PEUT-ON SORTIR DE LA TOXICOMANIE ?

Sortir de la toxicomanie, l'objectif s'impose comme une évidence. Le toxicomane demande de l'aide pour s'en sortir. Comment l'y aider ? Que s'agit-il de changer ? Une mauvaise habitude ? Un mode de vie ? La dépendance à l'héroïne ? Ou encore la dépendance à la dépendance où le produit jouerait un rôle secondaire et pourrait se substituer à d'autres dépendances ? Les différentes stratégies thérapeutiques dépendent de la formulation du problème mais quels en sont les résultats ? Le traitement est-il nécessaire ? Il y a bien des usagers qui renoncent spontanément à la consommation de drogues, peut-être par un processus de maturation ou parce qu'ils arrivent à mobiliser des ressources personnelles et à s'investir dans d'autres activités. Dans les études de suivi américaines, 3 % à 10 % des usagers par an renoncent à consommer de l'héroïne ; pour la majorité, la dépendance à l'héroïne, une fois installée, est longue (plus de dix ans). Environ un tiers des patients en traitement deviennent abstinents. Une partie (de la moitié aux deux tiers selon les études) reste dépendant. Ces résultats justifient une stratégie des petits pas, la sortie de la dépendance devant être considérée comme un processus. Sortie et gestion de la dépendance relèvent de la même logique. La priorité est de calmer le jeu afin que l'usager reprenne le contrôle de sa vie.

Changer de planète, changer d'univers social

Lorsque j'ai commencé à travailler avec le centre Pierre-Nicole en 1981, j'avais comme repère ce qu'étaient devenus des amis qui avaient consommé des drogues au tout début des années soixante-dix. Sans

doute chacun a-t-il vécu une expérience singulière, mais l'expérience collective avait été celle du délire recherché systématiquement. De l'autre côté du miroir, les corps se fabriquaient sans organe, les territoires perdaient leurs frontières, les correspondances étaient musiciennes. Toutes les drogues, et d'abord hallucinogènes et amphétamines, étaient de la partie – le polyusage était déjà de règle. Assez vite, l'expérience « même autodestructrice mais vivante » s'était transformée en « entreprise mortifère de dépendance généralisée », transformation dont Deleuze se demande si elle est inévitable¹. Il y avait eu des morts. Quelques-uns avaient adopté le mode de vie des héroïnomanes, mode de vie somme toute régulier malgré les à-coups ; les autres avaient dû se reconstruire – non sans déchirements. Les uns ont dû faire marche arrière ; d'autres voulaient s'inventer eux-mêmes. « C'était un temps déraisonnable » où les utopies s'étaient succédé à vitesse accélérée. Les années quatre-vingt s'annonçaient sans pitié. Comment atterrir lorsqu'on revient d'un univers qui a rompu les liens avec la terre ? Comment change-t-on d'univers social ? Quels pouvaient être les héritages d'un univers à l'autre ?

Les autocontrôles de la consommation

Telles étaient les questions que je me posais lorsque j'ai commencé à travailler à Pierre-Nicole. Telles étaient bien, en principe, les questions qui pouvaient se poser des toxicomanes dans ce centre de posture où, une fois sevrés, ils allaient devoir reconstruire leur identité personnelle et sociale. Progressivement, j'ai pris conscience que là n'était pas la question. Les usagers que je rencontrais à Pierre-Nicole parlaient bien de « changer de vie », mais pour changer de vie, encore fallait-il qu'ils puissent réunir leurs forces et celles-ci s'épuisaient dans la succession des sevrages et des rechutes, ponctuées par des incarcérations. Ils vivaient dans l'urgence de la survie. Comment pouvaient-ils reprendre le contrôle d'eux-mêmes qu'ils se plaignaient d'avoir perdu ? Comment s'y prenaient ceux qui réussissaient à garder ou à reprendre le contrôle d'eux-mêmes ? En 1986, j'ai lu la recherche de Zinberg, un psychiatre américain sur les usages contrôlés d'héroïne ou de morphine². J'avais pu observer ces autocontrôles décrits par

1. CHATELET F., DELEUZE G., GEBEVOIS E., GUATTARI F., INGOLD R., MURARD N. et OLIEVENSTEIN C., *Où il est question de toxicomanie*, Bibliothèque des mots perdus, Paris, 1978.

2. ZINBERG N. E., *Drug, Set and Setting, The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven et Londres, 1984.

Zinberg sans toutefois leur prêter véritablement attention. Les consommations extrêmes que j'avais connues pouvaient éventuellement s'interpréter en termes de « conduites ordaliques », où le droit de vivre se conquiert sur le risque de mort³. Il n'y avait là rien de modéré. Comme des objets non identifiés qui n'obéissent pas à la loi de la gravitation universelle, les contrôles de l'usage allaient à l'encontre de toutes les théories de la toxicomanie, ils allaient à l'encontre des croyances et des préjugés.

La recherche de Zinberg décrit ce que les Anglo-Saxons appellent des usagers *successful*, qui consomment de l'héroïne en évitant les sanctions extrêmes, prison, hospitalisation, overdoses ou suicides. Avec les traitements de substitution, nous avons vu surgir de ces héroïnomanes qui, avec dix à vingt années de consommation, avaient échappé aussi bien aux incarcérations qu'au système de soins. D'une certaine manière, le contrôle de la consommation était l'expérience commune, que les stéréotypes masquent soigneusement. Tous les consommateurs de drogues doivent d'une manière ou d'une autre maintenir un équilibre entre la consommation et les contraintes de la vie ordinaire, la perte de l'équilibre étant sanctionnée par la prison, la folie ou la mort. Pour nombre d'usagers, l'équilibre est périlleux, tenu aux limites de l'extrême, et les périodes d'accalmie sont de courte durée, mais il est aussi des consommateurs qui construisent d'entrée un mode de vie durable. D'autres acquièrent avec le temps et les épreuves une capacité de contrôle dont ils étaient incapables les premières années – ou qu'ils ne recherchaient pas. Ils peuvent avoir des emplois précaires, tenus parfois au jour le jour. En France, ils sont souvent chauffeurs-livreurs ou serveurs, mais les usagers d'héroïne peuvent aussi occuper n'importe quel autre emploi – postiers, journalistes, médecins –, la consommation restant invisible tant qu'elle est contrôlée. Dans le monde de l'emploi, ce contrôle peut s'exercer avec une gestion des sommes d'argent consacrées à la consommation ou encore en limitant

3. Dans les sociétés traditionnelles, l'ordalie est un rite social où une personne doit faire la preuve de son innocence en traversant une épreuve où elle risque la mort. Les Dr Marc Valeur et Aimé Charles-Nicolas ont emprunté ce rite pour interpréter la conduite de jeunes dont ils constataient qu'ils n'étaient pas suicidaires ; avec la prise de risques, ces jeunes toxicomanes voulaient conquérir le droit de vivre. VALEUR M. et CHARLES-NICOLAS A., « Les conduites ordaliques », in OLIEVENSTEIN C., *La Vie du toxicomane*, PUF, Paris, 1982. Avec l'ordalie, les Dr Valeur et Charles-Nicolas ont refusé la pathologisation des toxicomanes ; leur comportement avait un sens. Dix ans plus tard, avec le changement de contexte, ce même concept a pris une toute autre signification : sous la menace du sida, la prise de risques devenait un équivalent des conduites autodestructives. Il ne servait à rien de réduire des risques que le toxicomane recherchait volontairement.

les relations avec les autres consommateurs. La consommation peut aussi se contrôler au sein même du monde de la drogue. Des recherches ethnographiques ont décrit le mode de vie très organisé des héroïnomanes des ghettos américains, dont une part n'est connue ni des services de police ni des services de soins. Ces héroïnomanes se lèvent le matin comme tout un chacun, comme tout un chacun ils s'habillent, sortent de chez eux, vaquent à leurs activités qui sont souvent aussi routinières que celles de la plupart des gens⁴. Les usagers revendeurs doivent particulièrement contrôler leur consommation ; les faux pas sont sanctionnés rapidement par la perte des clients et l'exclusion des circuits d'approvisionnement. Ces autocontrôles sont d'autant plus invisibles dans le soin que ceux qui y font appel sont précisément les perdants d'un jeu où le moindre faux pas peut être fatal⁵. Les toxicomanes de Pierre-Nicole vivaient au jour le jour, éternellement à la recherche de leur produit qu'ils se procuraient selon les circonstances, entre magouilles et braquages. Ils incarnaient l'image même des junkies, même si certains d'entre eux avaient connu des périodes plus fastes. La théorie de Zinberg pouvait-elle leur être de quelque utilité ?

Dans le domaine des drogues, comme dans toutes les questions sociales, les théories ne sont pas innocentes. Elles ont des effets sur les pratiques de soins comme sur les pratiques de consommation. Dans les centres de soins, les contrôles volontaires de la consommation n'étaient pas seulement invisibles, ils étaient systématiquement déniés. La « théorie » des autocontrôles était considérée comme dangereuse, à l'origine du cycle de rechute. Après la prison, après la cure, le toxicomane justifiait la reprise des consommations en prétendant qu'il était désormais capable de les contrôler. Il importait qu'il comprenne qu'il était victime d'une illusion, il n'y a pas d'alternative à l'abstinence. Telles étaient les convictions collectives. Bien que les spécialistes français s'en défendaient, la cohérence d'ensemble renvoyait aux théories qui font de la toxicomanie une maladie. Les toxicomanes devaient accepter de se reconnaître comme dépendants et organiser leur vie pour se prémunir d'une rechute sans cesse menaçante. Les cliniciens français ont dénoncé les traitements médicaux, les communautés thérapeutiques et Narcotiques anonymes qui déresponsabilisent les toxicomanes et rendent chronique leur addiction, mais ils partageaient au moins une des croyances communes à ces traitements : la consommation de drogues ne peut se contrôler.

4. HANSON B., BESCHNER G., WALTERS J. et BOVELLE E., *Life with Heroin*, Lexington Books, D. C. Heath and Company, Lexington, Mass., Toronto, 1985.

5. CASTEL R. et COPPEL A., « Les contrôle de la toxicomanie », in EHRENBERG A. (dir.), *Individus sous influence. Drogues, alcool et médicaments*, Éditions Esprit, Paris, 1991.

Les sorties sans traitement

Stanton Peel, un psychologue américain, a passé au crible les croyances communes aux traitements qui font de la dépendance une maladie chronique, communautés thérapeutiques, traitements méthadone et Narcotiques anonymes⁶. Ces croyances, a-t-il démontré, sont à la fois fausses et dangereuses. La déchéance n'est pas inéluctable, on peut contrôler son usage, on peut changer de comportement et arrêter de consommer des drogues comme on peut modifier ses habitudes alimentaires. Pour cela, il faut faire exactement le contraire de ce qui est habituellement recommandé. Il faut refuser de se définir comme « dépendant », ce qui revient à reconnaître son impuissance. Il faut au contraire mobiliser toutes les capacités d'autocontrôle et toutes les ressources possibles. Il faut refuser le stigmata, ce que font les usagers qui protestent : « Je ne suis pas toxico. » Dans la théorie médicale, ce refus est interprété comme un déni, mais c'est plutôt une protection ; accepter d'incarner une caricature condamne à l'exclusion, à la déchéance et à la mort. Il faut refuser enfin de se focaliser sur le produit, développer d'autres activités et s'engager dans de nouvelles relations extérieures au monde de la drogue. Le stéréotype du junky est utilisé dans la guerre à la drogue pour faire peur. Ces croyances ont sans doute été efficaces, elles continuent d'influencer fortement les opinions sur les drogues⁷. Le monde de la drogue a toutes les raisons de faire peur, il y a bien des toxicomanes qui ressemblent étrangement au stéréotype du junky ; c'est qu'ils en sont les premières victimes. Sortir de la toxicomanie, c'est rompre avec cette image qui condamne le toxicomane à le rester à vie.

Peut-on sortir de la toxicomanie ? La question est mal posée ; encore faut-il définir ce qu'on entend par « toxicomanie » et ce qu'on entend par « sortir ». J'avais pu constater que des usagers pour qui la recherche de l'intensité ou de l'ivresse avait été l'activité principale pendant une période plus ou moins longue pouvaient devenir abstinents ; ils pouvaient aussi devenir des usagers occasionnels. La sortie de cette forme de toxicomanie ne se faisait pas sans peine ; les plus

6. PEEL S. et BRODSKY A., *The Truth about Addiction and Recovery*, Simon and Schuster, New York, 1991.

7. 68,3 % des Français auraient peur de consommer du cannabis même une fois (BECK F. et PERETTI-WATEL P., *EROPP 99*, *op. cit.*). D'un point de vue statistique, la peur des drogues est le plus souvent associée au fait de ne connaître personnellement aucun usager mais, individuellement, elle peut aussi être éprouvée par des expérimentateurs qui jugent prudent de s'éloigner.

fragiles payaient le prix fort mais ceux qui avaient réussi à reconstruire une vie qui leur convenait n'avaient pas eu recours au traitement. J'avais aussi pu constater que des usagers dépendants de l'héroïne, également sur des périodes plus ou moins longues, pouvaient devenir abstinents. L'usage occasionnel après une période de dépendance à l'héroïne était possible, mais il arrivait aussi que ceux qui s'étaient dépris de l'héroïne n'en avaient tout simplement plus envie. Telles étaient mes convictions lorsque nous avons entrepris en 1988, sous la direction de Robert Castel, une recherche sur les « sorties de la toxicomanie »⁸. Depuis les années soixante, où la définition médicale de la toxicomanie avait été remise en cause, les études de suivi et recherches s'étaient succédé. Menées à des moments différents, ces études et recherches répondent à des questions précises. Aussi est-il difficile de tirer des conclusions générales, d'autant que les mêmes résultats peuvent se prêter à plusieurs interprétations. Avec les mêmes études, on a démontré dans les années quatre-vingt que les toxicomanes se sortent de leur toxicomanie et dans les années quatre-vingt-dix que les toxicomanes restent chroniques.

D'une certaine manière, sociologues et médecins n'ont pas réussi à se mettre d'accord, sans doute parce qu'ils n'observent pas les mêmes phénomènes. Les uns voient des malades chroniques qui parviennent rarement à se sortir de leur pathologie, les autres voient en l'usage de drogues une déviance liée à l'âge dans les pays occidentaux. Observés du terrain, les engouements pour les drogues se succèdent ; des épidémies d'héroïne ou de cocaïne disparaissent, laissant apparemment peu de traces dans la vie sociale. La cocaïne des années vingt en France a disparu comme par magie dans les années trente. L'héroïne aux États-Unis a, elle aussi, disparu comme par enchantement. Entre 1971 et 1974, dans une étude portant sur des toxicomanes en traitement, le nombre de consommateurs quotidiens d'héroïne était passé de 72 % à 5 % à Washington et de 67 % à 3 % à New York⁹. La majorité des usagers semble avoir tout simplement renoncé à l'usage d'héroïne – pour adopter le crack, immédiatement ou quelque temps plus tard. Lorsque les produits sont accessibles, lorsqu'ils sont à la mode, ils sont largement expérimentés, et cette expérience-là peut

8. Cette recherche a été éditée par CASTEL R., BERNARD-PELLEN M., BONNEMAIN C., BOULLENGER N., COPPEL A., LECLERC G., OGIEN A. et WEINBERGER M., *Les Sorties de la toxicomanie*, Éditions universitaires, Fribourg, Suisse, 1998.

9. National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Drug Treatment in New York City and Washington D.C. Follow-up Studies*, Services Research Monograph Series, Rockville MD, 1977.

prendre fin, de façon plus ou moins facile selon l'engagement dans la consommation et les ressources de chacun. Ceux qui demandent un traitement sont précisément ceux qui n'ont pas réussi à s'arrêter seuls. Dans les études de suivis américaines, ces abandons spontanés ne sont pas si fréquents ; dans une des études, la plus longue, il est de 3 % par an¹⁰. L'étude a été menée à l'hôpital de Lexington, hôpital pénitentiaire, on peut aussi penser que même la simple cure de désintoxication sélectionne déjà des usagers en difficulté ; quelquefois, la difficulté est seulement ponctuelle, elle est surmontée plus ou moins rapidement. Ce n'est pas le cas le plus fréquent. Quelques recherches ont porté sur des usagers qui ont arrêté de consommer de l'héroïne sans traitement. Les usagers dont Patrick Biernacki, chercheur américain, décrit les histoires de vie n'ont pas été hospitalisés à l'hôpital de Lexington, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'étaient pas dépendants ou qu'ils n'ont pas traversé de graves galères¹¹.

Une histoire longue dont l'issue est incertaine

Toutes les études anglo-saxonnes observent une diminution de la toxicomanie avec le temps, mais la proportion de ceux qui finissent par abandonner la consommation d'héroïne est très variable, de 70 % dans une étude menée sur les registres de police à quelque 30 % sur les patients en traitement, quelquefois beaucoup moins encore.

L'étude la plus optimiste sur les sorties a été menée sur les registres du Bureau fédéral des narcotiques aux États-Unis sur 42 329 héroïnomanes inscrits entre 1955 et 1959¹². Dès 1962, Charles Winnick observe que 7 234 toxicomanes ont disparu des listes de police, disparition qu'il assimile soit à la mort soit à l'abstinence. Sa conclusion est qu'environ 70 % d'entre eux sont devenus abstinents entre vingt-trois et trente-sept ans, aucun toxicomane n'étant interpellé après cet âge. Comment expliquer cet abandon spontané ? Charles Winnick formule l'hypothèse d'un processus de maturation (*maturing out*). Les consommations commencées à l'adolescence répondraient au stress et aux pressions sociales propres à cet âge. À quarante ans, ces conflits fini-

10. VAILLANT G. E., « A 20-Years Follow-up of New York Narcotics Addicts », *Arch. Gen. Psychiatry*, 29, 1973, p. 1 239-1 241.

11. BIERNACKI P., *Pathways from Heroin Addiction Recovery without Treatment*, Temple University Press, Philadelphie, 1986.

12. WINNICK C. A., « Maturing out of Narcotic Addiction », *Bulletin on Narcotics*, 14, 1, 1962, p. 1-7.

raient par être surmontés suffisamment pour que le toxicomane puisse les affronter sans avoir recours aux opiacés. La durée moyenne de la dépendance serait de 8,6 ans.

La plupart des études de suivi de patients sont nettement moins optimistes, les taux d'abstinence étant au mieux de 40 % à 30 %, mais elles aussi observent un abandon progressif de la consommation d'héroïne. 9 % des 1 881 héroïnomanes hospitalisés à Lexington entre 1952 et 1955 étaient abstinents un an après leur cure, mais le taux d'abstinence atteignait 25 % sept ans plus tard¹³. L'étude la plus longue a été menée sur vingt ans aux États-Unis. Au total, 35 % étaient devenus abstinents, 25 % étaient encore dépendants, 17 % étaient des cas douteux ou intermédiaires et 23 % étaient morts¹⁴.

Sans doute est-il présomptueux de tirer des conclusions générales sur l'évolution de la toxicomanie, alors que rien ne prouve que les usages et les profils des usagers soient comparables d'une époque à l'autre et d'un pays à l'autre. L'usage de drogue associé à la crise d'adolescence n'a certainement pas la même histoire naturelle que la consommation de drogues associée à la précarité. Autre facteur intervenant sur l'évolution des consommations : le traitement, sanitaire ou répressif, infligé aux toxicomanes. Ainsi, le taux de mortalité des toxicomanes n'a pas grand-chose à voir avec une évolution naturelle de la toxicomanie ; il dépend en revanche étroitement des politiques de santé ou de répression. Une étude suédoise avait démontré en 1990 que les patients en traitement par la méthadone mouraient huit fois moins que les héroïnomanes de rue, inscrits sur la liste d'attente du seul programme méthadone de ce pays¹⁵. Ce résultat est confirmé par la récente réduction du taux des overdoses mortelles en France. Les politiques contribuent donc à l'évolution de l'usage et de la dépendance. À ce titre, la mortalité ou la sortie de la toxicomanie ne sont pas des résultats entièrement généralisables. Toutefois, les cohortes des études britanniques et américaines ont nombre de points communs, dont on peut tirer deux conclusions très différentes : au-delà des différences nationales, le statut des drogues est commun aux pays occidentaux ; l'interdit aboutit à des trajectoires comparables. Autre conclusion : les caractères communs aux trajectoires doivent être attribués aux effets

13. HUNT G. H. et ODOROFF M. E., « Follow-up Studies on Narcotic Drug Addict after Hospitalisation », *Public Health Rep.*, 77, 4, 1962, p. 1077-1095.

14. VAILLANT G. E., « A 20-Years Follow-up of New York Narcotics Addicts », *art. cit.*

15. GRÖNBLADH L. et ÖHLUND L. S., « Mortality in Heroin Addiction : Impact of Methadone Treatment », *Acta Psych. Scand.*, 82, 1990, p. 223-227.

des opiacés sur le cerveau¹⁶. Il est impossible de départager ces deux interprétations. Chacun de ces champs de recherche peut apporter la preuve du poids des variables qui relèvent de son domaine ; les recherches ne répondent qu'aux questions qu'on leur pose.

Où l'on retrouve *drug, set and setting*, « un produit, une personne et un contexte »

Les études de suivi des années cinquante à la fin des années soixante-dix attestent de la possibilité de sortie de la dépendance aux opiacés ; elles démontrent aussi que cette dépendance est une histoire longue qui ne peut se résoudre magiquement. Deux grandes études américaines menées au cours des années soixante-dix avaient évalué à environ un tiers le taux de toxicomanes devenant abstinents après un traitement, quelle que soit la nature de ce traitement¹⁷. Les deux tiers sont donc en échec au regard de la sortie de la toxicomanie. Même si l'on pense, comme Stanton Peel, que ces héroïnomanes sont en quelque sorte les victimes des croyances en la toute-puissance du produit, cette interprétation ne donne pas pour autant la clé de la sortie. Sans aucun doute, les usagers de drogues ont tout intérêt à refuser l'étiquette du toxicomane, sans aucun doute, ils ont tout intérêt à protester qu'ils « peuvent s'arrêter quand ils veulent » – à la condition de pouvoir en faire la démonstration et de s'arrêter de consommer au moins par période. Lorsque, de fait, ils ne parviennent plus à s'arrêter, ils doivent affronter la réalité de la dépendance, quelle qu'en soit la cause. Exhorter à l'autonomie des gens qui souffrent de leur dépendance peut même être contre-productif ; c'est redoubler le sentiment d'impuissance. La dépendance aux opiacés est un fait scientifique, mais l'interprétation que nous en donnons est une construction sociale, ce qui ne veut pas dire qu'elle est une illusion. Cette construction sociale se saisit de faits

16. Morphine, héroïne ou méthadone se substituent aux drogues produites naturellement par le cerveau, les endorphines, découvertes en 1973. La dépendance peut être comprise comme une réponse face à une agression. Envahi par les drogues exogènes, le cerveau s'adapte, il cesse de produire des substances devenues inutiles mais les systèmes plaisir/déplaisir qui régissent toutes les fonctions vitales exigent leur dû ; les drogues exogènes sont devenues indispensables pour rétablir un équilibre homéostatique. Pour une introduction, voir *Science et Vie*, n° hors série, *La Drogue et le cerveau, tout savoir sur les effets réels*, n° 217, décembre 2001.

17. NIDA, *Drug Abuse Treatment Evaluation, Strategies, Progress and Prospect*, Research Monographs Series, 51, 1986, 181 p.

dont elle donne une interprétation d'autant plus convaincante qu'elle contribue à produire la réalité qu'elle interprète.

Les imageries de la drogue se saisissent des dysfonctionnements du système de récompense engendrés par la consommation de drogues ; c'est au travers de ces imageries que l'usager apprend à reconnaître les effets des drogues, plaisir et souffrance. L'apprentissage se fait, en partie, d'usager à usager, comme l'ont montré les chercheurs américains, de Lindesmith à Becker ; le consommateur de cannabis apprend à identifier les effets du cannabis, il apprend à les apprécier, il apprend aussi comment faire avec les effets indésirables¹⁸. Ce qu'un usager communique à l'autre, c'est une culture (qui devient une culture de la drogue lorsque la consommation est au centre du mode de vie), mais les usagers de drogues ne vivent pas sur une autre planète ; tout au plus peuvent-ils aménager à leur façon la place qui leur est octroyée dans la société à laquelle ils appartiennent. La toxicomanie est le produit des institutions qui ont pour mission de la combattre. L'usage de drogues peut avoir précédé la prison, le toxicomane qui s'identifie comme tel a plus souvent passé des années en prison ou bien dans les institutions de soins. L'étiquetage ne crée ni l'usage ni la dépendance, il en fait une identité¹⁹.

Dans ce qu'il est convenu d'appeler la toxicomanie, les faits qui contribuent à la construction sociale de la dépendance sont très hétérogènes, et ils sont si étroitement intriqués qu'il est impossible de distinguer ce qui relève des propriétés des produits et de la façon dont ils sont consommés. Impossible aussi de distinguer ce qui relève du fonctionnement de la personne qui les consomme ou du traitement qui lui est infligé, des soins à la prison en passant par la stigmatisation. Stanton Peel considère que la toxicomanie est le produit de croyances qui justifient la puissante machinerie de lutte contre la drogue ; son ambition est de donner à l'individu la force de résister à ces croyances collectives, dont la fonction est d'éradiquer la drogue en excluant les toxicomanes. Il fait appel à la liberté de chacun et sans doute nombre

18. LINDESMITH A., *Addiction and Opiates*, op. cit. ; BECKER H., « Comment on devient fumeur de marijuana », in *Outsiders* (texte original de 1963), Métailié, Paris, 1985.

19. Un ensemble de théories sociologiques interprètent les comportements déviants en fonction de la réaction sociale. Pour Becker, un sociologue de la déviance, devenir déviant est processus ; le déviant n'est pas tant celui qui transgresse une norme que celui sur lequel est porté un jugement de déviance. Voir OGIEN A., *Sociologie de la déviance*, Armand Colin, Paris, 1995. Sur la construction sociale de la dépendance, voir aussi OGIEN A. « Construction sociale de la dépendance » in PADIEU et al. (dir.), *Dépendance et conduite de consommation*, INSERM, 1995.

d'usagers trouvent-ils le moyen de se protéger ; ils maîtrisent leur usage ou ils réussissent à prendre une distance lorsqu'ils commencent à se sentir piégés.

À la recherche d'une sortie de secours

Car piège il y a bien, et apparemment tous les hommes n'ont pas les mêmes moyens d'y faire face. Les toxicomanes de Pierre-Nicole étaient-ils confrontés à des obstacles particuliers qui interdisaient le recours à leurs propres ressources ? Étaient-ils blessés, la souffrance psychique était-elle trop envahissante ? Étaient-ils particulièrement immatures et peu structurés, leur fonctionnement était-il instinctuel et archaïque ? La consommation de drogue avait-elle été une réponse à une impasse, une situation de double contrainte ? Devaient-ils faire coexister deux impératifs irréconciliables, par exemple deux cultures ? Et si les héroïnomanes ne parvenaient pas à « sortir de la toxicomanie », c'était peut-être aussi que l'héroïne leur était utile, voire nécessaire...

Les théories de la toxicomanie ne manquent pas. Le NIDA en avait relevé une quarantaine en 1980²⁰. J'avais mes préférées, qui m'aidaient à me poser des questions, chaque usager évoquant plutôt une théorie ou une autre. Plus souvent encore, un usage précis pouvait se prêter à plusieurs interprétations, ne serait-ce que parce que les usages ont tous une composante psychologique et une composante sociale, sans oublier la composante biologique, qui ne pouvait s'observer mais qu'il n'y avait pas de raison d'exclure *a priori*. Nombre de ces théories justifiaient une stratégie thérapeutique bien précise, mais j'avais été frappée à Pierre-Nicole, comme dans d'autres centres de soins, par le décalage entre la théorie de référence des praticiens et les pratiques effectives.

20. NIDA, *Theories on Drug Abuse, Selected Contemporary Perspectives*, Research Monographs Series, 30, 1980, 490 p. Parmi ces quarante modèles, quelques-uns sont propres à un champ de recherche ou à une problématique, les approches neurobiologiques, les approches cognitivo-comportementales et les approches psychodynamiques, et notamment le modèle psychanalytique étant les références majeures. D'autres théories se proposent d'intégrer les différentes dimensions sociales, psychologiques et biologiques. Comme le remarque Marc Valeur, « la complexité des pratiques cliniques fait qu'une théorie de référence unique est en réalité insuffisante. [...] De façon implicite, les praticiens tendent à recourir à des modélisations syncrétiques qui permettent de tenir compte des différents éléments en jeu », VALEUR M. *et al.*, *Toxicomanies*, Masson, 2000. Pour une présentation synthétique des théories, voir RICHARD P., SÉNON G. L., *Dictionnaire des drogues*, Larousse-Bordas, 1999 ; on peut ajouter pour les approches sociologiques, oubliées, OGIEN A., « Sociologie de la déviance et usage de drogues, une contribution à la sociologie américaine », *GDR*, n° 5, avril-juin 2000.

Tandis que le discours légitime se référait à la psychanalyse, les thérapeutes avaient volontiers recours à des techniques éducatives dont les théories comportementales, officiellement honnies, auraient sans doute mieux rendu compte. Je serais d'ailleurs très mal placée pour me gausser de mes collègues puisque mon travail m'a menée des auto-contrôles qui font appel à la capacité de chacun de contrôler sa consommation au traitement par la méthadone, fondé sur une théorie médicale de la dépendance, sans rapport avec mes référents théoriques et le travail que je tentais de faire sur les interactions sociales. Ni le « pourquoi » ni même le « comment » ne donnaient nécessairement les clés de la sortie. D'une façon analogue, l'échec scolaire d'un enfant peut être dû à un déficit d'héritage culturel ; ce déficit peut être redoublé par un conflit familial. Il reste qu'une bonne technique pédagogique, fondée sur la réussite et non sur l'échec, peut faire des miracles.

J'avais pour point de départ la conviction que chaque usager devait se frayer son chemin mais, dans l'ignorance du trajet et du point d'arrivée, j'ai adopté une démarche empirique ; je me suis contentée de soutenir leurs projets s'ils en avaient, de réfléchir à leur côté s'ils se posaient des questions, de les aider à identifier les obstacles lorsqu'ils s'y confrontaient. Que s'était-il passé exactement ? Comment la route avait-elle dévié ? Avaient-ils déjà pris ce chemin ? Pouvaient-ils le reprendre ou valait-il mieux en suivre un autre ?

Au cours des années quatre-vingt, j'ai expérimenté quelques outils que je bricolais à partir de ce que les uns et les autres me disaient : rendez-vous réguliers, petits carnets où l'usager notait ses consommations, identification des circonstances où il perdait le fil de son histoire. Je naviguais entre accompagnement et *counseling*. Ce soutien ponctuel a quelquefois servi ; le dérapage qui avait mené l'usager dans le centre de soins était purement circonstanciel et il avait pu, peut-être avec le coup de main des uns et des autres, reprendre le cours de sa vie, quelle qu'en soit la direction. Le plus souvent malheureusement, l'aide que je pouvais apporter se limitait à quelques moments d'une écoute bienveillante. Je me souviens de Sophie, la déracinée, de Pat, le punk, de Mousse, entre la France et l'Algérie, avec lesquels j'avais de longues discussions. Tant qu'ils étaient hébergés dans le centre, tout semblait possible, un projet de sortie se dessinait, je maintenais parfois le contact quelque temps, puis ils disparaissaient un an, deux ans, trois ans, pour réapparaître en grande urgence. Les projets n'avaient pas tenu, les usagers avaient glissé par mégarde. Ils avaient une vingtaine d'années au moment de leur première cure, ils n'étaient pas guidés par le désespoir, avaient emprunté des chemins de traverse par goût de l'aventure ou parce qu'ils n'en avaient pas vu d'autres, et je n'étais pas

pessimiste ; je pensais qu'ils finiraient par acquérir la maturité qui leur faisait défaut. Je les voyais revenir de rechute en rechute, leur situation se dégradait et je me disais que je n'avais peut-être pas pris la mesure de leur extrême fragilité. Ils butaient toujours sur le même obstacle. S'arrêter était impossible, continuer, c'était la prison et la mort.

Un homme nouveau dans une vie nouvelle

Le problème étant posé en ces termes, il n'y avait que deux stratégies. La première était celle de la rupture complète et définitive. Sortir de l'enfer de la drogue par un effort de volonté puis reconstruire un homme nouveau pour une vie nouvelle, tel est l'imaginaire de la sortie de la toxicomanie, imaginaire nourri d'une abondante littérature. Cette littérature est moins d'actualité aujourd'hui où les consommations sont mieux intégrées et où les usagers ne sont pas enfermés dans le monde de la drogue. Il n'en reste pas moins des usagers dont le mode de vie est organisé autour de la consommation de drogues. Certains choisissent de changer radicalement ce mode de vie par une rupture, en partant à l'étranger, en s'installant à la campagne, en retournant au bled pour les personnes d'origine maghrébine. La réussite d'une telle stratégie est plurifactorielle, comme il en est toujours avec les drogues. C'est une stratégie absurde et dangereuse si la fonction de la consommation est autothérapeutique, si l'héroïne est consommée pour soulager une souffrance psychique profonde, voire pathologique. Dans ce cas, la première étape du changement, l'arrêt des drogues, peut être un désastre : la dépression est insupportable et l'héroïne est le plus souvent remplacée par une autre forme de dépendance, telle la dépendance à l'alcool ; elle peut même aboutir au suicide. Les cliniciens ont observé de longue date ces toxicomanes qui meurent guéris, ils meurent d'ennui, disait-on, lorsqu'il était strictement interdit d'imaginer une vulnérabilité peut-être biologique²¹. Si l'héroïne n'est pas consommée pour soulager une douleur et si la dépendance n'est pas trop ancienne, l'étape du sevrage peut se surmonter sans trop de difficulté, encore faut-il passer l'étape suivante, la construction d'un nouveau mode de vie qui est aussi la construction d'une nouvelle identité. On ne se reconstruit pas à partir de rien ; ou bien alors il faut accepter de vivre des années durant dans un

21. OLIEVENSTEIN C. *et al.*, *La Clinique du toxicomane*, Les Éditions universitaires, Begedis, 1987.

milieu protégé, comme les communautés thérapeutiques. Les migrants contraints de changer de pays s'adaptent d'autant mieux au pays d'accueil qu'ils peuvent puiser des forces dans leur héritage et s'inscrire, durant leur intégration, dans des réseaux de sociabilité. Il en est de même pour quiconque doit affronter un changement radical. On peut s'en sortir « tout seul » si on n'est pas tout seul.

Autosubstitution et stratégie des petits pas

La seconde stratégie est celle de la substitution, qui, dans les années quatre-vingt, en France, prenait la forme d'une autosubstitution. Changer de produit, c'est déjà un moyen de prendre une distance avec le produit de prédilection. Je considérais que passer de l'héroïne à la morphine, à l'opium ou à la codéine pouvait permettre de mieux contrôler sa consommation, surtout si on peut renoncer à l'injection. À l'époque, je n'attachais pas d'importance au choix du produit de substitution, faute d'une maîtrise de l'information pharmacologique. L'essentiel de la substitution telle que je la concevais était de ne pas s'imposer une épreuve insurmontable, de rechercher une dose d'équilibre et de ne s'engager dans la réduction progressive des doses qu'à partir du moment où cette réduction n'était pas ressentie comme une violence. La codéine était officiellement interdite à Pierre-Nicole et j'avais sur ce terrain avec circonspection. Je me contentais de discuter des différentes stratégies possibles. J'évoquais plus particulièrement cette façon de faire que je considérais comme un bricolage lorsque, par exemple, les usagers m'assuraient qu'il ne fallait surtout pas qu'ils revoient leurs copains et que, le plus souvent, c'était sur un coup de tête qu'ils retournaient les voir. Pouvaient-ils mieux résister à la tentation s'ils prenaient de la codéine ? Quelle expérience avaient-ils de ce produit ? Il m'est arrivé à deux reprises en sept ans de gérer moi-même la consommation de codéine en donnant au jour le jour le nombre de comprimés que l'usager m'avait indiqué comme nécessaire pour éviter le manque. La priorité, j'en convenais, était de calmer le jeu.

J'avais, en fait, adopté une théorie des petits pas, que je justifiais par les histoires de vie que je connaissais, comme par les études de trajectoires ou de carrières²². Les trajectoires sont loin d'être identiques. Nombre de chercheurs ont observé des alternances de périodes de

22. COPPEL A., « Les sorties de la toxicomanie », in PADIEU *et al.* (dir.), *Dépendance et conduite de consommation*, *op. cit.*

dépendance et d'abstinence, alternances que Nurco, un chercheur américain, attribue au type d'engagement dans le monde des drogues qu'il oppose à un « système d'opportunité de vie sans drogues », c'est-à-dire à la possibilité pour l'utilisateur de s'engager dans une autre façon de vivre et, par exemple, d'entrer dans le monde du travail. Lorsque ces possibilités alternatives sont offertes, les usagers s'en saisissent²³. Nurco aboutit à cinq catégories ou « styles de vie » qui évoluaient chacune différemment²⁴. De toutes ces recherches, on pouvait du moins conclure que la toxicomanie de ceux qui avaient été identifiés soit par les services de police, soit dans les services de soins durait souvent depuis plus de dix ans, que nombre d'usagers connaissaient des alternances de périodes de contrôle et de périodes d'abus. On pouvait aussi observer que l'usage de drogues changeait de signification selon différentes phases : la phase d'initiation ou d'expérimentation pouvait aboutir à une phase d'escalade souvent dite « lune de miel », où la consommation devenait quotidienne. La vie dans la consommation de drogues, dite « phase de maintenance », pouvait être relativement équilibrée pour aboutir à une phase dite « dysfonctionnelle », qui enchaîne rechutes, hospitalisations et incarcérations, mais il était aussi possible d'observer des usagers qui ne connaissaient qu'un fonctionnement dysfonctionnel ou qui au contraire parvenaient à un équilibre après des années dysfonctionnelles. Dernière conclusion, la sortie était le plus souvent recherchée pendant des années avant d'être obtenue. Dans les récits de la désintoxication, la sortie de la toxicomanie est quelquefois décrite comme le fruit d'une décision qui serait de l'ordre d'une conversion, « le jour où » l'utilisateur s'est décidé ; il y a certainement des moments clés, il n'en reste pas moins que la sortie était le fruit d'un long processus. Les étapes en sont différentes pour chacun ; pour l'un, elle commence par le renoncement à l'injection, un autre refuse de s'engager plus avant dans tel type de délinquance ou dans la prostitution ; un troisième identifie les circonstances

23. Philippe Bourgois, ethnologue, a observé la reconversion de trafiquants de crack dès qu'ils ont pu avoir accès à l'emploi ; la fin de l'épidémie de crack aux États-Unis peut donc être mise en relation avec la baisse du taux de chômage au cours des années quatre-vingt-dix. BOURGOIS P., *En quête de respect, le crack à New York*, Le Seuil, Paris, 2001. On peut penser que si, en Europe, la consommation de crack n'a pas eu les mêmes effets délétères qu'aux États-Unis, c'est que les usagers de drogues sont moins enfermés dans le ghetto du monde de la drogue et que l'insertion ou la réinsertion professionnelle reste possible, pour une part des usagers au moins.

24. NURCO D. N., CISIN H. I. et BALTER M. B., « Addict Careers » ; I. « A New Typology » ; II. « The First Ten Years » ; III. « Trends across Time », *Int. J. Addict.*, 1981, 16-8, p. 1305-1325 et 1327-1356.

où il perd le contrôle de lui-même et s'éloigne d'un quartier ou d'un cercle d'amis ; ou encore s'astreint à rentrer tous les soirs chez lui, comme Cendrillon, avant minuit.

La politique des Pays-Bas était en partie fondée sur les résultats de recherches anglo-saxonnes, résultats confortés par des recherches néerlandaises²⁵. Puisqu'il était avéré que les consommations de drogues étaient associées à différents modes de vie, que ces consommations pouvaient durer des années, l'objectif des politiques devait être de maintenir un lien pour offrir toutes les opportunités de maîtrise de l'usage et, à terme, de son abandon. Ce raisonnement fonde aujourd'hui les politiques de réduction des risques²⁶. Dans la phase d'expérimentation ou d'escalade, l'usager ne se sent pas prisonnier des drogues, il ne l'est d'ailleurs pas nécessairement ; le seul service qui peut lui être utile, c'est une information crédible sur les produits et les usages, afin de favoriser si ce n'est l'arrêt de l'usage, du moins les usages les moins dangereux. La prescription de méthadone était souvent réservée à la phase de sortie, où l'usager recherche l'abstinence. Si elle est proposée plus tôt, dans la phase dite « de maintenance », l'usager aura toujours envie de consommer des drogues, mais la prescription maintient le lien avec lui, elle minimise les risques de haut et de bas, dangereux pour sa santé. Nous ne le savions pas, mais plus l'usager décroche, plus il s'accroche. Les désintoxications successives renforcent la dépendance. C'est là un des enseignements de l'expérimentation animale : les rats sont d'autant plus susceptibles de répéter la consommation de drogue qu'ils ont connu antérieurement des alternances de consommation et de sevrage. Souffrances et soulagement s'impriment durablement dans la mémoire.

25. CRAMER T., « How Qualitative Research has Influenced Dutch Drug Policy », in EMCDDA, *Understanding and Responding to Drug Use: the Role of Qualitative Research*, Scientific Monograph Series, n° 4, 2000.

26. MINO A., « Évolution de la politique de soin en matière de toxicomanie : la réduction des risques », *AGORA*, automne 1993, p. 26-27.