

Substitutions

Par Jacques Derrida

La substitution, les substitutions, car il y en a plus d'une, comment *traiter ce sujet*? Il y a d'ailleurs, vous le remarquerez aussitôt, entre les mots "substitution" et "sujet" des affinités qui ne sont pas si secrètes, même si elles cultivent les dessous électifs de deux mots en "sub", comme si un sujet était ce qui d'avance se soumet ou s'assujettit à ce qu'on appelle une substitution. Comment traiter, donc, de ce sujet qu'on appelle la "substitution"?

Parmi ceux qui traitent les toxicomanes comme parmi ceux qui traitent *de* la toxicomanie, certains accréditent sans réserve le mot de "substitution", ai-je cru comprendre, et surtout l'expression "produit de substitution".

Il y a là, comme déposé dans ces mots, "substitution" ou "produit de substitution", un capital de confiance sémantique. Ce crédit n'est en rien entamé par les débats qui font rage autour des produits de substitution, la méthadone ou le Subutex par exemple.

Car même là où on se méfie, pour mille raisons, desdits "produits de substitution", le sens de ces mots n'est en rien discrédité. Qu'on soit pour ou contre, pour et contre à la fois, plutôt pour ou plutôt contre (parfois "en désespoir de cause" vient de dire Claude Olievenstein), on est supposé savoir, dans cette mesure même, dans la mesure de l'accord ou du désaccord, ce que ces mots veulent dire ou ce que nous voulons dire à travers eux.

Or, avant même de commencer, voici une pré-hypothèse de travail. Il existe au moins *trois concepts de substitution*. Soyons plus précis. Plutôt que trois concepts, disons qu'il existe trois usages, trois types de discours, trois régimes sémantiques, trois codes ou trois champs de pertinence pour le mot-concept de substitution.

Ces trois "logiques", si vous préférez nommer la chose ainsi, sont non seulement différentes, dissociables mais radicalement hétérogènes entre elles, si bien que les trois noms de "substitution" sont à cet égard, entre eux, de simples homonymes.

À ce titre, ils risquent de prêter à confusion. Pourtant, et les redoutables difficultés que je voudrais analyser commencent là, tout irréductibles entre elles qu'elles demeurent, ces trois "logiques" de la substitution restent inséparables. Et ce sont des "logiques" qui semblent défier *la* logique, le bon sens.

Deux d'entre elles, les deux premières, si vous voulez, *semblent* concerner le remplacement de certains X apparemment remplaçables, quoique non équivalents- puisque, par exemple, on remplace ce *pharmakon* qu'on appelle une drogue toxique par cet autre *pharmakon* qu'on appelle un médicament sous contrôle médical ou "produit de substitution"- l'autre, la troisième ou la dernière, à

moins que ce ne soit la toute première, semble vouée, au contraire, au remplacement de *ce qui* ou plutôt de *qui* reste irremplaçable, quoique, en principe, au contraire et d'une toute autre façon, équivalent(comme ce qu'on appelle classiquement et traditionnellement, mais je me méfie de ce langage, une "personne humaine").

A ces trois "logiques" a-logiques de la substitution, je donnerai des noms plus tard, en marquant en quoi, à la fois dissociables et indissociables, elles requièrent et excluent à la fois la dissociation. Cette aporie appelle les plus exigeantes responsabilités éthiques, juridiques, politiques, thérapeutiques. Elle assigne son lieu à la décision responsable, à la responsabilité commune de ceux qui sont associés et partenaires dans le "traitement" ou dans une expérience partagée que j'hésiterai (et m'en expliquerai plus tard) à appeler "traitement"; et c'est elle, cette aporie, que je vais discuter, c'est-à-dire cultiver un peu, puis, en quelques flashes, le temps nous manque, commencer sobrement, et sans trop d'ivresse, à humer ou à ruminer.

Maintenant je commence.

Admettons ceci, si vous voulez bien, comme une histoire vraisemblable, sinon comme une fiction, ou une fable : *ego sum, je suis* ici, mais je suis ici un corps étranger, un hôte reconnaissant, certes, mais un corps étranger qui fait l'expérience de l'hospitalité.

Simultanément, ledit corps étranger tente de penser cette expérience de l'hospitalité, de l'hospitalité conditionnelle ou inconditionnelle, prête à tout ou presque tout. Le corps étranger se demande en quoi et pourquoi une culture de l'hospitalité, voire de l'hospitalisation, a toujours été préoccupée par ce qui s'appelle, dans une tradition et selon des textes que j'évoquerai plus tard, la substitution.

Qu'est-ce donc que la substitution ?

Ce corps étranger, je le suis, et je le suis à la trace. Je ne suis rien d'autre qu'un corps étranger déterminé à suivre les pistes et les ruses d'un corps étranger.

Vous entendriez alors le corps étranger parler. Il vient de remercier ses hôtes, il promet de le faire encore mais déjà il s'interroge:

"Qu'est-ce qu'un corps étranger? Où arrive-t-il? Où a-t-il lieu, où se trouve son lieu propre?

A-t-il un lieu propre? ou bien vient-il prendre la place d'un autre corps qu'ainsi il remplacerait?

Comme le même ou comme un autre? Ou bien vient-il occuper, comme un remplaçant, une place en vérité laissée vacante, une place vide? Dans les deux cas, son emplacement serait un remplacement."

Le corps étranger continue alors de s'interroger: "Qu'est-ce donc qu'un remplacement? "

Une voix de la salle lui répond: "Une substitution. Le corps étranger est un substitut."

Le corps étranger proteste. Il répète alors sa question initiale : "Certes, mais que veut donc

dire "substitut", "substitution", "substituer"? Qu'est-ce que la substitution?

Où commence-t-elle? Où finit-elle? Est-ce que la substitution remplace l'identique par l'identique ou seulement par le ressemblant? Par le même ou par l'autre? Analogie? Allégorie? Métonymie? Métaphore?

Qu'est-ce que la substitution dont on parle tant, pour en débattre sans fin dans l'espace public de ladite santé publique et dans la noble corporation de ceux qui, selon les lois de l'hospitalité des hôpitaux, ont la responsabilité de *traiter*, comme on dit, les toxicomanes et de *traiter de* la toxicomanie? Peut-on classer ici les phénomènes de substitution et de "produit-de-substitution" dans la grande et vieille problématique de la prothèse ou de la greffe qui intéresse certains d'entre nous, philosophes, depuis longtemps et qui a été relancée, au cours des dernières décennies, à un rythme sans précédent, par des développements techno-scientifiques inouïs? "

Et le corps étranger continue sans désespérer: "Je n'ajoute pas encore à la liste de ces questions celles qui ne manqueraient pas de se multiplier autour du mot "produit" quand on se demande ce que signifie, dans le même milieu hospitalier et dans le même discours autorisé au sujet de la santé publique, l'expression courante, le "produit de substitution"(méthadone, Subutex ou buprénorphine, utilisé en France, si je comprends bien, de façon expérimentale, Temségic, LAAM (lévo-alpha-acétyl-méthadol,etc.).

Le mot "produit" indique bien, entre autres choses, que cela, ledit "produit de substitution", ne se trouve pas dans la nature. Un produit est produit, précisément, on ne le trouve pas, en tant que tel, dans la nature, c'est un artefact, une production, une invention ou une institution technique, en vérité une institution légitimée, industrielle, donc brevetée, et mise en circulation légale et contrôlée sur un certain marché. Et, comme tout ce qui n'est pas dans la nature, dans la *physis*, ledit produit appartient à l'ordre de tout ce qu'on distingue de la nature (*physis*), à savoir *tekhnè*, *nomos*, *thésis*, la technique, la loi, la convention, c'est-à-dire aussi la place laissée au simulacre, à la fiction, à la fable, au phantasme, à l'interprétation, etc.

Mais si la drogue non plus n'est pas dans la nature, comme j'avais essayé naguère de le rappeler, de le préciser et d'en tirer quelques conséquences (la toxicité peut être dans la nature, point la drogue)[1], et si tout ce qui n'est pas naturel garde en soi quelque dimension substitutive, et telle est la définition de ce qui n'est pas naturel et commence donc par se substituer à la nature en entrant irréversiblement dans une chaîne de substitutions et de substitutions de substitutions, si donc la drogue elle-même n'apparaît pas comme telle, dès son origine, sans quelque déplacement substitutif, alors qu'est-ce qu'un "produit de substitution" qui viendrait, comme on le croit, se substituer à de la drogue?

Qu'est-ce que cette substitution qui se substituerait à une substitution? Pour réveiller un langage et une logique du *supplément* dont j'avais fait grand usage naguère, je traduirais ainsi ma

question: qu'est-ce que ce supplément qui viendrait *s'ajouter*, pour y suppléer, mais comme on supplée à un *manque*, à un autre supplément?

Tout en vous disant, sans trop tarder, ma profonde reconnaissance, du fond du cœur, pour une invitation qui m'honore, je ne peux pas ne pas avouer devant vous une inquiétude et un malaise, au moment où, pour prendre part à vos travaux, je m'apprête timidement à vous confier quelques réflexions modestes, préliminaires, inquiètes, surtout, et sans doute trop générales, sur ce qui peut articuler ce concept énigmatique de "substitution", concept si fuyant qu'il semble d'avance se fuir lui-même, se dérober, se dédoubler ou se substituer à lui-même, avec le concept non moins étrange de "corps étranger". Ce corps étranger pourrait prendre au moins trois figures et être représenté par trois instances, qui toutes semblent donner lieu et en appeler à des formes de substitution.

Quels sont ces corps étrangers? Eh bien, disons pour faire vite:

1. celui ou celle qu'on appelle ou identifie comme le ou la toxicomane;
2. le produit surnommé "drogue";
3. le "produit" surnommé "produit de substitution".

Le premier corps étranger, le toxicomane, le *pharmakos* exclu, répond, semble-t-il, à la question "qui?", les deux autres, du type *pharmakon*, le produit supposé toxique et nocif, empoisonnant, la "drogue" (*drug* en anglais) et le produit de substitution devenu chose médicale destinée à soigner, médicament à visée thérapeutique (*drug* en anglais) répondent à la question "quoi?".

1. Le premier corps étranger, qui répond à la question "qui?", cela pourrait donc être d'abord le drogué, le toxicomane lui-même, tel qu'il est souvent *nommé, traité* (je dis bien *traité*, en laissant encore à ce mot toute sa charge équivoque), traité par une société qui tente de faire ce qu'on fait toujours avec un corps supposé étranger : ou bien l'exclure rituellement, sacrificiellement, comme le *pharmakos* hors de la cité grecque, ou bien au contraire, à moins que cela ne revienne au même, le réapproprier, le ré-intégrer, le ré-assimiler, le ré-habiliter, le ré-insérer, etc.

2. La substance représentée par ce qu'on appelle la drogue elle-même, si quelque chose de tel que la drogue *elle-même* existe proprement, ce que je ne crois pas; nous aurions affaire, avec la drogue (poison ou *pharmakon*, dirait Platon), à un corps étranger qui, n'ayant pas d'existence propre, est d'avance engagé dans une chaîne de substitution, avant même d'être, prétendument, relayé, remplacé ou suppléé par ce qu'on croit pouvoir identifier comme un "produit de substitution". J'en dirai davantage plus tard.

3. Par conséquent, le troisième corps étranger, le corps étranger secondaire, le corps auxiliaire qui vient en apparence seconder l'autre, le remplaçant pour le relever, et pour finir, espère-t-on, par

le relever de ses fonctions, cela pourrait être cet autre corps étranger qu'on appelle un "produit-de-substitution"(encore un *pharmakon*, dirait Platon, mais cette fois au sens de remède), corps aussi étranger au corps propre que cette "camisole chimique" dont parla un jour Claude Olievenstein (à qui je veux ici commencer par dire mon admiration en saluant le courage et la lucidité, la patience et l'impatience révolutionnaires avec lesquels il a frayé tant de voies, ouvrant et instituant les lieux de cette hospitalité- inconditionnelle ou non- dont je voudrais reparler plus tard).

Claude Olievenstein parlait il y a trois ans de "camisole chimique"[\[2\]](#) à propos de produits de substitution . Il entourait alors ce propos de plusieurs types de considérations qui m'importeront au plus haut point par la suite et que je résume ainsi, sous *quatre chefs*.

A. D'une part, et *premièrement*, il y aurait le risque que fait courir le simple recours

mécanique, voire mercantile aux produits de substitution, hors de ce que Olievenstein appelle une "véritable chaîne thérapeutique" , chaîne dans laquelle j'essaierai plus tard de reconnaître, pour ma part, de façon peut-être un peu plus inquiétante, une autre chaîne ou une autre logique de la substitution.

La simple administration technique, instrumentale, automatique, pharmacologique des produits de substitution institue des lieux où l'on ne s'occupe pas, dit Olievenstein, "de soigner mais de contenir les toxicomanes".

Et je voudrais, permettez-moi de le dire encore par anticipation, me demander plus tard avec vous ce que signifie "soigner" dans ce cas, de façon spécifique, par opposition à "contenir", et surtout dans les espaces de ce qui reste selon moi totalement à re-penser et qu'on désigne sous les noms statutaires, apparemment pleins de bon sens mais fort obscurs à mes yeux, de "santé publique", de "santé" tout court et d' "injonction thérapeutique". S'il y a de la substitution avant le "produit-de-substitution", est-ce que la logique de la répression dénoncée ("camisole chimique", "contenir" au lieu de "soigner", etc.), est-ce que le risque de cette violence n'est pas déjà inscrit, lui-même, au moins comme risque (mais qu'est-ce alors que l'expérience du risque?) dans l'enjeu de ce qu'on appelle "soigner" et surtout du "soigner" dans l'espace public de la santé publique?

Qu'est-ce que soigner? est-ce seulement apaiser une souffrance? Peut-on accréditer une opposition simple entre la souffrance et le plaisir ou le bien-être? qu'est-ce que la publicité de l'espace public et de la santé publique? Qu'est-ce qu'une injonction thérapeutique? Je reviendrai vers cette ruche de question qui restent ou redeviennent toute neuves. Elles redeviennent inédites, comme des questions d'avenir (je le note puisque l'avenir est à l'agenda de cette rencontre), et elles sont réveillées, ces questions, voire radicalement renouvelées par le devenir même de la toxicomanie, par les transformations techno-scientifiques, bio-chimiques, pharmacologiques, par les transformations du marché mondial, du droit international, de la télé-communication et de l'espace public qui en conditionnent la mutation. Aucune assurance, aucun "bon sens" ne nous garantissent

rien dès lors qu'il s'agit de penser ces choses , "soigner", "injonction thérapeutique", plaisir, bonheur, souffrance, malheur, *res publica*, espace public, santé publique, santé en général.

B. *D'autre part, deuxièmement*, dans le même texte , Claude Olievenstein note aussi, toujours dans la logique de la "camisole chimique", que le produit de substitution a pris le relais des topologies de l'exclusion dans les bâtiments naguère réservés, dans l'espace public, aux fous et séparant les hommes des femmes.

Dès que surgissent les produits de substitution, on n'a plus besoin de lieux d'inclusion ou d'exclusion , ni de frontières topologiquement marquées pour assurer le contrôle sécuritaire, car, dit Olievenstein, "avec les produits de substitution il n'y a plus ce type de problèmes puisque, à dose suffisante, ils inhibent totalement la libido".

Si une "dose suffisante" réprime totalement la libido, l'expression de "dose suffisante" ne désigne plus seulement une évaluation quantitative; du moins l'économie de la dose n'est-elle plus objectivable comme un calcul quantitatif, elle désigne le lieu d'une décision - entre les mains du médecin ou de quiconque est supposé disposer des éléments du calcul -, donc le lieu d'une responsabilité éthique redoutable.

Et s'agissant du lieu, ou du produit de substitution qui réussirait la performance d'exclure, du dedans, si je puis dire, d'exclure ou d'enfermer sans lieu d'enfermement, sans topologie d'apartheid, je rappelle qu'en grec *atopos* est un des mots pour dire le fou. Le fou serait le sans-lieu, celui qui n'a pas lieu.

Eh bien, aujourd'hui, en déplaçant un peu ce mot, on pourrait dire que l'*atopos*, le fou sans lieu, c'est le toxicomane sous produit de substitution.

C. C'est sans doute, *troisièmement*, ce qui pousse Olievenstein à repérer ce qu'il tient, en fait pour une limite des produits de substitution.

De même qu'il parlait prudemment de "dose suffisante", il se réfère avec une rigoureuse précaution à, je cite, "la grande majorité des toxicomanes" pour tracer une frontière entre drogues susceptibles de substitution et drogues irréductibles à toute substitution possible, donc drogues irremplaçables, soustraites à toute suppléance ou à toute complémentarité possibles. Cette frontière, on pourra toujours se demander si elle a une valeur intemporelle, si elle existera toujours ou si elle est déterminée, conditionnée par l'état actuel des recherches et des mises au point chimiques, pharmacologiques, bio-industrielles de produits de substitution. En tout cas, Olievenstein souligne cette limite, à savoir la frontière entre produits substituables et produits apparemment insubstituables, et surtout il inscrit sa remarque dans un champ d'interprétation socio-politique, voire économique-politique où se pose la question du minoritaire et de l'identitaire, de la revendication identitaire dans les communautés

minoritaires:

On nous présente le traitement par la méthadone, produit de substitution, comme une nouvelle méthode libératrice pour les individus et socialement efficace. Or cette méthode n'est pas nouvelle: elle fonctionne aux États Unis depuis des décennies. Elle a certes évité une certaine dangerosité mais n'a réglé en rien le problème de la toxicomanie. *La grande majorité* [Je souligne] des toxicomanes prennent des produits pour lesquels il n'y a pas de substitution. Les communautés minoritaires, notamment noires, savent ce qu'est le piège du contrôle social. Elles prennent systématiquement d'autres produits comme le crack, qui leur permettent de soutenir une revendication identitaire. Bien plus, certains, en nègres marrons, osent revendre leur méthadone pour se procurer de l'héroïne ou bien mélangent héroïne et méthadone.

Le souci "identitaire" n'est d'ailleurs pas l'objet d'une évaluation univoque de la part d'Olievenstein, qui semble le comprendre, sinon l'approuver, dans le cas que je viens d'évoquer, mais s'en inquiéter, à la fin, quand il nomme, ce sont ses derniers mots, les "toxicomanies identitaires":

Nier la complexité du problème peut être momentanément efficace; à terme, même les vaches deviennent folles... Ce système enfante d'autres monstres et crée d'autres toxicomanies identitaires.

Cette limite des produits de substitution, comme ce recours à des toxiques qui restent inaccessibles à toute substitution, nous la trouvons prise en compte en particulier dans l'ouvrage que Marc Valleur (que je tiens à remercier chaleureusement, ainsi que Michel Hautefeuille pour leur invitation) a publié avec Pierre Angel, Denis Richard et d'autres collègues, de Marmottan et d'ailleurs sur les *Toxicomanies*[\[3\]](#).

Après avoir noté le progrès spectaculaire des traitements de substitution en France au cours des 5 dernières années, les auteurs notent que si ce traitement permet de "médicaliser" les toxicomanes (et cette médicalisation, sur laquelle insiste aussi le Rapport Henrion (1995), comporte tous les effets ambigus dont nous venons de parler), si ce traitement permet d'escompter (ce qui ne veut pas dire obtenir) un grand nombre de "bénéfices", notamment en diminuant les risques liés aux injections intraveineuse (et la synchronie est désormais bien connue et reconnue entre les techniques de substitution et le développement du Sida et des hépatites B et C), si ce traitement réduit les actes de délinquance et les symptômes de manque, s'il facilite une réintégration sociale, professionnelle, familiale, il ne peut suppléer certains toxiques encore non substituables, et que certains toxicomanes, déjà sous traitement de substitution, continuent de consommer, la cocaïne, le cannabis, l'alcool, l'ecstasy, les benzodiazépines, etc.

D. *Quatrièmement* enfin, ce qu'avance encore Olievenstein quand il parle de *respecter* une *éthique*, va me conduire vers une seconde logique de la substitution, qui est aussi une autre "chaîne" de substitution.

Je souligne l'expression "chaîne thérapeutique" dans un passage où Olievenstein demande qu'on réintègre tout ce que la camisole chimique (donc la substitution quasi physico-chimique, la première loi de substitution pharmacologique) aura écarté du savoir la relation au plaisir, la révolte sociale, les raisons familiales, l'affect individuel, bref tout ce qui doit être pris en compte dans une clinique compréhensive. Olievenstein se plaint alors de ce que le manque de moyens, un soutien financier insuffisant de la part des pouvoirs responsables de la santé publique, donc de la société, comme les luttes entre spécialistes et compétences cloisonnées aient mis en échec cette bonne "chaîne thérapeutique", prévue par le "système français", système qui, malgré toutes les imperfections de la loi de 1970, semblait permettre de respecter une certaine "éthique" (c'est le mot d'Olievenstein) à travers différents éléments de ladite "chaîne" (produits de substitution, mais aussi clinique complexe et attentive à la singularité du patient , à son histoire, à sa phantasmatique, à son désir, à son plaisir et à sa souffrance, etc.).

Ce que je voudrais retenir ici de ce diagnostic et de cette prescription, c'est la formule de transaction par laquelle Olievenstein conclut au sujet des produits de substitution. Il dit en effet:

Soyons clair, il ne faut pas exclure la substitution, mais elle doit rester un outil parmi les autres, anonyme et gratuit.

C'est en répondant à l'impératif de ce "il faut" ou "il ne faut pas... mais" ("*il ne faut pas exclure la substitution mais elle doit rester un outil parmi les autres, anonyme et gratuit*") que la responsabilité de la décision aurait à s'exercer à travers des choix chaque fois singuliers et inédits, des choix tactiques, stratégiques (quand, où, comment, pour qui, selon quel dosage, à quel rythme? etc.), chaque fois dans une chaîne thérapeutique qui prend en compte et croise deux logiques: *d'une part* la première logique de substitution, celle que je viens d'appeler la substitution *quasi physico-chimique* ou *quasi pharmacologique* (j'expliquerai le "quasi" plus tard), celle du "produit de substitution", avec ses ressources mouvantes, prises dans le progrès constant d'une recherche expérimentale internationale, dans le champ d'un marché, dans les contraintes législatives et étatiques de la santé publique; mais *d'autre part*, inséparablement, la clinique, l'attention vigilante et chaque fois originale à la singularité du patient, à son milieu social et familial, à son histoire, à sa culture, à son langage et à sa langue, à son organisation phantasmatique, etc.

Bien que personne, dans le milieu médical ou dans le milieu des responsables de la santé publique n'ait jamais osé récuser la nécessité de croiser ces deux approches, ces deux approximations, il faut bien reconnaître le rôle d'éclaireur qu'aura joué Marmottan dans cette voie. Ceci est trop évident.

C'est donc autre chose que je voudrais suggérer ici au sujet du croisement ou de l'entrelacement difficile mais indispensable entre les deux approches, dans cette chaîne

thérapeutique générale.

C'est qu'il ne s'agit pas ici d'associer une logique de la substitution *quasi* physico-chimique ou *quasi* pharmacologique à une logique de non-substitution. L'approche clinique, existentielle, symbolique (qu'on l'appelle comme on voudra), l'approche qui, sans jamais s'y réduire, doit entourer l'administration du produit de substitution et veiller sur elle, *c'est aussi et déjà une logique de la substitution*, une autre logique et la logique d'une autre substitution qu'il faut prendre la responsabilité d'articuler, d'entrelacer, de croiser avec la première.

Avant de nommer et d'analyser dans son schéma, comme dans ses conséquences, cette seconde logique de la substitution, permettez-moi comme entre parenthèses, le temps d'une courte pause, d'avouer une inquiétude et un malaise. Mon incompetence notoire, quant aux problèmes spécifiques que vous avez mission de traiter dans des conditions si graves et qui demandent tant de courage et un sens si aigu des responsabilités, de responsabilités de toute sorte, ma connaissance limitée de l'histoire passée ou en cours de ces problèmes, mon impréparation, ma formation, mes vieilles habitude de toute sorte, tout cela fait de moi, ici, déjà, une sorte de corps étranger dans votre corporation, voire une sorte de substitut venu à la place laissée vide de je ne sais qui ou quoi. (Mais pour toucher en passant à ce qui est peut-être le fond de la question, comment quelqu'un pourrait-il venir vous dire: vous savez, moi, *ego cogito, ego sum*, moi, moi qui pense, moi qui suis, moi qui vous parle, je suis un substitut, je suis un autre, je viens comme autre?) .

Cet étranger ne voudrait pas ressembler à un philosophe qui viendrait ratiociner de façon abstraite ou spéculative sur des mots, des concepts, des questions de sémantique, de logique ou de rhétorique là où vous avez affaire, de façon concrète, dans l'urgence la plus dramatique, à la chose même qu'on appelle la souffrance.

Mais voilà, qu'est-ce que la chose même? Et la souffrance même? Et ce qu'on voudrait lui opposer, le plaisir même? Toute la pratique hospitalière qui entoure de sa prévenance multiforme le recours aux produits de substitution, avons-nous le droit de dire qu'elle n'a plus rien à faire avec de la substitution? Je n'en crois rien. La singularité de chaque patient (qu'il s'adresse à vous sous "injonction thérapeutique" ou non), nous la savons tissée, comme singularité, dans son expérience, dans son histoire, dans son désir, dans son organisation phantasmatique, selon les fils d'une chaîne et d'une trame substitutive. Il n'y a là que des substitutions pulsionnelles, psychiques, imaginaires, symboliques, donnez-leur le nom que vous voulez, dès lors que vous les soustrayez aux substitutions supposées purement physico-chimiques. Dans une traduction rhétorique à laquelle je ne me fierais pour l'instant que par commodité, je dirais que l'effet de toxicomanie est inscrit dans un réseau - chaîne et trame - de métaphores, de métonymies, de condensations, de déplacements, autant de relais substitutifs, autant de suppléments et de suppléants, autant de corps étrangers aussi, sans lesquels on ne comprendrait rien aux pulsions, aux désirs, aux plaisirs ou aux souffrances du

toxicomane. Or dès qu'un médecin (ou quiconque joue son rôle et se substitue à lui) entre dans une relation avec ce patient-toxicomane, il doit assumer à cet égard deux responsabilités et souscrire à deux axiomes.

Il doit d'abord, *d'une part*, admettre qu'il a déjà affaire, du côté du toxicomane, à des lois de substitution, qui pour n'être pas celle des produits de substitution et des molécules physico-chimiques, n'en sont pas moins, de part en part de véritables substitutions qui s'articulent dès le *départ, sans retard, a priori*, avec la logique des produits de substitution. C'est aussi pourquoi j'ai parlé, au sujet de cette dernière, de logique *quasi physico-chimique*, car *dès le départ, sans retard, a priori*, le rapport au physico-chimique, dans la prise de drogue ou de produits de substitution, est disons compliqué, originairement compliqué et surdéterminé par l'autre régime des substitutions, disons psychiques, symboliques, phantasmatiques, le plus souvent inconscientes - donc à interpréter.

D'autre part, le médecin ou son substitut s'il prend en compte la double articulation de ces deux régimes de substitution, sait qu'il se trouve, qu'il le veuille ou non, dans une situation transférentielle et contre-transférentielle qui relève aussi d'une relation substitutive et qui constitue la réponse la plus appropriée au couple turbulent "produit-de-substitution-quasi-physico-chimique/substitution psycho-métonymique".

Et il sait qu'il ne pourra tenter d'exercer sa responsabilité thérapeutique qu'en assumant cette logique transférentielle, c'est-à-dire substitutive devant ce que je viens d'appeler le couple turbulent (dans lequel, et tout le devenir de la science y est appelé, on ne cessera de réévaluer la part respective et articulable de chacun des deux membres du couple).

Mais si je me sers à dessein du mot *transfert*, ce n'est pas parce que le lien d'amour que, selon Freud, constitue le lien transférentiel, me paraît l'objet d'un concept clair, rigoureux, assuré, disponible. Je pense exactement le contraire, et la chose dite "transfert" me demeure aussi obscure que problématique.

Mais je tiens à me servir de ce mot à deux fins. D'un côté, la nature substitutive du transfert ne fait aucun doute. Partout où il y a transfert, il y a de la substitution sans produit de substitution, même si partout où il y a produit de substitution une machine transférentielle est déjà au travail.

D'un autre côté, bien évidemment je veux faire venir, avec ce mot, adhérent à ses racines historiques, un peu du terreau psychanalytique. Non qu'il s'agisse ici, pour moi, aujourd'hui, d'accréditer dogmatiquement LA psychanalyse, freudienne ou post-freudienne, ni aucun de ses énoncés théoriques, de ses normes pratiques ou de ses statuts institutionnels.

J'appelle psychanalytique ici, de façon minimale, une prise en compte clinique, à laquelle personne ne semble prêt à s'opposer publiquement, surtout quand il s'agit d'entourer de façon prévenante et prudente, multilatérale, l'administration des produits de substitution, l'attention

clinique à la psyché singulière du patient, et cela dans une relation qu'on pourrait nommer, toujours de façon minimale, de tête-à-tête: ni nécessairement un face à-face psycho-thérapeutique, ni nécessairement une séance avec divan et conforme aux règles et au temps de la situation analytique. Mais un tête-à-tête, une relation duelle de type transférentiel. Car personne, me semble-t-il, ne peut nier une spécificité de type psychanalytique, disons au moins, une prise en compte de la culture psychanalytique dans la clinique réclamée par tous ceux qui ne veulent pas devenir des machines à administrer des produits de substitution et à normaliser la toxicomanie en la contrôlant, au service de la sécurité ou du bon fonctionnement social. Autrement dit, un souci de type psychanalytique, rigoureux ou non, cultivé ou non, compétent ou non, doit et ne peut pas ne pas marquer une pratique hospitalière qui s'adresse à la deuxième logique de substitution (quasi-psycho-phantasmatico-symbolico-métonymique, etc. - toujours à interpréter) et tente de l'articuler avec la première, celle, *quasi physico-chimique*, des produits de substitution.

En d'autres termes, du côté du transfert ou du côté du tissu psychique du patient, la seconde logique de substitution doit d'une part accueillir au moins le principe d'une certaine révolution psychanalytique et d'autre part s'exposer à la grande et vieille et nouvelle question, j'allais dire de l'âme et du corps, vous avez traduit et donc substitué, la grande et vieille question, plus nouvelle que jamais en raison des progrès inouïs de la techno- science bio-neuro-psychique des rapports entre l'organique, le physico-chimique (toujours impur) et le psychique (toujours impur).

Avant de vous dire les *deux raisons* pour lesquelles, de façon si sommaire, principielle et générale, je nomme en ce point la psychanalyse, je m'autorise une fois de plus d'un propos du Professeur Olievenstein.

Ce propos, je l'ai rencontré avec d'autant plus de plaisir et de jubilation narcissique que j'avais écrit moi-même, entre autres essais sur des choses psychanalytiques, un texte intitulé, lors d'une intervention dans un colloque: "Ne pas oublier la psychanalyse".

J'y exposais il y a déjà quelques années, les raisons de résister à la vague de réaction anti-psychanalytique, voire à la récession ou à la résignation de la psychanalyse qui semblait, qui semble toujours marquer notre temps. Surtout "Ne pas oublier la psychanalyse", écrivais-je alors.

Or que lit-on dans la Préface de Olievenstein au livre sur les *Toxicomanies* que je citais tout à l'heure? Ceci, le ne-pas-oublier, la non-amnésie, en une phrase, après une description générale de l'état des lieux, des problèmes et des tâches à venir: "Enfin, la psychanalyse elle-même *n'est pas oubliée*, résumant le débat- qui a toujours lieu- sur ce qui appartient à la structure et sur ce qui ne lui appartient pas." (Je souligne l'allusion à la non- omission de la psychanalyse.)

Le principe "psychanalyse", je l'ai donc nommé, sommairement, et réduit à sa requête minimale, pour deux raisons, dans le contexte qui est le nôtre.

Ces raisons concernent éminemment l'avenir, puisque celui-ci est inscrit à l'agenda de notre rencontre. Il y va deux fois de la *res publica*, je n'ose pas dire de la république, que sont les concepts de "santé publique", d'une part, et de "thérapeutique" d'autre part, dans le motif de l'"injonction thérapeutique" selon la loi de 1970.

Première raison, donc, le concept de santé publique.

Dès que, et dans la mesure où un tête-tête de type psychanalytique s'engage dans l'expérience des deux premières substitutions dont nous venons de parler, eh bien , nous ne sommes plus dans l'espace de la santé publique, de ses lois, de son autorité, de ses normes ou de ses règles.

Même si ce tête-à-tête a lieu dans un hôpital public, il y découpe une enclave en principe et en droit impénétrable.

Il ne s'agit pas ici simplement du secret professionnel auquel sont tenus ou qui protège les médecins même quand ils travaillent dans un service public.

Non, sans être secrète ou simplement privée, la situation analytique, dans ses prémisses minimales, reste et doit rester indifférente à tout souci de santé publique, voire, mais j'y viens dans un instant, et la chose est aussi difficile que débattue, à tout souci strictement thérapeutique, à la question d'une certaine normalité surnommée "santé" en général, avant même sa spécification en "santé publique".

Quand je dis "santé publique", je ne pense pas seulement ni d'abord aux visées les plus discutables, quoique non illégitimes, de protection sécuritaire, voire de sécurité sociale, de normalisation, de réhabilitation dont je sais qu'elles inquiètent beaucoup d'entre vous.

Non, je pense à toutes les responsabilités les plus vitales, les plus généreuses, voire les plus nobles de la santé publique. On ne peut, en principe, faire droit à une exigence psychanalytique rigoureuse qu'en *s'exceptant* de tout espace de "santé publique", voire de tout espace public en général, voire encore de tout souci ou savoir supposé au sujet de la santé en général.

C'est sur la frontière souvent indécidable et toujours menacée de cette *exception* que les décisions les plus graves, je le suppose, appellent des prises de responsabilité inouïes. Cela est vrai, me semble-t-il, pour les médecins spécialisés dans la toxicomanie à l'intérieur des hôpitaux publics, à Marmottan ou ailleurs, mais cela vaut aussi pour tous les psychiatres et même pour tous les psychanalystes de profession qui travaillent en association avec des institutions liées, selon un statut ou un autre, à ce qu'on appelle la santé publique, à l'Etat ou même à la société civile.

On doit même aller plus loin: la responsabilité appelée par une situation de type psychanalytique ne respire qu'à la hauteur où le lien social déjà constitué est comme suspendu, sinon interrompu.

Cette responsabilité concerne toujours la jointure entre les deux substitutions déjà reconnues, entre l'âme et le corps, si je puis dire, et elle est d'autant plus vive, mais nécessaire et terrifiante, qu'elle doit s'avancer sans normes préalables, sans règles générales, sans valeurs assurées, sans tiers reconnu ou statutaire dans le tête-à-tête transférentiel (même si un tiers phantasmatique est de la partie), et j'irai même jusqu'à dire sans savoir.

Il faut savoir, certes, il faut du savoir, des normes, des règles, des tiers,etc., mais l'instant de

la décision responsable, s'il en est une, suppose un saut par delà toutes ces assurances qui, à elles seules, transformeraient la décision en application d'un programme.

Là où le savoir, le savoir des normes, dicte une décision, il n'y a plus de responsabilité, ni même de tête-à-tête.

La responsabilité doit donc à chaque instant inventer ses propres normes et sa stratégie, à ses risques et périls, à l'intérieur d'une situation unique et périlleuse qui est elle-même née d'une prise de risque, d'une mise en jeu, voire d'un pari.

Elle est d'autant plus redoutable, cette décision responsable, en vérité angoissante, qu'elle doit non seulement s'inventer, inaugurer ses normes à chaque instant dans la solitude du tête-à-tête ou du corps-à-corps, d'âme à âme, mais que le "qui" (je ne veux dire ni sujet, ni personne, ni moi, ni conscience, ni corps, ni âme, ni même "pouvoir libre" pour des raisons que je suppose évidentes et que de toute façon je n'ai pas le temps de démontrer), le "qui" en question n'est pas assuré de son identité ou de son ipséité, engagé qu'il est dans une machine à substitution et au moins dans une situation transférentielle; et surtout il ne sait pas *devant qui* il assume une telle responsabilité dans la nuit, l'autre "qui" du tête-à-tête restant aussi à venir et inscrit dans le même jeu de substitution transférentielle que lui ; il ne sait ni devant qui ni jusqu'à quand, car cette expérience psychanalytique n'est pas, ne doit pas être un moment, le moment d'un tout dialectique, au sens banal ou au sens hégélien, un simple moment dans un processus général de la vérité.

Son temps est hétérogène au temps général, il peut interrompre le cours ordinaire de l'histoire (personnelle ou sociale), et donc être révolutionnaire ou rester, comme moment, interminable.

Je ne dis pas qu'une telle décision responsable soit, en toute pureté, en toute rigueur, possible.

Je dis que, si elle doit avoir lieu, comme décision responsable, et donc ouvrir à une expérience éthique de l'éthique, c'est à ce prix.

Et ce prix, ce n'est rien d'autre, pour commencer, que le suspens, certes dangereux, de tout impératif de santé publique. J'ajoute simplement, pour que mon propos ne paraisse pas trop inquiétant ou provoquant, que ce suspens de tout concept donné de la santé publique est aussi la condition de la moindre analyse critique ou généalogique de l'histoire de ce concept et de son interprétation actuelle à tel ou tel moment de tel Etat-nation, en Europe ou ailleurs.

Pour ne prendre qu'un exemple, la législation actuelle, la loi de 1970 ou d'autres dispositions analogues, et surtout leur transformation, leur amélioration, que beaucoup d'entre vous semblent souhaiter, nous ne pourrions même pas les envisager sans une analyse critique et généalogique du concept de santé publique (et donc du droit) tenu aujourd'hui pour normal, normatif, prescriptif.

Cette histoire est une histoire, elle n'est pas naturelle, elle ne l'a jamais été, elle est soumise

plus que jamais à de grandes turbulences et si quelque transformation, par exemple législative, doit l'affecter- personne n'en doute -, si un progrès est possible, c'est dans la mesure où l'on n'accrédite pas dogmatiquement telle ou telle configuration de la santé publique.

La loi de 1970, pour ne citer qu'elle, a quelque peu modifié, dans le domaine qui nous intéresse ici, la structure même et l'espace de la santé dite publique.

Ce suspens des normes et des lois de la santé publique n'est pas nécessairement dépolitisant.

Il peut même engager à une re-politisation, à une nouvelle pensée ou interprétation du politique, mais bien entendu à la condition de déconstruire et le concept donné du "public", de la "*res publica*", de la publicité de la santé publique, voire de la santé en général, et ce qui y lie, à un moment donné, mais non pour toujours, notre expérience du politique.

Quand on la prend en perspective dans toute l'ampleur de ses portées internationales, étatiques et méta-étatiques, selon toutes les logiques de substitutions qui vont de la production, du trafic, de la consommation et de l'administration légale du produit de substitution, tout au long de la thérapeutique dont nous parlons, jusqu'à son moment ou à son enclave psychanalytique, eh bien, la question de la toxicomanie pourrait bien être un des lieux les plus sensibles aujourd'hui pour cette réinterprétation historique du politique.

Deuxième raison, le concept du thérapeutique dans l'horizon de l'"injonction thérapeutique". Je ne peux pas m'enfoncer ici dans l'épaisse et broussailleuse forêt de cette question à la fois judiciaire et sanitaire, d'autant plus que les arbres y bougent constamment, comme dans Macbeth. Tout le monde s'accorde sur la nécessité de revoir la loi de 1970, dans son ensemble, quelque progrès qu'elle ait marqué de façon ambiguë.

Quant à "l'injonction thérapeutique modèle 1970", elle "paraît bien avoir vécu", notent Angel, Richard et Valleur, après avoir rappelé que cette prescription de l'obligation de soins (prononcée par un juge d'instruction, un juge des enfants ou une juridiction de jugement) n'a pratiquement pas été appliquée jusqu'en 1987 et ne l'a ensuite été que de façon inégale, insuffisante, faute de moyens notamment, même à partir de 1995 quand une circulaire a encouragé l'extension de cette mesure.

Pour m'en tenir au seul principe intentionnel, à la seule "idée", à l'esprit, si vous préférez, de ladite "injonction thérapeutique", je situerai seulement quelques questions, avant de me précipiter, faute de temps, vers une troisième ou, aussi bien, une première et dernière logique ou interprétation de la substitution.

Malgré toutes les imperfections de ce dispositif juridique, malgré ce qui en lui appelle tant d'amendements, l'"injonction thérapeutique" ouvre en tout cas un espace en principe libéré de la pression répressive et judiciaire en général. A travers des soins anonymes et gratuits, le médecin et

le toxicomane peuvent librement "travailler", si on peut dire, ensemble. Ils peuvent en principe veiller tous deux à ce que, pour me servir du langage que je tente de formaliser, la substitution n°2 (quasi psycho-symbolique ou phantasmatique, y compris l'enclave irréductible de la psychanalyse et de la substitution transférentielle) soit reconnue comme déjà à l'œuvre dans la substitution n°1.

Ils peuvent s'accorder à reconnaître que les "produits de substitution" sont déjà et doivent être réinscrits dans des processus de substitution plus amples (socio-symboliques, phantasmatiques, transférentiels) comme l'était déjà, dès le départ, si je puis dire, le recours addictif à la drogue.

Mais le contrat, les processus, le travail engagés dans l'espace de l'injonction thérapeutique, tout au long de la chaîne, continuent de lier, dans une durée elle-même contrainte, et le toxicomane et le médecin, à des normes de santé et de santé publique. Et c'est là qu'il nous faut prendre en compte deux problèmes ou deux équations à deux inconnues.

Considérons en effet l'injonction thérapeutique de l'autre côté, si je puis dire, non plus du côté du dispositif législatif et judiciaire de 1970 ou de la disposition de justice qui lie le toxicomane, mais du côté du serment ou de la profession de foi de la profession médicale qui enjoint de soigner avant toute autre considération.

Eh bien, dans le temps et dans l'espace de ce que j'appelle l'enclave psychanalytique et transférentielle, non seulement l'impératif de soigner, là même où l'on parle de *cure*, n'est pas l'objet d'un consensus éthique de la communauté psychanalytique, si quelque chose de tel existe.

On n'y parle pas de traitement, les mots de santé, voire de normalité n'y ont aucun statut régulateur; et surtout, c'est le double point sur lequel je voudrais insister en accélérant les choses, même si on voulait encore parler de *cure*, de traitement et de santé, d'une part, ce serait un devoir psychanalytique de suspendre tout lien essentiel entre ladite *cure* et quelque préoccupation, statutaire ou non, de santé publique; d'autre part, soigner ne voudrait pas dire, de façon univoque, apaiser la souffrance, ou y mettre fin, comme je l'ai lu ici ou là, dans des textes de psychiatres légitimement préoccupés de la spécificité de leur mission de soignants (et non d'auxiliaires ou de contrôleurs de l'ordre social).

Tous les médecins et la plupart des patients savent que "guérison" ne signifie pas fin de la souffrance.

C'est parfois le contraire. Si la psychanalyse nous a appris quelque chose, et quelque chose qui n'est nulle part mieux confirmé, de façon plus aiguë, plus spécifique, que par l'expérience de la toxicomanie et de toute addiction en général (sexe, tabac, alcool, etc.), comme par l'expérience de toute compulsion, c'est que le rapport entre souffrance et non-souffrance, souffrance et plaisir ou souffrance et euphorie, etc., n'est pas décidable comme un rapport d'opposition ou d'exclusion.

Il peut y avoir du plaisir à souffrir, voire à faire (se faire) ou à laisser (se laisser) souffrir, etc. Et c'est souvent d'un certain plaisir qu'il s'agit de "guérir". Tout cela est trop connu.

Il n'est donc pas sûr, depuis cette enclave psychanalytique et transférentielle de la substitution, qu'il y ait à *soigner*, et que là soit l'impératif catégorique, ni que soigner consiste à apaiser la souffrance ou à rétablir une norme de santé, ni que santé en général soit homogène à santé publique.

Je ne dis pas qu'il faille se rassurer dans une certitude inverse, mais c'est dans cette indécidabilité seule que les responsabilités les plus graves sont à prendre.

Elles sont à prendre, par définition, car il y va de l'essence de la responsabilité et de la décision, sans normes préalables et disponibles, sans normes qu'il ne faille inventer, réinventer dans chaque situation singulière, à la limite instable et poreuse entre des missions publiques, statutaires, voire étatiques et des devoirs sans statut professionnel, sans garde-fou, sans règle générale.

Une telle responsabilité impliquant toujours, j'ai essayé de le démontrer ailleurs, que la décision soit toujours la décision de l'autre, de l'autre pour moi ou de l'autre en moi, elle doit être partagée sans symétrie, en un sens du partage que je n'ai pas le temps de déployer, pas plus que je n'aurai le temps de dire plus d'un mot au sujet de la troisième ou première logique de la substitution dont je n'ai pas encore parlé.

Il s'agit d'un certain lien entre hospitalité et hospitalisation. Tel texte^[4] définit l'Hôpital Marmottan comme, je cite, un "lieu d'accueil inconditionnel".

L'expression "accueil inconditionnel" revient plus d'une fois dans cette même présentation. J'éviterai d'abuser d'une objection qui consisterait à tenir ladite inconditionnalité pour incompatible avec le contrat dont fait état le même texte. Il y est en effet question d'une "relation intersubjective et structurée par un contrat, tacite ou explicite, liant les "clients" à l'institution: selon les modalités de celui-ci les soignants s'engagent à respecter le volontariat et l'anonymat, et les clients à ne pas faire usage de drogue à l'intérieur de l'établissement et à ne pas se livrer à la violence, contre autrui ou à leur propre rencontre. "

Même si l'hospitalité inconditionnelle est incompatible avec le contrat, il y a indéniablement dans la fondation de Marmottan une idée régulatrice, plus précisément un principe d'urgence, de l'hospitalité inconditionnelle. Même si celle-ci reste en fait impossible, l'impossible.

Et la responsabilité la plus grave, la plus critique, la plus risquée, là encore, concerne la meilleure ou la moins mauvaise économie de transaction entre l'inconditionnalité et les normes contractuelles, c'est-à-dire la conditionnalité.

Je voulais seulement rappeler d'un mot que le mot et le concept de *substitution* (c'est la troisième ou première logique de la substitution, donc) ont été mis en oeuvre par des penseurs (chrétiens comme Massignon, juifs comme Lévinas) pour définir l'hospitalité inconditionnelle^[5].

Celle-ci, dans une tradition abrahamique (juive, chrétienne ou islamique) aurait vocation

d'accueillir l'autre en devenant responsable *pour lui*, non pas en s'identifiant à lui, non pas en le remplaçant, mais en devenant son hôte ou son otage (c'est le mot de Lévinas) au point de lui laisser la place: l'autre est chez lui chez moi, je suis chez lui en le laissant venir avant moi chez moi. Je suis, dans l'hôpital de cette hospitalité, l'hôte de l'hôte.

Si j'avais le temps de déployer les prémisses et les conséquences de cette autre pensée de la substitution, qui pourrait sans doute s'affranchir de son contexte de religion positive abrahamique, je soutiendrais qu'elle est déjà secrètement à l'oeuvre, sans s'y réduire mais en s'y entrelaçant, dès le seuil des substitutions n°1 et n° 2. Elle est déjà tacitement à l'oeuvre dans l'idée de l'hôpital et de la chaîne thérapeutique, y compris dans son enclave psychanalytique et transférentielle.

J'irai même jusqu'à dire qu'elle est déjà à l'oeuvre, sacrificielle ou non, comme l'expérience la plus risquée et la plus ludique de l'autre, dès le seuil des produits de substitution, et même dès le seuil de la compulsion addictive, qu'elle soit menacée, menaçante, risquée, joueuse ou parieuse.

Pour conclure d'un mot télégraphique, là se tiendrait, avant le droit et avant la politique, avant les instances de la santé et de la santé publique, avant les statuts professionnels du corps médical, avant mais bien sûr en vue de ce qui est ainsi précédé, là surgirait plutôt qu'elle ne se tiendrait la question éthique, plus vieille que toute norme et que toute loi positive, que toute disposition législative, plus vieille même que ce qu'on appelle en général l'éthique comme ensemble de normes, de règles et de lois générales. Au-delà de ce que Kierkegaard appelait le stade éthique de la généralité de la loi. Là surgirait la question toujours singulière de la singularité éthique: mais toujours d'une substitution à l'autre, de l'une à l'autre, entre ces trois figures de la substitution, dans la décision à prendre sans attendre, dans une situation qui doit être indécidable pour qu'il y ait une décision responsable digne de ce nom - et toujours dans l'urgence, faute de temps. Il y a éthique, comme toujours, comme maintenant, quand il y a urgence(vous connaissez cela, mieux que quiconque, l'urgence), quand le temps manque, quand le temps fait défaut, quand on se dit, sans rien y pouvoir: *il faut*, le temps, il manque, il faudrait du temps, plus de temps.

On n'a plus le temps de se donner le temps.

Toxicomanie et devenir de l'humanité, sous la direction du **Pr Claude Olievenstein**

© Odile Jacob, 2001

*1 (réédité en 2005)

*2 (réédité en 2004)

1. Cf "Rhétorique de la drogue", in *Points de suspension*. Paris, Galilée 1992.

[2] Claude Olievenstein, "Le toxicomane domestiqué", *Le Monde diplomatique*, 22 novembre 1997

[3] P. Angel, D. Richard, M. Valleur, *Toxicomanies*, Masson, 2000, p. 217 sq *¹

[4] Denis Richard, Jean-Louis Senon, *Dictionnaire des Drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Préface de B.Kouchner, Larousse , 1999 *²

[5] Le temps me manquant à l'évidence pour développer; comme elle le mériterait peut-être, cette autre (troisième ou première) logique de la substitution, et comme je tiens à ne rien retoucher de ce qui fut dit lors de ce colloque, je me permets de renvoyer ici en particulier à *Adieu à Emmanuel Lévinas*, Paris, Galilée, 1997, notamment ch. III, p.128-129