectives”. [...] L'objectif du médecin “paternaliste” est que son patient adhère à ses choix puisqu'ils sont les “meilleurs”. » (De Pauw 2012, p. 40). Ici, le Dr Raymond tente de faire adopter aux patients ce qu'il considère être les « bons » comportements. Le médecin devient éducateur et, du même coup, transmetteur de normes d'usage. Comme le note Alexandre Jaunait, dans le modèle paternaliste, « la rencontre entre le médecin et le patient fonctionne davantage selon la logique d'une complémentarité entre personnes inégales que selon la logique d'un contrat entre égaux. [...] À la faiblesse et à la passivité du malade correspondent la puissance et la responsabilité du médecin – l'inégalité radicale est source de complémentarité et fait fonctionner un système coopératif efficace orienté autour de la préservation de la vie et de la santé. » (Jaunait 2003, p. 12). On retrouve là quelques-unes des prérogatives du « rôle du malade » parsonien (Parsons 1951). Chez le Dr Raymond, l'inégalité se manifeste sur le plan de la détention de savoirs : les patients substitués sont jugés ignorants des utilisations efficaces du médicament, ce qui autorise le médecin à refuser tout usage non-conforme. D'ailleurs, son refus de prendre en charge les injecteurs correspond probablement à un échec de la méthode pédagogique paternaliste¹⁴ : évincer ces patients préserve son autorité.

Paternalisme rime donc avec pouvoir et autorité médicale : le patient, qui ne détient pas les connaissances suffisantes, est jugé inapte à définir les modalités de sa prise en charge. Le médecin reste donc le « guide » et le patient est sommé de « coopérer ». Pour affirmer cette position, les médecins discréditent les savoirs profanes en dévalorisant les logiques d'action qui les sous-tendent. Ils les relèguent au domaine de l'irrationnel dès lors qu'elles s'éloignent d'une rationalité médico-scientifique :

¹⁴ On retrouve un critère de tri établi suite à un échec de l'objectif initial (faire changer les comportements d'usage).

« -Par rapport aux prises, je sais qu'il y a des patients qui le prennent en plusieurs fois par exemple...

-Ca sert à rien ! [...] Je leur dis que c'est aussi con que de shooter, que de sniffer, que d'en prendre dix fois trop, c'est une mauvaise prise, une fois qu'on sature les récepteurs à la première prise, les autres ne servent à rien. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

On retrouve l'idée d'inobservance lorsque ce médecin qualifie les usages non-conformes de « mauvaise prise ». Mais il va plus loin, il les décrédibilise du point de vue de leurs effets : quelles que soient les raisons pour lesquelles les patients ont ces utilisations, elles « ne servent à rien » car les « récepteurs » sont déjà « saturés ». Son discours est sous-tendu par une opposition entre le *savoir* – scientifique, détenu par le médecin –, et les *croyances* des patients, non fondées rationnellement. Plus que les utilisations « détournées » des MSO qui les transformeraient en drogues légales, ce médecin conteste la validité des savoirs profanes, contradictoires avec la rationalité médicale. Son discours glisse du registre de la morale (ce qui est « bon » ou « mauvais ») vers celui de la science (ce qui est efficace ou non). En décrédibilisant les savoirs et constructions profanes des pathologies, les généralistes s'affirment en uniques détenteurs du savoir légitime, et, partant, de la capacité à prendre des décisions relatives aux traitements. L'affirmation de l'irrationalité des savoirs profanes correspond à un enjeu de prise de contrôle de la prise en charge.

Garder le contrôle, pour les généralistes, passe également par l'utilisation de techniques d'expertise et de diagnostic faisant abstraction des éventuelles connaissances et compétences profanes. Lors des entretiens, nous demandions aux médecins si, au cours de leur carrière, ils avaient « appris », par le biais de leurs patients, des éléments nouveaux au sujet des TSO. Nous souhaitions évaluer dans quelle mesure les profanes étaient susceptibles d'alimenter les savoirs médicaux. Or, plus qu'une réutilisation des savoirs profanes, les généralistes décrivent une *traduction* des discours profanes en ressources cliniques. Les savoirs transmis du patient au médecin sur le médicament ne sont pas transmis de personne à personne, mais à travers la médiation du regard clinique. Si ces médecins considèrent qu'ils apprennent des patients, ce n'est pas en prenant en compte leurs connaissances mais en observant leur réaction au traitement. Cela leur permet de conserver un rôle actif face à des patients relégués à la passivité :

« -Et les patients, ils ont joué un rôle pour vous aider à savoir comment prescrire ?

-Bof. Jouer un rôle, c'est toujours difficile à dire comme ça. Ils ont joué un rôle oui, déjà de savoir si ils sont bien ou si ils sont pas bien, si ça avance ou si ça avance pas, c'est entre guillemets un sujet d'observation, donc ça permet de voir ce qui va ou ce qui va pas. » (Dr Yves, médecin généraliste,

entretien, 2010)

« C'est eux qui m'apprennent quand j'ai fait quelque chose, si ça va, si ça va pas, mais sinon après, c'est jamais eux qui m'ont dit, par exemple sur des doses, j'en ai quand-même augmenté quelques-uns, c'est jamais eux qui m'ont dit "je voudrais monter". La plupart du temps, ils me disent qu'ils veulent descendre. Donc voilà, c'est moi après qui décide, en fonction de ce qu'ils me disent et tout ça, j'essaie de noter, si ça se passe mieux, voilà. Ou le moment aussi pour descendre, je m'impose un peu plus que... enfin par rapport à... enfin c'est pas eux non plus qui guident trop ma prescription, à part sur leur ressenti, et, enfin, l'aspect presque clinique, quoi. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Sandrine refuse que les patients ne « guident » sa prescription par leurs demandes, mais elle accepte qu'ils la guident par l'expression de leur « ressenti ». Elle conserve ainsi une posture clinique : elle transforme une plainte en diagnostic, et ne laisse pas les patients le faire à sa place. Les désirs des patients sont pris en compte dans la mesure où ils ne sont pas formulés comme des demandes visant à gérer eux-mêmes la prise en charge. Leur savoir-faire n'a pas droit de cité. Les patients doivent dire comment ils se sentent pour que le traitement soit réévalué à la hausse ou à la baisse, mais ils peuvent plus difficilement exprimer une demande d'augmentation ou de diminution sur la base de leurs propres compétences.

L'observation des patients et de leur réaction au traitement participe ainsi à l'élaboration des savoirs expérientiels cumulatifs de chaque médecin, qui pourront ensuite être réutilisés avec d'autres patients. Le patient n'est pas considéré comme un *sujet* pensant mais comme un *objet* de soin, voire d'expérimentation. Poussant cette logique à l'extrême, le Dr André affirme avoir fait un test de dépistage des toxiques à un patient dans l'unique but d'en apprendre plus sur les propriétés de la buprénorphine :

« C'était pour voir...parce qu'il fumait le Subutex, c'était pour voir s'il y en avait réellement dans les urines. Pour voir le métabolisme un peu du Subutex quand il est fumé. » (Dr André, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ici, c'est le corps du patient qui alimente les connaissances du médecin. On retrouve l'idée traditionnelle en médecine du « regard clinique sur un corps passif » (Carricaburu, Ménoret 2004). Apprendre dans l'interaction avec les patients ne signifie donc pas reconnaître les savoirs profanes sur les médicaments. Les propos du patient tout comme ses réactions corporelles sont réinterprétés par le regard clinique. Garder le contrôle du diagnostic et de la

prescription implique donc de reléguer les patients à un statut passif. C'est d'ailleurs précisément ce que Léo reproche à sa généraliste, il se sent infantilisé parce qu'elle ne reconnaît pas ses savoirs profanes :

« Ce que je lui reproche, c'est de sous-estimer un peu ma propre connaissance de moi et ma propre connaissance du sujet et du problème. Ce que je leur reproche des fois aux docteurs c'est de mettre un peu tous les drogués dans le même panier. » (Léo, patient, méthadone, entretien, 2012)

Les griefs de Léo ne concernent pas seulement sa mise à l'écart des décisions le concernant. Il souhaiterait que ses savoirs au sujet des drogues soient reconnus comme tels, et que son médecin le traite comme un égal. Selon lui, l'absence de singularisation de la prise en charge (« mettre tous les drogués dans le même panier »), empêche la praticienne de le considérer comme détenteur de savoirs. Le fait que les médecins cantonnent les patients au statut d'objets de soin provoque ainsi des décalages et incompréhensions mutuelles.

Durant certaines consultations, les savoirs du patient entrent en conflit avec ceux du médecin, car le patient empiète sur les prérogatives de ce dernier en proposant lui-même une prescription. C'est le cas de cette consultation du Dr André, où un patient se présente muni d'une véritable *ordonnance profane* :

Extrait de consultation, Dr André, Patient 4

Le patient se plaint de mal de dos, « colonne vertébrale toute tordue ».

Il montre à André un papier écrit par un de ses amis qui lui a conseillé un médicament pour son dos.

André : « C'est bien, mais le problème c'est que ça va pas avec le Subutex, c'est de l'opium ça, [...] ils se disputent [...] si t'en prends beaucoup tu seras pas bien, mais je vais t'en marquer ! »

Le patient veut 6 boîtes.

André : « Je vais pas te marquer 6 boîtes, ça c'est le copain qui veut que tu l'approvisionnes [...] tu diras au copain qu'il aille voir son médecin. »

Patient : « [...] c'est pour moi, je viens pas chercher les médicaments pour les autres. »

Il lui marque finalement 3 boîtes.

Puis il refait sa mise en garde « tu t'en rappelles, ce que je t'ai dit, ça peut te faire très très mal. »

Le patient répond qu'il va essayer et qu'il arrêtera si ça ne marche pas.

André : « Il faut que tu le saches, c'est tout, je te fais confiance. ». Il ajoute, en me regardant : « je devrais pas mais je le fais quand-même. »

[...]

Après la consultation, André m'explique que le papier que le patient lui a montré est une véritable ordonnance, avec le nom du médicament (Efférgan codéiné), « 6 comprimés par jour pendant 10 jours » écrit par l'ami du patient. André me dit qu'il pense que le patient était de bonne foi, mais que son ami lui a écrit cela car il voulait se réapprovisionner par son intermédiaire. Le patient, lui, assurait que c'était pour lui.

La présence de l'ordonnance profane, calquée sur le modèle d'une ordonnance de médecin, dépossède André de son rôle habituel. Dès lors que le patient – ou un autre profane – propose lui-même un traitement, une posologie, un rythme et une durée de prise, le médecin refuse

d'interpréter la demande comme relevant de la médecine somatique. Malgré l'existence d'une plainte initiale concernant les douleurs dorsales¹⁵, André ne fait pas d'examen clinique, ce qui contraste avec d'autres consultations où un examen est effectué au détour d'une conversation, alors que les patients n'ont pas vraiment exprimé de plainte somatique (voir chapitre 9). Ici, la présence de l'ordonnance profane conduit André à interpréter la plainte comme une demande déguisée de médicaments, destinés à être revendus ou donnés à un tiers. Cette consultation illustre le décalage qui peut survenir lorsque le médecin se sent dépossédé de sa fonction diagnostique : il refuse de partager son rôle et réinterprète la demande comme un détournement. Même si André finit par prescrire au patient quelques boîtes de codéine assorties de recommandations sur son association avec le Subutex – ce qui implique la reconnaissance minimale d'une compétence de gestion des prises de médicaments – il n'accepte pas pour autant sa version du diagnostic (le mal de dos). Son premier mouvement est d'ailleurs une contestation du contenu de l'ordonnance profane avec pour argument la contraindication avec le Subutex. Même s'il suit finalement la demande de son patient, André ne cesse pas pour autant de s'affirmer comme le seul compétent pour faire un diagnostic et choisir un traitement.

Comme on va le voir, le soupçon de détournement des prescriptions explique en partie les configurations de relations basées sur le paternalisme.

2.1.2. Des logiques profanes aux logiques « toxicomaniaques » d'usage des médicaments

La volonté de *garder le contrôle* est exacerbée par des spécificités liées à la dépendance aux opiacés. Celle-ci fait, en quelque sorte, partie des « maladies stigmatisées qui détériorent l'identité de la personne souffrante », qui, selon Freidson, « ont tendance à être prises en charge suivant le modèle activité-passivité » (Freidson 1984, p. 317). La représentation collective du « toxicomane » dominé par le produit, tout comme celle de l'*addict* chronique compulsif, renvoient l'image d'une personne inapte car dépossédée de sa raison. Ces figures, parce qu'elles impliquent une imprévisibilité des comportements, inspirent la méfiance et contribuent à instaurer une relation où le médecin exige la soumission du patient à ses directives. De plus, interpréter les pratiques des patients comme des « cuisines » à visée « toxicomaniaque » met l'accent sur leur incapacité à penser et agir avec

¹⁵ Cette plainte est d'ailleurs le motif principal de la consultation, car le patient a déjà fait son renouvellement de TSO récemment.

discernement : ils sont *agis* par leur dépendance. On retrouve là une autre propriété du paternalisme médical : « c'est parce que le malade n'est pas une personne autonome lorsqu'il est affecté par une maladie que le médecin est en droit de prendre des décisions à sa place. Dans la théorie paternaliste stricte, le malade est traité comme un enfant structurellement incapable de prendre des décisions le concernant. » (Jaunait 2007, p. 70). Ainsi, certains patients substitués se voient imposer des décisions, d'autant plus si leurs usages du médicament s'écartent des normes admises. Par exemple, un patient sous Skénan – médicament non officiellement reconnu en tant que substitution – est contraint de se sevrer plus rapidement qu'il ne le souhaite, sans que son médecin ne lui laisse la possibilité d'intervenir sur le rythme de diminution du dosage :

« Avec ce docteur là, le premier où j'étais, j'étais à 400 [mg] mais il m'a descendu, parce que pour que je reste...pour qu'il m'en represcrive il veut me descendre, donc un jour ou l'autre j'en aurai plus avec lui. Alors du coup ben je fais un autre docteur. Il m'oblige à baisser.

-Tous les combien ?

-Toutes les deux semaines ou toutes les quatre semaines, ça dépend.

-Ah oui c'est quand-même rapproché.

-Ben ouais ! C'est ce que je lui ai dit : "attendez monsieur, je veux bien faire des efforts, mais vous comprenez bien que c'est pas super facile aussi". » (Fred, patient, Skénan, entretien, 2012)

Le Réseau Addictions toulousain a longtemps dénoncé les méfaits du Skénan en le présentant comme une drogue légale (cf. chapitre 2). L'assimilation collective de sa consommation à un « mésusage » pèse probablement sur la volonté de ce médecin d'en sevrer rapidement son patient. L'énonciation utilisée dans cet extrait dénote que le patient vit sa relation sur un mode relativement passif : les expressions « il m'a descendu », « il m'oblige à baisser », etc., suggèrent une absence de concertation. Sa conclusion est d'ailleurs pour le moins fataliste : « un jour ou l'autre, j'en aurai plus avec lui ». De ce fait, sa seule marge de manœuvre pour devenir acteur de sa prise en charge consiste à contourner ce rapport de domination défavorable en allant consulter parallèlement un autre généraliste. Cette pratique, qui montre une fois de plus l'adaptation des patients aux contraintes imposées par les médecins, a été relatée par plusieurs d'entre eux, ce qui suggère une impossibilité de faire entendre une demande de posologies élevées auprès de certains généralistes.

En effet, lorsque les patients expriment une demande précise concernant la posologie, certains médecins refusent, par principe, de la suivre à la lettre. Le Dr Geneviève raconte

qu'elle donne toujours « un peu moins » que ce que le patient demande :

« Ils savent aussi, avant d'arriver ils ont souvent été en ville, ils ont acheté dans la rue donc ils savent à peu près quelle est la dose qu'il leur faut, à peu près, quoi. Moi je fais en sorte, toujours, de leur en donner un peu moins que ce qu'ils disent, bon, et puis après on voit comment ça se passe. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

Même si elle considère que les patients « savent », la praticienne garde la mainmise sur la prescription en la réajustant à la baisse. Le soupçon d'un usage « toxicomaniaque » si la dose est trop élevée est omniprésent, avec l'idée que les patients demandent toujours « plus » que ce dont ils ont besoin :

« Quand le Subutex est arrivé, ils ont immédiatement voulu 16 mg. [...] Quand je dis : “je t'en marque un”, “- ah non, moi il m'en faut deux”. Il y a une espèce de voracité propre au toxicomane. [...] On ne doit pas demander à un toxicomane si 50 mg ça lui va. Il va forcément dire oui. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Éric, quant-à-lui, cherche à conserver le contrôle de sa prescription en imposant de la différer. Il refuse de satisfaire immédiatement la demande du patient et inscrit la prescription dans la temporalité qu'il a choisie :

« Moi je suis parti du principe, enfin c'est ce qu'on m'a dit, hein, ils sont dans un système, ça fait 10 ans qu'ils se droguent, il n'y a pas urgence à le faire maintenant. Ils veulent le faire, ok, mais on va pas le faire sur un coup de tête, et si il y a une prise en charge médicale c'est moi qui dis comment elle sera faite, c'est pas eux qui me disent “je veux tant de produit, tout de suite”. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

On retrouve ici l'idée d'un décalage de temporalités entre « l'urgence » qui régirait le monde social des « toxicomanes » et la temporalité plus longue des institutions de soins (Panunzi-Roger 2001). Pourtant, il faut aller au-delà de cette explication. Plus qu'un véritable décalage de temporalités entre soignant et patient, la relégation des demandes des patients au domaine de « l'urgence » permet aux généralistes de conserver un pouvoir sur le protocole de prise en charge : c'est le médecin qui décide quand il donnera le produit. Au fond, le médecin ne sait pas si la demande du patient a été mûrement réfléchie, mais la décrire comme un « coup de tête » – on retrouve l'argument de l'imprévisibilité comportementale des « toxicomanes » – lui permet d'affirmer que la décision des modalités du traitement lui revient. Le médecin

reconstitue un décalage de temporalités afin de contrôler le déroulement de la prise en charge et imposer ses conditions. Lorsque l'on interroge les patients, on s'aperçoit d'ailleurs que la décision de commencer un traitement est rarement prise dans l'urgence, la consultation d'un médecin est souvent l'aboutissement d'une planification. Lorsque le médecin impose sa temporalité, il impose donc aussi son autorité.

Pour résumer, en plus d'être méfiants vis-à-vis d'une instrumentalisation de leurs prescriptions, ces généralistes acceptent mal d'être dépossédés de leur travail diagnostique et relégués au rôle de simples exécutants d'une prescription qui serait effectuée par les patients. Cependant, pour nuancer la portée critique de ce propos, nous remarquerons que certains patients sont favorables à une configuration asymétrique de relation, qu'ils assimilent plus à une « guidance-coopération » qu'à une « activité-passivité »¹⁶. Ils attendent de leur médecin qu'il prenne les « bonnes » décisions concernant leur traitement. Ils ne revendiquent pas forcément une volonté de participation ou une compétence particulière¹⁷ :

« Et c'est vrai qu'elle [la psychiatre du CSAPA], elle a tout centralisé. Elle m'a dit "je gère tout". Je la voyais toutes les 2, 3 semaines. Et ça m'a beaucoup cadré. [...] Elle m'a monté [la posologie], m'a aidé à mettre en place aussi la curatelle parce qu'il fallait que je fasse un courrier auprès de la juge, de la psychiatre, donc tout s'est passé en même temps, donc le fait de la voir elle, qui m'arrête tous les médicaments, qui me stabilise, qui me monte énormément le Subutex...Donc là on est à 0,4[mg], j'en suis à 0,4, je suis parti de 8 et là je suis à 0,4. La dernière, on va dire, voilà, il y a eu des fluctuations, après ils m'ont monté jusqu'à 8, pour bien m'assommer, puis là on est à 0,4. » (Ludovic, patient, Subutex, entretien, 2011)

Ce patient exprime son souhait d'être « cadré » tout en décrivant de manière positive l'initiative de la praticienne qui a pris en main ses différents traitements et ses démarches sur le plan social. Ses propos contrastent avec ceux de Fred, cité précédemment : plus qu'un constat d'impuissance vis-à-vis de décisions prises sans son consentement, Ludovic montre une satisfaction envers un médecin qui a « géré » efficacement sa prise en charge. Comme Fred, lorsqu'il évoque les décisions relatives au dosage, Ludovic les attribue à l'action du médecin, en utilisant des formules passives : « elle m'a monté », « m'arrête tous les médicaments », « me stabilise »...etc. Ensuite lorsqu'il mentionne la baisse de la posologie, il

¹⁶ Comme le remarque Freidson (1984), l'« activité-passivité » au sens strict n'a lieu que dans des cas spécifiques où le patient est inconscient ou sous anesthésie. Les configurations paternalistes que nous avons décrites ici relèvent donc d'une « guidance-coopération » particulièrement rigide.

¹⁷ Sylvie Fainzang (2006) fait le même constat dans sa recherche : certains patients sont désireux de « s'en remettre » aux médecins.

continue d'y impliquer la praticienne en utilisant le pronom « on » (« on est à 0,4 »). Cet extrait donne à voir une relation de « guidance-coopération » mutuellement consentie, où le patient suit les directives de son médecin. Parce que le patient consent à déléguer entièrement les décisions, la relation est régie par la complémentarité plus que par le conflit.

2.1.3. Tolérer les usages et savoirs profanes tout en les discréditant : une forme intermédiaire de prise de contrôle de la prescription

En guise de transition, il faut mentionner une forme intermédiaire entre la « guidance-coopération » et la « participation mutuelle » : les situations où le médecin tolère les usages profanes de ses patients, leur concède une certaine utilité, tout en les discréditant du point de vue scientifique. Le médecin conserve le monopole du savoir, mais accepte de laisser une marge de manœuvre à ses patients dans la gestion du traitement. Le Dr Patrick, par exemple, dévalue certains usages et les savoirs/croyances qui les sous-tendent, en les renvoyant à leur dimension « psychologique » :

« En fait, il ne prend qu'un demi [comprimé] le matin et un demi le soir, c'est vraiment des doses totalement, euh...amulettes, quoi.

-Il le prend en deux fois ?

-Oui. Ah, ça, cette fameuse multi-prise, je crois que la pharmacologie est loin de la psychologie, hein.

-Il y a beaucoup de psychologique ?

-Ah, la multi-prise rassure. C'est pas parce qu'on leur dit "une fois par jour", ils préfèrent fractionner. »

(Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

Ce médecin reconnaît une fonction au fractionnement (« rassurer » le patient), tout en affirmant son absurdité du point de vue « pharmacologique ». Mais il tolère cette utilisation profane, justement parce qu'il lui attribue une utilité, fût-elle « psychologique ». De même, il accepte que le patient maintienne un dosage minimal alors même qu'il pense que ce dernier pourrait arrêter son traitement. Le comportement du patient est interprété comme une superstition, ce qui renvoie ses pratiques au domaine de l'irrationnel. Ainsi, un médecin peut tolérer les usages profanes sans pour autant reconnaître les savoirs et rationalités sur lesquels ils sont fondés. Les généralistes opèrent des ajustements entre la théorie (ce qu'il faudrait faire, ou la réaction attendue d'un point de vue « pharmacologique ») et la pratique, c'est-à-dire l'effet obtenu sur un patient particulier, qui peut être jugé bénéfique pour ce dernier (le

« psychologique »)¹⁸.

Lors de cette consultation du Dr André, on observe la même ambivalence entre tolérance et rejet des logiques d'usage profane des TSO :

Extrait de consultation, Dr André, Patient 2

Le patient, qui a une maladie du poumon, doit dormir avec un masque (respirateur ?) mais ne le supporte pas, « parce que j'ai de gros problèmes de sommeil depuis quelques jours ».

André lui dit que cela ne vient pas de ses problèmes de poumon.

Le patient explique que « c'est la machine » qui le gêne, il n'arrive pas à s'endormir avec le masque, car quand il y pense, il ne parvient pas à respirer naturellement. Il dit que même s'il sait que c'est lui qui contrôle la machine il a l'impression que c'est la machine qui le contrôle. Lorsqu'il n'y pense pas, cela se passe bien et il s'endort, mais dès qu'il pense à la machine il ne trouve pas le sommeil.

Il explique avoir augmenté les doses de Subutex car il a l'impression que cela l'aide à respirer. C'est pour cette raison qu'il a une semaine d'avance sur l'ordonnance.

Il demande au médecin si c'est un effet « optique », il se reprend, veut dire un effet de son imagination, ou si c'est possible que le Subutex puisse l'aider à mieux respirer.

Le médecin répond « tu le sais très bien » « ça soigne tout ».

Le patient a l'air surpris une seconde, mais il comprend ensuite qu'André est ironique et veut dire que « c'est dans la tête ».

Le patient demande un médicament pour dormir.

Le patient fait part au médecin d'une augmentation de posologie qui correspond non pas à une logique d'abus mais à une « stratégie de soin » (Megherbi 2006), en réponse à un problème somatique. Le médecin ne blâme pas le patient pour cette pratique, mais il la tourne en dérision lorsque le patient demande si ses sensations ont une explication scientifique. En répondant que « ça soigne tout », André accepte l'usage profane, reconnaît qu'il peut avoir des effets (« psychologiques »), tout en l'invalidant sur le plan médical par une réponse utilisant l'exagération. D'ailleurs, dès lors que le patient obtient la confirmation que les effets ressentis ne correspondent pas à une réalité pharmacologique, il se montre désireux d'abandonner cet usage du Subutex, en le remplaçant par un « médicament pour dormir ».

Tolérer les usages profanes ne prête finalement pas à conséquence pour ces généralistes, dès lors qu'ils sont jugés irrationnels : ils ne remettent pas en question la position d'expert du médecin, ne représentent pas des savoirs concurrents. Dans d'autres cas cependant, le statut des savoirs du patient est revalorisé : le médecin lui reconnaît une véritable compétence, en lui laissant la possibilité de contrôler une partie de sa prise en charge.

¹⁸ On retrouve la même logique dans leur attitude face aux recommandations de bonnes pratiques (Bloy 2005; Bachimont, Cogneau, Letourmy 2006).

2.2. Partager ou céder le contrôle en faisant une place aux compétences profanes : des modèles de relation moins autoritaires ?

2.2.1. La participation mutuelle dans la gestion des posologies

Selon Freidson, la « participation mutuelle » implique que médecin et patient aient un statut de « collaborateurs » : « le patient n'est pas purement et simplement tenu d'accepter l'autorité du médecin ; chacun d'entre eux doit accepter l'autre comme partenaire en cherchant à résoudre un problème. » (Freidson 1984, p. 316). Les fonctions de l'un et de l'autre se voient donc modifiées par rapport aux modèles paternalistes que sont l'activité-passivité et la guidance-coopération.

Dans le cadre des TSO, la participation mutuelle se rencontre souvent pour fixer la posologie à l'initiation du traitement. Certains médecins prescrivent un nombre suffisant de boîtes de Subutex pour que les patients déterminent eux-mêmes le nombre de comprimés dont ils ont besoin :

« Je les laisse déterminer leur dose. Au démarrage je prescris des comprimés à 2 mg et puis c'est eux qui me disent combien ils ont besoin d'en prendre sur la journée pour être bien. Ça peut être 3, enfin 3 comprimés, donc ça fait 6 mg. Mais moi quand j'en initie ici au cabinet c'est rare que je sois au dessus de 8 mg, très rare, je suis plutôt entre 4 et 6. Voilà, et puis après on diminue sur deux-trois ans tranquille, en général ça se passe bien. Parce que je prends des...Je n'accepte de travailler avec le Subutex que sur des parcours simples et légers, sinon c'est méthadone. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ici, médecin et patient prennent une part égale au choix de la posologie, aucun ne guide l'autre : le médecin fournit le produit, le patient fixe le dosage selon ses besoins, et le médecin prescrit ensuite la posologie demandée. Cette technique s'oppose à celle que décrit le Dr Sandrine, qui affirme que lorsque les patients n'ont aucune idée de leur posologie, elle prescrit un dosage « au hasard » et fait revenir le patient au bout de quelques jours pour vérifier s'il convient. Sandrine utilise ses propres ressources cliniques dans le cadre d'un travail diagnostique classique sur lequel elle garde la mainmise sans solliciter les compétences du patient, alors qu'Isabelle fait participer activement le patient au processus d'équilibrage progressif du dosage¹⁹.

¹⁹ Cela rappelle la notion de « travail du malade » (Strauss 1992d). Strauss note que sa reconnaissance est susceptible d'apaiser les conflits entre professionnels et patients.

On notera cependant que la participation mutuelle a lieu au bon vouloir du médecin. Lui seul décide de la marge de manœuvre qu'il laissera au patient. C'est d'ailleurs le médecin qui fournit les outils nécessaires, en particulier l'ordonnance. La relation d'autorité n'est donc pas totalement abolie : même s'ils sont « collaborateurs », médecin et patient ne sont pas égaux dans la relation. Le patient reste dépendant de la volonté du médecin de lui donner, ou non, la possibilité de participer. De plus, le médecin peut choisir les patients avec qui il met en œuvre ce partage des tâches. Le Dr Isabelle précise qu'elle n'utilise cette méthode qu'avec des patients ayant une posologie relativement basse (moins de huit milligrammes). Elle adresse les autres au centre méthadone dans lequel elle fait elle-même des inclusions, selon une logique beaucoup moins participative (délivrance journalière avec prise sur place, etc.). En cela, elle garde une grande part de contrôle sur ses prescriptions. On retrouve ici une logique de tri : Isabelle accorde le droit de fixer la posologie à des patients triés sur le critère de la « légèreté » de leur dépendance. Cette logique peut être mise en parallèle avec les propos de Szasz et Hollander (1956), qui remarquent que la participation mutuelle est favorisée par une proximité sociale et intellectuelle entre médecin et patient. En disant cela, ils sous-entendent que la participation mutuelle ne définit pas un profil de pratiques qu'un médecin mettrait en œuvre avec tous ses patients²⁰ : quels que soient les critères sur lesquels il se base, le médecin choisit de faire participer certains patients plutôt que d'autres.

Dans la même logique de participation mutuelle, le Dr Laurence fournit à un patient un outil lui permettant de réguler lui-même la diminution du dosage de méthadone :

Extrait de consultation, Dr Laurence, patient 2, consultation 2

Le patient demande à Laurence si elle a encore des pipettes, car il a perdu celle qu'elle lui avait donnée il y a longtemps.

Laurence dit oui et va en chercher une dans un panier au dessus de son armoire à pharmacie.

Patient : « je baisse mais j'attends encore un peu ».

Laurence : « vous faites comme vous voulez ».

Elle lui demande s'il est encore « à la fiole ».

Le patient dit qu'il pensait qu'il fallait être à 10mg pour passer à la gélule.

Laurence lui dit que non. Elle lui conseille de revenir au CSAPA pour passer à la gélule (elle lui explique les étapes du passage à la gélule).

Il pense que la gélule ne fait pas les mêmes effets que la fiole, et Laurence lui dit que si, ce sont les mêmes.

Il demande pourquoi, alors, c'est aussi compliqué de passer à la gélule.

Laurence répond que « c'est les lois ».

Le patient dit que ce serait bien, la gélule, car c'est plus facile à stocker.

²⁰ Affirmer qu'un même médecin peut adopter des postures différentes vis-à-vis de ses différents patients interdit donc de corrélérer les modèles de relation avec des caractéristiques socioculturelles ou biographiques des généralistes.

Laurence confirme en lui disant qu'on a les 14 comprimés sur la même plaquette. Elle regarde sur son ordinateur les différents dosages de gélule, pour voir à quel moment il pourra changer, elle lui énumère les dosages disponibles.

Le patient demande quelque chose à propos de la pipette qu'elle vient de lui donner. Laurence lui explique comment faire avec la pipette : jeter dans l'évier à chaque fois un peu plus de méthadone de la fiole, pour diminuer progressivement.

Cette consultation montre l'ambivalence de la participation mutuelle. La praticienne accepte que le patient gère de façon autonome le rythme de la diminution du dosage (« vous faites comme vous voulez »), elle lui reconnaît une compétence pour le faire et ne lui impose aucun calendrier. Mais c'est elle qui donne au patient l'outil nécessaire pour cette gestion autonome : la pipette qui lui permettra de vider une partie de son flacon de méthadone. Le patient avait perdu cet objet et n'était donc plus en mesure de diminuer son traitement sans l'aide du médecin. D'ailleurs, c'est aussi le médecin qui enseigne au patient la méthode de diminution progressive à l'aide de la pipette. Il ne s'agit donc pas d'une technique reposant sur des savoirs profanes expérimentiels.

De plus, le Dr Laurence adopte une posture d'informatrice : elle donne au patient des renseignements sur le protocole méthadone gélule, tout en le laissant choisir en dernière instance s'il souhaite y prendre part. Laurence ne l'oblige à rien, ni sur le plan de la diminution du dosage, ni sur celui du passage à la gélule. Par contre, c'est elle qui fournit les informations et les outils indispensables à la participation active du patient aux décisions.

Cet exemple comme le précédent donnent un éclairage nouveau à la notion de participation mutuelle telle qu'elle a été théorisée en sociologie de la santé. Même si elle est usuellement présentée comme un schéma de relation dont le patient est partie prenante à parts égales avec le médecin, il ne faut pas oublier que seul le médecin détermine les conditions de possibilité de la participation du patient. Cette configuration ne permet pas au patient de s'affranchir du médecin pour prendre des décisions.

Au contraire, dans les situations de coopération guidée par le patient, ce dernier s'émancipe en grande partie de la dépendance aux ressources fournies par le médecin.

2.2.2. Laisser le contrôle : la coopération guidée par le patient

Contrairement à la participation mutuelle, la guidance-coopération inversée, où le patient guide et le médecin coopère (Freidson 1984), redéfinit une configuration inégalitaire des rôles au détriment du médecin : le patient prend une décision que le médecin accepte de

suivre. Comme dans le cas précédent, la possibilité de ce type d'interaction nécessite que le médecin reconnaisse l'existence de compétences et de savoirs chez les patients. Quelquefois, l'étendue des connaissances des patients sur les traitements est même jugée supérieure à celle du médecin :

« -*Ils connaissent les médicaments ?*

-Évidemment. Mieux que moi, souvent.

-*Comment vous avez appris à les manier, ces médicaments ?*

-Avec eux. Ben oui. Parce qu'on n'a pas de formation, en sortant des facultés, on n'a pas de formation sur la toxicomanie, enfin quasiment pas. Donc on apprend avec eux.

-*Qu'est ce qu'ils vous ont appris, par exemple ?*

-Les effets secondaires, les doses, comment diminuer, comment sevrer, euh...voilà, on le fait tranquillement avec eux, ils connaissent bien, vraiment très, très bien. Les anxiolytiques ils connaissent très bien, les hypnotiques ils connaissent très bien, ils ont tout essayé souvent. [...] En tout cas, pour les sevrages, on le fait ensemble. Bon maintenant ça va, je maîtrise mon sujet (*rire*). Mais au début non, hein, pas du tout ! » (Dr Patricia, médecin généraliste, entretien, 2011)

En mettant en parallèle les formations universitaires avec les connaissances qu'elle a acquises par l'intermédiaire des patients, le Dr Patricia affirme que les savoirs profanes sont en mesure d'alimenter les savoirs médicaux. Les patients sont décrits comme une source légitime d'acquisition de connaissances, pas seulement grâce à l'observation clinique de leurs réactions, comme c'était le cas pour des généralistes cités précédemment. Du fait de leurs savoirs, les patients sont jugés aptes à réguler leur posologie indépendamment d'indications fournies par le médecin – contrairement à la logique de participation mutuelle qui nécessite des directives. Patricia s'associe tout de même à la démarche lorsqu'elle affirme « on le fait ensemble » (plutôt que “le patient le fait tout seul”). Elle semble cependant laisser les patients prendre la main sur ces aspects du traitement pour lesquels elle les considère parfaitement compétents.

Le Dr Hamid, quant-à-lui, affirme explicitement qu'il « suit » ses patients pour fixer le dosage. Il prescrit directement la dose que les patients demandent, considérant que l'expérimentation des médicaments dans la rue leur a permis de connaître leur posologie :

« Moi souvent je prescris à la journée, au départ, et prise devant le pharmacien pour être sûr que c'est pour eux, pas pour quelqu'un d'autre. C'est compliqué à faire, hein ! Donc au moins une semaine ils sont chez le pharmacien avec la dose. Ils connaissent souvent leur dose. Ils la connaissent parce qu'ils

ont pris ça dans la rue le plus souvent. Donc il y a une prise, il y a, d'abord ils passent dans la rue, ils achètent ça et après ils me disent, bon, "j'en ai besoin d'un comprimé, j'en ai besoin d'un comprimé et demi, deux"...bon, je les suis un peu là dedans parce qu'ils s'y connaissent un peu. Oui, ceux qui sont vierges de tout, ça n'existe pas, je les vois pas, ceux là, vierges de Subutex. Ils viennent, ils ont déjà pris, la majorité, donc ils connaissent leur dose. » (Dr Hamid, médecin généraliste, entretien, 2011)

On retrouve ici l'affirmation d'une connaissance et d'une compétence chez les patients, qui autorisent le médecin à leur laisser une part de contrôle sur la prescription. Le médecin exécute la demande sans la remettre en question, car il juge le patient capable de fixer la posologie sur la base de ses savoirs profanes. Ce positionnement implique cependant un minimum de confiance du médecin en son patient. Afin d'éviter l'instrumentalisation, le Dr Hamid impose une délivrance journalière du médicament en pharmacie les premières semaines. Mais celle-ci ne sert pas à fixer le dosage, simplement à s'assurer que les prescriptions n'ont pas pour objectif la revente au marché noir²¹. L'absence de confiance préalable ne remet donc pas en question l'attribution d'une compétence fondée sur des savoirs profanes expérientiels.

De même, lors d'une consultation de réinitialisation de TSO après une « rechute » dans l'héroïne, le Dr Joël n'expertise pas la demande. Il effectue la prescription sans la mettre en doute, en suivant les indications données par le patient :

Extrait de consultation, Dr Joël, patient 3

Début de la consultation. Le patient reste debout, donne sa carte Vitale pendant que Joël me présente et dit que je travaille avec le Réseau Passages. [...]
Le patient dit qu'il vient pour ça justement, car il a fait une rechute après un sevrage et il a préféré revenir voir Joël dès aujourd'hui pour reprendre du Subutex.
[...]
Joël demande quand a eu lieu le sevrage.
Le patient répond septembre-octobre.
Le patient se justifie de sa rechute : « je suis faible (...), j'ai mon papa qui s'est fait opérer (...) j'ai des soucis de famille »
Joël note une ou deux phrases dans le dossier informatique, puis demande les quantités d'héroïne consommées.
Patient : un gramme par jour.
Joël demande si il injectait, le patient lui répond que oui.
Joël demande depuis combien de temps il a rechuté, le patient répond un mois et demi.
Joël demande si sa femme s'en est aperçue.
Patient : « je lui ai dit (...) elle le voyait »
Le patient explique qu'il souhaite repartir à 4 mg par jour et baisser de 1 mg tous les mois.
Joël est réticent et demande si 4 mg vont lui suffire avec des prises d'héroïne quotidiennes. Il pense qu'il faudrait un dosage plus élevé manifestement.
Le patient dit qu'il est à 4 mg depuis 15 jours (achetés au marché noir).
Joël dit que pour baisser il y a d'autres paliers possibles.

²¹ On retrouve ici un dispositif de contrôle des pratiques impliquant le pharmacien, destiné à garantir la fiabilité du patient.

Le patient répond qu'il travaille peu en ce moment (pour justifier qu'il peut faire un sevrage rapide ?)
 Joël (me) dit que le patient travaille dans le « TP » « travaux publics et gros œuvre »
 Le patient ajoute qu'en ce moment depuis 15 jours qu'il retravaille, il fait du gros œuvre, de la laine de verre, que c'est horrible car ça gratte beaucoup.
 Puis le patient reprend : « je préfère venir vous voir car le Subutex là je l'achète. »
 Joël rédige l'ordonnance et dit « je vous remets de la buprénorphine. »
 Le patient acquiesce.
 Joël lui demande si sa femme se soigne pour son problème digestif [il m'expliquera ensuite qu'elle a une maladie grave], il lui demande des nouvelles de ses enfants, tout en rédigeant l'ordonnance.
 Puis il demande le nom de sa pharmacie, le patient répond « pharmacie G. la même qu'avant ».
 Le patient demande de l'Atarax 100, « parce que je dors pas »
 Joël demande si « ça vous ensuque pas, la journée » et le patient répond que non, alors il prescrit.
 [...]
 Le patient vérifie l'ordonnance rapidement : « y a tout »
 Le patient revient sur son planning de sevrage : « je vais descendre en ambulatoire » « passer à 3, puis 2... »
 Joël dit qu'on peut faire des paliers : 3,4 mg...
 Le patient dit qu'il aimerait qu'en 6 mois ce soit terminé.
 Joël est d'accord et lui dit qu'il faut voir le psychiatre car il est souvent anxieux, il lui dit que son réflexe est de prendre la drogue aux moments d'anxiété.

De cette consultation, nous retiendrons premièrement le fait que le médecin n'envisage manifestement jamais la possibilité de ne pas prescrire. Même s'il s'agit d'une réinitialisation de traitement, la prescription n'est pas un enjeu majeur. Le patient commence par expliquer sa « rechute » en recherchant des circonstances atténuantes (problèmes familiaux...), mais visiblement cela ne constitue pas un problème pour le médecin. Joël ne cherche pas à s'assurer de la pertinence de la demande de prescription, ni même de la fiabilité du patient. Les situations d'évaluation de la demande décrites au chapitre précédent sont donc loin d'être systématiques, même au moment de l'initiation d'un traitement. Ici, le médecin semble faire d'emblée confiance au patient. Même s'il pose des questions sur ses consommations, il ne s'agit pas d'un interrogatoire à but d'expertise.

Deuxièmement, le patient fait une demande précise : il propose une posologie et un planning de diminution²² qu'il a élaborés sans que le médecin ne l'y invite. On peut considérer que le médecin tente de s'assurer de la faisabilité des projets du patient en s'enquérant des quantités d'héroïne consommées. L'interrogatoire l'amène ainsi à émettre des réserves vis-à-vis de la décision du patient : un dosage probablement trop bas et un projet de sevrage que Joël juge excessivement rapide. Mais finalement, les arguments médicaux sur lesquels se fonde le discours de Joël ne seront pas maintenus face aux compétences profanes. Lorsque le patient affirme qu'il consomme déjà 4 mg de BHD achetés au marché noir, Joël accepte d'avaliser sa décision. Le médecin n'impose pas au patient son point de vue sur la

²² Le patient entraîne le médecin dans le modèle de la maladie aigüe où l'objectif est le sevrage progressif (voir chapitre 4), alors même que la présence d'une « rechute » pourrait faire penser à une chronicisation.

démarche à suivre, au contraire, il laisse le patient effectuer les choix majeurs concernant le déroulement du traitement, malgré son opinion divergente. Il s'agit donc bien de guidance-coopération inversée : le patient prend la totalité des décisions, et le médecin les approuve en rédigeant l'ordonnance selon sa volonté. Cette situation entre en opposition avec les cas décrits plus haut, où les patients étaient jugés incompétents et où les médecins revendiquaient, pour leur bien, la mainmise sur les dynamiques de baisse et d'augmentation des posologies. Par exemple, dans un extrait cité, le Dr Sandrine affirme qu'elle augmente la dose lorsqu'elle le juge nécessaire, même si les patients souhaitent diminuer²³.

Ainsi, dans le cadre de la guidance-coopération inversée, le médecin reconnaît une compétence au patient et se conforme à sa volonté. Ce n'est plus le médecin qui prend la décision mais le patient. Le médecin n'est pas totalement passif, il « coopère » car il conserve le pouvoir de prescription. Il prend cependant moins d'initiatives que dans les schémas précédents. La configuration où le patient est actif et le médecin passif n'existe pas car seul le médecin peut rédiger l'ordonnance. D'après Freidson, l'impossibilité empirique de ce dernier schéma de relation qui impliquerait que « le médecin cesse d'être un consultant » (Freidson 1984, p. 314), témoigne de la permanence du pouvoir médical. Nous ajouterons que ce pouvoir est incarné dans un objet : l'ordonnance fait figure d'instrument de domination en incarnant le pouvoir de prescrire, monopole du médecin. De plus, quelle que soit la configuration des interactions, le médecin en est forcément partie prenante car c'est à lui que revient le choix de la place laissée au patient dans les décisions.

2.2.3. Les « listes de courses » des patients : une relation de service ?

Pour terminer, il faut mentionner une variante de la coopération guidée par le patient : celle où le patient relègue le médecin au rôle d'exécutant, en présentant sa demande de médicaments à la manière d'une « liste de courses ». Le patient fait glisser l'interaction vers un rapport de service entre un prestataire et un client. Cette configuration tend donc à se rapprocher de l'activité-passivité inversée. Le médecin ne maîtrise plus à quel degré il laisse le patient prendre le contrôle de la prescription, car c'est ce dernier qui prend l'initiative en

²³ Nous ne sous-entendons pas, ici, que les médecins comme le Dr Sandrine n'encouragent pas assez les patients à se sevrer, dans une volonté de maintenir une clientèle captive. Au contraire, nous avons également vu le cas, tout aussi autoritaire, où le généraliste impose une baisse que le patient juge trop rapide. Dans les deux situations, le positionnement est justifié par des raisons médicales ou morales qui visent le bien du patient.

exigeant un service. Le médecin devient exécutant d'une demande d'ordonnance, à l'instar du pharmacien :

Extrait de consultation, Dr André, patiente 3

Début de la consultation. La patiente entre et s'assied. Très silencieuse. André me présente, elle reste silencieuse. André commence par : « Je le vois plus, le jeune homme ! Je l'ai pas vu depuis un moment. »
 Patiente (marmonne) : « Quel jeune homme ? Je m'en fous ! »
 Elle parle peu, se cache le visage avec ses mains, on voit qu'elle n'a pas tellement envie de se raconter ni de s'éterniser.
 En guise de question, le médecin lui fait un signe de la tête.
 Elle répond par : « alors, il me faut 2 Subutex 8 mg »
 Il lui fait remarquer qu'elle est « en retard » elle dit « oui je suis en retard », il lui demande si elle était à Toulouse. Elle ne donnera pas la raison du « retard ».

Cette patiente formule sa demande de Subutex comme si elle s'adressait à un commerçant (« il me faut... »). Lorsque le médecin lui fait remarquer une anomalie dans la date de sa venue, elle n'en donne pas les raisons. Dans une relation commerciale, le client n'a pas à se justifier car le prestataire reste, de toute façon, à son service. Même si le médecin n'est pas passif, il se contente ici d'avaliser la demande.

D'autres consultations donnent à voir des demandes de médicaments formulées sur le registre de la commande à un commerçant :

Extrait de consultation, Dr André, patient 9

Patient : « tu me marqueras du Lexomil, s'il te plait, André ? »
 André demande si il lui prescrit d'habitude le Lexomil.

Extrait de consultation, Dr André, patients 11 (couple)

Le patient demande « 24 mg non substituable + du valium »
 André m'explique que c'est un protocole spécial [de l'assurance maladie].
 La patiente dit (telle une fillette fière d'elle) qu'elle aussi est « à 3 » [3 comprimés par jour]
 Elle se penche pour voir ce qu'André a écrit sur son ordinateur, elle dit « j'ai oublié un truc ». Puis elle rappelle : « vous avez marqué les Valium ? »

Extrait de consultation, Dr Joël, Patiente 1

Joël : « je vous fais la méthadone d'abord ? »
 Patiente : « et on remet du Xanax, le zolpidem j'en ai encore. »

Ces exemples permettent de donner une interprétation différente à la relation de service qui peut s'instaurer entre les patients substitués et leur généraliste : elle correspond moins à une soumission du médecin à la demande, qu'à une *routinisation* de la prescription dans le cadre des renouvellements d'ordonnance. Le dernier extrait (Dr Joël) en témoigne

particulièrement : la prescription, qui reste identique au fil des consultations, n'est plus investie d'un enjeu de prise contrôle pour le médecin. Le patient se contente de rappeler au médecin ce qu'il doit prescrire, pour lui faire gagner du temps, lui éviter de faire appel à sa mémoire ou à son ordinateur. C'est donc la répétition des rencontres qui autorise ce type de formulation de la demande des patients. La question de la routine sera développée dans le chapitre 9, mais nous constatons d'ores et déjà que la plupart des scènes de prescriptions sont dénuées d'enjeu décisionnel. Si le médecin exécute une « liste de courses », c'est parce qu'il n'éprouve pas le besoin de remettre en cause des prescriptions qu'il a probablement actées lors de consultations antérieures. En fait, la question du contrôle de la prescription se pose uniquement aux moments d'inflexion du traitement : l'initiation, la diminution ou l'augmentation du dosage, l'arrêt.

Cependant, certains généralistes n'apprécient pas les demandes formulées telles des « listes de courses » qui assignent au médecin le rôle de prestataire de service, jamais très loin de celui du dealer. Nous l'avons dit au chapitre précédent, ce type de demandes peut même être un motif de refus de prescription, en particulier lorsqu'elles concernent des benzodiazépines et que le patient ne fait pas partie de la patientèle habituelle du généraliste²⁴. Dans ce cas, en effet, ces demandes ne correspondent pas à des prescriptions de routine fruits d'une décision antérieure du médecin, mais à des exigences autoritaires des patients/clients. Il s'agit là de griefs courants chez les généralistes, qui ne concernent pas uniquement les patients substitués. Être relégué au rôle de prestataire de service contribue en effet à dégrader l'image du métier de généraliste, en réduisant l'importance de la fonction de diagnostic et de recherche de solutions, qui participent au prestige de la médecine. Par exemple, les médecins remplaçants se plaignent souvent de patients qui leur demandent de « photocopier » l'ordonnance précédente, alors qu'eux souhaiteraient prendre le temps de comprendre les raisons de chaque médicament prescrit, en d'autres termes faire un travail sollicitant leur jugement médical. De même, lors d'une consultation (qui ne concerne pas les TSO), le Dr Joël est confronté à une patiente infirmière qui vole régulièrement des benzodiazépines dans la pharmacie de l'hôpital où elle travaille. Elle se présente avec une liste de médicaments qu'elle souhaite qu'il lui prescrive, sur la base de ses expérimentations. Il manifeste sa désapprobation, mais finit par prescrire, arguant qu'il préfère que les médicaments soient obtenus de façon légale. Après la consultation il nous fait part de son impuissance face à ces

²⁴ Il s'agit d'un schéma de demande que les médecins apprennent à repérer et qui éveille leur méfiance.

situations où il est « obligé de dire oui ». La dépendance au client force ici le médecin à *perdre le contrôle* de sa prescription. Dans le même registre, concernant plus spécifiquement les TSO, plusieurs généralistes évoquent des confrères qui se seraient laissés « submerger » par la demande et seraient restés impuissants face à l'instrumentalisation de leur rôle, devenant, malgré eux, des « dealers en blouse blanche » alimentant le marché noir.

*

Garder, céder, prendre ou perdre le contrôle de la prescription. Ces différentes manières de qualifier les rapports de conflit ou de coopération entre généralistes et patients substitués lors des moments de décisions revisitent en quelque sorte les typologies usuelles en sociologie de la santé en y ajoutant un actant supplémentaire : le traitement, matérialisé par l'ordonnance. Les relations médecin-patient ne peuvent être analysées sans prendre en compte les enjeux sur lesquels se fixent les rapports de pouvoir. Les différentes configurations de relations ne représentent rien d'autre que des tentatives de définition du rôle joué par chacun des protagonistes vis-à-vis du traitement.

Conclusion du chapitre 7

Dans ce chapitre, nous avons envisagé la rencontre médecin-patient-médicament au prisme de la confrontation des savoirs des généralistes et des patients autour des TSO. Cela nous a menée à nous interroger sur les possibilités de prise de contrôle de la prescription par l'un ou par l'autre. L'analyse dénote ainsi la variété des configurations existantes, allant du paternalisme médical à une relation où le patient est invité à faire lui-même les choix majeurs relatifs au traitement. Ce chapitre permet donc de s'interroger sur la situation des patients dépendants aux opiacés par rapport à l'idéal de « démocratie sanitaire » aujourd'hui récurrent dans les débats publics et professionnels sur la santé. Lors de certaines consultations observées, le médecin manifeste une volonté de laisser aux patients un droit de regard sur leur prise en charge. Mais comme nous l'avons souligné, la participation du patient a souvent lieu au bon vouloir du médecin et les compétences profanes ne sont pas toujours reconnues comme telles. Comme cela a été constaté sur d'autres terrains ²⁵, l'existence d'une organisation collective de patients revendiquant une expertise ne présume pas forcément de la

²⁵ Voir notamment le travail de Barbot sur le VIH (Barbot 2002).

possibilité, pour tous les patients, d'être impliqués dans les décisions relatives à leur traitement. Nous reprendrons donc la perspective dessinée par Alexandre Jaunait lorsqu'il affirme que « les termes de l'autorité médicale ont certes changé mais ils sont loin d'avoir disparu. Il me semble en effet défendable que l'évolution vers la décision partagée ne permet pas de dire que l'autorité du médecin n'existe plus. Dirait-on que parce qu'un enfant a des droits, ses parents n'ont plus d'autorité ? Sans doute pas, car le passage de la prémisse à la conclusion est profondément contre-intuitif : le fait qu'un mode relationnel asymétrique ait été l'objet de rééquilibrages décisifs ne permet pas de conclure que certaines des prémisses de ce modèle ont disparu. » (Jaunait 2007, p. 70).

Par ailleurs, les évolutions vers la « démocratie sanitaire » sont susceptibles de transformer le rôle du médecin en celui d'un prestataire de service, dès lors que le patient est conçu comme un « usager » de la médecine. Dans le cadre des TSO, si le « service » recherché se résume à la prescription, le rôle de prestataire se confond avec celui de distributeur de médicaments, qui reste une fonction dévalorisée par de nombreux généralistes car elle ne sollicite pas leurs compétences diagnostiques et est perçue comme une instrumentalisation.

Ce chapitre a également été l'occasion de constater que les interactions médecin-patient sont traversées de conflits, en particulier lorsque les deux protagonistes revendiquent le droit de « guider » la relation et qu'aucun n'accepte d'être relégué au rôle de « coopération ». Il convient donc maintenant de poser la question des moyens dont l'un et l'autre disposent pour résoudre ces conflits. Dans certaines situations, ils choisissent le compromis dans l'objectif de maintenir leur relation : ils entrent dans un processus de négociation, qui sera l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 8.

Négociations : les jalons d'une relation

Introduction. Négociation et partage des savoirs

La définition de la négociation proposée par Christophe Dupont, qui est la plus communément admise dans la littérature francophone (Bourque, Thuderoz 2011; Kerbrat-Orecchioni 2012), précise les éléments minimaux pour qu'une interaction puisse être qualifiée de négociation. Selon Dupont, la négociation est « une activité qui met en interaction plusieurs acteurs qui, confrontés à la fois à des divergences et des interdépendances, choisissent (ou trouvent opportun) de rechercher volontairement une solution mutuellement acceptable. » (Dupont 1994, p. 12). En comparant cette définition « standard » à d'autres usages plus libres du concept, Catherine Kerbrat-Orecchioni (2012) met en garde contre les approches qui tendent à considérer toute interaction comme une négociation : l'intérêt du concept s'en voit amoindri car il perd sa spécificité. Afin d'éviter l'écueil du « tout-négociation », elle propose de « réserver “négociation” aux cas où l'on observe à la fois *du conflit et de la coopération*¹, et de considérer que pour qu'il y ait négociation il faut et il suffit d'une part qu'il y ait désaccord initial ; et d'autre part, que les sujets en litige manifestent un certain désir (réel ou feint) de restaurer l'accord, désir sans lequel on sort d'une logique de négociation pour entrer dans celle du conflit avoué. » (Kerbrat-Orecchioni 2005). L'interdépendance entre les protagonistes apparaît alors primordiale. Elle explique pourquoi ils choisissent la négociation plutôt qu'une autre forme de résolution de leur problème : elle leur interdit de mettre fin à l'interaction, qu'ils cherchent au contraire à maintenir (Kerbrat-Orecchioni 2005, 2012).

En s'intéressant aux enjeux de contrôle de la prescription à l'aune de la confrontation des savoirs du médecin et du patient, le chapitre précédent a révélé la présence, sinon d'un conflit systématique, du moins d'une possible contradiction entre les logiques médicales et profanes d'utilisation des TSO. Or, les divergences entre un médecin et un patient à propos du traitement ne marquent pas forcément l'impossibilité de la prise en charge – qui se traduirait

¹ Les italiques sont de notre fait.

par l'éviction ou le départ du patient. Au contraire, dans de nombreux cas, les deux acteurs cherchent à résoudre leurs différends par le compromis : ils entrent en négociation, selon la définition proposée ci-dessus. À l'instar des configurations de relations décrites précédemment, la négociation fait écho à des enjeux de contrôle du traitement. Comme nous allons le voir, même si leurs rapports ne sont pas toujours consensuels, médecins et patients entreprennent de faire perdurer leurs relations au-delà des conflits qui les opposent.

Problématiser les interactions médecin-patient en termes de négociation nécessite quelques précautions au regard du rapport asymétrique qui unit souvent ces deux acteurs. Même si elle peut prendre place au sein d'une relation hiérarchique, la négociation exige des rapports relativement horizontaux entre les participants, afin que chacun soit en mesure de défendre sa position (Bourque, Thuderoz 2011; Kerbrat-Orecchioni 2012) : « Même s'il existe entre elles certaines relations de domination, les différentes parties engagées dans la négociation doivent disposer d'une certaine latitude pour agir sur la situation et modifier l'état de choses. » (Kerbrat-Orecchioni 2012, p. 89). Dans le chapitre précédent, nous avons montré comment les savoirs et compétences profanes, lorsque les médecins les reconnaissent, donnent à certains patients la possibilité de participer aux prises de décision relatives à leur traitement, diminuant ainsi l'asymétrie des relations (cf. la guidance-coopération inversée). De même, le partage des savoirs sur les médicaments rend possible, pour certains patients, l'entrée en négociation, en leur permettant de défendre un point de vue sur le traitement. Les savoirs et usages profanes sont donc à la fois des sources de désaccord entre médecins et patients (lorsque les médecins les perçoivent comme une menace envers leur autorité), et des pré-requis pour que les patients puissent négocier avec leur généraliste.

En abordant les consultations sous l'angle de la négociation, il ne s'agit donc pas de gommer les asymétries dans les relations entre généralistes et patients substitués. Le chapitre précédent rappelle que l'asymétrie est une configuration courante, notamment à cause d'une faible reconnaissance des savoirs et usages profanes par les généralistes. La négociation a lieu dans un « environnement social » (Strauss 1992e), son analyse ne doit pas être décontextualisée des rapports de pouvoir qui traversent les interactions. Comme le souligne Jeanmart (2007), bien souvent, la négociation a lieu uniquement selon les conditions fixées par le médecin. Il a la possibilité de la bloquer complètement en contraignant le patient à se rallier à sa position, notamment grâce à son pouvoir de (ne pas) prescrire. La question que nous devons nous poser est donc : pourquoi négocier lorsque l'on a l'autorité ? Qu'est-ce qui

pousse les généralistes à conclure des compromis avec leurs patients alors même que l'état du rapport de force leur permettrait d'imposer leur point de vue ? Par exemple, les généralistes ont le pouvoir de conditionner l'obtention du traitement à une observance parfaite en excluant tous les patients qui refusent de s'y conformer (cf. chapitre 5). Pourtant, alors que, dans certains cas, un écart du patient aux règles aboutit à une interruption de la prise en charge pour rupture du « contrat », nous avons observé des scènes où le médecin accepte de composer avec les logiques profanes d'usage des traitements, en recherchant un terrain d'entente commun, satisfaisant pour les deux parties.

Outre une répartition des savoirs, négocier suppose l'existence d'un objectif partagé, dans lequel réside l'interdépendance des acteurs. Par exemple, sur le terrain hospitalier de Strauss (1992d), des acteurs aux statuts hiérarchiques divers (aides-soignantes, infirmières, médecins) négocient des règles communes dans le but de pouvoir travailler ensemble malgré des divergences d'intérêts, de regard sur la maladie, ou encore de convictions sur la bonne façon de soigner. Dans une forme de « coopération négociée » (Cresson, Drulhe, Schweyer 2003), tous reconnaissent et partagent un même objectif, « rendre les patients au monde extérieur en meilleure forme que lorsqu'ils sont entrés », objectif qui sert de base aux négociations. Dans le cas des patients en TSO et des médecins généralistes, à première vue les objectifs ne sont pas toujours partagés : le médecin peut, par exemple, poser l'abstinence comme finalité du traitement alors que certains patients recherchent avant tout une gestion de leurs consommations de drogues illicites. En quoi réside donc l'interdépendance qui les conduit à la négociation ? Au-delà de l'enjeu le plus visible qu'est l'ordonnance, qu'est-ce qui se négocie durant les consultations ? Nous verrons que pour répondre à ces questions, il faut analyser les négociations en référence à la temporalité de la relation médecin-patient. Nous nous pencherons donc, dans une première partie, sur les épisodes de négociation en tant qu'éléments de la construction d'une relation médecin-patient. Mais nous n'oublierons pas, dans un second temps, d'analyser les moments où la négociation n'a pas lieu, du fait d'un rapport de force particulièrement saillant, du refus de l'un des protagonistes, ou encore d'une absence de désaccord.

1. De la négociation dans les consultations à la construction de l'ordre négocié de la relation médecin-patient

En préambule aux analyses, quelques précisions d'ordre méthodologique s'imposent. Bien que, comme nous l'avons déjà expliqué, notre objectif ne soit pas d'aboutir à une typologie de médecins, il paraît cependant important de resituer l'analyse des consultations dans le contexte de profils de pratique plus globaux des généralistes observés. Les logiques de sélection et les configurations de relation médecin-patient analysées précédemment montrent qu'un même médecin agit différemment en fonction du patient qui se présente face à lui. Cependant, la littérature comme nos observations suggèrent l'existence d'une tonalité d'ensemble de la pratique des médecins, même si elle ne se traduit pas systématiquement dans tous leur actes : médecins qui se définissent comme plus ou moins « souples » ou « rigides » (voir chapitre 5), plus ou moins « techniques » ou « relationnels » (Membrado 1993; Bloy 2005), plus ou moins enclins à la négociation. Le Dr André, par exemple, peut être considéré comme un médecin particulièrement « négociateur », il accepte facilement de mettre de côté la règle pour s'adapter à la situation et à la demande de ses patients. Globalement, son seuil d'exigence apparaît moins élevé que celui de ses confrères observés. Chez lui, la négociation sur la date de renouvellement des ordonnances est quasiment systématique dans les 17 consultations TSO observées. Des tractations ont également lieu lors des autres consultations de médecine générale, au sujet d'arrêts de travail, par exemple. L'ouverture à la négociation semble donc s'inscrire comme une tendance globale dans sa pratique. Les deux autres généralistes observés, s'ils ont recours à la négociation lors de plusieurs situations, ne sont pas toujours enclins à accepter les compromis, notamment au sujet des usages profanes des médicaments. Le Dr André les décrit d'ailleurs comme des médecins plus « stricts » que lui². Les épisodes de négociations doivent être mis en relation avec les « styles de pratique » (Bouchayer 1994, 2010) que les généralistes revendiquent. Le Dr André sera plus souvent mobilisé dans les analyses qui suivent, du fait de la richesse des procédés de négociation à l'œuvre lors de ses consultations.

Les éléments de définition fournis en introduction constituent une grille de lecture pour les consultations où le désaccord repose sur un décalage entre les pratiques du patient

² L'image que les généralistes ont auprès de leurs confrères donne cependant bien plus d'informations sur leur réputation que sur leurs pratiques effectives. Plusieurs généralistes rencontrés décrivent le Dr Joël comme un médecin particulièrement « rigide », ce qui confirme l'existence de mécanismes de réputation locaux mais ne reflète qu'imparfaitement les pratiques observées chez ce médecin.

(les usages profanes des TSO en particulier), et les normes d'usage attendues par le médecin (observance, respect des dates de renouvellement...). Afin de comprendre le sens que revêtent les négociations pour les acteurs, il convient d'abord d'analyser les différents procédés par lesquels se manifeste la négociation durant les interactions médecin-patient. Nous partirons d'une interrogation sur *comment* médecin et patient négocient (1.1) pour comprendre *pourquoi* ils négocient et *ce* qu'ils négocient (1.2).

1.1. Les procédés de la négociation dans les interactions entre généralistes et patients en TSO

Les liens entre la négociation et les procédés langagiers qui lui sont connexes comme l'argumentation, font débat en sociologie. Pour Strauss, la négociation consiste à « exprimer des revendications et des contre-propositions », ou encore à « jouer le jeu du donnant-donnant » (Strauss 1992d). S'il insiste sur l'importance de l'échange verbal, il reste cependant évasif sur la forme que prennent ces « revendications et contre-propositions ». Le terme générique d'« échange de propositions » (Strauss 1992e; Kerbrat-Orecchioni 2000), s'il a le mérite de mettre l'accent sur l'objectif de parvenir à l'accord par l'idée de « proposer » quelque chose d'acceptable à l'autre, en dit finalement peu sur les ressorts langagiers employés lors des négociations.

1.1.1. La persuasion

Dans certaines consultations observées, le processus de négociation – parvenir à résoudre un désaccord grâce au compromis – emprunte la voie de la persuasion. Le médecin ou le patient, pour faire valoir à l'autre sa proposition, utilise un enchaînement d'arguments sur le modèle de la démonstration logique. Le patient peut chercher à convaincre le médecin qu'il a besoin d'une prescription en essayant de lui faire accepter ses raisons comme médicalement valables. De même, le médecin recourt à la démonstration lorsqu'il explique au patient les mécanismes d'action d'un médicament afin d'en dissuader la prise ou l'excès.

Dans l'extrait suivant, une patiente utilise des arguments empruntés au domaine médical pour contrer le Dr André, qui la soupçonne d'avoir un usage abusif (en termes de posologie consommée et d'objectif de l'utilisation) d'une benzodiazépine (le Rivotril). La

patiente s'engage donc sur le terrain du médecin, au lieu de développer un argumentaire basé sur des catégories d'usage profane :

Extrait de consultation, Dr André, patients 11 (couple)

Patiente : « Sur mon ordonnance vous avez oublié le Rivotril. »

André : « Tu sais que j'aime pas le Rivotril. »

Patiente : « Mais c'est mon traitement, je suis épileptique ! »

André : « Tu sais que moi je ne crois rien... »

Puis, elle parle d'un autre médecin qu'elle a vu (André m'expliquera après la consultation que c'est un neurologue, pour son épilepsie)

André lui demande comment elle a fait pour obtenir le Rivotril puisqu'il ne le lui avait pas marqué sur l'ordonnance : elle dit que c'est son mari qui lui en procurait. Le mari ajoute « système D ».

[...]

André lui fait remarquer « t'es un peu en avance ? »

Elle répond qu'elle revient car « vous m'avez donné le traitement sans le Rivotril », qu'elle ne vient pas pour renouveler le Subutex cette fois-ci.

André me dit que c'est sa seule patiente sous Rivotril.

Elle demande « ah bon, Sam il est plus sous Rivotril ? »

Elle ajoute que les autres le prennent pour se défoncer mais que pour elle, c'est différent, c'est son traitement pour l'épilepsie.

Cette patiente déroule divers arguments pour convaincre André que le Rivotril correspond bien, pour elle, à un « traitement » et non à un produit détourné dans une logique de « défonce ». Elle invoque l'indication première du Rivotril : le traitement de l'épilepsie. En affirmant souffrir de ce trouble, elle soutient du même coup que son usage du médicament n'est pas abusif, mais bien l'utilisation prévue par la règle. Son argumentation adopte donc le système normatif de la médecine : elle ne revendique pas une utilisation profane du médicament, au contraire, elle met en avant son respect des règles en affirmant qu'elle a droit à ce médicament, contrairement à ceux qui le détournent. Sa première demande, qui semble faire référence aux prescriptions antérieures de ce médicament par le Dr André (« vous avez *oublié* le Rivotril ») exprime bien l'idée que le médicament lui est dû. On peut cependant supposer, compte tenu de la mauvaise opinion d'André au sujet du Rivotril, que la négociation a lieu à chaque renouvellement et que « l'oubli » du médecin est probablement intentionnel. Le retour de la patiente pour réclamer son médicament constitue donc une tentative de négociation : elle remet en cause la décision du médecin de ne pas prescrire. Ici, c'est la patiente qui commence la négociation contrairement à d'autres cas où c'est le médecin qui l'initie pour tenter de modifier le comportement d'un patient ou une prescription associée.

Pour contrecarrer le scepticisme du médecin sur le bien-fondé de sa demande (« tu sais que moi je ne crois rien »), la patiente évoque l'existence d'un neurologue, spécialiste qui a peut-être prescrit initialement le Rivotril. L'argument de l'autorité du spécialiste ne semble

cependant pas convaincre le généraliste de la pertinence de la prescription. Le Rivotril étant un médicament controversé³, le Dr André ayant tenu, par ailleurs, un discours public dénonçant les méfaits de ce médicament et déconseillant aux généralistes de le prescrire, il se sent ici obligé de justifier auprès de la sociologue l'existence de cette patiente embarrassante, en affirmant qu'elle est une exception (« c'est ma seule patiente sous Rivotril »). Sa justification est mise à mal immédiatement par la patiente qui évoque un autre patient de sa connaissance. Elle recourt de nouveau à l'argument du traitement de l'épilepsie pour se différencier de cette personne à qui André affirme avoir cessé de prescrire le Rivotril : elle incite André à ne pas traiter son cas de la même façon que celui de cet autre patient. Son état de santé à elle justifierait la prescription, contrairement aux consommateurs de drogues qui font des demandes injustifiées. Son argumentation se fonde sur une rhétorique de différenciation de son cas par rapport à celui de ses pairs : tout au long de la consultation, la patiente se construit une *persona* de malade épileptique, contre celle de « toxicomane » en demande de produits que voudrait lui attribuer le Dr André. Contrairement à d'autres consultations où les patients font valoir leur impuissance à arrêter un médicament duquel ils sont dépendants pour justifier la prescription⁴, elle préfère convaincre le médecin que la fonction du Rivotril est, chez elle, bien différente de l'alimentation d'une addiction.

André finira par accepter de faire la prescription, non qu'il ait été convaincu par les arguments, mais certainement plutôt dans le but d'éviter de déclencher un conflit ouvert. La présence de l'enquêtrice a également pu jouer en faveur de l'évitement d'un affrontement direct avec ces patients. Plutôt que l'argumentation, la menace, même si elle n'est pas formulée verbalement, serait donc la raison réelle qui fait ici céder le médecin⁵. Il se peut également qu'André prescrive « de guerre lasse », considérant que la patiente n'entendra pas ses contre-arguments.

Si cette consultation permet d'analyser le processus d'argumentation, elle incite aussi

³ La prescription du Rivotril (clonazépam), limitée à 12 semaines, doit être faite sur ordonnance sécurisée depuis septembre 2011, son initiation est réservée aux neurologues et aux pédiatres depuis mars 2012. Ce médicament possède une AMM pour « traitement de l'épilepsie », mais il était très souvent prescrit en dehors de son indication, comme tranquilisant ou anxiolytique. Au moment de nos observations (février 2011), il faisait l'objet d'une surveillance accrue de la part des centres de pharmacovigilance (CEIP) pour son détournement et son potentiel addictif, ce qui a abouti à la réglementation actuelle. Le Rivotril a suivi une trajectoire similaire (dénonciation de ses méfaits chez les « toxicomanes » puis restriction d'utilisation) à celle qu'avait connue quelques années plus tôt le Rohypnol (flunitrazépam), qui n'est plus commercialisé depuis septembre 2013.

⁴ Par exemple, Dr Joël, patient 6 (extrait plus bas).

⁵ Voir, en partie 2, l'analyse de la tension que font peser les patients sur André durant cette consultation.

à s'interroger sur le lien entre persuasion et négociation. Selon Strauss (1992e) la persuasion, de même que la menace et « l'appel à l'autorité », seraient des techniques distinctes de la négociation, des « options permettant d'éviter ou de rejeter la négociation, c'est-à-dire des modes d'action alternatifs » (Strauss 1992e, p. 260). Mais ces dernières seraient néanmoins susceptibles d' « affecter le cours de [la] négociation si [elles] sont choisies conjointement à la négociation » (*ibid.*, p.261). D'autre part, parmi les « règles de la négociation » énoncées par Bourque et Thuderoz, on trouve des règles de « coercition, de dissimulation et de persuasion » (Bourque, Thuderoz 2011; Thuderoz 2009). Ces auteurs font de ces trois techniques les composantes de la négociation dite « de marchandage » ou *bargain*⁶, la persuasion visant alors à « modifier les préférences [de l'autre] » ou à « modifier les croyances [de l'autre] à propos de la négociation et de son environnement ». Avec la persuasion, « chacun va démontrer à l'autre le bien-fondé de ses demandes et le convaincre qu'il est judicieux de les lui accorder » (Bourque, Thuderoz 2011, p. 87).

À première vue, cette définition semble s'appliquer aux échanges que nous venons d'analyser. Mais à première vue seulement. En effet, l'appareil de conviction déployé par la patiente n'est pas, ici, à l'origine de la décision de prescrire. Le médecin n'est visiblement pas convaincu par son discours : après la consultation, il nous précise qu'il existe d'autres traitements plus appropriés à sa maladie, et que ce n'est donc pas par hasard qu'elle demande du Rivotril. Il ne met pas en question la réalité de la pathologie, mais plutôt la pertinence de ce médicament en tant que traitement. Il ne le fera cependant pas devant la patiente. L'argumentation de cette dernière n'interfère donc que faiblement sur l'issue de la négociation, qui, de plus, n'est pas un compromis entre les aspirations des deux protagonistes à la suite d'un échange d'arguments, puisque le médecin finit par céder en totalité à la demande, alors même que la patiente ne l'a pas convaincu⁷. Réduire l'issue de cette négociation au résultat d'un processus de persuasion apparaît donc comme une explication réductrice. Par ailleurs, même si la tentative de négociation de la patiente aboutit à un alignement du médecin sur sa position, peut-on vraiment parler d'accord ? Le médecin ne

⁶ Thuderoz (2009) différencie la négociation de marchandage d'une négociation « de régulation » visant à produire des règles communes pour l'avenir (cf. « l'ordre négocié » décrit par Strauss dans un service hospitalier), et d'une négociation « valorielle » qui porte « sur des principes, des valeurs ou des identités ».

⁷ Selon Kerbrat-Orecchioni, l'issue idéale d'une négociation « réussie » est soit « un compromis sur la base de concessions mutuelles », soit le « ralliement intégral d'une partie à l'autre » (Kerbrat-Orecchioni 2012). Même dans ce dernier cas, la solution trouvée doit cependant permettre de « sauver la face » (Goffman 1974) de chacun des participants. La négociation est au contraire un « échec » lorsque les deux parties campent sur leur position malgré la tentative de trouver une résolution commune.

met-il pas au contraire entre parenthèses son désaccord jusqu'à la consultation suivante ? L'étude des procédés de persuasion, si elle est heuristique pour saisir les négociations, incite cependant à s'interroger sur leurs enjeux relationnels sous jacents.

Lors d'une autre consultation du Dr André, c'est le médecin qui a recours à l'argumentation pour dissuader une patiente de continuer à prendre une benzodiazépine (le Xanax), qu'il juge contraindiquée.

Extrait de consultation, Dr André, Patiente 7

Après la prescription de Subutex, André demande : « et le reste ? »

[il laisse toujours le choix aux patients de redemander ou non des médicaments prescrits, en particulier lorsqu'il a auparavant montré sa désapprobation quant à la prise d'un médicament mais l'a prescrit en laissant réfléchir le patient]

La patiente répond : « vous m'aviez marqué Xanax 25 [...] mais vous m'aviez dit que c'était pas très bien [...] », elle demande autre chose à la place.

André fait l'inventaire de plusieurs médicaments

La patiente commente au fur et à mesure : « Valium, j'aime pas ça »...

Elle en conclut : « On reste sur le Xanax »

André lui dit que le Xanax est efficace si on n'en prend pas souvent, pas plus de deux par semaine. Elle répond qu'elle en prend souvent deux par semaine.

La patiente insiste « c'est quoi, dans cette sorte de médicaments, qui est moins pire que le Xanax ? »

André répond : « rien ».

Il lui explique que les « neuroleptiques » sont des « sédatifs », « efficaces sur le court temps », que « ça marche bien mais pas longtemps », qu'après on est obligé d'augmenter les doses et on ne ressent plus l'effet.

La patiente dit « je sais pas »

André lui explique encore comment ça se passe avec ces médicaments pour « l'anxiété chronique », « ces médicaments bercent mais tu berces pas plus fort quand le bébé se calme pas » il dit qu'à la fin on finit par les prendre « comme des bonbons » si l'on n'y prend pas garde.

La patiente fait un commentaire à son compagnon « comme Béa »

André conclut que si elle veut garder l'effet, il ne faut pas en prendre plus de 3 ou 4 dans la semaine.

André a tamponné l'ordonnance.

[...]

Il relit l'ordonnance à haute voix, et vérifie avec la patiente. Elle ajoute : « et Xanax » *[même si ils n'avaient pas tranché et elle n'était plus sûre pour le Xanax]*

Il marque Xanax « 1 à 2 par jour », elle le corrige : « non, par semaine » et il lui explique qu'il met ça pour « la prescription » (il dira à un autre patient qu'il ne peut pas mettre le nombre de boîtes sur l'ordonnance, mais qu'il doit mettre le nombre de comprimés par jour) donc, « pour la prescription » mais qu'elle n'en tienne pas compte, qu'elle tienne compte de ce qu'il lui a dit.

Ici, André fournit à la patiente des informations pharmacologiques sur le médicament, afin de la persuader de la nocivité de son usage : « Le Xanax est efficace si on n'en prend pas souvent, pas plus de deux par semaine. » puis « *Il lui explique que les “neuroleptiques” sont des “sédatifs”, “efficaces sur le court temps”, que “ça marche bien mais pas longtemps”* ». Dans son argumentation, le lexique médical alterne avec des discours plus métaphoriques, à but de vulgarisation : « *André lui explique encore comment fonctionnent ces médicaments pour “l'anxiété chronique” : “ces médicaments bercent mais tu berces pas plus fort quand le bébé se calme pas”. Il ajoute qu'à la fin on finit par les prendre “comme des bonbons” si*

l'on n'y prend pas garde. ». La démonstration d'André mêle les notions techniques (« sédatif », « anxiété chronique », etc.) et des éléments plus pédagogiques destinés à favoriser la compréhension de son discours (les métaphores du « bébé » puis des « bonbons »).

La patiente semble sensible à ses arguments et en quête d'explications sur le fonctionnement des benzodiazépines, notamment lorsqu'elle interroge le médecin : « c'est quoi, dans cette sorte de médicaments, qui est moins pire que le Xanax ? ». Le médecin a donc réussi à la persuader de la nécessité de changer de traitement. Cette consultation a lieu sur le modèle du choix éclairé et de la participation mutuelle : le médecin donne à la patiente les éléments de connaissance qu'il juge nécessaires puis il la laisse ensuite décider en dernier recours. Tout en cherchant, à travers les informations délivrées, à convaincre la patiente d'abandonner le Xanax, le médecin respectera toutefois la décision finale de celle-ci en reconduisant la prescription.

Mais cette décision est un choix par défaut, puisqu'elle ne semble satisfaire ni la patiente ni le médecin. En effet, au moment où prend fin l'argumentation du médecin, les deux parties n'ont pas tranché sur la prescription. C'est finalement la patiente qui, en l'absence de médicament de remplacement, demande à ce que la prescription soit reconduite. On ne peut donc pas considérer qu'une solution a été trouvée, il s'agit là d'un accord temporaire, faute de mieux. Après la consultation, le médecin nous explique cependant que ce qui importe à ses yeux c'est d'avoir commencé à faire germer dans l'esprit de la patiente l'idée de modifier sa conduite : le travail de conviction importe plus que le résultat effectif de l'épisode de négociation (la prescription), qui maintient la situation dans son état initial. Ainsi, un élargissement au delà du temps de l'interaction semble nécessaire : l'accord entre le médecin et la patiente ne semble finalement destiné qu'à clore la consultation, il n'engage pas les deux protagonistes sur le long terme et invite plutôt à la réévaluation du problème lors de la rencontre suivante. Le médecin mise sur le temps long pour provoquer l'évolution de la patiente vers un alignement progressif sur sa position à lui. Le processus de négociation s'étend au-delà de l'interaction.

Par ailleurs, cette consultation voit le médecin céder petit à petit sur ses exigences initiales. Au début, il préconise pour le Xanax une posologie maximale de « deux par semaine », alors que plus loin, juste avant de tamponner l'ordonnance, il conseillera de ne pas

dépasser « trois ou quatre [comprimés] dans la semaine ». Il finira même par écrire sur l'ordonnance « un à deux comprimés par jour », en expliquant, devant la surprise de la patiente, que ce dernier énoncé est destiné au pharmacien⁸, afin qu'il délivre un nombre suffisant de boîtes du médicament. La patiente ne doit pas en tenir compte. Les deux premières assertions se rapprochent en partie d'un processus de marchandage (que nous allons décrire plus loin), à l'exception près que le médecin ne modifie pas ses objectifs face à une contre-proposition de la patiente, mais plutôt du fait des hésitations de cette dernière (« *elle dit qu'elle en prend souvent deux par semaine* »). La troisième assertion manifeste, quant à elle, la liberté que le médecin souhaite laisser à la patiente, en la reconnaissant apte à gérer elle-même ses posologies tout en s'appuyant sur ses conseils de modération. Laisser à la patiente un nombre élevé de boîtes constitue la reconnaissance d'une compétence profane.

Dans une autre consultation, le patient utilise une technique de dissimulation et de dévoilement progressif de ses intentions pour négocier une augmentation de posologie de Valium :

Extrait de consultation, Dr Laurence, Patient 1

Le patient demande si « on continue à 2 Valium par jour ? » Il s'explique : « je vous le cache pas », qu'il a acheté du Valium à F. (lieu public où se déroule un marché noir de médicaments).

[...]

Laurence demande depuis quand il achète des « cachets », le patient répond depuis une semaine, 15 jours.

Laurence demande ce qui a changé depuis une semaine, 15 jours : « le boulot ? »

Le patient répond que non, que c'est surtout sa femme qui le « saoule », il donne un exemple, quand elle dort sur le canapé, « ça m'horripile » et elle le sait, pourtant.

Il explique que dans ces cas là il ne se contrôle pas et prend 4 cachets au lieu de 2.

L'entrée en matière du patient, qui consiste à demander si l'on maintient la posologie afin de ne pas évoquer abruptement l'éventualité d'une augmentation constitue une technique de dissimulation décrite par Bourque et Thuderoz (2011) comme participant des « règles » de la négociation. Le Dr Laurence acceptera finalement de prescrire trois Valium par jour, après justification du patient évoquant des problèmes personnels qui le poussent à consommer en plus grande quantité depuis quelques semaines. Le dévoilement progressif puis la justification ont donc convaincu le médecin, vraisemblablement de façon plus efficace qu'une demande frontale d'augmentation de posologie. Nous ne sous-entendons cependant pas ici qu'il s'agit là d'une stratégie calculée par le patient, mais plutôt un ressort langagier.

⁸ On retrouve ici l'idée que l'ordonnance s'adresse à plusieurs interlocuteurs simultanément : le patient et le pharmacien (Akrih 1995), mais aussi l'assurance maladie.

Lors des consultations que nous venons de prendre pour exemple, ce n'est pas le TSO lui-même qui fait l'objet d'une négociation, mais la co-prescription d'une benzodiazépine. Cette association, peu recommandée par les autorités sanitaires (ANAES, AFSSAPS 2004), semble pourtant relativement fréquente (Feroni et al. 2005). Elle pose régulièrement problème aux médecins à la fois à cause de ses dangers pour la santé des patients, du caractère addictif des benzodiazépines, et du soupçon d'une utilisation qui potentialise les effets du Subutex et permet de retrouver des sensations similaires à la prise d'héroïne. La consommation de benzodiazépines par les patients substitués représente donc un enjeu pour les généralistes car elle remet en question, à leurs yeux, la réalité de la « sortie de la toxicomanie » pour ces patients. Elle constitue à elle seule un usage profane des TSO.

1.1.2. Le marchandage

D'autres échanges ont lieu sur le modèle du marchandage ou *bargain* tel qu'il est décrit par Thuderoz : « l'objectif de ce *bargain*, de ce marchandage, est une prise de décision, portant sur un prix, un taux, un délai, une quantité » (Thuderoz 2009, p. 111). Les posologies ou les dates de renouvellement du TSO sont ainsi négociées : les protagonistes s'accordent sur une solution acceptable par chacun, après avoir enchaîné plusieurs propositions et contre-propositions. Ce phénomène a lieu lors de la consultation évoquée précédemment (Dr André, patients 11) avec le mari de la patiente qui avait négocié la prescription de Rivotril :

Extrait de consultation, Docteur André, Patients 11 (couple)

Le patient vient pour renouveler son TSO.

André : « c'est le moment de le renouveler ? »

Patient : « non je suis venu le 7, mais il y a pas beaucoup... » Il dit qu'il n'y a que 3 jours de différence.

André proteste un peu et convient qu'il n'y a que 2 ou 3 jours de décalage.

Le patient rappelle à André qu'il a « 24mg, 3 sub par jour »

André lui dit qu'avec ce dosage il ne faut pas faire des recouplements, mais il convient que là c'est « honnête ».

Ici, médecin et patient s'accordent, à l'issue d'un marchandage, sur le nombre de jours « honnêtes » pour un chevauchement d'ordonnance. Le patient commence par minimiser le recouplement de prescription (« il n'y a pas beaucoup... »). Le médecin valide ensuite une issue favorable au patient : il tolère quelques jours d'avance dans la mesure où ces jours ne sont pas nombreux. On voit ici la flexibilité des règles : la date du renouvellement reste négociable malgré l'existence d'une procédure officielle qui stipule que la prescription doit avoir lieu tous les 28 jours. Cette situation met en exergue le fait que le médecin, lorsqu'il

négoce avec son patient, fait également un compromis avec les règles légales de prescription des MSO, en acceptant de prendre de la distance par rapport à celles-ci. Ce jeu avec les règles, courant en médecine générale, participe de la prise en compte de la spécificité de chaque patient dans des pratiques axées en priorité sur l'aspect « relationnel » de cette médecine (Membrado 1993; Bloy 2005; Bachimont, Cogneau, Letourmy 2006; Vega 2012). En effet, le caractère « honnête » des trois jours de chevauchement ne vaut que dans le seul cadre de la relation qui unit André à ce patient. On peut faire l'hypothèse que cette appréciation du médecin fait référence à des chevauchements plus importants lors de consultations précédentes, les trois jours d'avance représentant de ce point de vue un progrès du patient vers plus d'observance par rapport à une situation antérieure. Notons d'ailleurs que l'acceptation du médecin est assortie d'une recommandation d'observance (« avec ce dosage, il ne faut pas faire de recouplements »). Elle met en exergue le caractère temporaire de l'accord et marque son incertitude pour l'avenir : lors de la prochaine consultation, le caractère acceptable des trois jours de chevauchement sera peut être remis en question. L'accord prend donc la forme d'un sursis pour le patient, et la recommandation fait office de rappel à l'ordre pour l'avenir. En effet, le médecin met en avant un argument qu'il laisse de côté dans la situation présente : le dosage élevé qu'il prescrit au patient. Avec une telle posologie, ce dernier ne devrait pas avoir besoin de consommer excessivement et d'avoir des jours d'avance. Là encore, l'analyse des négociations met en exergue le caractère transitoire des accords qui ne valent que pour une seule interaction. Cela incite une fois de plus à rechercher leur fonction ailleurs, dans la temporalité de la relation médecin-patient.

Dans l'exemple qui suit, le marchandage porte sur les posologies de deux médicaments, le Valium et la méthadone. Médecin et patient émettent des propositions sur l'un et l'autre produit, en les plaçant en équivalence : chacun négocie la diminution de l'un contre l'augmentation ou le maintien de l'autre.

Extrait de consultation, Dr André, Patient 15

André fait l'ordonnance.

Patient : « moi c'était Valium 4 comprimés par jour. »

André : « méthadone... ? »

Patient : « 80 mg », il dit qu'il va baisser à 60 d'ici la prochaine fois.

André lui dit « Valium prends en 2 ou 3. »

Patient : « 4 par jour c'est bien. »

André : « je préfère que tu baisses le Valium et que tu gardes la méthadone. »

Puis il le met en garde pour la prochaine fois « si t'arrives bourré je te renouvelle pas l'ordonnance comme ça. »

Patient « oui là j'ai bu, c'est clair, je peux pas le nier... »

André lui dit de faire attention au mélange alcool, méthadone 80 et Valium.

Le patient demande : « si j'arrête d'un coup la métha ça fait quoi ? »

André : « ça fait de toi un drogué », il lui explique que c'est une réaction de drogué de vouloir arrêter d'un seul coup, que la méthadone est un médicament et qu'il y a une manière de l'arrêter.

L'échange commence par une affirmation du patient énonçant la posologie de Valium qu'il souhaite obtenir (on retrouve le modèle de la « liste de courses » évoqué au chapitre précédent). Elle est suivie d'une interrogation du médecin concernant un médicament associé, la méthadone. Le patient répond par sa posologie actuelle tout en faisant part au médecin de son projet de la diminuer à la prochaine consultation. C'est à ce moment que commence le marchandage proprement dit. Le médecin lui propose dans un premier temps de diminuer le Valium, en faisant une contre-proposition en réponse à la demande initiale du patient : plutôt que quatre comprimés de Valium, il lui en accorde « deux ou trois ». Le patient refuse la contre proposition et maintient sa proposition initiale (« quatre par jour c'est bien »). Ensuite, le patient refusant d'entrer en négociation sur le plan du Valium, le médecin dévoile son véritable projet : dissuader le patient de diminuer la méthadone, et lui proposer, à la place, de baisser le Valium, qu'André juge plus nocif, d'autant plus que le patient se présente alcoolisé à la consultation.

Cette consultation où on négocie un médicament contre un autre dévie ensuite vers le registre de l'argumentation : le médecin informe le patient sur les dangers de concilier les deux produits, puis rappelle la procédure conventionnelle d'arrêt de la méthadone. On retrouve ici l'opposition entre logique médicale et logique d'usager (Lalande, Grelet 2001). Le Dr André se positionne unilatéralement du côté du médical, il refuse d'adopter la logique d'usager en qualifiant le patient qui la conserve de « drogué ». Le rappel de la règle (ici la procédure d'arrêt de la méthadone par diminution progressive), permet à André de proclamer son identité de soignant plutôt que de pourvoyeur de produits que l'usager utiliserait à sa guise. Il affirme d'ailleurs que « la méthadone est un médicament », comme si cette qualification découlait de son usage : utilisé en dehors des règles, elle devient une drogue, et le médecin, par là même, un dealer. Cette argumentation vise donc à lutter pour conserver une position de médecin face à un patient qui tente possiblement de l'instrumentaliser. Rendre les patients observants constitue, pour les généralistes, un enjeu de définition de leur propre rôle vis-à-vis des patients substitués. Si le médecin refuse ici de reconnaître la logique profane d'usage qui incite le patient à arrêter son traitement d'un seul coup⁹, c'est avant tout pour restaurer son rôle, mais aussi celui du médicament et celui du patient, dans le domaine

⁹ Le TSO peut représenter, pour les patients, le symbole de la persistance de leur dépendance (Milhet 2006).

thérapeutique et non dans celui d'une relation entre usager et pourvoyeur de produit. L'enjeu pour le médecin est donc d'imposer sa définition de l'interaction présente : une interaction soignant-soigné, plutôt qu'une interaction dealer-consommateur. C'est à cette seule condition que la prise en charge de ce patient est acceptable pour le médecin : il menace d'ailleurs de mettre fin au suivi si le patient ne change pas son comportement.

En analysant les techniques à l'œuvre dans les négociations en consultations, nous avons montré que c'est bien en dehors de l'interaction observée qu'il faut rechercher *ce qui se négocie*. Thuderoz (2009) différencie plusieurs « registres de négociation » selon la « nature des enjeux » en présence : « l'allocation de droits sur des objets, la fixation de règles, ou l'abord de problèmes d'identités et de valeurs » (p. 108). Si l'on se limite à l'analyse de l'interaction médecin-patient, l'enjeu des négociations paraît être « l'allocation de droits sur des objets », en l'occurrence l'ordonnance. S'en tenir à une telle analyse omet de prendre en compte une dimension importante des rapports médecin-patient : la régularité des consultations et leur fréquence, qui interdisent de considérer l'interaction en dehors de l'entité plus large dans laquelle elle est englobée, la relation entre le médecin et son patient, qui possède une histoire et dont l'avenir se négocie lors de chaque rencontre. Nous allons voir en effet que la relation médecin-patient constitue non-seulement le contexte mais surtout l'objectif des négociations : c'est sa création puis son maintien qui motivent ces dernières.

1.2. L'objectif des négociations : construire et préserver l'ordre négocié de la relation médecin-patient

À l'issue des consultations, il n'est pas rare que la négociation aboutisse à un accord que l'une des deux parties, voire les deux, jugent insatisfaisant. Le problème soulevé par la demande du patient n'est pas toujours résolu à la fin de l'échange. Lorsque le médecin est dans l'impossibilité de fournir au patient une solution immédiate à sa plainte, la rencontre se clôt par un accord temporaire, qui souvent maintient la prescription dans son état initial malgré l'insatisfaction du médecin et du patient. C'est le cas en particulier pour les benzodiazépines¹⁰ :

¹⁰ Voir aussi Dr André, Patient 7, déjà citée, où la négociation au sujet du Xanax est vouée à se poursuivre sur plusieurs consultations.

Extrait de consultation, Dr Joël, Patient 6

Le patient dit qu'il a rendez-vous dans une clinique avec une psychiatre qui l'a suivi en prison. Il veut faire avec cette psychiatre un sevrage de l'Imovane en 10 jours.

Le Dr Joël dit qu'on pourrait remplacer l'Imovane par une autre molécule, car il ne faut pas le mettre en état de manque. Il lui explique que c'est « pour compenser » (explications de quelques minutes sur les effets, le sevrage, la nécessité de ne pas couper d'un coup...) J. finit par « ça c'est un bon objectif »

Le patient explique que le 30 mai il « prend un stage » et qu'il « aimerait bien le réussir » donc il « voudrait avoir arrêté avant ». C'est pour cette raison qu'il a décidé de faire appel à la psychiatre rapidement.

[...]

Le patient dit que l'Imovane, il peut en prendre jusqu'à 8 par jour parfois.

J. demande des précisions sur les prises d'Imovane, dans quelles circonstances, etc.

Le patient explique qu'après la première prise, il peut en reprendre si il se sent encore mal.

J. « c'est plutôt sur l'humeur »

Le patient explique qu'il est énervé quand il n'en a pas « d'ailleurs hier j'en avais qu'un, j'ai pas dormi de la nuit, j'étais pas bien [...] »

J. se retourne vers son ordinateur et dit « donc je vous prescris ce médicament dans les conditions actuelles »

Le patient dit « ouais », l'air déçu.

J. continue sa phrase « en sachant que ça va bouger ».

Ici, la solution au problème dépend d'un tiers (la psychiatre qui effectuera le sevrage), médecin et patient sont donc contraints de reconduire la prescription d'Imovane alors qu'aucun des deux ne le souhaite vraiment. L'accord sur la prescription constitue donc un jalon, pour une situation qui évoluera dans l'avenir (« ça va bouger »).

Dans beaucoup de consultations, l'accord est voué à être remis en question ultérieurement. Il apparaît nécessaire aux protagonistes afin de mettre un terme à une interaction soumise aux contraintes temporelles de l'exercice en médecine générale (d'autres patients attendent dans la salle d'attente, etc.). L'impossibilité de trouver un accord mettrait en péril la possibilité de renouvellement de la rencontre, c'est-à-dire la pérennité de la relation entre le médecin et le patient. Les accords temporaires obtenus après négociation sont donc indispensables pour maintenir une relation à plus long terme. Un accord temporaire sur un problème non encore résolu justifie la nécessité des rencontres suivantes. La consultation n'est donc pas un temps clos sur lui-même. Les épisodes de négociation doivent être analysés au regard d'un contexte plus large, la construction d'un « ordre négocié » de la relation médecin-patient, qui crée les conditions de possibilité d'une relation malgré des désaccords partiels. Cette temporalité n'est saisissable empiriquement qu'à travers les négociations qui se succèdent.

1.2.1. Les contextes des négociations : un ordre négocié

Selon Strauss, une analyse en termes de négociation ne doit pas se centrer uniquement sur les situations d'interaction. Elle doit prendre en compte les enjeux qui y sont importés de

l'extérieur. Il élimine ici l'une des critiques principales faites au concept de négociation, souvent considéré comme le règlement d'un conflit en fonction des intérêts stratégiques d'acteurs dénués d'histoire et de contraintes structurelles. Strauss invite au contraire à s'attacher aux « contextes » dans lesquels prennent place les négociations. Ces dernières ne sauraient en effet se réduire à un simple « marchandage » entre deux personnes « dans des conditions de laboratoire » (Strauss 1992e, p. 246).

Strauss différencie deux types de contextes pour situer les moments de négociation dans « une structure sociale plus large ». D'une part, l'analyse doit tenir compte d'un contexte interactionnel, le « contexte de négociation », spécifique à la situation et constitué de diverses variables : nombre de négociateurs, rythme et temporalité des négociations, enjeux pour les différentes parties, complexité des questions négociées, options alternatives à la négociation disponibles... (Strauss 1992e). D'autre part, toute négociation prend place dans un contexte macro social, son « contexte structurel », qui échappe au contrôle des protagonistes négociant, mais qui influe sur leur action. Concernant notre objet, le contexte structurel des négociations correspond à la politique publique qui définit les modalités de prescription des TSO, mais également aux spécificités de la profession de généraliste ainsi qu'à la configuration du système local de prise en charge¹¹, que nous avons déjà analysés. Nous retrouvons là les niveaux d'action interdépendants qui sont au cœur de notre problématique de recherche. Les deux types de contextes interviennent dans le déroulement des négociations en « exerç[ant] l'un sur l'autre des influences réciproques » : « le changement du premier peut retentir sur le second, et *vice versa* » (Strauss 1992e, p. 262). Prendre en compte les contextes revient selon Strauss, à considérer l'impact des négociations sur « l'ordre social » : la négociation a lieu au sein de contextes qu'elle modifie en retour.

Comme le résumait Bourque et Thuderoz, « les contextes recouvrent autant l'environnement social, économique, technologique et politique, que les circonstances particulières de lieu, de moment et de personnes impliquées dans une négociation. Ils incorporent les antécédents historiques qui conditionnent la négociation présente, notamment la nature des relations et des interactions antérieures des négociateurs et les résultats de leurs échanges passés. Ces contextes représentent à la fois des contraintes et des ressources pour les

¹¹ La possibilité de repli vers d'autres professionnels donne notamment l'opportunité au patient de s'opposer au médecin en faisant valoir son point de vue, et au médecin, de poser des conditions non-négociables. De même, les accords entre les médecins et les patients en consultation dessinent la configuration de l'offre locale, c'est-à-dire contribuent à pérenniser le contexte.

négociateurs. » (Bourque, Thuderoz 2011, p. 71). En effet, les négociations lors des consultations doivent également être comprises dans un autre contexte, plus spécifique aux acteurs en présence : celui de la *relation* qui les unit, avec son passé et son avenir.

La notion « d'ordre négocié » se réfère à une temporalité hors de l'interaction : Strauss (1992d) montre comment les différents acteurs de l'hôpital sont amenés à négocier perpétuellement des règles informelles communes, afin de pouvoir continuer à travailler ensemble. Ces règles fonctionnent sur un temps plus étendu que chaque interaction, même si les négociations peuvent être régulièrement renouvelées. La construction et l'entretien d'un ordre négocié au fil des négociations successives consiste donc à établir les conditions de possibilité d'une relation dans l'avenir. De même, on peut considérer que les généralistes et les patients substitués s'accordent, à l'issue de chaque épisode de négociation, sur leurs propres règles (on l'a vu, la négociation peut conduire le médecin à prendre de la distance par rapport aux règles légales de prescription des TSO telles que la durée des renouvellements d'ordonnance). Il s'agit donc là d'une négociation de « régulation », et non simplement de « marchandage » (Thuderoz 2009). Les règles créées ensemble ne valent parfois que pour une seule consultation et peuvent être réévaluées par la suite. Plus que son contenu, c'est l'accord lui-même qui, même s'il est insatisfaisant pour les acteurs, permet la pérennité de leur relation.

On peut ainsi considérer que les négociations dans les consultations agissent sur l'ordre de la relation, contribuant à construire et maintenir cette relation en tant qu' « ordre négocié ». L'ordre repose sur des accords successifs qui permettent à la relation de perdurer malgré les conflits (et en particulier malgré les tensions entre les logiques médicale et profane d'utilisation des médicaments). La relation est jalonnée par des pactes¹² transitoires, scellés après négociation par les ordonnances successives. La relation médecin-patient en tant qu'ordre négocié représente donc bien un *objectif* des négociations – ces dernières permettent de la créer et de la maintenir –, et pas seulement leur *contexte* – entendu comme l'entité plus large dans laquelle les interactions prennent place.

¹² Le pacte est aussi un moment où les acteurs affirment leur engagement dans une relation de confiance durable (Ricœur 1996). Strauss le décrit comme une forme d' « arrangement » par lequel les acteurs s'accordent sur des règles communes (Strauss 1992d). Giuliani (2013) s'inspire de la notion d' « ordre négocié » de Strauss pour fonder l'idée d'un « ordre pactisé » (voir Giuliani 2013, p. 141-142). Contrairement à nos consultations, les situations qu'elle étudie se caractérisent par l'absence de conflit initial entre des normes défendues par les acteurs, et par un faible poids des contextes collectifs sur les interactions, ce qui justifie qu'elle abandonne la notion de négociation, que nous avons au contraire choisi de conserver.

Préserver l'ordre négocié de la relation au travers des négociations successives incite médecin et patient à recourir au compromis, à renoncer en partie à leur position de départ. Même transitoire, l'accord qui clôt chaque rencontre représente la condition de possibilité du déroulement des consultations suivantes. C'est pour cette raison que, dans plusieurs consultations, généralistes et patients en TSO choisissent la négociation plutôt que des modes d'action alternatifs comme le recours à la force ou l'imposition de l'autorité. Ils privilégient des échanges fondés sur le marchandage ou l'argumentation, qui ne rompent pas la communication mais au contraire l'entretiennent. C'est dans la conservation de cet ordre négocié que résident l'intérêt commun et l'interdépendance entre le médecin et le patient. Si la consultation ne se termine pas sur un accord (même temporaire), cela peut signifier qu'il n'y en aura pas d'autre par la suite, ce qu'aucun des deux protagonistes ne souhaite, mis à part dans le cas des pratiques de sélection où le médecin peut faire en sorte de dissuader le patient d'établir avec lui une relation.

1.2.2. Le « bricolage cognitif » du généraliste : des concessions dans le présent, en vue de rallier le patient à sa position dans l'avenir

C'est donc dans le temps de la relation que les négociations prennent sens. Il n'est pas rare que les acteurs fassent référence, lors d'une consultation, à un processus de négociation entamé dans le passé. De même, des négociations sont entreprises dans le but de porter leurs fruits dans l'avenir, comme dans la consultation citée plus haut (Dr André, Patiente 7) : « *André demande* : “et le reste ?” *La patiente répond* : “vous m'aviez marqué Xanax 25 [...] mais vous m'aviez dit que c'était pas très bien [...]”, *elle demande autre chose à la place*. ». Cet échange comporte la trace d'une tentative de négociation du médecin initiée dans une consultation antérieure, mais qui n'avait alors pas fonctionné. Le fait que la patiente manifeste aujourd'hui son souhait de modifier la prescription peut constituer, aux yeux du médecin, une avancée dans le processus de négociation. L'échange de propositions qui caractérise la négociation est ici plus étendu : la première proposition a lieu lors d'une consultation, et la contre-proposition intervient à la consultation suivante. Il en est de même dans cet exemple :

Extrait de consultation, Dr André, Patiente 3

En regardant le dossier, le médecin regarde les médicaments prescrits la fois précédente. Il demande : « Rivotril... ? »

Patiente : « Non le Rivotril j'ai arrêté, je prends le Seresta 50 à la place ». Elle ajoute que c'est à force qu'André le lui dise, qu'elle a finalement arrêté.

André : « Finalement c'est toi qui a la carte en main » il lui explique qu'entre Rivotril et Seresta au niveau molécule il y a peu de différence, mais que c'était « ses habitudes » qu'il fallait changer car « avec un produit c'était pour la défonce et l'autre c'est pour le soin. »

Un processus de négociation étendu sur plusieurs consultations peut utiliser le ressort de la persuasion, comme c'est le cas dans les deux exemples cités ici : le Dr André y déploie une argumentation en vue de faire changer le comportement des patientes non pas à l'issue de la consultation, mais ultérieurement.

Le médecin peut donc renoncer temporairement à une partie de ses objectifs initiaux afin de les remettre à plus tard : ils seront renégociés par paliers au fil des rencontres, aux moments que le praticien jugera opportun. Cette pratique de la négociation se rapproche de ce que Géraldine Bloy (2005) nomme le « bricolage cognitif » des médecins généralistes. Dans son étude sur la transmission des savoirs professionnels en médecine générale, elle décrit comme une composante du savoir spécifique à la médecine générale cette adaptation aux situations singulières des patients, qui mène les médecins à renoncer à une stricte conformité aux recommandations de bonnes pratiques (voir aussi Bachimont *et al.* 2006). Ce « bricolage cognitif » participe de la dimension « relationnelle » de la médecine générale (Membrado 1993) : les généralistes privilégient la prise en compte de la singularité du patient dans la négociation, à l'application de standards recommandés.

La nécessité de recourir à un « bricolage cognitif » – bricoler avec les règles légales, avec l'observance des patients – se comprend en référence au suivi sur le long terme, qui permet aux généralistes de connaître les spécificités de chacun de leurs patients mais qui nécessite aussi de faire des concessions afin que la relation ne soit pas rompue. Les généralistes valorisent cette bonne connaissance des patients et la possibilité de suivre leur évolution¹³.

Selon Bloy, les généralistes considèrent le renoncement à la conformité aux recommandations, et donc à l'observance, comme temporaire : il s'agit de favoriser l'observance pas à pas, d'avancer par petites touches successives au rythme de ce que le patient peut supporter. Il s'agit bien là d'un processus de négociation du médecin entre la

¹³ Par exemple, les remplaçants que nous avons interrogés affirment tous que cette dimension de suivi a pesé sur leur choix d'entrer en médecine générale, et qu'elle leur manque du fait de leur activité de remplaçants qui implique qu'« on ne revoit pas les patients ».

conformité à la règle et les volontés du patient, tel que nous l'avons décrit plus haut avec les exemples du Dr André. Les négociations s'étendent au-delà des consultations, puisque le médecin met entre parenthèses une partie de ses objectifs initiaux en misant sur l'avenir pour favoriser progressivement un changement de comportement du patient. Cette extension du processus de négociation au delà de la consultation est permise par le suivi régulier en médecine générale, et exacerbée pour les patients en TSO puisque le traitement est renouvelé tous les 14 à 28 jours.

1.2.3. Au-delà de l'interaction : vers une approche en termes de transaction sociale ?

L'idée d'une négociation prenant place sur un temps long rappelle les analyses en termes de « transaction sociale ». Selon Jean Rémy (1992, 1996), la transaction est étendue dans l'espace et le temps, contrairement à la négociation qui prend place en un lieu et un moment délimités, avec un début et une fin identifiables. Contrairement au concept de négociation, la transaction permet de penser une activité d'échange plus diffuse impliquant des acteurs régulièrement en contact. Elle s'étend au delà des interactions en faisant intervenir les notions de confiance et de don-contre don. Selon Rémy, c'est la promesse d'une contrepartie future qui pousse les acteurs au compromis dans certaines situations où il est peu avantageux pour eux. Le compromis représente un engagement moral envers l'autre, qui unit donc les acteurs au-delà du moment où ils entrent en interaction. Chez nos médecins et nos patients, l'analyse en termes de transaction sociale permet donc d'éclairer les cas où le médecin négocie alors qu'il pourrait mettre en place un rapport d'autorité. En tolérant temporairement des écarts à la règle, les généralistes cherchent avant tout à construire une relation de confiance mutuelle avec leurs patients, une relation « où la personne puisse tout dire de ce qu'elle vit et de ce qu'elle fait » (Dr Isabelle). En contrepartie, l'acquisition graduelle de la confiance des patients permet aux médecins de négocier une modification progressive des comportements :

« Pour un certain nombre, ceux qui restent avec moi, il y a une relation de confiance qui s'instaure à travers laquelle je peux quand-même faire passer un certain nombre de messages et obtenir un certain nombre de choses, pas tout ce que je veux mais un peu, quand-même. » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

De même, les patients, lorsqu'ils font des concessions, prétendent montrer à leur médecin

qu'il peut leur faire confiance malgré des pratiques contestables : accepter d'entrer en négociation, c'est prouver que l'on aspire à un comportement coopératif plutôt que conflictuel, c'est montrer sa bonne volonté. La relation de confiance se construit donc dans les négociations successives, qui sont la condition pour que chacun puisse s'exprimer. S'accorder à l'issue d'une négociation permet de réaffirmer la confiance mutuelle.

La transaction sociale prend en compte à la fois le passé et l'avenir. Elle permet d'analyser une « relation qui cherche à se construire dans la durée » (Rémy 1992), ce qui est précisément le cas des relations entre généralistes et patients. La notion de transaction présente donc des similitudes avec celle d'ordre négocié. En cela, elle peut venir enrichir notre analyse des négociations. Comme le remarquent Fusulier et Marquis (2009), elle n'est saisissable empiriquement que par l'étude des épisodes successifs de négociation prenant place dans les interactions. En s'intéressant aux conditions qui ont rendu possible l'échange et son déroulement « sous la forme d'une négociation plutôt que d'une imposition par la force », la transaction sociale représente un arrière plan des épisodes de négociation (Fusulier, Marquis 2009, p. 26). On retrouve, dans l'idée de transaction sociale, l'entrecroisement du contexte et de la fonction des négociations successives, qui résident dans le maintien de la relation.

Jean Rémy utilise également la métaphore du marché pour souligner l'interdépendance qui unit les acteurs dans le processus de transaction sociale. La notion de transaction situe l'interdépendance au-delà des interactions, alors que la négociation s'intéresse surtout aux effets de cette interdépendance sur l'interaction. Les patients en TSO sont dépendants de leur médecin, puisque la prescription dépend du bon vouloir de ce dernier. La dépendance au médecin est de ce point de vue un corollaire de la dépendance au médicament, c'est-à-dire de la dépendance aux opiacés. D'autre part, le médecin généraliste libéral est « dépendant du client » (Freidson 1984). Mais la consultation ne peut pas pour autant être réduite à un rapport marchand entre deux individus rationnels mus par leurs seuls intérêts. Comme le remarque Bloy (2002) l'acte médical en médecine générale ne se réduit pas à sa dimension économique, que les généralistes sont d'ailleurs souvent soucieux de minimiser. De plus, la relation du patient à son médecin n'est pas résumable à sa relation à l'ordonnance. L'interdépendance peut également résider dans l'aspiration de chacun à faire confiance à l'autre, elle dépasse le rapport utilitariste de l'un à l'autre.

La critique que nous ferions à l'approche en termes de transaction porte sur le fait

qu'elle tend à donner l'image d'un acteur régi par son intérêt. Selon Rémy, le compromis n'a lieu que parce que l'acteur sait qu'il pourra trouver une compensation future. Or, le maintien de la relation lui-même peut faire office de compensation. On peut considérer la relation médecin-patient comme une transaction sociale jalonnée de négociations, mais seulement si on focalise notre analyse sur la dimension d'échange que comporte cette relation. Il serait en effet réducteur d'affirmer que la relation médecin-patient n'est rien d'autre qu'une transaction. La notion d'ordre négocié de Strauss présente, selon nous, l'avantage de moins centrer l'analyse sur l'idée d'échange que l'approche en termes de transaction sociale. Les deux concepts permettent toutefois de projeter les interactions dans le temps plus long de la relation. Nous n'affirmons donc pas ici que les interactions en consultations se réduisent à des négociations, ni que les relations médecin-patient se réduisent à des transactions.

On va voir maintenant que les consultations où la négociation est inexistante révèlent quelquefois le refus du patient et/ou du médecin de s'investir dans une relation sur le long terme. En effet, dans les exemples cités tout au long de ce chapitre, transparait peu la possibilité d'insatisfaction de l'un ou l'autre acteur vis-à-vis de la relation qui l'unit avec son interlocuteur. L'analyse en termes d'ordre négocié tend à donner l'image de relations pacifiées, où le médecin comme le patient expriment une volonté de résoudre les conflits. Pourtant, en entretien, les généralistes et les personnes en TSO font part de nombreuses difficultés dans la relation de soin. Les décalages entre logiques profane et médicale d'usage des médicaments peuvent bloquer la possibilité d'entente entre les deux protagonistes. Les patients, en particulier, relatent des situations où le médecin maintient une relation d'autorité paternaliste voire « infantilisante » (cf chapitre précédent). Des médecins également font part de leur crainte quant à des violences physiques de la part de certains patients. Dans d'autres cas, les patients se désinvestissent totalement de la relation et utilisent le médecin en tant que simple pourvoyeur d'ordonnance. Dans ces situations la négociation s'avère impossible, soit parce que l'un des protagonistes la bloque, soit parce qu'elle devient inutile faute de formulation du désaccord.

2. L'absence de négociation : de l'impossible à l'inutile

On l'a dit, l'entrée en négociation nécessite, d'une part, l'existence d'un conflit d'intérêts ou de valeurs entre les participants, et d'autre part une volonté commune de

parvenir à un accord résolvant temporairement ou définitivement le conflit. Lorsque ce conflit existe entre un généraliste et un patient substitué, les négociations ont pour objectif principal non seulement de s'accorder sur la prescription « ici et maintenant », mais surtout de poser les conditions de continuité d'une relation à plus long terme. Cependant, le schéma de la négociation ne saurait correspondre à la totalité des consultations. Chacun des modèles de relation décrits au chapitre précédent fait une place différente à la négociation. Le modèle paternaliste ou autoritaire, en ne permettant pas l'expression du patient, est peu propice à la négociation. Il en est de même pour le modèle inverse, non vérifié empiriquement selon Freidson (1984), où le patient serait actif et le médecin passif : dans ce cas, c'est le médecin qui verrait réduite à néant sa possibilité d'entrer en négociation. Dans plusieurs situations observées, la négociation est empêchée soit par l'affirmation, par un acteur, de son autorité sur l'autre (2.1), soit par le désinvestissement de l'un des protagonistes de la démarche de négociation malgré les tentatives de l'autre (2.2) – ces deux options reviennent à refuser de régler le conflit initial par un accord ou un compromis –, soit, enfin, parce qu'il n'existe pas de conflit révélé et l'accord a lieu sans que personne ne ressente le besoin de négocier (2.3).

2.1. Le recours à la coercition comme alternative à la négociation

La menace, qu'elle soit le fait du médecin ou du patient, s'entremêle souvent à des procédés de négociation, de sorte qu'il est parfois malaisé de l'en distinguer totalement. Elle peut en effet être analysée comme une technique utilisée par un acteur pour faire céder l'autre, au même titre que la persuasion ou la dissimulation (Bourque, Thuderoz 2011)¹⁴. Nous proposons cependant de la considérer, à l'instar de Strauss (1992e) et Kerbrat-Orecchioni (2012) comme une forme alternative à la négociation, dans le sens où elle permet à l'un des protagonistes de manifester son autorité sur l'autre, accentuant l'asymétrie de leur relation et entravant bien souvent les possibilités de riposte. Le recours à la coercition bloque le processus de négociation car il n'a pas pour objectif de parvenir à un compromis satisfaisant pour les deux parties. Il revient au contraire à obliger l'autre à se rallier à sa position. Il témoigne souvent de l'existence d'un rapport de domination trop asymétrique entre les deux participants pour que la négociation soit possible.

¹⁴ Elster (2005) va même jusqu'à définir la négociation comme « un échange de menaces et de promesses », qu'il oppose à un « échange d'arguments ». Cette définition a été vivement critiquée par Kerbrat-Orecchioni (2012).

2.1.1. La coercition chez les médecins

Lorsque les médecins ont recours à la menace ou à la coercition, la consultation bascule vers un schéma autoritaire où le patient est sommé de recouvrer le rôle du malade passif parsonien. Dans l'une de nos observations citée plus haut (Dr André, Patient 15), le Dr André conditionne le renouvellement de l'ordonnance à un changement de comportement du patient (arrêter de se présenter alcoolisé en consultation). Il lui assure : « si tu arrives bourré, je te renouvelle pas l'ordonnance [la prochaine fois] ». S'il met ses menaces à exécution¹⁵, le patient n'aura d'autre choix, pour continuer une relation avec ce médecin, que de se plier entièrement à son exigence ou d'essayer de masquer son comportement, comme c'est le cas pour certains patients rencontrés, qui dissimulent leurs conduites non-conformes aux règles afin d'éviter que leur médecin ne rompe le traitement et la relation.

Le secret, en effet, peut être une issue possible pour les patients face à des généralistes qui ont manifesté des menaces ou un refus d'entrer en négociation. Certains évitent de parler de leurs pratiques d'injection du traitement, par crainte que le médecin refuse de continuer à prescrire :

« Je savais qu'il n'y avait pas cette menace de "on va te sucrer ton traitement si tu t'injectes", donc je pouvais lui dire "cette fois-ci j'ai injecté, cette semaine j'ai injecté tant de fois" c'était en toute honnêteté, en toute franchise, sans avoir la peur du gendarme qui va me taper dessus, qui va m'enlever mon traitement, qui va me le changer. [...] C'est vrai que ça aurait pas été évident avec la plupart des autres docteurs que j'ai vus, d'en arriver là.

-Pourquoi ?

-De devoir se cacher, de pas pouvoir être franc, de pas pouvoir être honnête, et de toujours avoir ce risque qu'à un moment ils tombent sur une trace d'injection et que ça chamboule tout. Moi je sais que si on m'enlève mon traitement de substitution demain, toute ma vie change, je peux pas continuer un boulot, je passe la journée à essayer de trouver un produit pour résoudre ça. » (Matthieu, patient, Skénan, entretien, 2012)

L'image du « gendarme » illustre bien le profil autoritaire que peut endosser le médecin lorsqu'il ne laisse pas au patient la possibilité de s'exprimer au sujet de ses usages profanes du médicament. Pourtant, ici, comme en témoigne le début de la citation, le patient souhaiterait au contraire pouvoir parler de son injection avec son médecin. Il semble ouvert à un

¹⁵ Selon Bourque et Thuderoz, la menace consiste à obliger l'autre à céder en menaçant d'accomplir une action qu'on « aurait préféré éviter ». La pression exercée peut devenir un « bluff » lorsque la menace n'est pas mise à exécution (Bourque, Thuderoz 2011, p. 85-86).

changement progressif de cette pratique avec l'aide du médecin.

Matthieu met en avant sa nécessité de ne pas provoquer la rupture du traitement. Son objectif n'est pas d'obtenir une seule prescription mais plutôt de préserver les conditions d'une relation durable qui assurera des prescriptions sur le long terme. Apprendre que son patient injecte le traitement peut être interprété par les médecins comme une trahison, ce qui rend difficile la levée du secret. Plusieurs auteurs ont remarqué la relation dialectique entre confiance et secret (voir notamment Petitat 1998). Ici, le secret permet de préserver la confiance. Le secret permet un accord sans négociation, le médecin considérant qu'il n'y a pas de problème et que le patient se conforme à ses exigences, alors que la conformité n'est que d'apparence. Il n'y a donc plus négociation puisque le patient ne manifeste pas son désaccord. De même, comme on l'a vu au chapitre précédent, certains patients jugent leurs usages profanes illégitimes. Ils peuvent donc masquer des informations par anticipation d'un rejet, ce qui exprime, là encore, l'autorité que le médecin exerce sur les patients par le biais de sa capacité à rédiger l'ordonnance.

Pour manifester son autorité et empêcher le patient d'entrer en négociation, le médecin peut également faire appel à l'arbitrage d'un tiers. Ainsi, le recours au médecin-conseil de l'assurance maladie est utilisé par les généralistes pour déléguer une décision dont ils ne souhaitent pas porter la responsabilité. C'est le cas avec l'obligation légale de renvoyer au médecin-conseil tout patient qui demande un dosage de buprénorphine supérieur à 16mg. Le généraliste ne négocie pas la posologie avec son patient et oriente ce dernier vers la tutelle. Le Dr André, par exemple, ne reproduit des prescriptions élevées que lorsque la décision a été actée par l'assurance maladie. Cela lui permet de ne pas avoir à traiter directement avec les patients sur ces questions qui impliquent sa responsabilité légale. Lorsque l'assurance maladie a validé la prescription, le médecin ne voit plus d'inconvénient à prescrire et la posologie ne fait pas objet d'une renégociation :

Extrait journal de terrain, Dr André, échanges à la fin des consultations

André m'explique que cette patiente a réussi à obtenir de la sécu un dosage de 24 mg. Lorsqu'elle a demandé cette posologie à André, il l'a envoyé vers l'assurance maladie, et elle a obtenu gain de cause, depuis il lui prescrit 24mg.

Dans le même registre, le test de dépistage des toxiques est un actant régulièrement convoqué par les généralistes pour bloquer toute possibilité de négociation de la part du

patient. En cela, il entretient un rapport dialectique avec la parole de ce dernier. Comme on l'a vu au chapitre précédent, il est destiné à compléter les informations fournies par le patient, mais il peut aussi avoir pour but de l'empêchant d'argumenter :

« Le suivi après il se fait sur une relation de confiance, donc la bandelette urinaire théoriquement elle devrait plus tellement avoir sa place. Moi après je ne l'utilise que quand vraiment je sens que la personne m'échappe complètement, est plus du tout dans le cadre, et pour un petit peu entre guillemets arrêter...justifier l'arrêt de suivi. C'est-à-dire que j'ai déjà décidé qu'on arrêterait ensemble. Quand la personne me dit "mais non mais non mais non", je dis bon écoutez on va faire la bandelette urinaire comme ça on saura de quoi on parle, et en général ça va dans le sens de ce que j'avais pressenti, et ça permet de dire à la personne qu'il y a aucun doute, je veux arrêter le suivi. » (Dr Isabelle, médecin généraliste, entretien, 2010)

« Après, raisonnablement, je n'y songe pas forcément, et puis quand j'y songe, j'ai pas toujours le courage de le proposer. Il faudrait vraiment que la personne m'embête. Par exemple celui que j'ai mis dehors, lui à la limite ça me gênerait pas de lui proposer. Mais c'est très ponctuel. [...] Pour mettre une espèce de distance, en lui disant "écoutez voilà vous ne respectez aucune règle, c'est pas possible que je travaille intelligemment avec vous". Malgré que ce que j'essayais de dire ça marchait pas, donc j'aurais pu utiliser ça comme "ben écoutez on va faire le test, et puis en fonction on va voir ce qu'on fait" mais bon, je sais que lui il aurait eu un test euh... [positif] » (Dr Élisabeth, médecin généraliste, entretien 2011)

Dans ces exemples, le test urinaire est utilisé pour mettre fin à une tentative de négociation du patient lorsque le médecin n'y parvient pas par d'autres moyens comme la persuasion. Le test a pour objectif de l'aider à rejeter un patient hors de sa patientèle sans avoir à se justifier, ou lorsque l'argumentation est en échec. L'analyse urinaire vise à rompre toute possibilité de négociation pour un patient que le praticien a déjà décidé de ne plus suivre, et qui ne respecte pas cette décision. L'administration du test a donc une valeur purement rhétorique, comme dans d'autres cas mentionnés au chapitre 6. Les médecins assurent être déjà certains du résultat et avoir déjà pris leur décision d'exclure le patient avant même de faire le test. Ce dernier est mobilisé pour le caractère irréfutable des données qu'il fournit : les preuves. Les médecins qui utilisent le test dans cette optique sont souvent réticents à s'en servir pour contrôler les consommations lorsqu'ils ont un doute, de peur d'accuser à tort un patient. Ils ne le présentent donc que lorsqu'ils n'ont plus de doutes sur un comportement jugé non-conforme. Le test permet l'exclusion du patient, il met fin à une relation : le médecin se sert du test pour désigner, de façon incontestable, le patient comme un « toxicomane », un *mauvais patient*. Le résultat du dosage urinaire, déjà attendu, ne joue

aucun rôle dans la décision qui a été prise en amont. Avec cet usage du test, les médecins manifestent leur refus catégorique de transiger avec le patient concerné. En cela, les tests servent l'autorité du médecin. Ils interdisent toute possibilité de contestation des résultats, donc de négociation.

2.1.2. La coercition chez les patients

La coercition peut cependant également être le fait du patient. Celui-ci peut tenter de prendre le contrôle de la prescription en utilisant la force. Nous n'avons pas observé directement de manifestations de violence d'un patient envers un médecin, cependant, lors de certaines consultations, le patient fait peser une tension diffuse et le médecin cède à sa demande car il suppose la possibilité d'une réaction violente. Ainsi, lors d'une consultation déjà évoquée, le Dr André a prescrit sans discuter du Rivotril à un couple de patients, alors même qu'il désapprouve la prise de ce médicament. Les échanges que nous avons eus avec lui après la consultation suggèrent que la peur de la réaction du patient, qui a commis un homicide, a conduit André à ne pas s'opposer à sa demande :

Extrait du journal de terrain, Dr André, Patients 11 (échanges après la consultation)

André commence par me demander « ils sont gentils, hein ? » je ne sais quoi répondre...Il me dit que le patient « a déjà tué ». Il ajoute qu'il ne vaut mieux pas se faire tuer, car on se fait tuer par des idiots qui n'ont pas de remords. Je me demande s'il parle de lui en particulier. Je lui demande si le patient lui en a déjà parlé, il répond « oui on en a parlé ».

Durant la consultation, l'évocation à demi-mot de « problèmes » avec ce patient va dans le même sens d'une pression diffuse exercée sur André :

Extrait de consultation, Dr André, Patients 11

Le patient dit à André qu'il n'a jamais eu de problèmes avec lui, et André répond « c'est ça, mais moi j'ai eu des problèmes avec toi ! »

Le patient proteste : « je vous ai jamais manqué de respect ou parlé mal » et André approuve.

Un tel climat de tension, s'il est reproduit de consultation en consultation, donne lieu à une relation qui repose non pas sur un ordre négocié mais sur un ordre contraint par la menace du patient et la volonté du médecin d'échapper à un conflit physique.

La pression diffuse se retrouve dans une anecdote relatée par le Dr Karine (remplaçante), à propos de patients venus pour des « dépannages » de BHD :

« Ils ont déjà une tension physique à venir vous demander ça. Je dirais. Parce qu'ils savent pas si ils vont sortir avec la feuille ou pas, ça leur crée une espèce de, de peur, de chose où...ils arrivent avec leur demande, ils sont pas sûrs, donc ils attaquent en premier, pratiquement. C'est un peu ça, ils attaquent en premier, on les sent bien tendus et ils sont prêts à relancer si besoin, quoi. Et des fois il y a pas besoin de ça, on expliquera la situation tranquillement. [...] Les plus tranquilles c'est ceux qui ont l'habitude du médecin chez qui vous allez, quand ils viennent sur un autre médecin on a une forme de tension, voire même parfois d'agression qui soit physique, déjà, ils ont une posture, ils ont une façon d'être en face de vous, on sent qu'il y a une tension, une espèce d'agression, ils sont à la limite. » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Elle relie la « tension » à l'incertitude du patient sur l'issue de la consultation. En d'autres termes, elle attribue leur « agressivité » à leur position désavantageuse dans une relation où le médecin a le pouvoir de refuser la prescription. En instaurant un climat intimidant pour le médecin, les patients tenteraient de faire basculer le rapport de force en leur faveur. Le Dr Karine précisera d'ailleurs que dans ce type de situations, elle parvient difficilement à refuser de prescrire : « quand vous êtes seul dans votre cabinet, c'est difficile parfois de dire non ».

De même, plusieurs médecins assurent qu'en cas de recours des patients à la force, ils céderaient immédiatement à leur demande afin de ne pas se mettre en danger. Le Dr Édouard évoque ainsi les « violences » qui l'ont conduit à des prescriptions qu'il ne souhaitait pas. Comme pour Karine, être installé seul renforce selon lui l'isolement et la difficulté à faire face aux violences, la police n'étant dans ce cas d'aucun secours :

« Quand il y a de la violence, vous appelez la police, elle met une demi heure trois quarts d'heure pour venir, donc ils ont le temps de...il faut tenir avec le patient. D'abord on a discuté avec le patient une bonne demi-heure, donc là vous té... vous êtes obligé, enfin, vous téléphonez à la police, ils mettent une demi-heure pour arriver donc ça fait une heure, une heure de négociation dans les cris, dans la violence, rester ferme c'est pas facile, parfois. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien 2011)

Pour Édouard, seule l'intervention de la police (qui incarne la violence légitime), est en mesure de mettre fin aux épisodes de violences d'un patient. Le médecin n'étant plus en position de « négociateur » ni de « rester ferme », se voit obligé de céder.

Les médecins femmes, se sentant souvent plus vulnérables que les hommes, avouent résister difficilement aux pressions. Ici, une asymétrie en termes de rapports sociaux de sexe inverse le rapport de domination entre médecin et patient :

« De toute façon, moi, si on commence à m'agresser un petit peu, moi je vais lui marquer, hein, ça m'est égal, je vais marquer une semaine si il faut, juste pour qu'on me laisse tranquille. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien 2011)

« En femmes, est-ce qu'il y en a beaucoup [qui reçoivent des patients en TSO] ? [...] Je pense que quand-même c'est un peu... on a un peu plus la trouille. Peut-être. Pour en imposer, un peu, pour...oui, deux, trois fois j'ai eu la trouille. Donc, bon, André aussi, hein, mais les mecs ils sont un peu plus costauds, enfin ils ont l'air un peu plus...ils en imposent plus, je sais pas. » (Dr Françoise, médecin généraliste, entretien, 2011)

« Surtout nous on a le point de vue aussi qu'on est des femmes, et très souvent [les patients] c'est des hommes. Le peu de femmes qu'on a, avec elles ça se passe très bien parce que...elles sont plus ouvertes. Par contre les hommes sont beaucoup plus fermés, ont une tendance un peu à essayer de mettre leur position d'homme. Faut pas se dégonfler, faut montrer qu'effectivement en face on est médecin, qu'on sait de quoi on parle, faut s'imposer, mais c'est quand-même plus dur à faire qu'à dire. » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien 2011)

Dans cette dernière citation, l'idée de « montrer qu'on est médecin », face à une « position d'homme » portée par le patient, dénote la volonté de rétablir une autorité mise à mal par un rapport de genre défavorable à la praticienne. La double domination que subit le Dr Karine, en tant que femme et en tant que remplaçante, rend sa position particulièrement inconfortable. L'éventualité de répondre par la force à une démonstration de violence est souvent inenvisageable pour ces praticiennes. Le Dr Patricia affirme : « je me vois pas attraper quelqu'un par le col et le mettre dehors. Non, ça non. On est plus fragiles, c'est évident ». De même, le Dr Geneviève se dit rassurée d'avoir un homme pour associé, car il l'aide à ne pas céder aux menaces :

« Probablement que s'il l'avait pas fait j'aurais jamais mis les pieds dedans, j'aurais eu trop peur [...] peur de tomber sur des...peur de la pression. C'est vrai que démarrer avec un homme d'une part, et quelqu'un qui s'y connaît, c'est plus facile. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien 2011)

Lors de situations problématiques, elle mobilise même ses patients de sexe masculin pour se rassurer face aux personnes jugées « louches » :

« Des fois je me débrouille pour qu'il y ait un monsieur, alors je le raccompagne, je dis "bon celui là il est louche, vous voulez bien attendre qu'il soit sorti ?". Enfin bon, on est toujours un peu prudents, quand-même. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien 2011)

Ici, l'appartenance de genre prend l'ascendant sur le statut socioprofessionnel, puisqu'un patient homme est jugé plus apte à dissiper les menaces qu'une femme, fut-elle médecin. Le statut de médecin ne suffit pas toujours à contrebalancer la vulnérabilité vécue par ces femmes¹⁶.

Au contraire, certains généralistes hommes n'hésitent pas à utiliser les mêmes moyens que les patients pour manifester leur refus de se laisser intimider par les actes agressifs. Dans ces cas, l'interaction a lieu uniquement sur le mode de la force. Le Dr Patrick, par exemple, relativise la gravité des épisodes de violence car il se sent physiquement en mesure de riposter :

« J'ai la chance d'avoir un physique, une voix, etc., quand je dis "j'en ai marre, tu me fais chier, on n'avance pas tous les deux, on fait rien, alors ou tu changes ou moi j'arrête tout", c'est rare qu'ils remettent en question. Enfin il y a eu des épisodes, je me suis fait attaquer à coups de couteau, une fois, il y a eu des épisodes marrants, puisqu'effectivement là aussi ma présence physique induit de l'autre côté aussi peut-être des réactions. » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

À l'instar du Dr Patrick qui qualifie ces épisodes de « marrants » pour discréditer les patients qui recourent à la force, le Dr Albert minimise la pression exercée par les menaces en affirmant qu'elles ne l'impressionnent pas. Cette mise en scène de soi diverge radicalement de celle des femmes qui insistent sur leur fragilité dans ce genre de situations :

« Je crois que toute l'expérience est là, dans une capacité à résister aux pressions. Je me suis battu une ou deux fois, j'ai été agressé plusieurs fois, et puis des menaces assez souvent. Des gens qui disent...qui se mettent debout et qui disent : "J'ai été condamné pour agression de médecin" (*rire*).

-*Pour vous intimider...*

-De l'intimidation, voilà. » (Dr Albert, médecin généraliste, entretien 2011)

On constate la même rhétorique de démonstration de force chez le Dr Raymond :

« Comme j'ai pas trop peur, il m'est arrivé d'en prendre et de les porter devant la porte (*rire*). Et il y en a un qui me menaçait (*il rit en parlant, quelques mots sont inaudibles*), il y en a un qui voulait me couper le fil du téléphone pour pas que j'appelle la police. Je lui ai dit : "Écoute, quoi que tu fasses, de toute façon je te ferai pas d'ordonnance, alors tu choisis". Alors au bout d'un moment le gars, il se lève

¹⁶ Sur la question des « dilemmes de statut », voir Hughes (1996).

et il s'en va, quoi. [...] Un jour, un autre, je voulais le sortir comme ça (*rire*), il voulait pas sortir, je le tirais à bras le corps, il s'est accroché au bureau, j'ai emporté le bureau (*rire*). » (Dr Raymond, médecin généraliste, entretien, 2010)

Dans de tels cas, le patient fait glisser le médecin sur le terrain de la force plutôt que sur celui de la négociation, et le médecin suit ce mouvement. La dérision est ensuite utilisée dans l'entretien pour amoindrir le poids de l'acte de violence du patient. Le médecin retourne le rapport de coercition en reprenant le contrôle de la situation : par la force durant la consultation, et par la raillerie lors du récit. L'utilisation de la force physique vient donc ici appuyer l'autorité plus symbolique qui réside dans le pouvoir de prescrire (ou en l'occurrence de ne pas prescrire).

2.2. Les tentatives ratées de négociation

Il est également des situations où la négociation n'a pas lieu car l'un des deux protagonistes refuse de s'y engager en dépit des tentatives de l'autre. C'est le cas de cette consultation du Dr Laurence :

Extrait de consultation, Dr Laurence, Patient 8

Le patient est avec sa conjointe.

Le médecin (M) demande : « qu'est ce qui vous amène ? »

Le patient (P) : « c'est pour mon traitement »

[...]

M : « donc là vous êtes en avance »

Le patient dit oui, il fait toujours des réponses très brèves.

M demande en combien de fois il prend le Subutex.

P ne répond pas.

M insiste : « vous sniffez, vous le prenez en plusieurs fois, 2 fois, 3 fois ? »

P dit que oui [qu'il sniffe], et 3 fois (hésitant)

M dit « on avait parlé de 2 choses : l'étude Suboxone et la méthadone »

P ne répond pas tout de suite. Il dit qu'il ne veut pas de « métha ».

M lui demande ce qui le gêne

P répond : « que ce soit liquide »

M demande s'il en a déjà pris

P dit qu'il en a pris une fois mais que ça ne lui a « rien fait ».

M dit que ce n'était peut-être pas le bon dosage. Mais P ne souhaite pas de méthadone donc elle n'insiste pas.

M demande à nouveau pour l'étude Suboxone.

P répond « j'irai voir si j'ai le temps »

M dit « d'accord », elle ajoute que l'après-midi, il doit avoir le temps.

P dit que des fois il reste à son travail l'après-midi [il est cuisinier et travaille aux heures des repas]

L'amie du patient parle de leurs horaires

M demande « vous travaillez ensemble ? »

L'amie dit oui.

[...]

M fait l'ordonnance, demande « c'est la buprénorphine que vous prenez ? »

Elle regarde l'ordinateur et dit que ça fait longtemps qu'il y a des chevauchements.

Elle dit « on augmente la dose ».

P ne répond pas, il n'a pas l'air enchanté.
M continue : « ou vous voulez aller tous les jours à la pharmacie ? »
P répond « non, j'aurai pas le temps »
M demande à son amie : « ou vous ? »
M explique que certains patients lui ont dit que le fait de ne pas avoir le stock de médicaments devant eux les aidait à limiter leur consommation, que c'est pour ça qu'elle propose cette solution.
M demande à l'amie du patient où elle habite.
Cette dernière répond « dans le quartier C. », et M dit que c'est possible d'aller à la pharmacie de ce quartier.
Mais le patient répond « non je préfère pas »
M demande de confirmer le dosage : 6,4 mg ?
C'est l'amie du patient qui répond oui.
M lui demande si c'est un comprimé de 6 et un de 0,4 et l'amie du patient n'a pas l'air sûre, elle se tourne un peu vers son conjoint pour répondre.
Le patient dit que c'est 4+2+0,4. (il ne le dit pas tout de suite)
Il se touche la hanche.
M, en le voyant, lui demande s'il a mal.
P dit qu'il s'est fait mal au sport (mais rien de grave, on sent qu'il n'a surtout pas envie de se faire examiner)
L'amie du patient rajoute quelques détails sur sa blessure.
M dit « c'est vrai, votre lutte »
M écrit quelque chose dans le dossier informatique puis demande s'il a consommé de l'héroïne récemment.
P dit que non.
M demande ensuite s'il consomme de l'alcool.
P dit que oui, elle lui demande des détails : à quels moments ? Au travail ? Il répond qu'il ne boit pas au travail.
M dit « donc là j'augmente un petit peu pour voir si vous arrivez à arrêter les chevauchements ».
Le patient ne répond pas.

Le premier élément frappant dans cette consultation est le mutisme du patient. Tout au long de l'interaction, il reste silencieux face à de nombreuses questions du médecin, et délègue certaines réponses à son amie alors que la consultation ne la concerne pas directement. Nous allons le voir, ce silence représente à la fois le refus d'entrer en négociation, mais aussi le refus de s'investir dans une relation de confiance plus durable avec le Dr Laurence.

L'extrait commence par le constat d'une inobservance par le médecin, un chevauchement d'ordonnance : le patient n'a pas respecté les 28 jours réglementaires et arrive avant la date prévue (« vous êtes en avance »). Il s'agit là de l'objet principal du conflit entre médecin et patient, qui va donner lieu à une tentative de négociation de la part du Dr Laurence. C'est un conflit entre un usage profane et des normes médicales : le patient consomme une posologie journalière plus élevée que la dose prescrite, fractionne ses prises, et modifie la galénique du médicament pour le « sniffer ». Pour obtenir l'information sur cet usage profane, la praticienne doit relancer le patient après une première question qui se solde par un silence. Le patient envisage donc peut-être dans un premier temps de garder secrète sa consommation : il pense peut-être que la prescription sera remise en question en cas d'inobservance. La relance du médecin l'oblige toutefois à révéler son comportement non-conforme à la règle. Cette mise à plat du conflit pourrait représenter une base pour entamer un

processus de négociation, si le médecin accepte de ne pas lui donner une réponse autoritaire. C'est ce que le Dr Laurence tente de faire en proposant au patient plusieurs alternatives aux allures de compromis – compromis entre la continuité du « mésusage » (position du patient), et l'arrêt de la prescription (position que pourrait revendiquer le médecin dans une configuration de relation basée sur l'autorité). Le compromis proposé par le médecin consiste à changer de traitement, avec deux alternatives : la méthadone et la Suboxone¹⁷. Le Dr Laurence tente donc bien ici d'entrer en négociation puisqu'elle est soucieuse de laisser le choix au patient entre plusieurs issues possibles, afin que la solution soit satisfaisante pour les deux parties et pas seulement pour elle-même.

Cependant, le patient refuse de suivre le mouvement de cette ébauche de négociation. Il souhaite conserver sa position en gardant un traitement identique, sans volonté de résoudre le conflit soulevé par le décalage entre son usage du Subutex et la norme défendue par le Dr Laurence. Sa réaction procède en deux temps : le refus pur et simple de la première alternative (la méthadone), et le report à une date indéterminée de la seconde.

La praticienne objecte au refus de la méthadone l'idée que le patient n'avait pas la posologie adéquate lorsqu'il a essayé ce produit, mais elle donne finalement peu d'arguments pour rallier le patient à ce point de vue. Elle accepte donc de céder du terrain au patient sur cette alternative. Face au report concernant la Suboxone, le Dr Laurence ne s'avoue pas vaincue, elle n'accepte pas le désengagement du patient de la négociation, et initie une nouvelle tentative de compromis. Elle insiste en tentant de trouver des moments concrets où le patient pourrait se rendre au centre de soins pour expérimenter la Suboxone (l'après-midi, lorsqu'il ne travaille pas). Le médecin tente de conserver le contrôle du déroulement de la consultation, et ne se laisse pas « guider » par le patient (au sens de « guidance-coopération »).

Son essai se solde par un nouvel échec, le patient opposant à cet argument le fait qu'il reste toute la journée sur son lieu de travail. En opposant un argument, on pourrait considérer qu'il entre en partie dans la négociation. Mais ce n'est pas tout à fait le cas, puisqu'il n'accepte pas de céder d'un seul millimètre sur sa position initiale, il refuse toujours de rechercher un compromis avec le Dr Laurence.

Suite à cette nouvelle impasse, la généraliste tente d'avancer sur un autre terrain. Elle

¹⁷ Au moment de nos observations, la Suboxone ne possédait pas encore d'autorisation de mise sur le marché, mais un CSAPA menait une étude d'expérimentation pour en évaluer l'intérêt. La naloxone rendant plus difficile la dissolution des comprimés en vue du sniff ou de l'injection, la proposition du Dr Laurence doit être lue comme une tentative pour éliminer ce qu'elle considère comme un mésusage du médicament.

a accepté, d'une part, son échec à régler le problème du sniff, et d'autre part, le fait que le patient continuera à prendre de la buprénorphine. Elle entreprend ensuite de faire céder le patient sur le plan de la régularisation des dosages, en essayant de lui imposer la délivrance journalière en pharmacie. Afin de présenter cette injonction de façon positive, elle argumente sur l'idée que ce n'est pas une contrainte, que cela vise à aider le patient à lutter contre sa propension à prendre un dosage trop élevé. Elle évoque l'exemple d'autres patients qui ont bien accepté cette solution. On retrouve là la thèse comportementaliste d'observance par la contrainte pour lutter contre un comportement addictif compulsif, que l'on a vue à l'œuvre dans les prises en charge à haut seuil d'exigence.

Le patient ne remet pas en cause son argument mais répond sur un autre registre, celui de la contrainte que représenterait la délivrance quotidienne sur son emploi du temps à cause de son activité professionnelle. Le médecin contre son argument en proposant à son amie, présente à la consultation, de venir chercher le traitement à sa place. Ici, le médecin accepte de répondre aux arguments du patient sur le même registre, alors que le patient objecte au médecin un argument en changeant de registre : jamais il ne manifeste son envie d'être plus observant.

Par ailleurs, l'amie du patient est convoquée comme arbitre par le médecin. Par la proposition qu'elle lui fait, le Dr Laurence la somme indirectement de prendre parti entre l'usage profane de son conjoint, et la norme médicale d'observance. La praticienne part peut-être du principe qu'elle souhaite aider son ami à devenir plus observant, en accord avec l'idée, répandue chez les médecins, selon laquelle les femmes prendraient en charge les questions de santé de leur conjoint et de leur famille. Le rôle de *care*, prendre soin des membres du foyer, leur est souvent attribué par les soignants sans qu'ils n'en questionnent toujours la pertinence (Fainzang 2001b). Après la consultation, le Dr Laurence nous dira que ce patient a la chance d'avoir une conjointe qui ne prend pas de produits, mais qu'elle ne parvient pas à l'aider. Le patient mettra fin à la tentative d'arbitrage en répondant de lui-même qu'il ne « préfère pas » recourir à la délivrance journalière. Il évite ainsi à son amie d'avoir à trancher.

Par la suite, il manifeste de plus en plus son désinvestissement à la fois de l'interaction présente, mais aussi de sa relation avec le Dr Laurence. Il se désinvestit de l'interaction en ne répondant pas aux questions du médecin. Le dialogue sur la posologie passe par l'intermédiaire de son amie, à qui la généraliste finit d'ailleurs par s'adresser directement, comme si elle acceptait le retrait du patient et se repliait sur une solution alternative pour maintenir la communication. Le schéma est le suivant : le médecin pose la question à l'amie,

l'amie répercute la demande sur le patient, le patient répond.

Ensuite, il marque son désinvestissement de la relation médecin-patient en refusant l'intervention du Dr Laurence sur un autre problème de santé. Il lui refuse ainsi d'exercer le rôle de médecin traitant. Le suivi global des questions de santé représente en effet un indice selon lequel le médecin et le patient souhaitent faire un parcours ensemble. Demander au médecin d'intervenir sur autre chose que la substitution, c'est lui faire confiance et reconnaître sa compétence hors du rôle de prescripteur, hors d'une relation instrumentale de pourvoyeur d'ordonnance. Par exemple, c'est le cas chez le Dr André, lorsque une patiente dont il n'est pas médecin traitant profite d'un renouvellement de TSO pour lui faire part de ses problèmes somatiques (Dr André, patiente 1, consultation analysée au chapitre suivant). Refuser l'intervention du médecin hors du traitement signifie donc refuser de construire une relation de long terme, refuser de devenir un patient de ce médecin. Le rapport médecin-patient reste ici « centré sur la prescription » (Guichard *et al.*, 2007). De même, refuser les tentatives de négociation du médecin autour du traitement revient à se montrer indifférent quant au maintien de la relation.

Après le refus du patient d'être pris en charge pour sa blessure, la consultation continue sur le mode de l'interrogatoire au sujet des consommations de produits : le médecin essaie d'en savoir plus afin d'évaluer la situation. Mais les réponses toujours minimales du patient ne permettent pas d'engager une réelle conversation.

À la fin, la praticienne acte sa décision d'augmenter le dosage par une phrase affirmative qui n'autorise pas de remise en cause. La négociation n'est plus possible, et le Dr Laurence prend finalement sa décision seule, ce qui réaffirme son pouvoir en tant que prescriptrice. Cependant, elle est ici contrainte de décider seule à cause du refus de négocier de la part du patient, contrairement à d'autres situations où le médecin prend sa décision sans donner au patient la possibilité d'intervenir.

Après la consultation, le Dr Laurence nous fait part des difficultés qu'elle rencontre avec ce patient qu'elle ne parvient pas à « cerner ». Elle assure qu'il est « dans le déni » de ses consommations de produits illicites et d'alcool, ce qui rend plus difficile l'intervention. Plus globalement les patients peu prolixes sont souvent problématiques pour les généralistes rencontrés car ils les mettent en échec. Plusieurs médecins évoquent des difficultés avec ceux qui refusent de « faire confiance » c'est-à-dire de s'investir dans une relation à double sens. Le Dr Joël aborde le cas d'un patient avec qui « ça met du temps » car il minimise constamment

ses consommations de produits. Sa sensation d'incertitude à propos de ce patient s'oppose radicalement à ce qu'il décrit à propos d'un autre, qu'il vient juste de rencontrer mais dont il sent qu'il « veut faire confiance » :

Extrait du journal de terrain, Dr Joël, Patient 2 (échanges après la consultation)

Après la consultation, Joël me dit qu'il trouve ce patient fatiguant parce que « ça met du temps » il met du temps à dire les choses, Joël n'en sait que la moitié, le patient « sous-estime » ses consommations. [...] Joël précise que c'est lui qui a proposé au patient le passage à la méthadone gélule mais qu'à la réflexion ce n'était peut être pas une bonne idée. Il me dit que ce patient retombe dans les consommations à chaque coup dur. Que c'est aussi lié à ses douleurs chroniques (crampes, etc, qu'il a décrites), Joël réfléchit que ces douleurs ne sont peut être pas assez bien traitées.

Extrait du journal de terrain, Dr Joël, Patient 6 (échanges après la consultation)

Après la consultation, Joël m'explique que c'est un patient qu'il connaît depuis un mois. Que le courant est tout de suite bien passé car il sent que ce patient « veut faire confiance », qu'il ne lui cache pas ses consommations, même si lui ne demande pas obligatoirement qu'on lui dise absolument tout. Il m'explique qu'il a vu 2 fois ce patient, qui sort tout juste de prison.

Se livrer est donc un gage de confiance pour les médecins : si le patient « veut faire confiance » et ne cache rien, le médecin a, en retour, la sensation qu'il peut également avoir confiance en lui. Ce cas précis est paradoxal dans la mesure où le patient cumule des attributs stigmatisés, habituellement peu appréciés par les généralistes et résistant mal aux pratiques de sélection : il sort de prison, il est inconnu du médecin. Or, Joël le juge d'emblée digne de confiance car il se montre désireux de coopérer en lui parlant de ses consommations. À l'inverse, la sensation qu'« on n'avance pas », récurrente à l'évocation de certains patients, illustre bien l'idée que la relation reste à son point de départ et qu'il est impossible d'écrire une histoire commune du fait du désinvestissement d'un patient qui refuse de se dévoiler.

Les médecins craignent également d'être instrumentalisés pour leur rôle de prescripteur lorsque les patients ne manifestent pas le besoin de leur parler ni d'instaurer une relation personnalisée. Le Dr Laurence remarque ainsi que le patient évoqué ci-dessus (patient 8) alterne les consultations entre elle et son associée, geste qu'elle trouve incompréhensible. Ce comportement d'« infidélité » manifeste en effet le désintérêt du patient pour toute forme de relation durable avec un médecin. Elle en conclut que pour ce patient « tout ce qui compte c'est l'ordonnance », alors que généralement « au bout d'un moment les patients veulent une vraie relation ». Le refus de négocier participe donc bien du refus d'instaurer une relation sur le long terme. Les médecins ont du mal à composer avec cette conduite qui leur fait perdre le sens qu'ils souhaiteraient donner à leur intervention auprès des patients dépendants aux

opiacés : ne pas être un simple distributeur d'ordonnances mais un médecin généraliste qui intervient de manière durable auprès de ses patients.

2.3. Les accords obtenus sans négociation : vers une prescription de routine

Plusieurs auteurs distinguent la négociation du simple accord non négocié. Kerbrat-Orecchioni (2012), à la suite de Thuderoz (2009), parle d'« ajustement immédiat » lorsque l'un des acteurs « se soumet immédiatement à la volonté de l'autre » sans qu'il y ait négociation : « D'une manière générale, le schéma de la négociation est pour nous le suivant : les sujets A et B affichent par un moyen quelconque une divergence quelconque (ce que l'on peut généralement traiter en termes de Proposition de A vs Contre-Proposition de B) ; si A accepte sur-le-champ la Contre-Proposition de B, nous considérons qu'il y a certes "ajustement" des comportements mutuels, mais que la négociation est en quelque sorte "étouffée dans l'œuf" : ce n'est qu'à partir du moment où il y a "cristallisation" du désaccord (du fait que A maintient sa Proposition initiale) que peut démarrer l'activité de négociation proprement dite. » (Kerbrat-Orecchioni 2012, p. 92).

Dans les consultations observées, l'ajustement immédiat peut se présenter sous deux formes. Dans la première, l'un des participants accepte d'emblée la proposition de l'autre sans manifester son désaccord. Cependant, si un désaccord existe et est tu, ce qui peut surtout être le cas pour le patient lorsqu'il craint la menace de l'arrêt de la prise en charge, l'acceptation n'est que de façade, comme dans les exemples évoqués plus haut. Dans un second cas, il n'existe pas de conflit : l'accord est déjà là car la situation de départ ne comporte pas deux propositions contradictoires. Nous nous concentrerons ici sur le premier type de situation, car le second sera l'objet du chapitre suivant.

Quelquefois, le médecin refuse de satisfaire une demande et le patient se rallie à sa décision sans tenter de négocier, comme dans cet exemple, où le Dr Laurence reçoit un patient dont le médecin habituel est en congés (Dr Laurence, Patient 12) :

Le patient demande « le Rivotril » Laurence : « j'en marque pas, du Rivotril. » Le patient n'insiste pas.

Il s'agit d'un ajustement immédiat car le patient retire immédiatement sa proposition en

prenant acte du refus de prescription du médecin. Comme on l'a vu, d'autres voies sont possibles dans le même cas de figure : la négociation par l'argumentation sur la pertinence de la prescription (Dr André, patients 11), ou sur l'impossibilité d'arrêter un médicament ou de contrôler ses consommations (Dr Laurence, patient 1 ; Dr Joël, patient 6). Ici, au contraire le patient renonce à négocier, et du même coup renonce au médicament qu'il souhaitait se voir prescrire. S'agissant du Rivotril, on peut penser que le patient s'attendait en partie à un refus et en avait éventuellement connu d'autres, d'où son absence d'insistance.

Par ailleurs, il est difficile de distinguer, dans les observations, les moments où le patient s'interdit de manifester un désaccord, de ceux où la décision fait consensus. Plusieurs prescriptions sont reconduites sans être questionnées par le patient : celui-ci n'exprime une doléance que lorsque la prescription lui pose problème. S'il n'exprime rien, l'observateur ne peut percevoir s'il s'agit d'un désaccord dissimulé avec un ralliement de façade. Les entretiens nous montrent pourtant que de telles situations existent, comme nous l'avons décrit plus haut avec l'expérience de Matthieu (voir aussi l'exemple de Fred sur la diminution du Skénan, cité au chapitre précédent). Il s'agit de configurations où le patient est insatisfait de sa relation avec son généraliste car il ressent l'impossibilité de faire valoir ses demandes. Par ailleurs, on l'a vu, lors de plusieurs consultations observées, le patient paraît insatisfait de la décision finale, non parce qu'il n'a pas pu être écouté, mais plutôt à cause de l'absence de solution immédiate.

Par contre, l'ajustement immédiat du médecin sur une proposition du patient peut avoir lieu dans les cas de guidance-coopération inversée, où le médecin accepte d'emblée de prescrire la posologie proposée par le patient car il reconnaît ses compétences pour réguler les dosages :

Extrait de consultation, Dr Joël, Patient 5

Joël : « Sur quelle dose on s'accorde ? »

Patient « 40 »

Joël se tourne vers moi et dit que c'est un « acte de courage »

Joël prend un appel téléphonique et le patient attend en jouant avec son portefeuille.

Joël prend son carnet d'ordonnances sécurisées. « Donc 40, allez. » puis « On fait un grand pas ! »

L'ajustement sur la proposition du patient sans négociation manifeste ici la confiance du médecin en même temps que la reconnaissance d'une compétence au patient. On peut aussi supposer que la posologie relativement basse proposée par le patient (40 mg de méthadone) et

le fait qu'elle représente une diminution conséquente que Joël interprète comme un progrès vers le sevrage (un « grand pas »), contribue à ce qu'il juge cette proposition acceptable.

Dans un autre exemple, le patient s'apprête à entrer en négociation en se justifiant au sujet de l'injection d'un produit illicite (la cocaïne), mais le médecin ne ressent pas le besoin de négocier et dévie la conversation vers un autre registre : le traitement des complications somatiques liées à l'injection. Pour le médecin, l'accord est déjà là, alors que le patient anticipe un désaccord qui n'a pas lieu :

Extrait de consultation, Dr Laurence, Patient 10

Dr Laurence (L): « vous avez mal ? » en voyant que le patient boite en entrant dans la pièce.

Le patient (P) dit qu'il a mal à la cheville.

L demande comment il s'est fait mal.

P « allez, je vais vous le dire, en me faisant un shoot dans la cheville. »

L lui fait répéter, puis lui demande ce qu'il a à la veine du bras.

P explique que c'est une prise de sang pour le dépistage VIH.

L demande pourquoi il ne se pique pas dans le bras.

P répond « parce que j'ai plus de veines »

L demande à voir la blessure à la cheville, mais P refuse de la montrer, dit que ce n'est rien, ça va passer.

L demande depuis combien de temps il a cette blessure.

P dit qu'il l'a faite il y a deux jours.

L demande si il se fait souvent des shoots.

P dit que c'est à peu près tous les 3 mois.

L demande le produit injecté.

P dit que c'était de la « coke ».

P dit qu'il ne le refera plus avant longtemps, que c'était « une connerie ».

L dit que si c'est un petit truc local ce n'est pas grave, mais qu'il faut faire attention, qu'elle a eu des problèmes récemment chez des patients suite à des injections, deux ont « fini à l'hosto ». Elle donne des détails sur les raisons pour lesquelles ils ont « fini à l'hosto », quelles ont été les complications.

[...]

L fait l'ordonnance sécurisée, lui demande « je vous marque un gel antiseptique ? Vous en mettez ? »

P dit « non c'est pas nécessaire, ça va passer »

L dit de revenir si ça ne va pas.

Dans cette consultation, ce n'est pas la consommation d'un produit illicite en tant que telle qui fait problème pour le médecin, ni même l'injection en tant que « mésusage ». Laurence ne remet jamais en question la prescription pour ces motifs, contrairement à ce que le patient semble redouter lorsqu'il hésite à en parler en début de consultation et lorsqu'ensuite il précise que ce comportement ne se reproduira plus.

Ici, le Dr Laurence accorde peu d'importance aux consommations de produits illicites du patient – elle le questionne tout de même sur la fréquence des injections, mais elle ne les évoque jamais comme pouvant susciter une réévaluation du traitement. En médecin généraliste, elle préfère s'occuper des conséquences négatives causées par l'injection sur la santé du patient en lui proposant d'examiner sa blessure et de prescrire un gel antiseptique.

Elle fait donc basculer une consultation portant sur la consommation de produits vers une consultation de médecine organique. La préoccupation concernant la santé du patient est plus importante à ses yeux que celle concernant l'observance. On va le voir au chapitre suivant, le glissement vers le traitement de problèmes de santé (qu'ils soient liés ou non à la consommation de produits) constitue une manière, pour les généralistes, d'incorporer les patients substitués à la médecine générale.

Ici, cependant, le patient refuse l'intervention du Dr Laurence sur la blessure liée à son injection. On peut supposer que pour lui, l'injection reste un acte illégitime, qui doit de ce fait être réglé par des moyens « profanes » plutôt qu'en faisant appel à la médecine qui devrait ordinairement le condamner. Le patient a, en quelque sorte, incorporé la norme de l'injection comme « mauvais usage ». Il refuse donc l'entrée du médecin dans le domaine de l'illicite. Le Dr Laurence respecte sa décision, elle ne l'examine pas de force. Elle le met néanmoins en garde contre les complications dans le but de l'inciter à accepter l'examen, mais n'insiste pas devant son refus. En cela elle concède une compétence au patient en considérant qu'il peut se soigner seul, puisqu'elle lui propose un gel antiseptique pour limiter les dégâts (qu'il refuse également).

Dans cet exemple, l'absence de négociation du médecin autour du maintien des pratiques d'injection ou de la prescription du TSO témoigne du caractère non problématique du traitement lorsqu'une relation est déjà instaurée. Au fil des rencontres successives, la prescription devient routinière et aucun des deux acteurs ne ressent le besoin de la remettre en question, comme nous le verrons au chapitre suivant.

Conclusion du chapitre 8

De ces analyses, nous retiendrons l'importance de placer les négociations dans la perspective d'une relation médecin-patient *en train de se faire*, en train de se construire. Par les négociations et les accords successifs, les deux acteurs affirment et réaffirment leur volonté de renouveler les rencontres. Les négociations sont les jalons d'une relation qui ne pourrait perdurer sans la résolution, même transitoire, de chacun des désaccords soulevés dans les consultations. L'absence de négociation manifeste soit le désengagement de l'un des protagonistes de la relation (qui peut augurer sa fin), soit au contraire l'inutilité de réaffirmer

la perpétuation de celle-ci, en l'absence de désaccord apparent.

Pour clore ce chapitre, on se demandera si, même dans les moments de négociation, la continuité du traitement est réellement remise en cause par le médecin, qui, rappelons-le, conserve toujours le pouvoir de prescrire. Étant donné que les accords à l'issue des négociations ont pour fonction principale de permettre aux rencontres suivantes d'avoir lieu, on peut penser que lorsqu'il discute les modalités de la prescription (posologie, fréquence, associations de médicaments...), le médecin ne la remet pas sérieusement en question. Il n'envisage pas l'éventualité de ne pas prescrire. Dès lors que son objectif est de maintenir une relation, il sait dès le début que la consultation aboutira à un accord sur la prescription, sauf dans les cas où il souhaite exclure le patient de sa clientèle ou le dissuader de rester. Une fois de plus, le destin de la relation apparaît en grande partie entre les mains du médecin¹⁸.

Le chapitre suivant est consacré aux moments où l'accord ne nécessite plus de négociation : la prescription ne pose problème ni pour le médecin ni pour le patient. Dans ces situations, elle devient une formalité et ne fait pas l'objet de l'essentiel des échanges. En relevant de la routine, accentuée par la fréquence des rencontres, la prescription non-problématique laisse un vide que les deux protagonistes peuvent combler de diverses manières.

¹⁸ Certes le patient peut quitter une relation qui ne lui convient pas, mais même dans ce cas, le médecin reste maître des conditions dans lesquelles il prescrit.

Chapitre 9.

La prescription de routine : ne plus être un « toxicomane », devenir un patient ?

Introduction : quand les consultations perdent leur objet

« Est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est passée la dernière consultation que vous avez faite avec un patient en traitement de substitution ?

-La toute dernière c'était l'autre qui est très calme, donc... (*il lit le dossier informatique*), qui a eu une promotion au boulot, il est passé gérant, donc on a discuté surtout de ça, après il a eu mal à l'épaule, et après, comme d'habitude "Mais pourquoi tu viens encore t'emmerder avec ça [le TSO] alors que tu n'en as plus besoin ?" "- Hé ben, je sais pas, docteur, je peux pas m'en passer..." » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

De nombreuses rencontres entre généralistes et patients substitués ne présentent aucune prise de décision ni négociation au sujet du traitement. Il s'agit de consultations de renouvellement de l'ordonnance, sans réévaluation. Leur fréquence mensuelle ou bimensuelle constitue une obligation légale de l'AMM des TSO : bien souvent, elles n'ont pas d'autre raison d'être que l'obéissance à cette contrainte législative. La prescription n'y est pas considérée problématique, ni par le médecin, ni par le patient. Loin d'une « pratique prudentielle » (au sens de Champy 2009) qui appellerait l'exercice du jugement en contexte d'incertitude, l'observation de l'activité des généralistes avec les patients substitués donne à voir une prescription routinière, enserrée dans un cadre légal qui la favorise. Pour autant, les actes de routine ne doivent pas être négligés par le sociologue, il faut au contraire les penser comme des objets d'étude à part entière, puisqu'ils constituent le quotidien de la rencontre médecin-patient-médicament.

La « routinisation » de la prescription ne s'instaure pas dès la première rencontre. Elle prend place au sein d'une relation déjà établie, et nécessite une certaine dose de confiance mutuelle. Comme l'affirme Marc-Henry Soulet (2005a), même lorsqu'elle s'accompagne d'une part d'incertitude irréductible, la confiance instaure la routine, conçue comme « rapport non problématique à l'environnement physique et social » (Soulet 2005a, p. 32). Si nous

employons ici le néologisme de « routinisation », c'est pour désigner l'installation d'une routine comme un processus, qui s'inscrit dans la temporalité de la *relation* médecin-patient-médicament, où chacun des acteurs s'habitue progressivement à l'autre. Les patients qui accèdent aux consultations de routine ont acquis, même temporairement, le statut de *patients* en lieu et place de celui de *toxicomanes* : leur rapport au médicament n'est pas jugé problématique par les médecins. Ils ont résisté au processus de tri et correspondent, au moins en partie, aux représentations du « bon patient » vues au chapitre 5.

Les règles de l'AMM, mais aussi la persistance de la dépendance du patient au médicament, forcent les acteurs à continuer de se rencontrer fréquemment malgré l'absence d'un problème spécifique à traiter. Ainsi, la prescription de routine laisse un vide dans les consultations, que médecin et patient vont s'efforcer de combler. Avec quoi remplissent-ils ces consultations de renouvellement ? Qu'en font-ils ? Nous allons voir que plutôt que des consultations qui resteraient sans objet, l'analyse révèle une diversité de manières de combler le vide laissé par une prescription non problématique. Cette dernière semble souvent passer au second plan, remplacée par *autre chose*. La consultation décrite par le Dr Patrick, citée au début de cette introduction, en offre un panorama presque complet.

Dans une première partie, nous verrons que la routinisation de la prescription donne quelquefois lieu, en écho, à une routinisation de la consultation dans son ensemble. Dès lors que le médecin juge la rencontre superflue, il peut chercher à l'écourter ou même à la supprimer complètement. Aux yeux des généralistes, ces pratiques correspondent à une volonté de mettre fin au traitement d'exception réservé aux patients substitués, en affirmant que la contrainte des renouvellements mensuels ou bimensuels n'est plus nécessaire à ce stade de la relation. C'est donc leur normalisation en tant que patients que les médecins tentent de faciliter, mais leur démarche n'est pas toujours bien comprise par les personnes en traitement.

Dans d'autres situations (partie 2 du chapitre), la consultation se déporte vers des échanges verbaux, des « conversations » qui, sous des allures parfois triviales, ont pour objet « la vie », personnelle et professionnelle du patient. Nous verrons que loin de reléguer le traitement à l'arrière plan, ces échanges doivent être mis en parallèle avec l'objectif de « guérison » entendu comme normalisation sociale du mode de vie. Mais la fréquence des consultations rappelle aux acteurs que la dépendance au médicament persiste, alors même que le médecin juge souvent que le patient est déjà « sorti » de la drogue, selon les critères

« d'insertion » sociale – le Dr Patrick affirme que son patient n'a « plus besoin » du traitement, pourtant, ce dernier ne peut « s'en passer ». Le médicament ressurgit au détour des échanges, contrecarrant les velléités de transformation du *toxicomane* en *patient*.

Enfin, dès lors que le TSO n'est plus l'objet de discussions, certaines consultations font place à des plaintes au sujet de problèmes somatiques – le « mal à l'épaule » du patient de Patrick. Les consultations de renouvellement se transforment en consultations de médecine générale. Médecins et patients s'en saisissent pour traiter d'autres questions de santé. Ainsi, les personnes substituées deviennent des patients de la médecine générale lorsque le traitement cesse d'être au centre de la consultation (partie 3).

1. Un vide non comblé : les consultations courtes

Il ne s'agira pas, ici, de comparer la durée des consultations à une hypothétique norme minimale réglementaire¹. Pourtant, force est de constater que certaines consultations sont plus courtes que d'autres. Les acteurs eux-mêmes, médecins comme patients, exposent durant les entretiens leur perception de la durée des rencontres. Les consultations que les généralistes décrivent comme particulièrement brèves sont souvent celles qu'ils jugent superflues et dont la fréquence – tous les 14 (méthadone) ou 28 jours (buprénorphine) – leur est imposée par les règles légales de dispensation des médicaments. Elles sont centrées sur le renouvellement du TSO, mais comme la prescription ne pose pas de problème particulier, elle est reconduite sans être discutée. Ces consultations sont écourtées par l'absence d'une nouvelle question à traiter ou d'un enjeu décisionnel. Dans ce contexte, pour beaucoup de médecins, faire des consultations courtes répond à une volonté de rendre service aux patients en leur faisant gagner du temps (1.1). Les patients, quant à eux, décrivent au contraire la brièveté des rencontres comme un manque de respect ou de « sérieux » de la part des médecins. Ils les assimilent souvent à de simples distributions d'ordonnances qui les renvoient à leur statut de « toxicomane » (1.2). Outre les discours des uns et des autres, l'observation permet repérer des consultations dont la durée est réduite et qui comportent peu d'échanges. Leur brièveté s'explique par le processus de *routinisation* de la prescription, mais pas seulement : bien

¹ Les généralistes consultant sur rendez-vous prévoient ordinairement des plages de 15 à 20 minutes pour chaque patient. Mais la durée moyenne des consultations varie entre les praticiens (voir Véga, 2011, 2012), mais aussi d'une consultation à l'autre pour un même médecin selon les questions à traiter, ce qui rend illusoire la comparaison à une durée supposée standard.

souvent, leur caractère succinct est en partie déterminé par des éléments propres au contexte de l'interaction (le moment de la journée, par exemple) (1.3).

1.1. Les consultations courtes vues par les médecins : limiter les contraintes du traitement sur les patients « stabilisés »

1.1.1. Raccourcir la consultation pour rendre service au patient

Pour de nombreux généralistes, le renouvellement mensuel ou bimensuel d'un TSO ne nécessite pas systématiquement une consultation approfondie. Avec les patients qui viennent régulièrement depuis longtemps, il n'apparaît pas nécessaire de réévaluer le traitement lors de chaque rencontre :

« Tout à l'heure là, le patient, il a son traitement qui, il a une dose de 8,8 mg, il a un petit peu baissé ces derniers mois, mais je le suis déjà depuis une dizaine d'années. Donc tous les mois je le vois comme ça, ben, tout va bien dans sa vie, il n'y a pas de problèmes juridiques, pas de problèmes médicaux particuliers donc la consultation dure pas longtemps, hein, cinq minutes, le temps de faire l'ordonnance. On va pas les embêter chaque mois à leur dire "quand est-ce que vous pourrez diminuer ?" et tout. Là, il a déjà diminué, il est observant, il est bien régulier, pas de soucis, donc on ne les stresse pas. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

Dans cette citation, le Dr Édouard relie la brièveté à l'absence de problèmes annexes (médicaux, judiciaires), qui auraient pu faire l'objet d'échanges : la consultation est uniquement motivée par le renouvellement de l'ordonnance, qui est lui-même une formalité puisque le patient est « régulier » et « observant ». Le médecin n'a donc pas de décision particulière à prendre au sujet de la prise en charge. Il précise sa volonté de ne pas « embêter », ne pas « stresser » le patient, en lui demandant constamment de diminuer son dosage: les modalités de prescription n'ont pas à être systématiquement renégociées. Ce généraliste justifie donc la brièveté des consultations par le confort des patients. Il cherche à leur rendre le traitement moins contraignant en limitant le temps passé à sa prescription. On retrouve le même type d'arguments chez le Dr Sandrine :

« Globalement c'est quand-même des consultations rapides, c'est rare que ça dure vraiment, à part voilà, un gros coup de massue, la méga déprime, où là ça va prendre eu petit peu plus de temps, mais globalement, c'est des consult' d'un quart d'heure. Ça peut être trois minutes, hein. Mais ça en général

c'est plutôt quand ils sont pressés, ou quand les salles d'attente sont blindées, ça fait déjà une heure et demie qu'ils poireautent pour leur ordonnance, en général ils ont essayé dix fois de me dire "Vous pouvez pas me la faire vite fait ?" » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Les consultations courtes ne sont pas systématiques, elles n'ont lieu qu'en l'absence d'une plainte spécifique du patient (ici la « grosse déprime »). Elles dépendent également de l'emploi du temps du patient (s'ils sont « pressés ») et d'éléments contextuels comme le temps d'attente (la salle d'attente « blindée »). En cela, les généralistes cherchent à éviter que la prescription du TSO ne prenne une place trop importante dans le quotidien des patients. Par ailleurs, en plus de rendre service au patient en limitant le temps nécessaire à l'obtention du traitement, une consultation courte permet au médecin de désengorger sa salle d'attente.

Chez le Dr Édouard, pour parvenir à la réduction de la durée des consultations, le patient doit préalablement avoir passé le processus de tri et les tests de « motivation » qui l'accompagnent². La consultation de routine n'est possible qu'après attribution de la confiance du médecin, tous les patients n'y sont donc pas éligibles :

« Effectivement quand c'est un suivi classique, la consultation dure cinq minutes, mais pour en arriver là il y a un travail en amont pour filtrer la clientèle et pour sélectionner les patients qui sont acceptables dans ces traitements. » (Dr Édouard, médecin généraliste, entretien, 2011)

La consultation qui « dure 5 minutes » apparaît comme un objectif à atteindre. Elle marque l'attribution du statut de patient tout en indiquant la « stabilisation » avec le traitement, le passage à une prescription non problématique. Elle n'est possible qu'avec des patients déjà triés.

1.1.2. L'espacement des rencontres : se distancier des règles légales pour réduire la contrainte

Certains praticiens déplorent qu'il ne soit pas possible de rallonger la durée des ordonnances afin d'espacer les consultations. Avec les patients connus de longue date et ne posant pas de problème particulier, la consultation mensuelle est jugée superflue, elle se réduit donc au strict minimum :

² Voir la fonction dissuasive des règles décrite au chapitre 5.

« Dans la consultation actuelle, c'est même un peu gênant parce que ça se passe très vite. On reprend la tension, enfin l'examen simple, et puis de toute façon on repart pour 28 jours de traitement. On peut pas le renouveler, ça serait bien de pouvoir lui dire "ben je vous le marque pour 3 mois", mais on peut pas. » (Dr Éric, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Éric considère cette situation comme « gênante » car malgré ses efforts (tentative d'examen...) il ne trouve rien pour remplir la consultation, qu'il est obligé de réduire à la rédaction de l'ordonnance. Devoir effectuer la consultation sans autre motif que la reproduction à l'identique de la prescription renvoie probablement ce médecin à un statut de distributeur de médicaments – c'est sûrement cela qu'il trouve « gênant ». Comme nous l'avons vu dans d'autres situations, l'action du médecin se trouve ici réduite à celle du produit prescrit. Délivrer une ordonnance de plus longue durée atténuerait cette sensation en limitant le nombre de consultations de renouvellement. L'intérêt du médecin et celui des patients s'entremêlent ici : la volonté d'espacer les consultations ne répond pas uniquement à une réduction de la contrainte pour le patient mais à une revalorisation du rôle du médecin.

Si le Dr Éric déplore la rigueur des règles légales de prescription, d'autres généralistes n'hésitent pas à s'affranchir en partie de ces dernières. Le Dr Yves met en avant l'absurdité de faire un bilan complet tous les 14 jours :

« La plupart des patients que l'on voit c'est des consultations qui peuvent être faites en 5 minutes des fois, hein, quand on les voit, surtout la méthadone tous les 15 jours, en 15 jours on va pas faire un...on va pas repartir à réenvisager tout, parce que ils pèteraient les plombs, et nous aussi. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2010)

« Réenvisager tout » désigne autant la réévaluation du traitement (posologie, etc.) que le bilan de la situation médicale, psychologique et sociale du patient, dans l'optique de la « prise en charge globale ». Yves précise que le patient ne serait pas seul à « péter les plombs » : le médecin, lui aussi, endurerait difficilement de répéter lors de chaque consultation des éléments déjà connus. Ainsi, en plus des consultations brèves, il explique qu'il entreprend quelquefois d'espacer les rencontres :

« Prescrire tous les 15 jours la méthadone c'est très contraignant, très très contraignant, euh...voilà, on est même obligés des fois de faire des choses pas très légales, du style, si les gens sont pas à des doses très élevées, 30 mg, on double la dose pour qu'il y en ait pour un mois, et puis ils reviennent qu'au bout d'un mois parce que sinon... » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2010)

On remarquera que l'écart à la règle n'a lieu qu'avec des patients ayant un faible dosage. Toutes les personnes en TSO ne bénéficient donc pas de cet aménagement de la contrainte. Réduire la fréquence des rencontres revient à affirmer que le patient n'a pas besoin d'un suivi aussi rigoureux que le préconise la loi. En contournant la règle, le médecin dédramatise les TSO, il transforme les personnes substituées en *patients* comme les autres. Cet aménagement de la contrainte légale est courant chez les généralistes³. Il s'agit d'une logique d'appropriation par adaptation de la règle aux spécificités d'une relation singulière. Le médecin ajuste le traitement au contexte de vie des patients mais également à sa propre organisation de travail. Le Dr Joël, par exemple, délivre deux ordonnances de méthadone lorsque le prochain rendez-vous du patient devrait avoir lieu durant ses congés. La prise de distance volontaire vis-à-vis des lois évite des démarches supplémentaires aux patients (chercher un prescripteur de remplacement), tout en permettant au médecin d'organiser son planning comme il l'entend.

Les généralistes justifient donc les consultations courtes et le contournement des règles relatives à la durée des ordonnances en évoquant la *routinisation* d'une prescription qui rend la rencontre superflue. En l'absence de motif autre que le renouvellement du TSO, les médecins jugent que la fréquence imposée représente une contrainte pour les patients comme pour eux-mêmes. Ils cherchent donc à réduire cette contrainte en écourtant ou en espaçant les rencontres. En cela, ils affirment le caractère non problématique de la prescription et l'évolution du *toxicomane* vers le statut de *patient* ordinaire de la médecine générale, ne nécessitant pas une vigilance accrue. Nous allons le voir, certains patients ne partagent pas leur point de vue : ils ont une interprétation négative de la brièveté des consultations.

1.2. Les consultations courtes vues par les patients : un manque de considération du médecin

Pour plusieurs patients, la durée de la consultation constitue un indice de l'intérêt que le médecin porte à leur situation. On comprendra donc qu'ils n'en apprécient guère la

³ À tel point qu'il est mentionné comme un biais dans des études statistiques évaluant la fréquence de prescription des TSO. Dans la synthèse OFDT de 2014, on peut lire : « Parmi les personnes remboursées pour de la méthadone, 66 % ont des prescriptions régulières [...] la moindre régularité des prescriptions de méthadone peut s'expliquer par des délivrances en CSAPA ou par le doublement des doses prescrites afin d'espacer les consultations. » (Brisacier, Collin 2014, p. 4).

brièveté. Les consultations longues sont souvent associées à l'écoute et à l'empathie, qualités recherchées chez un « bon médecin » :

« Le mien c'est un vrai docteur, quoi. D'ailleurs tu le vois au niveau des patients, il reste une demi-heure, trois quarts d'heure. Quand t'es dans la salle d'attente c'est un peu chiant. [...] On parle de tout avec lui. On parle, il essaie de trouver des solutions, machin, machin, machin, il est cool, il s'intéresse à ses patients, tu vois ce que je veux dire ? Un bon docteur. » (Fred, patient, Skénan, entretien, 2012)

Malgré les contraintes qu'elle engendre – l'attente en particulier – la longueur de la rencontre est décrite comme une preuve du « sérieux » du médecin (un « vrai docteur », que Fred met en opposition avec les « médecins dealers » qu'il juge incompetents). Une consultation rapide qui ne consiste qu'en la rédaction d'une ordonnance est souvent interprétée comme une marque de mépris et d'irrespect. Alors même que, pour les médecins, elles représentent l'accession au statut de *patient* ordinaire, les consultations courtes renvoient aux patients le stigmate du *toxicomane*. Erwann considère que son médecin lui « colle une étiquette » en réduisant son intervention à la rédaction des ordonnances : l'étiquette de celui qui n'a besoin de rien d'autre que sa dose de produit. C'est aussi le sens des propos de Léo :

« J'en ai vu des médecins qui dispensaient des traitements comme ça, je suis un peu sceptique sur leur façon de voir tout ça. Un peu une forme de considération désespérée du toxicomane : “tiens, prends ton traitement, et rentre chez toi”. » (Léo, patient, méthadone, entretien, 2012)

Les consultations courtes sont, de ce point de vue, la facette interactionnelle du *bas seuil de soin*, où les patients sont relégués au statut de consommateurs de médicament et ne sont pas invités à exprimer d'autres plaintes. Centrées sur l'ordonnance, elles leur donnent la sensation de ne pas être vraiment des patients comme les autres.

Les patients ne partagent donc pas l'idée des généralistes selon laquelle les consultations courtes sont faites pour leur faciliter la vie avec le traitement. Certains affirment même que loin de leur rendre service, écourter la durée des consultations avantage d'abord l'organisation du travail du médecin :

« [Quel que soit le client], quand je [fais mon travail], j'y passe une heure. [...] J'ai un CAP, un BEP⁴, une Maîtrise, donc [le médecin], bon il a 10 ans d'études après, machin, mais moi aussi j'ai fait des études ! Moi quand je vais le voir ça dure même pas 10 minutes, mon passage ! Comment tu peux,

⁴ CAP : Certificat d'aptitude professionnelle, BEP : Brevet d'études professionnelles.

même qu'il me voie tous les...même qu'il me connaisse bien ou pas, comment peux-tu ? Non, on peut pas, parce que faut prendre le temps, c'est tout ! On va trop vite, c'est tout ! Et c'est pour ça qu'il passe à côté, parce que ça va trop vite ! Et il a pas le choix quelque part, parce que parfois au cabinet il y a 20 personnes, donc je peux comprendre, mais ça justement, c'est une clientèle qui est très délicate, malgré ce qu'on peut croire. » (Christian, patient, Subutex, entretien, 2011)

En comparant son propre métier⁵ à celui du médecin, Christian veut souligner un manque de conscience professionnelle dans le geste d'écourter les consultations. Pour ce patient, la brièveté des rencontres explique que le médecin « passe à côté » de certains problèmes. Nous le développerons plus bas, « passer à côté » est un reproche récurrent chez plusieurs patients, qui n'est pas spécifique aux consultations courtes mais est un effet de la routinisation. À cause de la fréquence des rencontres, les médecins peuvent omettre de poser certaines questions ou de contrôler l'état de santé des patients. Dans le cas des consultations courtes, la concentration du temps sur la rédaction de l'ordonnance, elle-même rapide, peut conduire le patient à censurer certaines plaintes⁶.

Derrière ces griefs, les personnes en TSO expriment leur volonté d'être traitées en *patients* plutôt qu'en *toxicomanes*. Elles souhaiteraient bénéficier des mêmes prestations que tout autre client du médecin. La brièveté des rencontres, qui restent centrées sur l'ordonnance, rend encore plus saillante leur dépendance au médicament et la sensation de devoir aller “chercher sa dose” régulièrement. Selon eux, le processus de normalisation par lequel ils deviennent des patients de la médecine générale passe par des consultations non centrées sur la rédaction de l'ordonnance. Ils souhaitent que le médecin leur consacre autant de temps qu'à ses autres patients. Pour les médecins, au contraire, ce même processus de normalisation passe par l'espacement des rencontres ou la rapidité des consultations jugées superflues et conçues comme des formalités. Mais dans un cas comme dans l'autre, les acteurs cherchent à substituer le statut de *patient* à celui de *toxicomane*.

1.3. Les consultations courtes dans les observations : une influence des contextes temporel et organisationnel

Après avoir envisagé les significations attribuées aux consultations courtes dans les

⁵ Le métier de Christian n'est pas mentionné pour des raisons d'anonymat.

⁶ C'est un mécanisme proche des cas décrits par Fainzang (2006), où des patients n'osent pas demander des informations sur leur maladie de peur d'importuner le médecin qui leur paraît pressé ou très occupé.

discours des acteurs, une analyse des observations permet de saisir les contraintes propres aux situations dans lesquelles ont lieu ces rencontres. En effet, comme nous le verrons dans les autres parties de ce chapitre, la plupart des consultations de renouvellement de TSO ne sont ni particulièrement brèves, ni, surtout, centrées sur la prescription du traitement. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que certains éléments contextuels favorisent leur accourcissement. L'engorgement des salles d'attentes, déjà mentionné, en fait partie. Nous développerons ici trois exemples observés, qui n'épuisent pas les contextes possibles dans lesquels ont lieu les consultations courtes, mais qui mettent en jeu différentes contraintes propres aux interactions.

1.3.1. La dernière consultation de la matinée avec un patient à basse posologie

Consultation, Dr André, patient 6

Le patient a téléphoné un peu avant et André m'a expliqué, d'un air amusé, que ce patient « téléphone tout le temps » même pendant la consultation. Que pour lui, appeler un quart d'heure avant de venir équivaut à prendre rendez-vous.

Quand André me présente, le patient me pose plusieurs questions sur mes études (après la consultation, André me fera remarquer que le patient veut « me montrer qu'il maîtrise »).

André lui fait remarquer qu'il ne téléphone pas cette fois-ci. Le patient montre qu'il a tout de même son téléphone sur lui (en plaisantant).

André lui prescrit 3mg/jour de générique buprénorphine. André dit qu'il y a des boîtes de 1 mg en générique (probablement parce qu'il doit noter le nombre de boîtes sur l'ordonnance).

Le patient n'a pas de carte Vitale, explique qu'il est en train de la faire refaire, et demande avec une formule de politesse surfaite (qui contraste avec le registre tenu pendant le reste de la rencontre) si le médecin aurait l'amabilité de lui faire payer la prochaine fois. André accepte.

Consultation très brève.

Ce patient a un dosage peu élevé de BHD⁷ et n'a pas d'avance sur la date de renouvellement contrairement à la majorité des patients observés chez André. Il correspond à ce que les généralistes décrivent usuellement comme le patient « stabilisé », en voie de « guérison » voire déjà « guéri » (selon le critère de « guérison » retenu). La prescription, reproduite à l'identique, ne nécessite aucune négociation. Cette consultation comporte peu d'échanges. D'abord, les questions du patient qui me sont adressées – ma présence, qui rompt la routine, permet de combler le vide laissé par le consensus sur la prescription – ; ensuite la remarque d'André au sujet du téléphone, qui ne donne pas lieu à une conversation prolongée ; puis quelques phrases prononcées à l'occasion de la rédaction de l'ordonnance : ce sont les pensées du médecin exprimées à haute voix, elles ne s'adressent pas vraiment au patient. La seule requête du patient, à la fin de la consultation, concerne le report du paiement. Elle est

⁷ Selon l'OFDT, en 2012, le dosage médian quotidien de BHD était de 7,7 mg par jour (Brisacier, Collin 2014).

d'emblée acceptée par le médecin, ce qui suggère une certaine confiance favorisée par la régularité des rencontres.

Cette consultation a lieu à midi, l'heure de fermeture du cabinet. C'est la dernière d'une matinée de travail d'André. Le patient a téléphoné un peu plus tôt pour annoncer sa venue, probablement pour que le médecin ne parte pas sans l'attendre. Le contexte temporel explique en partie la brièveté de la rencontre. Elle se déroule après l'heure limite, les deux protagonistes s'efforcent donc de l'écourter. Il est probable que le patient anticipe l'illégitimité d'une consultation qui vole, en quelque sorte, du temps de repos au médecin, ou encore qu'il soit venu tardivement dans l'objectif de limiter le temps consacré au renouvellement du traitement. De même, André aspire probablement à terminer sa matinée de travail. D'ailleurs, le médecin ne se fait pas rémunérer, comme s'il n'y avait pas vraiment eu d'acte médical : administrativement, cette consultation n'a pas eu lieu. L'ordonnance est la seule trace qui en résulte.

Les autres matinées observées chez André se terminent par des consultations plus longues, où le médecin prend le temps de négocier la prescription ou d'échanger sur la situation des patients. Ici, le contexte temporel s'ajoute donc à une prescription non problématique (faible dosage, etc.) pour expliquer la rapidité de la rencontre.

1.3.2. Un patient qui n'a pas pris rendez-vous

Consultation, Dr Laurence, Patient 7

Début de la consultation. Laurence prend une ordonnance sécurisée.

Le patient dit qu'il est « désolé pour le rendez-vous » (il a téléphoné tout à l'heure pour venir en urgence)

Laurence dit qu'« il faut le prendre avant ».

Ils parlent du travail du patient, il dit qu'il vient d'avoir le permis cariste et Laurence lui demande s'il va aller dans les boîtes d'intérim.

Patient : « vous pourriez me rajouter du Tramadol 200 ? »

Laurence : « c'est pour le dos ? »

Patient : « oui, il faut que je m'en occupe »

Le patient ne s'est pas assis depuis le début, il est resté debout pendant tout le temps de l'échange.

Laurence lui donne l'ordonnance.

Le patient demande si « pour la carte Vitale c'est bon ? » (s'il n'a pas besoin de la donner).

Laurence lui dit que c'est bon et il s'en va en disant au revoir.

Cet exemple se rapproche du précédent dans le sens où le médecin consacre au patient du temps qui, selon l'organisation de son travail, ne devrait pas lui être dévolu. Le patient se présente sans avoir pris rendez-vous alors que le Dr Laurence consulte exclusivement sur rendez-vous. La rencontre se déroule donc sur un créneau horaire originellement dédié à un

autre patient. Le rappel à l'ordre de Laurence traduit son irritation vis-à-vis de cette visite qui perturbe son organisation. Le patient semble en tenir compte : considérant sa présence comme peu légitime, il s'efforce d'écourter la rencontre. D'ailleurs, il reste debout durant la totalité de l'interaction. De plus, Laurence ne le fait pas payer, ce qui suggère, comme précédemment, que cette rencontre ne constitue pas un acte médical au sens administratif du terme.

La consultation est centrée sur la prescription : le premier geste du médecin est de prendre une ordonnance, avant même d'avoir adressé la parole au patient. C'est un indice supplémentaire de sa volonté d'en finir rapidement avec cette interaction imprévue. Cependant, le TSO n'est jamais évoqué. En tant qu'observatrice, nous n'avons, sur le moment, aucun moyen de savoir s'il s'agit de BHD ou de méthadone. Sa prescription est routinière, elle reste de l'ordre de l'implicite pour les deux protagonistes.

Deux thématiques extérieures à la prescription sont évoquées : le travail du patient et ses problèmes de dos. L'échange au sujet du travail est un indice d'une relation suivie : le médecin connaît la situation du patient et s'enquiert de son évolution au fil des rencontres successives. Même lorsque le temps manque, la praticienne « prend des nouvelles »⁸, ce qui dénote son investissement dans la relation. Le thème des douleurs dorsales apparaît à l'occasion d'une demande de médicaments antalgiques. La question de Laurence à ce sujet suggère qu'elle connaît déjà le problème de santé du patient – qui, à l'instar du TSO, n'est pas nommé. L'absence de verbalisation des maux témoigne, elle aussi, d'une relation de proximité basée sur des rencontres régulières. Laurence se contente de prescrire le médicament demandé sans poser de questions supplémentaire et sans procéder à un examen, qu'elle a probablement déjà effectué antérieurement.

On peut également considérer que le manque de temps conduit les protagonistes à reporter en partie la consultation. La priorité, ici, est d'éviter la rupture du TSO et les symptômes de manque qui l'accompagnent, il n'y a pas de place pour le traitement d'autres questions. Deux semaines plus tard, nous observons de nouveau ce patient. Il a, cette fois-ci, pris rendez-vous, la consultation est plus longue que la première : le médecin met à jour ses vaccinations, ils échangent au sujet de ses problèmes dentaires et de sa hernie – la pathologie qui provoque la douleur est donc nommée –, etc. La comparaison de ces deux consultations

⁸ Nous développons cette dimension dans la partie 2 de ce chapitre.

montre que la brièveté de la première ne s'explique pas par une relation médecin-patient insatisfaisante pour l'un ou l'autre. Il s'agit au contraire d'une relation suivie, de laquelle aucun des protagonistes ne cherche à se désinvestir – ce ne sera pas le cas dans l'exemple suivant. La consultation courte est due au contexte, qui perturbe l'organisation du travail du médecin. Si la praticienne accepte cette rencontre, c'est parce que le patient bénéficie de sa confiance : la prescription est routinière et ne requiert ni réévaluation ni négociation. Si tel n'était pas le cas, Laurence aurait probablement exigé le report de la consultation à une date ultérieure.

1.3.3. Le patient d'un autre : quand le médecin ne veut pas s'investir

Consultation, Dr Laurence, Patient 15

Début de la consultation. Le patient explique qu'il est un patient du Dr André.
 Laurence lui demande s'il est malade. Le patient dit qu'il a un traitement.
 Laurence demande si c'est un traitement de substitution.
 Puis elle dit « je vais vous le marquer ». Elle prend sa carte Vitale.
 Elle dit « vous êtes déjà venu ». Elle regarde la date de la dernière consultation sur le dossier (16 avril)
 Elle demande « vous êtes à 16 [mg] ? »
 Patient : « oui à 16 »
 Laurence écrit l'ordonnance. Elle demande le nom de la pharmacie.
 Puis elle demande s'il n'y a que le Subutex.
 Le patient répond : « Seresta 50 »
 Laurence marque.
 Le patient : « Laroxyl »
 Laurence : « Combien de gouttes vous avez ? »
 Le patient : « 20 gouttes »
 Laurence écrit.
 Le patient : « Et Stilnox »
 Laurence demande « un entier ? », « ça vous suffit pas le Laroxyl pour dormir ? »
 Le patient dit non.
 Laurence finit de rédiger l'ordonnance puis écrit dans son dossier sur l'ordinateur. Elle donne l'ordonnance au patient.
 Il y a un coup de tonnerre. Laurence demande « vous avez peur des orages ? »
 Le patient dit non.
 Laurence lui rend sa carte Vitale et il part.
 Consultation très rapide (5 minutes).
 Un peu plus tard, Laurence me dira qu'elle trouve ce patient « louche ». Surtout à cause de son âge assez avancé comparé à la plupart des patients en TSO (et, je pense, aussi à cause du nombre de psychotropes qu'il a demandés).

Le Dr Laurence a l'habitude de recevoir quelques patients du Dr André lorsque ce dernier s'absente. Les deux praticiens exerçant dans le même périmètre géographique, des remplacements ponctuels se sont mis en place de manière concertée (André prévient Laurence de chacune de ses absences). La plupart des consultations où Laurence reçoit les patients de son collègue ne sont pas particulièrement brèves. La praticienne donne quelquefois des

conseils ou des adresses de structures spécialisées, car elle juge qu'André n'informe pas assez ses patients. Elle agit cependant toujours avec prudence, ne souhaitant pas entrer en porte-à-faux avec son collègue en effectuant des tâches dévolues à ce dernier⁹. Elle oscille entre reconduction des décisions d'André et prise de contrôle partielle.

Lors de la consultation retranscrite ci-dessus, Laurence reproduit à l'identique une prescription sur laquelle elle se montre pourtant critique. Elle émet une légère objection au sujet du second médicament « pour dormir », mais le Dr André ayant acté cette prescription, elle ne s'autorise pas à la remettre en question. Le sentiment d'absence de légitimité des uns ou des autres apparaît central pour expliquer la brièveté des consultations. Lors des consultations analysées plus haut, le patient n'avait pas la légitimité pour “voler” du temps au médecin. Ici, Laurence ne cherche pas à prendre part au suivi du patient, car ce n'est pas *son* patient. D'ailleurs, ses remarques post-consultation (elle trouve le patient « louche »), suggèrent qu'elle n'a pas envie de s'investir dans une relation avec lui ni de le fidéliser, même s'il est « déjà venu ». L'absence d'affinités avec un patient, qui, de plus, vient ponctuellement en l'absence de son médecin habituel, joue donc en faveur d'une brièveté de la consultation, centrée sur la reproduction de l'ordonnance¹⁰.

En guise de transition et pour nuancer le tableau décrit ici, on remarquera que les consultations courtes sont minoritaires dans nos observations. La plupart du temps, le vide laissé par la prescription de routine est comblé par d'autres éléments : des conversations sur des sujets divers, en particulier « la vie » du patient, sur lesquelles nous allons maintenant nous pencher ; ou le traitement de problèmes somatiques, que nous aborderons en clôture de ce chapitre.

⁹ Par exemple, lors d'une consultation avec un patient du Dr André, Laurence est amenée à initier un nouveau traitement antidépresseur et à donner au patient plusieurs adresses de médecins hospitaliers et de psychiatres (elle lui conseillera même d'y aller « de sa part », ce qui s'apparente à un adressage). Cependant, l'essentiel de ces échanges a lieu devant la porte, au moment du départ du patient, ce qui dénote l'illégitimité relative de l'intervention de Laurence dans la prise en charge des patients de son collègue.

¹⁰ Monique Membrado (2014) décrit un cas comparable, où la rapidité de la consultation s'explique par un désinvestissement du médecin de la prise en charge (le médecin considère qu'avec ce patient, « c'est peine perdue »).

2. Un vide comblé par des conversations

Dès lors que la prescription n'y est pas remise en question, certaines consultations sont composées d'échanges non centrés sur le traitement, comme le résume laconiquement le Dr Alain :

« *Grosso modo*, au bout d'un moment, c'est pratiquement : on parle d'autre chose et on marque le produit. » (Dr Alain, médecin généraliste, entretien, 2011)

Souvent, en effet, la prescription est à peine évoquée. Au premier abord, les discussions ressemblent à des conversations « banales » de la vie quotidienne, ayant pour seule fonction de « meubler » une interaction routinière sans enjeu particulier. Les sujets abordés ne semblent pas porter à conséquence. Nous verrons pourtant que dans certains cas, les « autres choses », dont parlent les médecins et les patients lorsque la prescription se routinise, entretiennent un lien avec la prise en charge (2.1). De plus, quelquefois, les conversations engendrent des « mal entendus » (Fainzang 2006) en empêchant le patient d'exprimer une plainte, ou le médecin d'être attentif à un nouveau problème (2.2).

2.1. Les échanges sur « la vie » du patient : une partie de la prise en charge ?

2.1.1. Entre « prise en charge globale » et contrôle social

De nombreuses consultations sont centrées sur des échanges autour de « la vie » des patients dans ses différentes dimensions sociales : professionnelle, financière, amicale, familiale, etc :

« [On parle] de tout, de leur vie, de voir si ça va déjà au niveau du dosage, et puis souvent quand-même voilà c'est des gens... bon, il y a les sorties de prison, les trucs comme ça, donc ils sont en cours de réinsertion, donc voir où est-ce qu'ils en sont un petit peu, ou des logements aussi, il y a des soucis des fois un petit peu de ce côté là. Euh, la famille, si ils ont eu des difficultés, si ils ont été un peu sollicités pour consommer, ou après si, ouais, dans leur vie en général, quoi, le travail, le permis de conduire, euh, comment ça s'est passé, les études, on en a quand-même quelques-uns qui font des études et tout ça, donc, où est-ce qu'ils en sont. C'est vrai que comme on les voit souvent, on les connaît un peu plus personnellement, quoi, sur leur vie de tous les jours, donc c'est vrai que ça dure pas des 100 et des 1000

mais c'est toujours intéressant de voir un peu où est-ce qu'ils se situent aussi dans leur vie personnelle. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

Pour de nombreux généralistes, il ne s'agit pas uniquement de « prendre des nouvelles » des patients. Le suivi de leurs conditions de vie – savoir « où ils en sont » – est digne d'intérêt au même titre que la régulation de la posologie ou des effets secondaires du médicament. Ces informations sont intégrées au pronostic (le Dr Sandrine les considère « intéressantes ») : elles permettent d'évaluer le processus de « guérison » en dehors du rapport au produit, dans la normalisation sociale du mode de vie. Ainsi, ce qui pourrait passer pour une forme d'intérêt poli revêt en fait une fonction dans la prise en charge, en s'inscrivant, pour les généralistes, dans le cadre du volet « social » de la « prise en charge globale médico-psycho-sociale » :

« Je pense que c'est important pour eux, au moins de leur poser la question pour voir si ils avancent ou pas, et de leur faire, à eux, [se] poser la question, sur le plan social. Voilà, est-ce que...parce que de toute façon le traitement de substitution, pour faire avancer le schmilblick, il faut obligatoirement qu'il y ait une prise en charge psychosociale à côté, quoi. Ça se résume pas à la prise en charge...enfin un patient qui s'insère pas, qui bosse pas, qui reste avec le même type de fréquentations, euh, il a peu de chances par rapport à quelqu'un qui, ben oui, a trouvé un petit job, va être aidé dans ses démarches par une assistante sociale, voilà, c'est deux profils de patients différents. Donc si on veut arriver à avancer vraiment sur le problème réel de la dépendance, il faut avancer sur le plan social. » (Dr Priscilla, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

La conversation fait partie intégrante de la prise en charge : « poser la question », c'est aussi soulever un problème et aider le patient à le résoudre. Cet extrait résume l'intrication établie par les généralistes entre sortie de la dépendance et « réinsertion » sociale. Pour sortir des produits, il faut cesser de vivre comme un « toxicomane ». On retrouve là un objectif de réagencement des lignes biographiques (Castel et al. 1998) auquel se greffe l'idée républicaine française de citoyenneté par intégration, associée à l'abstinence des drogues illicites (Voir Ehrenberg 1995, 1996). Les « deux profils » de patients mentionnés par le Dr Priscilla reprennent la distinction entre « bons » et « mauvais » patients, les « bons » étant ceux qui recherchent une modification de leur mode de vie. Il s'agit donc d'une injonction à la responsabilité individuelle du patient. Le contenu des consultations balaie divers aspects de la vie sociale (travail, logement, fréquentations...), ce qui n'est pas dénué d'enjeux de contrôle social : en un sens, le médecin s'autorise une incursion dans la sphère privée des patients, au nom de la « prise en charge globale ».

Comme on l'a vu au chapitre 4, s'en sortir, selon ces médecins, passe par l'adoption d'un mode de vie conforme à certaines valeurs, dont la principale semble être le travail. L'activité professionnelle des patients est un thème abordé quasi systématiquement dans les consultations, sous l'angle de la recherche d'emploi ou du contenu de l'activité exercée, voire des difficultés rencontrées sur le lieu de travail. Tous les médecins rencontrés ont un discours positif à l'égard de leurs patients qui travaillent, valorisant leurs efforts lorsque la tâche est pénible, leur adaptabilité pour changer régulièrement d'emploi sans traverser de périodes de chômage, etc. Dans les consultations et les entretiens des généralistes, le travail est une *valeur* structurante, y compris de la prise en charge.

Le Dr André incite fortement ses patients à rechercher du travail, tout en émettant des jugements dépréciatifs envers ceux qui ne le font pas :

Extrait de consultation, Dr André, patient 9

André demande au patient s'il a des projets de recherche d'emploi.

Le patient répond que non, car « faire les papiers » pour obtenir le RSA lui prend autant de temps qu'un travail. On lui a coupé le RSA car il a raté un rendez-vous, il était parti à la campagne chez sa mère (c'est pour cela qu'il n'était pas revenu chez le médecin depuis plusieurs mois).

André : « il faut que tu t'occupes de tes affaires » [affaires=papiers, travail...]

Patient : « je sais, mais en ce moment c'est non » [sous-entendu c'est non pour chercher du travail]

André : « en ce moment c'est Walt Disney ! »

Patient : « [...] j'ai pas le mental »

André, en plaisantant : « tu es très jeune d'esprit. »

Ce médecin juge immature et irresponsable l'attitude qui consiste à ne pas rechercher d'emploi, relayant un discours ambiant qui exalte l'effort et dénigre l'oisiveté. André véhicule, de façon sous-jacente, l'idée selon laquelle chaque individu doit être utile au collectif. En prescrivant un mode de vie, il devient entrepreneur de morale et agent de contrôle social.

De même, après une consultation avec une jeune patiente qui vit en « squat » et n'a pas de projet professionnel précis, André nous expliquera qu'elle est « mal barrée », l'écart à la norme au niveau du logement s'additionnant à la problématique professionnelle, alors même que ses consommations d'opiacés semblent « gérées » et occasionnelles¹¹. Le médecin anticipe des difficultés sur le plan social, qu'il juge susceptibles de rejaillir sur les autres domaines de son existence : la non-conformité à la norme de l'« intégration » pèse plus lourd

¹¹ Elle consulte André de manière épisodique pour obtenir du Dafalgan Codéiné. Elle affirme ne pas consommer d'héroïne tous les jours.

dans son pronostic que la quantité et la fréquence des consommations de produits.

Plusieurs acceptions du travail, bien documentées par la sociologie, sont repérables dans les discours et les pratiques des médecins. Elles concourent à inscrire le travail comme valeur structurante de la vie des patients. D'une part, il est envisagé en tant que *métier*, trait constitutif de l'identité personnelle des individus et créateur/restaurateur de lien social, ce qui n'est pas sans rappeler sa définition durkheimienne. Il est d'ailleurs décrit comme le vecteur principal d' « intégration sociale ». Mais le travail, c'est aussi l'*emploi* : l'individu (ici le patient) est conçu comme une force productive de biens ou de services. Travailler, c'est s'acquitter de ses obligations envers le corps social et quitter, par soi-même, le rôle du malade parsonien, qui en est dispensé. Le retour à l'emploi devient une dimension de la guérison. L'absence de travail est intégrée à un pronostic négatif, alors que sa présence est considérée comme un élément adjuvant à la sortie de la dépendance.

2.1.2. La routine et le « suivi »

Comme en témoignent les propos du Dr Sandrine cités précédemment, la régularité des rencontres, dans le temps long de la médecine générale, permet de connaître pas à pas l'évolution de la situation sociale des patients substitués. Les conversations sur « la vie » des patients sont souvent consignées dans les fichiers informatisés au même titre que les données relatives au traitement ou aux antécédents médicaux, ce qui dénote leur importance dans la prise en charge. Elles font partie du « suivi » (Lalande, Grelet 2001) : au fil des consultations avec un même patient, le généraliste l'interroge sur l'évolution de sa situation et de ses projets.

Extrait de consultation, Dr Laurence, Patient 2, consultation 1

Le patient demande à Laurence « ça va ? »

Il demande ensuite des précisions sur ce qu'il s'est passé tout à l'heure dans la salle d'attente « ça a gueulé avec le Dr Henriette ? » [Laurence et son associée ont eu un différend dans la salle d'attente]

Laurence explique que son associée a souvent du retard.

Le patient : « c'est la porte ouverte à toutes les fenêtres »

Laurence dit « non pas la porte ouverte, mais... »

Laurence répond au téléphone, prend un rendez-vous, après avoir raccroché elle prend un deuxième appel coup sur coup.

Le patient attend.

Tout en écrivant sur son ordinateur, Laurence explique au patient que son secrétariat a dû fermer aujourd'hui, que c'est la première fois que cela arrive, mais que c'est parce que la secrétaire a perdu sa mère et l'enterrement a lieu aujourd'hui.

Laurence demande au patient : « du nouveau pour votre maison ? »

Le patient explique qu'il va visiter des terrains, il explique où. Il dit qu'il pense à rajouter peut-être une piscine, s'il fait des économies sur la construction.

Laurence demande si c'est un terrain avec une maison déjà pré-bâtie.

Le patient explique qu'il veut voir avec « Mikit », qui vend des maisons livrées en kit.

Laurence demande s'il est bricoleur, lui ou ses frères. Le patient explique que lui et ses frères ont déjà travaillé dans le bâtiment.

Pendant ce temps, Laurence écrit l'ordonnance.

Le patient continue à parler de sa maison, puis s'interrompt pour demander : « vous m'avez mis un 20 mg ? »

Laurence : « vous êtes à 20, toujours, vous êtes bien ? »

Le patient explique que depuis qu'il est passé à la méthadone il ressent des douleurs. Il ajoute qu'au CSAPA on lui a expliqué que ça ne venait pas du dosage. Il fait l'hypothèse que ça peut venir du cannabis.

Laurence lui demande combien de joints il fume par jour.

Le patient répond 3 ou 4 et se demande si ce ne serait pas lié aussi à la qualité du cannabis.

Il explique que « le médecin » (du CSAPA) a voulu lui donner du Lexomil mais que lui a refusé : « je veux pas devenir une boîte à pharmacie ».

Laurence approuve son choix, « ne rentrez pas là dedans ». [...]

Le patient est encore en train de parler quand Laurence prend un appel téléphonique. Elle imprime une ordonnance et en écrit une autre. Pendant ce temps, le patient sort son argent et sa carte Vitale. Laurence prend deux autres appels téléphoniques.

Après avoir raccroché, elle dit : « bon, c'est bien tous ces projets ! »

Le patient : « c'est mieux qu'avant »

Laurence dit qu'elle n'a pas beaucoup de patients qui ont « votre parcours » et qui ont des projets de maison.

Le patient explique qu'il va de l'avant, qu'il a remarqué que les gens qu'il a connus pendant son enfance et qui n'avaient pas de problèmes en ont aujourd'hui. [...]

Le patient parle de son crédit immobilier, « il y a pas de raisons que ça ne marche pas », « je suis jeune » ... Il dit qu'il en a beaucoup vu, et qu'aujourd'hui avec ses projets il est peut-être prétentieux, mais qu'il préfère être trop prétentieux que pas assez.

Laurence, en se penchant vers le tiroir où elle range son argent, lui dit que non, il n'est pas prétentieux. Elle lui dit « vous êtes un bosseur », vous trouverez un autre boulot si celui là ne marche pas. [...]

Le patient dit qu'il veut arrêter la méthadone avant 30 ans, « 3 ans ça va ». Il dit qu'« avoir un bien immobilier » va le motiver.

Extrait de consultation, Dr Laurence, Patient 2, Consultation 2 (deux semaines après la première)

Le patient demande à Laurence « ça va ? » « Vous avez l'air débordée ! » [...]

Laurence demande « alors, ça avance vos projets maison ? »

Elle écrit sur l'ordonnance sécurisée.

Le patient explique qu'avec Mikit il a abandonné, car il a eu de mauvais échos sur les forums sur internet.

Il dit que dès qu'il trouvera, il achètera, que c'est difficile de trouver une maison avec un peu de terrain au prix qu'il voudrait, et qu'il va devoir sûrement s'éloigner beaucoup de Toulouse. Il dit qu'il ne se dépêche pas pour trouver.

Laurence (passe du coq à l'âne) : « vous êtes à 20 mg ? » (pour remplir l'ordonnance)

Le patient « 20 mg, oui »

Silence [Laurence a rompu la conversation avec sa question]

Le patient : « sinon rien de spécial. »

Laurence : « vous, ça va ? »

Patient : « j'ai pas de soucis particuliers »

Laurence donne l'ordonnance, le patient paie.

Le patient demande à Laurence si elle a encore des pipettes, car il a perdu celle qu'elle lui avait donnée il y a longtemps. [...] [La suite de cette consultation, qui porte sur la diminution du dosage, est retranscrite et analysée au chapitre 7.]

Ces deux consultations avec le même patient, observées à deux semaines d'intervalle, donnent à voir un entrelacement entre des considérations liées aux produits et des échanges

sur les projets immobiliers du patient. Loin d'être déconnecté du traitement, le « projet maison » constitue, aux yeux du médecin, un indicateur de l'évolution de la situation du patient sur le plan social.

Les deux rencontres obéissent à un schéma similaire, ce qui témoigne de l'instauration d'une routine entre les acteurs. Elles commencent par un échange sur l'organisation du travail du médecin : lors de la première, le patient interroge Laurence sur un évènement survenu dans la salle d'attente ; pour la seconde, il s'inquiète de son surmenage (« vous avez l'air débordée »). Notons que dans les deux cas, c'est le patient qui demande à la praticienne comment elle va. Le schéma de l'interrogatoire médical est inversé, ce qui révèle le paradoxe de la situation, lié à la dimension routinière des consultations bimensuelles : si le patient s'enquiert de l'état de santé du médecin, c'est aussi parce que la rencontre n'a pas vraiment de motif médical. Le patient, lui, va bien – il affirme d'ailleurs qu'il n'a « pas de soucis particuliers ». De plus, les premiers échanges sont alimentés par des éléments immédiatement disponibles dans la situation d'interaction – un évènement inhabituel dans la salle d'attente, l'état de fatigue du médecin. C'est aussi un effet de la routine : le patient n'apportant pas d'éléments extérieurs nouveaux (plainte), la consultation s'autoalimente. D'ailleurs, les deux rencontres sont ponctuées d'actions sans lien avec l'interaction : appels téléphoniques récurrents, tâches administratives concernant d'autres patients (impression d'ordonnances, etc.). Les tâches non liées à la consultation dénotent ici à quel point celle-ci est dénuée d'enjeu aux yeux du médecin. La routinisation des prescriptions autorise le médecin à s'adonner à d'autres occupations tout en échangeant avec le patient. Cependant, ces interruptions sont aussi des éléments perturbateurs du « cheminement intellectuel du médecin ou de la parole du malade » (Sarradon-Eck 2010) : lors de la première consultation, la demande concernant le cannabis reste sans suite à cause d'un appel téléphonique.

Par une question du médecin, la conversation se déporte vers les projets immobiliers du patient. La formulation de la question est quasiment similaire pour les deux consultations – « du nouveau pour votre maison ? » puis « ça avance, votre projet maison ? ». On peut ainsi suivre l'évolution du projet. Si Laurence s'enquiert aussi scrupuleusement de ces éléments de la vie personnelle du patient, ce n'est pas uniquement pour « faire la conversation ». Plusieurs indices montrent que les deux protagonistes relient ce projet à la sortie de la dépendance aux opiacés. À la fin de la première consultation, Laurence encourage le patient dans sa démarche tout en comparant sa situation à celle d'autres patients en TSO, ce qui montre combien le

projet constitue, selon elle, une voie vers la guérison/sortie. D'ailleurs, elle valorise également les initiatives du patient sur le plan professionnel : on retrouve là l'idée que le travail est à la fois un objectif à atteindre et un signe que le patient veut « s'en sortir ». Quant au patient, il affirme que son achat immobilier peut le « motiver » à arrêter la méthadone. L'adoption d'un mode de vie conforme aux normes répandues, représentées ici par l'accession à la propriété – marqueur de réussite sociale –, est considérée, sinon comme la sortie elle-même, comme un contexte favorable pour l'arrêt du TSO.

Durant les deux consultations, les échanges sur la maison du patient sont entrecoupés de questions liées au traitement, car la conversation se déroule simultanément à la rédaction de l'ordonnance, rappelant le motif initial de la rencontre. L'ordonnance est une formalité routinière qui ne mobilise jamais en totalité l'attention des acteurs. Dans les deux cas, l'intrusion du traitement dans la conversation concerne la vérification de la posologie, la première fois à l'initiative du patient, et la seconde à l'initiative du médecin. Dans la première consultation, la question du patient (« vous m'avez mis un 20 mg ? ») donne lieu à un interrogatoire sur les symptômes ressentis et la consommation de cannabis, faisant dévier l'échange vers le registre médical. Dans la seconde, il s'agit d'une demande de confirmation du médecin, qui opère une rupture dans la dynamique de l'échange et n'est pas suivie de questions supplémentaires. Jusque dans la forme des échanges, la vie personnelle du patient et le traitement apparaissent intriqués. Le traitement est une ligne biographique, au même titre que les autres domaines de l'existence du patient, mais ici, contrairement à d'autres situations observées (voir plus bas), il n'apparaît pas comme la ligne biographique dominante. Pour le médecin comme pour le patient, les « projets », qu'ils soient immobiliers ou professionnels, représentent l'abandon d'un mode de vie centré sur les produits.

Dans le même souci de « suivi », le Dr André se tient informé des démarches d'un patient pour sortir de « la rue » :

Extrait de consultation, Dr André, Patient 8

André demande au patient: « t'es toujours pas logé ? »
 Le patient répond que non, il attend la réponse de l'office HLM.
 André lui demande s'il veut absolument rester sur Toulouse.
 Le patient lui répond oui, il postule pour le quartier G.
 André lui dit qu'il y a beaucoup plus de logements en dehors de Toulouse qu'à Toulouse.
 Puis André lui demande « pourquoi tu dis "on" ? » (il a dit « on attend la réponse »)
 Le patient explique qu'il va vivre en colocation avec son petit frère et sa belle-sœur. André acquiesce.
 Le patient précise qu'ils sont « suivis par les Don Quichotte »
 André écrit l'ordonnance en disant à haute voix « Subutex », il demande au patient « 16 mg ? »

Tout en écrivant l'ordonnance, André continue de discuter, il demande si « ils marchent bien les Don Quichotte ? »
Le patient répond que oui, en donnant le nom d'une personne de l'association.
André lui parle de Saint Gaudens, où, d'après lui, il est plus facile de se loger. Le patient dit qu'il connaît mais n'aime pas cette ville, et veut rester à Toulouse.
André revient à son ordonnance « pharmacie Sainte Catherine ? » Le patient confirme.
[...]

Comme dans l'exemple du Dr Laurence, des éléments relatifs à l'ordonnance sont enchâssés dans la conversation sur le logement, ce qui témoigne, d'une part, de la routinisation de la prescription qui ne mobilise pas à elle seule une séquence temporelle, et d'autre part, de l'imbrication des questions médicales et sociales dans la prise en charge proposée par ces médecins.

Ici, non seulement André interroge le patient sur ses démarches d'obtention d'un logement, mais il lui donne également des conseils pour débloquer sa situation. André favorise le fait d'être « logé » plutôt que le choix du lieu de résidence, ce qui s'oppose à l'ordre des priorités du patient qui souhaite avant tout « rester à Toulouse ». À plusieurs reprises, le médecin incite le patient à renoncer à ses exigences. Il relègue au second plan les préférences du patient au profit des normes qu'il défend, pour le bien de ce dernier. Plus qu'un simple « suivi » des démarches entreprises, il s'autorise une intervention dans la vie du patient, en lui prescrivant la conduite à suivre.

2.2. « Passer à côté » de la plainte : les malentendus de la *routinisation*

Les conversations sur la vie quotidienne jouent un rôle dans la prise en charge « sociale » tout en s'inscrivant dans une routine due à la fréquence rapprochée des consultations de renouvellement. Mais l'inscription de la rencontre dans la temporalité d'une routine conduit parfois le médecin à relâcher, malgré lui, sa vigilance. Elle l'empêche d'entendre de nouvelles plaintes exprimées par le patient, comme on a commencé à le constater lors de la consultation du Dr Laurence ci-dessus (la plainte au sujet des douleurs liées au cannabis). La routine provoque une forme de « malentendu » ou « mal entendu » tel que le décrit Sylvie Fainzang : « Dans la dynamique de l'échange verbal entre médecin et malade lors de la consultation, certaines questions sont non entendues, ou mal entendues. En effet, nombreuses sont les consultations au cours desquelles le patient pose une question ou évoque un symptôme qui le préoccupe, sans que le médecin n'y réponde ou même n'y prête

attention, ou encore le médecin fournit une réponse en décalage avec la question, n'entendant pas la nature de la demande » (Fainzang 2006, p. 142).

Lors d'une consultation avec un patient que nous rencontrons pour la seconde fois, le Dr Laurence engage la conversation sur des thématiques ayant trait à « la vie » sociale et professionnelle du patient, alors que ce dernier voudrait être écouté pour un nouveau problème, qu'il vient d'exposer à la sociologue dans la salle d'attente :

Extrait journal de terrain, Dr Laurence, avant le début des consultations

Le patient que j'ai rencontré deux semaines plus tôt est dans la salle d'attente, ainsi qu'un autre homme que je ne connais pas. Ils sont en train de discuter. Lorsqu'il me voit, le patient me demande si je vais bien.

Puis il m'annonce qu'il a « arrêté les benzo ». [benzodiazépines]

Il m'explique que quand il est passé à la méthadone, le Dr Laurence l'a prévenu qu'il aurait peut-être des « envies de défonce ». Il ne sait pas si cela vient du fait qu'elle le lui ait dit, mais il en a eues. Il ne voulait pas se défoncer à l'alcool car il n'aime pas ça, la « came » non plus, donc il lui restait les « benzo ». Il me parle de la dernière consultation : « vous étiez là », quand il avait expliqué qu'il avait acheté du Rivotril au marché noir. [...] Il dit que ce n'est pas facile d'arrêter parce qu'autour de lui des gens consomment des benzodiazépines. Il parle aussi de sa femme : elle a trouvé ses benzo et s'est aperçue qu'il se « défonce » aux médicaments. Il m'explique son histoire avec sa femme et les circonstances de la naissance de son fils, qui a changé beaucoup de choses pour lui, y compris au niveau des consommations de produits.

Dr Laurence, Patient 1, Consultation 2

Laurence commence à poser une question : « vous avez arrêté... » (elle veut parler de son travail, car il avait expliqué lors de la dernière consultation qu'il allait changer d'emploi)

Le patient lui coupe la parole pour annoncer d'emblée qu'il va arrêter les « benzo »

Il dit qu'il ne peut pas s'empêcher d'en prendre, que la dernière fois elle lui en a prescrit deux par jour, mais qu'il ne peut pas s'empêcher de prendre « la boîte ». Il explique qu'il n'arrive pas à contrôler ses consommations. Il veut tout arrêter d'un coup pour mettre fin à cette situation, mais il n'est pas sûr d'en être capable.

Laurence demande s'il travaille encore au marché, car il devait arrêter. Le patient répond rapidement qu'il n'a « pas eu de réponse » pour son nouvel emploi.

Il dit qu'il ne peut pas s'empêcher d'en prendre alors même qu'il n'a pas de problèmes pour s'endormir. Sa femme s'en aperçoit, parce qu'il ne se réveille pas quand elle tente de le réveiller.

Il parle d'un de ses « collègues », qui prend aussi des « benzo »

Laurence demande si c'est le collègue du marché.

Le patient dit que non, son collègue du marché c'est plutôt « Ricard pinard plumard », ce n'est pas la même génération (en riant).

Le patient parle du Zyprexa. Laurence lui demande s'il le prend. Il dit que oui, mais après quelques relances elle s'aperçoit qu'il ne le prend pas aussi régulièrement qu'il le faudrait.

Elle demande s'il « fume toujours » (du cannabis), en regardant sur son dossier informatisé les questions abordées la dernière fois. Il répond que oui.

Laurence demande s'il a « toujours des envies de défonce » (toujours en consultant son dossier informatisé). Le patient répond que oui, sans s'étendre plus là-dessus.

Puis il y a un silence.

Laurence se met à ranger des papiers.

Le patient dit « voilà ». Nouveau silence.

Laurence met la carte Vitale dans sa machine, regarde son ordinateur.

Le patient reprend la parole : « je suis à l'ouest [...] » il explique, en me regardant (peut être parce que Laurence ne semble pas très disponible ?), qu'il a souvent des sursauts.

Laurence demande s'il prend 60 mg de méthadone tous les matins, elle propose d'augmenter de 10 mg.

Il accepte en disant « minimum » (je crois qu'il veut dire qu'il ne veut pas augmenter plus que cela)

Il dit que franchement, là, il a « la boule au ventre » quand il pense qu'il doit arrêter les benzo.

Je remarque qu'il a les larmes aux yeux.

Laurence dit qu'il vaudrait mieux ne pas arrêter d'un coup.
Le patient répond qu'il veut arrêter, car il a promis à sa femme qu'il arrêterait, donc il arrête. Que de toute façon il « n'arrive pas à gérer ».
Laurence demande : « vous en avez pris tous les jours des benzo ? » Le patient répond que oui.
Laurence écrit l'ordonnance, et dit « on se revoit vendredi prochain » pour voir si ça se passe bien avec la hausse de la méthadone.
Puis Laurence demande à quoi il l'attribue, le fait d'être moins bien, à son travail au marché ?
Il répond non, à la fatigue. Réponse évasive.
Elle insiste en disant « vous êtes sûr qu'on met pas le Valium ? »
Elle ne semble pas avoir remarqué qu'il est en larmes, en tout cas elle ne change pas son attitude pour cela.
Le patient demande si il doit « prendre 10 » [mg de méthadone en plus] aujourd'hui, car il a pris des benzo.
Elle demande combien de benzo il a pris. Il répond 2 Valium et 2 Séresta. Elle lui dit de le prendre demain matin.
Elle regarde son emploi du temps sur son ordinateur. Silence.
Elle demande l'heure du prochain rendez-vous « en tout début ? ». Le patient dit « ouais », il semble renfermé sur lui-même (alors que la dernière fois il parlait beaucoup).
Laurence lui donne l'ordonnance sécurisée ALD.
Elle demande : « le petit va bien ? »
Le patient répond oui. Puis il ajoute « il a 21 mois aujourd'hui ». Il est presque en pleurs, sa voix tremble.
Laurence dit des banalités : « ah, il est du 15, ce jeune homme ! », en regardant son ordinateur.
Elle demande « qui vous le garde ? » Le patient répond que c'est la voisine. [...] Il explique qu'elle a des benzo elle aussi. Laurence demande si elle prend des produits. Le patient dit qu'elle prend de la « coke ».
Il se lève, prend son sac, s'en va.

Le premier malentendu de cette consultation concerne l'interprétation du terme « arrêter », prononcé par le Dr Laurence, que le patient relie immédiatement à ce qu'il vient de nous annoncer : sa décision de mettre fin à sa consommation de benzodiazépines. La praticienne, quant-à-elle, inscrit la consultation dans la continuité de la rencontre précédente où le patient avait évoqué son changement de situation professionnelle. Pour le patient, il y a rupture entre les consultations avec la prise d'une nouvelle résolution, alors que pour le médecin, il y a continuité, routine.

Durant la première partie de la consultation, tout se passe comme si médecin et patient parlaient chacun de leur côté, sans réellement communiquer. Après avoir énoncé sa décision d' « arrêter les benzo », le patient déroule sa plainte en exposant son problème, une difficulté à contrôler ses consommations de médicaments. La généraliste, pour sa part, ne donne pas suite à cette plainte – comme si elle ne l'avait pas entendue – et termine de poser sa question au sujet du travail du patient. Le patient répond de façon évasive – on remarquera qu'il réagit, même *a minima*, aux interventions du médecin, ce qui n'est pas réciproque – puis il continue à parler du sujet qui le préoccupe en donnant des détails supplémentaires sur ses consommations de benzodiazépines et ses relations avec sa femme, centrales pour expliquer sa décision. À l'évocation d'un « collègue » consommateur de benzodiazépines, la praticienne réintroduit le thème du travail, sans prêter attention à ce qui fait le cœur du discours du patient. Sa relance porte sur un détail, qui reflète probablement son intérêt pour la situation

professionnelle du patient, mais ne s'accorde pas avec les préoccupations de ce dernier.

Ensuite, Laurence pose plusieurs questions sur les consommations de produits (l'antidépresseur, le cannabis et les « envies de défonce ») qui correspondent en fait aux thèmes évoqués lors de la consultation précédente, consignés dans les fichiers informatisés. Une fois de plus, la praticienne inscrit la consultation dans une continuité en déroulant un interrogatoire qui passe en revue les propos tenus antérieurement. Le patient avait alors prononcé littéralement la phrase « j'ai toujours des envies de défonce »¹², que Laurence reprend ici textuellement pour évaluer l'évolution de sa situation. Elle pose d'ailleurs les questions en regardant son ordinateur, ce qui l'empêche de se concentrer sur les propos et l'attitude du patient. Le dossier informatisé fait ici office d'élément parasite qui mobilise la concentration du médecin, favorisant le malentendu. La question « vous avez toujours des envies de défonce ? » issue de la lecture du dossier, vient à contretemps par rapport à la plainte que le patient exprime depuis le début, qui concerne tout justement son incapacité à contrôler ses « défonces » aux benzodiazépines. Ce décalage provoque un repli du patient dans le mutisme, probablement par sensation d'avoir été incompris.

La solution proposée par Laurence – l'augmentation du dosage de méthadone – fait écho à la réponse positive à sa question sur les « envies de défonce » bien plus qu'à la plainte concernant les benzodiazépines, sur laquelle le patient vient pourtant de donner de nouveaux détails. En effet, il est admis en pharmacologie des TSO que l'envie de consommer peut être le symptôme d'un sous-dosage. D'ailleurs, Laurence avait déjà proposé l'augmentation de la posologie suite aux « envies de défonce » exprimées à la consultation précédente, mais le patient l'avait refusée. La généraliste fournit donc une réponse standardisée à une question dont elle a elle-même choisi les termes dans la continuité d'une rencontre antérieure, et qui ne correspond qu'imparfaitement au problème soulevé par le patient (sa dépendance aux benzodiazépines). La solution ne semble d'ailleurs pas le satisfaire entièrement, car il s'agit d'une réponse médicamenteuse à un problème que le patient relie à sa vie conjugale et familiale.

Laurence prête tardivement attention à la plainte du patient. Elle mentionne pour la première fois les benzodiazépines lorsqu'elle préconise de « ne pas arrêter d'un coup », juste

¹² Voir le court extrait retranscrit au chapitre 4.

avant de rédiger l'ordonnance. Après quelques insistances pour prescrire du Valium, elle avale la décision d'arrêt prise par le patient, qui semble pourtant problématique aux yeux de ce dernier. Elle ne relance jamais sur les éléments que le patient désigne comme la source de ses angoisses – une promesse d'arrêter les benzodiazépines faite à sa femme, qu'il a peur de ne pas pouvoir tenir. Elle réitère d'ailleurs son décalage avec les propos du patient lorsqu'elle suggère que son mal-être pourrait provenir de son activité professionnelle. Il a pourtant plusieurs fois mentionné ses problèmes conjugaux – y compris lors de la consultation précédente¹³ –, mais le médecin n'a pas cherché à approfondir le sujet.

À la fin de la consultation, une question de Laurence sur l'enfant du patient provoque chez ce dernier une charge émotionnelle, alors que pour la praticienne, il s'agit probablement d'une question triviale destinée à détendre l'atmosphère. Le décalage continue : ce que Laurence pense comme un aspect réjouissant de la vie du patient renvoie ce dernier à des difficultés personnelles. Distracte par d'autres éléments (ordinateur, papiers, etc.), Laurence agit comme si elle ne remarquait pas que le patient est en larmes. Ses dernières questions concernent des éléments anecdotiques (le « marché », la « voisine »...) alors que le patient aurait probablement souhaité être écouté au sujet des benzodiazépines et de sa situation familiale, thèmes récurrents dans son discours, que le médecin ne reprend pas.

Cette consultation témoigne de la difficulté que peuvent rencontrer les généralistes pour quitter la routine engendrée par la fréquence des consultations avec les patients substitués. Le malentendu a lieu parce que le médecin ne s'attend pas à voir émerger une plainte. Le cadre¹⁴ dans lequel les médecins inscrivent la consultation – la routine plutôt que la nouveauté – a des répercussions sur ce qu'ils entendent dans les discours des patients.

De même, dans les entretiens, certains patients mentionnent ces moments où leur médecin « passe à côté » de leurs demandes, à cause de la routine qui s'est instaurée. Marion, en traitement méthadone, raconte qu'elle a régulièrement des discussions sur l'actualité et la politique avec son généraliste – ce dernier étant engagé parallèlement dans une carrière militante. Même si elle affirme apprécier ces moments, ce n'est pas exactement ce qu'elle attend d'un médecin. En investissant la consultation de routine pour parler « d'autre chose », le médecin sort de son rôle, alors que Marion souhaiterait qu'il reste en permanence vigilant

¹³ Voir extrait au chapitre 8.

¹⁴ Au sens défini par Goffman (1991) de schème interprétatif d'une situation convoqué par les protagonistes d'une interaction.

sur son état de santé. Elle l'accuse ainsi d'être « passé à côté » de son cancer, dépisté tardivement, car ses consultations étaient déconnectées des enjeux médicaux. Paradoxalement, la fréquence des rencontres provoque ici l'inverse de l'effet escompté par la politique substitutive. Au lieu de permettre aux patients d'être suivis sur les plans sanitaire et social, la répétition des renouvellements d'ordonnances incite parfois les généralistes à partir du principe que le patient n'aura pas de problème supplémentaire d'une quinzaine à l'autre. La routine étant à l'œuvre, les médecins sont moins à même de repérer un élément nouveau lorsqu'il surgit. Le Dr Élodie corrobore cette idée, en ajoutant que les patients substitués sont souvent « jeunes » donc en bonne santé :

« Globalement je demande au patient comment ça va en ce moment, après ça va vraiment tourner autour de...leur vie en ce moment. Parce que moi les patients que j'ai vus qui étaient sous traitement substitutif, la plupart du temps ils étaient, pas précaires, mais au niveau travail c'était pas trop ça, c'était délicat. Justement les derniers que j'ai vu je crois qu'ils étaient en CDD, en attente de CDI, ils voyageaient beaucoup, donc ça tournait beaucoup autour de l'environnement personnel, enfin professionnel. Après je vais pas forcément les examiner, c'est plus de l'interrogatoire, savoir comment ça va en ce moment. Sauf si par ailleurs ils ont une plainte corporelle, on va dire, si ils me disent je tousse, ou... Mais sinon après je vais pas forcément les examiner. Comme ils reviennent quand-même assez fréquemment voir le médecin, enfin, j'estime, en plus ils sont jeunes, donc je vois pas trop l'intérêt de prendre la tension ou de faire des trucs comme ça. » (Dr Élodie, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

Cet extrait montre comment la généraliste en vient à prioriser le volet « social » de la prise en charge en s'inquiétant de la situation professionnelle des patients, au détriment du volet « médical » relégué au domaine de la routine. Paradoxalement, la routinisation engendre un retrait du statut de malade : comme le patient vient pour un renouvellement de traitement non problématique, le médecin ne le considère pas comme un malade. Or, les patients souhaitent quelquefois investir ce statut, être traités en malades ou, du moins, en malades potentiels. Ne pas être examinés systématiquement, par exemple, les renvoie à une identité stigmatisée de toxicodépendants, comme nous l'avons vu avec les consultations brèves. C'est également le sens des propos de Christian lorsqu'il reproche à son « ami » généraliste d'inscrire les consultations dans le cadre de leur relation amicale plutôt que d'une relation de soin :

« Je suis pas venu voir un copain ou une copine, hein, moi je suis venu voir un toubib. Les trois quarts du temps c'est ça. Quand j'arrive : “Salut Chris, tu veux passer ce week-end ? Tu veux venir avec nous en Espagne ?”, voilà. Rien à foutre, moi, de ton Espagne, rien à foutre, moi ! Tu me vois pour me prescrire, enfin voilà, quoi...” (Christian, patient, Subutex, entretien, 2011)

Tout en se montrant fier d'entretenir une amitié avec un médecin, Christian souhaiterait que ce dernier sépare la sphère professionnelle de la sphère privée : l'amitié n'a pas sa place dans le cadre d'une consultation médicale, car elle prend la place d'autre chose – la plainte du patient, l'examen... Dans la continuité de ses griefs concernant les consultations brèves (voir plus haut), Christian reproche à son médecin un manque de professionnalisme lorsqu'il sort du rôle attendu. De plus, Marion comme Christian dépeignent le portrait de médecins centrés sur eux-mêmes plus que sur leurs patients, ce qui les empêche de voir ou d'entendre certains problèmes. L'écoute est d'ailleurs une qualité systématiquement évoquée dans la définition que les patients donnent d'un « bon médecin ». L'impression que les généralistes « passent à côté » de leur plainte survient quand ils ne bénéficient pas de l'oreille attentive qu'ils recherchent.

Les malentendus que nous décrivons, contrairement à des situations étudiées par d'autres sociologues, ne résultent pas d'un décalage entre les représentations profanes et médicales de la santé et de maladie (Voir Fainzang 2006; Lang et al. 2008). Ils sont liés à une interprétation différenciée de la situation de consultation et du rôle que chacun a à y jouer. Pour le médecin, la rencontre s'inscrit dans une routine, dans la continuité d'une relation constituée de renouvellements de prescription non problématiques. Il juge que le patient est, en quelque sorte, tiré d'affaire, puisque son observance ou son comportement n'ont pas à être négociés (il est facilement « gérable »). Pour le patient, au contraire, chaque consultation peut être investie d'une plainte nouvelle, en rupture avec la routine qui suggérerait une absence de motif de consultation en dehors de la prescription. Mais les malentendus ne sont pas systématiques. La majorité des consultations de renouvellement de TSO sont l'occasion de traiter des questions de santé courantes en médecine générale. C'est aussi par des actes médicaux non liés au traitement, que les généralistes transforment les patients substitués en patients de la médecine générale.

3. Un vide comblé par de la médecine générale

Le constat s'est imposé dès nos premières journées d'observation : durant les consultations de renouvellement de TSO, on fait de la médecine générale. La prescription du traitement, alors qu'elle est le motif initial de la venue du patient, devient parfois invisible au

profit du traitement d'un ou plusieurs problèmes organiques. De cette manière, les généralistes incluent les patients substitués dans le périmètre de leurs prérogatives les plus courantes.

À l'aide des données recueillies en entretiens, nous montrerons par quels processus les prescripteurs de TSO deviennent les « médecins traitants » de leurs patients (2.1). En miroir, les observations nous enseignent comment, par le traitement de problèmes de santé courants, un « toxicomane » devient un « patient » de la médecine générale (2.2).

3.1. Devenir le médecin traitant

La réforme de l'assurance maladie de 2004¹⁵ instaure le dispositif du « médecin traitant », en lieu et place de celui du « médecin référent » qui avait cours depuis 1998 mais avait rencontré un succès mitigé¹⁶. Par l'intermédiaire d'une fiche envoyée à l'assurance maladie, chaque assuré désigne un « médecin traitant » (avec l'accord de ce dernier), qui tient lieu de coordonnateur/orienteur de son « parcours de soins » : il doit être consulté avant le recours aux médecins spécialistes¹⁷. Même si cette mesure a pour principal objectif de réduire les dépenses de santé en limitant les recours « injustifiés » aux spécialistes (Dourgnon et al. 2007), on peut penser que symboliquement, la signature de la fiche « médecin traitant » scelle une relation : le patient s'engage à consulter ce médecin plutôt qu'un autre¹⁸. D'ailleurs, selon certaines enquêtes, le contrat de médecin traitant officialise la relation antérieure au « médecin de famille » (*ibid.*).

Dans le cas qui nous intéresse, devenir le médecin traitant, c'est donc être désigné pour intervenir sur la totalité de la santé et non plus simplement sur la prescription du TSO¹⁹.

¹⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

¹⁶ En 2002, le dispositif « médecin référent », qui comportait un certain nombre d'obligations (formation, prescription de génériques...), n'avait convaincu que 10% des généralistes et un million de patients (Hassenteufel 2010). Au contraire, en 2006, deux ans après la réforme, près de 80% des assurés avaient désigné un médecin traitant (ONDPS 2008). Pour des détails sur « l'échec » du dispositif « médecin référent », voir Hassenteufel (2010).

¹⁷ À l'exception des gynécologues, ophtalmologues et psychiatres, pour qui un accès direct est autorisé. Contrairement au médecin référent qui était obligatoirement un généraliste, le médecin traitant peut être généraliste ou spécialiste. Cependant, 99% des assurés choisissent un généraliste libéral (ONDPS 2008).

¹⁸ Le patient est cependant libre de changer de médecin traitant à tout moment en renvoyant une nouvelle fiche à l'assurance maladie (contrairement au médecin référent qui engageait un contrat annuel).

¹⁹ Comme on l'a vu au chapitre 6, en cas de multi-prescription constatée par l'assurance maladie, les patients substitués doivent choisir, devant le médecin-conseil, un « médecin référent » pour le TSO, seul habilité à

Nous allons voir que certains généralistes n'acceptent de suivre des patients substitués qu'à condition d'être également leur médecin traitant, alors que d'autres, particulièrement ceux qui sont identifiés comme « experts » de la substitution, sont amenés prescrire des TSO à des patients sans pour autant devenir leur médecin traitant. Mais bien souvent, un recours concernant la prescription conduit, au bout d'un certain temps, à la signature du formulaire. Comment un généraliste passe-t-il du statut de prescripteur de TSO à celui de médecin traitant ?

3.1.1. La fonction de médecin traitant érigée en condition à la prise en charge

Certains généralistes ne prennent en charge des patients dépendants aux opiacés qu'à condition d'être leur médecin traitant, c'est-à-dire de suivre la totalité de leurs problèmes de santé. Pour certains, comme le Dr Patrick, cette démarche s'inscrit dans l'optique d'une « médecine de la personne totale » telle qu'elle est véhiculée notamment dans les groupes Balint (Voir Herzlich 1984) :

« On soigne pas que la toxicomanie du mec, s'il a une gastrite je lui soigne aussi, hein, je soigne des personnes, je soigne pas des maladies. Je n'ai jamais eu, d'ailleurs, de patient qui ait son médecin généraliste et qui vienne me voir que pour la toxicomanie. "Si je te prends en charge, je te prends en charge totalement". » (Dr Patrick, médecin généraliste, entretien, 2011)

De même, plusieurs généralistes souhaitent suivre les patients pour toutes leurs pathologies car ils ne se considèrent pas « spécialistes en toxicomanie » : le TSO est donc intégré dans la multitude des actes d'un généraliste sur un patient. D'autres, dans la même logique, ont décidé de ne prescrire des TSO qu'aux personnes faisant déjà partie de leur patientèle de médecine générale. Les médecins cherchent à délimiter leurs prérogatives en choisissant leur périmètre d'action dans la prise en charge d'un patient donné : ils souhaitent étendre ce périmètre au delà de la prescription substitutive. À l'inverse, prescrire temporairement un TSO tout en refusant de signer la fiche de désignation du médecin traitant correspond pour eux à une pratique de tri : le médecin manifeste son désir de ne pas s'investir dans la prise en charge, de ne pas fidéliser le patient, comme nous l'avons vu au chapitre 3. Accepter ou refuser de signer le formulaire de déclaration du médecin traitant avec un patient donné s'inscrit donc dans une logique de sélection.

prescrire. Nous ne traitons pas ici de ce dispositif spécifique, distinct de celui du « médecin traitant » auquel sont soumis la totalité des assurés.

Pour certains généralistes, être le prescripteur de TSO lorsque le patient a déjà un médecin traitant est source de difficultés. Le Dr Flore revient sur les problèmes de coordination entre généralistes :

« Il y en a quelques uns qui veulent avoir séparément un médecin pour la substitution et un médecin traitant. Voilà, ça arrive.

-*C'est pas gênant pour vous ?*

-Ben ça l'est plus ou moins, ce qui est difficile c'est quand ils ne veulent pas que leur médecin traitant soit au courant du fait qu'ils viennent nous voir, bon là ça pose des questions, problèmes, importants parce qu'on peut pas trop fonctionner comme ça, il faut quand-même que le médecin traitant sache ce qu'ils prennent à côté. Alors après c'est de la négociation. » (Dr Flore, médecin généraliste, entretien, 2010)

Contrairement aux médecins évoqués plus haut, Flore accepte de prescrire des TSO sans être le médecin traitant, même si cela s'oppose à ses logiques d'organisation du travail, notamment en termes de secret partagé. Pour les patients, consulter deux médecins peut correspondre à une stratégie de dissimulation du stigmate : ils cherchent à cloisonner leurs prises en charge, ou plutôt leurs lignes biographiques, en se faisant prescrire leur TSO loin de leur lieu de résidence, par exemple. Certains évoquent la crainte que leur « toxicomanie » soit révélée à leur entourage si leur « médecin de famille » est au courant, d'autres mentionnent une hostilité de leur généraliste habituel vis-à-vis des TSO. Autant de raisons qui poussent les patients à dissocier le rôle du prescripteur de celui du médecin traitant, malgré les velléités des généralistes pour remplir les deux missions. Mais comme on va le voir plus bas, ne pas être le médecin traitant officiel n'empêche pas que d'autres problèmes de santé soient traités durant les consultations.

3.1.2. « La feuille est signée par la force des choses » : devenir médecin traitant par commodité

D'autres généralistes, bien qu'ils n'imposent pas la signature du formulaire du médecin traitant pour démarrer une prise en charge substitutive, constatent qu'ils sont devenus les médecins traitants de leurs patients en TSO avec le temps et la fréquence des rencontres. La « feuille » peut ainsi être remplie par commodité, pour des raisons pratiques. Le patient étant forcé de consulter régulièrement pour le TSO, le généraliste prescripteur

devient progressivement un recours privilégié pour tous ses problèmes de santé :

« Souvent, la feuille est signée par la force des choses parce qu'ils nous voient régulièrement donc... Après, euh, ils viennent, oui, même en dehors des renouvellements, quand ils ont un problème aigu, ils viennent, oui. Après, je sais pas s'ils vont voir d'autres médecins ou pas, mais souvent ils viennent. Après, c'est vrai qu'on les voit tellement régulièrement, que ce soit à l'occasion des renouvellements, mais ils viennent aussi entre, surtout si ils sont du quartier. » (Dr Sandrine, médecin généraliste, entretien, 2011)

L'expression « par la force des choses » donne à voir une praticienne pour qui le statut de médecin traitant n'apparaît pas comme une exigence – d'ailleurs elle ne « sait pas s'ils vont voir d'autres médecins ». La régularité des prescriptions et la proximité territoriale (le « quartier ») jouent en faveur de la construction progressive d'une relation singulière, qui va conduire le patient à consulter ce médecin plutôt qu'un autre pour les questions de santé extérieures au traitement. De même, le Dr Geneviève insiste sur l'aspect « pratique » et la fréquence des consultations pour expliquer comment elle « finit par prendre la place du médecin traitant ». Les patients étant obligés de venir pour le renouvellement du traitement, ils investissent la consultation pour exprimer d'autres plaintes. Les consultations où la prescription est routinière y sont particulièrement propices :

« C'est vrai qu'en même temps, du côté pratique, si ils ont une fièvre ou un problème intercurrent, bon, en même temps on les traite. Ce qui fait que le médecin traitant, c'est vrai je pense que plus ça...avec le temps on finit par prendre un peu la place du médecin traitant parce que compte tenu qu'ils doivent venir souvent, qu'ils doivent attendre, ils font d'une pierre deux coups. Le côté pratique. » (Dr Geneviève, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Yves insiste, quant-à-lui, sur les raisons financières qui peuvent motiver la signature du formulaire du médecin traitant. Mais il accepte cependant que les patients choisissent de conserver leur « médecin de famille ». Il en vient donc parfois à jouer le rôle de spécialiste :

« La moitié ce sont des...ils ne viennent que pour le suivi de la toxicomanie, parce qu'ils ont déjà un médecin ailleurs, ou parce que, ou parce que très souvent les priorités qu'il y a à la santé viennent souvent loin derrière, il y a des choses plus urgentes avant. Et donc il y en a certains, au début, on s'occupe pas tellement des problèmes de santé, ça arrive dans un deuxième temps. Donc il y a ce mécanisme là, mais après il y a des gens qui ont des médecins traitants, donc là on leur conseille de continuer. C'est sûr que nous on est entre guillemets un tout petit peu spécialisés même si on l'a pas voulu au début, dans la toxicomanie, donc les gens nous sont adressés, donc c'est pour ça qu'on a une

forte proportion de patients qu'on ne suit que pour ça. Mais après, il y en a la moitié, peut être, c'est très difficile à évaluer, où on est devenu le médecin traitant. Alors là pourquoi, par nécessité parce qu'ils en avaient pas, parce qu'à un moment donné, bon, ils vont avoir tel ou tel besoin donc ils vont aussi soigner, et puis à force on va faire le bilan de l'hépatite C, et tout le tralala. Pour des nécessités financières, parce que très souvent maintenant avec les histoires de parcours de soins, ben si on n'est pas le médecin traitant, ils peuvent être sanctionnés, donc du coup si ils n'ont pas de médecin traitant, il y en a pour qui on remplit le papier du médecin traitant pour ne pas qu'ils aient de difficultés, c'est tout, hein. Et puis eux, et y compris nous, parce qu'à partir du moment où on est le médecin traitant, on peut des fois utiliser le tiers-payant. Quand c'est pour des nécessités financières, quand ils sont pas couverts, quand on est obligé, je sais pas moi, quelqu'un qui arrive, qui a pas de médecin, qui a pas de couverture sociale ou qui n'a que la sécurité sociale, il a une hépatite C, on va demander le 100% pour l'hépatite C, comme ça, ça permettra d'avoir le 100% y compris pour le traitement de substitution, pour faire une demande de 100% il faut être le médecin traitant. Donc il y a pas le choix, on est obligés de le faire, on le fait, on leur explique. Des fois c'est ça la raison, mais après il y a le déroulement aussi de la vie classique hein, un toxicomane c'est pas un toxicomane, c'est un être humain qui a un copain, une copine, qui va avoir des enfants, qui a...le pitchounet a la rhinopharyngite, donc du coup bah on devient le médecin traitant. » (Dr Yves, médecin généraliste, entretien, 2010)

Ce médecin insiste sur le temps nécessaire à l'établissement d'une relation élargie au-delà du traitement, qui ne peut être simplement résumée à la signature de la fiche du médecin traitant. Cette dernière est décrite comme une formalité administrative, utile avant tout pour les facilités financières qu'elle permet, ce qui relativise sa dimension symbolique. On « devient » médecin traitant en investissant progressivement différents domaines de la santé du patient, lorsque la relation se construit et se stabilise, passée l'urgence des produits et du manque. L'acquisition du statut de patient et de celui de médecin traitant sont des processus qui ne se limitent pas à la signature d'un formulaire. Ce praticien évoque ainsi le glissement progressif vers le rôle du « médecin de famille », lorsque l'individu n'est plus envisagé comme un « toxicomane », mais comme un patient dont le médecin soigne également les enfants et le conjoint. Au fur et à mesure que les prérogatives du médecin s'élargissent, celui-ci cesse de percevoir le patient uniquement au prisme du TSO.

La plupart du temps, les généralistes commencent par prescrire le TSO et deviennent médecin traitant du patient dans un second temps. Progressivement, la relation évolue vers un suivi plus global de la santé. Le processus par lequel un « toxicomane » devient un patient de la médecine générale se confond ici avec le processus par lequel le rôle du médecin évolue depuis le prescripteur de TSO vers le médecin traitant. Comme on va le voir, c'est souvent le patient qui, en exprimant une plainte concernant un problème de santé, assigne/reconnaît au

médecin prescripteur le statut de généraliste. Nous retrouvons la problématique de la confiance du patient en son médecin : en lui confiant sa santé, il lui reconnaît une compétence de généraliste²⁰. L'évolution des rôles est double : du toxicomane au patient, mais également du prescripteur au généraliste.

3.2. Des consultations centrées sur des problèmes somatiques : devenir un patient de la médecine générale

3.2.1. La prescription invisible

L'élément le plus inattendu résultant de notre travail d'observation fut sans doute notre difficulté, lors de plusieurs consultations, à discerner si un TSO avait ou non été prescrit. Lors de certaines consultations de renouvellement, la prescription est tellement peu problématique qu'elle n'est évoquée à aucun moment. Les consultations sont centrées sur des problèmes de santé habituels en médecine générale, ce qui ne permet pas de différencier les consultations TSO des autres rendez-vous de la journée. Ce résultat s'avère primordial pour répondre à nos questions de recherche. En effet, ne serait-ce pas là un indice manifeste de l'incorporation des patients substitués à la médecine générale, lorsqu'il devient difficile de les distinguer des autres patients ?

Extrait de consultation, Docteur Laurence, Patiente 4

Laurence demande à la patiente : « ça va ? », elle lui pose des questions sur les vacances scolaires, lui demande si elle travaille moins. La patiente lui donne ses nouveaux horaires de travail. [...]

Laurence prend une ordonnance sécurisée.

Elle demande : « comment ça va votre poignet ? »

La patiente donne quelques symptômes.

Laurence demande : « il vous reste de la crème ? »

La patiente répond « vous m'aviez pas dit de mettre de la crème [...] »

Laurence lui dit de remettre de la crème.

Patiente : « par contre je fais de plus en plus d'asthme »

Laurence demande si elle a des allergies.

La patiente répond que non.

Laurence demande si elle a un traitement de fond pour l'asthme

La patiente dit que oui, que c'est elle-même qui le lui avait donné.

Laurence demande si elle le prend.

La patiente dit oui, car elle fait des crises d'asthme tous les matins.

Laurence pose encore quelques questions puis va chercher quelque chose dans son armoire à pharmacie.

Elle lui donne une nouvelle posologie et dit de le prendre matin et soir.

La patiente explique que l'asthme « c'est quand je me réveille »

Laurence lui demande si elle a des plumes dans les coussins, si elle a de la poussière chez elle.

²⁰ Comme nous l'avons vu, lorsque les patients décrivent les « mauvais médecins », ils affirment qu'ils ne leur confieraient pas leur santé, tout en continuant souvent à les consulter pour obtenir des ordonnances.

La patiente répond « non du tout »
 Laurence écrit sur le dossier informatisé ce qu'elle lui a prescrit.
 La patiente : « je me réveille 2 ou 3 fois chaque nuit et je suis trempée, et je respire mal »
 Laurence ne répond pas et écrit sur l'ordonnance sécurisée en silence.
 Laurence demande « Marcellin, hein ? » [nom d'une pharmacie]
 Patiente : « Oui... par contre dès que je m'énerve, la respiration se bloque de suite »
 Laurence demande si ça le lui faisait avant.
 La patiente continue sa phrase « ou dès que quelque chose me fait peur »
 Laurence tamponne l'ordonnance et lui demande s'il lui reste du médicament pour l'asthme.
 Elle lui donne l'ordonnance et lui demande la carte Vitale.
 Elle donne des recommandations pour le médicament contre l'asthme : il faut continuer à le prendre même si elle ne ressent pas les effets.
 Elle regarde le dossier et demande s'il y a de l'asthme dans la famille. La patiente répond qu'elle ne sait pas.
 Laurence demande à quand remonte l'asthme « à l'enfance ? »
 Patiente : « l'adolescence »
 Laurence demande à quelle heure la patiente veut le prochain rendez-vous. La patiente dit que 16h ça lui va.
 Laurence prend un appel téléphonique, en même temps, elle redemande à la patiente l'heure du rendez-vous, qu'elle n'a pas entendue. La patiente attend, puis prend congé lorsque le médecin a raccroché.

Lors de cette consultation, seuls trois indices suggèrent la présence du TSO²¹. D'abord, la présence de l'ordonnance sécurisée : elle n'est cependant pas évoquée verbalement, ce qui nécessite, de la part de l'observatrice, une attention accrue aux gestes et pas seulement aux discours. D'autre part, la généraliste demande à la patiente de confirmer le nom de sa pharmacie, mention obligatoire sur les ordonnances de TSO. C'est le seul moment où le traitement est évoqué verbalement, de manière indirecte. Enfin, la prise du prochain rendez-vous deux semaines plus tard peut suggérer le renouvellement d'un traitement au long cours, sans certitude cependant, car de nombreuses raisons auraient pu conduire Laurence à fixer un rendez-vous rapproché. La prescription est donc, en majeure partie, invisible.

Mais si la prescription est routinisée, la consultation dans sa totalité ne l'est pas, contrairement aux rencontres courtes ou centrées sur des échanges de la vie quotidienne. Ici, deux problèmes de santé sont abordés et approfondis – le problème au poignet de la patiente et ses crises d'asthme –, ce qui fait basculer la consultation dans le domaine de la médecine organique. Le « poignet » fait l'objet d'une question de la praticienne, en référence à un traitement initié antérieurement, dont elle souhaite évaluer l'évolution. Les crises d'asthme correspondent à une plainte nouvelle de la patiente, à laquelle Laurence répond par la modification du traitement qu'elle avait initié par le passé. Lors de cette consultation parsemée de références aux actes médicaux antérieurs, Laurence revêt le rôle du « médecin traitant » en soignant sa patiente sur différents plans et sur le long terme.

²¹ Nous avons demandé confirmation au Dr Laurence à la fin des consultations : il s'agit d'une patiente en traitement méthadone.

3.2.2. Une initiative conjointe de recentrage des consultations sur la santé

Le recentrage de la consultation sur un problème extérieur au traitement peut faire suite à une plainte du patient, comme c'est le cas lors de la consultation étudiée ci-dessus. Mais il est fréquent que les généralistes prennent eux-mêmes l'initiative de vérifier l'état de santé de leurs patients substitués afin de dépister d'éventuels problèmes. Le renouvellement du traitement peut être l'occasion de pratiquer divers examens cliniques préventifs :

« Ils viennent vous voir tous les 28 jours, le maximum que vous prenez c'est 28 jours, donc ça c'est des consultations de routine, c'est...assez banal, hein. Vous les examinez, vous regardez si il y a une pathologie autre. Alors il y en a quand-même pas mal qui sont bronchiteux, chroniques, parce qu'ils fument, hein, double addiction, le tabac et le truc, ça c'est très...encore plus que l'alcool. Donc ils sont bronchiteux chroniques, ou ils ont de l'asthme, ou quelque chose comme ça, donc on les examine comme ça. Et puis on leur pose, je leur pose même plus la question, parce que ça fait des années que je les suis, je leur pose même plus, sur le Subutex, je leur marque leur Subutex. » (Dr Georges, médecin généraliste, entretien, 2011)

Le Dr Georges décrit des pratiques proches de la prévention en santé publique. Il identifie des facteurs de risque (la fréquence de la consommation de tabac chez les patients substitués) puis il oriente ses examens et traitements en fonction. On retrouve également dans cet extrait l'idée d'une routinisation de la prescription liée à l'ancienneté de la relation : le Subutex est « marqué » sans être sujet à débat.

Le rôle préventif est également manifeste chez le Dr Karine, qui constate cependant que certains patients sont réticents à ce que leur prescripteur investisse d'autres domaines de leur santé :

« Alors c'est vrai que c'est aussi l'occasion, leur délivrance, de les choper pour ce genre de trucs, notamment les pathologies d'hiver. Parce qu'ils consultent pas tout de suite, quand ils viennent renouveler leur traitement ben on les examine aussi. Vous leur expliquez quand-même, vous les regardez et vous les surveillez. Certains ça passe très bien, d'autres c'est de la perte de temps, ils sont en train de surveiller la montre, ils disent "bon, j'ai pas le temps", "on passe à autre chose". » (Dr Karine, généraliste remplaçante, entretien, 2011)

L'initiative du médecin est contrecarrée par des patients qui ne souhaitent pas s'investir dans la relation (« aller vite », « passer à autre chose »). Le statut de remplaçant exacerbe cet aspect, puisqu'il n'existe pas de relation de long terme avec le patient. Mais ces réticences se

rencontrent aussi quelquefois lorsque le médecin suit le patient régulièrement²². Accepter de confier sa santé, c'est aussi manifester l'envie de s'investir dans une relation commune qui ne soit pas seulement instrumentale.

Dans la consultation suivante, les deux protagonistes investissent la rencontre pour le traitement d'un problème somatique, alors même que le Dr André n'a pas le rôle légitime du « médecin traitant » officiel :

Extrait de consultation, Dr André, Patiente 1

La patiente pose à André des questions sur ses vacances à la montagne : « vous avez fait du ski ? Oh le veinard ! », elle lui dit qu'elle, elle ne peut plus en faire, car un jour sa jambe a gonflé tout à coup alors qu'elle passait l'aspirateur, et depuis elle a mal. Elle a une prothèse au genou.

André l'interroge sur cette jambe douloureuse. Il lui pose une série de questions sur ses douleurs, auxquelles elle répond toujours non, ce qui amène André à dire en plaisantant « personne ne m'aide ici ».

Il fait ensuite un examen clinique sur le lit d'examen, puis prend la température des genoux avec un thermomètre électronique. La patiente dit que ce genou a toujours été plus chaud que l'autre.

Je note : J'ai l'impression qu'elle ne venait pas pour ça au départ.

Ensuite, lorsqu'elle se rhabille et reprend place au bureau, elle lui dit qu'elle sait qu'il faut qu'elle perde du poids. Le médecin lui répond « c'est pas moi qui l'ai dit » comme s'il ne voulait pas dire à une femme qu'il faut maigrir car c'est impoli. [Ils continuent la conversation sur le poids de la patiente]

André regarde le dossier médical et voit que la dernière consultation date du 7 janvier.

Patiente : « j'ai été voir le docteur Laurence » (car André était en vacances)

André : « il faut que je renouvelle à partir de demain. »

La patiente dit tout bas « j'en ai plus ! »

André répond au téléphone.

Pendant ce temps, la patiente m'explique : « je prends de la méthadone et c'est pas marrant, faut venir tous les 15 jours. » Toujours pendant qu'André téléphone, elle regarde l'heure : « ça va être juste pour aller travailler », elle s'impatiente un peu.

André écrit l'ordonnance alors qu'il est toujours au téléphone. Il lui demande la posologie (tout en parlant au téléphone) « 50 ? », elle répond « non, 60 ! 40 et 20 ». Puis elle dit en regardant l'ordinateur « ça devrait être marqué là ! » (en plaisantant)

Elle vérifie scrupuleusement l'ordonnance après.

Ensuite elle se plaint de son médecin traitant qui a refusé de lui faire un certificat de non-port de charges lourdes pour son travail. André ne répond rien, écoute.

Puis elle lui demande conseil : « est-ce que c'est le médecin traitant ou le médecin du travail qui doit faire ça ? » Car son médecin traitant lui a dit que c'était le médecin du travail, mais elle pense qu'elle aurait pu le lui faire. Ensuite elle dit qu'elle a parlé de son traitement méthadone à son médecin traitant : « elle est devenue verte ! ». Elle lui en a parlé sur les conseils du Dr Laurence qui connaît cette praticienne et avait pensé qu'elle accepterait de lui prescrire la méthadone. La patiente vit hors de Toulouse et aurait aimé avoir un prescripteur plus près de chez elle. Elle explique qu'elle a besoin de quelqu'un pour l'amener en voiture chez André. [...]

André lui dit « la prochaine c'est dans 14 jours tu le sais ? pas dans 13 » il lui demande, en toute fin de consultation, pourquoi ce jour d'avance, elle explique que c'est à cause de son emploi du temps, elle ne pouvait pas venir le lendemain. Mais il lui rappelle qu'elle n' « en avait plus », elle répond « oui c'est aussi parce que j'en avais plus ».

La consultation commence par une conversation en apparence triviale, initiée par la patiente, au sujet des dernières vacances du médecin. Elle apparaît comme un prétexte pour

²² Voir, par exemple, une consultation citée au chapitre précédent où le patient manifeste son refus de s'investir dans une relation avec le Dr Laurence (Dr Laurence, patient 8).

aborder une question de santé, permettant ainsi à André de situer son action dans le cadre de la médecine générale. Ce début de consultation est marqué par le passage extrêmement fluide d'une thématique – les vacances du médecin – à une autre – la douleur au genou de la patiente. Lorsque cette dernière évoque, au détour de la conversation, son impossibilité de skier à cause de ses douleurs, le médecin s'en saisit pour pratiquer, d'abord, un interrogatoire médical, puis, dans un second temps, un examen clinique. Médecin et patiente font, conjointement, glisser une conversation triviale vers le traitement d'un problème de santé.

La patiente n'exprime pas à proprement parler une plainte ou une demande concernant ce problème, qui n'est pas l'objet premier de la consultation. Néanmoins, elle ne manifeste ni surprise ni opposition lorsqu'André souhaite l'examiner, alors même qu'il n'est pas dans son rôle légitime, n'étant pas son médecin traitant attitré. C'est d'ailleurs probablement parce qu'André n'est pas le médecin traitant, que les deux protagonistes empruntent des moyens détournés pour traiter ce problème de santé, plutôt que le schéma plus classique où une plainte suscite un examen et un diagnostic. André n'a pas la légitimité nécessaire pour intervenir en dehors de la prescription du TSO, domaine réservé au médecin traitant. Et pourtant, il met à mal cette répartition des tâches avec l'accord de la patiente. La patiente semble reconnaître à André des compétences de généraliste, mais ne peut exprimer directement une plainte car le cadre de l'interaction ne s'y prête pas : il fait de lui un spécialiste des TSO. À plusieurs reprises, elle manifeste sa confiance envers André, notamment à la fin, lorsqu'elle met son avis en concurrence avec celui du médecin traitant. Si André peut se substituer au médecin traitant dans cette consultation, c'est, entre autres, parce qu'il existe une crise de la confiance de la patiente envers son généraliste habituel. La patiente contribue donc à inventer le rôle composite d'André, qui oscille entre spécialiste des TSO et médecin généraliste.

André, quant à lui, manifeste un fort attachement à la fonction de généraliste plutôt qu'à celle de prescripteur. Il déploie des efforts pour inscrire l'interaction dans le domaine de la médecine générale. Il se saisit très naturellement des propos de la patiente pour initier l'interrogatoire et l'examen, qui occupent la majeure partie de la consultation. Le motif initial de la rencontre, le renouvellement du traitement, est évoqué rapidement et tardivement, à tel point qu'aux yeux de l'observatrice, il apparaît longtemps incertain : la patiente ne semble pas être venue pour son problème de genou, mais c'est pourtant ce dernier qui mobilise l'essentiel du temps et de l'attention des protagonistes. Une consultation de prescription routinière de TSO devient une consultation de médecine somatique.

Le fait qu'André n'ait pas la légitimité pour intervenir sur ce plan apparaît finalement secondaire pour déterminer le contenu effectif de la rencontre²³. Le rôle de généraliste et le rôle de patiente de la médecine générale sont donc coproduits par les protagonistes durant l'interaction, grâce à des mécanismes d'assignation et de prises d'initiatives de chacun. De plus, dans le contexte local, où André est quelquefois considéré comme un spécialiste en « toxicomanie », la revendication d'une pratique généraliste va à l'encontre du rôle assigné par les confrères et certains patients.

On constate également des efforts simultanés du médecin et de la patiente pour minorer l'importance de la prescription du TSO. Tous deux s'efforcent d'écourter le temps qui y est consacré. La rédaction de l'ordonnance marque une rupture dans la consultation. Après s'être longuement attardé sur le problème du genou, le médecin commence la prescription de méthadone par le rappel de la date de consultation précédente inscrite dans le dossier informatisé. À ce moment-là, le terme « méthadone » n'a pas encore été prononcé. Il le sera une première fois par la patiente, lorsqu'elle s'adressera à la sociologue, en déplorant les contraintes qu'impose le médicament sur son emploi du temps. Pendant la prescription, ni le médecin ni la patiente ne parlent entre eux du produit. Le médecin se désinvestit du moment de la prescription en prenant un appel téléphonique tout en rédigeant l'ordonnance. La patiente, quant-à-elle, manifeste son impatience, en évoquant son probable retard à son lieu de travail. Pourtant, une fois l'ordonnance rédigée, elle prend de nouveau le temps de demander au médecin des conseils sur un autre sujet. C'est donc bien le moment de la prescription qui est « expédié », et non la consultation dans sa totalité. Le renouvellement du traitement est rendu périphérique par les deux parties, alors même qu'il est le motif initial de la rencontre.

Comme dans d'autres consultations, le peu d'attention portée à la prescription est un effet de la routinisation des renouvellements bimensuels. La prescription n'est pas remise en question malgré la présence d'un chevauchement d'ordonnance (la patiente a un jour d'avance). L'inobservance fait l'objet d'un simple rappel du médecin à la fin de la consultation, qui ne menace ni la prescription (elle a déjà été effectuée), ni la pérennité de la relation. André manifeste d'ailleurs sa confiance en la patiente malgré cet écart, lorsqu'il choisit de la questionner sur la posologie plutôt que de vérifier cette information dans ses

²³ Cela s'oppose au discours de certains généralistes en entretien, qui affirment que lorsque le patient a déjà un médecin traitant, ils ne posent aucune question sur le plan de la santé, considérant que ce travail est déjà fait par un autre professionnel.

fichiers²⁴.

Pourtant, même si l'acte de prescription est volontairement réduit au strict minimum, le médicament n'en tient pas moins une place centrale dans cette consultation. Il organise le discours et la gestion du temps de la patiente. Les thèmes qu'elle aborde ont toujours un rapport indirect avec le traitement, plus précisément avec son expérience quotidienne du traitement. Le thème des vacances du médecin, évoqué en début de consultation à l'initiative de la patiente, montre à quel point son temps est organisé autour des dates de prescription et des moments de présence d'André à son cabinet. La patiente a dû mémoriser ses dates de congés afin de s'organiser autrement pour obtenir son traitement. Sans le TSO, la conversation sur les vacances n'aurait probablement pas eu lieu, ni, par conséquent, le traitement du problème somatique qu'elle engendre. On a ici un exemple de la *dépendance au prescripteur*, corollaire de la dépendance aux opiacés : l'emploi du temps de la patiente est agencé en fonction de celui du médecin. La patiente insiste d'ailleurs à plusieurs reprises sur les contraintes de la visite bimensuelle chez André (elle vit dans une autre ville, ne possède pas de véhicule et doit demander à un ami de la déposer chez André, le rendez-vous l'oblige à arriver en retard sur son lieu de travail). Le traitement, à cause de la fréquence des consultations qu'il exige, devient la « ligne biographique dominante » (Castel et al. 1998) de la vie de la patiente, et cette dernière recherche des moyens pour diminuer son emprise sur l'organisation de ses journées. Le différend avec son médecin traitant en résulte d'ailleurs en partie : dans le but de s'éviter le déplacement à Toulouse, elle a parlé du traitement méthadone à son médecin traitant, suscitant une réaction de rejet de sa part.

L'analyse de cette consultation montre comment le rôle de chacun se décide, en partie, durant l'interaction. Le praticien oscille entre le rôle de prescripteur-spécialiste des TSO et celui de médecin généraliste compétent et légitime pour traiter des problèmes somatiques. L'existence d'un tiers, le médecin traitant officiel de la patiente, exacerbe la tension du rôle d'André en questionnant sa légitimité d'intervention hors TSO, légitimité qu'il s'octroie lui-même en prenant l'initiative de traiter la douleur au genou. La patiente, quant à elle, se voit assigner par André le rôle de patiente de la médecine générale. Pourtant, l'obligation d'être présente ce jour là au cabinet lui rappelle son (ancienne) identité de « toxicomane » dépendante. Le troisième acteur de la relation, le médicament, reste en effet omniprésent de manière sous-jacente, malgré les efforts des protagonistes pour l'éluder. Il les renvoie aux

²⁴ Voir chapitre 6 sur la mobilisation des preuves.

statuts de « toxicomane » et de prescripteur, desquels tous deux cherchent à s'éloigner en inscrivant la consultation dans le domaine de la médecine générale.

Conclusion du chapitre 9 : devenir un patient, devenir généraliste au fil des interactions

Lorsque les « toxicomanes » deviennent des patients de la médecine générale, ce n'est donc pas (seulement) en tant que toxicomanes. Ils troquent l'identité de toxicomane contre l'identité de patients lorsque la consultation se décentre de la prescription. La temporalité de la relation, qui permet à la prescription de devenir routinière au fil des interactions successives, donne aux acteurs l'occasion de se distancier des rôles que la politique substitutive a prévus pour eux. Le rôle du médecin et du patient sont en partie définis durant leurs interactions, par les prises d'initiatives et les attentes de chacun envers l'autre.

Affirmer que le rôle de chacun est en partie défini au cours des interactions successives ne remet cependant pas en question l'existence de rapports de domination liés au statut social des protagonistes. Les médecins restent seuls habilités à prescrire mais aussi à octroyer le statut de patient par leurs pratiques de sélection. De plus, comme l'a montré Goffman dans différents travaux (1961, 1973), les acteurs n'ont pas à leur disposition un panel infini de rôles possibles : ils puisent dans un répertoire restreint. Nous l'avons souligné tout au long de cette thèse, les interactions ne peuvent être dissociées des contextes dans lesquels elles prennent place. L'appropriation des TSO par les médecins généralistes passe donc souvent par un élargissement du rôle du médecin au-delà de la prescription, et par un élargissement du rôle du patient au-delà de la « toxicomanie ». Même si prescrire toutes sortes de médicaments fait partie du quotidien de la plupart des médecins généralistes français, l'ambiguïté des TSO avec les drogues qu'ils remplacent force les protagonistes à rechercher une relation qui dépasse la prescription, pour échapper aux rôles dévalorisés de consommateur et de dealer. Paradoxalement, c'est souvent lorsque leur problème principal n'est plus la dépendance aux opiacés que les patients substitués deviennent des patients de la médecine générale.

Une telle affirmation semble, à première vue, remettre en question l'idée même d'appropriation des TSO par les généralistes : un patient en TSO ne devient patient de la

médecine générale que lorsque le TSO passe au second plan. En fait, la routinisation de la prescription ne peut avoir lieu qu'après le processus de tri. C'est lorsque la prescription n'est plus problématique qu'un « toxicomane » devient un « patient » de la médecine générale, puisque les consultations ne sont plus centrées sur le traitement. Devenir un patient de la médecine générale, c'est aussi devenir un « bon patient », qui satisfait aux exigences de la « gestion » d'un cabinet : c'est être « intégré » (donc perçu par les médecins comme « intégrable ») à la médecine générale.

Si l'on met cette idée en parallèle avec la guérison/sortie comme réagencement des lignes biographiques (Castel et al. 1998), guérir signifierait devenir un patient pour lequel le médecin n'a plus besoin de se soucier des produits, mais aussi un patient qui a recouvré ses obligations envers la société. Or, même dans ce cas, la double dépendance au médecin et au médicament reste l'irréductible motif des consultations mensuelles ou bimensuelles, et ne manque pas de resurgir régulièrement au détour des échanges entre les acteurs, contrecarrant l'idée d'une guérison ou d'une « normalisation » complète. Malgré les efforts des médecins et des patients, le traitement, ou plutôt les différentes formes de dépendance qu'il engendre, s'impose souvent comme la « ligne biographique dominante » de la vie de celles et ceux qui ne sont plus vraiment des toxicomanes sans être totalement des « patients » comme les autres.

CONCLUSION GENERALE

« “Généraliser”, est en outre indissociable, en ethnographie, de son contraire “particulariser” : la découverte de catégories et de règles d’analyse va de pair avec la circonscription des cas que l’on entreprend de décrire. » (Céfaï 2012)

La conclusion s’attachera à rendre compte des contributions de notre travail à un certain nombre de questions sociales et sociologiques. Mais avant toute chose, il est important de faire le point sur la posture de recherche adoptée dans cette thèse, qui comporte des implications spécifiques en termes de conception du monde social et des acteurs qui le peuplent.

Les analyses proposées au cours de ce travail apparaissent résolument ancrées dans des données empiriques, en accord avec notre volonté d’appréhender la mise en œuvre d’une politique de santé au prisme des interactions médecin-patient. Nous avons ainsi revendiqué une approche s’inspirant de la « théorie ancrée »¹. Notre posture méthodologique apparaît en lien étroit avec l’articulation des niveaux d’action et d’analyse qui a constitué le fil conducteur de la thèse. Comme le souligne Pierre Paillé (2010), la théorie ancrée s’insère dans une conception particulière du monde social mise en œuvre par la tradition interactionniste de Chicago : tout comme la structure sociale se fabrique au cours d’interactions (approche constructiviste s’opposant au fonctionnalisme), les « découvertes » théoriques doivent être « ancrées dans le terrain et non déduites d’un cadre *a priori* » (Paillé

¹ L’approche comparative avec d’autres terrains sera nécessairement l’étape suivante, qui, après le point final de ce travail, consolidera la portée théorique de nos conclusions. Comme le remarquent Glaser et Strauss, la théorie ancrée propose d’élaborer des théories « substantives » valables pour un terrain ou domaine de la sociologie donné, pour, éventuellement, aboutir par la suite à des théories « formelles » plus générales, issues de la comparaison de plusieurs objets ou terrains, seule à même d’assurer la transférabilité des théories vers des domaines autres que ceux pour lesquels elles ont été conçues (Glaser, Strauss 2010, p. 179 et suivantes).

2010, p. 40). Ainsi, la *grounded theory* est une posture de recherche qui dépasse la simple méthodologie. Strauss a apporté à l'interactionnisme la notion de structure, et dans un même temps il a tenté de systématiser l'analyse sociologique qualitative en proposant une méthode rigoureuse pour produire des théories enracinées dans les données de terrain.

Cette thèse a eu pour projet de rendre compte du phénomène d'appropriation des TSO en médecine générale au prisme de différents niveaux et échelles d'analyse. En adoptant l'articulation de niveaux comme cadre théorique, nous avons cherché, comme d'autres l'ont fait avant nous, à dépasser les oppositions classiques en sociologie, entre les approches « macro » et « micro », mais aussi entre une sociologie de l'acteur « rationnel » ou « stratégique » et une sociologie mettant en avant les mécanismes sociaux auxquels les « agents » sont soumis.

Les niveaux d'action et d'analyse qui traversent le phénomène d'appropriation des TSO en médecine générale apparaissent indissociables les uns des autres. Les politiques publiques encadrent les consultations médicales qui, réciproquement, leur donnent une forme concrète ; les généralistes actualisent et construisent leur identité professionnelle collective lors de chaque rencontre avec un patient ; les interactions médecin-patient produisent l'offre locale de traitements mais le système local conditionne la possibilité de certaines interactions, etc. Les niveaux les plus « macro » n'ont pas d'existence concrète en dehors des interactions qui les produisent et desquelles ils sont en même temps le contexte. Il n'y a pas de préexistence d'un niveau sur l'autre, tout comme la dissociation entre individus et société est une reconstitution de l'analyse. La notion d'interdépendance, que nous avons utilisée à plusieurs reprises, réconcilie les niveaux individuel et sociétal en affirmant qu'une société n'est rien d'autre qu'un mode de configuration des rapports d'interdépendance entre individus (Elias 1991).

Selon Norbert Elias, envisager la contrainte que l'interdépendance exerce sur les individus permet de dépasser l'opposition entre l'idée d'un acteur rationnel et stratégique (« libre ») et les approches plus déterministes (« forces » sociales extérieures à l'individu) : « Que de telles configurations exercent de multiples manières un certain degré de contrainte sur les individus qui les forment, on ne saurait en douter. [...] Le désir d'affirmer que l'individu est “fondamentalement libre” semble être l'un des mobiles les plus forts de ceux

qui font des “individus en soi” ou des “actes individuels” le point de départ obligé de leur réflexion théorique sur les sociétés. L’idée que les “sociétés” ou, pour employer un mot moins équivoque, les configurations que les individus forment entre eux exercent quelque pouvoir sur les individus qui les forment et limitent leur liberté inspire quelque horreur. Mais peu importent nos désirs : qui regarde les données disponibles est bien obligé d’admettre que les configurations limitent le champ des décisions de l’individu et ont, à bien des égards, une force compulsive alors même que cette force n’est pas extérieure aux individus, comme on le laisse souvent paraître, mais résulte simplement de l’interdépendance des individus. » (Elias, Scotson, 1997, p. 255).

De même, nous avons développé, dans cette thèse, la conception d’un *acteur contraint*, dont les pratiques ne sauraient être réduites à un calcul d’intérêt ni à la reproduction de dispositions incorporées auprès des collectifs fréquentés. Les acteurs que nous avons décrits sont contraints par leur interdépendance avec d’autres acteurs évoluant simultanément ou successivement dans des contextes similaires. Leurs actions sont contraintes par le contexte spécifique de l’interaction (les ressources immédiatement mobilisables, le cadre spatio-temporel), mais aussi par la relation d’interdépendance qui lie les acteurs concernés avec d’autres acteurs sommés de faire les mêmes arbitrages dans d’autres situations d’interaction (cf. les systèmes locaux de prise en charge). Ces acteurs sont également contraints par leurs appartenances collectives à des contextes macro-sociaux, qu’ils contribuent à pérenniser (les politiques publiques et les règles qu’elles érigent, l’organisation de la profession de généraliste).

Cependant, parler d’acteur « contraint » ne doit pas revenir à réduire les acteurs au statut d’ « êtres réactifs » à des contraintes (Chantraine 2004). Une telle affirmation donnerait une vision réductrice de l’action : comme le soulignait déjà Max Weber, les motifs de l’action humaine sont pluriels. Toute action a cependant lieu à l’intersection d’une pluralité de contextes qui contraignent de façons diverses la marge de manœuvre des acteurs en délimitant ce qu’il est possible ou non de faire dans une situation donnée. Ainsi, même si la méthode diffère, la posture selon laquelle nous avons abordé notre objet est comparable à celle décrite par Dodier et Baszanger : un travail de « mise en évidence des ajustements auxquels les personnes, quels que soient par ailleurs leurs intérêts, doivent se livrer de fait dans le cours détaillé de leurs actions. » (Dodier, Baszanger 1997, p. 62)

La confrontation de plusieurs échelles et niveaux d'analyse interdépendants a permis, notamment, la mise en avant du mécanisme social du tri, qui présente un intérêt sociologique au-delà du terrain envisagé. Afin de quitter le souci du détail qui a été le nôtre jusqu'ici, nous allons maintenant revenir sur trois idées-forces de la thèse, en les replaçant au sein de débats contemporains en socio-anthropologie de la santé d'une part, et en sociologie des drogues d'autre part.

D'abord, envisager l'appropriation d'une mission comme un processus de tri donne un éclairage original au phénomène d'extension des prérogatives de la médecine générale par les politiques de santé. En cela, notre thèse participe à une réflexion sur « l'autonomie » (Freidson 1984) de la médecine libérale vis-à-vis des pouvoirs publics et vis-à-vis de ses « clients ». Par ailleurs, plus globalement, l'idée de tri semble heuristique pour étudier des situations où des acteurs doivent « gérer » le fonctionnement d'un collectif.

Ce travail contribue également à une sociologie des « sorties de la toxicomanie » (Castel et al. 1998), en envisageant la « sortie » sous substitution non plus seulement comme une bifurcation de la trajectoire d'un individu, mais comme une construction commune dans la relation médecin-patient-médicament.

Enfin, dans le cadre d'une sociologie des relations médecin-patient, cette thèse invite à aller au-delà des typologies usuelles portant sur la participation du patient aux décisions, afin d'envisager la relation comme une attribution mutuelle de rôles et de statuts sociaux.

L'autonomie de la médecine générale libérale au prisme de la notion de tri

L'intervention des politiques de santé dans la définition des missions des généralistes constitue une tendance actuelle de l'évolution du système de soins français. Acteurs de proximité par excellence, les pouvoirs publics voient en eux les « pivots » (Sarradon-Eck 2010b), susceptibles de coordonner la prise en charge de diverses affections, notamment les maladies chroniques. Les politiques de prévention et de santé publique mobilisent également le concours des généralistes, seuls médecins susceptibles d'être en contact avec une large frange de la population (Bloy 2014b; Godard 2010). Selon la SFSP², la santé publique serait même constitutive du métier de généraliste : « La médecine générale, en France, renvoie le

² Société Française de Santé Publique

plus souvent, dans ses représentations actuelles, à une conception d'un exercice solitaire, d'une médecine de soins et d'un paiement à l'acte qui semblent bien éloignés des préoccupations de santé publique. Pourtant, de par leur activité quotidienne, les généralistes remplissent, d'ores et déjà, et de façon plus ou moins explicite, des missions de santé publique, en particulier dans le champ de la prévention dite médicalisée : vaccination, dépistages opportunistes, incitation au dépistage organisé, conseils et guidance de type éducation à la santé (sexualité, parentalité, addictions, risques au travail...). » (Bourdillon, Mosnier, Godard 2008, p. 489).

L'inclusion de missions de santé publique dans les prérogatives des généralistes implique que le contenu de leur activité puisse être, en partie, décidé de l'extérieur. Ainsi, la loi HPST³ de 2009, qui définit notamment des missions de « soins de premier recours »⁴, donne à voir une médecine générale qui ne s'exerce pas seulement sous la dépendance du client (Freidson 1984) mais aussi sous celle des politiques publiques. De même, les projets, récurrents depuis plusieurs décennies, de rémunération forfaitaire des généralistes pour certains actes de santé publique, suggèrent des atteintes à « l'héritage libéral » (Bloy 2010) de la médecine générale en France.

Si des politiques publiques se proposent de définir et de contrôler une partie du travail des généralistes, certains développent néanmoins des résistances, collectives ou individuelles, face à ces injonctions. L'échec relatif du dispositif « médecin référent » (Hassenteufel 2010; Sarradon-Eck 2010b), de même que les protestations récentes de généralistes contre le projet d'extension du tiers payant dans la future Loi Santé (2015), sont autant d'exemples qui témoignent d'une persistance de la revendication d'autonomie de ces praticiens libéraux vis-à-vis de l'État et des organismes financeurs. La défense de leur liberté d'installation, relayée régulièrement par les médias, va, elle aussi, dans ce sens : les généralistes veulent choisir leurs conditions de travail selon des critères qui leur appartiennent. Le refus de laisser l'acteur politique influencer sur leur exercice apparaît comme une revendication forte pour une fraction de ce groupe professionnel.

³ Hôpital, Patient, Santé, Territoire

⁴ Ces soins comprennent entre autres « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients », ou encore « l'éducation pour la santé » (Godard 2010)

Notre analyse de l'appropriation d'une politique publique comme une logique de tri se rapporte à ce phénomène de revendication d'autonomie, tout en incitant à le nuancer. En effet, même s'il vise, pour les médecins, à garder le contrôle de leur activité (en conservant, notamment, sa diversité), le tri des patients en TSO ne participe pas pour autant d'un refus de mettre en œuvre la politique substitutive. Il manifeste au contraire une recherche de compatibilité entre les injonctions des pouvoirs publics et les valeurs et modes d'organisation propres à la médecine générale libérale (chapitres 4 et 5). Le tri est une logique d'appropriation car il permet de mettre en œuvre une politique publique, sans pour autant renoncer à une part d'autonomie vis-à-vis des injonctions venues « d'en haut ».

Comme on l'a vu, le tri permet également aux généralistes de réduire la « dépendance au client ». En sélectionnant les tâches qu'ils effectuent et les patients qu'ils reçoivent, ils s'affirment en droit de refuser les demandes qu'ils considèrent hors de leur périmètre de compétences. Rechercheraient-ils donc un exercice qui, idéalement, ne serait ni sous la dépendance des pouvoirs publics, ni sous celle des patients ? Il faut, là aussi, nuancer cette idée qui tend à donner l'image caricaturale d'une médecine générale repliée sur elle-même, refusant de prendre en considération les besoins des populations qu'elle côtoie. En même temps que leurs tentatives de maîtrise de la composition de leur patientèle, cette thèse décrit les efforts des généralistes pour intégrer les demandes des patients substitués à leurs prérogatives. Comme nous l'avons expliqué au chapitre 4, les analogies avec des pathologies aiguës ou chroniques courantes permettent aux généralistes de retraduire les demandes des patients substitués en des termes qui leur sont familiers, afin de les inclure dans leur territoire de compétences. Les généralistes manifestent la volonté d'incorporer ces patients et ces traitements aux missions ordinaires de la médecine générale. Si l'avènement d'une politique publique (la mise sur le marché des TSO) autorise, rend légitime, la demande de médicaments émanant de « toxicomanes » alors qu'auparavant elle était illégale, nos analyses mettent en évidence le travail d'appropriation de cette demande par les généralistes : ils la reformulent dans le but de pouvoir y répondre. Plutôt que le problème de la « médicalisation » d'un comportement social déviant, cette thèse soulève la question de la dépendance au client et aux politiques publiques chez les médecins généralistes : les logiques d'appropriation d'une mission issue d'une politique publique mettent en jeu, pour les médecins, la nécessité de répondre à des demandes nouvelles et de donner le statut de « patients » à des personnes qui, quelques temps auparavant, ne relevaient pas de leur juridiction.

Par ailleurs, le tri, et, par là même, l'appropriation des tâches confiées par les politiques publiques, ont lieu sous la dépendance des confrères. Comme nous l'avons montré au chapitre 3, le tri des patients prend place au sein d'un système local d'acteurs interdépendants où les pratiques des uns ont un impact sur celle des autres. L'éviction d'un patient ou d'une catégorie de patients (selon les critères décrits au chapitre 5) est, bien souvent, conditionnée à l'existence, dans la même localité, de praticiens susceptibles de le(s) prendre en charge. Le tri s'appuie en grande partie sur l'adressage, qui, même minimaliste ou dirigé vers le marché noir, rend possible et légitime le refus de soins. Les systèmes locaux de prise en charge, composés des acteurs, généralistes et spécialisés, chargés de mettre en œuvre la même politique publique au même endroit, limitent l'autonomie des généralistes libéraux dans l'appropriation des politiques de santé, en ce qu'elle les oblige à tenir compte des pratiques de leurs confrères, qui constituent l'offre locale. Les pratiques des généralistes, tout comme les trajectoires des patients, prennent place au sein de ces systèmes d'interdépendances localisées qui limitent la marge de manœuvre des acteurs. L'idée d'une interdépendance entre professionnels autour d'une pathologie, déjà abordée par les sociologues sous l'angle des « réseaux », mériterait d'être approfondie sur différents terrains⁵. L'analyse en termes de système local de prise en charge montre notamment que l'exercice sous la dépendance des confrères (Freidson 1984) n'est pas limitée au contexte hospitalier.

Une sociologie des pratiques de tri

Au delà du rapport des médecins libéraux avec les injonctions de l'État, cette thèse contribue à une sociologie des pratiques de tri. Ces dernières ont fait l'objet de l'attention des sciences sociales ces dernières années, autour de la médecine (Dodier, Camus 1997; Lachenal, Lefève, Nguyen 2014), mais pas seulement. En sociologie de l'action publique, par exemple, des recherches se sont intéressées aux processus de sélection et d'exclusion de groupes d'acteurs participant à la fabrication des politiques publiques (Le Naour, Massardier 2013). Le tri peut être envisagé sous l'angle des acteurs qui trient – quelles sont leurs logiques d'action ? – et, d'autre part, du point de vue de ceux qui le subissent – quelles sont ses conséquences pour ceux qui ont été élus ou exclus. L'idée de tri met en lumière le rapport asymétrique entre les uns et les autres, tout en insistant sur les contraintes plus structurelles –

⁵ Une recherche collective en cours, coordonnée par F. Sicot, sur les parcours de soins en psychiatrie en Haute Garonne et en Ariège, nous donne l'occasion de participer à une analyse des systèmes locaux de prise en charge psychiatrique sur des terrains ruraux et urbains.

par exemple une pénurie de ressources ou de moyens – qui empêchent un traitement identique de tous.

Comme nous l'avons expliqué plus haut, le tri participe du processus d'appropriation d'une tâche imposée de l'extérieur. Il s'inscrit aussi dans une logique d'*intégration*. Notre travail s'est intéressé à la manière dont les généralistes intègrent les TSO aux missions de la médecine générale, et intègrent les patients substitués à leur patientèle. Les généralistes sélectionnent souvent les patients qu'ils jugent « intégrés » ou « intégrables », à la fois à la médecine générale et à la société. L'intégration doit en effet être comprise ici au sens large, comme assimilation d'un individu à un collectif. De ce point de vue, le tri s'inscrit dans un objectif de *gestion* du fonctionnement d'un groupe, il évite les perturbations occasionnées par la présence d'individus qui s'y intègrent difficilement (les « ingérables », jugés non « intégrables »). On l'a vu, les critères de sélection des généralistes visent, entre autres, à aménager la rencontre des patients au sein de leur salle d'attente. Il peut en être de même, par exemple, à l'école, où l'enseignant est amené à orienter vers des sections spécialisées les élèves en rupture avec le collectif de la classe⁶. Dans ces cas, le tri vise à garantir le fonctionnement habituel, routinier, du groupe. Il est le fait d'acteurs « généralistes », qui orientent ceux qu'ils excluent vers des acteurs « spécialisés ». Les difficultés d'intégration au groupe, constatées ou supposées par les acteurs, contribuent à définir la figure du *mauvais élève* et celle du *mauvais patient*. Les « exclus » s'éloignent d'un parcours de droit commun pour rejoindre des filières d'exception. Notre travail met ainsi en lumière une autre dimension du tri : le processus d'exclusion et de production de populations indésirables. Le tri est une procédure de classement des individus sur la base de critères discriminants, il fabrique des populations⁷. De ce fait, il implique un étiquetage, qui, comme le note Becker (1985) au sujet de la déviance, a des conséquences sur les trajectoires des individus concernés.

Ainsi, l'une des perspectives de cette recherche pourrait résider dans le développement de la notion de tri autour, d'une part, des contraintes qu'implique la « gestion » de collectifs divers, et, d'autre part, des conséquences que le tri produit sur ceux qui en font l'objet.

Les inégalités d'accès aux TSO provoquées par le tri, « l'intégration » sociale définie par de nombreux médecins comme horizon à atteindre pour les « toxicomanes » : autant de

⁶ Merci à Morgane Delmas de nous avoir suggéré cette comparaison à partir de ses propres travaux de recherche.

⁷ Voir sur ce point l'étude d'Elias et Scotson (1997), qui montre comment un groupe d'individus en exclut un autre qui lui est semblable en de nombreux points (caractéristiques socio-démographiques, etc.).

thématiques qui inscrivent notre travail dans une sociologie des trajectoires de « sortie » des drogues prenant en compte la relation médecin-patient-médicament.

Une sociologie des « sorties » sous substitution : de la dépendance aux opiacés à la dépendance au prescripteur ?

Dans le sillage des travaux anglo-saxons sur les « carrières déviantes » (en particulier Becker 1985), l'étude des « modes de vie » liés aux usages sociaux de produits illicites a été l'une des directions principales des travaux sociologiques sur les drogues dans les années 1990 (Faugeron 1999; Faugeron, Kokoreff 1999). C'est dans ce contexte que Robert Castel et son équipe se sont intéressés à l'expérience de la « sortie » d'un mode de vie centré sur les produits. En définissant la sortie à la fois comme un « réagencement des lignes biographiques » et comme une « reconceptualisation de l'expérience » passant par la « gestion d'une identité souillée », ces auteurs la décrivent comme une expérience individuelle qui consiste à « troque[r] [...] un mode de vie réprouvé pour un autre, plus ordinaire » (Castel et al. 1998, p. 217). Leurs réflexions prennent un sens nouveau après l'évolution des politiques vers la réduction des risques et les TSO.

Castel et son équipe avaient refusé de définir la sortie par l'arrêt des consommations, considérant qu'il s'agissait là d'une acception médicale plutôt que sociologique. Si, au moment de leur enquête, l'abstinence était la seule modalité de sortie officiellement reconnue par les pouvoirs publics en France, la substitution a aujourd'hui modifié considérablement la donne, accentuant la pertinence d'analyses en termes de réagencement des lignes biographiques. On l'a vu, en tant qu'alternatives à l'abstinence, les TSO rendent l'idée de « sortie » éminemment ambiguë aux yeux des acteurs, patients comme professionnels. Ces médicaments suppriment le principal repère qui était ordinairement associé à la sortie : la fin de la dépendance à un produit. Comme nous l'avons souligné au chapitre 1, plusieurs travaux se sont intéressés à l'expérience de la sortie des drogues à l'ère des TSO, en la définissant comme un mouvement vers un idéal de « conventionalité » jamais clairement défini (Caiata-Zufferey 2006), ou en questionnant l'effectivité de la sortie dans les cas où la substitution ne permet pas une rupture avec les mondes sociaux des drogues (Duprez, Kokoreff 2000) ni l'affranchissement du stigmate de « toxicomane » (Milhet 2003, 2006; Guichard et al. 2006). Après vingt ans de TSO, la préoccupation des médecins, des patients, des associations

d'usagers de drogues et des Réseaux de santé pour la « sortie de la substitution » et la chronicisation des traitements, montre que l'ambiguïté des TSO reste vive : les patients et les professionnels doivent décider s'ils placent la sortie au moment du commencement du traitement, ou, au contraire, à sa fin.

Cette thèse ne s'est qu'indirectement penchée sur l'expérience de la sortie chez les personnes en TSO. Elle a déplacé la focale en envisageant le processus de sortie à la lumière des relations médecin-patient-médicament. Nous avons montré que dans le contexte des TSO, l'expérience de la « sortie » – quel que soit l'horizon que l'on place derrière ce terme – n'est pas dissociable de celle de la prise quotidienne d'un médicament, et du contact mensuel ou bi-mensuel avec un médecin prescripteur. L'expérience de la *sortie sous substitution* n'est pas qu'un processus individuel. On ne peut donc se contenter de l'envisager comme une série de modifications identitaires et biographiques au cours d'une trajectoire. Dans le cadre des TSO, les médecins et les médicaments sont impliqués dans le processus de réagencement des lignes biographiques des « sortants ». Que la substitution représente la sortie elle-même ou la voie vers la sortie, médecins et médicaments contribuent à produire les trajectoires de sortie, car ils font partie du quotidien des patients. Envisager la question de la *sortie sous substitution* au prisme de la relation médecin-patient-médicament a permis de mettre en avant, d'une part, le rôle du médecin dans la définition de l'objectif à atteindre, et d'autre part, la *dépendance au prescripteur* qui entrave le réagencement des lignes biographiques.

Les médecins dans les trajectoires de sortie : promoteurs d'une logique d'activation

Les médecins, mais aussi les patients, tendent à donner au traitement plusieurs objectifs contradictoires. Il peut à la fois servir à un sevrage progressif menant à l'abstinence de tout produit opiacé (y compris le médicament) ; constituer une médication de maintenance remplaçant les opiacés illicites sur une longue durée, qui doit accompagner un changement de mode de vie ; ou, enfin, être un outil de réduction des risques inscrit dans un projet de gestion des consommations illicites (pallier ponctuellement le manque ou les effets néfastes de l'héroïne). Il ne s'agissait pas, dans ce travail, d'évaluer si les patients « s'en sortent » effectivement selon l'un ou l'autre de ces critères. On se bornera à rappeler qu'en fonction du critère privilégié par les acteurs, la mise en échec ne se situe pas sur le même plan : tant pour les généralistes que pour les patients, si la substitution est conçue comme un mode de sortie

de la dépendance devant mener à terme à l'abstinence, l'échec se situe dans la chronicisation du traitement. Si elle est une médication chronique, l'échec réside dans l'impossibilité de changer de mode de vie malgré le traitement.

Au chapitre 4, puis au chapitre 9, nous avons décrit comment les médecins suggèrent parfois aux patients des objectifs de deux ordres : l'abstinence comme idéal (avec la diminution des dosages), mais aussi et surtout l'investissement dans une vie professionnelle et familiale comme moyen de réagencer leurs lignes biographiques. L'idéal de « conventionalité » auquel aspirent les patients en tant qu'objectif de sortie (Caiata-Zufferey 2006) est donc souvent proposé par le médecin, qui se fait porteur des valeurs dominantes dans nos sociétés, symboles de « l'intégration » sociale. En cela, les médecins deviennent des « entrepreneurs moraux », au sens de Becker (1985) : des acteurs chargés de faire appliquer une norme. Le référentiel de bonnes pratiques de la « prise en charge globale » les incite à intervenir sur le plan de la trajectoire sociale de leurs patients, comme pourraient le faire des travailleurs sociaux.

La comparaison entre le travail des généralistes et celui des travailleurs sociaux mériterait d'être investiguée. Lorsqu'ils encouragent le retour de leurs patients à l'emploi, les médecins font, du même coup, la promotion d'un objectif d'utilité sociale passant par la prise de responsabilités individuelles, tel qu'on le voit à l'œuvre dans les politiques sociales actuelles reposant sur l'activation. L'exclusion des patients qui ne font pas la preuve de leur « motivation » à « s'en sortir » s'inscrit dans cette logique d'activation. À défaut de mettre fin à la dépendance au médicament, les médecins cherchent à favoriser l'autonomie des patients vis-à-vis des dispositifs d'assistance, par une injonction à la responsabilité et au « gouvernement de soi ». Si, comme l'affirme Marc Henry Soulet « l'intégration se manifeste de plus en plus sous la forme d'une participation (ou d'une intention à le faire pour les plus fragilisés) à la production de l'être-ensemble et, en corollaire, conduit à devoir ouvrir la notion de citoyenneté à la dimension de la subjectivité » (Soulet 2005b, p. 49), la « sortie » des drogues par le recouvrement d'obligations sociales devient ici synonyme d'accession à la citoyenneté. « L'incertaine responsabilité » (Ehrenberg 1995) des consommateurs de drogues face à leur état, doit être contrebalancée, dans le processus de sortie tel que le conçoivent les généralistes, par la prise de responsabilités envers le collectif : l'activité professionnelle empêche la dépendance aux dispositifs d'aide sociale. Les trajectoires de sortie des patients en TSO sont ordonnées par ces injonctions à la responsabilisation, produites par les médecins.

Comme on l'a vu, pour que leur prise en charge ne soit pas menacée, les patients doivent souvent adhérer – au moins en apparence – à ces objectifs.

La dépendance au prescripteur : une entrave au réagencement des lignes biographiques ?

Par ailleurs, prendre en compte la relation médecin-patient-médicament dans le processus de sortie révèle un paradoxe de la substitution. Pour Castel *et al.*, la « sortie » est effective lorsque la drogue cesse d'être au centre de l'existence de l'individu – et ce même si elle n'en a pas complètement disparu. Cette définition éclaire la tension, inhérente aux TSO, entre « être dedans » et « être dehors ». Le traitement est supposé permettre le réagencement des lignes biographiques, en décentrant l'individu de la préoccupation du manque (et donc de la recherche du produit), voire en lui permettant de s'acquitter de ses obligations envers la collectivité. Cependant, les TSO obéissent aux règles de prescription de la liste des stupéfiants et assimilés, avec en particulier l'obligation de renouvellement tous les 14 jours pour la méthadone et tous les 28 jours pour la BHD. Ainsi, si les traitements permettent effectivement aux patients de se délivrer de l'emprise des opiacés illicites sur leur quotidien, ils menacent de devenir à leur tour la « ligne biographique dominante » de leur existence. Les patients se voient souvent obligés d'organiser leur emploi du temps en fonction des moments de dispensation des traitements et des horaires de consultation des médecins ou des centres (chapitre 7, chapitre 9). De même, ils doivent s'organiser en cas d'absence de leur prescripteur pour éviter toute rupture de traitement. La dépendance au prescripteur devient le corollaire de la dépendance aux opiacés, entravant ainsi, en partie, le processus de sortie au sens de Castel *et al.* : les autres activités se retrouvent agencées autour du traitement. Même lorsque ce dernier favorise la rupture avec les mondes des drogues, sa prescription reste souvent au centre du mode de vie du patient. La dépendance au prescripteur incarne la dimension coercitive des TSO : le rythme de délivrance du traitement « fixe » une population (Joubert 1999; Duprez, Kokoreff 2000), il attache les patients au médecin et au lieu de la prescription. C'est d'ailleurs, en partie, parce qu'ils aspirent à en finir avec la dépendance au prescripteur, que certains médecins et certains patients n'envisagent pas d'autre « sortie » que le sevrage définitif du médicament.

« Substituer » est un acte fondamentalement ambigu, puisque le médicament menace sans cesse d'être confondu avec la drogue qu'il remplace, d'autant plus lorsqu'il cause une

accoutumance physique. Pour les patients, la *sortie sous TSO* réside en partie dans l'affranchissement du stigmate de « toxicomane », réactivé lorsque chaque visite chez le médecin leur rappelle leur double dépendance : au produit et au prescripteur. Le chemin vers la « sortie » semble dès lors passer par un certain nombre d'adaptations du traitement, auxquelles se livrent les médecins et les patients pour en réduire la contrainte. En diminuant son impact sur les autres activités, ces aménagements permettent aux acteurs d'inventer des modes de sortie *avec* le traitement, plutôt qu'une sortie *du* traitement.

Les aménagements des médecins et des patients pour réduire la dépendance au prescripteur : inventer une sortie sous traitement ?

Certains « usages profanes » des TSO décrits au chapitre 7 revêtent cette fonction : les patients les mettent en œuvre pour diminuer l'impact du traitement sur leur quotidien (aménagement du mode et du rythme de prise dans un but de contrôle des effets secondaires, stockage pour faire face à l'impossibilité de se rendre chez le médecin...). Les patients cherchent à éviter que le traitement ne devienne la ligne biographique dominante de leur existence en le personnalisant pour le rendre compatible avec leur mode de vie. Ces pratiques visent à adapter le traitement à soi au lieu de s'adapter soi-même au traitement en lui subordonnant d'autres domaines de son quotidien. Les patients tentent de consolider leur sortie, en privilégiant d'autres lignes biographiques. Ils refusent de se soumettre au traitement. De même chez les médecins, le raccourcissement ou l'espacement des consultations correspond à la volonté de réduire les contraintes légales du traitement sur des patients qu'ils considèrent comme déjà « guéris », déjà « sortis » (chapitre 9).

L'évolution récente et à venir de la politique substitutive fait écho à ces analyses. Depuis octobre 2014, la forme gélule de méthadone est prescriptible pour une durée de 28 jours au lieu de 14 jours. La gélule n'étant accessible qu'après un an de traitement avec la forme sirop, cette décision suggère une volonté d'alléger la contrainte uniquement pour les patients déjà jugés « stabilisés ». Par ailleurs, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2014) annonce la possibilité prochaine d'initier des traitements méthadone en médecine de ville. La politique substitutive française semble ainsi osciller entre un traitement d'exception réservé aux patients substitués, incarné dans les règles contraignantes de la prescription des TSO, et une volonté de les assimiler à « des patients comme les autres », par la prescription en médecine de ville.

D'ailleurs, nos analyses ont également montré que la « sortie » réside aussi dans l'acquisition du statut de patient de la médecine générale, lorsque le traitement n'est plus problématique ni objet d'attention. La consultation porte alors sur d'autres lignes biographiques de l'individu. Ce constat permet d'introduire le dernier point de cette conclusion : notre contribution à une sociologie des relations médecin-patient.

Une sociologie constructiviste des relations médecin-patient : les rôles en question

La sociologie des relations médecin-patient s'articule autour de l'opposition désormais classique entre une approche fonctionnaliste et une approche interactionniste. La première, représentée par les travaux de Parsons (1951) dépeint une relation consensuelle où le patient s'en remet au médecin pour recouvrer la santé, alors que la seconde met l'accent sur les conflits et négociations entre des protagonistes aux intérêts souvent divergents (Freidson 1984; Strauss 1992)⁸. Les critiques envers le fonctionnalisme ont conduit de nombreux sociologues à s'intéresser aux relations médecin-patient sous le seul angle de la marge de manœuvre des patients dans les décisions relatives à leur prise en charge⁹. Les évolutions législatives vers une reconnaissance légale des droits des patients (la loi du 4 mars 2002 en France), ainsi que la montée en puissance des associations de malades ces dernières décennies, expliquent également l'intérêt des chercheurs pour ces approches. L'émergence de la figure de « l'utilisateur », voire du « patient contemporain » a mobilisé l'attention des sciences sociales, y compris dans une perspective critique insistant sur la portée limitée des changements (Carricaburu, Ménoret 2005; Fainzang 2006). Pour autant, la question de la participation des patients – et, en miroir, de celle des médecins – à l'orientation des prises en charge, est loin d'épuiser la problématique des relations médecin-patient. Sans nier l'importance de ces enjeux (abordés en détails au chapitre 7), notre travail adopte une perspective plus large sur les relations médecin-patient, en analysant *comment se construit une relation* au travers de la définition et de l'assignation des rôles et des statuts du médecin et du patient.

⁸ Pour une synthèse détaillée, voir Carricaburu et Ménoret (2005)

⁹ Cf. la typologie de relations de Szasz et Hollander remaniée par Freidson, détaillée dans notre chapitre 7.

Comment devient-on un patient ? Comment se construit une relation ?

Cette thèse a proposé une approche constructiviste des relations médecin-patient, en étudiant les modalités d'accession au statut de patient pour un individu donné et, au niveau collectif, pour une catégorie sociale d'individus. En effet, avant même de s'interroger sur la participation des patients aux décisions, il faut soulever la question des conditions d'obtention du statut de patient. Ce dernier, en effet, n'est pas acquis immédiatement dès qu'un individu consulte un médecin : il est le produit d'une relation. Les pratiques de sélection analysées au chapitre 5 rappellent ainsi qu'il existe des inégalités dans les possibilités d'acquiescer ce statut.

La dépendance aux opiacés, dont la qualité de « maladie » est sujette à controverses y compris parmi les médecins, est une entrée privilégiée pour comprendre les mécanismes d'attribution du statut de patient en médecine. Notre objet incite en effet, d'emblée, à remettre en question son caractère automatique. S'agissant des consommateurs d'opiacés, le statut de « malade » est particulièrement problématique, il n'est pas évident. En interdisant l'usage privé de stupéfiants, la loi de 1970 les place sous le joug de l'institution pénale. En outre, plusieurs acteurs (associations d'auto-support, psychanalystes...) dénoncent ou ont dénoncé la « médicalisation » des usages de drogues. Nous avons vu que les médecins généralistes prescripteurs de TSO ne sont pas insensibles à ces différents discours. Notre travail a donc voulu comprendre comment les « toxicomanes » deviennent des *patients* dès lors qu'une politique publique les mène vers les cabinets de médecine générale, alors même qu'ils ne sont « pas vraiment » des *malades*. Nous avons ainsi montré que leur accession au statut de patients est dépendante des logiques d'action des médecins visant à contrôler le contenu de leur activité (les logiques de tri). Au niveau inter-individuel, l'acquisition de ce statut s'inscrit dans la construction d'une relation, où l'individu doit faire la preuve de son « intégrabilité » à la médecine générale. Parce qu'il force à questionner les frontières de la médecine, notre objet est donc particulièrement susceptible de mettre en lumière les mécanismes et rationalités qui conduisent les médecins à attribuer ou à refuser le statut de patient aux individus se présentant à leur consultation.

En effet, c'est en grande partie le médecin qui octroie le statut de patient, non seulement en autorisant la continuité de la relation, mais aussi par ses manières d'agir lors des interactions avec la personne – en d'autres termes, par le *rôle* qu'il adopte. Si l'on se réfère la distinction entre statut et rôle définie par Linton (rappelée par Ogien 1995, 2007a), la notion

de statut recouvre « l'ensemble des droits et des devoirs attachés de façon structurelle à une position institutionnalisée dans un système social », alors que le rôle désigne « le type de conduite que doit tenir un individu qui met ces droits et devoirs en application »¹⁰ (Ogien 2007a, p.233). L'attribution du statut de patient, telle que nous l'envisageons dans une approche constructiviste, est bien un processus par lequel le médecin octroie des droits et des devoirs. Mais ce statut n'est pas inventé par chaque médecin, il s'agit bien d'une position sociale, qui peut être accordée ou refusée par les médecins. Un « patient » n'existe que dans sa relation à un médecin.

Notre travail souligne donc, une fois de plus, la puissance du « pouvoir médical », en allant au-delà du constat, déjà fait par les sociologues, de la marge de manœuvre souvent faible des patients sur le cours des prises en charge. Seul le médecin a la possibilité d'attribuer ou de refuser le statut de patient à une personne donnée. En plus du pouvoir de prescrire, il possède le pouvoir de définir la frontière entre le normal et le pathologique en triant les individus et les symptômes qu'il prend en charge (Freidson 1984; Baszanger 1981). L'éviction est la marque la plus flagrante du retrait du statut de patient, mais d'autres travaux sur la médecine générale (par exemple, Membrado 2014) suggèrent que le refus d'accorder ce statut se manifeste aussi par l'investissement minimal du médecin dans les relations qu'il n'a pas envie d'entretenir. Le patient, lui, n'a pas le pouvoir de donner au médecin son statut, acquis lors du serment d'Hippocrate. Par contre, le patient a une prise sur le *rôle* qu'il fait jouer au médecin.

Nous nous sommes penchée sur la manière dont le statut de patient s'acquiert au cours d'interactions encadrées par des contextes collectifs. Les figures du *bon patient* et du *mauvais toxicomane* suggèrent qu'un individu devient plus facilement un patient lorsqu'il ne met pas en cause les valeurs collectives du groupe professionnel auquel appartient le médecin (chapitre 4) et lorsqu'il satisfait les différents impératifs de « gestion » organisationnelle de son activité (chapitre 5). L'un des jalons de l'acquisition du statut de patient est franchi lorsque la pérennité de la relation n'est plus soumise à l'expertise pour le médecin (chapitre 6). La construction progressive d'une relation est traversée d'épisodes de négociation et d'accords successifs. En plus de manifester les possibilités de contrôle du patient sur sa prise en charge (chapitre 7), les négociations servent à maintenir et à réaffirmer une relation en

¹⁰ Nous ne reprenons pas cette définition qui suggère une représentation statique et normative du rôle mettant l'accent sur la conformité.

rendant possibles les rencontres suivantes (chapitre 8). En médecine générale, l'acquisition du statut de patient se comprend en référence au temps long d'une relation jalonnée d'interactions successives.

Par ailleurs, le statut de patient semble avoir plus de chances d'être accordé lorsque la personne se conforme, peu ou prou, aux caractéristiques du « rôle du malade » définies par Parsons : s'en remettre au médecin en respectant ses directives, aspirer à guérir – dans le cas des TSO, ce peut être mettre fin à ses consommations illicites –, et/ou à recouvrer ses obligations envers la collectivité – l'« insertion » sociale et professionnelle. Plus qu'une description du comportement des malades « réels », le rôle du malade Parsonien définit donc la figure idéalisée du *bon patient* tel que se le représentent de nombreux médecins. Ce *bon patient* est guérissable ou réintégré à la société malgré sa pathologie. Les analyses produites ici dénotent cependant une variation autour du rôle du (bon) malade parsonien : nous l'avons vu, bien souvent, les médecins évaluent les *bons patients* sur la base de leur « motivation » à changer leur mode de vie. Contrairement à la perspective parsonienne, le médecin n'est pas le seul apte à modifier l'état du malade pour restaurer ses devoirs envers le collectif. La logique d'activation, qui imprègne l'action de certains médecins, réserve cette tâche au patient lui-même. Loin d'être passif – assisté –, réceptacle de l'action du médecin, il est sommé de déployer des efforts pour changer sa situation – guérir ? –, dans une sorte de « travail sur soi » (Vrancken, Macquet 2006) fondé sur une injonction à la responsabilité individuelle. Une fois de plus, on constate que les logiques d'activation, à l'œuvre dans certaines politiques sociales, semblent s'étendre au travail médical, à travers la caractérisation de l'idéal du *bon patient*. Cette hypothèse, qui reste embryonnaire au moment de conclure notre travail, apparaît comme une perspective importante qui pourrait faire l'objet de recherches à venir.

Si notre recherche réutilise, dans une approche renouvelée, la notion de « rôle du malade » en s'intéressant aux conditions d'attribution du statut de patient et à la figure du *bon patient*, elle interroge forcément aussi la composition du *rôle du médecin*. En choisissant à qui ils accordent ou refusent le statut de patient, les médecins entreprennent de définir le rôle qu'ils veulent jouer vis-à-vis de leurs patients.

Le rôle du médecin

Il nous semble fructueux de rapprocher la sociologie des relations médecin-patient d'une sociologie des rôles telle qu'elle a été mise en œuvre, notamment, par Goffman (Goffman 1961, 1973). Dans la sociologie goffmanienne, le rôle peut être défini comme « une identité sociale qu'on endosse et qu'on joue le temps d'une séquence d'action » (Ogien 2007b, p. 158). Les rôles importent, dans les interactions, différents éléments sociaux structuraux, collectifs (les normes de conduite à suivre). Toutefois, un rôle laisse toujours aux acteurs la possibilité d'en réinventer l'interprétation. Dans *Role distance* (1961), Goffman distingue trois dimensions de la notion de rôle : (1) la dimension « normative » désigne « les règles de conduite idéales qu'un individu devrait respecter pour assurer la fonction qu'un rôle particulier est censé remplir » ; (2) la dimension « typique » fait référence aux « attributs et qualités couramment associées à la personne qui remplit tel ou tel rôle sans qu'elles n'entrent dans sa définition officielle », enfin, (3) « l'interprétation » est « la manière dont un individu tient publiquement la place qui lui échoit tout au long d'une action en commun » (Ogien 1995). Le rôle du médecin, s'il est forgé par chacun au cours des interactions avec les patients, reste basé sur un registre limité de rôles préexistants entre lesquels les praticiens peuvent puiser.

Ainsi, notre approche de la notion de rôle est résolument dynamique : si l'on tient compte de la triple distinction opérée par Goffman, la question de la conformité au rôle apparaît comme un problème secondaire¹¹. Nous avons montré, dans ce travail, que s'approprier une mission issue d'une politique publique, pour un médecin, consiste à *définir son rôle*, au moyen de pratiques de tri des patients et des tâches. Mais nous n'avons pas cherché à mesurer l'écart entre l'interprétation du rôle et les attentes normatives qui lui sont liées. Nos analyses ont pris pour point de départ les rôles tels qu'ils se donnent à voir dans les interactions ou les discours, afin de comprendre les logiques d'action qui sous tendent les interprétations (au sens de Goffman).

Au cours de cette thèse, nous avons décrit un certain nombre de rôles que les médecins peuvent chercher à endosser ou à éviter au cours des consultations, dans l'objectif de délimiter les frontières de leurs prérogatives envers les patients. Le rôle repoussoir de « médecin dealer » par exemple, se trouve souvent opposé à celui du médecin « soignant » qui cherche à

¹¹ Comme le remarque Coenen-Huther, « L'idée de rigidité associée à la notion de rôle repose sur l'ignorance de l'existence de rôles issus de la dynamique des interactions au sein des groupes. » (Coenen-Huther 2005, p. 79).

élargir ses missions au-delà de la prescription en mettant en avant ses compétences cliniques¹². Les médecins peuvent également s’arroger, ou au contraire refuser d’endosser, le rôle de psychologues ou de travailleurs sociaux, ce qui se manifeste, notamment, dans leurs pratiques de collaboration avec d’autres professionnels (chapitre 3). Le rôle de « policier », incarné dans les activités de contrôle des pratiques des patients (chapitre 6), semble souvent relégué aux marges du métier de médecin généraliste. Non exhaustifs, les différents rôles inventoriés ici correspondent à des idéaux-types¹³, ils peuvent être à la fois des positionnements rhétoriques des médecins, et se traduire dans des pratiques concrètes favorisant l’un ou l’autre rôle. L’enjeu du « rôle du médecin », est, pour chacun, de délimiter les frontières de son métier en reléguant certaines activités à ses marges et en en définissant d’autres comme fondamentales.

L’une des thèses principales de notre travail consiste à expliquer le tri des patients – en d’autres termes l’attribution sélective du statut de patient – par la volonté des médecins de conserver le contrôle de leur rôle. En maîtrisant les contours de leur activité, ils réduisent la dépendance au client, c’est-à-dire aux demandes des patients qui peuvent être lues comme des assignations de rôle. En effet, s’il n’a pas le pouvoir d’attribuer le statut de médecin, le patient peut lui assigner un rôle dans la relation, en lui reconnaissant ou en lui retirant diverses prérogatives ou compétences. Le rôle du médecin, dans sa dimension interprétative, est en partie défini conjointement entre médecin et patient au cours de leurs interactions. Les relations médecin-patient sont donc des systèmes d’assignations de rôles et de statuts.

Les rôles du médecin sont à la fois attribués par les patients (le patient fait jouer un rôle au médecin), et définis dans les actes du médecin à leur égard. Les actes du médecin peuvent, par exemple, viser à contrecarrer le rôle que le patient souhaite lui faire jouer. Il existe donc des conflits autour du rôle du médecin. Comme on l’a vu au chapitre 6, la notion de rôle éclaire d’une manière neuve la problématique de la confiance du médecin au patient : la trahison de la confiance résulte d’un décalage entre le rôle que le médecin croyait jouer et celui que le patient lui fait effectivement jouer dans la relation. L’exemple de l’instrumentalisation du médecin en tant que « dealer » de médicaments en est une

¹² Nous n’insinuons pas pour autant que les médecins considèrent tous les actes de prescription comme des actes de deal. La prescription revêt bien souvent une connotation positive à leurs yeux (« réparation instantanée », soulagement des symptômes, médecine efficace...) comme en témoignent les travaux de Rosman (2010) et de Véga (2011, 2012).

¹³ On y retrouve d’ailleurs certains éléments de la typologie de Baszanger (1983).

manifestation parlante. Le médecin peut soit accepter ce nouveau rôle assigné, soit le refuser en évinçant le patient ou en mettant en avant, au cours des interactions, un autre rôle (par exemple, en déplaçant l'objet de la consultation depuis la prescription d'un médicament vers le traitement d'autres questions de santé). D'autre part, certains malentendus entre médecins et patients sont causés par un écart du médecin au rôle attendu par le patient, notamment lorsque l'examen clinique n'a pas lieu alors que le patient voudrait être considéré comme un malade potentiel (chapitre 9)¹⁴.

Le cadrage (Goffman 1991) de l'interaction et de la relation par le médecin et le patient a donc lieu à l'intersection des interprétations des rôles de l'un et de l'autre. On a vu, par exemple, comment une relation médecin-patient peut emprunter des schèmes à la relation dealer-usager, ou encore à la relation amicale. Le rôle interprété par le médecin, en plus de correspondre à des stratégies de contrôle et de délimitation de son activité, se construit en référence à un système d'attentes du patient influencées par les dimensions « normative » et « typique » (Cf. Goffman) du rôle. Ainsi, par leurs discours, les patients retirent parfois symboliquement le statut de médecin à certains praticiens, dont les pratiques ne correspondent pas au rôle que l'on est en droit d'attendre d'un « vrai médecin ». Les confrères participent également à ce phénomène en marginalisant certains médecins aux pratiques qu'ils jugent contraires aux normes du rôle.

Comme le remarque Jacques Coenen-Huther, « le concept de rôle social se situe clairement à l'aboutissement d'une tradition de pensée qui vise à dépasser l'opposition classique entre l'individuel et le social » (Coenen-Huther 2005, p. 79). La notion de rôle peut être heuristique dans l'analyse des relations médecin-patient car elle permet la prise en compte de l'importation d'éléments structurels dans les interactions. La sociologie l'a démontré à maintes reprises, le colloque singulier ne peut être étudié indépendamment des contextes dans lesquels il a lieu. Analyser les interactions médecin-patient, ainsi que la construction progressive de leurs relations, en termes d'attribution du statut de patient et d'interprétation du rôle du médecin permet de resituer les relations au sein des systèmes de contraintes auxquelles les acteurs sont soumis. La notion de rôle permet d'articuler les différents niveaux d'analyse impliqués dans le phénomène d'appropriation : « L'analyse des rôles [...] recèle les médiations entre les univers macroscopiques de significations objectives

¹⁴ Ces conflits dénotent que les rôles du médecin et du patient sont loin d'être complémentaires contrairement à ce qu'affirmait Parsons (1951).

dans une société et les moyens par lesquels ces univers deviennent subjectivement réels pour les individus » (Berger, Luckman 1966, p. 144).

*

Cette conclusion est revenue sur l'utilité sociologique de notre thèse en synthétisant ses contributions aux débats qui traversent certains champs de la discipline. Néanmoins, à notre sens, un sociologue ne peut faire l'économie de la question de l'utilité sociale de ses analyses. Si, comme l'affirme Robert Castel, l'objectif de la sociologie est de « comprendre ce qui se passe aujourd'hui » (Castel 2002, p. 72), si « le sociologue doit rendre des comptes à l'ensemble de ses contemporains et pas seulement à [ses] pairs » (*ibid.* p. 70), alors, quelle lecture les acteurs concernés (les professionnels, mais aussi les patients) peuvent-ils faire de ce travail ? À plusieurs reprises, nous avons été soucieuse de restituer nos analyses aux acteurs de terrain qui se sont montrés intéressés : une première fois à la demande des professionnels du comité de suivi des TSO Midi-Pyrénées, et par la suite avec des patients au cours d'une journée d'entraide de l'association Aides. Ces restitutions ont eu lieu dans une dynamique d'échange, d'apports mutuels, de mise en débat, plutôt que de transmission à sens unique des « savoirs » sociologiques. Notre travail n'a pas la prétention de formuler des recommandations pour la prise en charge : l'approche s'est, au contraire, toujours définie comme compréhensive et non normative. Au lieu de simplement dénoncer « ce qui ne va pas » dans les prises en charge, nous avons voulu saisir les systèmes de contraintes dans lesquels sont pris les uns et les autres. Alors même que certaines de nos analyses auraient pu être lues comme des remises en causes des pratiques de certains, l'accueil positif que les acteurs de terrain ont réservé à nos résultats nous a convaincue que si la sociologie peut être utile, c'est avant tout parce qu'elle fournit aux acteurs une vision d'ensemble là où chacun est ordinairement cantonné à ses pratiques individuelles (Becker 2002). Tout en espérant qu'ils y trouveront un intérêt, nous laisserons donc les principaux intéressés, médecins et patients, choisir comment ils souhaitent s'approprier nos travaux.

La prise en charge substitutive en médecine générale représente, pour les membres d'une population stigmatisée par une pratique illégale et moralement réprouvée, une occasion d'accéder à un statut de droit commun, le statut de « patients ». Leur parcours vers ce statut

apparaît semé d'embûches : celles qui sont dues aux contraintes auxquelles les médecins font face, qui conduisent ces derniers à accepter la mission de manière sélective ; et celles qui sont inhérentes au cadre légal de prescription, qui, en leur rappelant tous les 14 ou 28 jours qu'ils sont dépendants d'un médicament et d'un prescripteur, met en évidence le traitement d'exception dont ces patients font l'objet. Les évolutions législatives récentes et à venir – extension de la prescription de méthadone gélule à 28 jours depuis octobre 2014, projet de primo-prescription de méthadone en médecine de ville – augurent peut être une velléité politique de réduction de la dimension punitive et stigmatisante du traitement des patients substitués. Mais qu'en sera-t-il, en pratique ?

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT, Andrew, 1988. *The system of professions. An essay on the division of expert labor.* Chicago : The University of Chicago Press.

ADELL, Nicolas, 2011. *Anthropologie des savoirs.* Paris : Armand Colin.

AÏACH, Pierre et DELANOË, Daniel, 1998. *L'ère de la médicalisation.* Paris : Anthropos.

AÏACH, Pierre, 1998. Les voies de la médicalisation. In : AÏACH, Pierre et DELANOË, Daniel, *L'ère de la médicalisation.* Paris : Anthropos. pp. 15-35.

AIDES, 1999. *Impact d'un traitement de substitution dans la vie des usagers de drogue reçus dans le réseau AIDES.* Paris : AIDES.

AKRICH, Madeleine et RABEHARISOA, Vololona, 2012. L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé Publique.* 2012. Vol. 24, n° 1, pp. 69-74.

AKRICH, Madeleine, 1995. Petite anthropologie du médicament. *Techniques et culture.* 1995. N° 25-26, pp. 129-157.

AKRICH, Madeleine, 1996. Le médicament comme objet technique. *Revue internationale de Psychopathologie.* 1996. N° 21, pp. 135-158.

ANAES et AFSSAPS, 2004. *Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés. Recommandations pour la pratique clinique.* Paris : Service des recommandations professionnelles.

ANAES et FFA, 2004. *Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.* Lyon : Haute Autorité de Santé.

ANDERSON, James, 1975. *Public Policy-Making.* New-York : Holt Rinehart and Winston.

AQUATIAS, Sylvain, KHEDIM, Hamed, MURAD, Numa et GUENFOUD, Karima, 1997. *L'usage dur des drogues douces : recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne.* Paris : DGLDT.

ARBORIO, Anne-Marie et FOURNIER, Pierre, 2010. *L'observation directe.* 3e édition. Paris : Armand Colin.

ARLIAUD, Michel, 1987. *Les médecins.* Paris : La Découverte.

AUGÉ-CAUMON, Marie-Josée, BLOCH-LAINÉ, Jean-François, LOWENSTEIN, William et MOREL, Alain, 2002. *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations.* Paris : Rapport réalisé à la demande de Bernard KOUCHNER Ministre Délégué à la Santé.

AURIACOMBE, Marc et FATSÉAS, Mélina, 2006. Thérapeutiques de substitution en

addictologie : concepts et principes généraux. In : REYNAUD, Michel, *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Médecine-Science. pp. 223-228.

BACHIMONT, Janine, COGNEAU, Joël et LETOURMY, Alain, 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*. 2006. Vol. 24, n°2, pp. 75-103.

BARBOT, Janine, 2002. *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland.

BASZANGER, Isabelle, 1981. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*. 1981. Vol. 22, n° 2, pp. 223-245.

BASZANGER, Isabelle, 1983. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du Travail*. 1983. N° 3, pp. 275-294.

BASZANGER, Isabelle, 1986. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*. 1986. Vol. 27, n° 1, pp. 3-27.

BECKER, Howard S. et PESSIN, Alain, 2006. Dialogue sur notions de monde et de champ. *Sociologie de l'art*. 2006. N° Opus 8, pp. 165-180.

BECKER, Howard S., 1985. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.

BECKER, Howard S., 1988. *Les mondes de l'art*. Paris : Flammarion.

BECKER, Howard S., 2001. Les drogues : que sont-elles? In : BECKER, Howard S., *Qu'est-ce qu'une drogue*. Anglet : Atlantica. pp. 11-20.

BECKER, Howard S., 2002. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte.

BECK, François, GUIGNARD, Romain, GAUTIER, Arnaud, PALLE, Christophe et OBRADOVIC, Ivana, 2013. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. *Revue française des affaires sociales*. 2013. Vol. 2013/3, n° 3, pp. 24-41.

BERCOT, Régine, 2006. La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. *Négociations*. 2006. Vol. 2006/1, n° 5, pp. 35-49.

BERGER, Peter et LUCKMAN, Thomas, 1966. *La construction sociale de la réalité*. édition française 2012. Paris : Armand Colin.

BERGERON, Henri et CASTEL, Patrick, 2010. Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du travail*. 2010. Vol. 52, pp. 441-460.

BERGERON, Henri, 1996. *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*. Paris : L'Harmattan.

- BERGERON, Henri, 1999. *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. Paris : PUF.
- BERNAT DE CELIS, Jacqueline, 1996. *Drogues, consommation interdite. La genèse de la loi du 31 décembre 1970*. Paris, Montréal : L'Harmattan.
- BERTAUX, Daniel, 1997. *Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.
- BEUSCART, Jean-Samuel et PEERBAYE, Ashveen, 2006. Histoires de dispositifs. *Terrains & travaux*. 2006. Vol. 2006/2, n° 11, pp. 3-15.
- BIZEUL, Daniel, 1998. Le récit des conditions d'enquête: exploiter l'information en connaissance de cause. *Revue Française de Sociologie*. 1998. Vol. 39, n° 4, pp. 751-787.
- BLANCHARD, Christophe, 2009. Des routards prisonniers dans la ville. *Sociétés et jeunesse en difficulté* [en ligne]. 2009. N° 7. Disponible à l'adresse : <http://sejed.revues.org/6292>
- BLOCH, Juliette, CURT, Florence, MONAQUE, Clary et PIRAULT, Stéphane, 1998. *Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98*. Paris : OFDT-EVAL.
- BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, 2010. *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- BLOY, Géraldine, 2002. Motivations et représentations de l'acte médical en médecine générale de ville : un regard sociologique. In : BÉJEAN, Sophie et PEYRON, Christine, *Santé, règles et rationalités*. Paris : Economica. pp. 73-100.
- BLOY, Géraldine, 2005. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale: le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales*. 2005. Vol. 2005/1, n° 1, pp. 101-125.
- BLOY, Géraldine, 2008. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008. Vol. 26, n° 1, pp. 67-91.
- BLOY, Géraldine, 2010a. L'identité de la médecine générale au prisme des consultations simulées. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 189-203.
- BLOY, Géraldine, 2010b. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 23-40.
- BLOY, Géraldine, 2014a. À quoi bon former des médecins généralistes? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Revue française des affaires sociales*. 2014. Vol. 2014/1, n° 1, pp. 169-191.
- BLOY, Géraldine, 2014b. Les habits neufs du Dr Knock? Les médecins généralistes aux frontières extensibles du projet préventif. In : BUJON, Thomas, DOURLENS, Christine et LE NAOUR, Gwenola, *Aux frontières de la médecine*. Paris : Éditions des archives contemporaines. pp. 3-22.

BOUCHAYER, Françoise, 1994. Les voies du réenchantement professionnel. In : AÏACH, Pierre et FASSIN, Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos, Economica. pp. 201-225.

BOUCHAYER, Françoise, 2010. Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières, et kinésithérapeutes libéraux. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 169-188.

BOUCHAYER, Françoise, 2011. Le soignant, le patient et le tiers gestionnaire : les nouvelles donnes d'un rapport tripartite. *Revue Sociologie Santé*. 2011. N° 33, pp. 87-105.

BOUHNİK, Patricia, 2007. *Toxicos. Le goût et la peine*. Paris : La Découverte.

BOUHNİK, Patricia, 2011. Intimité et couleur des choses : du corps à corps au mot à mot. Ethnographie des expériences intimes liées à l'usage de drogues en milieu précaire. In : NAUDIER, Delphine et SIMONET, Maud, *Des sociologues sans qualités. Pratiques de recherche et engagements*. Paris : La Découverte.

BOURDIEU, Pierre, 1981. *Questions de sociologie*. Paris : Minuit.

BOURDILLON, François, MOSNIER, Anne et GODARD, Jean, 2008. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2008. Vol. 20, n° 5, pp. 489-500.

BOURQUE, Reynald et THUDEROZ, Christian, 2011. *Sociologie de la négociation*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

BRISACIER, Anne-Claire et COLLIN, Cédric, 2013. *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011*. Paris : OFDT.

BRISACIER, Anne-Claire et COLLIN, Cédric, 2014. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. *Tendances, OFDT*. octobre 2014. N° 94.

BROCLAIN, Dominique, 1994. La médecine générale en crise? In : AÏACH, Pierre et FASSIN, Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos, Economica. pp. 121-160.

BUCHER, Rue et STRAUSS, Anselm, 1961. Professions in Process. *American Journal of Sociology*. 1961. Vol. 66, n° 4, pp. 325-334.

BUNGENER, Martine et BASZANGER, Isabelle, 2002. Médecine générale, le temps des redéfinitions. In : BASZANGER, Isabelle, BUNGENER, Martine et PAILLET, Anne, *Quelle médecine voulons-nous?* Paris : La dispute.

BUNGENER, Martine, 1995. Une boîte à outils à remplir ? (Commentaire). *Sciences sociales et santé*. 1995. Vol. 13, n° 4, pp. 113-117.

CADET-TAÏROU, Agnès, BELLO, Pierre-Yves, COSTES, Jean-Michel, PALLE, Christophe et ESCOTS, Serge, 2004. Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. *Tendances, OFDT*. 2004. N° 37.

- CADET-TAÏROU, Agnès et CHOLLEY, Dominique, 2004. *Approche régionale de la substitution aux opiacés*. Paris : OFDT ; CNAMTS.
- CAIATA-ZUFFEREY, Maria, 2006. *De la toxicomanie à la conventionalité : sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*. Zürich : Seismo.
- CANARELLI, Tiphaine et COQUELIN, Anaëlle, 2010. *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés - Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007*. Saint Denis : OFDT.
- CARPENTIER, Jean, 1994. *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale: manuel*. Paris : Ellipses.
- CARRICABURU, Danièle et MÉNORET, Marie, 2004. *Sociologie de la santé, institutions, professions, maladies*. Paris : Armand Colin.
- CARRICABURU, Danièle et MÉNORET, Marie, 2005. Les transformations de la relation médecin-malade : mythe et réalité. *Les Cahiers Français*. 2005. N° 324, pp. 79-84.
- CASTEL, Robert et COPPEL, Anne, 1991. Les contrôles de la toxicomanie. In : EHRENBURG, Alain, *Individus sous influence*. Paris : Esprit.
- CASTEL, Robert, PELLEN-BENARD, Monique, BONNEMAIN, C., BOULLENGER, Nadia, COPPEL, Anne, LECLERC, G., OGIEN, Albert et WEINBERGER, M., 1998. *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg : Ed. Universitaires Fribourg.
- CASTEL, Robert, 1981. *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris : Minuit.
- CASTEL, Robert, 2002. La sociologie et la réponse à la demande sociale. In : LAHIRE, Bernard, *A quoi sert la sociologie?* Paris : La Découverte. pp. 67-76.
- CÉFAÏ, Daniel, 2012. Comment généralise-t-on? Chronique d'une ethnographie de l'urgence sociale. In : DÉSVÉAUX, Emmanuel et DE FORNEL, Michel, *Faire des sciences sociales: Généraliser*. Paris : Editions de l'EHESS. pp. 31-58.
- CHAMBOREDON, Hélène, PAVIS, Fabienne, SURDEZ, Muriel et WILLEMEZ, Laurent, 1994. S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien. *Genèses*. 1994. N° 16, pp. 114-132.
- CHAMPY, Florent, 2009. *La sociologie des professions*. Paris : PUF. Quadrige.
- CHANTRAINE, Gilles, 2004. *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris : PUF.
- CHARPAK, Y. et HANTZBERG, P., 1989. Recours des héroïnomanes aux institutions et perception de leur situation. *Sciences sociales et santé*. 1989. Vol. 7, n° 3, pp. 27-46.
- CHARPAK, Yves, NORRY, F. et BARBOT, Janine, 1994. La prise en charge des toxicomanes (héroïnomanes) par les médecins généralistes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1994. Vol. 42, n° 3, pp. 224-234.

CHAUVIÈRE, Michel, 2007. *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris : La Découverte.

CICOUREL, Aaron V., 2001. *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil.

COENEN-HUTHER, Jacques, 2005. Heurs et malheurs du concept de rôle social. *Revue européenne des sciences sociales*. 2005. N° XLIII-132, pp. 65-82.

COLLIN, Johanne, DAMESTOY, Nicole et LALANDE, Raymond, 1999. La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. *Sciences sociales et santé*. 1999. Vol. 17, n° 2, pp. 31-52.

COLLIN, Johanne, DOUCET, Hubert, LAFORTUNE, Denis, MONNAIS, Laurence, OTERO, Marcelo, BLANC, Marie-Ève et PROULX, Michelle, 2005. *Le médicament comme objet social et culturel, recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Montréal : Conseil de la santé et du bien être du Québec.

COLLIN, Johanne, 2003. Médicament et vieillesse. *Anthropologie et Sociétés*. 2003. Vol. 27, n° 2, pp. 119-138.

COLLIN, Johanne, 2006. Une épistémologie médicale en changement. Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances. In : COLLIN, Johanne, OTERO, Marcelo et MONNAIS, Laurence, *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine*. Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 129-151.

CONRAD, Peter, 1985. The meaning of medications: another look at compliance. *Social science & medicine*. 1985. Vol. 20, n° 1, pp. 29-37.

CONRAD, Peter, 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*. 1992. Vol. 18, pp. 209-232.

COPPEL, Anne, 2002. *Peut-on civiliser les drogues ? : de la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : La Découverte.

COPPEL, Anne, 2005. De l'utilisateur de drogues à l'utilisateur des services socio-sanitaires : l'action de proximité face aux logiques de services. *Sciences sociales et Santé*. 2005. Vol. 23, n° 1, pp. 70-77.

CRESPIN, Renaud et LASCOUMES, Pierre, 2000. Régulation de la carrière d'un instrument de santé. Les parcours de l'usage du test du VIH dans l'emploi en France et aux États-Unis. *Sociologie du Travail*. 2000. Vol. 42, n° 1, pp. 133-157.

CRESSON, Geneviève, DRULHE, Marcel et SCHWEYER, François-Xavier, 2003. Système(s) de santé entre conflits et coopérations. In : *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes : Éditions ENSP. pp. 7-17.

CRESSON, Geneviève et SCHWEYER, François-Xavier, 2000. *Les usagers du système de soins*. Rennes : ENSP.

CRESSON, Geneviève, 2000. La confiance dans la relation médecin-patient. In : CRESSON,

Geneviève et SCHWEYER, François-Xavier, *Les usagers du système de soins*. Rennes : ENSP. pp. 333-350.

DAGOGNET, François, 1964. *La raison et les remèdes*. Paris : PUF. 1964.

DARMON, Muriel, 2005. Le psychiatre, la sociologue et la boulangère: analyse d'un refus de terrain. *Genèses*. 2005. N° 58, pp. 98-112.

DASSIEU, Lise, 2009. *Consommation d'héroïne et rapports sociaux de sexe*. Mémoire de Master 1 Sociologie. Toulouse : Université Toulouse II - Le Mirail.

DASSIEU, Lise, 2010. *Traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : Les logiques de prescription dans l'interaction médecin-patient-médicament. Une étude exploratoire*. Mémoire de Master 2 Recherche Sociologie. Toulouse : Université Toulouse II - Le Mirail.

DASSIEU, Lise, 2013. Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes*. 2013. Vol. 19, n° 3-4.

DASSIEU, Lise, 2014. La définition d'un trouble à la croisée de plusieurs mondes : controverses et compromis autour des traitements de substitution aux opiacés. *Socio-Logos. Revue de l'association française de sociologie* [en ligne]. 2014. N° 9. Disponible à l'adresse : <http://socio-logos.revues.org/2847>

DELBOS, Geneviève, 1993. Eux ils croient... Nous on sait... *Ethnologie française*. 1993. Vol. 23, n° 3, pp. 367-383.

DEMAILLY, Lise, DESMONS, Patrice et ROELANDT, Jean-Luc, 2000. Usagers et mésusagers en santé mentale. In : CRESSON, Geneviève et SCHWEYER, François-Xavier, *Les usagers du système de soins*. Rennes : ENSP. pp. 125-143.

DEMAILLY, Lise, 2008. *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

DE PAUW, Caroline, 2012. *Prise en charge des personnes précaires en médecine générale : un levier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ?*. Thèse pour le doctorat de sociologie. Lille : Université des Sciences et Technologies de Lille 1.

DERBEZ, Benjamin, 2010. Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale. *Genèses*. 2010. N° 78, pp. 105-120.

DERVAUX, Alain, 2013. DSM V et addictologie. *Congrès Français de Psychiatrie (Newsletter)* [en ligne]. 22 novembre 2013. [Consulté le 19 décembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/congres-paris-2012/n14-7/>

DEVRESSE, Marie-Sophie, 2000. Le test d'urine appliqué aux usagers de drogues : entre étiquetage et réduction de l'incertitude. In : VAN CAMPENHOUDT, Luc, CARTUYVELS, Yves, DIGNEFFE, Françoise, KAMINSKI, Dan, MARY, Philippe et RÉA, Andréa, *Réponses à l'insécurité. Des discours aux pratiques*. Bruxelles : Labor. pp. 371-389.

DEVRESSE, Marie-Sophie, 2003. Trois usages instrumentaux de la notion de confiance dans

l'institution pénale. In : MANGEMATIN, Vincent et THUDEROZ, Christian, *Des mondes de confiance*. Paris : CNRS Ed. pp. 127-138.

DODIER, Nicolas et BASZANGER, Isabelle, 1997. Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique. *Revue française de sociologie*. 1997. Vol. 38, n° 1, pp. 37-66.

DODIER, Nicolas et CAMUS, Agnès, 1997. L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. *Annales Histoire et Sciences Sociales*. 1997. N° 4, pp. 733-763.

DODIER, Nicolas, 1993. *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métailié.

DOURGNON, Paul, GUILLAUME, Stéphanie, NAIDITCH, Michel et ORDONNEAU, Catherine, 2007. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *Questions d'économie de la santé*. 2007. N° 124.

DUBAR, Claude, TRIPIER, Pierre et BOUSSARD, Valérie, 2011. *Sociologie des professions*. 3e édition. Paris : Armand Colin.

DUPERREX, Matthieu, 2006. Du colloque singulier à la prolifération des petites expertises. Information et réseaux de santé. In : BELLIVIER, Florence et NOIVILLE, Christine, *Nouvelles frontières de la santé, nouveaux rôles et responsabilités du médecin*. Paris : Dalloz. pp. 115-129.

DUPONT, Christophe, 1994. *La Négociation: conduite, théorie, applications*. Paris : Dalloz.

DUPREZ, Dominique et KOKOREFF, Michel, 2000. *Les mondes de la drogue*. Paris : Odile Jacob.

EHRENBERG, Alain, 1995. *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy.

EHRENBERG, Alain, 1996. Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques. *Communications*. 1996. Vol. 62, pp. 5-26.

EHRENBERG, Alain, 1998. Questions croisées. In : EHRENBERG, Alain, *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*. Paris : Esprit. pp. 7-28.

ELIAS, Norbert, 1975. *La dynamique de l'Occident*. Paris : Calmann-Lévy.

ELIAS, Norbert, 1981. *Qu'est-ce que la sociologie ?* Aix-en-Provence : Pandora.

ELIAS, Norbert et SCOTSON, John L., 1997. *Logiques de l'exclusion*. Paris : Fayard.

ELIAS, Norbert, 1991. *La société des individus*. Paris : Fayard.

ELSTER, Jon, 2005. L'usage stratégique de l'argumentation. *Négociations*. 2005. Vol. 4, n° 2, pp. 59-82.

EMANUEL, E. J. et EMANUEL, L. L., 1992. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association*. 1992. Vol. 267, n° 16, pp. 2221-2226.

ESCOTS, Serge et FAHET, Georges, 2004. *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage*. Paris : OFDT.

ESCOTS, Serge, 2004. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Tendances récentes sur le site de Toulouse*. Paris, Toulouse : OFDT.

FAINZANG, Sylvie, 2001a. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sciences sociales et santé*. 2001. Vol. 19, n° 2, pp. 5-28.

FAINZANG, Sylvie, 2001b. *Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : PUF.

FAINZANG, Sylvie, 2006. *La relation médecins-malades: information et mensonge*. Paris : PUF.

FAINZANG, Sylvie, 2012. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : PUF.

FASSIN, Didier, 1998. Les politiques de la médicalisation. In : AÏACH, Pierre et DELANOË, Daniel, *L'ère de la médicalisation*. Paris : Anthropos. pp. 1-14.

FASSIN, Didier, 2005. *Faire de la santé publique*. Rennes : Éditions ENSP.

FAUGERON, Claude et KOKOREFF, Michel, 1999. Les pratiques sociales des drogues : éléments pour une mise en perspective des recherches en France. *Sociétés contemporaines*. 1999. N° 36, pp. 5-17.

FAUGERON, Claude, 1999. Psychotropes illicites et licites en France, bilan de la recherche en sciences sociales 1992-1998. In : *Les drogues en France : Politiques, marchés, usages*. Genève : Georg Éditeur. pp. 24-40.

FERONI, Isabelle et LOVELL, Anne M., 2007. Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible: le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés. *Revue française des affaires sociales*. 2007. N° 3, pp. 153-170.

FERONI, Isabelle, PARAPONARIS, Alain, AUBISSON, Sandrine, BOUHNİK, A.D., MASUT, Alain, RONFLE, E., COUDERT, Christine et MABRIEZ, J. C., 2004. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2004. Vol. 52, n° 6, pp. 511-522.

FERONI, Isabelle, PERETTI-WATEL, Patrick, MASUT, Alain, COUDERT, Christine, PARAPONARIS, Alain et OBADIA, Yolande, 2005. French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment: Is the existing training (good) enough? *Addictive Behaviors*. 2005. N° 30, pp. 187-191.

FERONI, Isabelle, 2005. La substitution au Subutex en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales. In : SCHWEYER, François-Xavier, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes : Éditions ENSP. pp. 197-208.

FERONI, Isabelle, 2014. Le Subutex et ses génériques : la carrière presque ordinaire d'un médicament stupéfiant. In : FOURNIER, Pierre, LOMBA, Cédric et MULLER, Séverin, *Les*

travailleurs du médicament. L'industrie pharmaceutique sous observation. Toulouse : Erès. pp. 299-319.

FORTANÉ, Nicolas, 2010. La carrière des «addictions» D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses*. 2010. N° 1, pp. 5-24.

FORTANÉ, Nicolas, 2011. *Genèse d'un problème public : les « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique ou la transformation des drug policies contemporaines.* Thèse pour le doctorat de science politique. Lyon : Université Lumière Lyon 2.

FOUCAULT, Michel, 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison.* Paris : Gallimard.

FOUCAULT, Michel, 1976. *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir.* Paris : Gallimard.

FOUCAULT, Michel, 1994. Le jeu de Michel Foucault. In : *Dits et écrits. Tome III.* Paris : Gallimard. pp. 298-329.

FREIDSON, Eliot, 1984. *La profession médicale.* Paris : Payot.

FUSULIER, Bernard et MARQUIS, Nicolas, 2009. Transaction sociale et négociation : deux notions à articuler. *Négociations*. 2009. Vol. 12, n° 2, pp. 23-33.

GARNIER, Catherine, 2003. La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal international sur les représentations sociales*. 2003. Vol. 1, n°1.

GIAMI, Alain, 2010. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale.* Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 147-168.

GILBERT, Claude et HENRY, Emmanuel, 2009. Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes. In : *Comment se construisent les problèmes de santé publique.* La Découverte. pp. 7-33.

GIULIANI, Frédérique, 2013. *Accompagner. Le travail social face à la précarité durable.* Rennes : Presses universitaires de Rennes.

GLASER, Barney G. et STRAUSS, Anselm L., 2010. *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative.* Paris : Armand Colin.

GODARD, Jean, 2010. La médecine générale, la prévention et la santé publique. *Santé Publique*. 2010. Vol. 21, n° 6, pp. 613-614.

GOFFMAN, Erving, 1961. *Encounters: Two studies in the sociology of interaction.* Oxford : Bobbs-Merrill.

GOFFMAN, Erving, 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi.* Paris : Minuit.

GOFFMAN, Erving, 1974. *Les rites d'interaction.* Paris : Minuit.

- GOFFMAN, Erving, 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Minuit.
- GOFFMAN, Erving, 1991. *Les cadres de l'expérience*. Paris : les Éditions de Minuit.
- GOMART, Emilie, 2004. Surprised by Methadone: in Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic. *Body & Society*. 2004. Vol. 10, n° 2-3, pp. 85-110.
- GOURMELON, Nathalie, 2005. *Les toxicomanes en temps de sida ou les mutations d'une prise en charge*. Paris : L'Harmattan.
- GRANDFILS, Nathalie, 2007. Fixation et régulation des prix des médicaments en France. *Revue française des affaires sociales*. 1 septembre 2007. Vol. n° 3-4, n° 3, pp. 53-72.
- GREFFION, Jérôme, 2014. Proximité et domination entre représentantes de l'industrie et médecins. In : FOURNIER, Pierre, LOMBA, Cédric et MULLER, Séverin, *Les travailleurs du médicament. L'industrie pharmaceutique sous observation*. Toulouse : Erès. pp. 227-250.
- GROSSETTI, Michel, 2004. *Sociologie de l'imprévisible*. Paris : PUF.
- GROSSETTI, Michel, 2006. Trois échelles d'action et d'analyse. *L'Année sociologique*. 2006. Vol. 56, n° 2, pp. 285-307.
- GUICHARD, Anne, LERT, France, BRODEUR, Jean-Marc et RICHARD, Lucie, 2006. Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. *Sciences sociales et santé*. 2006. Vol. 24, n° 4, pp. 5-43.
- GUICHARD, Anne, LERT, France, BRODEUR, Jean-Marc et RICHARD, Lucie, 2007. Buprenorphine substitution treatment in France: Drug users' views of the doctor-user relationship. *Social Science & Medicine*. 2007. Vol. 64, n° 12, pp. 2578-2593.
- GUIGNARD, Romain, BECK, François et OBRADOVIC, Ivanna, 2011. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In : GAUTIER, Arnaud, *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint Denis : Inpes. pp. 177-201. Baromètres santé.
- HACKING, Ian, 2001. *Entre science et réalité: la construction sociale de quoi ?* Paris : La Découverte.
- HARDY, Anne-Chantal, 2012. À propos de la signification « médicale » d'une prescription. *Sciences sociales et santé*. 2012. Vol. 30, n° 3, pp. 103-114.
- HASSENTEUFEL, Patrick, 2010. La difficile affiliation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 403-418.
- HASSENTEUFEL, Patrick, 2011. *Sociologie politique: l'action publique*. 2e édition. Paris : Armand Colin.
- HAXAIRE, Claudie, GENEST, Philippe, BODÉNEZ, Pierre, NOUMBISSI-NANA, Carole et BAIL, Philippe, 2006. Entre le psy et l'assistante sociale. Où mène la prescription de psychotropes en médecine générale quand la souffrance se fait sociale? In : COLLIN, Johanne, OTERO, Marcelo et MONNAIS, Laurence, *Le médicament au cœur de la socialité*

contemporaine. Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 197-222.

HAXAIRE, Claudie, 1999. D'une rationalité à l'autre : ce que masque parfois la prescription de psychotropes (Commentaire). *Sciences sociales et santé*. 1999. Vol. 17, pp. 53-57.

HAXAIRE, Claudie, 2002. Calmer les nerfs'' : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences sociales et santé*. 2002. Vol. 20, n° 1, pp. 63-88.

HERZLICH, Claudine, 1984. Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint ». *Sciences sociales et santé*. 1984. Vol. 2, n° 1, pp. 11-31.

HOUDART, Sophie et THIERY, Olivier, 2011. *Humains, non-humains. Comment repeupler les sciences sociales*. Paris : la Découverte.

HUDEBINE, Hervé, 2001. L'impact des héritages et des sensibilités sur les politiques de la drogue. In : DOZON, Jean-Pierre et FASSIN, Didier, *Critique de la santé publique*. Paris : Balland.

HUGHES, Everett C., 1996. Dilemmes et contradictions de statut. In : *Le regard sociologique*. Paris : éditions de l'EHESS. pp. 188-197.

INGOLD, Rodolphe, 1999. Une rétrospective des tendances de la toxicomanie : de 1970 à l'an 2000. In : *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*. Paris : OFDT. pp. 187-193.

JACQUOT, Sophie, 2010. Approche séquentielle (Stages approach). In : BOUSSAGUET, Laurie, JACQUOT, Sophie et RAVINET, Pauline, *Dictionnaire des politiques publiques*. 3e édition. Paris : Presses de Science Po. pp. 82-90.

JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie, 2002. Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues : Mise en œuvre de nouvelles formes d'expertise. In : FAUGERON, Claude et KOKOREFF, Michel, *Société avec drogues: enjeux et limites*. Erès. Ramonville-Saint-Agne. pp. 165-181.

JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie, 2004. *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. Paris : la Documentation française.

JAUNAIT, Alexandre, 2003. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*. 2003. Vol. 11, n° 3, pp. 59-79.

JAUNAIT, Alexandre, 2007. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin patient. *Sciences sociales et santé*. 2007. Vol. 25, n° 2, pp. 67-72.

JEANMART, Caroline, 2007. *Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France)*. Thèse pour le doctorat de Sociologie. Lille : Université des Sciences et Technologies de Lille 1.

JONES, Charles, 1970. *An introduction to the study of Public Policy*. Belmont : Duxbury Press.

JOUBERT, Michel, 1999. Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies. *Déviance et société*. 1999. Vol. 23, pp. 165-187.

- KAUFMANN, Jean-Claude, 1996. *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan. 128.
- KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine, 2000. L'analyse des interactions verbales : la notion de négociation conversationnelle. Défense et illustrations. *Lalies - Langue et littérature*. 2000. N° 20, pp. 63-141.
- KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine, 2005. *Le discours en interaction*. Paris, France : Armand Colin.
- KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine, 2012. Négocier la notion de négociation. *Négociations*. 2012. Vol. 17, n°1, pp. 87-99.
- KOKOREFF, Michel, 2010. *La drogue est-elle un problème ? Usages, trafics et politiques publiques*. Paris : Payot & Rivages.
- LACHENAL, Guillaume, LEFÈVE, Céline et NGUYEN, Vinh-Kim (éd.), 2014. *La médecine du tri: histoire, éthique, anthropologie*. Paris : PUF.
- LACHENAL, Guillaume, LEFÈVE, Céline et NGUYEN, Vinh-Kim, 2014. Le triage en médecine, une routine d'exception. In : *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*. Paris : PUF. pp. 1-25.
- LAHIRE, Bernard, 2012. *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*. Paris : Seuil.
- LALANDE, Aude et GRELET, Stany, 2001. *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. Approche qualitative*. Paris : OFDT.
- LANGLOIS, Emmanuel, 2011. *Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leurs expériences ?* Saint Denis : OFDT.
- LANG, Thierry, KELLY-IRVING, Michelle, MEMBRADO, Monique et ROLLAND, Christine, 2008. *L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité*. Paris : IVRES, LISST-CIEU, IRDES.
- LANZARINI, Corinne et BRUNETEAUX, Patrick, 1998. Les entretiens informels. *Sociétés contemporaines*. 1998. Vol. 30, n° 1, pp. 157-180.
- LARDÉ, Philippe, 2000. Le choix de « l'utilisateur client » dans le marché des services médicaux. In : CRESSON, Geneviève et SCHWEYER, François-Xavier, *Les usagers du système de soins*. Rennes : ENSP. pp. 295-311.
- LASCOUMES, Pierre et LE GALÈS, Patrick, 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses Science Po.
- LATOUR, Bruno et WOOLGAR, Steve, 1988. *La vie de laboratoire: la production des faits scientifiques*. Paris : La Découverte.
- LATOUR, Bruno, 1991. *Nous n'avons jamais été modernes: essai d'anthropologie symétrique*. Paris : La Découverte.
- LATOUR, Bruno, 1996. *Petites leçons de sociologie des sciences*. Paris : Seuil.

LE BODIC, Cédric et HARDY, Anne-Chantal, 2012. *Prescrire, proscrire: enjeux non médicaux dans le champ de la santé*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

LE NAOUR, Gwenola et MASSARDIER, Gilles (éd.), 2013. *L'action publique sélective*. Paris : LGDJ.

LE NAOUR, Gwenola, 2010. *Drogues, sida et action publique : une très discrète politique de réduction des risques*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

LEMIEUX, Cyril, 2012. Problématiser. In : PAUGAM, Serge, *L'enquête sociologique*. Paris : PUF. pp. 27-53.

LERT, France, 1999. La mise en oeuvre des nouvelles modalités de prise en charge et de prévention dans le contexte d'une stratégie de réduction des risques. In : FAUGERON, Claude, *Les drogues en France : Politiques, marchés, usages*. Genève : Georg Editeur. pp. 234-248.

LÉVY, Joseph et GARNIER, Catherine, 2007. *La chaîne des médicaments : perspectives pluridisciplinaires*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

LONCLE, Patricia, 2011. La jeunesse au local: sociologie des systèmes locaux d'action publique. *Sociologie*. 2011. Vol. 2, n° 2, pp. 129-147.

LORIOU, Marc, 2002. *L'impossible politique de santé publique en France*. Ramonville : Erès. 2002.

LOVELL, Anne M. et AUBISSON, Sandrine, 2008. « Fuitage pharmaceutique », usages détournés et reconfigurations d'un médicament de substitution aux opiacés. *Drogues, santé et société*. 2008. Vol. 7, n° 1, pp. 297-355.

LUTTENBACHER, Catherine, 1999. La maternité chez les femmes toxicomanes : l'impact des dimensions normatives et de la culture professionnelle chez les professionnels de santé. *Déviance et Société*. 1999. Vol. 23, n° 3, pp. 313-340.

MASSON, Philippe, 2011. La prescription des médecins généralistes: conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie. *Sociétés contemporaines*. 2011. N°83, pp. 33-57.

MEGHERBI, Saïd, 2006. Les stratégies de soins des toxicomanes. *Psychotropes*. 2006. Vol. 12, n° 3, pp. 141-162.

MEGHERBI, Saïd, 2010. *Émergence des traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville*. Thèse pour le doctorat de sociologie. Metz : Université Paul Verlaine de Metz - UFR Sciences Humaines et Arts.

MÉGIE, Antoine, 2010. Mise en oeuvre. In : BOUSSAGUET, Laurie, JACQUOT, Sophie et RAVINET, Pauline, *Dictionnaire des politiques publiques*. 3e édition. Paris : Presses de Science Po. pp. 343-350.

MEMBRADO, Monique, 1993. La construction médicale de la relation thérapeutique: Pour une définition des enjeux. *Ethnologie française*. 1993. Vol. 23, n° 4, pp. 526-533.

MEMBRADO, Monique, 2014. Les enjeux de confiance et de reconnaissance dans la relation en médecine générale. In : PENNEC, Simone et LE BORGNE-UGUEN, Françoise, *La négociation du soin*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

MERCKLÉ, Pierre, 2011. *La sociologie des réseaux sociaux*. Paris : La Découverte.

MILDT, 2014. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2013-2017*. Paris : MILDT.

MILHET, Maïténa, 2003. *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie?* Thèse pour le doctorat de sociologie. Bordeaux : Université de Bordeaux II.

MILHET, Maïténa, 2006. Les traitements de substitution vus par les patients : quelle trajectoire pour quelle sortie ? *Psychotropes*. 2006. Vol. 12, n° 3, pp. 55.

NOOTEBOOM, Bart, 2006. Apprendre à faire confiance. In : OGIEN, Albert et QUÉRÉ, Louis, *Les moments de la confiance*. Paris : Économica. pp. 63-85.

NOUGUEZ, Étienne, 2009. Le médicament générique et la relation de soin. Sociologie d'un quiproquo. *Sociologie du Travail*. 2009. Vol. 51, n° 1, pp. 46-63.

OGIEN, Albert, 1994. La morale du drogué. *Revue Française des Affaires sociales*. 1994. N° 2, pp. 59-67.

OGIEN, Albert, 1995. *Sociologie de la déviance*. Paris : Armand Colin.

OGIEN, Albert, 2002. Qu'est-ce qu'un problème de santé publique. In : FAUGERON, Claude et KOKOREFF, Michel, *Société avec drogues: enjeux et limites*. Ramonville : Erès. pp. 225-244.

OGIEN, Albert, 2007a. *Les règles de la pratique sociologique*. Paris : Presses universitaires de France.

OGIEN, Albert, 2007b. *Les formes sociales de la pensée*. Paris : Armand Colin.

OLIEVENSTEIN, Claude, 1976. *Il n'y a pas de drogués heureux*. Paris : R. Laffont.

OLIEVENSTEIN, Claude, 1982. *La vie du toxicomane; Séminaire de Marmottan 1980*. Paris, France : PUF.

OLIEVENSTEIN, Claude, 1983. *Destin du toxicomane*. Paris : Fayard.

OLIEVENSTEIN, Claude, 1987. *La Clinique du toxicomane*. Paris : Éd. universitaire.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre, 2000. Le «je» méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*. 2000. Vol. 41, n° 3, pp. 417-445.

ONDPS, 2008. *La médecine générale. Rapport 2006-2007*. Paris : ONDPS.

PAILLÉ, Pierre, 2010. Introduction : Une enquête de théorisation ancrée: les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss. In : GLASER, Barney G. et

- STRAUSS, Anselm L., *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*. Paris : Armand Colin. pp. 24-77.
- PALLE, Christophe, BERNARD, Catherine et LEMIEUX, Christelle, 2005. *CSST en ambulatoire - Tableaux statistiques 1998-2003*. Paris : OFDT.
- PALLE, Christophe, BERNARD, Catherine, SÉVENIER, Elisabeth et MORFINI, Hélène, 2003. *CSST 1998-2001. Exploitation des rapports d'activité-type des Centres spécialisés de soin aux toxicomanes*. Paris : OFDT.
- PANUNZI-ROGER, Nadia, 2001. La place des usagers de drogues et des professionnels de terrain dans la construction sociale des drogues. *Psychotropes*. 2001. Vol. 7, n° 3, pp. 49-72.
- PARSONS, Talcott, 1951. Social Structure and dynamic process : the case of modern medical practice. In : *The Social System*. Glencoe : The Free Press.
- PASQUIER, Romain, 2010. Politiques locales. In : BOUSSAGUET, Laurie, JACQUOT, Sophie et RAVINET, Pauline, *Dictionnaire des politiques publiques*. 3e édition. Paris : Presses de Science Po. pp. 446-452.
- PELLETIER, Monique, 1978. *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*. Paris : la Documentation française.
- PENEFF, Jean, 2005. *La France malade de ses médecins*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.
- PETER, Jean-Pierre, 2004. Médicaments, drogues et poisons : ambivalences. *Ethnologie française*. 2004. Vol. 99, n° 3, pp. 407-409.
- PETITAT, André, 1998. *Secret et formes sociales*. Paris : PUF.
- PIGNARRE, Philippe, 1990. *Ces drôles de médicaments*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- PIGNARRE, Philippe, 1997. *Qu'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange entre science, marché et société*. Paris : La Découverte. 1997.
- REISINGER, Marc, 1985. Buprenorphine as new treatment for heroin dependence. *Drug and alcohol dependence*. 1985. Vol. 16, n° 3, pp. 257-262.
- RÉMY, Jean, 1992. La vie quotidienne et les transactions sociales : Perspectives micro ou macro-sociologiques. In : BLANC, Maurice, *Pour une sociologie de la transaction sociale*. Paris : L'Harmattan. pp. 83-111.
- RÉMY, Jean, 1996. La transaction, une méthode d'analyse : contribution à l'émergence d'un nouveau paradigme. *Environnement et société*. 1996. N° 17, pp. 9-31.
- REYNAUD, Michel, PARQUET, Philippe-Jean et LAGRUE, Gilbert, 1999. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif, et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au secrétaire d'État à la Santé et aux Affaires Sociales*. Paris : La documentation française.
- RICŒUR, Paul, 1996. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit*. 1996. N°227, pp.21-33.

- ROBELET, Magali, SERRÉ, Marina et BOURGUEIL, Yann, 2005. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*. 2005. Vol. 2005/1, n° 1, pp. 231-260.
- ROLLAND, Christine, 2011. *Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique : application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle*. Thèse pour le doctorat de sociologie. Toulouse : Université de Toulouse-Le Mirail.
- ROQUES, Bernard, 1998. *Problèmes posés par la dangerosité des "drogues. Rapport au secrétaire d'État à la santé*. Paris : Secrétariat d'État à la santé.
- ROSMAN, Sophia, 2010. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : ENSP. pp. 117-131.
- SARRADON-ECK, Aline, 2008. Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue: dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. *Ethnographiques.org* [en ligne]. 2008. Disponible à l'adresse : <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck.html>
- SARRADON-ECK, Aline, 2010a. Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 99-115.
- SARRADON-ECK, Aline, 2010b. « Qui mieux que nous? » Les ambivalences du « généraliste pivot » du système de soins. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 253-270.
- SCHWEYER, François-Xavier, 2005. Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils. *Sociologies pratiques*. 2005. Vol. 11, pp. 89-104.
- SCHWEYER, François-Xavier, 2010a. L'outil qui cache la réforme. Les généralistes dans les réseaux de santé. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 283-304.
- SCHWEYER, François-Xavier, 2010b. Activités et pratiques des médecins généralistes. In : BLOY, Géraldine et SCHWEYER, François-Xavier, *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP. pp. 55-74.
- SEJOURNE, E., PARE, F., MOULEVRIER, P., TANGUY, M. et FANELLO, S., 2010. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Pratiques et organisation des soins*. 2010. Vol. 41, n° 4, pp. 331-339.
- SICOT, François, 2009. Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue. *Empan*. 2009. Vol. 75, pp. 53-60.
- SIMMAT-DURAND, Laurence, 2007. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société*. 2007. Vol. 31, n° 3, pp. 305-330.
- SIMMEL, Georg, 1999. Le secret et la société secrète. In : *Sociologie. Études sur les formes*

de la socialisation. Paris : PUF. pp. 347-406.

SOULET, Marc-Henry, CAIATA-ZUFFEREY, Maria et OEUVRAY, Kerralie, 2002. *Gérer sa consommation: drogues dures et enjeu de conventionalité*. Fribourg : Éd. universitaires.

SOULET, Marc-Henry, 2003. Enjeux de conventionalité et consommation gérée de drogues dures. *Déviance et Société*. 2003. Vol. 27, n° 3, pp. 331-351.

SOULET, Marc-Henry, 2005a. Confiance et capacité d'action. Agir en contexte d'inquiétude. In : BALSÀ, Casimiro, *Confiance et lien social*. Fribourg : Ed. universitaires Fribourg. pp. 31-55.

SOULET, Marc-Henry, 2005b. La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle*. 2005. Vol. 2005/2, n° 10, pp. 49-59.

SOULET, Marc-Henry, 2008a. La reconnaissance du travail social palliatif. *Dépendances*. 2008. N° 33, pp. 14-18.

SOULET, Marc-Henry, 2008b. Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques. *Psychotropes*. 2008. Vol. 14, n° 3, pp. 91-109.

STAR, S.L et GRIESEMER, J., 1989. Institutional ecology, 'Translations', and Boundary objects: amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoology. *Social Studies of Science*. 1989. Vol. 19, n° 3, pp. 387-420.

STRAUSS, Anselm L. et CORBIN, Juliet, 2004. *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg : Academic Press Fribourg. Res Socialis.

STRAUSS, Anselm L. et GLASER, Barney G., 1975. *Chronic illness and the quality of life*. Saint Louis : C.V. Mosby.

STRAUSS, Anselm L., 1992a. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : Éd. l'Harmattan.

STRAUSS, Anselm L., 1992b. La méthode comparative continue en analyse qualitative. In : *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan. pp. 283-300.

STRAUSS, Anselm L., 1992c. Une perspective en termes de monde social. In : *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan. pp. 269-282.

STRAUSS, Anselm L., 1992d. L'hôpital et son ordre négocié. In : *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan. pp. 87-112.

STRAUSS, Anselm L., 1992e. Négociations : introduction à la question. In : *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan. pp. 245-268.

SZASZ, Thomas et HOLLANDER, Mark, 1956. A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*. 1956. N° 97, pp. 587-592.

- THÉVENOT, Laurent, 1994. Le régime de familiarité. Des choses en personne. *Genèses*. 1994. Vol. 17, n° 1, pp. 72-101.
- THOMAS, W.I. et THOMAS, D.S, 1928. *The child in America. Behavior problems and programs*. New-York : Knopf.
- THUDEROZ, Christian, 2009. Régimes et registres de négociation. *Négociations*. 2009. Vol. 12, n° 2, pp. 107-121.
- TRÉPOS, Jean-Yves, 2003. La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues. *Cahiers internationaux de sociologie*. 2003. Vol. 114, n° 1, pp. 93-108.
- TROMPETTE, P. et VINCK, D., 2009. Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*. 2009. Vol. 3, n° 1, pp. 5-27.
- URFALINO, Philippe, 2001. L'autorisation de mise sur le marché du médicament : une décision administrative à la fois sanitaire et économique. *Revue Française des Affaires sociales*. 2001. Vol. 2001/4, n° 4, pp. 85-90.
- URFALINO, Philippe, 2007. Introduction. Médicaments et société. Enjeux contemporains. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. 2007. Vol. 62, n° 2, pp. 269-272.
- VAN DER GEEST, Sjaak et REYNOLDS WHYTE, Susan, 1989. The Charm of Medicines : Metaphors and Metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*. 1989. Vol. 3, n° 4, pp. 345-367.
- VEDELAGO, François, 2000. L'utilisateur comme atout stratégique du changement dans le système de santé. In : CRESSON, Geneviève et SCHWEYER, François-Xavier, *Les usagers du système de soins*. Rennes : ENSP. pp. 55-73.
- VEDELAGO, François, 2008. Le développement du travail en réseau comme stratégie de changement dans les politiques publiques. *Sociologie Santé*. 2008. N° 29, pp. 31-53.
- VEGA, Anne, 2011. *Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français*. Paris : Rapport de recherche INSERM-EHESS.
- VEGA, Anne, 2012. Positivismes et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sciences sociales et Santé*. 2012. Vol. 30, n°3, pp. 71-102.
- VÉNISSE, Jean-Luc, ADES, Jean et VALLEUR, Marc, 2007. *Rapport pour la Mildt concernant le problème des addictions aux jeux*. Paris : Mildt.
- VIGNES, Maguelone, 2010. Le terrain et son ordre négocié : négociation de l'accès au terrain dans une recherche sociologique sur le VIH/sida à Bruxelles. In : CHABROL, Fanny et GIRARD, Gabriel, *Se confronter aux terrains*. Paris : Éditions ANRS. pp. 137-151.
- VRANCKEN, Didier et MACQUET, Claude, 2006. *Le travail sur soi*. Paris : Belin.

Textes de loi et circulaires ministérielles

Lois et décrets

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

Décret n°89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret 72200 du 13-03-1972 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.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Projet de loi de modernisation de notre système de santé (voté à l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015)

Circulaires et notes de la DGS

Circulaire DGS n°72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la Drogue

Circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes

Circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995

Note d'information de la DGS du 15 février 1995 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes

Circulaire DGS n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés

Note d'information de la DGS du 14 décembre 1995 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes

Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

ANNEXES

Annexe 1. Les TSO en France: règles de prescription et de délivrance

Annexe 2. Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés entre 1995 et 2011

Annexe 3. Les « affaires du Subutex » dans le quotidien *La Dépêche du Midi*

Annexe 4. La prise en charge spécialisée en addictologie à Toulouse (2015)

Annexe 5. Les enquêtés (entretiens)

5.1. Médecins généralistes

5.2. Patients en TSO

5.3. Autres acteurs rencontrés

Annexe 6. Guides d'entretien

6.1. Médecins généralistes

6.2. Patients

Annexe 7. Guide d'observation

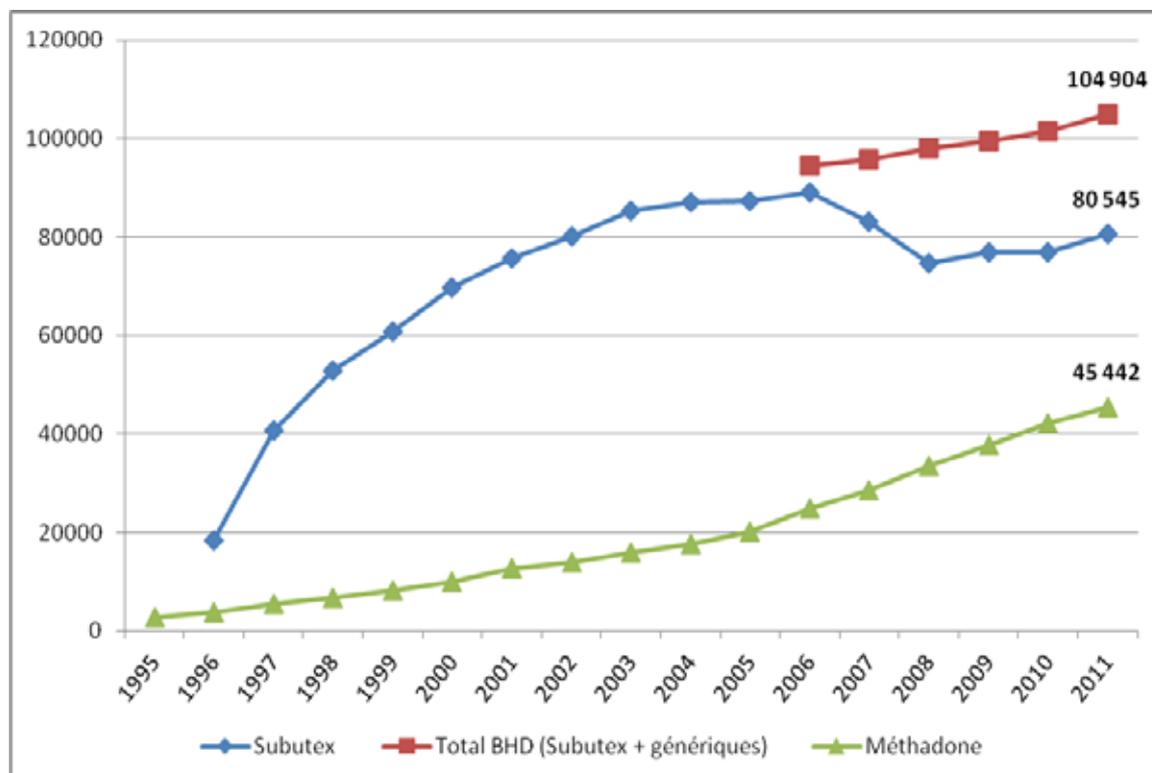
Annexe 8. Graphiti-Cirdd : présentation de l'association et liste des conférences analysées

Annexe 9. La médicalisation, un concept débattu en sciences sociales : synthèse de la littérature

Annexe 1. Les TSO en France: règles de prescription et de délivrance

	Méthadone	BHD (Subutex et génériques)	Buprénorphine-naloxone (Suboxone)
Mise sur le marché	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1995 pour la forme sirop ▪ 2007 pour la forme gélule 	1995 (disponible en officine en 1996)	2011
Caractéristiques pharmacologiques	Agoniste des récepteurs opiacés	Agoniste-antagoniste des récepteurs opiacés	
Cadre légal	Stupéfiant	Liste I des substances vénéneuses	
Conditionnement	Sirop, gélule	Comprimé	
Mode d'administration	Voie orale	Voie sublinguale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voie sublinguale ▪ Naloxone non soluble (non injectable)
Conditions de prescription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiation en CSAPA ou établissement de santé ▪ Relais possible en ville après « stabilisation » ▪ Forme gélule : en relais de la forme sirop après au moins un an 	Prescriptible par tout médecin	
Durée de prescription maximale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sirop : 14 jours ▪ Gélule : 28 jours (depuis 10/2014) ▪ Renouvellement de l'ordonnance interdit ▪ Chevauchement interdit sauf mention sur l'ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 28 jours ▪ Renouvellement de l'ordonnance interdit ▪ Chevauchement interdit sauf mention sur l'ordonnance 	
Fractionnement de la délivrance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 jours, sauf mention sur l'ordonnance (« à délivrer en une fois ») ▪ Possibilité de délivrance journalière 		

Annexe 2. Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés entre 1995 et 2011



Source : GERS/SIAMOIS/InVS

NB. Ces données sont produites à partir des chiffres de ventes, avec l'hypothèse d'une posologie moyenne journalière par patient de 8mg pour la BHD et de 60mg pour la méthadone.

Annexe 3. Les « affaires du Subutex » dans le quotidien *La Dépêche du Midi*

Date	Titre de l'article
26/10/2000	Subutex et Rohypnol, les nouvelles drogues dures
29/10/2003	« Il y a toujours eu un marché pour l'héroïne » Toulouse - stupéfiants - alors que le produit de substitution, le subutex, est aussi l'objet d'un trafic
03/02/2004	«Mon fils est mort d'une overdose»
22/04/2004	Pharmaciens et... dealers. Enquête. Les gendarmes mènent actuellement une vaste enquête sur un trafic de Subutex à Toulouse. Pharmaciens et médecins sont sur la sellette.
23/04/2004	Cinq pharmaciens sur la sellette
28/04/2004	Le scandale Subutex
04/05/2004	Des toxicomanes témoignent. Toulouse - le fait du jour - trafic de Subutex. Des pharmaciens et des médecins sont dans le collimateur de la justice. Ont-ils bénéficié de dessous de table ou ont-ils été bernés ? Des bénéficiaires de traitements de substitution dévoilent le dessous des cartes.
07/05/2004	Subutex : un médecin mis en examen. Toulouse - trafic. Un généraliste du centre-ville aurait délivré sans respecter les règles de très nombreuses ordonnances.
12/05/2004	Scandale du Subutex. Place publique : Vous avez la parole.
20/09/2004	L'ordonnance était mortelle. Enquête. Un médecin et un pharmacien sont dans le collimateur de la justice après le décès d'une jeune fille en avril.
21/10/2004	La police fait «place nette» à Esquirol et à la Trinité. Stupéfiants. Douze interpellations de revendeurs et de consommateurs de drogues diverses.
18/03/2005	La Sécu traque la fraude. Santé. Un pharmacien a été mis en examen pour escroquerie et incarcéré hier à Toulouse. Un médecin généraliste est lui sous la menace d'une suspension d'un an d'exercer. La caisse primaire durcit ses contrôles.
01/07/2005	Subutex : un pharmacien trop gourmand interdit d'exercer
30/01/2006	Toulouse - Subutex, le coup d'arrêt. Santé. À Toulouse, la CPAM a fait la chasse au trafic de ce substitut à l'héroïne grâce à un dispositif unique en France.
15/03/2006	Quand le médicament Subutex devient une drogue. Justice. Des médecins et des pharmaciens devant le tribunal.
16/03/2006	Pharmaciens et médecins à la dérive. Justice. Cinq pharmaciens et trois médecins poursuivis pour leur comportement dans la prescription, et la vente, du Subutex.
28/11/2006	« Stupéfiant » : le pharmacien délivrait
11/04/2007	Toulouse. Un médecin du centre-ville interdit d'exercer durant 6 mois. Santé. Condamné par ses pairs, le praticien âgé de 60 ans prescrivait trop de psychotropes à ses patients.

Annexe 4. La prise en charge spécialisée en addictologie à Toulouse (2015)

Nom du centre	Statut	Date de création	Prescription de TSO depuis...	Remarques
AAT Addictions Accueil thérapeutique (anciennement Association Accueil Toxicomanie)	CSAPA associatif	1987	2007	
ANPAA Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie	CSAPA associatif	n.c.	2010	Centre de cure ambulatoire en alcoologie devenu CSAPA
ARPADE Association Régionale de Prévention et d'Aide face aux Dépendances et aux Exclusions	CSAPA associatif	1973	2007	Cette association gère également un centre thérapeutique résidentiel en milieu rural et un point écoute prévention
Association Clémence Isaure	CSAPA associatif	1987	2007	Cette association gère également un CAARUD
Centre Passages	Unité d'addictologie rattachée à un hôpital général	1994	1995	Créé par le Réseau Passages en 1994 pour la délégation des prescriptions de méthadone des autres centres
Centre Maurice Dide	CSAPA rattaché au service de psychiatrie d'un CHU	1995	1995	
Unité d'addictologie du SMPR en maison d'arrêt	Unité rattachée à un hôpital psychiatrique	n.c.	1995	

Annexe 5. Les enquêtés (entretiens)

5.1. Médecins généralistes

	Prénom	Âge	Nombre patients TSO (déclaratif)	Mode d'exercice	Activité salariée complémentaire
1	Alain	55	15	Installé libéral (groupe)	non
2	Albert	63	500	Installé libéral (seul)	Oui (médico-social)
3	André	65	200	Installé libéral (seul)	non
4	Audrey	27		Remplaçante	
5	Édouard	49	30	Installé libéral (seul)	non
6	Éliane	57	2	Installée libéral (groupe)	non
7	Élisabeth	49	11	Installée libéral (seul)	non
8	Elodie	26		Remplaçante	
9	Éric	49	1	Installé libéral (groupe)	Oui (milieu carcéral)
10	Flore	55	40	Installée libéral (groupe)	non
11	Françoise	60	1	Installée libéral (groupe)	Oui (médico-social)
12	Geneviève	50	5	Installée libéral (groupe)	non
13	Georges	63	5	Installé libéral (groupe)	non
14	Guy	60	20	Installé libéral (seul)	non
15	Hamid	51	25	Installé libéral (groupe)	non
16	Isabelle	40	nc	Installée libéral (groupe)	Oui (hôpital)
17	Joseph	58	5	Installé libéral (seul)	non
18	Karine	30		Remplaçante	
19	Marc	39	30	Installé libéral (groupe)	non
20	Nicolas	27		Remplaçant	
21	Patricia	46	5	Installée libéral (groupe)	non
22	Patrick	60	3	Installé libéral (groupe)	non
23	Priscilla	26		Remplaçante	
24	Raymond	68	30	Installé libéral (groupe)	non
25	Sandrine	33	10	Installée libéral (groupe)	non
26	Tristan	30		Remplaçant	
27	Yves	55	80 (clientèle partagée avec associés)	Installé libéral (groupe)	Oui (hôpital)

5.2. Patients en TSO

	Prénom	Médicament	Type d'entretien (mode recrutement)
1	Alexis	BHD	Informel (CAARUD)
2	Cécile	BHD	Informel (CAARUD-bus)
3	Christian	BHD	Semi directif (médecin)
4	David	BHD	Semi directif (médecin)
5	Erwan	BHD	Semi directif (CAARUD)
6	Fred	Skénan	Informel (CAARUD)
7	Hervé	BHD	Semi directif (pharmacie)
8	Hichem	BHD marché noir	Semi directif (boule de neige)
9	Hoang	Méthadone	Informel (CAARUD)
10	Jéjé	BHD	Informel (CAARUD)
11	John	BHD	Informel (CAARUD)
12	José	BHD	Semi directif (CAARUD)
13	Léo	Méthadone	Semi directif (CAARUD)
14	Lilian	BHD	Informel (CAARUD)
15	Lily	BHD	Informel (CAARUD-bus)
16	Ludovic	BHD	Semi directif (médecin)
17	Marion	Méthadone	Semi directif (CAARUD)
18	Matthieu	Skénan	Semi directif (CAARUD)
19	Mélanie	Méthadone	Semi directif (médecin)
20	Mickael	BHD	Semi directif (CAARUD)
21	Olivier	BHD	Informel (CAARUD)
22	Omar	BHD	Informel (CAARUD)
23	Paul	BHD marché noir	Informel (CAARUD-bus)
24	Rosa	Méthadone	Semi directif (médecin)
25	Serge	BHD	Informel (CAARUD-bus)
26	Thierry	Méthadone	Semi directif (médecin)

5.3. Autres acteurs rencontrés

	Prénom	Profession
1	Bertrand	Pharmacien
2	Fabienne	Pharmacienne
3	Julie	Pharmacienne
4	Sylvie et Pierrette	Pharmaciennes
5	Annie	Psychiatre CSAPA
6	Betty et Amandine	Infirmières CSAPA
7	Jérôme	Psychiatre CSAPA
8	Noëlle	Directrice CSAPA
9	Odile	Médecin généraliste CSAPA
10	Estelle	Addictologue (hôpital)
11	Sonia	Animatrice réseau
12	Yves	Coordonateur réseau
13	Mireille et Claude	Visiteurs médicaux
14	Jean-Paul	Médecin conseil CPAM
15		SMPR : Entretien collectif avec l'équipe d'addictologie

Annexe 6. Guides d'entretien

6.1. Médecins généralistes

Comment avez-vous commencé à prescrire des TSO ?

depuis combien de temps ? - comment vous avez entendu parler de ces médicaments ? – Ça venait des patients? – quelle était leur demande ? comment y avez-vous répondu à l'époque ? avez vous eu des difficultés à y répondre ? pourquoi ? lesquelles ?

Combien de patients suivez-vous (environ)? + patients/prescriptions ponctuels ?

-Vous avez choisi d'avoir peu de patients ? Pourquoi ?

-Êtes-vous membre du réseau ?

▪ Les savoirs:

-Comment avez vous appris à manier ces médicaments ?

-Les patients, ils ont joué un rôle pour vous aider à savoir comment prescrire ?

-Avez-vous suivi des formations au sujet de la substitution ? Quel était leur contenu ? Les avez-vous jugées utiles ? par qui étaient-elles organisées ? [labo, réseau]

-Suivez vous encore des formations aujourd'hui ? Sur quels thèmes ?

-Que faites-vous en cas de doute au sujet de la prescription pour un patient ?

-Avez vous déjà sollicité quelqu'un pour des conseils sur ces prescriptions? Qui ? [autres généralistes, labos, réseau, centres spé] (exemples, anecdotes)

-vous arrive t il d'adresser des patients ? A qui ? Pour quels motifs ? (exemples, anecdotes)

▪ La consultation:

-Comment s'est passé la dernière consultation que vous avez eu avec un patient en TSO ? (qu'avez-vous fait, de quoi avez-vous parlé, que demandait le patient (si demande) ?)

-De quoi parlez vous dans les consultations ? (exemples de questions que vous posez ? anecdotes : la dernière fois ?)

-Comment se passe une première consultation, quand vous initiez un traitement ? Par exemple, la dernière fois que vous l'avez fait ?

-quelle est la demande des patients à la première consultation ? comment y répondez-vous ?

-Comment les patients vous ont-ils connus ?

-Comment fixez-vous la posologie à la première consultation? Relance : seul/ensemble ?

-Examens cliniques réalisés?

-durée d'une consultation ? plutôt courtes ou longues ? quels cas court/lg ? ex. la dernière

-Est-ce que vous êtes le médecin traitant de vos patients en TSO ? ou est ce que certains ont un autre MT ? suivi autres problèmes de santé?

-Quelles conditions imposez-vous à la prescription du MSO?

- Comment faites vous comprendre vos exigences aux patients ?

-Avez-vous déjà accepté des entorses aux règles ? dans quels cas ? chevauchements ? (anecdotes, exemples concrets)

-Vous arrive-t-il de refuser des patients? Dans quels cas ? anecdotes ?

- Quelles difficultés avez-vous rencontré avec des usagers de drogues? Anecdotes ?
- Que faites vous en cas de difficultés ?
- A quoi reconnaissez-vous qu'un traitement se passe bien ?
- Avez-vous déjà eu des patients qui injectent leur traitement ? que faites-vous dans ce cas ? cela vous pose problème ?
- Prescrivez-vous des médicaments psychotropes en même temps que le MSO? Lesquels ? à votre initiative ou sur demande du patient? Souvent ? Dans quels cas? Sur quelle durée?

▪ **Les tests de dépistage :**

- Utilisez vous des tests de dépistage urinaires? (kits ou analyse en labo ?)
- A quel moment du traitement?
- Dans quels cas? (tous les patients ou seulement ceux qui posent problème, quel problème ?)
- Pensez vous que cela améliore : votre travail ? la prise en charge ? + en quoi?
- que faites vous en cas de résultat qui ne convient pas (différencier début/cours de traitement) ?
- Les patients acceptent-ils facilement ?
- si vous ne le faites pas ? pourquoi ?

▪ **Les médicaments de substitution :**

- Que pensez vous des MSO? Avantages, inconvénients ?
- Est-ce que vous les jugez efficaces ?
- Quel objectif du traitement selon vous ?
- Et vos patients, qu'est ce qu'ils en pensent ? ils en sont contents ?
- Quelle place du médicament dans le processus de soin ?

▪ **Données à relever en fin d'entretien:**

- nombre de patients TSO
- âge
- date d'installation

6.2. Patients

▪ PARCOURS ET ACCES AU TRAITEMENT

- Comment vous en êtes venu-e à prendre un TSO?
 - Depuis combien de temps
 - Comment vous avez décidé de commencer un traitement (évènement particulier ? rôle de l'entourage ?)
 - Quel était votre état d'esprit à l'époque
- Quels professionnels avez-vous vus (médecins ou structures)? (raconter les différents lieux fréquentés)
- Comment vous êtes arrivé chez votre médecin actuel? (adressages ? conseils d'autres patients ? hasard ?)
- Quelles difficultés avez-vous eues ? est ce qu'on vous a déjà refusé un traitement? (anecdotes)
- +contraintes qu'on vous a imposé et qu'en pensez-vous ?
- Critiques par rapport au traitement et aux professionnels?

▪ RELATIONS AVEC LE MEDECIN ACTUEL

- Comment avez-vous connu votre médecin actuel ?
- Comment se passe la relation avec votre médecin actuel?
- Est ce que vous venez le voir pour d'autres problèmes? (santé, problèmes perso)
- Avez-vous déjà eu des reprises de consos, des chevauchements? comment ça s'est passé avec le médecin? (est il au courant ? comment l'a-t-il découvert ? sa réaction ?)
- Avez-vous déjà eu des conflits avec votre médecin? A quel sujet ? comment ont-ils été résolus ?
- Votre médecin connaît-il bien la question des drogues, d'après vous?
- Est-ce que vous êtes content de votre médecin actuel? Pour quelles raisons ?

▪ LE MEDICAMENT

- Quel médicament prenez-vous? Qu'en pensez-vous? Avez-vous choisi? Avez-vous essayé l'autre ?
- Depuis combien de temps le prenez-vous?
- A quelle posologie? (éventuelle envie de diminuer ou d'augmenter ? + avis du médecin ?)
- Est-ce qu'il vous convient ? Pour quelle raison ?
- Comment le prenez-vous? (fractionnement et mode de prise)
- Prenez-vous d'autres médicaments?
- Pensez-vous qu'il est facile de trouver des MSO à Toulouse? (De s'en faire prescrire/au marché noir). (anecdotes ?)

Annexe 7. Guide d'observation

- description de l'espace : salle d'attente (revues, murs, mobilier...) + cabinet (objets décoratifs/espace du bureau et de l'examen séparés ? etc.)

- pour chaque consultation :
Homme/femme – âge– primo prescription ou renouvellement
Durée de la consultation

- distinguer différents temps de la consultation (accueil/dialogue/examen/prescription/paiement/au revoir ?)

Et caractériser ce qui se passe dans chacun de ces temps : le langage : qui parle ? de quoi parle-t-on ? / Les actes : quels objets sont mobilisés ? dans quel but ?

1-Le langage :

a. Forme :

- Vocabulaire/registre employé par chacun
- qui parle en premier ?
- qui parle le plus ?
- qui mène l'interaction ? (choisit les sujets, etc)
- questions posées par le médecin, réponses du patient (brèves, longues)
- enchainements entre les thèmes abordés (qui en a l'initiative, par quels mots, opérateurs logiques, gestes se font-ils ?)
- quels mots emploie le patient pour faire sa demande ? est ce que ces mots ont de l'incidence sur la réponse du médecin ?

b. Fond : De quoi parle-t-on ?

- accueil : par quels mots commence l'échange ?
- questions sur la biographie, le contexte social du patient ? à incidence des réponses sur la prescription ?
- questions posées par le médecin, réponses du patient (contenu, ordre)
- le patient pose t il des questions ? sur quoi ? quelle réponse obtient-il ?
- quand parle t on du médicament ? Qui en parle ? est ce le sujet principal ? qu'en dit-on ?
- le patient fait il une demande précise ? (médicament, prise en charge) ?
- Comment le médecin évalue t il la demande du patient ? (mots employés, questions posées)
- sur quoi portent les désaccords s'il y en a ? y a t il négociation ? y a-t-il remontrances du médecin ? comment les désaccords se terminent-ils ? raisons des refus de prescription/prise en charge ?
- Comment le patient s'exprime t-il : facilité à parler au médecin ? ose t il faire valoir sa conception du produit ? se raconte t il ? (le médecin l'y incite t il – avec lesquels il le fait ou ne le fait pas)

2-les actes :

- décrire positions des deux protagonistes dans le cabinet, déplacements
- Les différents objets mobilisés
- prise de notes du médecin pdt interrogatoire ?
- plus généralement que fait le médecin pdt qu'il parle au patient ?
- écrire l'ordonnance : formalité ou central ? quand ? quel médicament ? co-prescriptions ? quels médicaments, pour quelle durée, et pourquoi ? (notamment demande du patient ou décision du médecin ?)
- examiner le patient : qu'examine-t-on ? le fait on systématiquement ? sur la demande du patient ?
- traitement des autres pbs de santé / autres pbs (psy, social) : la prescription de TSO est elle le motif premier de la consult ?
- utiliser le test urinaire, (demander au médecin pourquoi dans tel cas il l'a utilisé : qu'est ce qui, chez ce patient, lui a fait l'utiliser ?)
- le paiement
- la prise de rendez-vous et autres taches administratives
- consulter le vidal ou d'autres ouvrages ?
- téléphoner à des confrères/partenaires ? au sujet du patient ? en cas d'incertitude ?
- recevoir des coups de tél. de confrères ? pour quoi ?
- les pauses (quand le médecin estime t il qu'il faut souffler ? après quel évènement ?)
- l'organisation de la consultation en différents temps : est ce que toutes les consultations se déroulent de la même manière ? est-ce que le patient (sa demande/son attitude) influent sur le déroulement (ex. interrogatoire puis examen clinique systématiquement ?)

La décision

- voit on dans le discours et les actions du médecin la trace de recommandations, règles (se réfère t il explicitement à une règle, consulte-t il des livres ?)
- décrire les cas dans lesquels le médecin décide hausse/baisse du dosage
- le « cadre » imposé à chaque patient est il différent ? en fonction de quoi (caract du patient, comportements de mésusage, durée de prescription...)
- essayer de différencier les cas où le médecin considère le patient comme stabilisé/non stabilisé : comment agit-il dans chacun des cas ? (actes différents, discours et thèmes abordés différents ? durée de consult différente ? autre ?) quels sont les indices qui me font dire que le médecin considère tel patient comme stabilisé ? + les indices évoqués par le médecin (lui poser la question) et conséquences sur le comportement du médecin.

Annexe 8. Graphiti-Cirdd : présentation de l'association et liste des conférences analysées

Graphiti-Cirdd : Groupe de Réflexion et d'Action des Praticiens Hospitaliers et Intervenants en Toxicomanie Interdépartemental – Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances.

L'association pluridisciplinaire Graphiti a été fondée en 1991 par un collectif de soignants et de chercheurs en sciences humaines et sociales impliqués dans les questions de drogues et de sida. Dans les années 1990 et 2000, elle a organisé plusieurs cycles de conférences dans l'objectif d'ouvrir le débat sur ces deux thématiques trop souvent envisagées séparément à l'époque. Les conférences commençaient par l'intervention d'un ou plusieurs intervenants invités, spécialistes français ou internationaux du sujet abordé, et se poursuivait par un débat avec la salle. Ces événements attiraient de nombreux acteurs locaux du soin spécialisé (intervenants en toxicomanie, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.). La substitution et la réduction des risques ont été des thématiques phares, entre autres dans un souci de réflexion sur les modalités de leur mise en place dans la région. Il n'était pas rare que la substitution s'invite dans les débats alors que la thématique initiale était toute autre. Graphiti semble avoir été le seul organe capable de réunir sans heurts des acteurs aux conceptions divergentes, alors que les TSO suscitaient souvent des échanges passionnés entre leurs défenseurs et leurs détracteurs.

L'association est aujourd'hui rattachée à la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives. Elle se consacre principalement à des activités de formation professionnelle, de prévention et de mise à disposition d'un fonds documentaire sur la thématique des drogues. L'activité de mise en relation de différents professionnels lui a été retirée au profit des réseaux de santé, mais elle constitue toujours un acteur ressource pour les soignants de la région. À l'heure où nous écrivons ces lignes, son devenir est incertain car la reconduction du financement de ses postes salariés est régulièrement menacée.

Actes de conférences Graphiti :

	Date	Titre
1	27/11/1992	« Les programmes de substitution en Europe »
2	25/02/1993	« Politique de substitution, projets de réduction des risques liés à la démarche de soins aux toxicomanes en France »
3	16/06/1993	« Le débat en Midi-Pyrénées autour de la politique de substitution »
4	21/06/1994	« Évolution des lois, Modifications des prises en charge »
5	29/11/1994	« Toxicomanie, substitution, dépénalisation, contrôle social ? »
6	02/05/1995	« Du produit à sa symbolique »
7	22/11/1995	« Sida, toxicomanie, institutions de soins : représentations croisées »
8	24/01/1997	« Les traitements de substitution » (Cahors, Lot)
9	17/06/1997	« Polytoxicomanie et réduction des risques en Europe »
10	03/12/2002	« Subutex, 6 ans après »

Annexe 9. La médicalisation, un concept débattu en sciences sociales : synthèse de la littérature

Ces dernières décennies, les travaux en sciences sociales de la santé utilisant la notion de médicalisation se sont largement développés. Conrad (1992) tente d'en cerner les différentes acceptions dans la littérature anglo-saxonne des années 1970 et 1980. Il constate l'extrême diversité des interprétations : « Même si beaucoup de choses ont été écrites sur la médicalisation, la définition n'a pas toujours été clairement énoncée » (Conrad 1992, p. 210, notre traduction)

Conrad situe dans les années 1970 l'apparition du terme « médicalisation » en sciences sociales. Le concept émerge dans le cadre d'une lecture critique de l'ingérence croissante de la médecine sur la vie humaine. L'auteur note qu'il est rarement utilisé comme un « terme neutre qui décrit que quelque chose est devenu médical » (Conrad 1992, p. 210). Les premiers travaux ayant une approche en termes de médicalisation sont influencés à la fois par la conceptualisation que fait Parsons de la médecine comme une institution de contrôle social (avec notamment l'idée de maladie comme déviance et le « rôle social du malade ») et par les théories interactionnistes de « l'étiquetage » (*labelling theory*) et de la réaction sociale. Conrad cite notamment Freidson comme précurseur d'une approche qui relie médicalisation et contrôle social. Il note également que dès la fin des années 1960, des auteurs comme Foucault et Gusfield analysent l'évolution historique du traitement médical de certains phénomènes même s'ils ne se revendiquent pas du cadre théorique de la « médicalisation ».

Les objets auxquels s'applique le concept dans les travaux de recherche des années 1970 et 1980 sont relativement variés. Conrad répertorie deux types de phénomènes faisant l'objet de conceptualisations en termes de médicalisation : les « comportements déviants » (« *deviant behaviours* ») et les « processus naturels de la vie » (« *natural life processes* »). Dans la première catégorie il cite entre autres l'alcoolisme, l'hyper-activité, l'obésité, la dépendance aux opiacés, la maltraitance infantile... ; dans la seconde catégorie : la sexualité, la naissance, la ménopause, le vieillissement, la mort... (Conrad 1992, p.213).

Selon Conrad, même si la plupart des travaux sur la médicalisation s'accordent pour constater le rôle croissant de la profession médicale dans la gestion de ces problèmes, la définition de la médicalisation ne saurait se réduire à cet aspect. Il propose une définition plus large, qui

n'implique pas nécessairement l'intervention des médecins : « La médicalisation consiste à définir un problème en termes médicaux, à utiliser un langage médical pour décrire un problème, à adopter un cadre médical pour comprendre un problème, ou à utiliser une intervention médicale pour le “traiter” » (*ibid.*, p. 211). Selon lui, la médicalisation peut exister à trois niveaux: (1) le niveau « conceptuel », lorsqu'un vocabulaire médical est utilisé pour définir un problème ; (2) le niveau « institutionnel », lorsqu'une intervention médicale est organisée sur le plan politique pour traiter un problème ; et enfin (3) le niveau « interactionnel », lorsque la médicalisation s'imisce dans les relations médecin-patient – quand un médecin diagnostique comme une pathologie un problème du type « vie de famille malheureuse » (c'est l'exemple utilisé par Conrad). C'est seulement à ce niveau interactionnel que la profession médicale est impliquée directement, puisque les définitions et les politiques peuvent être décidées par des non médecins. Cette conception peut être comparée à celle de Freidson (1984). Selon cet auteur, chaque médecin possède le pouvoir de définir les frontières du normal et du pathologique. Lors du diagnostic clinique, le médecin attribue le statut de maladie à un état donné dès le moment où il nomme la maladie. Les médecins sont des « entrepreneurs moraux » – autrement dit des agents de contrôle social – dès lors qu'ils décident de ce qui doit être considéré comme pathologique et nécessiter une intervention médicale. Pour Freidson, la profession médicale en tant que collectif, de par son autorégulation et le monopole du savoir et de l'expertise qu'elle revendique, est en mesure définir elle-même son territoire d'action, et par là même de contrôler la *définition* de l'état de maladie, ce qui lui confère un pouvoir au niveau « conceptuel » et non plus uniquement « interactionnel » comme le décrit Conrad.

En minorant le rôle de la profession médicale, l'analyse de Conrad va à l'encontre des travaux qui proposent de mesurer la médicalisation par l'accroissement du territoire professionnel des médecins. Pierre Aïach (1998), par exemple, définit la médicalisation comme une « extension du domaine médical, s'agissant des institutions de santé et des personnels médicaux et paramédicaux », ou encore une « extension du champ de compétences de la médecine et de tout ce qui s'y rattache » (p.15). Il considère que « l'expansion démographique des effectifs des professionnels de santé » constitue un signe de la croissance de la médicalisation de nos sociétés. Or, comme le soulignent Drulhe et Clément dans leur contribution à l'ouvrage d'Aïach et Delanoë (1998), envisager la médicalisation uniquement par des « indices de population médicale et de consommation de soin » relève d'une approche « simpliste » et réductrice. La médicalisation n'est pas spécifiquement portée par la profession médicale.

Pour Didier Fassin, la médicalisation est « une transformation culturelle et non simplement une conquête professionnelle » (Fassin 1998). Selon cet auteur, la médicalisation doit être reliée à

des transformations sociales globales telles que la « rationalisation » des conduites individuelles constatée par Max Weber ou encore l'avènement de la « civilisation des mœurs » (cf. Norbert Elias). Ainsi, pour Fassin, la médicalisation inclut la préoccupation croissante des individus pour leur santé, l'appropriation de « valeurs et de décisions en matière de santé ». La médicalisation implique donc aussi le « monde profane » (Fassin 1998, p. 6). Fassin affirme même que « l'exclusion ou le retrait des médecins pourrait à cet égard apparaître comme la forme la plus achevée de médicalisation » (*ibid.*).

De même, selon Aïach (1998) la médicalisation se traduit par « l'amplification des préoccupations de santé de la population ». L'injonction de « bonne » santé est érigée au rang de valeur (« *healthism* »), ce qui conduit Aïach à parler de « médicalisation de la vie » (*ibid.* p. 25). Sur ces points, la conception d'Aïach et celle de Fassin diffèrent en partie de celle de Conrad pour qui la médicalisation est avant tout une affaire de définition d'un problème en termes de pathologie, et de mise en œuvre d'un traitement médical pour y remédier. Aïach considère la médicalisation non pas appliquée à tel ou tel phénomène, mais comme un processus social en expansion dans l'ensemble de nos sociétés occidentales : la place grandissante de la « valeur santé » qui se muerait en une « valeur suprême » menaçant de devenir « totalitaire ». Conrad, au contraire, met en garde contre ce type d'analyses qui ont pour présupposé une « *over-medicalization* » et n'appliquent plus le concept à des objets précis.

Sans ériger la médicalisation comme un processus omniprésent dans notre société, Conrad insiste cependant sur le fait que les profanes peuvent être partie prenante de la médicalisation d'un phénomène donné, entendue ici comme accession à une définition médicale du comportement en question. Les personnes concernées peuvent, par exemple, militer pour que leur problème soit reconnu publiquement comme une maladie. La médicalisation n'est donc pas systématiquement le résultat d'un « impérialisme médical » (Conrad 1992, p. 219), et ce même si elle apparaît souvent en lien avec le contrôle social. Selon Conrad, le contrôle social est avant tout définitionnel, il s'agit du pouvoir de définir un comportement en termes médicaux. Sa mise en œuvre passe par des politiques et des « technologies » médicales, comme, par exemple, les dispositifs de surveillance analysés par Foucault (il s'agit là du niveau « institutionnel » de la médicalisation). Ainsi, la médicalisation ne résiderait pas tant dans l'extension des prérogatives de la profession médicale, que dans l'émergence de définitions et de traitements médicaux au sujet de divers phénomènes.

À ce sujet, Fassin (1998) opère un lien entre la notion de « médicalisation » et celle de « santé publique ». Pour lui, « c'est au moment où s'opère un déplacement de la clinique médicale à la santé publique que la médicalisation prend toute son amplitude » (*ibid.*, p. 7). Les mesures de

prévention et de dépistage participeraient ainsi de la médicalisation de plusieurs domaines de l'existence – on peut les assimiler à des « technologies » telles que les décrit Conrad. Avec la santé publique, « la médicalisation prend une dimension politique », elle constitue un langage dans lequel peut se déployer l'action publique. Le langage médical devient ainsi une « forme légitime d'expression du politique » (*ibid.*, p. 10). Relier médicalisation et santé publique permet à Fassin d'insister sur la dimension morale de la médicalisation, contenue dans l'idéologie de la santé publique : la médicalisation est porteuse d'une norme sociale, elle a pour objectif une « normalisation » des comportements (*ibid.*, p. 7). En cela, une « politique de médicalisation » est aussi une politique de « moralisation » (*ibid.*, p. 9). Fassin insiste sur l'articulation, dans les politiques de santé publique, entre les deux dimensions du contrôle social théorisées par Foucault : « contrôle sur les corps par la microphysique du pouvoir et contrôle sur les populations par le gouvernement de l'État » (*ibid.*, p. 8). Il donne ainsi une définition large et transversale de la médicalisation comme un « contrôle social sur les corps », dans un va-et-vient entre le niveau des politiques et celui des pratiques médicales.

L'ouvrage coordonné par Aiach et Delanoë (1998), duquel sont issus les textes de Fassin et d'Aiach que nous venons d'évoquer, rassemble des contributions renvoyant à une pluralité de phénomènes, qui sont pourtant tous décrits en termes de « médicalisation ». Cet ouvrage a le mérite de concentrer différentes acceptions de la notion, rendant visible la variété des usages possibles. La diversité des objets auxquels les contributeurs l'appliquent sont le reflet de la diversité des significations qui peuvent lui être données: médicalisation de la douleur, des difficultés socio-économiques, du vieillissement, de la ménopause, et même du domicile des malades. Cette multiplicité d'objets – problèmes sociaux, évènements ou périodes de la vie, symptômes organiques, lieux – rend instable l'extension du concept de médicalisation. Si la médicalisation est partout, ce concept devient difficilement opératoire. On pourrait finalement considérer qu'il existe des médicalisations, et non un processus unique de médicalisation de la société en tant que paradigme totalisateur qui permettrait d'interpréter des changements très divers.

Dans le souci de clarifier ce point, Conrad définit la notion de médicalisation comme « un processus par lequel des problèmes non médicaux en viennent à être définis et traités comme des problèmes médicaux, habituellement en termes de maladie ou de troubles » (Conrad 1992, p. 209). Cette définition présente cependant une ambiguïté, qui réside dans l'expression « problèmes non-médicaux ». Opposer problèmes « médicaux » et problèmes « non médicaux » médicalisés revient, en effet, à présupposer que le caractère médical d'un problème est une donnée *a priori*. Or une approche sociologique constructiviste ne saurait statuer sur le tracé de la frontière entre le médical et le non médical. Comme le remarquent Le Bodic et Hardy, « le médical n'est pas dissociable des

conditions sociales, culturelles, politiques et économiques de sa constitution » (Le Bodic, Hardy 2012, p. 8).

C'est certainement cette difficulté méthodologique qui conduit Conrad à une nouvelle affirmation : « L'intérêt pour la médicalisation a principalement porté sur des problèmes auparavant non médicaux qui ont été médicalisés (et, souvent, pensés comme indûment médicalisés), mais en fait, la notion de médicalisation doit inclure tous les problèmes qui en viennent à être définis en termes médicaux » (Conrad 1992, p. 211) Que penser de cet énoncé ? Faut-il analyser en termes de « médicalisation » tous les problèmes qui font l'objet d'une définition et d'un traitement médicaux ? La posture constructiviste nous paraît méthodologiquement pertinente car elle oblige le chercheur à remettre en question les évidences les plus flagrantes. Parler de médicalisation pour les affections les plus courantes permet de déconstruire un présupposé fortement ancré dans nos esprits, à savoir l'interprétation d'un ensemble de symptômes comme une entité unique définie comme pathologique. Cependant, la posture constructiviste ne doit pas devenir paralysante et empêcher la production de tout discours sur le monde social. Ainsi, le concept de médicalisation semble susceptible de perdre de sa portée heuristique dès lors que l'on affirme que tous les problèmes traités par la médecine peuvent faire l'objet d'une analyse en ces termes, ou que la médicalisation s'étend à tous les domaines de l'existence humaine. La « médicalisation » induit des difficultés conceptuelles dès lors que l'on cherche à statuer sur son extension. Si l'on considère que tout problème peut être l'objet de médicalisation, la notion perd en compréhension. Si l'on adopte au contraire une approche essentialiste qui sépare d'emblée les problèmes « vraiment » médicaux des problèmes « non médicaux et médicalisés », des contradictions surviennent, d'autant plus que la notion prend son sens au sein d'une approche constructiviste : la médicalisation est une forme de « construction sociale » de la réalité (Conrad 1992; Fassin 1998). Ainsi, ces débats renvoient plus globalement aux problèmes théoriques posés par une approche en termes de « construction sociale » déjà soulevés par Hacking (2001).

RESUME

Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique

En autorisant tout médecin à prescrire du Subutex, la législation française désigne les généralistes libéraux comme acteurs essentiels d'une politique de santé publique liée à l'usage de drogues : la dispensation de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cette thèse vise à comprendre comment la médecine générale compose avec cette prérogative. L'appropriation des TSO par les généralistes se décline à un niveau collectif – à quelles conditions cette mission peut-elle être assumée par ce groupe professionnel ? –, mais aussi sur le plan interactionnel – comment une personne dépendante devient-elle le patient d'un généraliste ? La question de l'appropriation d'une politique publique rejoint donc celle de l'acquisition problématique du statut de « patients » pour des individus socialement stigmatisés, et relevant parallèlement d'une politique pénale.

Fondé sur une enquête par entretiens et observations de consultations, notre travail montre que les généralistes s'approprient les TSO au moyen d'un processus de tri des patients et des tâches accomplies. La notion de tri est heuristique pour décrire les adaptations des généralistes à l'extension de leurs prérogatives par les politiques publiques : loin de manifester un refus de mettre en œuvre la politique substitutive, le tri vise à la rendre compatible avec les valeurs et modes d'organisation propres à la médecine générale.

Les pratiques de tri des médecins s'inscrivent dans un système local de prise en charge, sur lequel ces derniers s'appuient pour adresser les indésirables à leurs confrères. Cependant, leurs critères de sélection produisent des inégalités d'accès aux traitements : tous les « toxicomanes » ne deviennent pas des « patients » dans les mêmes conditions. L'ethnographie des consultations suggère que le statut de patient s'acquiert au cours de la construction d'une relation avec le médecin, où la prescription du TSO devient progressivement routinière. Dès lors, le stigmate de « toxicomane » s'estompe au profit du statut de patient de la médecine générale.

Cette thèse invite à confronter plusieurs échelles et niveaux d'analyse, en envisageant la mise en œuvre d'une politique de santé sous l'angle des interactions médecin-patient.

Mots clés : sociologie ; médecine générale ; traitements de substitution aux opiacés ; drogues ; médicament ; interactions médecin-patient ; tri ; échelles d'analyse.

ABSTRACT

Opiate substitution treatments in general practice: the appropriations of a public policy

French legislation allows any physician to prescribe Subutex. Consequently, liberal general practitioners are key actors of a public health policy related to drug use: providing opiate substitution treatments (OST). This thesis aims to understand how general practice copes with this prerogative. Appropriation of OST by general practitioners comes at a collective level – how can this mission be assumed by this professional group? –, and also at an interactional level – how does an opiate addicted person become the patient of a general practitioner? The issue of appropriating a public policy is related to that of acquisition of patient status for socially stigmatized persons, who are, at the same time, the subjects of a penal policy.

Our qualitative study (interviews and observations) shows that general practitioners appropriate OST by a sorting process. Sorting is a heuristic notion to describe practitioners' adaptations with extension of their prerogatives by public policies: they don't refuse to implement the substitution policy. On the contrary, they try to make it compatible with their values and their professional daily organization. Sorting practices take place into a local system of actors: practitioners send undesirable patients to their colleagues. However, their selection criteria produce inequalities in access to treatments: every addict doesn't become a patient in the same conditions. Consultations ethnography suggests that the patient status can be acquired while building a relationship with the doctor, in which the prescription is gradually becoming routine. Therefore, the stigma of "addict" fades, in favor of the status of general practice patient.

This thesis invites to confront multiple scales and levels of analysis, by studying the implementation of a health policy through the prism of doctor-patient interactions.

Keywords : sociology; general practice; opiate substitution treatment; drugs; doctor-patient interactions; sorting; triage; analysis levels