

trajectoire. Pour le sociologue, la notion de trajectoire recouvre l'ensemble de la carrière sociale d'un individu, dont la vie professionnelle ne constitue qu'un élément (éventuellement absent). Il est ainsi possible de travailler sur la trajectoire d'un délinquant ou d'une personne toxicomane comme on le ferait sur la carrière d'un ingénieur. Les travaux les plus remarquables portent sur la trajectoire des sujets dépendants de drogues illicites.

□ La question des « sorties » de la toxicomanie est à l'origine de la plupart des études portant sur la trajectoire des toxicomanes. Jusqu'à la fin des années 1960, seuls les médecins s'étaient posés cette question. Leur opinion était quasi unanime : la toxicomanie est une maladie incurable. Cette croyance collective reposait sur l'expérience clinique. Toutes les techniques expérimentées depuis la fin du XIX^e siècle, de la recherche du contrepoison au sevrage forcé, de l'isolement au traitement moral ou psychothérapeutique, s'étaient révélées impuissantes et les praticiens voyaient sans cesse revenir chez eux les patients qu'ils avaient crus guéris. Deux conclusions dia-

métriquement opposées étaient tirées de ce constat d'impuissance. La majorité des pays, l'Amérique en tête, mais aussi la France dès 1916, firent appel à la protection de la loi, tandis que les médecins britanniques furent autorisés à prescrire à ces patients « incurables » les produits dont ils ne pouvaient se passer, héroïne, morphine ou même cocaïne. La question de l'issue de la toxicomanie restait ainsi étroitement liée à celle de son traitement. Les premières théorisations quant à la « sortie » furent toutes généralement très pessimistes. Elles exigeaient un changement des valeurs de l'ordre de la conversion, ainsi parfois qu'une restructuration de la personnalité ou un changement des conditions de vie, voire un véritable changement politique au niveau global. Les théories fondées sur l'origine neurochimique de la toxicomanie ne menaçaient, quant à elles, aucune possibilité de changement.

Au cours des années 1960, un visage inusité du toxicomane surgit, et remit en cause la conception de la toxicomanie comme maladie incurable. Au contraire des toxicomanes des années 1910-1930 (militaires coloniaux, médecins ou artistes), les toxicomanes des années 1960-1970 étaient jeunes et appartenaient souvent à des minorités ethniques. La drogue, désormais un problème de société, fut alors associée à la délinquance* juvénile, à l'inadaptation sociale et à la crise d'adolescence*.

Le retour des GI's du Vietnam constitua une autre clé du changement des conceptions. Selon les époques, de 43 % à 70 % des GI's auraient utilisé des narcotiques, et 20 % à 30 % d'entre eux seraient devenus dépendants. Qu'alliaient-ils devenir une fois rentrés aux États-Unis ? Pour les autorités militaires, persuadées du pouvoir incontrôlable de la drogue, c'était un véritable désastre : *Once addict, always addict* (« un toxicomane sera toujours un toxicomane »), tel était alors le credo collectif. Des études de suivis (*follow-up*) furent mises en place. Elles montrèrent que, trois ans après leur retour, 9 % seulement des utilisateurs d'héroïne poursuivaient leur consommation. Ceux qui étaient restés toxicomanes appartenaient le plus souvent à des communautés où l'héroïne était largement

distribuée. Les autres, quelquefois avec l'appui d'une cure* de désintoxication, le plus souvent avec seulement le soutien de leur entourage, avaient renoncé à la drogue. Conclusion : la toxicomanie n'était pas une maladie incurable et l'environnement (situation mais aussi accès aux produits) jouait un rôle clé dans la consommation.

Cette conclusion n'avait pourtant rien d'une révélation. Des recherches de terrain avaient déjà remis en cause les croyances en la toute-puissance du produit. Pour le sociologue américain Lindesmith, qui publia un premier ouvrage en 1947, comme pour les sociologues ou anthropologues qui lui succédèrent, ni les produits psychoactifs ni même la psychopathologie individuelle ne suffisaient à définir mécaniquement la toxicomanie. Celle-ci restait d'abord une expérience sociale, et constituait un véritable univers, avec ses règles propres, son système d'échange, ses référents culturels, son économie parallèle. Par quels processus entre-t-on dans cet univers déviant ? Pour Lindesmith, il s'agissait d'un apprentissage social.

Études de suivi de patients en traitement

Les premières études de suivis, ou *follow-up*, portèrent sur des patients de l'hôpital Lexington (hôpital pénitencier), dans le Kentucky, avec des suivis remontant à 1935. Les différentes études qui furent menées sont difficilement comparables, tant par leur méthodologie, leurs échantillons que par leurs objectifs ; aussi ne peut-on interpréter la grande variabilité des taux de rechutes, d'abstinence ou de mortalité. Quelques résultats émergent néanmoins.

Le taux d'abandon de la toxicomanie augmente avec le temps. Dans la première étude menée à l'hôpital de Lexington, sur 1 881 toxicomanes hospitalisés entre 1952 et 1955, 9 % seulement étaient restés abstinents après six mois, mais 25 % étaient devenus abstinents après 5 ans. Ce taux se monte à 43 % des sujets hospitalisés entre 1935 et 1955. Dans les années 1970, les résultats furent encore meilleurs puisque, de 1972 à 1978, l'étude DARP obtint 61 % d'abstinents aux opiacés. Conclusion : le taux de sujets qui

ne prennent plus de drogue s'accroît avec le temps. Une étude menée sur 20 ans permet d'évaluer à 3 % par an le taux de sujets devenant abstinents.

Il n'y a pas de différences significatives entre les différentes formes de traitement à long terme quant à leurs résultats. Cette conclusion est celle des grandes études évaluatives menées au cours des années 1970 aux États-Unis. L'étude DARP (1969-1974) porta sur 44 000 sujets inclus dans quatre programmes thérapeutiques. À un an du traitement, les résultats furent très favorables pour 27 % des personnes en traitement à la méthadone, pour 28 % de celles qui étaient dans les communautés thérapeutiques, et pour 24 % de celles qui bénéficiaient d'un traitement psychosocial ambulatoire. Le pourcentage pour les sujets placés en cure de désintoxication (15 %) était comparable à celui des toxicomanes sans traitement (14 % d'évolution favorable). Ces résultats s'améliorèrent avec le temps.

Le programme TOPS, mené en 1979 sur 11 750 patients, obtint des résultats analogues.

Dans ces deux séries d'évaluation, les résultats obtenus dans les programmes thérapeutiques à long terme furent comparables, quelle que soit la méthode de traitement. Ces résultats sont corrélés à la durée du traitement, les simples cures de désintoxication obtenant un score beaucoup plus faible, analogue à l'absence de cure. La critique des travaux sur la recherche d'efficacité des traitements a été accentuée par les travaux plus récents sur le *maturing out* (la « maturation spontanée ») des toxicomanes, celles qu'elles soient – comme sur les autres conduites addictives. Elle montre que les dépendances ne sont pas des carrières éternelles : le temps en reste le premier thérapeute.

À la fin des années 1970, aucune méthode ne semblait donc pouvoir être privilégiée. Toutes celles qui étaient employées laissaient espérer seulement 30 % environ de résultats favorables. Nombre de questions restaient en suspens. Les méthodes de traitement étaient-elles pour autant équivalentes ? Le profil des patients dans les différents types de traitement était-il comparable ? Les variables macrosociologiques,

voire les études de personnalité (prenant en compte dépression*, anxiété*, introversion...) également utilisées, étaient-elles pertinentes ? De plus, ces études avaient été menées sur des patients en traitement. Les toxicomanes qui sollicitaient un traitement étaient-ils les plus motivés et par là même les plus aptes à se sortir de leur toxicomanie ? Étaient-ils au contraire gravement en échec, et faisaient-ils appel à un service de soin à défaut d'un soutien de leur entourage ?

Études de suivi de toxicomanes hors traitement

Les recherches récentes en milieu naturel confirment toutes la diversité des types de consommations. En contradiction avec les représentations dominantes qui font du toxicomane un être solitaire, sans lien social, qui a perdu tout contrôle de lui-même, l'ethnographie* inscrit le comportement apparemment incompréhensible des toxicomanes dans un ensemble plus vaste, celui de la déviance liée aux substances psychoactives. Même les usages les plus marginaux sont inscrits dans des logiques sociales. En témoignent les processus par lesquels l'usager de drogues contrôle ses consommations. Car l'usage de drogues ne peut se poursuivre que s'il est, d'une manière ou d'une autre, contrôlé, y compris dans la dépendance. La survie dans le monde de la drogue l'exige. Se droguer, c'est d'abord apprendre à doser, à prévenir l'abus*, à ne pas s'inscrire systématiquement dans l'excès*. Bien sûr, la perte de contrôle de soi menace sans cesse le toxicomane ; bien sûr, il est des moments de crise ou de rupture où tous les liens sont rompus, mais il est des usagers de drogues qui parviennent à échapper aux sanctions extrêmes que constituent l'incarcération ou l'hospitalisation psychiatrique.

Dans cette logique, tous les usagers de drogues ne revendiquent pas leur appartenance au monde de la drogue. En France, le sociologue Alain Ehrenberg analyse l'émergence de nouvelles formes de consommation des drogues, émergence « qui signe maintenant la volonté d'adaptation et le dépassement permanent de soi » : c'est le

flirt de la drogue et de la performance*. Les drogues, qui ont pu être expérimentées dans les années 1960 dans un cadre de recherche d'alternatives sociales, tendent à devenir « une forme de réponse à des situations difficiles ». L'usage de drogues, autrefois associé à la marginalité, peut aujourd'hui témoigner au contraire d'une volonté d'adaptation.

Le devenir des toxicomanes

Études de suivi ou recherches ethnographiques remettent également en cause la représentation de la toxicomanie comme l'histoire d'une déchéance inexorable, dont la sortie relèverait d'un véritable sauvetage ou d'une conversion miraculeuse. S'il peut y avoir des moments clés, la sortie de la toxicomanie n'en est pas moins un processus.

L'issue n'est évidemment pas toujours heureuse. Même si la mort n'est pas inéluctable, le risque de décès reste important – les taux de mortalité*, extrêmement variables d'une étude à l'autre, vont de 5 à 30,9 pour mille par an. Cette variabilité peut être liée au type d'usage, plus ou moins violent selon les groupes et selon les époques. Elle est également liée au contexte de l'usage de drogues, qui doit tenir compte du traitement de la toxicomanie. Une offre de soin systématique peut vraisemblablement contribuer à réduire la mortalité. Celle-ci est en effet sensiblement réduite pour les toxicomanes en traitement de substitution (7 fois moins de décès chez les toxicomanes de rue, selon une étude suédoise) ; cette réduction est confirmée par une étude menée par le *National Institute of Drug Addiction* américain en 1997.

Peut-on dégager un principe d'évolution qui serait commun aux toxicomanes, ou du moins aux toxicomanes aux opiacés ? Peut-on parler d'histoire naturelle de la maladie ? Dans une synthèse des différents travaux de recherches, F. Lert et E. Fombonne identifient six phases théoriques.

Initiation ou expérimentation. Les premiers contacts se font habituellement en groupe, de nombreux utilisateurs ne dépassant pas ce stade.

Accroissement des prises. Les prises répétées culminent en une phase d'utilisation quotidienne. Le sujet devient dépendant physiquement, dès les premières semaines ou au bout de plusieurs années.

Phase de stabilisation. Il s'agit de la période d'utilisation régulière durant laquelle le sujet parvient à s'approvisionner en évitant les problèmes judiciaires et médicaux généralement associés à la consommation d'opiacés.

Phase dysfonctionnelle. Elle est habituellement caractérisée par l'expérience de la prison et des traitements ; les tentatives d'arrêt de la toxicomanie, contraintes ou volontaires, se soldent par des échecs et des retours aux phases précédentes.

Arrêt de la toxicomanie. L'usager s'éloigne du monde des opiacés, évite les utilisateurs de toxiques et se crée de nouveaux intérêts ; l'arrêt peut survenir avec ou sans traitement.

Statut d'« ancien toxicomane ». Cette période concerne surtout des sujets inscrits dans certains programmes thérapeutiques d'anciens consommateurs (du type Narcotiques anonymes, etc.).

Ce schéma a été construit sur la base des études des années 1960-1970. Il renvoie à des types d'usage prédominants à cette époque. Mais nombre d'usagers ne connaissent que quelques-unes de ces phases qui, de plus, sont loin de se dérouler immuablement d'une façon linéaire. Dans la perspective d'une maîtrise progressive de la consommation, l'usager peut connaître au début une phase dysfonctionnelle (l'incarcération peut intervenir dans les premières années), puis il peut entrer dans une phase où il parvient à stabiliser sa consommation. Les tentatives de cure, interprétées comme relevant d'une phase dysfonctionnelle et aboutissant à des répétitions erratiques (rechutes), peuvent être considérées comme autant d'étapes vers un contrôle du niveau de consommation avec, par exemple, le renoncement à l'injection, le recours à des produits de substitution, mieux maîtrisables et qui peuvent en outre écarter l'usager du marché clandestin (codéine*, parégo*, etc.). La sortie de la toxicomanie est alors construite comme l'aboutissement d'un processus de contrôle qui a progressi-

vement éloigné l'usager de drogues des pratiques les plus risquées et de l'environnement qui les favorise.

Cette problématique fonde les nouvelles politiques de santé publique, dites politiques de réduction des risques*. L'objectif de celles-ci est d'offrir à chaque usager de drogues le service qu'il peut accepter en fonction du moment de sa trajectoire : seringues* stériles tant que l'usager ne peut renoncer à l'injection, traitement de substitution par voie orale lorsqu'il est prêt à renoncer à l'injection et/ou à l'illégalité, ou, enfin, sevrage pour ceux qui peuvent l'envisager. L'enjeu est de maintenir tout au long de la trajectoire les liens sociaux qui contribuent à la maîtrise de l'usage et, à terme, à son abandon. Développer des services au plus proche des trajectoires effectives des usagers de drogue, telle est la nouvelle orientation des politiques de santé publique en direction de ces derniers. (Anne Coppel)

tranquillisant. Médicament appartenant généralement à la famille chimique des benzodiazépines*. Destinés à lutter contre l'anxiété, les tranquillisants sont susceptibles de donner lieu à usage abusif, voire toxicomaniaque. *SYN* : *anxiolytique*.

□ L'usage massif de médicaments tranquillisants pose un problème d'une extrême actualité dans la plupart des pays industrialisés, et, notamment en France.

De l'usage au mésusage des tranquillisants

La consommation d'un tranquillisant à la posologie prescrite, sans que cette dose soit augmentée dans le temps, mais sans non plus que cette consommation puisse être arrêtée pour autant, est aujourd'hui considérée comme « normale » dans notre société. Cette prolongation induite est surtout liée à une incapacité à s'arrêter du fait du manque, dont les signes cliniques, rarement graves, sont aussi inconfortables que nombreux (insomnie d'endormissement puis réveils multiples dans la nuit, cauchemars, anxiété, irritabilité, nervosité, tristesse, impressions de « déjà vu », flashes hémémnésiques, incoordination motrice,

pertes d'équilibre, céphalées, vertiges, nausées, anorexie, douleurs abdominales, hypersensitivité, photophobie, hyperosmie [perception trop intense des odeurs], goût bizarre dans la bouche, etc.). En fait, l'insomnie et l'anxiété peuvent être simplement dues à la réapparition de manifestations que masquait la prise de benzodiazépines.

Ces manifestations de manque apparaissent une fois le médicament éliminé : ils peuvent survenir parfois au bout d'une semaine après sevrage complet en cas d'utilisation prolongée d'une molécule éliminée lentement de l'organisme. Il est cependant habituel d'observer ce type de syndrome de sevrage plus fréquemment avec les molécules dont l'élimination est rapide ; ses manifestations sont alors plus sévères. C'est probablement pour cette raison que ces molécules sont réputées plus « addictives ».

L'usage toxicomaniaque, à des doses croissantes, est caractérisé par l'instauration d'une tolérance. Les doses thérapeutiques peuvent être en ce cas multipliées par vingt, voire cinquante, certains sujets passant leur temps à consulter un grand nombre de médecins pour s'approvisionner. Le syndrome de sevrage est alors généralement sévère.

Les toxicomanes utilisent régulièrement les benzodiazépines comme des adjuvants, associées à de l'alcool ou des drogues illicites, ou, souvent aussi, pour faciliter une période de sevrage volontaire ou involontaire en opiacés (rupture des arrivages ou du stock).

Ceci explique une réglementation toujours plus draconienne sur certains tranquillisants : le flunitrazépam*, par exemple, ou le clorazépate (Tranxène® 50 mg), soumis aux conditions de prescription et de délivrance des stupéfiants (arrêt du 23 décembre 2003, JO du 8 janvier 2004).

Pourquoi arrêter un traitement par tranquillisants ?

Même en cas d'usage thérapeutique normal, la dépendance peut apparaître précocement, en moins d'une semaine. Elle explique probablement des consommations

anormalement prolongées de benzodiazépines, portant sur plusieurs années.

On ne sait pas actuellement s'il existe un profil psychologique particulier des personnes susceptibles de développer une dépendance. Un certain nombre de questions peuvent être posées en ce qui concerne cette question, importante en France car ce pays est, de loin, leader mondial en ce qui concerne la consommation de tranquillisants et de somnifères. Les raisons d'interrompre un traitement par tranquillisants sont pourtant nombreuses :

- raisons philosophiques ou écologiques (il s'agit de vivre libre : c'est le refus du Soma* d'Aldous Huxley*) ;

- inefficacité de la pratique (certains sujets pérennisent le traitement depuis des années alors qu'ils se sentent psychologiquement toujours aussi mal, et les médecins renouvellent imperturbablement la prescription) ;

- inconfort, effets secondaires neuropsychiatriques et somatiques : apnées du sommeil avec accidents cardiovasculaires, accidents de la circulation routière par endormissement au volant, dépression*, amnésie ;

- inutilité : le malade est guéri, mais il ne le sait pas et il n'ose pas arrêter sa consommation bien que la pathologie traitée soit d'évolution très transitoire et que le traitement ne soit plus nécessaire ;

- diagnostic incorrect ou incomplet, d'où un traitement inefficace, voire dangereux (comme c'est le cas dans la dépression ou le syndrome d'apnées du sommeil des ronfleurs pathologiques) ;

- prudence (désir de grossesse, interrogations quant aux effets d'un médicament pris à très long terme) ;

- conserver le moins toxiques des produits utilisés dans un cadre de polytoxicomanie ou d'alcoolisme. La position classique faisant contre-indiquer la prescription de tranquillisants aux toxicomanes est critiquable : si leur usage doit effectivement demeurer prudent chez des sujets susceptibles de développer une addiction (mais on ignore encore les critères prédictifs de cette conduite), les tranquillisants peuvent parfois avantageusement remplacer l'alcool ou la drogue. Tout passage d'une drogue illi-

Accroissement des prises. Les prises répétées culminent en une phase d'utilisation quotidienne. Le sujet devient dépendant physiquement, dès les premières semaines ou au bout de plusieurs années.

Phase de stabilisation. Il s'agit de la période d'utilisation régulière durant laquelle le sujet parvient à s'approvisionner en évitant les problèmes judiciaires et médicaux généralement associés à la consommation d'opiacés.

Phase dysfonctionnelle. Elle est habituellement caractérisée par l'expérience de la prison et des traitements ; les tentatives d'arrêt de la toxicomanie, contraintes ou volontaires, se soldent par des échecs et des retours aux phases précédentes.

Arrêt de la toxicomanie. L'usager s'éloigne du monde des opiacés, évite les utilisateurs de toxiques et se crée de nouveaux intérêts ; l'arrêt peut survenir avec ou sans traitement.

Statut d'« ancien toxicomane ». Cette période concerne surtout des sujets inscrits dans certains programmes thérapeutiques d'anciens consommateurs (du type Narcotiques anonymes, etc.).

Ce schéma a été construit sur la base des études des années 1960-1970. Il renvoie à des types d'usage prédominants à cette époque. Mais nombre d'usagers ne connaissent que quelques-unes de ces phases qui, de plus, sont loin de se dérouler immuablement d'une façon linéaire. Dans la perspective d'une maîtrise progressive de la consommation, l'usager peut connaître au début une phase dysfonctionnelle (l'incarcération peut intervenir dans les premières années), puis il peut entrer dans une phase où il parvient à stabiliser sa consommation. Les tentatives de cure, interprétées comme relevant d'une phase dysfonctionnelle et aboutissant à des répétitions erratiques (rechutes), peuvent être considérées comme autant d'étapes vers un contrôle du niveau de consommation avec, par exemple, le renoncement à l'injection, le recours à des produits de substitution, mieux maîtrisables et qui peuvent en outre écarter l'usager du marché clandestin (codéine*, parégo*, etc.). La sortie de la toxicomanie est alors construite comme l'aboutissement d'un processus de contrôle qui a progressi-

vement éloigné l'usager de drogues des pratiques les plus risquées et de l'environnement qui les favorise.

Cette problématique fonde les nouvelles politiques de santé publique, dites politiques de réduction des risques*. L'objectif de celles-ci est d'offrir à chaque usager de drogues le service qu'il peut accepter en fonction du moment de sa trajectoire : seringues* stériles tant que l'usager ne peut renoncer à l'injection, traitement de substitution par voie orale lorsqu'il est prêt à renoncer à l'injection et/ou à l'illégalité, ou, enfin, sevrage pour ceux qui peuvent l'envisager. L'enjeu est de maintenir tout au long de la trajectoire les liens sociaux qui contribuent à la maîtrise de l'usage et, à terme, à son abandon. Développer des services au plus proche des trajectoires effectives des usagers de drogue, telle est la nouvelle orientation des politiques de santé publique en direction de ces derniers. (Anne Coppel)