



**Institut d'anthropologie clinique**

29 chemin des Côtes de Pech David 31400 Toulouse

Tél-Fax 05 62 17 20 86 – [iac@i-ac.fr](mailto:iac@i-ac.fr) – [www.i-ac.fr](http://www.i-ac.fr)

**ANTHROPOLOGIE CLINIQUE  
ET ADDICTIONS**

**SERGE ESCOTS**

***PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES  
POUR LA RÉALISATION D'UNE TYPOLOGIE  
DES RESSENTIS OPIACÉS***

## Introduction

L'association ASUD constate qu'il existe de nombreuses incompréhensions entre usagers et praticiens concernant les effets des opiacés. Pour le dire vite : c'est comme si parfois, médecins et usagers ne parlaient pas de la même chose. À entendre tour à tour des usagers de drogues consommateurs d'opiacés, utilisant des médicaments de substitution et les médecins qui les prescrivent, on est souvent surpris du décalage qui existe entre leurs discours sur les effets des opiacés. Ce décalage s'explique dans le fait que ces deux discours reposent sur des savoirs de natures différentes : l'expérience et l'expérimentation. À l'expérience intime, incarnée, subjective de l'utilisateur s'oppose l'expérimentation contrôlée, distanciée, objective du laboratoire. Deux légitimités se confrontent, ce qui n'est pas sans conséquence sur la mise en œuvre des traitements de substitution, leur efficacité et leur utilisation en dehors de tous cadres.

Est-il possible de construire, avec la rigueur d'une démarche scientifique, un pont entre ces deux savoirs ? Est-ce utile ? Cela serait-il juste ?

À l'origine de cette démarche une discussion avec Fabrice Olivet et Pierre Chappard sur l'intérêt de disposer d'une « échelle de ressentis opiacés » qui améliorerait le dialogue médecin-patient/usager et serait utile pour comparer de façon homogène des résultats dans des études sur les consommations d'opiacés. Avant de réfléchir à la faisabilité même de ce projet plusieurs problèmes se posent pour définir une problématique qui soit traitable.

## De combien à quoi : Échelle ou typologie ?

Le premier problème porte sur l'objet même : une *échelle* de ressentis. La notion d'échelle renvoie à une topologie verticale linéaire : du moins au plus. Ceux qui pensent que les usagers de drogue sont des manipulateurs y verront une intention « politique » à faire de cette échelle un argument scientifique pour en avoir plus quand le médecin en donne moins. Mais le problème n'est pas là. Il semble que si la logique d'intensité existe, le ressenti opiacé ne se réduit pas à cela. Sa topologie est aussi horizontale, c'est-à-dire qu'il met en jeu plusieurs types d'état de conscience. C'est une différence avec le recours des opiacés dans une finalité antalgique où la subjectivité de la douleur est, en théorie du moins, strictement inverse à celle de l'action de l'opiacé.

Mais dans la problématique d'usage qui nous occupe ici, les objectifs de la prise d'opiacés ne sont pas uniques. Dans cette perspective, une échelle serait une sorte de

hiérarchisation d'état de conscience aux registres disparates (plaisir, douleur, apaisement, stimulation, etc.) dont la définition du sommet n'irait pas sans poser problème.

À se limiter à savoir si l'opiacé est plus ou moins ressenti par son utilisateur, on court le risque qu'une échelle bipolarisée (+ -) n'apporte finalement pas une grande richesse dans le dialogue médecin-patient/usager. Ainsi dans l'usage d'opiacés en dehors de finalités antalgiques, plutôt qu'une échelle, il serait préférable de travailler à une typologie des « ressentis opiacés » des patients/usagers. Son avantage pratique résiderait dans une perspective diagnostique dans sa capacité descriptive.

## Une approche scientifique du ressenti est-elle possible ?

Deuxième problème, la question « scientifique ». Il convient de se mettre d'accord sur l'objectif de l'étude puis de voir s'il est possible de l'atteindre dans le cadre de disciplines scientifiques. Si la question est de savoir s'il est possible d'aborder la question du ressenti des opiacés à partir d'exigences méthodologiques de différentes disciplines scientifiques, la réponse est oui. Si la question est de savoir si la typologie obtenue sera universelle, la réponse est non.

La question est de savoir s'il est possible d'obtenir un degré de correspondance suffisant entre ce que les catégories de la typologie définissent et la réalité de ce qu'elles décrivent pour pouvoir s'en servir ensuite de façon opérationnelle. Le caractère scientifique du résultat se démontrerait si l'on peut mettre en évidence des correspondances serrées entre les types d'effets ressentis par les utilisateurs d'opiacés et des processus localisables dans le système nerveux central.

Il semble possible de façon rigoureuse et précise :

- a) De dire comment actuellement les usagers de drogues en France catégorisent de façon implicite leurs ressentis avec les opiacés et les différentes manières qu'ils ont de les exprimer.
- b) De dire comment la neuropharmacologie catégorise les différents effets des opiacés.
- c) D'établir des correspondances et des écarts à partir des rapprochements de ces deux modèles de catégorisations d'effets des opiacés.

## Disposer d'une telle typologie pourrait être utile, mais cela serait-il juste ?

On pourrait formuler la question autrement : dans la mesure où il existe des objectifs différents entre les acteurs concernés par l'existence de l'utilisation de médicaments opiacés (responsables politiques, patients, usagers, autorités sanitaires, médecins, intervenants du soin ou de la réduction des dommages, chercheurs, citoyens), l'existence d'une telle typologie procurerait-elle un avantage à certains au détriment d'autres ?

Comme le formulait justement Aude Lalande (Lalande et Grelet 2001)<sup>1</sup>, il n'existe pas *la* substitution mais *des* substitutions, où différentes logiques sont à l'œuvre. En matière d'utilisation d'opiacés, les logiques de l'action sanitaire ne recouvrent pas totalement celles du champ médical qui ne recouvrent pas celles des usagers. Nous avons montré dans un précédent travail (Escots & Fahet 2004)<sup>2</sup> que la limite des traitements de substitution est atteinte lorsqu'un médecin qui ne se comporte pas comme un médecin prescrit un

<sup>1</sup> Lalande A., Grelet S., *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville*, OFDT, 2001.

<sup>2</sup> Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la Buprénorphine Haut Dosage*, OFDT, 2004.

opiacé à un patient qui ne se considère pas l'être. Dans ce type de situation, le problème pour le médecin est : comment soigner un patient qui ne se considère pas comme un malade. Alors que pour l'usager, il s'agit d'obtenir ce qu'il pense être bon pour lui, d'un médecin qui, lui, pense que le patient ne peut pas le savoir. Dans l'ensemble des prescriptions de médicaments de substitution aux opiacés, nous ne savons pas quelle est la part de ces types de situations.

Quoi qu'il en soit, dans un cas comme dans l'autre, pouvoir disposer de références communes sur les effets permettrait de discuter plus précisément de ce qui se passe pour une personne avec un opiacé. On peut faire l'hypothèse que l'outil sera au service de celui qui en a besoin. Aussi bien du médecin qui cherche à comprendre dans quelle situation il se trouve avec un patient ; que du patient qui souhaiterait faire mieux comprendre sa situation au médecin.

## L'immense hétérogénéité des situations ne rend-t-elle pas impossible toute tentative de typologie ?

Les opiacés fonctionnent dans un rapport effet/dose<sup>3</sup>, ce qui rend pratiquement impossible toute tentative de typologisation, puisque :

- a) Deux doses différentes de produits identiques ou différents peuvent induire chez des sujets différents, des « ressentis » soit différents, soit identiques ;
- b) Deux doses équivalentes d'un même produit peuvent induire des « ressentis » différents chez des sujets différents ;
- c) Dose ne signifie rien lorsqu'il s'agit de produits non industriellement calibrés.

Ces points fondamentaux permettent d'introduire le pivot central de la recherche : l'**intentionnalité**. L'intentionnalité est depuis plusieurs années un axe de recherche en neurosciences<sup>4</sup>. Si l'intention d'un sujet à prendre tel ou tel produit à telle ou telle dose, de telle ou telle manière, dans tel ou tel contexte peut parfois échapper à sa raison consciente, d'un point de vue neurobiologique, il existe une intentionnalité envisagée comme « *la projection d'un sujet vers un objet* »<sup>5</sup>.

## Du point de vue de l'effet ressenti, la notion d'intentionnalité rend possible l'étude

Partir de l'intention énoncée pour dégager l'intentionnalité implicite est une façon de rendre possible la recherche, sans perdre son ancrage scientifique. La notion d'intentionnalité permet à la fois de résoudre l'objection de l'impossibilité du fait de l'hétérogénéité infinie des cas et de structurer la démarche de façon rigoureuse en articulant discours des usagers, intentionnalité et processus neuropharmacologiques.

Ainsi, les taux plasmatiques vecteurs de l'effet neuropharmacologique varient selon les métabolismes à partir de caractéristiques biologiques du sujet (tolérance, dépendance, vitesse de métabolisation, etc.) de façon indépendante aux doses administrées : produit et dose identiques administrés à des métabolismes différents induisent des effets différents.

Nous formulons l'hypothèse suivante : le sujet prend la dose de la manière qu'il croit nécessaire à la réalisation de son intentionnalité (en dehors d'accident lié à un surdosage insu par méconnaissance absolue du produit utilisé). Une fois posé ceci, la question du

<sup>3</sup> Avec une limite pour la buprénorphine du fait de ses propriétés d'agoniste partiel.

<sup>4</sup> Searle J., *L'intentionnalité*, Éditions de Minuit, 1986.

<sup>5</sup> Delacour J., *Une introduction aux neurosciences cognitives*, De Boeck Université, 1998, p. 20.

dosage réel n'est plus nécessaire à l'échafaudage problématique. Que certains soient des métaboliseurs lents ou rapides, qu'ils aient des récepteurs opiacés endogènes plus ou moins nombreux, etc. n'a pas d'incidence sur le fait que pour un sujet donné, il existe l'administration d'un produit donné à une certaine dose, d'une certaine manière (injection sniff, etc.) pour obtenir un effet particulier identifiable.

Deuxième hypothèse : il existe un nombre fini d'états de conscience possibles catégorisables de façon formelle correspondant à un nombre fini d'intentionnalités que les usagers obtiennent de différentes manières. Il s'agira d'examiner, dans quelles conditions, les usagers obtiennent ou non ces états de conscience : avec quel produit, à quelle dose et avec quelle mode d'administration. C'est-à-dire de pouvoir identifier et définir de la façon la plus précise possible les différentes intentionnalités et les états de conscience correspondants afin d'en constituer un inventaire fini.

Remarquons que ce que l'on appelle « ressentis opiacés » n'a pas d'existence mesurable d'un point de vue réel, car il n'y a aucun lieu où l'on puisse le localiser de façon matérielle. L'usage de cette terminologie se conserve provisoirement dans l'exposé, pour les commodités de la réflexion et de la discussion. Il existe en revanche des états neurobiologiques identifiables et des énoncés d'usagers qui décrivent leurs expériences, entre autres, dans des études en sciences sociales ou humaines fondées sur le recueil de discours.

En réalité, il existe d'une part un discours scientifique qui décrit des états neurobiologiques induits par la consommation d'opiacés et qui en infère des états de conscience (ce que *doit* ressentir l'utilisateur compte tenu de l'effet caractérisé neuropharmacologiquement) et d'autre part des narrations individuelles dont les fragments contiennent des schèmes discursifs dont on peut faire l'hypothèse qu'ils sont en rapport avec ces configurations neurobiologiques. D'une certaine manière, il s'agit de voir s'il existe une cohérence typologique entre un ensemble de schèmes discursifs dégagés de narrations individuelles avec les catégories du discours neuropharmacologique sur les effets des opiacés. La question d'une typologie des effets des opiacés qui prendrait en compte le ressenti des usagers est la suivante : peut-on déduire des correspondances du rapprochement de ces deux catégories ?

## Axiomatiques de la recherche

- 1) La pharmacodynamie attendue en raison de l'affinité des opiacés pour les différents récepteurs.
- 2) La construction singulière d'une catégorie d'effet d'un opiacé pour un sujet dépend :
  - a. de la totalité des interactions du sujet avec les opiacés ;
  - b. d'interactions avec d'autres substances psychoactives qui font références pour lui pour penser cette catégorie d'effet ;
  - c. des énoncés portant sur les usages des psychotropes (opiacés ou pas) dont il peut effectivement disposer pour penser l'effet qu'il catégorise ;
  - d. de son intentionnalité à consommer cet opiacé.
- 3) En s'appuyant sur les travaux des neurosciences cognitives qui montrent que la perception est surdéterminée par l'histoire interne de l'organisme (Von Foerster, 1962<sup>6</sup> ; Maturana et Varela, 1980<sup>7</sup> ; Varela, 1989<sup>8</sup>), ainsi que sur les travaux ethno-anthropologiques et socio-ethnographiques qui mettent en évidence le

<sup>6</sup> Foerster H. V., *Principles of Self-Organization*, Pergamon Press, 1962.

<sup>7</sup> Maturana H., Varela F.J., *Autopoiesis and cognition : the Realization of the Living*, Boston studies in the philosophy of science, t. XLII, Boston, D. Reidel.

<sup>8</sup> Varela F. J., *Autonomie et connaissance*, Seuil, 1989.

déterminisme culturel dans l'effet des psychotropes (Lévi-Strauss, 1970)<sup>9</sup> ; et dans les travaux fondateurs sur la sociologie de la déviance qui montrent comment l'effet d'un produit est un apprentissage socialisé (Becker, 1985)<sup>10</sup> ; et en accord avec les travaux socioethnographiques français sur les usages d'opiacés dans un cadre médicalisé ou en dehors qui décrivent les différents effets à partir des discours des usagers (Lalande et Grelet, 2001<sup>11</sup> ; Reynaud-Maurupt et Verchère, 2003<sup>12</sup> ; Escots et Fahet, 2004<sup>13</sup>) ; il est possible de déduire que :

- a. pas d'effet opiacé sans substrat neurobiologique, ni contexte culturel ;
- b. pas de ressenti opiacé sans une histoire biologique singulière avec les opiacés ;
- c. pas de ressenti opiacé sans apprentissage dans des interactions sociales ;
- d. pas d'interactions sociales qui mettent en jeu des opiacés sans discours sur les effets des opiacés dans les groupes où se déroulent ces interactions sociales.

## Une typologie est-elle possible ?

Il découle des arguments précédents que s'il est possible :

- 1) D'accéder aux énoncés d'usagers suffisamment diversifiés pour couvrir et saturer l'ensemble des intentions d'usage d'opiacés possibles de façon à :
  - a. distinguer des catégories homogènes de comportements atypiques ;
  - b. analyser les constructions langagières qui décrivent les états de conscience correspondant aux intentions d'usage ;
  - c. décrire les pratiques d'usages qui réalisent ces intentions et états de conscience ;
  - d. construire une typologie structurale d'intentionnalités implicites d'usages des opiacés (système sémique<sup>14</sup> d'usage).
- 2) De réaliser au travers d'une méta-analyse de la littérature une typologie des effets neuropharmacologiques des opiacés principalement utilisés par les usagers de drogues en France actuellement.

Alors :

- 3) Une typologie des effets des opiacés qui prendrait en compte le point de vue des usagers est possible. Sa réalisation mobiliserait ensemble plusieurs domaines de recherche :
  - a. Neuropharmacologie.
  - b. Linguistique et sémiotique.
  - c. Ethno-anthropologie.
- 4) Plusieurs phases sont à mettre en œuvre :
  - a. Recueil auprès des patients/usagers<sup>15</sup>, analyse du matériel et réalisation d'une typologie structurale d'intentionnalité des usagers ;
  - b. Méta-analyse de la littérature et synthèse d'une typologie neuropharmacologique ;
  - c. Rapprochement des deux typologies précédentes, analyse et élaboration d'une typologie d'effets des opiacés.

<sup>9</sup> Lévi-Strauss C., *Les champignons dans la culture*, Anthropologie structurale deux, pp. 263-279, Agora, 1996.

<sup>10</sup> Becker H.S., *Outsiders*, Métailié, 1985.

<sup>11</sup> Lalande A., Grelet S., *op cit.*

<sup>12</sup> Reynaud-Maurupt C., Verchère C., *Les nouveaux usages de l'héroïne*, OFDT, 2003.

<sup>13</sup> Escots S., Fahet G., *op cit.*

<sup>14</sup> Greimas A.J., *Sémantique structurale*, puf, 2007, p.33

<sup>15</sup> Ou à partir de matériel déjà recueilli.

Dès les années 60 aux États-Unis des chercheurs mirent au point des méthodes d'évaluation des effets subjectifs des psychotropes<sup>16</sup>. Sous formes de questionnaires où il s'agissait de cerner l'exhaustivité des effets possibles auto-perçus par le consommateur aussi bien concernant son état physique, psychique, relationnel que sa « *philosophy of life* ». Ainsi, la classification de l'ARCI, contient 550 items. L'intérêt de la standardisation dans ce type d'approche n'est plus à démontrer, mais, elle ne permet pas de répondre au problème que l'on pose. En effet, il s'agit dans ce type d'approche de faire passer la subjectivité de l'effet d'un psychotrope par la grille « d'objectivation » de l'équipe de recherche. C'est-à-dire que les effets subjectifs sont *a priori* objectivés, au travers du découpage sémiotique qui opère dans la grille sous forme d'énoncés par lesquels on va interroger le consommateur. Notre démarche est inverse, puisqu'elle se propose de partir du discours tel que l'usager le produit, et de ne dégager qu'*ensuite* la sémiotique qui le structure.

De plus, dans la mesure où il s'agit d'énoncés construits aux USA dans les années 60, l'utilisation de ce type d'outil supposerait, une adaptation des items à la France des années 2000.

De fait, une équipe de la Salpêtrière a mis en place un protocole de recherche qui reprend une partie des items de l'ARCI sous forme d'un questionnaire de 49 questions expérimenté auprès de consommateurs d'amphétamine<sup>17</sup>.

Dans le cadre d'une recherche sur les effets subjectifs des opiacés où le recueil de discours serait spécifique, il pourrait être intéressant, à titre de croisement et de mise en perspective des données, d'utiliser ce type d'outil<sup>18</sup> pour comparer les matériaux recueillis et d'en vérifier la cohérence<sup>19</sup>.

## Conclusion

La grande diversité d'utilisation des médicaments de substitution aux opiacés et les logiques parfois contradictoires auxquelles se confrontent les différents acteurs (responsables politiques, patients, usagers, autorités sanitaires, médecins, intervenants de la réduction des dommages ou du soin, chercheurs, citoyens) plaident en faveur de la réalisation d'un outil partageable sur l'évaluation des effets subjectifs des opiacés. Sous forme d'une typologie des différents effets qui renverrait à un ensemble d'intentionnalité d'usage, cet outil favoriserait un dialogue plus précis entre les acteurs, tant pour améliorer l'offre globale des réponses sanitaires dans leurs dimensions politiques que la réponse individuelle donnée au cas par cas dans le cadre du colloque singulier.

Une telle typologie est possible dans le cadre d'exigences méthodologiques de plusieurs disciplines scientifiques associées. Les moyens mobilisables pour la réalisation de ce travail restent raisonnables au vu du résultat que l'on peut en escompter.

*Ce travail a fait l'objet d'une présentation lors des EGUS IV qui se sont déroulés à Paris le 15 octobre 2008.*

<sup>16</sup> Haertzen C., et al, *Developpement of the Addiction Research Center Inventory (ARCI) : selection of item that are sensitive to the effects of various drugs*, Psychopharmacologia 4, 155-166 (1963)

<sup>17</sup> Warot D., et col., *Sensitivity and specificity to amphetamine of a french version of the 49-item form of the addiction research center inventory*, Drug and alcohol dependence, 1997, vol. 45, n°3, pp. 177-183.

<sup>18</sup> En l'adaptant pour partie aux opiacés.

<sup>19</sup> Remerciements au Dr Maryse Lapeyre-Mestre du CEIP de Toulouse pour ses indications concernant l'ARCI et les travaux de l'équipe de la Salpêtrière et au Dr Dominique Warot pour l'accès à la version française du 49-item de l'ARCI.