

Les usages de drogues, les profils et les trajectoires

Diversité des usages

Une des difficultés auxquelles le praticien est confronté est la diversité des usages de drogue. Il n'existe pas de portrait type de l'usager de drogues, qui ne peut être défini ni par l'âge, ni par le sexe ni par l'appartenance à une catégorie sociale ou culturelle.

Depuis les années 70, l'usage de drogue est associé à la jeunesse mais des années 30 aux années 50, les usagers de drogue, opiomanes ou morphinomanes, étaient plus souvent des hommes dans la force de l'âge, militaires et coloniaux, professions médicales ou artistes. En Chine, traditionnellement, l'opium était le privilège des hommes âgés. Actuellement, les femmes sont sous-représentées, mais au XIX^e siècle, ce sont « les morphinées » qui d'abord ont apprécié l'usage de la morphine. Alors que la cocaïne a été considérée dans les années 80 comme une drogue de riche, elle était considérée, en opposition à l'opium aristocratique, comme populaire, voire crapuleuse dans les années 20, « Tabac pour la concierge et coco pour la grue », écrit Desnos dans « Ode à Coco » en 1919.

Il n'existe pas davantage de fonctionnement psychique spécifique à l'usager de drogue ou de « personnalité toxicomaniaque ». Expérience individuelle depuis le XIX^e siècle, qui s'oppose aux usages collectifs, médicaux ou religieux dans les sociétés traditionnelles, l'usage de drogue n'en relève pas moins de l'anthropologie. Par leurs propriétés pharmacologiques, les psychotropes revêtent fondamentalement *une fonction de passage*, passage d'un âge à un autre qui a pu être **ritualisé** dans les sociétés traditionnelles, mais aussi passage d'une culture à une autre¹.

¹ Coppel A., Bachmann C. Le Dragon domestique. Paris: Albin Michel, 1989.
Rée La Drogue dans le monde. Paris : Point Seuil, 1991.

Les drogues ont accompagné les grands changements de société comme elles aident à traverser les guerres : l'homme a quelquefois besoin de s'oublier lui-même pour affronter l'inconnu ou l'interdit. Pour l'affronter ou pour y échapper : les drogues ont toujours eu une double face. Des poètes romantiques aux *golden boys* des années 80, l'usage de drogue a été étroitement associé à la montée de l'individualisme moderne, individualisme conquérant qui prône libération et culte du corps, mais aussi individualisme repli sur soi et narcissique. Entre le début des années 70 et les années 80, l'usage de drogue a connu un véritable retournement de sa signification sociale.

- Dans les années 60 et 70, l'usage de drogue symbolise le refus des valeurs dominantes et la recherche d'une autre société. Le jeune, car l'usage de drogue s'inscrit désormais dans la rupture des générations qui marque les années 60, se lance dans une quête à la fois spirituelle et sensuelle de son rapport au moi. Dans un processus de « démocratisation de la bohème », une génération s'approprie l'exploration des espaces intérieurs, exploration d'abord réservée aux artistes, des poètes romantiques aux surréalistes.

- Depuis les années 80, l'usage de drogue aide à supporter un quotidien difficile, qu'il s'agisse de s'évader d'une réalité sociale où le sujet n'a pas de place ou de s'adapter à une société qui exige des performances sans cesse accrues. L'usage de psychotropes peut désormais être interprété comme une conduite d'adaptation ou comme un refuge face aux incertitudes de l'emploi et plus généralement de l'identité sociale et culturelle. Alors même que les drogues sont associées dans les représentations au retraitisme des exclus, l'usage de drogue remplit cette fonction paradoxale d'aider l'individu à supporter la pression psychique qui s'exerce sur chacun².

Au-delà des significations collectives de l'usage, chaque usager effectue ses choix personnels, en fonction de son histoire, de ses aspirations, de son fonctionnement psychique, mais aussi sans doute de ses caractéristiques physiologiques. Pour les uns, l'usage de drogues est synonyme de recherche d'intensité ou d'aventure, pour d'autres, les drogues soulagent d'une souffrance psychique ou aident à supporter l'exclusion sociale.

² Voir les travaux d'Ehronberg A et Mignon P. *Drogues, politiques et société*, Descartes, 1992

Les mouvements sociaux dans lesquels s'inscrivent les consommations de drogue ne disent rien des usages individuels : un usager des années 70 pouvait parfaitement utiliser les drogues dans une stratégie de repli tandis qu'un usager des années 80 pouvait tout aussi bien revendiquer sa marginalité.

La signification de l'usage de drogues évolue le plus souvent avec le temps. Les drogues illicites sont souvent expérimentées au moment de l'adolescence, par curiosité ou pour s'intégrer dans un groupe. Nombre de jeunes vont y avoir recours sur une période plus ou moins longue, puis vont progressivement y renoncer ou se contenter d'un usage occasionnel au fur et à mesure qu'ils trouvent place dans le monde adulte.

Quelques-uns vont s'engager, soit progressivement, soit directement, dans un usage intensif des drogues dures. L'usage le plus intensif est généralement réservé aux premières années de consommation. Pour une partie des usagers, on parle de « lune de miel » dans les premières années, puis le prix à payer en termes d'exclusion et de marginalité devient de plus en plus lourd. Les effets du produit peuvent aussi devenir moins satisfaisants, ou être vécus comme simplement répétitifs et une partie des usagers de drogues entre alors dans une démarche d'éloignement du produit et/ou du monde de la drogue. En moyenne, cette démarche s'amorce après quatre ou six ans de toxicomanie, moment des premières demandes de soin. Selon quelques études faites aux USA et en Grande-Bretagne, cette démarche n'aboutit généralement qu'après une dizaine d'années de toxicomanie.

Les profils

On retiendra que l'usage de drogues remplit différentes fonctions qui peuvent s'inscrire sur deux axes :

- un axe « effets recherchés » qui va de l'apaisement de la douleur à la recherche des plaisirs ;
- un axe « stratégies sociales » qui va de l'amélioration des performances au retraitisme.

À partir de ces deux axes, qui croisent effets recherchés et stratégies sociales, on peut construire une typologie des usages de psychotropes, qu'ils soient licites ou illicites. Les cinq profils que nous proposons ici correspondent à des types d'usages auxquels le praticien peut être confronté aujourd'hui en France dans ce milieu des années 90. Ces profils sont issus de la confrontation de l'expérience clinique et de recherches sociologiques sur la consommation¹.

1. Carpentier J. La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. Ellipse, 1994.

Ils ne prétendent pas à une description exhaustive : il s'agit seulement de dégager des lignes de force qui permettent au praticien de s'orienter et de construire des hypothèses de travail.

- **La toxicomanie mode de vie** : la consommation est justifiée par le **plaisir** (« *j'en prends parce que j'aime ça* ») et les ressources de la vie ordinaire sont principalement ou uniquement organisées autour de l'usage de drogue. Ce mode de vie est bien installé, il peut être revendiqué culturellement (vêtements, musique, voyage). L'usager a des amis qui sont des usagers de drogue, son partenaire est souvent également usager de drogue. Il peut s'agir d'une consommation principale d'héroïne, avec un usage récréatif de cocaïne ou de cannabis, opposés aux produits licites (réticences fréquente envers les médicaments psychotropes). La toxicomanie « mode de vie » peut aussi se construire sur la consommation principale de stimulants (*speed freaks*), même si ce mode d'usage se rencontre peu fréquemment en France.

- **L'usage fonctionnel** : la consommation est vécue comme une **béquille**, qu'il s'agisse d'améliorer ses performances ou de supporter une souffrance psychique. Cet usage fonctionnel est en grande partie **auto-thérapeutique**. Les liens avec le monde social ordinaire sont maintenus, travail, famille ou relations affectives. **L'usage n'est pas revendiqué comme une identité**, il aide à supporter contraintes et conflits (« j'en prends tous les matins pour aller au travail ») ou à faire face à la compétitivité accrue (« j'en prends pour être créatif », « pour être en forme »). Le plus souvent, l'usage est perlé (petites doses prises régulièrement), la dépendance peut être ancienne et bien installée. L'usage fonctionnel peut privilégier un seul produit, il peut aussi faire appel à de savants cocktails, mêlant médicaments psychotropes, alcool et drogues illicites.

- **L'usage récréationnel** : l'usage n'est pas central dans le mode de vie, même s'il peut être très régulier, voire quotidien : il y a des usages récréationnels « doux », usages occasionnels qui évitent les risques majeurs, et des usages récréationnels « durs », où la prise de risque est importante, au moins par périodes. Leur caractéristique commune est qu'ils participent des sociabilités de différents groupes sociaux, jeunes et particulièrement jeunes de cités ou encore monde de la délinquance.

Il peut être considéré comme fonctionnel dans la mesure où il aide à entrer en communication plus aisément, à vivre vite mais il est avant tout festif et valorise intensité et prise de risque. Les produits sont le plus souvent consommés de façon collective. L'usager ne se reconnaît pas comme « toxico » dans la mesure où l'usage n'est pas compulsif et accepté dans le groupe. Tous les produits illicites peuvent être expérimentés dans cette perspective, héroïne, cocaïne, amphétamines, mais ces produits sont presque toujours associés à l'alcool, au tabac et au cannabis.

- **L'usage compulsif** : la consommation est vécue comme **non maîtrisable**. Ces usagers peuvent avoir une longue histoire avec les traitements, être peu enclins à la délinquance et **très dépendants des médecins**. L'usage est individuel, il peut se limiter à un seul produit. D'un point de vue phénoménologique, il ressemble à certaines formes d'alcoolisme ou encore s'apparente aux pathologies de la nutrition, anorexie/boulimie. Les produits à courte vie avec forte intensité et les voies d'administration les plus rapides (amphétamines et cocaïne injectées, crack, héroïne, palfium) se prêtent particulièrement à ces usages compulsifs.

- **L'usage anesthésique** : l'effet recherché, c'est l'oubli de soi-même, ne plus penser, ne plus se souvenir « **piquer du nez** ». Ceux qui recherchent exclusivement cet effet anesthésique se caractérisent par leur grande exclusion et souffrance psychique. Leur mode de vie est chaotique. L'histoire avec les services sociaux et hospitaliers est ancienne, les accidents comme les overdoses sont nombreux. Le plus souvent, l'usage est polytoxicomane et associe alcool et benzodiazépines aux drogues illicites.

La typologie des usages ne doit pas être confondue avec une typologie des usagers, l'usage de drogue remplissant pour une même personne différentes fonctions.

Tous les types d'usage ont une composante « fonctionnelle », comme ils ont généralement une composante « compulsive » : la combinatoire se fait selon une équation strictement personnelle. La fonction auto-thérapeutique est souvent masquée par la recherche du plaisir. L'usage « mode de vie » peut être revendiqué par un usager confronté à une structure psychotique ou plus fréquemment à un état limite, l'identité de « toxicomane » paraissant préférable à celle de malade mental.

La combinatoire de ces fonctions évolue dans le temps : l'usage récréatif est le plus souvent l'entrée des usages « mode de vie » ou des usages « fonctionnels ». L'usage « mode de vie » peut devenir « anesthésique » si l'usager est débordé par son usage et lâche prise, et réciproquement, un usager d'abord « anesthésique » peut trouver des repères et des liens sociaux dans un mode de vie toxicomane.

**Des usages très intensifs se situent à la lisière
du mode de vie et de l'anesthésie :
c'est le cas des carrières les plus « destroy »
qui ont pu être revendiquées culturellement
dans la mouvance « punk ».**

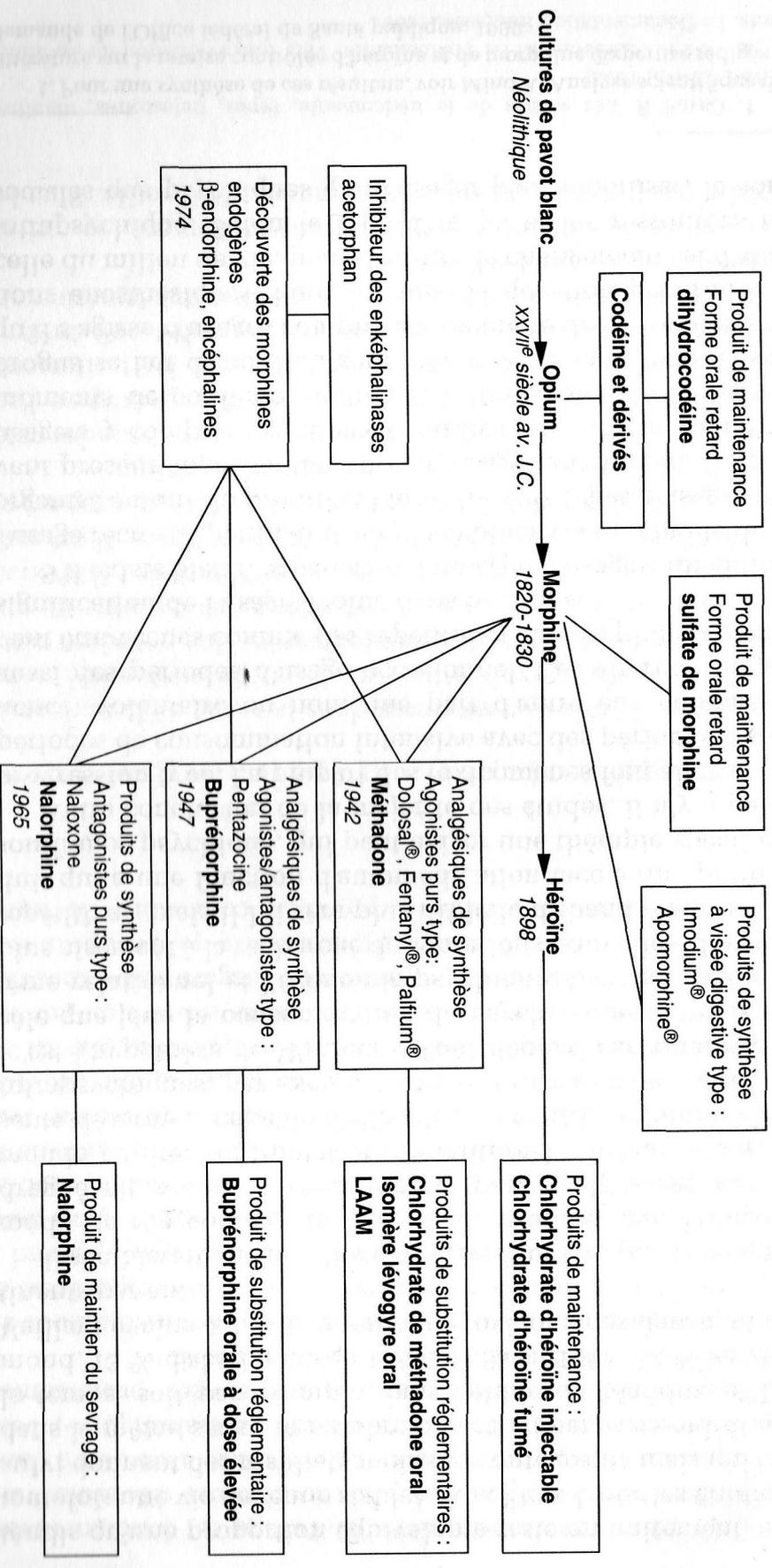
Les trajectoires et les fonctions du traitement

S'il n'existe pas de trajectoire type de l'usage d'opiacés, il y a bien des étapes, de l'entrée dans le monde de la drogue à la sortie, qui permettent de penser la toxicomanie en termes d'histoire naturelle. On a longtemps pensé l'histoire de la toxicomanie en trois étapes : l'étape récréative ou lune de miel, l'étape « toxico » consacrée à la recherche du produit et l'étape finale de la déchéance. Dans ce schéma, la sortie du monde de la drogue était envisagée en rupture complète avec cette spirale de l'auto-destruction, rédemption ou renaissance d'autant plus miraculeuse que, jusqu'à la fin des années 60, la majorité des spécialistes était persuadée que la toxicomanie était une maladie chronique inguérissable. Ce schéma est aujourd'hui remis en cause par les différentes études menées sur le devenir des toxicomanes.

Avec le retour des GI du Viet-Nam, les Américains découvrent que *la majorité des usagers de drogue finissent par renoncer à l'usage d'opiacés*. Trois ans après le retour aux États-Unis, 9 % des GI sont restés héroïnomanes et l'abandon s'est fait le plus souvent sans traitement, ou après une cure hospitalière dans l'armée. Autre constat : celui des Anglais. Tandis que les médecins prescrivaient héroïne et morphine depuis 1927 à des malades qu'ils considéraient comme chroniques, les premières études de suivi (*follow up*) montrent qu'un certain nombre d'héroïnomanes sous prescription finissent par arrêter le traitement et renoncer aux opiacés. Les résultats donnent par exemple 38 % d'héroïnomanes devenus abstinents entre 1969 et 1979 dans l'étude de Wille, comme dans l'étude de Stimson, tandis qu'une proportion équivalente reste en traitement, avec toutefois une vie devenue stable¹.

1. Pour une synthèse de ces résultats, voir Mino A. Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne et de morphine. Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de Santé publique, 1990.

TABEAU 4.1. Opiacés : synthèse chronologique.



Aux États-Unis, les études de suivi donnent des résultats moins encourageants mais qui vont dans le même sens : le nombre d'héroïnomanes se réduit avec le temps, soit par exemple dans l'étude de Maddux et Desmond, 13 % d'abstinents en 1966, 23 % en 1975, 32 % en 1979. Vaillant évalue à 3 % le nombre de toxicomanes devenant abstinents par an.

Il semblerait que nombre d'usagers finissent par se lasser du mode de vie comme de l'usage du produit, que l'usage de drogue ait rempli sa fonction de passage (passage dans le monde adulte, confrontation de cultures), ou que le sujet se sente désormais capable d'affronter les conflits relationnels ou intrapsychiques, par exemple par un processus de maturation (c'est l'hypothèse de Winnick). **Tout dépend certainement du rôle que joue la consommation de psychotropes dans le système relationnel et l'économie psychique.** L'usager renoncera plus aisément à la recherche de sensations nouvelles, devenues répétitives, mais il lui sera plus difficile d'abandonner un produit qui a une fonction d'automédication face à une profonde souffrance psychique, qui peut exiger une thérapie spécifique.

Autre conclusion de la majorité des études, **il n'y a pas de progression type.** La plupart des toxicomanes font alterner des périodes de consommation intensive avec des périodes d'abstinence, volontaire ou non, une part d'entre eux connaissant aussi des périodes d'usage occasionnel. Ces alternances peuvent être vécues comme des répétitions mais le plus souvent la signification de l'usage évolue dans le temps.

S'il existe bien des passages d'un type d'usage à un autre, si l'usage récréatif peut par exemple évoluer vers un mode de vie organisé autour du produit, si les différents types d'usages peuvent presque tous évoluer vers un usage fonctionnel, ou si les usagers y compris les mieux contrôlés peuvent connaître des moments de confusion extrême, la trajectoire de l'usager de drogue se fait d'abord au sein même de chaque type d'usage, qu'il s'agisse d'usages compulsifs, de mode de vie ou des fonctions anesthésiques. Pour les uns, la question prioritaire est celle du milieu de vie, pour d'autres, le changement est d'abord intrapsychique. Selon le type d'usage, et les ressources tant sociales que psychiques que l'usager peut mobiliser, la sortie est plus ou moins envisageable.

Si l'usage est fondamentalement auto-thérapeutique, il a plus de chances d'évoluer vers une consommation chronique. Ce type d'usage a été décrit dans une perspective médicale comme déficit « métabolique », il est à l'origine des premières prescriptions et des programmes méthadone de maintenance (Dole et Nyswandars).

Lorsque le mode de vie a été organisé entièrement autour de la prise de produit, *la reconstruction à la fois psychique et sociale est lente et progressive*. Peu à peu, l'usager apprend à maîtriser sa consommation, à renoncer aux usages les plus dangereux, par exemple à l'injection. Mais cette distance avec le produit doit s'accompagner d'une distance avec le monde de la drogue. Sortir du monde de la drogue, c'est mobiliser des ressources affectives et sociales hors du monde de la drogue, et le pronostic est d'autant meilleur que les liens, famille, travail ou amis, ont été maintenus¹. Ce constat porte aussi bien sur les usagers type « mode de vie » que sur les usagers dits « anesthésiques » avec cette difficulté supplémentaire qu'il est plus aisé de changer d'investissements que d'en construire de toute pièce.

Comment sort-on de la toxicomanie ?

Quel est le rôle du traitement dans la sortie de la toxicomanie? Les théories explicatives de la sortie sont aussi nombreuses que les théories de la toxicomanie. Une première certitude, que confirment tant les évaluations des traitements que les témoignages ou les quelques études qualitatives : *il n'existe pas de réponse universelle*. Pas de « *One best way* ». **Il est sans doute autant de modes de sortie que de diversité de rapport au produit, de contexte et de fonctionnement psychique.**

En termes de sortie de la toxicomanie, les trois grandes catégories de traitement, soit les communautés thérapeutiques, l'accompagnement psychosocial au long cours et les traitements méthadone, obtiennent des résultats comparables, soit environ 30 % de résultats positifs dans les évaluations américaines menées dans les années 70².

Il existe également ,des sorties sans traitement, ce qui ne signifie pas pour autant que le traitement soit inutile.

1. Castel R. Les sorties de la toxicomanie, types, trajectoires, tonalités. GRASS, CNRS, 1992.

2. Lert F, Frombone E. La Toxicomanie, Vers une évaluation de ses traitements. La Documentation française, 1989.

Plus les liens sociaux et affectifs sont rompus, plus l'usager est isolé,

malade et plus le traitement est nécessaire. En outre, le traitement ne jouera pas le même rôle pour tous : les uns vont avoir besoin d'un accompagnement continu à la fois psychologique et social, les autres vont faire appel au traitement dans des situations de crise précises et vont parvenir à surmonter seuls les autres obstacles. Quoi qu'il en soit, le changement de comportement est une longue histoire qui se déroule d'autant mieux que l'utilisateur est soutenu, que l'accompagnement soit ou non professionnel.

Ces différents résultats fondent la stratégie thérapeutique de la substitution. Quel que soit le type d'usage, la maîtrise et ensuite, éventuellement, la sortie de la toxicomanie doivent être comprises comme un processus qui passe par un réaménagement à la fois psychique et social, réaménagement qui se fait par étape. L'utilisateur commence à souhaiter une distance, voire un arrêt de la consommation bien avant d'en avoir les moyens psychiques et sociaux. Tant que l'utilisateur ne peut envisager une alternative concrète en matière de mode de vie, tant que le produit lui est utile ou nécessaire, la cure de désintoxication ne peut mener qu'à un échec. Or, l'alternance cure de désintoxication/rechute a pour effet pervers de renforcer la dépendance par augmentation du niveau de tolérance en même temps qu'elle risque d'enfermer l'utilisateur dans une conduite d'échec tandis qu'il continue de courir des risques majeurs en termes de santé et de marginalisation.

Le traitement de substitution prend acte de la volonté de l'utilisateur de réduire les risques, il l'aide à modifier son rapport au produit, il laisse le temps de construire les supports affectifs et sociaux nécessaires au changement. Le traitement peut intervenir à chaque étape de la trajectoire, dès que l'utilisateur veut calmer le jeu, protéger sa santé, s'éloigner du monde de la délinquance et de la marginalité, contrôler sa consommation en termes de fréquences et de quantités, renoncer à l'injection même si l'utilisateur ne peut pas ou pas encore envisager une vie sans drogue. **On sort enfin du dilemme toxicomanique du « tout ou rien ».**

Extrait de : La Méthadone et les traitements de substitution, COPPEL A., en coll. avec LOWENSTEIN W., GOURARIER L., LEBEAU B., HEFEZ S., Éd. Doin, 1995, 160 p., pp. 37- 46