

UNIVERSITE LUMIERE – LYON 2

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

THESE Pour obtenir le grade de DOCTEUR DE L'UNIVERSITE LUMIERE – LYON 2

Discipline : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement par

Jean-François BRIEFER

Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues

Directeur de thèse : Professeur Gérard BROYER

8 Octobre 1999

Table des matières

Remerciements ..	1
INTRODUCTION GENERALE ..	3
1. Contexte historique et social ..	3
2. Définition du sujet et problématique générale ..	5
3. Problématique spécifique et hypothèses ..	9
4. Plan du développement ..	12
Première partie Position de l'usager de drogues illégales dans la société : les théories et les faits ..	15
Chapitre 1 : HISTORIQUE DE LA CONSOMMATION D'OPIACES ET DE LA MARGINALISATION DES USAGERS ..	15
1. Introduction ..	15
2. Des premières civilisations à l'âge classique ..	16
3. Le contexte social et scientifique du XIXe siècle ..	18
4. Naissance de la toxicomanie aux XIXe et début du XXe siècle ..	23
5. Criminalisation des consommations de drogues et disqualification des usagers ..	29
6. Conclusion ..	36
Chapitre 2 : DEFINITION DE LA TOXICOMANIE : LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET SES DETERMINANTS SOCIO-CULTURELS ..	38
1. Introduction ..	38
2. Place de la toxicomanie dans la nosologie psychiatrique actuelle ..	40
3. La dépendance, un aspect de la condition humaine ..	43
4. Addiction : un concept transnosologique ..	45
5. Critères diagnostiques de dépendance à une substance ..	47
6. Dépendance physiologique, syndrome de sevrage aux opiacés et phénomènes psychosomatiques ..	48
7. Trouble du contrôle ou usage nuisible volontaire ? ..	52
8. Dysfonctionnement psychosocial réversible et durable ..	57
9. Psychopathologie associée : dépression et troubles de la personnalité ..	60

10. Traitement par la méthadone, intégration sociale et toxicomanie persistante .	64
11. Conclusion .	65
Chapitre 3 : DEVIANCE, TOXICOMANIE ET REACTION SOCIALE .	68
1. Introduction .	68
2. Sociologie de la déviance .	70
3. Phénomènes d'étiquetage et toxicomanie .	76
4. La sous-culture drogue et ses modes de vie .	84
5. Conclusion .	93
Chapitre 4 : LES DETERMINISMES PSYCHOSOCIAUX DE LA TOXICOMANIE .	97
1. Introduction .	97
2. La socialisation .	99
3. Théorie du contrôle social : défaillance de la socialisation conventionnelle .	104
4. Théories de la déviance culturelle : socialisation vers la déviance .	107
5. Théorie des comportements problématiques : fonction du non-conformisme psychosocial à l'adolescence .	112
6. Troubles de la socialisation, adolescence et toxicomanie : données empiriques .	115
7. Conclusion .	129
Deuxième partie Etude empirique de l'intégration sociale et de la psychopathologie chez des patients en cure de méthadone .	135
Chapitre 5 : METHODE .	135
1. Le contexte institutionnel .	135
2. Populations et critères d'inclusion .	137
3. Technique et matériel .	139
4. Caractéristiques et mise en forme des données quantitatives .	145
5. Méthode d'analyse des résultats .	149
Chapitre 6 : RESULTATS .	152
1. Analyse quantitative des données issues des questionnaires .	152
2. Présentation et analyse de cas cliniques .	196
CONCLUSION .	223

1. Résumé du développement et rappel de la problématique	223
2. Considérations sur la prise en charge des usagers de drogues	236
BIBLIOGRAPHIE	239
ANNEXES	251
ANNEXE 1. Questionnaire interne de demande de cure (Fondation Phénix, Genève, 1992)	251
ANNEXE 2. Questionnaire initial à remplir par le patient	251
ANNEXE 3. Questionnaire initial à remplir par le médecin traitant	251
ANNEXE 4. Grille d'évaluation des consommations de psychotropes	252
ANNEXE 5. Description des variables et indices de l'analyse quantitative	252
1.Noms et définitions des variables utilisées	252
2. Variables et indices créés à partir des variables de départ	258
ANNEXE 6. Liste des 202 items tirés du MMPI (questionnaire de personnalité)	260
ANNEXE 7. Questionnaire de dépression QD2	270
ANNEXE 8. Questionnaire de dépression QD2A (version abrégée)	270
ANNEXE 9. Entretien structuré abrégé pour l'évaluation des troubles de la personnalité	270
ANNEXE 10. Protocoles des entretiens libres sur les consommations de drogues	270
Cas 1 : Gérard	270
Cas 2 : Anne	277
Cas 3 : Nicole	282
Cas 4 : Pierre	288
ANNEXE 11. Concepts de base de la réduction des risques et des méfaits (M. Leckie, 1998 ⁴⁹⁹)	292

⁴⁹⁹ M. Leckie, Le praticien et la réduction des risques, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1998, 118, 9, pp. 739-742. Traduit et adapté de : P. G. Erickson et al. (ed.), *Harm reduction : a new direction for drug policies and programmes*, Toronto, University of Toronto Press, 1997, pp. 8-11.

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'appui du Dr J.-J Déglon, médecin directeur de la Fondation Phénix à Genève. Nous le remercions chaleureusement pour la confiance dont il nous a témoigné en nous facilitant l'accès aux dossiers médicaux des patients en cure de méthadone dans son institution.

Nous remercions également Monsieur le Professeur G. Broyer qui accepté de prendre la direction de notre thèse. Sa lecture attentive et ses remarques pertinentes nous ont permis de prendre le recul nécessaire à l'exercice d'une pensée critique.

Notre gratitude s'adresse aussi à Monsieur R. Flückiger pour ses conseils éclairés et ses encouragements.

Enfin, nous remercions tous les patients de la Fondation Phénix qui ont participé à notre recherche et tout particulièrement ceux qui ont accepté de parler de leur toxicomanie dans le cadre d'un entretien.

INTRODUCTION GENERALE

1. Contexte historique et social

L'objet de ce travail consiste à mettre en lumière les tenants et les aboutissants des difficultés d'**intégration sociale** que rencontre l'usager compulsif de drogues illégales et de les mettre en lien avec la **psychopathologie** et la **toxicomanie** elle-même.

Ces difficultés ne sont bien entendu pas spécifiques aux usagers de drogues, mêmes si les pratiques illégales qu'ils adoptent jouent un rôle non négligeable dans leur propension à la désinsertion sociale. Différents groupes sociaux rencontrent des difficultés similaires : délinquants, chômeurs de longue durée, malades psychiatriques, etc. Autant de personnes en position de vulnérabilité face à une société où la compétitivité laisse peu de chance aux moins performants.

Ces vulnérabilités deviennent particulièrement saillantes dans le contexte socio-économique actuel. Les sociétés postindustrielles à tendance néolibérale se voient en effet confrontées de manière toujours plus aiguë aux problèmes d'**exclusion sociale** sur fond de précarité de l'emploi. La diminution des solidarités de proximité (famille, voisinage) va dans le sens d'un effritement du tissu social laissant des individus de plus en plus isolés, sans possibilité de ralliement derrière une cause commune à défendre. Ceci donne le sentiment d'une évolution vers une véritable fracture sociale et l'on redoute

cette dualisation de la société qui séparerait la population en deux castes avec d'un côté les nantis qui auraient un accès au travail et un réseau relationnel adéquat et de l'autre les exclus, pauvres, assistés et isolés¹.

Historiquement, la toxicomanie est apparue dans les sociétés occidentales à une époque traversée par de profonds bouleversements socio-économiques. Le XIXe siècle a été marqué en effet par la révolution industrielle et l'apparition des phénomènes de consommation de masse. La transformation radicale des modes de vie qu'amène le passage de la société traditionnelle à la société moderne n'est pas sans lien avec ces usages nouveaux de psychotropes tels que l'opium, puis la morphine.

Cette grande mutation sociale des sociétés occidentales s'est accompagnée d'un phénomène très général déjà mis en évidence au siècle passé par un précurseur de la sociologie, Auguste Comte (1798-1857) et que d'autres penseurs ont relevé à leur tour (E. Durkheim, H. Spencer). Il s'agit de l'idée que l'évolution des sociétés, notamment lors du passage de la société traditionnelle à la société industrielle, se traduit par une **autonomie croissante des individus**, phénomène se déroulant dans le cadre de changements profonds au niveau de la culture, des valeurs et des mentalités.

Avec la modification du type de société, le sentiment d'appartenance au groupe s'est profondément modifié. Celui-ci était antérieurement très développé dans la mesure où les traditions favorisaient l'échange et le voisinage entre les membres de la communauté, ce qui rendait très difficile l'écart par rapport à la norme². Alors que dans les sociétés traditionnelles l'individu était absorbé par le groupe et s'y identifiait fortement, les sociétés postindustrielles ont été marquées par une **montée de l'individualisme** accompagné d'un relâchement des liens affectifs au niveau de la famille, du quartier d'habitation et du milieu du travail. C'est ainsi que E. Durkheim (1858-1917) au début du siècle déjà, expliquait le phénomène du suicide³ en recourant au concept d'**anomie**, qui caractérise des sociétés en mutation dont les normes ne s'avèrent plus capables d'intégrer les individus.

Dès lors, affranchi face au religieux et à la tradition, l'homme des sociétés démocratiques naissantes doit réinventer son destin⁴. Il doit assumer l'accès à une **liberté individuelle nouvelle** dans un contexte d'affaiblissement du tissu social où s'affrontent les intérêts particuliers. Si l'émancipation des traditions permet une autonomie individuelle accrue, elle se traduit en contrepartie par une perte des références communes, une indétermination des comportements et une **atomisation du social**. C'est toute l'ambiguïté qui caractérise l'individualisme des sociétés modernes actuelles, ce gain en liberté ne semble pas pouvoir aller sans une perte au niveau du lien social⁵.

¹ J. Etienne et al., *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Hatier, 1995.

² R. Campeau et al., *Individus et sociétés. Introduction à la sociologie*, Québec, Gaëtan Morin ed., 1993.

³ E. Durkheim, *Le suicide*, (éd. orig. 1895), Paris, PUF, 1986.

⁴ J. Fatela, *Drogues et ambivalence de la subjectivité*, in : A. Ehrenberg, *Individus sous influence*, Paris, Esprit, 1991.

⁵ A. Renaut, *Individu, dépendance et autonomie*, in : A. Ehrenberg, op. cit.

Ce dilemme apparaît comme exacerbé dans la conduite du toxicodépendant qui s'aliène dans une quête effrénée d'indépendance et d'autosuffisance :

La toxicodépendance peut être interprétée anthropologiquement comme une tentative de résolution des tensions et des paradoxes liés à l'exercice de la liberté moderne, en tant que source à la fois de création et d'aliénation pour l'individu⁶.

Il fallait en effet un accès à des libertés nouvelles pour adopter des pratiques se situant en dehors du cadre culturel habituel. Une des caractéristiques majeures de ces nouvelles formes d'usages de psychotropes consiste justement en ce qu'elles échappent au système de régulations culturelles en place, et notamment aux rituels collectifs de consommation.

Cette carence normative fait le lit de la consommation sauvage avec toutes les dérives qui la menacent. Situées hors du champ culturel habituel et n'obéissant plus aux valeurs traditionnelles, les nouvelles consommations de psychotropes, parce que dérégulées, représentent un danger de désorganisation et de rupture sociale⁷.

En parallèle à ces menaces contre l'ordre social, ces pratiques suscitent aujourd'hui une fascination pour cet ailleurs normatif de nature imaginaire. Cette fascination va également de pair avec l'attrait pour une position sociale déviant et provocante qui focalise l'attention générale. Ceci concerne tout particulièrement les jeunes, dont le besoin important de reconnaissance peut les amener à occuper une position sociale que la société dramatise. Cette signification dramatique donnée à l'acte toxicomaniacal représente une force d'attraction pour ceux qui se sentent exister dans le regard inquiété de l'autre⁸.

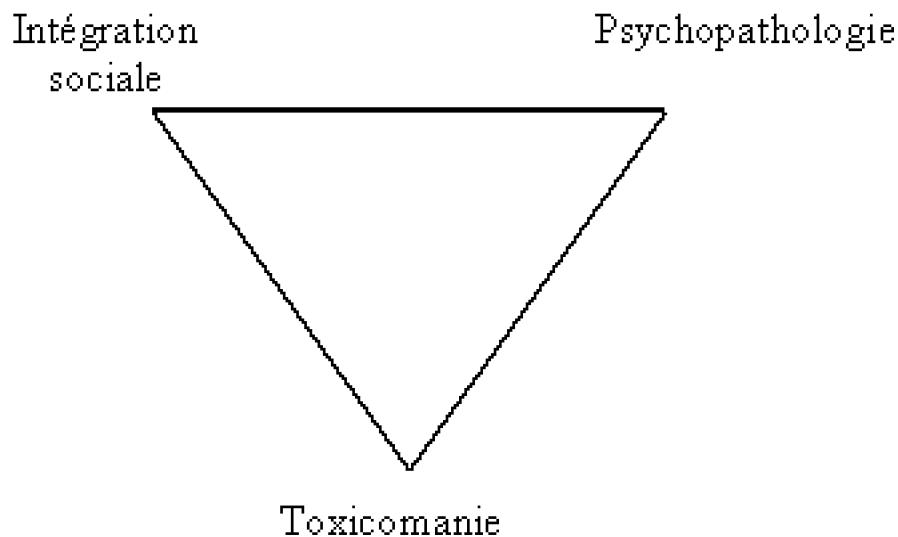
2. Définition du sujet et problématique générale

Le but de ce travail est d'éclairer la nature des liens existants entre trois ordres de phénomènes, à savoir la **toxicomanie**, la **psychopathologie** et l'**intégration sociale**, avec une centration sur ce dernier aspect. Nous allons donc analyser les trois côtés du triangle conceptuel suivant :

⁶ *J. Fatela, op. cit., p. 52.*

⁷ R. Castel et A. Coppel, Les contrôles de la toxicomanie, in : A. Ehrenberg, *Individus sous influence*, Paris, Esprit, 1991.

⁸ O. Ralet et I. Stengers, Drogues, *le défi hollandais*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1991.



Afin d'effectuer une première délimitation de notre sujet, nous allons définir chacun de ces trois concepts centraux.

Pour commencer avec la notion de **toxicomanie**, mentionnons d'emblée que nous abordons ce phénomène avec deux regards mis en perspective.

Un premier regard inspiré de la sociologie et de l'anthropologie envisage la toxicodépendance comme *un élément d'un système sous-culturel plus vaste comportant des normes et des valeurs propres* et se traduisant par un style de vie spécifique. L'héroïnomanie est ici conçue comme une **pratique socioculturelle** propre à une faible minorité de personnes et ayant cette caractéristique majeure qu'elle va à l'encontre de normes communément admises et donc suscite la désapprobation. En raison de ces caractéristiques la sociologie classe la toxicomanie parmi les **déviances**, à savoir une conduite qui transgresse des normes et qui est désignée comme telle.

Un second regard émane d'une approche médicale ; il tend à considérer la toxicomanie comme une **maladie** psychiatrique caractérisée par une compulsion et une perte de contrôle qu'il s'agit de soigner. L'accent y est mis sur la dimension psychopathologique, qu'il s'agisse de la toxicomanie elle-même ou des troubles psychiques qui peuvent lui être associés.

En ce qui concerne l'interprétation des conduites de prises de drogues illégales, l'approche psychiatrique lui attribue une fonction d'**automédication**⁹, visant à calmer un état psychique douloureux. Cette fonction n'est toutefois pas spécifique à la toxicomanie aux drogues illégales¹⁰.

⁹ Une autre interprétation fréquemment mentionnée de la conduite toxicomaniacale lorsqu'on l'envisage sous l'angle psychodynamique est celle de l'**autodestruction**. La prise de toxiques est alors rapprochée des tentatives de suicide en tant qu'attaque agressive du corps propre. Ce lien entre psychopathologie et toxicomanie dépasse toutefois le cadre de notre travail.

¹⁰ En effet, toute personne confrontée à des perturbations affectives met en jeu des stratégies anti-dépressives, parmi lesquelles le recours possible à diverses substances chimiques. Or la société met à disposition toute une panoplie de substances psychotropes et il n'est pas nécessaire de recourir aux drogues illégales pour obtenir l'apaisement recherché.

Le regard médical porté sur la toxicomanie nous amène donc directement sur le terrain de notre deuxième concept : celui de **psychopathologie**. L'acception de cette notion prise en considération renvoie à la science des maladies mentales. Il s'agit d'une approche objectiviste basée notamment sur un ensemble de techniques et d'instruments d'évaluation des troubles psychiques. Nous utilisons comme référence la nosologie psychiatrique nord américaine du DSM-IV¹¹ dont l'usage est mondialement répandu.

Nous privilégierons l'analyse de certains aspects de la psychopathologie ; il s'agit du dysfonctionnement psychosocial et des difficultés d'adaptation sociale. Car ceux-ci constituent des éléments centraux du diagnostic de dépendance à une substance et représentent des conséquences possibles de nombreux troubles psychiques associés à la toxicomanie.

En effet lorsque la comorbidité (principalement les symptômes dépressifs et les troubles de la personnalité) atteint un certain seuil de gravité, son retentissement sur le fonctionnement psychosocial devient patent. L'**adaptation sociale** se trouve alors compromise soit *temporairement* en cas de décompensation aiguë (ce qui peut rendre nécessaire une hospitalisation) soit de façon beaucoup plus *durable* en cas de troubles de la personnalité ou de tout autre trouble mental chronique.

L'adaptation sociale (professionnelle et relationnelle) est mise en péril dans la mesure où la majorité des troubles psychiques nuisent tant aux fonctions intellectuelles nécessaires à l'accomplissement des tâches (difficultés de mémorisation, d'attention, fatigabilité) qu'aux compétences sociales (difficultés relationnelles dues aux manifestations de colère, d'irritabilité, d'impulsivité et d'agressivité). Il est donc clair que la psychopathologie est inductrice de désinsertion sociale, ce qui nous amène à notre troisième concept.

Le concept d'**intégration sociale** sert à évaluer la qualité et la quantité des liens sociaux qui relient un individu donné avec son environnement social global.

Nous définirons l'intégration sociale de deux manières, selon que la dimension déviant du groupe social concerné est prise ou non en considération. Ces deux définitions constitueront par ailleurs les deux axes centraux de notre démarche d'analyse des résultats de notre recherche.

V. de Gauléjac et I. Taboada Leonetti¹² envisagent l'intégration et l'**exclusion sociale** comme les deux pôles d'un même processus. Trois dimensions constitutives de l'intégration sociale sont relevées : relationnelle, économique et symbolique. L'échec intégratif au niveau relationnel se traduira par l'isolement ; au niveau économique par la pauvreté et l'assistance et en ce qui concerne la dimension symbolique par la

¹¹ American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994. En ce qui concerne l'analyse de nos résultats nous nous référerons également au DSM-III-R, étant donné que nos données ont été relevées en 1991-92, avant la sortie de la quatrième édition.

¹² V. de Gauléjac et I. Taboada Leonetti, *La lutte des places. Processus d'insertion désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994. I. Taboada Leonetti, Formes d'intégration/exclusion, le chômeur et l'immigré : un même cadre théorique ?, *Bulletin de psychologie*, 1995, t. XLVIII, No 419, pp. 372-378.

stigmatisation et la dévalorisation. L'exclusion sociale concerne donc une réduction et une dégradation généralisée des liens sociaux, quel que soit le groupe d'appartenance concerné (déviant ou conventionnel).

Le deuxième aspect de l'intégration sociale concerne les modalités de répartition des liens vis-à-vis du **groupe déviant et conventionnel** et le degré d'interférence entre ces **appartenances antagonistes**. Il s'agit de la façon dont l'usager de drogues vit et gère cette déviance que représente sa toxicomanie et de la manière dont il l'intègre dans son identité.

L'évolution vers la toxicomanie s'accompagne de l'adoption d'une **identité sociale déviant**¹³ qui va se développer en parallèle et souvent au dépend de l'identité sociale conforme, en fonction de l'importance des différents agents de socialisation et notamment du degré d'implication dans le monde de la drogue.

Le style de vie alternatif, voire antisocial, propre au milieu de la drogue repose sur un ensemble de pratiques, de normes et de valeurs qui constituent les éléments d'une **sous-culture** véhiculée par le groupe des usagers de drogues illicites. Dans un tel contexte la prise de toxiques peut être envisagée tant comme marqueur identitaire que comme un rituel visant à montrer l'adhésion à cette sous-culture où la personne retrouve un rôle social gratifiant.

En raison du rejet des normes sociales, la personne déviant risque de refuser ou de ne pas pouvoir se plier à certaines exigences du monde socio-économique, dès lors l'inaccomplissement des obligations sociales qui peut en découler sera une source de perturbation de l'intégration dans la société conventionnelle. Il s'agit du cas de figure où les appartenances sociales conflictuelles acheminent l'individu vers un renoncement toujours plus important à l'identité sociale conforme au profit de l'identité sociale déviant. Cette tentative de résolution du conflit se fait donc par l'exclusion des éléments culturels non assimilables pour le sujet.

A l'inverse une intégration sociale peu conflictuelle sera possible chez ceux qui ont une **flexibilité** suffisante pour être capable de se conformer à des normes aussi différentes que celles qui ont cours dans le monde du travail et le milieu de la drogue.

Notons encore que la notion d'intégration sociale *dans le monde conventionnel* renvoie aux notions normatives déjà abordées de **fonctionnement psychosocial adéquat et de capacité d'adaptation sociale**.

Ces définitions étant données, on se rend compte des liens étroits existants entre ces trois concepts de même que de l'interdépendance des trois phénomènes. Il nous est dès lors possible de formuler une première esquisse de notre problématique. Celle-ci est sous-tendue par les deux regards portés sur la toxicomanie que nous avons explicités plus haut. A savoir, un regard médical qui fait de la toxicomanie une maladie et un regard

13

En ce qui concerne sa **genèse**, l'identité sociale déviant se manifeste généralement à l'adolescence par le biais d'un non-conformisme psychosocial se traduisant par des tendances oppositionnelles, des transgressions polymorphes et différents troubles du comportement (délinquance, désinsertion scolaire, abus de drogues licites et illicites, sexualité précoce). Le contexte éducatif et les conditions de **socialisation** présentent par ailleurs des caractéristiques particulières que nous chercherons à mettre en évidence.

socio-anthropologique qui envisage cette addiction comme une pratique socioculturelle à caractère déviant. La question principale se pose donc en ces termes :

l'héroïnomanie d'aujourd'hui doit-elle être considérée avant tout comme l'expression d'une psychopathologie ou comme la manifestation d'une intégration sociale atypique voire défaillante en lien avec un choix d'appartenance à un groupe minoritaire ?

Les deux regards qui déterminent cette question impliquent des visions opposées du comportement toxicomane. Alors que l'approche psychiatrique tend à lui donner un caractère involontaire et donc *subi* (*incapacité* à se conformer à certaines normes), pour l'approche socio-anthropologique il s'agit d'un élément d'un style de vie *choisi* activement et volontairement par la personne (*refus* de se conformer), ce qui n'exclue pas que des déterminismes sociaux soit également à l'oeuvre dans un tel phénomène.

Dans la mesure où la dimension sous-culturelle du phénomène drogue nous semble particulièrement importante, nous ferons primer cet aspect sur la psychopathologie dans l'élaboration de nos hypothèses explicatives.

Concernant l'approche socio-anthropologique les termes *atypique* et *défaillante* utilisés dans notre question pour caractériser l'intégration sociale de l'usager de drogues renvoient à trois courants théoriques majeurs qui nous ont guidé tout au long de ce travail et qui permettent de rendre compte de différents aspects du phénomène. L'idée d'une intégration sociale *atypique* fait référence au processus d'adhésion à un groupe déviant, tel que celui véhiculant la sous-culture drogue, comme l'ont montré **l'interactionnisme symbolique** et les **théories de la déviance culturelle**. La notion d'intégration sociale *défaillante* pour sa part, renvoie à la faiblesse des liens avec la société conventionnelle, considérée par la **théorie du contrôle social** comme étant à l'origine du comportement déviant.

3. Problématique spécifique et hypothèses

Concernant plus spécifiquement les données propres à notre population, notre travail vise à mettre en évidence l'influence respective de l'**intégration sociale** et de la **psychopathologie** sur la persistance des conduites toxicomaniaques chez des héroïnomanes en cure de méthadone.

La **persistance des prises de toxiques** dans le cadre d'un traitement par la méthadone constitue un problème fréquent dans ce type de prise en charge. Ce phénomène est responsable de l'allongement de la durée des cures et explique le fort taux de rechute après une cure de méthadone. C'est pourquoi la question des déterminants de la variabilité des conduites de prises de toxiques chez des sujets en cure de méthadone revêt une importance majeure.

Cette variabilité est observable tant d'un individu à l'autre que chez un même individu entre des périodes différentes de son existence. En effet, à des doses de méthadone semblables certains patients se caractérisent par une consommation intense, polymorphe, durable et pouvant les entraîner jusque dans la mort alors que d'autres

maintiennent une abstinence notable. De plus chez un même individu certains événements de vie, modifications de l'environnement social ou étapes de l'existence peuvent retentir fortement sur le niveau de consommation de même que sur l'évolution de la toxicomanie en général¹⁴.

Si de manière globale les effets positifs du traitement sont bien réels, il n'en demeure pas moins que les individus réagissent fort différemment à ce type de prise en charge. Aussi peut-on parler d'une **efficacité différentielle du traitement** en fonction des individus et de leur capacité à renoncer aux prises de toxiques.

Le sujet en cure de méthadone qui poursuit l'abus d'héroïne est placé dans une situation de **conflit**¹⁵. En effet, d'une part son environnement personnel le "pousse" à l'abus de toxiques par le biais de la communauté des usagers de drogues qu'il fréquente et à l'égard de laquelle il nourrit un sentiment d'appartenance, et d'autre part l'institution thérapeutique exerce sur lui un contrôle strict (analyse d'urines, entretiens réguliers) afin de prévenir ou de traiter une rechute éventuelle.

Cette situation place le sujet au cœur de **forces socialisantes opposées** : une sous-culture valorisant la prise de risques, le plaisir intense et immédiat et une culture "officielle" prônant sobriété, santé et sécurité. L'opposition entre ces deux systèmes de valeurs intériorisés qui coexistent chez un même individu se traduit par un équilibre psychosocial instable qui peut à tout moment se rompre en fonction des aléas de l'existence et se solder par un abandon du traitement avec un renforcement possible des liens avec la sous-culture.

La prise d'héroïne durant le traitement par la méthadone constitue à la fois une **résistance** vis-à-vis de la démarche thérapeutique entreprise et une **transgression** du contrat thérapeutique à partir duquel le sujet s'est explicitement engagé à ne plus consommer de toxiques. Ceci met le patient dans une position de **déviant** face aux normes de l'institution thérapeutique. Ce qui ne va pas sans lui causer des difficultés, notamment quant à l'assurance de voir son traitement se poursuivre, et donc son approvisionnement en opiacé se maintenir. On peut dès lors supposer qu'un tel sujet rejoue au plan institutionnel ce qui a été ou est toujours son mode privilégié de fonctionnement face à la société globale.

Nous pouvons de la sorte distinguer deux situations types parmi ceux dont l'héroïnomanie persiste durant la cure. Il s'agit d'une part de ceux qui présentent un tableau de difficultés d'intégration sociale généralisée avec souvent des caractéristiques de type antisocial et d'autre part de ceux dont l'intégration sociale est satisfaisante globalement (emploi stable, famille assumée, etc.) mais qui persistent à vivre une forme de déviance restreinte, limitée au cadre thérapeutique. Cette dernière catégorie de sujets

¹⁴ Il est de plus admis que la toxicomanie est généralement limitée à une période de la vie qui ne s'étend que très rarement au-delà de 40 ans. Il en découle que les processus de sortie sont bien réels. Une étude genevoise récente portant sur 327 patients en cure de méthadone montrait que les plus de 40 ans ne représentaient que 5,8% de l'échantillon. Cf. J.-J. Déglon et al., *Méthadone, résultats, Evaluation 1995 de quatre programmes médico-psychosociaux*, Genève, Médecine et hygiène, 1996.

¹⁵ Une telle situation conflictuelle se retrouve dans toutes les formes de prises en charge thérapeutique des toxicomanes et elle s'étend également à tout sujet ne contrôlant plus sa consommation.

pourvus en quelque sorte d'une **identité déviant circonscrite**, nous semble représenter un cas de figure nettement moins fréquent que le premier, ce qui nous autorise à émettre l'**hypothèse générale** suivante.

Nous postulons que la persistance de l'abus de toxiques durant la cure de méthadone reflète prioritairement le maintien d'une identité sociale déviant liée aux particularités de l'intégration sociale et au statut de toxicomane¹⁶ et secondairement une tentative d'automédication de troubles psychiques.

Une telle identité s'exprime non seulement par une appétence aux toxiques accrue, mais également par une tendance à la **désinsertion sociale**¹⁷ surtout dans ses aspects économiques¹⁸ observables notamment au niveau de l'instabilité professionnelle. De plus, cette identité déviant et les modèles de comportements qui l'accompagnent peuvent avoir une fonction d'expression et de mise en forme d'une psychopathologie sous-jacente, et donc être favorisée par cette dernière.

C'est pourquoi dans notre démarche de comparaison de trois groupes de patients catégorisés en fonction du degré de toxicomanie, nous nous attendons à trouver des indices de psychopathologie et de désinsertion sociale qui varieront proportionnellement au degré de toxicomanie, avec toutefois un lien plus évident pour la désinsertion sociale (cf. figure 1).

La figure 1 est une représentation schématique de notre problématique. Y figurent la nature conflictuelle de la bipolarité conforme et déviant de l'identité sociale du toxicodépendant ainsi que les phénomènes qui la déterminent et qui en découlent. Pour des raisons de lisibilité, cette schématisation du fonctionnement psychosocial du toxicodépendant n'a pas permis de représenter les effets rétroactifs des conséquences (à droite) sur les causes (à gauche). Néanmoins le schéma donne une vision d'ensemble des principaux aspects de la problématique.

¹⁶ Relevons que le poids de la stigmatisation tend à faire perdurer ce statut même chez ceux qui, devenus abstinents, devraient être considérés comme des ex-toxicomanes en cure de méthadone.

¹⁷ Ou encore par un ralentissement de l'évolution spontanée vers la conformité.

¹⁸ La désinsertion ne devrait pas toucher les aspects relationnels étant donné que la communauté des usagers de drogues représente un groupe d'appartenance à part entière et procure une "offre" de liens qui compense la perte de liens avec le monde conventionnel.

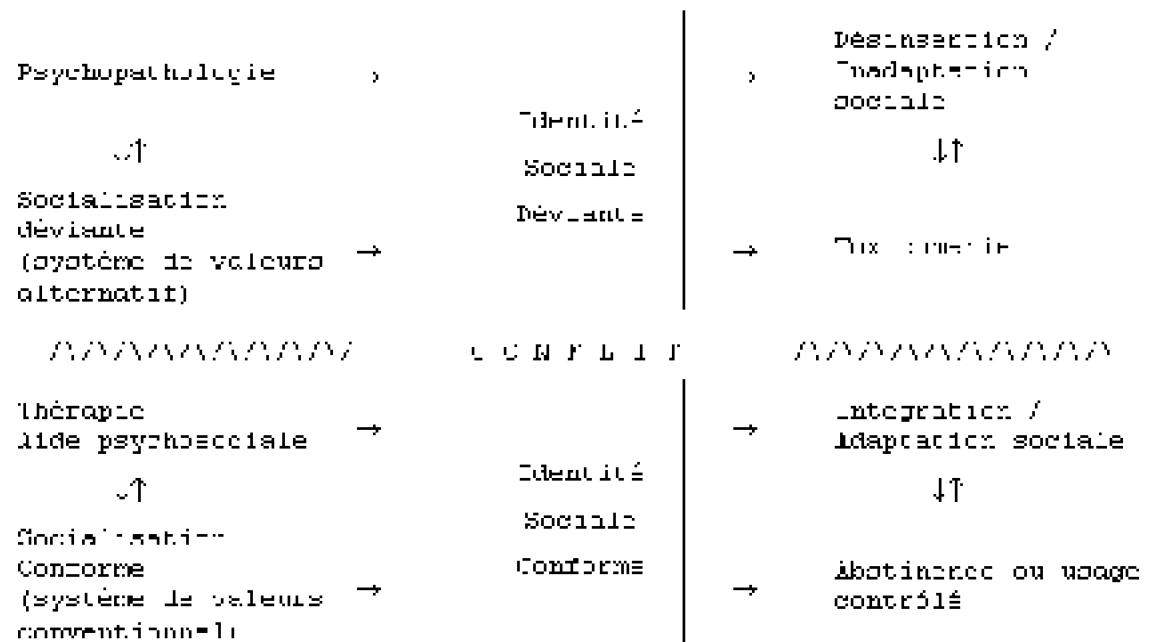


Figure 1. Réseau conceptuel de la problématique.

4. Plan du développement

Notre travail se compose de six chapitres répartis en deux parties. La première partie regroupe quatre chapitres traitant de la place de l'usager de drogues illicites dans la société sous l'angle historique, psychiatrique et socio-anthropologique. Les deux chapitres de la seconde partie présentent une recherche empirique réalisée dans le cadre d'un centre médico-psychosocial de distribution de méthadone.

Nous débuterons notre première partie avec un historique des usages de drogues de manière à montrer le contexte dans lequel est née l'image du toxicomane actuel. Nous verrons comment au XIXe siècle la science médicale, sous le couvert de théories prétendument scientifiques, a tout à la fois dressé un portrait négatif des usagers de toxiques et contribué à la création du phénomène drogue en tant que problème social.

Si les approches médicales du siècle passé nous apparaissent avec le recul caricaturales quant à leurs conséquences disqualifiantes pour les usagers de drogues, l'approche psychiatrique descriptive actuelle n'en est pas moins infiltrée de préjugés. Ce sera l'objet du second chapitre où l'on montrera comment derrière l'objectivisme de cette approche, des stéréotypes culturels influencent l'élaboration d'une catégorie diagnostique telle que celle de dépendance à une substance. En retour, les représentations sociales de la toxicomanie produites par le monde médical vont participer à l'élaboration d'une identité déviant chez l'usager, dont l'impact sur son intégration sociale sera explicité.

Après avoir montré l'importance des représentations sociales dans la définition psychiatrique de la toxicomanie, nous nous intéresserons au phénomène plus général de

la déviance, tel que la sociologie et plus spécifiquement l'interactionnisme symbolique l'ont conceptualisé. Le recours à la théorie de l'étiquetage permettra de rendre compte du rôle des acteurs sociaux qui désignent des comportements comme déviants, notamment au niveau de leur participation au processus interactif de création de l'identité déviante de l'usager de drogues. La sous-culture que véhicule le milieu de la drogue sera décrite dans sa fonction de lieu d'apprentissage et de transmission des techniques et connaissances utiles tant aux consommations de toxiques qu'à l'adoption du rôle de toxicomane.

Alors que le troisième chapitre aborde la construction de l'identité déviante comme une émergence de l'interaction sociale par le biais de la stigmatisation et de l'adoption du rôle de toxicomane, le chapitre quatre traite de mécanismes beaucoup plus déterministes tels que la socialisation et l'influence du contrôle social. Nous présenterons deux approches théoriques de la déviance applicables à l'étude de la toxicomanie qui privilégient l'une le rôle régulateur du contrôle social (la théorie du contrôle social) et l'autre l'influence des contacts avec le groupe déviant (les théories de la déviance culturelle). Une troisième approche centrée sur l'explication des comportements problématiques à l'adolescence permettra de résituer l'apparition des conduites de prises de drogues dans le contexte développemental de cette période de vie spécifique. Ces éléments théoriques seront ensuite mis à l'épreuve des recherches empiriques sur le rôle des différents agents de socialisation dans les comportements de prise de toxiques.

La deuxième partie sera consacrée à la présentation de notre propre recherche réalisée avec des patients en cure de méthadone. Le chapitre cinq situera le contexte institutionnel et définira la méthode utilisée pour le recueil et l'analyse des données.

Les résultats seront ensuite exposés dans un dernier chapitre. Trois groupes d'héroïnomanes catégorisés en fonction de la gravité de la toxicomanie seront comparés en ce qui concerne un ensemble de variables issues de différents questionnaires et abordant principalement la toxicomanie, la psychopathologie et l'intégration sociale. Les analyses statistiques permettront de mieux percevoir les liens existant entre ces trois ordres de phénomènes.

Dans une seconde partie de ce chapitre, l'analyse approfondie de quatre cas cliniques permettra de repérer dans leur discours la place qu'occupent les raisons psychopathologiques et sociales de consommer des drogues.

La conclusion générale fera le point sur les apports de connaissance de notre travail et avancera de nouvelles pistes de réflexion.

Première partie Position de l'usager de drogues illégales dans la société : les théories et les faits

Chapitre 1 : HISTORIQUE DE LA CONSOMMATION D'OPIACES ET DE LA MARGINALISATION DES USAGERS

1. Introduction

Ce chapitre retrace succinctement dans ses grandes lignes l'histoire des opiacés de l'antiquité à nos jours, ainsi que quelques aspects historiques des processus de marginalisation.

Ce chapitre débutera par un historique de la consommation de psychotropes de l'antiquité à l'époque classique. Cet historique aura un caractère purement chronologique et événementiel et fera référence à des documents issus de la vie culturelle et du monde

médical concernant les premiers usages de substances psycho-actives.

De manière à bien saisir le contexte socioculturel et scientifique dans lequel sont apparus les premiers phénomènes de toxicomanie reconnus comme tels, nous développerons ensuite deux thèmes majeurs de l'histoire sociale du XIXe siècle, à savoir l'influence de l'**hygiène publique** sur la politique et l'expansion du modèle théorique de la **dégénérescence**.

Nous aborderons ensuite de manière plus approfondie les grandes étapes et caractéristiques de l'essor des consommations et abus de drogues aux XIXe et XXe siècle.

Sous l'angle de l'histoire de la psychiatrie nous analyserons les modalités et implications de l'invention d'une nouvelle catégorie nosologique : celle de la toxicomanie, avec toute la dimension de **construction sociale** du phénomène qu'elle implique.

Un **éclairage sociogénétique** sera ainsi porté sur les mécanismes d'exclusion et de stigmatisation qui touchent encore actuellement les toxicomanes dans les sociétés occidentales.

L'approche historique montrera en outre que si les conduites de consommation de drogues existent depuis l'aube de l'humanité, elles présentent des facettes différentes à chaque époque ce qui montre l'importance de leur dépendance à l'égard du contexte socioculturel.

2. Des premières civilisations à l'âge classique

La plupart des grandes civilisations humaines ont utilisé les opiacés ; l'usage connu le plus ancien remonte à 5000 avant J.-C., époque où les Sumériens de Basse Mésopotamie utilisaient l'opium et possédaient même un idéogramme pour le représenter, qui signifiait "joie" ou "se réjouir"¹⁹.

L'usage de l'opium s'étendit ensuite à la Perse, puis à l'Egypte. Certaines découvertes, dont celle d'un papyrus datant de 1540 avant J.-C., ont révélé que l'opium était considéré chez les Egyptiens comme un médicament et qu'une de ses vertus était "d'empêcher les enfants de crier"²⁰.

Dès le VIIIe siècle avant J.-C., les Grecs, eux aussi, connaissent l'opium ; ils l'utilisent comme agrément et comme médicament contre la douleur, bien que son utilisation fasse déjà l'objet de controverses parmi les savants et philosophes. Son usage pourrait même être antérieur, puisque vers le IXe ou VIIIe siècle avant J.-C., Homère, dans l'Odyssée, parle d'une drogue de l'oubli (le "Népenthès"), dérivée du pavot, qui procurait une sensation de bien-être et de chaleur tranquille, suivie de somnolence et d'endormissement²¹. Les Grecs seraient en outre à l'origine d'un médicament, la

¹⁹ M. Reynaud, *Les toxicomanies*, Paris, Maloine, 1984.

²⁰ J. Dugarin et P. Nominé, Toxicomanie : historique et classifications, *Confrontations psychiatriques*, 1987, No 28, pp. 9-61.

²¹ S. Snyder, *Les drogues et le cerveau*, tr. fr., Paris, Belin, 1987.

"thériaque", contenant de l'opium et qui a traversé les siècles pour ne sortir du Codex français qu'au début du XXe siècle.

L'opium était également présent dans la culture romaine, puisque Somnus, le dieu du sommeil, était représenté portant un récipient rempli de jus de pavot. On fait remonter au Ier siècle avant J.-C. la première prescription connue d'opium : il s'agit du philonium, qui contenait une infime proportion de "filtrat d'opium et sirop de pavot"²², lequel combattait la colique. Deux siècles plus tard, Galien, philosophe et médecin de Marc Aurèle, prescrit la thériaque pour des maux divers, tels que les empoisonnements, les maux de tête, la surdité, l'épilepsie, la lèpre.

Durant le moyen-âge, l'opiophagie se répand dans le monde arabe, puis en Inde. Au XIIIe siècle, l'usage médical de l'opium est réintroduit en Europe par les croisés.

Un alchimiste et médecin suisse de la Renaissance, Paracelse (1493-1541), dont l'apport est d'avoir développé une conception nouvelle de la médecine basée notamment sur la théorie galénique des quatre humeurs, utilise l'extrait de pavot pour soigner malades et blessés. Basées sur une thérapeutique des semblables en rupture avec les idées des Anciens, ses explications concernant les indications des médicaments qu'il administre reposent avant tout sur des raisonnements par analogie ; de même que le haricot, en raison de sa forme, soigne les reins, la petite boule du pavot agit sur les maux affectant la tête de l'homme. L'extrait d'opium mélangé à diverses substances, allant du suc de corail à la quintessence d'or, va constituer une potion baptisée le "specific anodyn" qui acquerra le statut de remède universel.

Vers le milieu du XVIIe siècle, Thomas Sydenham (1624-1689), médecin anglais connu pour s'être opposé à la théorie utérine de l'hystérie et pour avoir isolé une forme de chorée qui porte son nom encore aujourd'hui, va modifier la formule de Paracelse pour en commercialiser le résultat sous le nom de "laudanum" (celui qu'on loue). Ce médicament perdurera jusqu'au début du XXe siècle.

Le siècle suivant verra un médecin anglais peu scrupuleux, Thomas Dover, diffuser un médicament proche du Laudanum, qui engendrera une vague de toxicomanie dans les milieux privilégiés. Le Laudanum et ses dérivés vont ensuite se répandre en Europe, pour devenir une des catégories de médicaments les plus utilisées. On en identifiera progressivement les dangers en ce qui concerne les risques de surdoses et d'accoutumance.

L'absence de phénomène épidémique connu avant le XVIIIe siècle s'explique dans la mesure où l'utilisation médicale d'opium durant toute l'Antiquité s'est faite avec circonspection et il en est allé de même pour les Arabes du haut moyen-âge. De plus, les moyens de diffusion des produits étaient alors relativement limités. Des cas isolés d'opiomanie ont très probablement dû exister dès les premières utilisations d'opium, mais nous n'en avons pour ainsi dire aucune trace. Il faut également ajouter, comme le font remarquer C. Bachmann et A. Coppel²³, que d'une manière générale, les drogues n'ont

²² S. Snyder, *ibid*, p. 39

²³ C. Bachmann et A. Coppel, *La drogue dans le monde*, Paris, Seuil, 1991.

jamais représenté un véritable problème social avant le milieu du XIXe siècle et que leur consommation au cours des siècles s'est plutôt déroulée dans un climat d'indifférence.

Il en va bien sûr différemment pour l'alcool, beaucoup plus accessible de par sa présence dans les pratiques culturelles et alimentaires. A titre indicatif, si l'on a attendu le début du XXe siècle pour réglementer la consommation d'opiacés en Europe, on trouve en France les premières lois visant à réprimer l'ivresse déjà sous Charlemagne.

3. Le contexte social et scientifique du XIXe siècle

Le regard porté par les médecins et la société sur les consommateurs de psychotropes est coloré par les valeurs culturelles propres à chaque époque. C'est pourquoi, avant d'aborder spécifiquement le statut du consommateur d'opiacés au XIXe siècle, nous allons situer le contexte social et scientifique qui a donné naissance à une nouvelle catégorie de déviance, la toxicomanie, telle que nous la connaissons aujourd'hui. Pour ce faire, deux aspects majeurs de l'histoire de la santé au XIXe siècle seront préalablement traités : l'apparition du mouvement hygiéniste et la théorie de la dégénérescence.

3.1. Développement de l'hygiène publique et sociale

Le contrôle médico-social des comportements jugés déviants ou néfastes pour une partie ou l'ensemble de la population représente un terrain glissant où l'amélioration objective de la santé publique risque à tout moment d'être infiltrée par l'arbitrarité de normes et valeurs propres à certains groupes dominants. Pour repérer ces glissements, le recul qu'apporte l'approche historique reste irremplaçable.

C'est au nom de la science que, dès la fin du XVIIIe siècle, le monde médical, promoteur d'une **hygiène publique** naissante, va progressivement faire valoir un savoir issu des Lumières qui touche de près l'organisation sociale.

Les prémisses de la dénonciation à venir des abus de toxiques sont donc à rechercher en partie dans l'accession des médecins aux instances politiques. C'est ce qui se produit durant les dernières décennies de l'Ancien Régime dans le cadre de la Société Royale de Médecine, dont le rôle consiste à assister le pouvoir en vue de *réduire la misère et d'éduquer le peuple* en proposant un cadre de vie hygiénique et rationnel²⁴. S'instituant progressivement gardiens, non seulement de la santé publique, mais aussi de la **morale sociale**, les médecins prennent en quelque sorte la relève de la religion. Leur devoir envers la société vise

non seulement à conserver la santé publique, à la rendre lorsqu'elle a été perdue, mais encore à chercher à fonder la morale sur des bases solides, à indiquer à l'autorité comment on peut porter l'oisif au travail, ramener l'homme corrompu à la vertu, l'indigent à l'aisance et au bonheur²⁵.

Dès 1802, la collaboration du corps médical avec l'administration s'institue dans le cadre

²⁴ R. Castel, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, 1976.

²⁵ P. S. Thouvenel, *Sur les devoirs du médecin*, Paris, 1806, p. 10, cité par R. Castel, *ibid.*

de "commissions de santé" destinées à l'inspection des établissements insalubres. De façon générale, l'Etat prend conscience de l'enjeu politique que représente l'état sanitaire de sa population directement lié à la puissance du pays. Les conseils des hygiénistes vont donc être suivis afin de contrôler la qualité de l'air, de l'eau et des sols. Ainsi, comme le relève D. Nourrisson²⁶, *l'hygiène publique naît d'un raisonnement économico-politique*.

Le mouvement hygiéniste postrévolutionnaire a partie liée avec les premiers aliénistes, la médecine mentale du début du XIXe siècle étant particulièrement concernée par les problèmes liés à l'ordre public. J. E. D. Esquirol, grand aliéniste, élève de P. Pinel, est président du Conseil de salubrité de la Seine en 1822 et fonde sept ans plus tard avec d'autres médecins les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* dont le but est de concourir au perfectionnement humain en améliorant son bien-être psychique et matériel.

Les médecins se rendent compte que l'hygiène publique et privée a une efficacité bien supérieure aux moyens curatifs dont ils disposent pour préserver la santé des citoyens, c'est pourquoi la transformation des mentalités leur apparaît comme une nécessité. En dénonçant les méfaits de l'industrialisation tels que les intoxications causées par certaines industries, les accidents de travail ou les mauvaises conditions de logement, les militants de l'hygiène iront parfois à l'encontre d'intérêts financiers et de préjugés contraires à leur volonté de réforme sociale²⁷. Mais globalement, le mouvement hygiéniste, qui comporte dès le milieu du siècle divers membres de la bourgeoisie éclairée (économistes, urbanistes, démographes, juristes, hommes politiques), se fait le porte-parole de l'idéologie propre à la classe sociale dont il est issu. Le prolétariat urbain se voit ainsi constitué cible de toute une série de mesures sanitaires et de contrôles sociaux.

En effet, à la suite de l'épidémie de choléra qui touche Paris en 1832, cette catégorie sociale va être perçue comme menaçante pour la santé du reste de la population. Contrôler la santé des classes pauvres mais aussi leur mode de vie va devenir l'objectif du gouvernement qu'appuient les médecins avec pour arguments la nécessité de conserver la force corporelle des travailleurs dans une double visée de production et de reproduction²⁸. Cette volonté de tirer le meilleur profit de l'énergie des prolétaires allant jusqu'à leur déconseiller le plaisir hors reproduction, participe de la mise en place de discours et de contrôles sociaux analysés par M. Foucault comme manifestations du "bio-pouvoir"²⁹, dont les prémisses ont pu être observées dès le milieu du XVIIe siècle avec l'instauration d'une **politique d'enfermement**³⁰ des pauvres et des mendians dans

²⁶ D. Nourrisson, *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, Albin Michel, 1990.

²⁷ J. Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier Montaigne, 1981.

²⁸ L. Beauchesne, *La légalisation des drogues*, Québec, Georg, 1992.

²⁹ M. Foucault, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

³⁰ Notamment avec la création de l'Hôpital général de Paris en 1656.

le but de débarrasser les villes des "souillures sociales" et de leur inculquer les valeurs chrétiennes³¹.

Mise en place pour endiguer les grands fléaux sociaux, l'hygiène publique étend son réseau sanitaire à coups de réformes médico-sociales et urbaines (telles que la vaccination contre la variole au début du XIXe siècle, l'enseignement des rudiments de l'hygiène personnelle dans les écoles dès 1840 ou le drainage des villes grâce à l'enfouissement des égouts dès 1860).

G. Vigarello³² met en évidence deux visages de l'hygiène publique au tournant du siècle correspondant à deux conceptions différentes des problèmes médico-sociaux. L'une est basée sur la volonté de sauvegarder les forces de la nation au moyen d'une mobilisation autoritaire ouvrant la voie aux mesures législatives. Liées à une question de survie, les règles d'hygiène de vie sont ici perçues comme imposées de l'extérieur, ce que l'on pourrait considérer comme le **pôle répressif** de l'hygiène publique. L'autre conception fait jouer à l'Etat le rôle de préserver la santé de ses membres afin de leur permettre l'accès au bonheur, grâce à diverses prestations de services (assurances maladies et accidents) :

ambition non plus transcendante, mais immanente, celle qui légitime le social à la défense de chacun, un sens issu des individus et non plus de quelque force surplombante³³.

Ce second aspect de l'hygiène publique pourrait constituer son **pôle protecteur**.

3.2. La théorie de la dégénérescence

Le développement du mouvement hygiéniste au cours du XIXe siècle a été fortement influencé par une théorie centrée sur l'explication des maladies par la transmission héréditaire de caractères pathogènes, à savoir l'idée de **dégénérescence** possible de la race humaine, ou tout au moins de certaines lignées. Cette théorie jouera un rôle considérable dans le processus d'exclusion sociale des consommateurs de toxiques comme nous le verrons plus loin. Afin de saisir l'origine d'une théorie dont le corps médical fera un usage extensif tout au long de la seconde moitié du XIXe siècle et même au-delà, il est nécessaire de situer le contexte culturel et scientifique dont elle est issue.

Lorsque B. A. Morel (1809-1873) publie, en 1857, les fondements de la théorie de la dégénérescence³⁴, son dessein est de proposer une théorie étiologique globale de la folie, ce qu'à ses yeux P. Pinel et J. E. D. Esquirol n'ont pas réalisé, leur oeuvre étant restée à un niveau principalement descriptif. Dans une démarche épistémologique semblable à celle de ses prédecesseurs qui subissaient l'influence des sciences naturelles classificatrices, B. A. Morel va également établir une nosographie des maladies mentales.

³¹ R. Chartier, La naissance de la marginalité, *L'histoire*, 1982, 43, pp. 106-111.

³² G. Vigarello, *Le sain et le malsain santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Paris, Seuil, 1993.

³³ G. Vigarello, *ibid*, p. 285.

³⁴ B. A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857.

Il le fera toutefois en recherchant la loi qui gouverne **l'évolution** des phénomènes psychiatriques. C'est pourquoi au rang des nombreuses références scientifiques qui étaient son discours figure celle du **transformisme**, empruntée aux naturalistes J.-B. de Lamarck et G. L. de Buffon, C. Darwin³⁵ n'ayant pas encore publié son ouvrage-clé³⁶.

Dès 1749, G. L. de Buffon explique les variations de l'espèce humaine par un processus de dégénération qui se serait produit au fur et à mesure de son éloignement des zones tempérées. L'homme européen et civilisé représente le modèle originel, alors que le monde sauvage est peuplé d'êtres inférieurs, idée qui n'ira pas sans offrir un alibi aux conquêtes coloniales et qui confirmera les Européens dans leur rôle de missionnaires de la civilisation³⁷. Ainsi, les œuvres de certains naturalistes tels que C. von Linné (1707-1778) et G. L. de Buffon (1707-1788) vont amener des arguments en faveur d'une **discrimination raciale** déjà présente chez les Espagnols du XVI^e siècle qui considéraient les Indiens d'Amérique comme frappés de "perversité" en rapport avec leur "infériorité naturelle", conception qui sera également appliquée aux populations noires, justifiant ainsi leur mise en esclavage.

Cette tendance au rejet de l'autre différent, basée sur une **stigmatisation biologique** des peuples, ira bon train, puisque dans l'Europe de la fin du XIX^e siècle, l'idée d'une hiérarchisation des races humaines est largement admise et répandue :

Les croisements ethniques que l'on présente à tort comme un moyen d'éviter la dégénérescence, nous en offrent au contraire le plus sûr moyen. Comment a-t-il pu venir à l'esprit, en dehors de l'inspiration dogmatique, que l'humanité pouvait gagner quelque chose à fondre les races supérieures avec les inférieures, de façon à peupler le globe de métis ? (...) Sur la dégénérescence des populations métissées, sur leur extinction en voie d'accomplissement par dégénérescence régulière, nous avons accumulé des preuves très nombreuses³⁸.

Cette citation, représentative du savoir médical de l'époque, illustre l'intrication des **préjugés racistes** ambients avec la théorie de la dégénérescence.

Le catholique B. A. Morel, pour sa part, est fortement influencé par la religion, aussi définit-il la dégénérescence comme une déviation maladive d'un **type primitif parfait** créé par Dieu (Adam). Les causes d'un tel phénomène sont nombreuses, de nature physique ou morale, elles se traduisent par des effets semblables sur le système nerveux central. Le fait de considérer parmi celles-ci les industries nuisibles, les excès alcooliques, la dissolution des moeurs et la famine amène B. A. Morel à considérer le prolétariat comme la classe dégénérée par excellence. Dès lors, le seul traitement envisageable résidera dans une **moralisation des masses** prônant obéissance, discipline et amour du travail.

³⁵ C. Darwin, *De l'origine des espèces*, 1859.

³⁶ F. Bing, *La théorie de la dégénérescence*, in : J. Postel et C. Quetel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994.

³⁷ D. De Coppet, *Race*, Encyclopedia Universalis, Paris, 1985.

³⁸ *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article : *Dégénérescence (biologie anthropologique)*, Paris, Masson, 1882, p. 221.

J. J. V. Magnan (1835-1912) reprend en partie la thèse de B. A. Morel mais en la sortant de son contexte religieux pour la placer dans le contexte évolutionniste darwinien. Ainsi, le sujet malade est décrit comme amoindri, non plus en référence à un type parfait, mais comparativement à ses géniteurs proches. Si la découverte du mécanisme de la **sélection naturelle** par C. Darwin fait avancer d'un grand pas la théorie de l'évolution, le célèbre naturaliste anglais ne rejettéra jamais complètement l'idée **d'hérédité des caractères acquis**, c'est pourquoi l'on retrouve chez J. J. V. Magnan la possibilité de transmettre à la descendance une dégénérescence acquise par le biais de maladies organiques ou de comportements inadéquats.

Durant le dernier tiers du XIXe siècle, le spectre de la dégénérescence plane véritablement sur les nations d'Europe et principalement sur la France, laquelle, vaincue par les Allemands en 1871, craint un abâtardissement de son peuple, voire une dépopulation. Ce climat pour le moins alarmiste est entretenu afin de pousser chacun à limiter l'extension du péril³⁹ dans le cadre d'un état hygiéniste s'engageant toujours plus dans l'élaboration d'une politique de santé.

Au rang des fléaux dégénératifs, l'**alcoolisme** est celui qui inquiète le plus, il touche particulièrement un prolétariat subissant les conséquences négatives de l'industrialisation. Si dans un premier temps ce prolétariat subit une forte exclusion sociale que certains justifient en recourant à un darwinisme social dénaturé qui voit dans cette catégorie de la population "un raté de l'adaptation et de la lutte pour l'existence"⁴⁰, le regard porté sur l'ouvrier se modifie en fin de siècle. En effet, à mesure que l'Etat protecteur se construit, on tend à percevoir les attitudes et les comportements des ouvriers, et notamment l'alcoolisme dont certains souffrent, comme la conséquence de conditions de vie misérables et non plus comme l'inverse⁴¹.

Durant les dernières décennies du siècle, l'Etat, en vue d'assurer une protection collective, cherche à établir des lois afin de limiter certains comportements jugés dégénératifs. C'est dans le cadre de ce mouvement que l'on instaure des systèmes de surveillance des prostituées afin de maîtriser la propagation de la syphilis (visite médicale obligatoire au milieu du siècle, ouverture de maisons publiques). Toutefois, la surveillance autoritaire montrera vite ses limites et de façon générale, il s'avérera fort complexe de légiférer sur des comportements privés. La loi de 1873 sur l'ivresse publique n'aura pas l'effet escompté en matière de diminution de l'alcoolisme⁴². C'est pourtant dans cette mouvance qu'apparaîtront au début du siècle suivant les lois prohibant l'usage de certains toxiques comme nous le verrons plus loin.

³⁹ Le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1882, op. cit.) recommande la circonspection dans le "choix des alliances" afin d'éviter la transmission de certaines maladies prétendues héréditaires (syphilis, tuberculose, cancer).

⁴⁰ J. Leonard, op. cit., p. 268.

⁴¹ G. Vigarello, op. cit.

⁴² G. Vigarello, op. cit.

4. Naissance de la toxicomanie aux XIXe et début du XXe siècle

Ce sous-chapitre vise à expliciter la nature des rapports qu'a entretenus le sujet consommateur d'opiacés avec la société au cours des deux derniers siècles. Durant la première moitié de cette période, le monde médical apparaît à l'avant-plan de la scène ; à travers son discours, il s'approprie progressivement une nouvelle catégorie de patients. La seconde moitié de la période étudiée verra naître un appareil législatif répressif, visant les trafiquants et les consommateurs de toxiques. Ainsi, succédant aux médecins, les forces de l'ordre vont à leur tour s'approprier un groupe d'individus et jouer un rôle central dans la définition de la position qu'occupe le toxicomane face à la société.

Fortement influencées par ces deux grands acteurs sociaux, des **imageries sociales** teintées d'irrationalité vont se répandre dans la population ; elles vont être le réceptacle des peurs et croyances ancestrales qu'inspire l'autre dans sa différence et accompagneront les phénomènes de stigmatisation et d'exclusion sociale.

4.1. Opium et classe ouvrière au XIXe siècle : un "médicament" contre la pauvreté

Il est aujourd'hui bien connu que la pauvreté et les conditions de vie précaires forment un terreau fertile pour le développement des toxicomanies ; l'Europe du début du XIXe siècle, et principalement l'Angleterre, nous en offre un exemple parlant.

L'Angleterre est alors la première puissance économique mondiale et la révolution industrielle bat son plein ; l'afflux massif de main d'œuvre vers les villes crée à la périphérie de celles-ci une couche de population extrêmement démunie, vivant dans des logements insalubres et souffrant de malnutrition. L'alcool et l'opium se répandent parmi ces masses prolétaires qui les utilisent comme palliatifs à leur déchéance sociale et comme stimulant pour affronter les dures conditions de travail.

L'opium s'obtient facilement dans les pharmacies sous forme pure ou comme ingrédient de divers médicaments. Il est ensuite consommé par ingestion. Les médicaments opiacés sont la référence pour les pharmaciens qui les vendent sous des compositions multiples. En Allemagne, on dénombre plus de deux cents sortes de médications à base d'opium. On en loue les vertus et facilite les prescriptions, tant et si bien qu'en Angleterre, comme en Allemagne, une centaine de personnes en meurent chaque année. La France est toutefois moins touchée par l'opiophagie.

Pur produit d'un libéralisme économique, la paupérisation des masses laborieuses amènera les états, dans la seconde moitié du XIXe siècle, à repenser l'organisation de la société et à élaborer des réformes sociales. L'état va progressivement défendre la santé et la sécurité des individus, en témoignent les premières lois sur les accidents de travail qui datent de 1880 pour l'Angleterre. Ce sera la fin du libéralisme orthodoxe et la naissance de la prise en charge du social par l'état, dont les conséquences pour l'utilisateur de psychotropes seront abordées plus loin à travers la naissance de l'hygiène publique.

4.2. L'opium des milieux artistiques en Europe : du romantisme au surréalisme

L'utilisation de l'opium dans les milieux artistiques tout au long du XIXe siècle va contribuer à forger l'image d'un usager de drogue recherchant l'évasion et la fuite du monde réel, même si les artistes de cette époque s'investissent dans le partage de leurs expériences par le biais des créations littéraires.

Ainsi, dès les débuts de la littérature romantique avec E. de Sénancour, en 1799, l'opium fait son entrée sur la scène littéraire et la majorité des artistes à venir feront l'expérience de ce produit, alors tout à fait légal.

T. de Quincey publie, en 1821, *Les Confessions d'un mangeur d'opium*, qui relate son vécu d'une intoxication à l'opium prescrit initialement pour soigner une névralgie. Traduit en 1828 par A. de Musset, cet ouvrage aura une certaine influence sur le monde littéraire romantique. Parmi les grandes figures de l'époque concernées par les usages de drogues, on peut citer C. Baudelaire, son oeuvre a été fortement marquée par l'usage des "paradis artificiels", dont il fit le titre d'une de ses œuvres (parution posthume en 1869) ; T. Gautier (*La pipe d'opium*, 1837), qui participe au Club des haschischins, cercle d'intellectuels fréquenté par des artistes d'horizons divers tels que E. Delacroix, H. Daumier ou M. Boissard. Ces artistes font un usage poétique des drogues ; elles leur donnent accès à une expérience esthétique originale, ainsi qu'à une possibilité de contrôle du monde de l'imaginaire et du rêve. Mais la littérature d'alors témoigne également que certains artistes tourmentés utilisaient les drogues afin de supporter leur dépression et leur mal-être. Parmi les artistes, la drogue est donc détournée de sa fonction médicale première et s'inscrit généralement dans une pratique à visée créative et hédoniste.

A cette époque, l'opiomanie est encore peu développée en France et ce n'est que vers la fin du XIXe siècle qu'une utilisation nouvelle de l'opium se répandra en Europe à travers les fumeries d'opium. La technique de l'opium fumé est à l'origine de la plus importante épidémie d'opiomanie de tous les temps. En effet, dès le début du XVIIIe siècle, l'opium cultivé dans les Indes britanniques est vendu en Chine, ce qui développe progressivement dans ce pays une toxicomanie de masse qui sera à l'origine des **guerres de l'opium** de 1839 et 1856. Ces guerres sont le résultat d'un conflit entre la Chine et l'Angleterre, où celle-ci voulait à tout prix imposer un commerce lucratif au nom du libre échange. La France participera aux secondes guerres de l'opium de 1856 pour défendre un commerce qu'elle implante en Indochine.

L'habitude de fumer l'opium s'est également répandue parmi les fonctionnaires et marins travaillant dans les colonies, et de retour dans leur pays, certains conservent leur habitude. Ceci donnera lieu, dans de nombreuses grandes villes d'Europe, à la création de lieux, d'abord clandestins puis publics, destinés à la consommation collective de l'opium. En 1905, Paris et Toulon en comptent plusieurs centaines. Elles disparaîtront rapidement dès 1908, date d'un décret réglementant l'importation et la vente de l'opium, alors très libérale. Certaines fumeries parisiennes ont vu défiler des personnalités illustres, parmi lesquelles G. Apollinaire, A. Modigliani, H. de Toulouse-Lautrec, P.

Picasso.

Tout au long du XIXe et au début du XXe siècles, les artistes ont cherché dans les drogues, et notamment dans l'opium, des sources d'inspiration ou d'apaisement. Après son interdiction juridique, certains se sont insurgés contre cette main-mise de l'état sur la sphère privée, ce qui fut le cas d'A. Artaud, vers 1925, dont la consommation d'opium avait des raisons médicales, mais s'inscrivait également dans une volonté de rupture avec la société occidentale.

Le contexte de désillusion du lendemain de la première guerre mondiale coïncide en France avec le déclin de la consommation de drogue dans les milieux artistiques. Si on la trouve encore dans le mouvement surréaliste naissant, les quelques artistes concernés n'érigent plus la drogue en mystique et l'associent à une attirance désespérée vers l'autodestruction et le suicide. Avec son engagement dans le parti communiste vers la fin des années 20, le mouvement surréaliste s'écartera de l'expérience des toxiques.

4.3. Les conceptions médicales sur les abus de psychotropes durant la première moitié du XIXe siècle

Jusque vers 1860, l'intérêt pour la consommation volontaire de drogues est faible. Elle ne constitue aucunement un problème de société et la majorité des médecins ne condamne pas l'usage extra-médical de l'opium, bien qu'ils s'accordent pour dire que si l'on peut en user, il est recommandé de ne pas en abuser.

Parmi ceux qui se sont penchés sur la question, J. E. D. Esquirol⁴³, condamne l'intempérance au nom d'une **théorie des passions** qui plaçait en celles-ci l'origine d'"excès sensuels" divers, pouvant conduire vers l'aliénation, tels les abus de sexe, d'alcool, de nourriture ou d'opium. J. E. D. Esquirol considérait ces abus comme des **monomanies**, vaste catégorie nosologique concernant des délires partiels où le malade conserve sa lucidité globale⁴⁴. En 1820, il souligne le risque de maladie mentale lié à l'abus de substances psycho-actives, telles que le vin, les liqueurs, les infusions d'opium⁴⁵. On observe donc, comme le fait remarquer J.-J. Yvorel⁴⁶, une première **psychiatrisation de l'usage des drogues**, qui ouvre la voie vers une future prise en charge des problèmes d'abus de toxiques par les aliénistes.

J. Moreau de Tours, à l'instar de son maître J. E. D. Esquirol, fait une utilisation thérapeutique de l'opium. Il s'en sert pour calmer les crises d'agitation de certains malades mentaux. Son apport est par contre plus novateur lorsqu'il fait usage des drogues comme outil de connaissance du psychisme et plus particulièrement des

⁴³ J. E. D. Esquirol, Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale, Paris, Thèse de médecine, 1805.

⁴⁴ A. Porot, Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, PUF, 1984.

⁴⁵ J. E. D. Esquirol, Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Paris, 1838.

⁴⁶ J.-J. Yvorel, *Les poisons de l'esprit*, Paris, Quai Voltaire, 1992.

mécanismes du délire qu'il assimilait à ceux du rêve et de l'ivresse⁴⁷. Contrairement à son prédécesseur, J. Moreau de Tours n'adopte pas une approche pathologisante face aux consommateurs de drogues qu'il côtoie dans le cadre du club des haschischins. Il s'intéresse plutôt au mélange de folie et de créativité que les diverses substances peuvent provoquer chez l'être humain. Le courant de recherches qu'il a initié se prolongera parmi ses disciples durant une vingtaine d'années après la parution de son livre.

En ce qui concerne l'alcool, au travers de mouvements d'opinion, on observe en Angleterre, au milieu du XVIII^e siècle, les prémisses d'une première prise de conscience du danger que peut représenter l'abus de cette boisson, ce qui aboutira aux premières réglementations de la vente du gin. Il s'agit toutefois d'un phénomène relativement isolé en Europe et les gouvernements ne prendront des mesures de lutte contre ce fléau qu'au milieu du siècle suivant. Bien que le lien entre ivrognerie et delirium tremens soit établi par Rayner en 1819, le monde médical n'a pas encore conscience que l'abus chronique d'alcool entraîne une déchéance de l'organisme. C'est pourquoi la condamnation de l'ivrognerie qui prend forme dès les années 1830 se fait avant tout au nom de la défense d'une **morale sociale** dans le cadre de l'influence grandissante du mouvement hygiéniste lequel frappe d'infamie l'abus d'alcool, le baptisant vice populaire. Ainsi la relative tolérance pour l'ivrognerie, qui existait encore au siècle précédent, se modifie et fait place à des jugements sévères et réprobateurs.

Quatre ans après la publication de J. Moreau de Tours sur le haschisch, soit en 1849, Magnus Huss, professeur de médecine à Stockholm, invente le terme d'**alcoolisme** pour regrouper un ensemble de symptômes psychiques et somatiques liés à l'abus d'alcool. Le suffixe *-isme* était déjà utilisé pour décrire des phénomènes d'intoxication involontaire ("ergotisme", "saturnisme") et c'est dans ce sens qu'il l'utilise. Bien que l'abus d'alcool soit un phénomène connu depuis fort longtemps sous le terme d'ivrognerie, ce n'est qu'au milieu du XIX^e siècle qu'il tend à être problématisé en tant que **danger social**. Grâce aux descriptions de certains scientifiques qui aboutissent à la création de cette **nouvelle catégorie nosographique**, un danger jusqu'alors diffus se voit circonscrit. Ce processus de prise de conscience par le corps médical d'une maladie spécifique représente un des aspects de la construction sociale du phénomène, car tant qu'un phénomène n'est pas nommé et délimité à l'aide d'outils conceptuels, il n'a pour ainsi dire pas d'existence sociale propre.

Un processus semblable de construction et de reconnaissance d'un fait pathologique va avoir lieu dès les années 1870 afin d'appréhender l'extension de la poussée de **morphinomanie** propre à cette période. Si le processus de création d'une entité nosographique est similaire dans les deux types d'addictions au niveau de la forme et du contenu (alcoolisme et morphinomanie seront tous deux éclairés grâce à la théorie de la dégénérescence), le cas de l'alcoolisme est d'autant plus éclairant puisque, contrairement à la morphinomanie, le phénomène existait bien avant qu'on ne le reconnaisse comme tel.

4.4. La vague de morphinomanie et ses traitements entre les années 1870 et 1920

⁴⁷ J. Moreau de Tours, *Du hachich et de l'aliénation mentale*, Paris, 1845.

Une vague de **morphinomanie** se répand en Europe dès les années 1860-1870. Il s'agit d'une toxicodépendance de nature essentiellement iatrogène au départ et qui résulte de deux découvertes scientifiques : l'avancée de la chimie organique, qui a permis au début du siècle d'extraire du pavot un de ses principes actifs, et l'invention de la seringue vers 1850 par C.-G. Pravaz. Ces deux progrès technique et scientifique associés à une production industrielle désormais possible vont permettre une grande diffusion du produit.

Durant la guerre de Sécession (1861-1865), la guerre franco-allemande de 1870 et le conflit prusso-autrichien de 1866, un large usage de morphine sera fait par les chirurgiens pour calmer les douleurs des blessés, lesquels seront nombreux à conserver une dépendance morphinique une fois la guerre terminée. Le phénomène se développera de façon notable puisque avant 1914 on évalue à 50 000 le nombre de morphinomanes en France, dont la dépendance était pour la plupart d'origine thérapeutique⁴⁸. Par la suite le phénomène ira en s'estompant.

Avec le développement de la morphinomanie les médecins élaborent divers moyens de **traitements**. La question du **sevrage** est au cœur du débat et divise en deux groupes les spécialistes ; les uns se réclament de la méthode brusque alors que les autres prônent la méthode lente. Si les partisans du sevrage brusque se voient reprocher certains accidents mortels par collapsus cardiaque, on accuse certains disciples de la méthode lente plutôt spéculateurs d'entretenir la dépendance chimique de leur clientèle à des fins pécuniaires. De plus, des intérêts corporatifs et la recherche de renommée sont souvent à l'origine d'une évaluation biaisée des succès thérapeutiques⁴⁹.

La crainte qu'inspire le prosélytisme de certains morphinomanes va pousser des médecins comme Ch. Lefèvre en 1891 à prôner leur **internement** afin de protéger la société. Toutefois l'asile s'avérant peu adapté à ces patients, les milieux médicaux vont demander des institutions spécialisées qui seront refusées par la France et la Grande Bretagne, alors que l'Allemagne ouvrira la première institution de ce type en 1885.

Un autre volet de l'histoire des traitements de la morphinomanie concerne les techniques de **substitution**, les produits utilisés sont innombrables : alcool, éther, cocaïne, bromure, strychnine sont autant de substances qui vont engendrer à leur tour de nouvelles formes de toxicomanies. Dès 1900, on considère l'**héroïne** comme la panacée en matière de sevrage des morphinomanes puisqu'elle ne comporte aucun risque de dépendance... La firme Bayer la commercialise en 1898 sous la forme d'un remède contre la toux. Alors que les méthodes de substitution subissent un certain déclin en France dès les années 1920, aux Etats-Unis des cliniques proposent des cures de maintenance à l'opium ou à l'héroïne entre 1918 et 1925 et en Grande Bretagne ce sont les médecins privés qui assurent ce genre de traitement⁵⁰.

⁴⁸ J. Dugarin et P. Nominé, Toxicomanie : historique et classifications, *Confrontations psychiatriques*, 1987, No 28, pp. 9-61.

⁴⁹ J.-J. Yvorel, Naissance de la cure, in : J.-M. Hervieu, *L'Esprit des drogues*, Paris, Autrement, 1989.

⁵⁰ J. H. Lowinson, Methadone maintenance in perspective, in : Lowinson J.H. & Ruiz P. (Eds), *Substance Abuse*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1981.

4.5. Les consommations de toxiques dans la nosologie psychiatrique de la deuxième moitié du XIXe siècle

Si le terme de **narcotisme chronique** a déjà été proposé par H. Libermann en 1862 pour décrire les conséquences néfastes de l'abus d'opium pouvant amener aussi bien à la paralysie, à l'idiotie qu'à la maladie mentale, treize ans plus tard E. Levinstein figure parmi les premiers à utiliser le concept de **morphinomanie**⁵¹ pour décrire la consommation abusive de morphine en injection.

L'utilisation du suffixe *manie* fait référence à l'idée de **passion pathologique** et de folie, supposant un "appétit morbide" ; dans ce sens, on observe un virage sémantique avec l'abandon du suffixe *-isme*, qui plaçait au premier plan l'idée d'empoisonnement accidentel que l'on trouve aussi dans la notion de **morphinisme** ou d'**éthérisme**. On se rapproche donc de l'idée de maladie mentale, ce qui confère une connotation psychopathologique à l'abus de morphine.

Concernant la catégorie nosologique **toxicomanie**, si celle-ci n'apparaît qu'en 1885 chez P. Regnard, A. Delrieu⁵² note qu'avant l'apparition du terme certains auteurs regroupent déjà différentes formes de toxicomanie sur la base de la **théorie de la dégénérescence** qui considérait les dégénérés comme prédisposés à de multiples abus.

En effet, dès la publication par B. A. Morel en 1857 de l'ouvrage fondateur de cette théorie⁵³, on trouve aux rangs des facteurs de dégénérescence l'abus d'opium et de haschisch. La toxicomanie considérée comme telle ne fera pourtant l'objet d'une étude approfondie qu'en 1909, où L. Viel regroupera sous ce concept des personnes chez qui l'usage de toxiques est destiné à leur procurer des sensations agréables.

La référence à la **théorie des passions** va permettre à P. Regnard en 1885 de distinguer deux types de morphinomanies, selon l'origine de celles-ci. Ainsi dans un premier groupe d'individus caractérisés par une morphinomanie d'origine **thérapeutique**, on place notamment les médecins et autres professions médicales qui étaient surreprésentées parmi les morphinomanes (40% de médecins parmi les morphinomanes hommes), et pour lesquels on invoque des circonstances accidentelles à l'origine de leur dépendance morphinique. Un second groupe est constitué d'individus dont la morphinomanie est d'origine **passionnelle** ; on les considère enclins à la paresse et à l'oisiveté, nuisibles à la société en raison de leur tendance au prosélytisme et coupable d'avoir contracté cette habitude intentionnellement.

Il se dessine ainsi un double portrait, bon et mauvais, du morphinomane, qui suit la progression de la morphinomanie qui se répand des classes sociales favorisées vers les classes moyennes. Progressivement, l'opposition du bon et mauvais morphinomane tend à disparaître, alors que l'explication de la toxicomanie par l'état de dégénérescence

⁵¹ E. Levinstein, *Über Morphinsucht*, Ber. med. Gesell. 1875.

⁵² A. Delrieu, *L'inconsistance de la toxicomanie*, Paris, Navarin, 1988.

⁵³ B.-A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857.

devient quasi universelle.

5. Criminalisation des consommations de drogues et disqualification des usagers

5.1. L'abus de psychotropes identifié comme péril social : plaisirs immoraux et dégénérescence

La perception des comportements de prises de toxiques comme pouvant représenter un **péril social** est la résultante complexe de divers mouvements d'opinions et théories médicales qui ont abouti en 1916 à l'adoption par la France d'une loi prohibitioniste condamnant importation, détention et usage de nombreux produits toxiques, dont les opiacés.

Les théories médicales ont largement contribué à l'identification puis à l'exclusion sociale d'une catégorie de sujets caractérisés par une appétence pour certains toxiques. Avec l'entrée de la toxicomanie dans le champ de la médecine durant la deuxième moitié du XIXe siècle, le processus de construction sociale d'une déviance comportementale franchit une première étape.

Vers la fin des années 1880, la morphinomanie se répand parmi l'ensemble des classes sociales. Le fait qu'elle ne touche plus préférentiellement les classes aisées est bien entendu une condition nécessaire pour la dénonciation généralisée de telles conduites. Parallèlement à la réprobation morale que celles-ci suscitent dans les milieux médicaux, le regard porté sur l'alcoolique, jadis accusateur, se fait plus clément et l'on commence à invoquer les conditions de vie difficiles des ouvriers pour expliquer la déchéance qui parfois les touche.

Etonnamment, un tel discours est absent lorsqu'il s'agit de morphinomanes. Les enjeux économiques n'étant pas les mêmes, aucun groupe de pression ne s'oppose à la dénonciation de telles habitudes de consommation. Ainsi, tout se passe comme si l'alcoolique donnait le relais du vice et de la déviance au morphinomane, lequel se voit de plus en plus associé à certaines conduites asociales que l'on généralise abusivement, telles que prostitution et vols, au point que la pratique de consommation de drogues elle-même sera bientôt considérée comme un délit.

Ce phénomène de désignation est observable dans l'importance exagérée donnée à l'image de la **femme morphinomane**, parfois assimilée au mouvement féministe naissant, considérée tour à tour comme perverse ou hystérique et dont l'inquiétant pouvoir séducteur inspirait un mélange de crainte et de fascination.

A. Delrieu⁵⁴ relève en effet, à l'appui d'une importante revue de littérature, que les médecins se focalisent sur le sous-groupe des femmes galantes sur lesquelles ils projettent l'idée d'une **sexualité déséquilibrée** qui serait à l'origine de leur toxicomanie, alors qu'ils sous-estiment largement leur propre catégorie parmi les morphinodépendants.

⁵⁴ A. Delrieu, ibid.

Pour étayer leur théorie, les médecins vont jusqu'à contester la valeur des statistiques affirmant que le 25% de femmes morphinomanes qui y figure ne reflète pas la réalité. Comme argument ils avancent que l'ampleur des troubles intellectuels causés par l'abus de toxiques se traduirait chez la femme par son éloignement des réseaux thérapeutiques.

Ainsi, tout comme au XXe siècle le groupe des jeunes sera identifié aux drogués, en cette fin de XIXe siècle les femmes sont accusées de propager l'épidémie de morphinomanie, de même qu'elles le sont pour l'épidémie de syphilis.

Si la morphinomanie est effectivement répandue parmi les prostituées (qui ne représentent que le quart des femmes morphinomanes), c'est avant tout parce qu'elles trouvent dans le produit un moyen de lutter contre des souffrances physiques et psychiques causées par les diverses maladies auxquelles elles sont exposées (maladies vénériennes, tuberculose). Pourtant l'imaginaire social identifiera ces pratiques comme reflétant la tendance naturelle de la femme à la dépravation.

A la suite des médecins, le monde des arts véhiculera à son tour l'imagerie de la morphinée fascinante, dangereuse séductrice, fille du peuple pourvoyeuse de plaisir et de mort, véritable menace pour le bon bourgeois de l'époque. Les peintres excellent dans la représentation de ces créatures lascives qu'ils apparentent parfois à des vampires ou les affublent d'objets évocateurs de mort (crâne, faux). Dès 1900, il ne se passe pas une grande exposition artistique sans images de femmes fumant l'opium ou s'adonnant à la morphine⁵⁵.

De même que pour l'alcoolisme, la morphinomanie est perçue comme un **fléau social**, principalement dans la mesure où elle va à l'encontre de la morale religieuse et bourgeoise de l'époque, qui condamne l'idée de jouissance et sacrifie l'idée d'économie, de profit et de travail. Ainsi l'idée d'une **sexualité déviante** est souvent associée aux comportements de prises de toxiques, perçus par exemple comme pouvant engendrer l'homosexualité.

Mais il n'est même pas nécessaire de faire appel aux déviances sexuelles, car la sexualité en elle-même est considérée comme immorale et avec l'idée que la drogue procure une jouissance, on a vite fait de placer la drogue, au même titre que la sexualité, sous l'égide des plaisirs immoraux contraires aux bonnes moeurs.

Les deux articles que publie D. Zambaco durant les années 1890 dans la revue médicale *l'Encéphale* sont à cet égard révélateurs. Il y dénonce successivement l'opiomanie puis l'onanisme féminin, pour lequel il préconise la cautérisation au fer rouge du clitoris et ce avec l'aval des plus hautes sommités médicales de l'époque⁵⁶, la masturbation étant de plus considérée comme un des stigmates de la dégénérescence. Ceci montre à quel point, au XIXe siècle, le pouvoir médical se déchaîne, afin d'édicter des normes de comportement au nom d'arguments prétendument scientifiques.

En cette fin de siècle, les usagers de drogues subissent une **disqualification étiologique** notoire⁵⁷, leurs comportements étant à la fois perçus comme la manifestation

⁵⁵ B. Dijkstra, *Idols of Perversity*, New York, Oxford University Press, 1986.

⁵⁶ R.-H. Guerrand, Haro sur la masturbation ! *L'histoire*, Numéro spécial, 1984, pp. 99-102.

d'une dégénérescence héréditaire et comme pouvant transmettre à leur progéniture une dégénérescence acquise. Par le biais de l'**hygiène publique** naissante, les responsables de la santé publique se voient conférer le pouvoir immense de nommer des groupes cibles dont les comportements sont considérés comme allant à l'encontre de la santé publique.

Or cette prise en charge du social par l'état comporte le risque de pathologiser des comportements jugés de façon arbitraire comme déviants par certains groupes de pression. Il en fut ainsi des premières femmes réclamant le droit de vote, qualifiées d'hystériques, ou aux Etats-Unis des esclaves cherchant à fuir les plantations, considérés par les médecins du milieu du XIXe siècle comme atteints d'une maladie de la fuite. De même, quelques décennies plus tard, on stigmatisera les Chinois immigrés fumeurs d'opium, perçus comme dérobant le travail des ouvriers américains⁵⁸.

En Europe, et notamment en France, le pouvoir médical qui a jeté le discrédit sur les usagers de drogues est à l'origine de leur exclusion sociale. L'image du toxicomane parmi les médecins français correspond alors à celle qu'en donne M. Goy au Sénat lors du vote de la loi de 1916 :

tous ces candidats à la morphinomanie et à la cocaïnomanie sont peu intéressants. Ce sont presque tous des dégénérés par dégénérescence héréditaire, ou acquise par la débauche, ce sont des névrosés, des névropathes, des hystériques, des tarés physiquement et moralement. Ils ne méritent guère notre sollicitude⁵⁹.

L'aboutissement d'un tel processus sera l'adoption, en 1916, d'une loi prohibitioniste qui fera définitivement basculer dans la délinquance l'acte de consommer et de vendre une drogue illicite.

5.2. Attitudes socio-politiques face aux drogues aux Etats-Unis de 1870 à 1950

Nous avons vu précédemment qu'en ce qui concerne l'Europe, l'élaboration de la catégorie nosologique morphinomanie s'est accompagnée d'une **disqualification étiologique**⁶⁰ des sujets concernés basée principalement sur la théorie de la dégénérescence.

Les Etats-Unis offrent un cas de figure quelque peu différent. Alors qu'en Europe, les médecins du siècle passé avaient accès aux instances politiques et jouissaient d'une bonne reconnaissance publique, ceux-ci s'avèrent nettement moins influents aux Etats-Unis. Dans ce pays, le processus de stigmatisation des consommateurs de psychotropes s'enracine dans deux courants plutôt opposés : la **haine de l'étranger** et

⁵⁷ J.-J. Yvorel, 1992, op. cit.

⁵⁸ C. Bachmann et A. Coppel, op. cit.

⁵⁹ Cité par C. Bachmann et A. Coppel, op. cit., p. 299.

⁶⁰ J.-J. Yvorel, op. cit.

les mouvements de tempérance. Le courant raciste s'est aussi manifesté en Europe mais de façon détournée à travers une théorie de la dégénérescence qui postulait une hiérarchie entre les races et considérait les toxicomanes comme des êtres inférieurs. Aux Etats-Unis les attitudes ségrégationnistes touchent sélectivement des minorités ethniques telles que les Chinois et les Noirs, et ce sans le détour de théories prétendues scientifiques.

La haine des Chinois, pour n'évoquer que celle-ci, se développe dès les années 1870 sur fond de pénurie de travail. Les syndicats ouvriers considèrent les membres de cette communauté comme des concurrents gênants sur le marché de l'emploi et réclament un contrôle étroit des populations déjà installées. Amplifié par une presse qui fait de la drogue un sujet à sensations et véhicule l'image du Chinois vicieux diffusant son opiomanie parmi les Américains vertueux, ce mouvement xénophobe verra l'adoption par certains états de lois interdisant aux Chinois l'usage non médical de l'opium, législation qui accédera au niveau fédéral en 1887. Malgré ces mesures, l'importation légale d'opium destiné à être fumé ne cessera d'augmenter jusqu'à sa prohibition en 1909⁶¹.

Le second courant qui a joué un rôle non négligeable dans la progressive pénalisation de l'usage d'opium fumé concerne les **mouvements de tempérance** déjà existants au début du XIXe siècle. S'étant d'abord attaché à lutter contre les méfaits de l'alcool (l'état du Maine interdit la vente de l'alcool en 1845), ce mouvement, animé par des réformateurs puritains et formé de diverses associations à caractère chrétien ou humanitaire, va œuvrer pour promouvoir le **développement social** de la nation américaine. Dans un souci de respect du corps humain et d'encouragement aux conduites vertueuses, les prohibitionnistes, bien que minoritaires, bénéficieront d'appuis politiques et financiers et recourront à diverses stratégies de mobilisation de l'opinion afin de sanctionner l'abus de drogues.

Ainsi ces deux courants apparemment opposés basés respectivement sur la haine de l'étranger et l'amour du prochain se rejoignent pour combattre la drogue, leur ennemi commun. Ils sont à l'origine d'une première association dans l'imaginaire collectif du crime et de la drogue, notamment par le biais de la communauté chinoise dans laquelle l'usage d'opium était bien répandu⁶². Comme le montrent C. Bachmann et A. Coppel⁶³, il s'agit là de l'invention d'un **mode de réaction sociale à la toxicomanie** qui se traduit par un renforcement de l'état et sa mainmise sur des comportements individuels.

La diffusion de l'opium dans la société américaine suit un mouvement ascendant quant aux classes sociales qu'elle touche ; sévissant au départ dans les bas-fonds et les milieux délinquants, elle se répand dès les années 1870 parmi la bourgeoisie des grandes villes. Les criminels, les joueurs et les prostituées assidus des fumeries d'opium ont été considérés comme les premiers représentants d'une sous-culture liée à la drogue⁶⁴.

⁶¹ P. Conrad & J.W. Schneider, *Deviance and medicalisation, from badness to sickness*, London, the C.V. Mosby Company, 1980.

⁶² La communauté chinoise aurait comporté 20% de fumeur occasionnels et 15% de fumeurs quotidiens (selon C. Bachmann et A. Coppel, op. cit.).

⁶³ C. Bachmann et A. Coppel, op. cit., p. 201.

L'usage propre à ce milieu restera toutefois secondaire dans la mesure où, à la fin du siècle, c'est l'emploi iatrogène des opiacés qui prédomine, touchant principalement les femmes des classes moyennes. L'opiomanie iatrogène de cette époque (avant 1914) est un phénomène courant et relativement bien toléré ; la vente libre de l'opium par les pharmaciens, médecins et autres revendeurs contribue à sa banalisation. On estime que la proportion de personnes dépendantes des opiacés est alors la plus importante que le pays n'ait jamais connu jusqu'à aujourd'hui (on dénombrait entre 200 000 et 500 000 morphinomanes dans l'ensemble des Etats-Unis)⁶⁵.

L'année même de la première conférence internationale sur l'opium à Shangaï, en 1909, les Etats-Unis adoptent une loi fédérale interdisant l'importation d'opium destiné à être fumé et soutiennent une position fortement prohibitioniste durant cette conférence. Une réglementation fédérale toujours plus stricte de l'usage d'opiacés renforcée par la crainte de voir la toxicomanie diminuer les forces de la nation durant la première guerre mondiale, va se solder, en 1919, par une interdiction des cures de maintenance ambulatoires dispensées par des médecins privés. Par la suite, plusieurs milliers d'entre eux seront emprisonnés pour vente illégale de stupéfiants. Entre 1919 et 1923, 44 cliniques seront ouvertes pour assumer ces traitements, puis les prohibitionnistes les fermeront toutes au terme de cette période en raison de résultats non satisfaisants.

Dénonçant dans un premier temps des mesures perçues comme néfastes pour des individus considérés comme malades, les médecins se rallieront dans un second temps à la position de l'état, puisque au début des années 1920, l'*American Medical Association* se déclare contre les cures ambulatoires de toxicomanes et abandonne le traitement de la toxicodépendance qu'ils ne considèrent plus comme une maladie, mais comme un vice. Le corps médical se rallie donc au **modèle criminel de la prise de drogue**. Avec la **démédicalisation** des comportements toxicomaniaques et la politique prohibitioniste de l'état, une **nouvelle catégorie de criminels** de même qu'un **nouveau problème social** sont créés.

Autour du marché noir de la drogue qui se développe dès les débuts de la politique de répression⁶⁶, une **sous-culture** apparaît ; des gangsters de tous ordres s'emparent d'un marché profitable et développent une industrie criminelle qui sévit encore aujourd'hui. Les conséquences de ce commerce illicite sont d'une part l'augmentation du coût du produit qui accompagne l'élévation du risque lié à la vente⁶⁷ et d'autre part la dégradation de la qualité du produit, l'héroïne étant toujours plus coupée avec d'autres substances,

⁶⁴ D. T. Courtwright, *Dark Paradise*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1982.

⁶⁵ R. L. Akers, *Drugs, alcohol, and society, social structure, process and policy*, Belmont, California, Wadsworth Publishing Company, 1992.

⁶⁶ Une politique de répression des usages non médicaux des opiacés débute notamment avec l'adoption en 1914 du Harrison Act destiné à contrôler par l'impôt la vente et la production d'opium et de cocaïne.

⁶⁷ Ce phénomène est bien connu, encore aujourd'hui les prix de la drogue sur le marché noir augmentent avec les difficultés liées à la vente. Ainsi avec la fermeture de la scène ouverte de la drogue (où celle-ci était tolérée dans un périmètre défini) du Letten à Zurich (en date du 15 février 1995) le prix du gramme d'héroïne est quasi instantanément passé de 50 FS à 200 FS.

poussant les consommateurs à utiliser la voie d'absorption offrant le plus d'effets, à savoir l'injection.

On voit ici comment l'intrication des facteurs économiques et législatifs façonne un type précis de toxicomanie. Avec le tournant des années 1920, le lien entre toxicomanie et crime s'affirme. En criminalisant l'abus d'opiacés, on a modifié le statut social du toxicomane. Appartenant alors préférentiellement à la classe moyenne, ces victimes insouciantes d'erreurs médicales font place à des drogués contraints de côtoyer le monde de la délinquance pour obtenir leur produit⁶⁸. On voit alors se dessiner les contours de l'image du toxicomane néfaste pour la société, paumé et inquiétant, qui préfigure celle du *junky*.

A titre comparatif, mentionnons la criminalisation progressive de l'avortement aux Etats-Unis durant les années 1860-1870⁶⁹. Alors que durant la première moitié du siècle l'avortement était une procédure médicale moralement acceptable et légale, dès les années 1850, des médecins militants de la morale dénoncent les dangers d'une telle pratique. Leur combat aboutit à l'adoption de lois qui limiteront de façon draconienne le recours à l'avortement. Ces lois resteront inchangées jusqu'en 1973.

Lorsqu'on examine les motifs profonds qui ont poussé de tels médecins à mener des campagnes anti-avortement, on découvre deux bonnes raisons qui les ont amenés à agir de la sorte. En effet d'une part avec d'autres groupes de même rang social, ils craignaient de voir les interruptions de grossesse provoquer une dénatalité parmi les classes moyennes et élevées de la population et d'être ainsi submergés par les immigrants. D'autre part, les statuts de leur association professionnelle créée en 1847 ne leur permettant plus la pratique de l'avortement, les médecins ont vu d'autres praticiens (homéopathes et autres guérisseurs) assurer ces prestations et ainsi devenir des concurrents gênants.

Cet exemple illustre par quel processus une activité peut en venir à être qualifiée de déviant. Ce sont les intérêts propres à un groupement professionnel, à une classe sociale dominante ou à tout autre groupe de pression, qui s'affirment au détriment d'un autre groupe social, et ce souvent sous le couvert de principes moraux.

Quelques temps après la seconde guerre mondiale, on assiste à un nouvel essor des drogues illicites aux Etats-Unis. La répartition des milieux touchés par l'héroïne se modifie. Celle-ci se répand parmi les classes pauvres des grandes villes, touche particulièrement les minorités ethniques noires et hispanophones des ghettos et ne se cantonne donc plus aux milieux délinquants underground⁷⁰.

5.3. La consommation de drogues après 1950 : l'ancrage contre-culturel

Avec la création de lois prohibitionnistes, une bonne partie de la gestion des problèmes

⁶⁸ P. Conrad & J.W. Schneider, op. cit.

⁶⁹ J. C. Mohr, *Abortion in America*, New York, Oxford University Press, 1978.

⁷⁰ R. C. Stephens, op. cit.

de toxicomanie se voit attribuée aux professionnels du maintien de l'ordre. Désormais le corps médical, dont les tentatives thérapeutiques de contrôle du phénomène ont été tenues en échec, n'occupe plus le devant de la scène.

Après la guerre de 1914-18, la criminalité se développe ainsi que le trafic de drogue. Paris est alors une plaque tournante, mais dès les années trente Marseille la détrône. Selon un processus semblable à ce qui se passe aux Etats-Unis, des gangs s'approprient le commerce de la drogue, du jeu et de la prostitution et règnent grâce à la corruption politique.

Alors que la politique de prohibition des psychotropes culmine aux Etats-Unis avec l'interdiction de toute production et vente d'alcool qui durera de 1919 à 1939, en Angleterre la prescription d'opiacés se fait librement par les médecins. Le contraste entre les deux pays est frappant ; alors que les Etats-Unis voient leur nombre de débits d'alcool clandestins augmenter rapidement et se développer une mafia de contrebande, l'Angleterre ne connaîtra pour ainsi dire pas de marché noir jusqu'en 1950, ni de criminalité liée à la drogue.

Toutefois, au-delà des diverses politiques de gestion des drogues, sur le vieux comme sur le nouveau continent, la tendance générale est à une baisse notoire du nombre de toxicomanes entre les années 1930 et 1950.

Globalement, le trafic de drogue est faible et ce n'est que vers 1950 qu'un nouvel essor des drogues illicites se produit aux Etats-Unis, touchant particulièrement les communautés noires et hispanophones des grandes villes. Le phénomène apparaît alors sous sa forme actuelle, dans la mesure où il concerne avant tout des jeunes et s'inscrit dans un contexte de crise des valeurs traditionnelles et de déclin des religions. Cette époque verra naître le mouvement contre-culturel de la *beat-generation* qui prône l'utilisation des drogues comme moyen pour se libérer de l'influence d'un monde technocratique aliénant.

Alors que dans l'Amérique des années trente la drogue circulait dans des milieux mafieux axés avant tout sur la réussite socio-économique et donc en accord avec les valeurs de l'*american way of life*, les nouveaux modes de consommation de drogues sont le fait de jeunes qui recherchent oubli et évasion dans les substances psycho-actives (haschisch, héroïne, LSD) et qui rejettent les valeurs matérialistes propres aux sociétés occidentales. Cet état d'esprit qui apparaît dès le milieu des années soixante verra naître les premières communautés hippies à San Francisco, prônant le retour à la spiritualité et à la nature, sur fond de contestation de l'intervention américaine au Viêt-nam.

En France, dans le contexte politique de mai 1968, on observe le développement d'un mouvement de révolte qui héritera du mouvement américain l'usage des drogues illicites. Si le phénomène touche d'abord les milieux étudiants, il s'étend progressivement à l'ensemble des couches sociales. L'extension massive du phénomène drogue entre 1968 et 1971 (respectivement 39 et 982 interpellations pour usage ou trafic d'héroïne⁷¹) est surprenante et prend de court les autorités publiques qui réagissent par l'élaboration de la loi du 31 décembre 1970.

⁷¹ M. Reynaud, op. cit.

Cette loi durcit la répression du trafic en faisant passer les peines pour trafic de deux à dix ans de prison et **pénalise l'usage** avec toutefois la possibilité de remplacer la peine par une **injonction thérapeutique** avec toute l'ambiguïté que cela comporte. L'aménagement d'une issue thérapeutique pour les usagers seuls reflète le souci de distinguer les sujets **malades** des sujets **délinquants**, distinctions bien difficiles puisque ce sont souvent les sujets les plus dépendants du produit et les plus désinsérés socialement, donc les plus malades, qui se livrent au trafic de drogue, unique moyen pour financer une toxicomanie au coût exorbitant.

Depuis son apparition vers la fin des années soixante, l'héroïnomanie n'a cessé d'augmenter. Bien qu'aucun organisme ne soit en mesure de fournir une évaluation objective du nombre d'héroïnomanes, un indicateur témoigne de façon relativement fiable de l'évolution du phénomène ; il s'agit du nombre de décès liés à l'usage de stupéfiants (au sens légal du terme : drogue soumise à une réglementation restrictive). Cet indicateur résulte du recensement par les services de police des décès survenus uniquement sur la voie publique ou dans les lieux publics. En 1973, on dénombre 13 décès sur le territoire français, alors que sept ans plus tard, ce chiffre est multiplié par 13,2 avec 172 décès en 1980. Les cas de décès poursuivront leur augmentation, puisqu'en 1991, on en dénombre 411, 90% d'entre eux étant dus à l'héroïne. En Suisse la progression des cas de décès par surdose est semblable mais avec des taux parmi les plus élevés d'Europe : de 120 décès en 1985, on passe à 419 en 1992 et 399 en 1994.

Concernant l'évaluation du nombre total d'héroïnomanes, on ne peut qu'avancer des approximations grossières à utiliser avec beaucoup de précautions. En 1970, on estime à 20 000 le nombre d'héroïnomanes en France ; en 1980, ce chiffre passe à 30 000 pour dépasser 100 000 vers le début des années 90⁷². Certains estiment qu'en 1986 il y avait déjà 200 000 héroïnomanes en France⁷³. Pour la Suisse l'Office Fédéral de la Santé Publique évalue en 1992 à 3 pour mille le taux d'héroïnomanes dans la population et 2 pour mille le taux de cocaïnomanes. Ceci représente environ 40 000 habitués des drogues dures.

En parallèle avec le développement du phénomène, qui s'étend des zones urbaines vers les zones rurales, on relève un abaissement de l'âge des premières prises de produits, ainsi que l'apparition de **polytoxicomanies** reflétant des pratiques d'intoxication "sauvages" où les divers produits licites (alcool, médicaments) et illicites (amphétamines, héroïne, LSD, haschisch, cocaïne) sont consommés au gré des opportunités, voire mélangés afin d'en potentialiser les effets.

6. Conclusion

Comme ce survol historique a pu le montrer, l'utilisation des opiacés est née avec les premières civilisations humaines. Son utilisation thérapeutique contre toutes sortes de maux a toutefois été rapidement controversée. Principalement utilisé comme médicament

⁷² M. Reynaud, op. cit., M.-A. Schmelck, *Introduction à l'étude des toxicomanies*, Paris, Nathan, 1993.

⁷³ A. et M. Porot, *Les toxicomanies*, Paris, PUF, 1993.

par le monde médical, ce n'est qu'au début du XIXe siècle que des auteurs britanniques feront de l'opium un usage créatif et euphorisant, y trouvant un moyen d'accès au monde de l'imaginaire. Dès lors, l'image de l'artiste vivant en marge de la société va s'associer à celle de l'usager d'opium recherchant jouissance et évasion.

Cette opiophagie de la première moitié du XIXe siècle est un phénomène relativement restreint et il faudra attendre les années 1860 pour voir se développer dans le monde occidental une véritable épidémie de morphinomanie causée principalement par la prescription abusive de ce produit. Confrontés à une catégorie de patients peu commune, les médecins vont tenter d'expliquer leurs troubles en les ramenant à la manifestation d'un état de **dégénérescence** hérité ou acquis qui fait en outre courir le risque à la nation d'appauprimer la race humaine par le biais de la transmission de tares à la descendance.

On assiste dès lors à ce que J.-J. Yvorel⁷⁴ nomme une véritable **disqualification étiologique** des morphinomanes. Sous l'égide de la théorie de la dégénérescence, de même que d'autres maladies de l'époque, la toxicomanie va être stigmatisée au point d'être qualifiée de **fléau social**, ce qui fera le lit de sa future pénalisation, laquelle sera adoptée par la France en 1916.

Le portrait négatif de l'intoxiqué passionnel oisif et improductif conjugué à celui de la morphinée perverse ou hystérique reflètent les tentatives du corps médical pour imposer des normes en matière de comportement social et ce dans le cadre de la formidable promotion politique qui s'offre à eux grâce à la création d'organismes d'hygiène publique faisant d'eux des experts de la santé publique dès la seconde moitié du XIXe siècle.

Les conséquences historiques de la politique répressive en matière de drogue sont nombreuses : diminution globale importante de la consommation d'opiacés, apparition d'un trafic illégal, perte de qualité du produit, corruption de la police et surtout *création d'une nouvelle catégorie de toxicomanes délinquants* et développement d'une sous-culture.

Un tel choix politique a amené le marché de la drogue à se retrancher vers des lieux où les contrôles légaux sont moins soutenus, ce qui était le cas des ghettos des grandes villes américaines, où dès les années 50 la toxicomanie se répand parmi les classes pauvres de la population. Relevons toutefois que, parmi les milieux délinquants, l'usage de drogues était déjà répandu *avant* la criminalisation de leurs usages et que celle-ci a surtout accentué ces pratiques dans ces milieux.

Ainsi le cadre juridique qui a fait basculer en 1916 (pour la France) la toxicomanie dans la délinquance offrira aux jeunes de la fin des années 60 un ensemble de pratiques illégales dont ils vont se saisir pour exprimer leur révolte et leur opposition face à une société de consommation traversant une crise au niveau de ses valeurs.

Chapitre 2 : DEFINITION DE LA TOXICOMANIE : LE

⁷⁴ J.-J Yvorel, 1992, op. cit.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET SES DETERMINANTS SOCIO-CULTURELS

1. Introduction

L'objet de ce chapitre consiste à présenter de manière critique la **définition de la toxicomanie** que propose la psychiatrie descriptive. En raison de l'importance du rôle joué par la médecine dans la gestion des comportements addictifs, il nous a semblé opportun de circonscrire la notion de toxicomanie dans le cadre de ce champ de connaissances. Cette présentation se veut critique, c'est pourquoi nous ne nous priverons pas de faire appel à d'autres champs théoriques, tels que la psychologie de l'attribution et la sociologie, afin de questionner et de relativiser la définition psychiatrique de la toxicomanie.

Les éléments de cette définition plus spécifiquement liés à notre problématique seront développés, à savoir la question du choix tant en ce qui concerne les comportements addictifs que les phénomènes de désinsertion sociale qui les accompagnent. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction générale, nous avons en effet bâti notre questionnement autour d'une double approche théorique, psychiatrique et socio-anthropologique, renvoyant respectivement à une conception de la toxicomanie en tant que maladie et en tant que pratique socioculturelle liée au choix d'un mode de vie déviant.

La **question du choix** face à la consommation de drogues revêt une importance de taille dans le domaine de la prise en soin, car à de rares exceptions près⁷⁵, toutes démarches thérapeutiques suppose chez le patient un désir conscient de guérison. L'idée même de proposer un traitement à une personne qui ne souhaiterait pas se débarrasser de son symptôme est un non-sens. Or dans la pratique clinique relative aux problèmes de toxicodépendance de telles situations sont loin d'être rares et sont à l'origine de nombreux malentendus.

En considérant la toxicomanie comme une **maladie**, l'approche médicale nous place d'emblée sur un des versants de notre problématique, à savoir celui des aspects *non volontaires* du comportement toxicomaniaque. Puisque toute maladie est par définition involontaire, il est primordial de se demander si l'on peut légitimement considérer l'usage compulsif de psychotropes comme une maladie.

En effet pour certains troubles mentaux tels que la psychose ou la dépression, la question de savoir si de telles affections peuvent être choisies délibérément ne se pose pas, car le bon sens y répond spontanément par la négative. Par contre, d'autres types de troubles se prêtent plus volontiers à ce questionnement. C'est le cas des conduites

⁷⁵ Nous pensons ici notamment aux hospitalisations psychiatriques non volontaires.

pathologiques complexes nécessitant une planification d'actions afin d'atteindre un but, telles que les tentatives de suicide, les troubles alimentaires, les perversions sexuelles et les addictions en général.

Dans le but de définir la toxicomanie dans le champ de la psychiatrie descriptive, nous discuterons les principaux critères diagnostiques propres à la catégorie **dépendance à une substance**⁷⁶ du DSM-IV (et de la CIM-10⁷⁷) et tenterons d'en repérer les déterminants socioculturels tant en ce qui concerne la démarche diagnostique et les modalités de **désignation sociale** qu'elle implique qu'en ce qui concerne les processus **d'auto-étiquetage** auxquels l'usager de drogues recourt pour expliquer sa consommation compulsive.

Notre questionnement débutera par des considérations terminologiques quant à l'évolution des concepts utilisés pour décrire la toxicomanie dans les deux grandes nosologies psychiatriques actuelles (DSM-IV et CIM-10). Etant donné que la catégorie nosologique **dépendance à une substance** renvoie à la catégorie plus générale de **trouble mental**, nous nous astreindrons à définir celle-ci tel que nous le permet l'état actuel des connaissances en psychiatrie.

Ceci nous confrontera au problème de la dualité corps-esprit et nous permettra d'introduire les notions de souffrance psychique, d'incapacité, de risque et de dysfonctionnements tout en situant leur place dans les phénomènes de toxicodépendance. Nous préciserons la nature du dysfonctionnement comportemental qui touche le toxicodépendant tout en mentionnant la relativité des normes auxquelles se réfère un tel jugement.

Etant donné que les prises compulsives de toxiques sont considérées par les nosologies psychiatriques comme une forme de **dépendance**, nous aborderons la signification générale de ce concept en nous référant à l'essai qu'A. Memmi⁷⁸ a réalisé sur ce thème. L'idée de **contrainte** liée à la satisfaction d'un **besoin** est au cœur du questionnement et renvoie au degré de limitation de la liberté qui varie en fonction du type de besoin à l'origine de la dépendance.

Dans un contexte plus spécifiquement psychiatrique, nous aborderons ensuite le concept d'**addiction** avec le souci de montrer la parenté de fonctionnement psychique sous-jacente à une pluralité de manifestations comportementales. La similitude entre les symptômes de la toxicodépendance et ceux du jeu pathologique permettra de relativiser le rôle de la substance chimique dans le mécanisme addictif.

Les **critères diagnostiques DSM-IV** de la **dépendance à une substance** seront présentés après les avoir regroupés en trois catégories. Une première catégorie, la **dépendance physiologique**, nous permettra de cerner les interactions entre le

⁷⁶ Contrairement au DSM-III-R, le diagnostic DSM-IV ne comporte plus le qualificatif "psycho-active".

⁷⁷ The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines, World Health Organisation, Geneva, 1992.

⁷⁸ A. Memmi, *La dépendance*, Paris, Gallimard, 1979.

psychique et le somatique découlant des effets du produit et ce notamment grâce à une analyse de la notion de syndrome de sevrage. Le vécu psychique des symptômes de manque en tant qu'attribution de signification à des sensations corporelles sera considéré comme essentiel et l'idée d'un déterminisme biologique du besoin compulsif du produit sera fortement relativisée.

Nous verrons ensuite à propos de la catégorie **trouble du contrôle** de l'usage du produit pourquoi certains critères sont loin de posséder un statut d'objectivité. Nous prendrons également en considération les valeurs des professionnels de la santé qui rendent difficile la conceptualisation des usages nuisibles volontaires de toxiques. Dans ce sens le jugement de perte du contrôle permettrait d'expliquer l'aspect apparemment irrationnel d'un comportement si dommageable pour la santé. Par ailleurs les aspects de **styles de vie** orienté vers la recherche du plaisir immédiat permettront de montrer comment certaines caractéristiques de la personnalité (en l'occurrence l'impulsivité) sont façonnées par les **valeurs sous-culturelles** choisies par l'individu. De même nous prendrons la mesure de l'influence des représentations sociales de la toxicomanie véhiculées par la société globale dont le caractère pathologique tend à amplifier les aspects de troubles du contrôle des consommateurs.

Enfin, une dernière catégorie, celle des critères relatifs au **fonctionnement psychosocial** fera l'objet d'une attention particulière puisqu'il touche de près au thème de l'intégration sociale. De plus, on peut considérer la dimension du fonctionnement psychosocial comme centrale tant au niveau de la définition de la toxicomanie qu'au niveau des conséquences durables et réversibles de ce trouble. A ce propos la notion d'**incapacité psychiatrique** en tant qu'inadaptation sociale durable sera abordée de même que la question du statut illégal de la consommation de drogues dans ses rapports avec la **délinquance**. Si le DSM-IV met l'accent sur les conséquences psychosociales de la dépendance à une substance, nous relèverons que c'est avant tout le choix d'un **style de vie** qui est déterminant quant aux difficultés psychosociales rencontrées.

Avant de terminer le chapitre par une présentation des modalités de prise en charge thérapeutique par la méthadone et de son incidence sur la réinsertion sociale, nous décrirons sur la base d'une revue de la littérature psychiatrique nord américaine les principaux troubles psychiques associés à la toxicomanie.

2. Place de la toxicomanie dans la nosologie psychiatrique actuelle

Dans notre questionnement sur les aspects volontaires ou non de la toxicomanie, le statut de maladie de celle-ci revêt une importance majeure. C'est pourquoi nous allons nous intéresser maintenant aux caractéristiques générales de la maladie mentale.

Les termes *toxicomane*, *toxicomanie* sont couramment utilisés tant par les médias que par les spécialistes de la santé pour qualifier les personnes dépendantes de drogues illégales. Pourtant, on ne les trouve pas, en tant que telles, au titre de catégorie nosologique dans les deux principales classifications des maladies mentales que sont la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (ICD-10 ou CIM-10 pour l'édition française) pour l'Organisation Mondiale de la Santé et le Manuel Diagnostique et

Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV) de l'Association Américaine de Psychiatrie. En ce qui concerne l'OMS, cet état de fait remonte à 1965, date à laquelle un comité d'experts a demandé de remplacer le vocable *toxicomanie* (*drug addiction*) par celui de dépendance à l'égard des drogues. Au terme de drogue a été par la suite substitué celui de substance psycho-active, considéré comme plus neutre. La catégorie diagnostique finale que l'on trouve actuellement à la fois dans le DSM-IV et la CIM-10 est donc celle de *dépendance à une substance psycho-active*. Relevons que le statut légal ou non du produit n'est pas du tout pris en compte, puisque les critères diagnostiques sont globalement les mêmes, quelle que soit la substance concernée.

Avant de discuter la pertinence de chacun des critères diagnostiques choisis par les experts, il convient de préciser que si les nosologies officielles considèrent la dépendance aux substances psycho-actives comme un **trouble mental**, cette prise de position ne fait pas l'unanimité parmi les spécialistes du domaine. Cette question est d'un abord particulièrement difficile, puisqu'il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus quant à une définition précise du concept de **maladie mentale**. Les auteurs du DSM-IV font état de cette problématique non résolue en considérant comme révolu le fondement épistémologique de la distinction corps-esprit sur laquelle est basé le concept de maladie mentale⁷⁹. On peut en voir un témoignage dans le non recours à cette notion au profit de celle de *trouble mental* plus vague et moins chargé d'histoire (il en va de même pour l'ICD-10 dont le chapitre psychiatrique est un des rares à ne pas comporter le terme "maladie")⁸⁰. Les auteurs du DSM-IV précisent également que les entités décrites ne sont pas nettement délimitées les unes des autres et qu'il n'y a pas de discontinuité entre une entité morbide donnée et l'absence de pathologie. Cette dernière caractéristique appliquée à la toxicomanie souligne l'idée d'un **continuum** allant de l'abstinence vis-à-vis de certaines substances jusqu'à la dépendance la plus intense en passant par toutes les gradations de fréquences d'usages et d'abus. L'idée de continuum pousse donc vers un abord **dimensionnel** de la toxicomanie au détriment d'un abord **catégoriel**, ce qui rend d'autant plus difficile l'établissement d'une limite entre le normal et le pathologique.

Aussi imparfaite soit-elle, le DSM-IV donne tout de même une définition du **trouble mental** (déjà présent dans le DSM-III) qu'il n'est pas inutile de rappeler ici :

chaque trouble mental est conçu comme un syndrome ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu et associé à un désarroi actuel (symptôme de souffrance), à une incapacité (handicap dans un ou plusieurs secteurs de fonctionnement) ou à une augmentation du risque d'exposition : soit à la mort, soit à la douleur, soit à une invalidité ou à une perte importante de liberté. (...) Quelle qu'en soit la cause, le trouble mental doit être habituellement considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique du sujet⁸¹.

La discussion de cette citation dépasse l'objectif de notre travail et nous nous contenterons de faire deux remarques en lien avec la toxicomanie.

⁷⁹ le terme de trouble mental implique malencontreusement une distinction entre les troubles "mentaux" et les troubles "physiques", ce qui est un anachronisme réducteur du dualisme esprit/corps, DSM-IV, p. XXVII, op. cit.

⁸⁰ P. Pichot, Naissance et vicissitudes du concept de maladie mentale, *Acta Psychiat. Belg.*, 1988, pp. 206-221.

En premier lieu, on peut noter que parmi les trois éléments pouvant être associés à un syndrome clinique, à savoir :

une **souffrance psychique**⁸² ;

une **incapacité** ;

un **risque accru**,

tous peuvent concerner la toxicomanie.

La **souffrance psychique** qui découle de l'usage compulsif de drogue est souvent subordonnée aux difficultés d'obtention du produit, aux perturbations de l'humeur liées aux symptômes de sevrage ainsi qu'à la dévalorisation de soi qui peut accompagner le vécu de l'accumulation des difficultés psychosociales (dettes, problèmes avec la justice, chômage, etc.). Si cet aspect est particulièrement visible chez ceux qui consultent dans les institutions de soins, cela n'est pas une conséquence inéluctable de la toxicomanie. Car ceux qui parviennent à gérer une consommation même intensive sans symptômes de souffrance majeurs sont nombreux⁸³.

L'**incapacité psychiatrique**⁸⁴ peut être l'aboutissement d'une longue carrière de toxicomane, elle touche des personnes qui ne s'avèrent plus capable d'adopter un rythme de vie conventionnel. Ceci soulève le problème du choix d'un mode de vie alternatif et de ses conséquences à long terme. Car on ne saurait parler d'incapacité chez une personne qui revendique le droit de vivre selon des normes inhabituelles et qui garde les potentialités d'adaptation nécessaire à un retour à une vie plus conventionnelle ; il y a ici *désir* et non *contrainte* de vivre différemment. Par contre, une longue carrière de dépendance peut s'accompagner d'une forme de désocialisation où les modes de faire en vigueur dans la société conventionnelle ne sont plus accessibles à la personne ; il y a alors *contrainte* à vivre différemment, et donc *incapacité à vivre "normalement"*.

Si l'on observe donc un lien entre pratique toxicomaniacale et désocialisation, il reste très hasardeux d'établir un lien de causalité entre ces deux phénomènes. Car il se

⁸¹ American Psychiatric Association, *DSM-III-R*, Paris, Masson, 1989, p. 221. Cette édition est sensiblement différente dans l'édition française du *DSM-IV*, mais comme les termes utilisés nous paraissent moins adéquats, nous avons gardé celle du *DSM-III-R*.

⁸² Cet aspect est sans doute le plus fondamental des trois dans la mesure où H. Ey en faisait l'objet même de la psychiatrie qu'il définissait comme la médecine du sujet souffrant.

⁸³ S. Peele, *The meaning of addiction, compulsive experience and its interpretation*, Lexington, Mass., Lexington Book, 1985. N. E. Zinberg, *Drug, set and setting*, New Haven, Yale University Press, 1984.

⁸⁴ L'incapacité psychiatrique peut être définie comme : une perte ou une restriction de la capacité d'accomplissement des rôles sociaux normalement attendue d'un individu placé dans son contexte familial. in : *Echelle OMS pour l'évaluation d'une incapacité psychiatrique*, Genève, OMS, 1989, p. 80.

Quant à l'**élévation du risque** d'atteinte à la santé physique ou mentale⁸⁵, cet aspect s'applique tout particulièrement au toxicodépendant si l'on pense à la fréquence des tentatives de suicide, overdoses et maladies infectieuses (hépatite, SIDA) que connaissent ces populations.

On peut néanmoins se demander dans quelle mesure cette notion d'élévation du risque est pertinente pour définir le trouble mental. Car d'innombrables activités sportives ou de loisirs peuvent être qualifiées de risquées (course automobile, parapente, etc.) sans qu'il soit imaginable de les considérer comme des maladies ! De plus l'élévation du risque de mort et d'atteinte à la santé, aussi minime puisse-t-il être, n'est-il pas inhérent à toutes activités humaines et en dernier ressort à la vie elle-même ?

En second lieu, des trois registres possibles de dysfonctionnement propres au trouble mental mentionnés dans la citation (psychologique, comportemental et biologique), relevons que la toxicomanie se caractérise avant tout par un **dysfonctionnement comportemental** puisque les symptômes se manifestent principalement dans ce registre.

La notion de **dysfonctionnement** peut être utilisée dans la mesure où le comportement addictif se caractérise par une grande *rigidité d'exécution*. A l'inverse, les comportements répétitifs normaux sont plus flexibles et peuvent aisément être abandonnés ou remplacés par d'autres en cas de nécessité. Le comportement addictif est dysfonctionnel car la personne qui l'adopte manque d'alternatives et possède donc un répertoire comportemental restreint⁸⁶. Outre cet aspect de rigidité, il y a également et surtout dysfonctionnement car le comportement addictif entraîne des conséquences négatives pour l'individu et ses proches, c'est pourquoi il peut être qualifié d'inadapté.

Nous verrons toutefois plus loin qu'un tel jugement n'est valable que dans le cadre d'une approche objectiviste qui ne remet pas en question les normes et valeurs qui sont celles de la culture dominante. Une approche relativiste du *dysfonctionnement* montrera qu'en adoptant le point de vue du sujet, ce qui apparaît comme une inadaptation peut devenir un mode de vie spécifique parfaitement congruent avec l'environnement dans lequel évolue le sujet.

3. La dépendance, un aspect de la condition humaine

Avec le remplacement du concept de toxicomanie par celui de dépendance à une substance dans les grandes nosologies psychiatriques, nous nous trouvons confrontés à un terme bien éloigné du jargon médical et qui recèle un parfum de familiarité. Qui n'a pas une compréhension intuitive du concept de dépendance ? Qui ne perçoit pas que l'ensemble de nos besoins et de nos désirs sont autant d'occasions de vivre une situation de dépendance à l'égard de notre environnement ?

⁸⁵ Si les pratiques de consommation des toxicomanes sont généralement risquées pour la santé, relevons que dans de bonnes conditions d'hygiène l'injection d'héroïne régulière présente peu de danger pour l'organisme.

⁸⁶ B. P. Bradley, Behavioural addictions : common features and treatment implications, *British Journal of Addictions*, 1990, 85, pp. 1417-1419.

Il nous est ainsi donné d'emblée l'occasion de comparer la toxicodépendance avec d'autres conduites humaines également caractérisées par la dépendance. Toutefois, malgré cette réelle familiarité, le concept de **dépendance** n'en nécessite pas moins d'être défini et pour ce faire nous nous tournerons vers celui qui mieux que quiconque à su dépeindre les différentes facettes de cette problématique constitutive de la condition humaine, A. Memmi :

La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin⁸⁷.

Défini de la sorte, on comprend aisément l'ampleur des activités humaines auxquelles ce terme peut s'appliquer. Les objets de la dépendance sont innombrables : des objets d'amour aux idéologies politiques et religieuses en passant par les biens de consommation tels que voitures, télévisions, etc.

La dépendance est définie comme une *relation*, ce qui laisse entendre qu'on ne saurait la réduire à un état particulier propre à un individu. En fait, l'auteur fait intervenir trois termes dans l'équation de dépendance : le dépendant, l'objet de pourvoyance et le pourvoyeur. Ces trois termes renvoient à : "***celui qui en attend quelque bien ; le bien convoité ; celui qui le procure***"⁸⁸.

Il s'agit donc d'une relation trinitaire faisant intervenir deux partenaires et un objet.

Cette relation est qualifiée de *contraignante*, second élément clé de la citation. La contrainte étant ce qui entrave la liberté de l'être humain, celle-ci est donc réduite mais pas pour autant supprimée par la situation de dépendance. La suite de la citation précise en effet que la contrainte est *plus ou moins acceptée*, ce qui suppose une forme de consentement de la part du sujet⁸⁹.

Dans ce sens la position du dépendant n'est pas du tout la même que celle du *dominé*, nous dit l'auteur. Si le dominé ne consent en aucun cas à son sort et cherche au contraire à se libérer du joug de celui qui l'opprime, la situation du dépendant est beaucoup plus ambiguë. En effet, bien que son état soit cause de souffrance, il tire des bénéfices de son pourvoyeur et ne cherche donc pas à s'en débarrasser :

Si le dépendant persévère dans son esclavage, c'est qu'il y consent plus ou moins⁹⁰.

On ne peut donc réduire la dépendance à un enchaînement passif, il y a dans ce phénomène tout un aspect de recherche active et de complaisance dans l'état de dépendance.

⁸⁷ A. Memmi, *op. cit*, p. 32.

⁸⁸ A. Memmi, *op. cit*. p. 36.

⁸⁹ Même dans le cas de dépendances vitales telles que la faim, la liberté face à l'accomplissement du besoin ne peut être considérée comme supprimée. Les cas extrêmes de grèves de la faim entraînant la mort en attestent.

⁹⁰ A. Memmi, *op. cit*. p. 96.

Enfin, la définition lie la dépendance à la *satisfaction d'un besoin*. Les **besoins**⁹¹ peuvent être de tous ordres, innés ou acquis, citons les besoins physiologiques comme la faim et la sexualité, les besoins de sécurité, d'appartenance et d'accomplissement personnel. Tous peuvent être l'objet d'une dépendance à l'égard du pourvoyeur qu'il s'agisse de biens matériels (nourriture, drogues, etc.) ou symboliques (idéologie, connaissances, etc.). Par ailleurs la satisfaction du besoin s'accompagne de plaisir, dimension essentielle de la dépendance qui constitue son pôle attracteur.

La nature des besoins qui sous-tendent les différentes formes de dépendances offre par ailleurs une possibilité de classement de celles-ci. Ainsi, puisque la satisfaction de certains besoins s'avère plus impérieuse que d'autres, il en découle que les formes de dépendances auxquelles ils renvoient seront plus ou moins contraignantes.

Dans ce sens, on peut distinguer les **dépendances vitales** qui reposent sur des besoins physiologiques d'autoconservation tels que la faim⁹², et des **dépendances non vitales** telles que la dépendance envers un objet d'amour⁹³ ou la toxicomanie. Pour celle-ci, on peut toujours envisager des processus de sortie par lesquels les personnes se libèrent de leurs dépendances.

En fonction des différentes formes de dépendances, la marge de liberté est donc plus ou moins étendue. Alors qu'il existe une certaine marge de liberté et donc de choix chez les sujets engagés dans une dépendance non vitale, cette liberté est beaucoup plus réduite en ce qui concerne le second type de dépendance.

4. Addiction : un concept transnosologique

Après avoir circonscrit la notion de dépendance dans un contexte très général, nous allons revenir au domaine psychiatrique descriptif afin de repérer les différents troubles psychiques présentant des similitudes avec la dépendance à une substance. Ces troubles sont classés sous le terme générique d'**addiction**, mais relevons d'emblée qu'il n'existe pas de consensus à l'heure actuelle quant à l'extension de cette catégorie.

Parmi les troubles répertoriés dans le DSM-IV, certains figurant aux chapitres *troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs* (jeu pathologique, kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie) et *troubles de l'alimentation* (boulimie) partagent plusieurs caractéristiques avec la dépendance à une substance psycho-active, à savoir les aspects

⁹¹ Nous utilisons la notion de besoin dans son sens large, comme l'envisage cette citation : Les besoins peuvent être définis comme l'existence d'une condition non satisfaite et nécessaire à toute personne pour lui permettre de vivre et de se développer dans les différents domaines de sa vie (au point de vue physique, psychologique, intellectuel, culturel, social, spirituel). in : M. Jecker-Parvex, *Retard mental, Contribution pour un lexique commenté*, Bienne, SZH/SPC, 1996, p. 29.

⁹² De tels besoins sont habituellement innés, mais ils peuvent également être acquis tels que l'insulinodépendance du diabétique qui revêt un enjeu vital.

⁹³ A noter qu'en fonction du vécu de l'individu, certaines de ces dépendances non vitales peuvent faire échos avec d'autres situations de dépendances plus archaïques et par là être perçue comme indispensable à la vie. C'est le cas par exemple, lorsque la perte du conjoint est vécue comme un traumatisme qui ne peut être surmonté qu'en se donnant la mort.

d'impulsivité, de répétition et de dépendance.

C'est particulièrement le cas de la catégorie *jeu pathologique*, où tant les critères liés à la **perte de contrôle** (échec des tentatives d'arrêter de jouer, durée et montant des jeux plus importants que prévu) que ceux liés au **fonctionnement psychosocial perturbé** (temps et argent perdu, inaccomplissement des obligations sociales) sont en correspondance quasi parfaite avec la catégorie qui nous occupe⁹⁴. Etonnamment, même les critères concernant la **dépendance physiologique** se retrouvent dans le cas du jeu compulsif. En effet, le besoin d'augmenter la fréquence et le montant des mises rappelle le phénomène de la tolérance ; l'irritabilité en cas d'empêchement de jouer ressemble aux symptômes de sevrage et le besoin de rejouer pour compenser les pertes se rapproche de la prise de substances pour supprimer les symptômes de sevrage.

Il apparaît donc possible de mettre en évidence des similitudes pour différents types de comportements impulsifs et compulsifs⁹⁵. Afin de conceptualiser ces parentés de comportements et de fonctionnements psychiques, le terme d'**addiction** a été défini de la manière suivante :

"Addiction", employée de manière descriptive, désigne donc la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchés ou consommés avec "avidité"⁹⁶.

Les auteurs de cette citation proposent de regrouper prioritairement sous le terme d'addiction la dépendance à une substance, la boulimie et le jeu pathologique, d'autres comportements tels que la kleptomanie, la pyromanie, la trichotillomanie, les tentatives de suicide répétées, la sexualité compulsive, les achats compulsifs et les conduites de risque ne présentent que des analogies partielles avec le noyau dur des addictions.

Une démarche similaire caractérise l'oeuvre de S. Peele⁹⁷ qui propose son modèle général de l'**addiction envers une expérience** (*addiction to an experience*) et qui s'applique à tous les domaines de comportements répétitifs et compulsifs. L'auteur en donne la définition suivante :

La forme de l'addiction la plus reconnaissable est un attachement extrême et dysfonctionnel à une expérience qui est fortement nuisible à l'individu, mais qui est une partie essentielle de son écologie et à laquelle il ne peut pas renoncer⁹⁸.

⁹⁴ T. A. Widiger & T. S. Gregory, Substance use disorder : abuse, dependence and dyscontrol, *Addiction*, 1994, 89, pp. 267-282.

⁹⁵ Sur la distinction de ces deux termes qui renvoient tout deux à la dimension active de l'addiction (en opposition à la dépendance qui évoque une dimension passive), l'approche psychanalytique envisage l'**impulsivité** comme l'expression de défenses par l'agir (prise de conscience après l'acte) alors que la **compulsion** renvoie à des défenses mentalisées liées à une conflictualité intrapsychique (lutte consciente contre la survenue de l'acte). Cf. J.-L. Venisse, A. Rault et M. Sanchez, *Conduites addictives - Objet de l'addiction*, *Psychologie médicale*, 1989, 21, 12, pp. 1767-1770. J. L. Pedinielli, P. Bertagne et G. Rouan, *Psychopathologie des addictions*, Paris, PUF, 1997.

⁹⁶ J. L. Pedinielli, P. Bertagne et G. Rouan, *op. cit.*, p. 8.

⁹⁷ S. Peele, *op. cit.*

⁹⁸ S. Peele, *op. cit.*, p. 97, traduction personnelle.

La conduite addictive y est conçue comme l'échec d'une tentative d'ajustement à l'environnement. Le véritable objet de l'addiction est le vécu global d'une expérience, avec ses sources physiologiques mais surtout avec sa dimension de **construction individuelle et culturelle**.

5. Critères diagnostiques de dépendance à une substance

Nous allons maintenant présenter les principaux critères retenus par les deux grandes nosologies officielles pour le diagnostic de **dépendance à une substance psycho-active**. Ceux-ci peuvent être regroupés en trois catégories :

1.

Dépendance physiologique : observable par le biais de phénomènes tels qu'une **tolérance** envers le produit amenant le sujet à augmenter les doses pour obtenir un même effet (critère un⁹⁹) et des **symptômes de sevrage** ou état de manque en cas d'arrêt ou de diminution de la consommation (critère deux), reflétant la nécessité dans laquelle le corps se trouve de recevoir régulièrement une dose du produit afin de maintenir son homéostase physiologique. La dépendance physiologique ne concerne toutefois pas toutes les drogues et n'est pas une condition nécessaire au diagnostic de dépendance à une substance psycho-active.

2.

Perte du contrôle de la consommation : la substance est consommée en quantité supérieure et sur une durée plus longue que ce qu'avait prévu l'usager (critère trois). Le désir persistant de la substance empêche de contrôler et d'interrompre son usage (critère quatre), malgré la survenue et la connaissance des conséquences néfastes (au niveau social, psychologique ou physique) induites par celui-ci (critère sept). Contrairement aux critères des deux autres catégories, ceux liés à la perte de contrôle sont particulièrement empreints de subjectivité dans la mesure où ils relèvent d'un jugement personnel de la part du sujet : le constat d'échec quant à la maîtrise de la consommation. Il va sans dire que ces critères ne peuvent se concevoir en dehors de la disposition psychique du sujet à vouloir interrompre l'usage du toxique. Par ailleurs, le constat d'échec voire d'impuissance peut être assimilé à l'expression d'une souffrance subjective, élément central en matière de trouble psychique.

3.

dysfonctionnement psychosocial : les symptômes d'intoxication, de sevrage et de récupération, de même que la recherche et la consommation du produit représentent un investissement en temps considérable (critère cinq). Il en résulte l'abandon d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs (critère six).

Les critères décrits ci-dessus concernent l'état de dépendance, il existe cependant une catégorie de moindre gravité (*abus d'une substance* pour le DSM-IV et *utilisation nocive pour la santé* pour l'ICD-10) utilisable lorsque seuls quelques symptômes sont présents.

Nous développerons plus loin chacune de ces catégories de critères, mais avant cela

⁹⁹ Les numéros entre parenthèses renvoient aux sept critères du DSM-IV.

diagnostic. Il en découle qu'aucune des trois catégories spécifiées ci-dessus n'est nécessaire au diagnostic et qu'une d'entre elles (la perte de contrôle) peut être suffisante puisqu'elle contient trois critères.

En fonction de la répartition des critères dans les différentes catégories, on peut obtenir des configurations diagnostiques fort différentes d'un individu à l'autre et des types de dépendance très contrastés peuvent de la sorte être constitués. Ainsi, le diagnostic de dépendance à une substance ne recouvre pas une réalité homogène.

En ce qui concerne les héroïnomanes les critères de la dépendance physiologique sont habituellement validés, il ne reste donc plus qu'un ou deux critères à valider dans les deux autres catégories pour établir le diagnostic. En fonction des catégories impliquées on peut répartir les diagnostics en trois cas de figure :

1. dépendance physiologique + perte du contrôle ;
2. dépendance physiologique + dysfonctionnement psychosocial ;
3. dépendance physiologique + perte du contrôle + dysfonctionnement psychosocial.

Le premier cas de figure concerne typiquement l'héroïnomane bien inséré socialement avec une bonne situation professionnelle et peu de dettes, manifestant le désir d'interrompre sa consommation car il souffre de sa dépendance.

Le second cas de figure présente une particularité notable par rapport aux deux autres dans la mesure où la souffrance subjective (aveu de perte de contrôle) est absente. Cette catégorie peut s'appliquer entre autre au toxicomane de rue qui revendique un mode de vie marginal sans vouloir se passer de l'usage de toxiques, mais aussi à l'ensemble des patients en cure de méthadone qui ne visent pas l'abstinence et poursuivent délibérément la consommation de toxiques. Relevons par ailleurs que l'absence des critères de perte de contrôle dans un diagnostic rend particulièrement difficile l'appréciation de la dépendance. En effet, si l'addiction est choisie délibérément est-il encore pertinent de parler de dépendance ? Nous reviendrons sur ce thème plus loin.

Le dernier cas de figure est proche du premier, avec toutefois la dimension des difficultés psychosociales en plus. Cette catégorie est de loin la plus fréquente parmi les populations cliniques de toxicomanes.

6. Dépendance physiologique, syndrome de sevrage aux opiacés et phénomènes psychosomatiques

L'étude des phénomènes physiologiques liés à la consommation de drogues a amené les chercheurs à élaborer les concepts de **dépendance** et de **tolérance**. La notion de dépendance dans ses aspects physiologiques et psychiques soulève des questions particulièrement ardues dans la mesure où l'on se situe à l'interface du somatique et du

psychique. C'est pourquoi nous allons maintenant discuter ces concepts, afin d'aboutir à des définitions opérationnelles utiles pour la suite de notre travail.

Nous commencerons par une brève description de l'action de l'héroïne sur l'organisme ainsi que les mécanismes neurophysiologiques responsables des symptômes de manque.

L'héroïne injectée dans l'organisme agit sur les cellules nerveuses pourvues de récepteurs opiacés. Celles-ci communiquent entre elles par l'intermédiaire de neurotransmetteurs produits par l'organisme : les endorphines, dont la structure est très proche de celle des opiacés. Ces cellules constituent des voies neuronales du système nerveux et sont impliquées dans la perception de la douleur. Par ailleurs, certaines structures sous-corticales du cerveau intervenant dans la gestion des émotions, telles que le système limbique, se caractérisent par une abondance de récepteurs opiacés. En agissant sur ces structures, la prise d'héroïne se traduit par un effet euphorisant¹⁰⁰.

Lorsqu'un opiacé est injecté périodiquement, l'organisme diminue progressivement sa production d'endorphine ce qui provoque un état de **dépendance physiologique**¹⁰¹ face à cet agent extérieur¹⁰². Lorsque cet apport est diminué ou interrompu, la dépendance devient observable par le biais d'un **syndrome de sevrage** caractérisé par une envie impérieuse de prendre le produit, des troubles de l'humeur, des douleurs musculaires, de la fièvre, de l'insomnie et des manifestations neuro-végétatives multiples. Certaines manifestations liées au syndrome de sevrage sont à l'opposé des effets de l'héroïne : alors que l'héroïne induit somnolence, euphorie et analgésie, le sevrage provoque hyperexcitation, dépression et hypersensibilité aux sensations douloureuses¹⁰³.

La notion de **dépendance physiologique** est donc intimement liée à celle de **syndrome de sevrage**, dans la mesure où celle-ci constitue la face visible de celle-là. En effet, l'état de dépendance physiologique ne devient observable que lorsque surviennent les dysfonctionnements métaboliques liés à la carence de l'apport en opiacé.

Quant au phénomène de **tolérance**, il s'agit de l'acquisition progressive d'une forme d'immunité face aux effets du produit. Les cellules cérébrales répondent de moins en moins à mesure qu'elles sont exposées au produit, ce qui pousse le sujet à augmenter les doses pour obtenir un même effet. Ce phénomène explique comment des patients en cure de méthadone peuvent recevoir des doses importantes de cet opiacé de synthèse tout en se sentant parfaitement normaux alors qu'une telle dose serait mortelle pour l'individu non habitué.

Si nous constatons qu'au niveau cellulaire les manifestations du sevrage se

¹⁰⁰ S. Snyder, op. cit.

¹⁰¹ G. Edwards et al. (op. cit.) ont contesté l'utilisation du terme dépendance physiologique dans la mesure où les symptômes de sevrages peuvent survenir en l'absence du besoin de prendre la drogue. C'est pourquoi, afin de décrire le plus objectivement possible le phénomène, ces auteurs ont proposé le terme de neuroadaptation.

¹⁰² R. L. Akers, op. cit.

¹⁰³ S. Snyder, op. cit.

traduisent par un bouleversement du métabolisme tout à fait objectivable, il en va différemment du vécu psychique de cet état qui varie beaucoup en fonction du contexte et des individus. C'est sur cette dimension psychologique du syndrome de sevrage que nous allons maintenant porter notre attention.

Lorsqu'elles surviennent dans le contexte d'une toxicomanie, les **manifestations psychiques** du syndrome de sevrage aux opiacés sont essentiellement de deux ordres :

les troubles de l'humeur (dépression, anxiété, irritabilité) ;

le besoin impérieux (*craving*) de consommer un opiacé¹⁰⁴.

Le repérage des aspects psychiques du syndrome de sevrage n'est pas une tâche évidente ; en témoigne la modification des critères pour ce diagnostic survenue dans la dernière édition du DSM. Ces modifications sont directement liées à notre propos, aussi allons nous les détailler et discuter les options théoriques qui en découlent.

Une première modification concerne le critère du diagnostic de syndrome de sevrage aux opiacés se rapportant à la sphère psychique¹⁰⁵. Alors que pour le DSM-III-R il s'agissait de l'*envie impérieuse de prendre un opiacé*, celui-ci a été supprimé au profit de *humeur dysphorique* pour le DSM-IV¹⁰⁶. Cette substitution reflète à notre sens un souci d'élargir la notion de syndrome de sevrage aux patients non toxicomanes. Car chez ceux-ci le sevrage aux opiacés ne s'accompagne habituellement pas du désir irrépressible de consommer le produit. Nous voyons donc que la recherche et le besoin compulsif du produit sont loin d'être entièrement déterminés par l'organisme.

Une seconde différence entre les troisième et quatrième éditions du DSM va nous permettre de renforcer cette idée de *relative autonomie du comportement addictif face aux phénomènes organiques*. Cette modification touche au chapitre dans lequel figure le diagnostic de sevrage à une substance psycho-active. Alors que le DSM-IV classe ce diagnostic dans le chapitre **troubles liés à une substance**¹⁰⁷, le DSM-III-R répertorierait ce syndrome parmi les **troubles mentaux organiques**, c'est-à-dire dans la catégorie des troubles psychiques dont l'étiologie est de nature biologique (au même titre que les démences par exemple). Cette modification va dans le sens d'une relativisation du primat de l'organique dans les phénomènes de sevrage.

¹⁰⁴ Ce symptôme est généralement considéré comme l'élément central de la **dépendance psychologique**, que l'on peut définir comme : "l'état émotionnel lié au besoin impératif d'une drogue soit pour ses effets positifs, soit pour éviter des effets négatifs liés à son absence" (R. C. Rinaldi et al. *Classification and Standardisation of Substance Abuse Terminology*, *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279, pp. 1555-1557, cité par A. Widiger, 1993, 59, 61, traduction personnelle. Nous venons plus loin que ce concept est toutefois fortement remis en question à l'heure actuelle).

¹⁰⁵ Pour les éditions III-R et IV du DSM, un seul critère sur les neuf proposés concerne la sphère psychique.

¹⁰⁶ Relevons que si le critère du désir impérieux du produit ne figure plus dans le diagnostic DSM-IV de sevrage aux opiacés, on le trouve toujours dans le diagnostic de dépendance à une substance (critère quatre du DSM-IV).

¹⁰⁷ Et plus précisément dans le sous-chapitre troubles induits par une substance. Le terme *induit* renforçant l'idée de causalité.

physico-chimique (la causalité est de type linéaire), puisque les symptômes découlent d'une perturbation biologique subie par l'organisme en manque de son produit. Les tenants de ce modèle font d'ailleurs souvent la comparaison avec les diabétiques qui dépendent de façon vitale de leurs injections d'insuline.

On ne saurait pourtant réduire les symptômes de sevrage à une étiologie purement organique. Les arguments qui vont à l'encontre du modèle psycho-organique de la pharmacodépendance sont nombreux, nous résumerons les principaux d'entre eux.

Premièrement, *la dépendance physiologique n'entraîne pas forcément la recherche compulsive du produit*. Ce qui revient à souligner que certaines manifestations psychiques liées au syndrome de sevrage, telles que l'envie irrésistible du produit, sont facultatives. En témoignent ces patients opérés ayant reçu un traitement anti-douleur à base d'opiacé qui ont éprouvé une dépendance physiologique sans pour autant exprimer des troubles du comportement de type addictif au moment du sevrage. De même, à l'époque de la guerre du Viêt-nam les soldats américains qui avaient développé une dépendance aux opiacés ont pour la grande majorité cessé spontanément leur habitude une fois de retour au pays natal¹⁰⁸. Nous voyons donc que la dépendance physiologique n'est pas du tout synonyme de pression insurmontable à consommer un opiacé, comme le sens commun tend à le croire.

Deuxièmement, on peut compléter ce premier argument par le fait qu'inversement il n'est pas nécessaire de vivre une dépendance physiologique envers un objet pour ressentir un besoin violent à son égard, le jeu pathologique et d'autres formes d'addiction l'attestent.

Troisièmement, *on a pu observer chez certains individus des manifestations physiologiques proches des symptômes de sevrage en l'absence de toute prise de substance chimique*. C'est le cas des personnes privées d'accomplir une activité compulsive telle que le jeu pathologique ou encore lorsque cesse une relation amoureuse intense (sevrage et processus de deuil présentent des analogies certaines). Ces exemples montrent qu'il existe un retentissement physiologique du vécu psychique du sevrage et qu'on ne saurait faire l'économie de cet aspect dans le cas d'un sevrage d'une substance psychotrope.

Relevons que ces remarques à propos des symptômes de sevrage peuvent également s'appliquer à la question des **effets** des drogues. A ce propos S. Peele mentionne l'effet placebo où les cognitions créent de toutes pièces les réactions physiologiques attendues. Aussi, tout comme les symptômes de manque, les effets d'une drogue ne peuvent-ils être considérés essentiellement comme une conséquence psychique d'une perturbation physiologique.

Il y a donc bien interaction complexe entre le psychique et le somatique et l'on ne saurait considérer le sevrage des opiacés dans le cadre d'une causalité univoque et linéaire tel que le propose le modèle psycho-organique de la pharmacodépendance. En

¹⁰⁸

Parmi les soldats ayant développé une toxicomanie au Viêt-nam, seuls 7% étaient toujours dépendants entre 8 et 12 mois après le retour au pays. Cf. L. N. Robins et al., Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam : a follow-up on their return home, *American Journal of Epidemiology*, 1974, 99, 4, pp. 235-249.

fait, au même titre que dans toutes autres formes de comportements l'individu agit en tant qu'entité psycho-organique complexe, et l'on ne saurait réduire cette complexité à des schémas de causalité mécaniques et réducteurs.

Ainsi, on peut établir avec S. Peele¹⁰⁹ que des phénomènes tels que *les symptômes de sevrage et le besoin violent du toxique ne peuvent être considérés comme exclusivement déterminés physiologiquement* car de telles manifestations sont fortement influencées par la manière dont l'individu interprète ses sensations corporelles. C'est effectivement la signification donnée au vécu de la prise de psychotropes qui est déterminante ; notamment à travers les attentes, croyances et valeurs avec lesquelles le sujet appréhende cette expérience de modification de l'état de conscience qu'est la prise de drogue. Selon S. Peele le comportement addictif résulte avant tout de la **construction d'une expérience**, soit d'une attribution de significations à la fois individuelles et culturelles à un ensemble de phénomènes physiologiques et comportementaux. En elles-mêmes les manifestations physiologiques liées à la prise de substance sont d'une importance secondaire quant à la poursuite du comportement addictif.

Nous voyons que les aspects physiologiques et psychologiques de la prise de toxiques sont intriqués à un tel point que la distinction entre **dépendance psychologique** et dépendance physiologique est considérée par certains¹¹⁰ soit comme impossible à faire soit comme non pertinente. De plus, lors de sa vingt-huitième réunion, le comité OMS d'experts de la pharmacodépendance¹¹¹ a pris position en faveur d'un abandon de la distinction entre dépendance physiologique et dépendance psychologique, jugeant celle-ci dépassée.

Dans tous les cas, le syndrome de dépendance à une substance ne peut plus reposer sur la distinction dépendance physiologique / dépendance psychologique qui renvoie à un dualisme corps-esprit aujourd'hui dépassé, comme nous l'avons déjà évoqué à propos de la notion de trouble mental.

De plus quel que soit le type de dépendance envisagé, l'idée d'une compulsion irrésistible à consommer le produit qui aurait annihilé toute forme de volonté est un mythe qui repose sur une conception de la dépendance basée sur le modèle de la maladie.

Nous allons aborder maintenant d'autres raisons que celles basées sur l'organicité du trouble, qui concourent à entretenir le mythe de la toxicodépendance envisagée comme une dissolution de la volonté.

7. Trouble du contrôle ou usage nuisible volontaire ?

L'ensemble des critères diagnostiques regroupés ici sous le thème du **trouble du contrôle (dyscontrol)** font appel à plusieurs notions que nous allons discuter.

¹⁰⁹ S. Peele, op. cit.

¹¹⁰ R. L. Akers, op. cit.

¹¹¹ Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, Vingt-huitième rapport, Genève, Organisation Mondiale de la santé, 1993.

Mais avant d'aborder la question du trouble du contrôle de l'usage de toxiques en lui-même, notons que l'**usage contrôlé** d'opiacés est un phénomène plus répandu qu'on pourrait le croire. En effet, il est un fait bien établi que non seulement les personnes qui consomment des opiacés avec contrôle sont nombreuses, mais que parmi elles se trouvent d'anciens toxicomanes, c'est-à-dire des sujets ayant réussi à modifier durablement leurs schémas de consommation sans pour autant verser dans l'abstinence¹¹².

De plus le toxicomane considéré comme "accro" n'est pas un sujet complètement aliéné, en proie à des besoins sans limites l'amenant à se procurer son produit à tout prix. Contrairement à ce stéréotype du drogué possédé par une passion destructrice, l'étude des conditions réelles de recherche et de prises d'opiacés montre qu'elles obéissent à un ensemble de règles même chez les plus dépendants. De plus, les héroïnomanes ont généralement une consommation faible à moyenne qui reste stable au fil des ans¹¹³.

N. Zinberg¹¹⁴ a montré que la communauté des usagers de drogues produit un ensemble de règles, rituels et sanctions (*social setting*) qui déterminent des modes d'usages spécifiques en fonction des substances concernées. Ces **règles de consommation** (concernant le rythme, les lieux et les effets de l'usage de drogues) sont apprises dans le cadre du groupe des pairs, une fois intériorisées elles vont rendre le sujet capable d'auto-contrôle¹¹⁵.

Dans certains cas on pourrait même parler de **dépendance contrôlée**, au même titre que chacun de nous contrôle sa dépendance envers les objets propres à satisfaire les **besoins physiologiques**. On peut considérer qu'*une dépendance est contrôlée lorsque les contraintes qu'elle engendre sont acceptées et assumées*¹¹⁶ par la personne, même si cette acceptation doit s'accompagner d'une souffrance subjective.

Ainsi, les contraintes et inconvénients liés à la nécessité de se nourrir sont habituellement totalement acceptés par les individus. La nécessité de se plier à des horaires pour prendre les repas et d'y consacrer du temps et de l'argent constituent des inconvénients mineurs face à l'enjeu vital que représente le besoin de s'alimenter. On ne saurait de plus oublier tous les aspects positifs qui accompagnent cette activité tels que le

¹¹² H. Klingemann, Coping and Maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland, *The international journal of the addictions*, 1989, 27 (12), pp. 1359-1388.

¹¹³ F. Vedelago, La carrière sociale du toxicomane, in : A. Ogien et P. Mignon, *La demande sociale de drogues*, Paris, La documentation française, 1994.

¹¹⁴ N. Zinberg, *Drug, Set and setting*, New Haven, Yale University Press, 1974.

¹¹⁵ La capacité des toxicodépendants à maîtriser leurs comportements de prises de drogues a pu également être observée dans l'abandon très rapide des pratiques d'échange de seringues lorsque les risques de contamination par le virus du SIDA se sont fait connaître.

¹¹⁶ Nous verrons toutefois plus loin à propos de l'ambivalence face à la consommation, que l'acceptation totale des inconvénients de la toxicomanie est rarement réalisée, même si elle est plus fréquente dans les populations non cliniques de toxicomanes.

plaisir gustatif et les échanges conviviaux qui compensent largement les côtés négatifs.

Il apparaît donc clairement que *la dépendance n'implique pas nécessairement la perte de contrôle* et qu'il s'agit donc de deux phénomènes relativement autonomes. C'est donc beaucoup plus l'idée de contrainte que de trouble du contrôle qui caractérise la dépendance en elle-même. De plus, le diagnostic DSM-IV de dépendance à une substance peut être posé en l'absence des critères se rapportant au contrôle de la consommation.

La question du contrôle et de son évaluation est capitale puisqu'elle est intimement liée à la notion de **trouble mental**. En effet, la manifestation d'un tel trouble, comme pour toute autre maladie, est par définition *involontaire* et donc hors du contrôle de l'individu¹¹⁷. Il en irait donc de même pour la toxicomanie lorsqu'on l'envisage sous l'angle de la maladie... Une telle conception repose sur l'idée d'une instance de contrôle interne, le Surmoi du sujet, qui serait prise à défaut sous l'effet d'une contrainte externe à celui-ci¹¹⁸.

Toute la question est par conséquent de savoir dans quelle mesure l'usager de drogues choisit ou non lorsqu'il persiste dans sa pratique risquée. Schématiquement, deux conceptions théoriques s'opposent face à cette question : l'approche psychiatrique, qui tend à y répondre par la négative, et l'approche relativiste¹¹⁹ pour laquelle il s'agit d'un choix délibéré. Comme nous allons le montrer, il en découle un regard très différent sur l'addiction selon qu'est adoptée l'une ou l'autre de ces approches.

L'approche psychiatrique, pour sa part se heurte à certaines difficultés quant à une définition du trouble du contrôle. En effet, comme le relèvent T. A. Widiger et al.¹²⁰, il n'existe pas de critères infaillibles pour évaluer le trouble du contrôle, aussi celui-ci peut-il être considéré comme un **construit hypothétique**. De plus, ce trouble ne se conçoit pas en tout ou rien, mais s'étend sur un continuum de gravité¹²¹.

Lorsqu'on envisage la question du contrôle sur l'usage de substances psycho-actives et de l'absence de critères véritablement fiables permettant de l'évaluer, les auteurs du DSM-IV proposent d'adopter un **raisonnement probabiliste** qui consiste à dire que plus un individu cumule les critères de non-contrôle (cf. plus haut), plus ce diagnostic aura de chance d'être exact. Cette démarche va de pair avec l'évaluation du degré de gravité du trouble, laquelle renvoie à la notion de continuum entre pathologie et normalité. Cette

¹¹⁷ On rejoint ici la discussion développée antérieurement à propos du concept d'**incapacité** qui implique l'idée d'un état psychologique subi par le sujet sans alternative possible.

¹¹⁸ Cette contrainte externe au moi peut être de nature biologique (ancre somatique du plaisir), intrapsychique (inconsciente) ou environnementale (pression du groupe).

¹¹⁹ Nous utilisons ici un terme générique pour englober des approches d'orientation psycho-sociologique ou anthropologique, telles que la théorie de l'attribution ou l'interactionnisme symbolique.

¹²⁰ T. A. Widiger et al., op. cit.

¹²¹ La perte grave du contrôle du produit est particulièrement présente dans les cas d'alcoolisation massive et impulsive de même que lors de prises répétées de cocaïne qui peuvent aller jusqu'à 30 injections par jours.

façon d'envisager les troubles amène des éléments de réponse à la difficile question de la distinction entre un **usage nuisible volontaire** et un **usage incontrôlé**¹²², mais en dernier recours, il s'agit d'une question philosophique qui touche au problème de la liberté humaine¹²³.

L'élément le plus convaincant qui pousse à considérer la toxicomanie comme une perte de contrôle de l'usage du produit est probablement le fait que *l'usager s'adonne à cette pratique en dépit des conséquences graves* qu'elle peut avoir pour lui et son entourage (critère sept du DSM-IV). Le fait que malgré la connaissance et la survenue de ces conséquences négatives le sujet persiste dans ce comportement d'allure autodestructrice pousse à considérer un tel acte sous l'angle du pathologique, de la maladie et donc de la perte de contrôle. La rationalité scientifique (de même que la rationalité intuitive du profane) tolère mal qu'une conduite apparemment aussi aberrante qui menace l'existence même du sujet puisse être choisie délibérément. De plus, l'approche psychiatrique positiviste considérant la santé comme une valeur universelle et absolue, toute conduite allant à l'encontre de celle-ci ne peut pas être considérée différemment que comme pathologique.

Nous voyons qu'à partir de schémas de pensée obéissant à certaines valeurs (par exemple le maintien de la santé), l'observateur, de son point de vue, juge la conduite addictive comme hors du contrôle du sujet. Le choix d'une telle conduite est incompatible avec les valeurs de la discipline de l'évaluateur qui sont également celles de la culture dominante, notre société étant fortement médicalisée. Or, comme nous allons le voir, le résultat de ce jugement pourrait être tout autre si le point de vue du consommateur était adopté.

L'**approche relativiste** quant à elle, privilégie le point de vue de l'usager pour rendre compte du degré de liberté qui caractérise le geste toxicomaniaque. Cette approche va nous permettre d'aborder deux aspects liés à la question de la perte de contrôle, à savoir d'une part les **valeurs sous-culturelles** responsables de l'adoption d'un style de vie qui pousse à *choisir l'abus de toxiques* et d'autre part l'influence des **représentations sociales** de la toxicomanie propre à la **culture dominante** qui conduit tant les usagers que les professionnels de la santé à expliquer les prises de drogues compulsives en terme de dépendance et de perte de contrôle, donc en terme de phénomène *subi*. Explication qui représente une construction socioculturelle et non un reflet fidèle de la réalité du phénomène toxicomaniaque.

Il est un fait que dans la plupart des cas l'usager est guidé par des **normes** et des **valeurs sous-culturelles** que l'observateur ne partage pas. Ainsi, ce sont les bénéfices à court terme qui intéressent l'usager (plaisir lié à la prise du toxique), alors que les effets négatifs, généralement différés dans le temps, passent au second plan. Dès lors ce qui est considéré comme une perte de contrôle pourrait en fait n'être que l'expression d'un choix basé sur la prééminence des avantages immédiats sur les inconvénients. Il s'agirait

¹²² T. A. Widiger et al., op. cit.

¹²³ Une telle problématique peut également être développée à propos du suicide. Dans quelles circonstances un tel acte peut-il être envisagé comme un choix rationnel et délibéré ?

donc d'un choix effectué par une personne dont les normes et les valeurs l'amènent à minimiser l'importance des conséquences négatives de la consommation de drogues.

Ainsi lorsqu'un usager poursuit la consommation malgré les conséquences graves pour sa santé, ce pourrait très bien l'être parce qu'il attribue peu d'importance à sa santé et non parce qu'il a perdu le contrôle. Car la personne qui valorise la recherche du danger et du plaisir immédiat et qui choisit une pratique de consommation de drogues vit en accord avec les principes véhiculés par son groupe d'appartenance. L'environnement social familial s'avère donc déterminant quant à l'adoption de certains comportements.

Par ailleurs, on ne peut se limiter à la dichotomie : point de vue de l'observateur - point de vue du consommateur, *car le constat de la perte de contrôle de l'usage d'une substance est une construction élaborée conjointement par le spécialiste et le consommateur* qui fournit à travers son discours une part essentielle du matériau de base nécessaire à cette conceptualisation, principalement à l'occasion de contacts avec les organismes psychosociaux¹²⁴. La conceptualisation de l'expérience de la prise compulsive de toxiques est donc une déduction faite à partir du comportement de l'usager, tel que celui-ci se le représente et surtout tel qu'il le relate verbalement à son interlocuteur.

Le constat d'échec face au contrôle de la consommation implique la présence d'un état d'esprit particulier chez l'usager, puisque celui-ci doit en quelque sorte désavouer sa pratique ou plus précisément subordonner son désir de continuer à celui d'arrêter sa consommation. Cette attitude peut de plus n'être présente que le temps d'un entretien diagnostique... Le sujet sera ainsi poussé à reconnaître qu'il prend son toxique souvent en quantité supérieure ou sur une plus longue durée que ce qu'il avait envisagé (critère trois du DSM-IV), que son désir pour la substance persiste ou qu'il n'a pas réussi à arrêter sa consommation (critère quatre du DSM-IV) et enfin qu'il reconnaît continuer l'usage du produit malgré les conséquences négatives que cela engendre dans sa vie (critère sept du DSM-IV).

Le vécu de la perte de contrôle suppose l'exécution d'un comportement qui va à l'encontre du désir du sujet. Or, toute la difficulté vient du fait que ce désir est **ambivalent**. Il y a toujours désir du produit et désir de s'en passer, d'où conflit inéluctable. Aussi, *parler de perte de contrôle implique une approche réductionniste où seul un des termes du conflit est envisagé (désir de renoncer à la substance)*. En effet, lorsqu'on considère le second terme de l'ambivalence (désir de consommer), l'idée de perte de contrôle tombe d'elle-même. Le concept de perte de contrôle ne serait donc qu'un artefact pour expliquer la *transition* d'une attitude où prime le refus de la substance à une attitude où prime le désir de celle-ci. Quant à la raison de privilégier l'aspect refus du toxique permettant l'élaboration du concept de perte de contrôle, on peut y voir l'expression d'une morale socio-médicale ambiante.

En effet, avec J. B. Davies¹²⁵ on peut aller jusqu'à considérer la perte de contrôle, et

¹²⁴ Les associations d'usagers de drogues commencent notamment en France à se faire entendre mais restent d'une influence limitée face au pouvoir médical.

¹²⁵ J. B. Davies, *The myth of addiction : an application of the psychological theory of attribution to illicit drug use*, London, Harwood Academic Publishers, 1993.

de manière plus générale la dépendance elle-même, comme un leurre dans la mesure où elle n'est que le pur produit d'un **auto-étiquetage socialement fonctionnel** destiné à rendre plus acceptable un comportement que la morale réprouve. L'usager de drogues recourt ainsi à une explication de sa conduite compulsive par la dépendance et la perte de contrôle afin de **réduire la dissonance cognitive** tant au niveau individuel en ce qui concerne l'incongruité du choix d'un comportement autodestructeur qu'au niveau social en ce qui concerne son désir constant de céder à la tentation du plaisir facile.

C'est toute la question de la toxicomanie envisagée comme une maladie et par conséquent celle de l'usager de drogues considéré comme un malade passif qui se joue ici. Avec tous les bénéfices secondaires que peut amener le fait d'envisager un comportement déviant sous l'angle de la maladie, notamment quant à la déresponsabilisation du sujet face à ses actes¹²⁶. Le comportement pathologique devenant en quelque sorte objet d'étude et d'intervention de la médecine psychosociale avec le risque de passiviser le sujet face à ses difficultés en le dépossédant de toute une dimension de sa façon de vivre.

Ainsi, comme le relève J. B. Davies, les représentations de la toxicomanie véhiculées par la société globale favorise l'explication et le vécu de la prise de drogues sous l'angle de la perte de contrôle. Les comportements ainsi dénommés deviennent nettement plus acceptables socialement mais ceci se traduit en contrepartie par une déresponsabilisation des consommateurs face à leur pratique et donc par une diminution des chances de pouvoir modifier de telles pratiques.

8. Dysfonctionnement psychosocial réversible et durable

Le diagnostic de dépendance à une substance comporte quelques éléments liés au fonctionnement psychosocial. Deux critères du DSM-IV peuvent être regroupés sous cette catégorie, il s'agit d'une part de l'importance du temps consacré à la toxicomanie (recherche et consommation du produit, récupération de ses effets) et d'autre part de l'abandon ou de la réduction d'importantes activités sociales (au sens large) consécutives à l'usage de toxiques¹²⁷.

En ce qui concerne l'héroïnomanie, mentionnons qu'en dehors des éléments généraux spécifiés par le DSM-IV, la nature illégale de cette pratique représente une source supplémentaire de difficultés d'intégration sociale¹²⁸.

¹²⁶ Il est intéressant de noter avec quelle facilité certains usagers de toxiques en cure de méthadone s'empare de leur statut de malade pour justifier leurs comportements délictueux. L'anecdote suivante en témoigne : des problèmes de voisinage se sont produits aux alentours d'un centre de distribution de méthadone suite aux vols de bouteilles d'alcool dans certains magasins. Or, il s'est avéré que pour justifier leurs actes les patients invoquaient l'effet de la méthadone qui les mettait dans un état second...

¹²⁷ Le DSM-III-R incluait un troisième critère : la difficulté d'accomplir les rôles sociaux en raison de la prise de drogue ainsi que l'utilisation de la substance en situation risquée physiquement. En ce qui concerne la première partie de ce critère, on peut considérer que l'accomplissement des rôles sociaux est une notion très proche de celle d'exercer des activités sociales et faisait donc double emploi avec elle. La seconde partie du critère, quant à elle, concerne l'idée de conduite à risque dont il a déjà été fait mention plus haut à propos des indicateurs de perte de contrôle.

Relevons également que les aspects du fonctionnement psychosocial pris en considération par le diagnostic de dépendance à une substance ne concernent que les perturbations *consécutives* à l'usage de psychotropes. Or ceci ne doit pas faire oublier que les difficultés d'adaptation sociale que rencontrent nombre de toxicomanes ont souvent beaucoup plus à voir avec un **style de vie** qui remet en question les normes sociales qu'avec les conséquences directes de l'abus de toxiques. *On peut donc envisager la toxicomanie à la fois comme une cause et comme une conséquence des troubles de l'intégration sociale que peut rencontrer l'usager de drogue.*

De plus, en dehors de la toxicodépendance et du style de vie qui l'accompagne souvent, le fonctionnement psychosocial peut également être affecté, comme c'est le cas dans la population générale, par toutes les autres formes de **manifestations psychopathologiques** (dépression, psychose, troubles de la personnalité, etc.) avec toutefois des occurrences plus élevées pour certains troubles comme nous le verrons plus loin à propos de la psychopathologie associée.

Nous nous centrerons ici cependant sur les **conséquences psychosociales de la toxicomanie** étant donné que le diagnostic DSM-IV s'y limite. Les troubles de l'intégration sociale antécédents aux phénomènes addictifs, qui font notamment appel aux notions de sous-culture et de socialisation, seront traités dans un chapitre ultérieur.

L'ensemble des critères regroupés sous la catégorie du dysfonctionnement psychosocial est primordial dans le diagnostic de dépendance à une substance dans la mesure où ils correspondent à cet aspect de restriction du répertoire comportemental et de désinvestissement progressif du champ des activités habituelles liées à la vie en communauté. L'idée d'environnement des différents champs de la vie personnelle et sociale par une activité unique amène certains auteurs d'orientation sociologique à placer cet élément au coeur de leur définition de la toxicomanie :

Le toxicomane avéré est celui qui organise une part essentielle de sa vie personnelle et sociale autour de la recherche et de la consommation d'un ou de plusieurs produits psychotropes¹²⁹.

Cette définition est basée sur une phénoménologie empirique des conduites et présente l'avantage de se situer en deçà d'un recours à la notion de dépendance. En effet, le constat d'un **mode de vie** particulier organisé autour de la prise de drogues ne préjuge en rien du phénomène de dépendance qui pourrait sous-tendre ce style de vie. Cet aspect

¹²⁸ Cet aspect ne figure pas dans les critères du DSM-IV car le diagnostic de dépendance à une substance ne spécifie pas les différents types de substances (par exemple les critères pour l'alcoolisme et l'héroïnomanie sont identiques).

¹²⁹ *R. Castel (sous la dir.), Les sorties de la toxicomanie, types, trajectoires, tonalités, Paris, Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité, M.I.R.E., avril 1992, p. 13. Par ailleurs cette définition fait référence à la notion d'expérience totale, soit : un mode de vie exclusivement organisé autour d'une seule finalité. La passion amoureuse, le jeu, certaines formes d'investissement politique peuvent constituer des expériences totales (...) l'individu apparaît totalement immergé dans ce qu'il vit par rapport à cet "objet". R. Castel, op. cit., p. 13. Les auteurs préfèrent néanmoins l'idée de ligne biographique dominante dans la mesure où l'expérience totale ne l'est jamais complètement. Celle-ci représente donc un extrême rarement atteint et il demeure en principe toujours des espaces de vie séparés de la sphère de l'addiction.*

n'est de la sorte pas considéré comme essentiel puisque absent de la définition, ce qui peut paraître paradoxal puisque toxicomanie et dépendance sont généralement tenus pour équivalents...

L'incidence de l'héroïnomanie sur le fonctionnement psychosocial reste néanmoins très variable selon les individus. Certains parviennent à gérer cette habitude en la dissimulant à toute une partie de leur entourage. Pour ce faire ils doivent toutefois déployer une énergie considérable afin de maintenir une étanchéité entre les différentes sphères de leur vie¹³⁰. D'autres, par contre ne parviennent pas à une telle sectorisation de leur style de vie et les sphères professionnelle ou familiale tendent à faire les frais de leur consommation compulsive. Cette catégorie d'usagers est par ailleurs plus enclue à faire appel aux structures médico-sociales pour gérer leurs difficultés.

Les conséquences de l'héroïnomanie sur le fonctionnement psychosocial, mentionnées en partie dans le diagnostic de dépendance à une substance, peuvent être catégorisées en deux types suivant leur degré de réversibilité.

Un premier type concerne les *conséquences directes* de la prise d'héroïne sur le fonctionnement psychosocial (qui ne sont bien entendu pas automatiques). Il s'agit de l'aménagement du temps particulier et de la commission d'activités illégales qui peuvent découler de l'usage d'héroïne. Afin de montrer en quoi ces conséquences peuvent être tenues pour *réversibles*, une rapide description du mode d'acquisition et de consommation de cette substance s'impose.

Contrairement à d'autres substances faciles d'accès et bon marché telles que l'alcool, l'héroïne nécessite un investissement en temps et en argent considérable pour se la procurer, ce qui pousse à organiser son temps d'une manière bien précise. Ainsi, les consommateurs sans revenu fixe en viennent vite à consacrer l'essentiel de leur temps à la quête du produit, activité où le consommateur se fait souvent revendeur de façon à pouvoir financer le coût exorbitant de son addiction. De plus, certains recourent aux apports financiers additionnels que constituent les crimes et délits lucratifs (vols, cambriolages, prostitution, etc.) ce qui les éloignent d'autant plus du monde conventionnel.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici de prétendre que ces phénomènes de **délinquance** sont essentiellement le fruit de la prohibition de l'objet d'addiction propre à une frange de la population, il serait tout aussi erroné de ne pas prendre en considération le fait qu'une activité illégale en appelle une autre et que l'enchaînement des délits représente une forme de contrainte qui pousse le sujet à répéter les mêmes schémas de comportements. C'est pourquoi, force est de reconnaître que *certaines activités illégales commises par l'usager pour financer son habitude ont une forte composante situationnelle*. Et c'est justement à cet aspect situationnel que l'on peut assimiler les conséquences psychosociales réversibles de la prise de toxiques¹³¹.

¹³⁰ Relevons qu'une héroïnomanie contrôlée qui ne se traduit pas par une inadaptation sociale n'entre plus dans la définition psychiatrique de la dépendance à une substance psycho-active.

¹³¹ Cette réversibilité est particulièrement visible lorsqu'on supprime les contraintes inhérentes à l'obtention de l'héroïne lors de la mise en place d'un traitement par la méthadone.

Le deuxième type de conséquences possibles de l'héroïnomanie sur le fonctionnement psychosocial du consommateur sont de nature beaucoup plus *durables*. Nous les avons déjà abordées dans le cadre de la discussion à propos de la notion d'**incapacité**. Il s'agit des effets à long terme de l'adoption d'un mode de vie en marge de la société conventionnelle lié à l'adhésion au milieu de la drogue. Celui-ci limite grandement les contacts avec les institutions de la société et aboutit chez certains à des pertes de compétences sociales et des mouvements de repli sur soi de façon à éviter le rejet de la part de ces organismes. Ce phénomène de désocialisation¹³² concerne des personnes qui ne s'avèrent plus capables de s'adapter aux exigences du monde professionnel (ponctualité, productivité, assiduité, etc.) et qui sont destinées à recevoir l'aide de l'assistance publique (rente pour invalidité psychique) avec tout le potentiel d'exclusion symbolique qu'un tel statut peut comporter.

Si différentes formes de psychopathologie sont impliquées dans la dérive sociale de ces personnes, relevons que les facteurs socio-économiques d'**exclusion** (désagrégation du tissu social, précarisation de l'emploi, baisse du pouvoir d'achat, etc.) jouent un rôle grandissant. Ceux-ci sont de plus à l'oeuvre dans ce qu'il est convenu aujourd'hui d'appeler la fracture sociale de nos sociétés, phénomène dépassant de loin la question des toxicomanies.

9. Psychopathologie associée : dépression et troubles de la personnalité

La psychopathologie associée à la toxicomanie revêt une importance majeure dans l'étude des phénomènes de désinsertion sociale dans la mesure où les troubles psychiques ont souvent un retentissement notable sur la qualité du fonctionnement psychosocial.

Mais avant d'aller plus loin dans la description des troubles psychiques observés parmi les populations de toxicomanes, il est nécessaire de relever que l'essentiel des études portant sur ce thème concerne des populations cliniques. Or on sait que ces populations présentent des particularités pathologiques qui leur sont propres.

En effet, il s'avère que les consommateurs qui gèrent leur dépendance de façon autonome sans recourir aux instances de soins ont une adaptation psychosociale globale meilleure, à savoir moins de troubles psychiatriques (et notamment dépressifs), moins de problèmes juridiques et familiaux, des consommations moins intenses et des taux de rechutes nettement moins élevés¹³³. Il n'est donc pas correct de généraliser à l'ensemble des personnes toxicomanes ce que l'on observe sur une portion d'entre elles. C'est de cette façon que l'on entretient des stéréotypes négatifs et délétères liés à une catégorie d'individu.

¹³² Par désocialisation, nous entendons la perte d'un ensemble d'acquis se rapportant aux manières d'être (normes et valeurs) nécessaires à la vie sociale conventionnelle ou valorisés par elle.

¹³³ B. J. Rounsville & H. D. Kleber, Untreated opiate addicts, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42, pp. 1072-1077.

Cette précaution étant prise, nous pouvons maintenant aborder les évaluations réalisées auprès de populations cliniques. L'examen de la littérature psychiatrique principalement nord américaine montre que si l'on relève une certaine hétérogénéité des troubles psychiques¹³⁴ survenant chez les héroïnomanes, plusieurs études¹³⁵ relèvent une prépondérance des **troubles dépressifs** (épisode dépressif majeur sur l'axe I du DSM-IV) et de certains **troubles de la personnalité** (antisocial, borderline sur l'axe II du DSM-IV).

La prévalence des **troubles dépressifs** chez les héroïnomanes suivis médicalement est importante. Elle se situe entre un tiers et deux tiers pour des symptômes modérés à sévères. Cette prévalence est particulièrement élevée en début de traitement, étant donné que le sujet toxicomane recherche de l'aide habituellement dans un contexte de crise. Une fois le traitement instauré la prévalence des troubles dépressifs chute environ de moitié¹³⁶. De plus l'intensité des troubles dépressifs présente une corrélation avec la gravité de la toxicomanie¹³⁷.

La comorbidité dépressive peut être envisagée sous un double aspect. D'une part, la tendance dépressive peut préexister aux prises de drogues et en faciliter le recours dans une visée d'**automédication**. Dans ce cas, la fragilité dépressive s'inscrit bien souvent dans le contexte d'une relation d'objet de type anaclitique et préfigure l'évolution des conduites de dépendance vers leur restriction à un objet d'addiction spécifique, en l'occurrence la drogue. D'autre part, les troubles dépressifs peuvent à l'inverse résulter de l'abus de drogues. En effet, non seulement les substances psychotropes peuvent agir défavorablement sur l'humeur à un niveau physiologique, mais encore la détérioration du fonctionnement psychosocial s'accompagne généralement d'une chute de l'estime de soi et favorise les sentiments de découragement, voire de détresse.

En ce qui concerne les **troubles de la personnalité** chez les toxicomanes suivis médicalement, leur prévalence est généralement importante, elle peut varier entre 65 et 90% suivant les études¹³⁸, de plus près du quart des patients satisfait les critères de plusieurs catégories de troubles¹³⁹.

¹³⁴ B. J. Rounsaville, M. M. Weissman, H. Kleber & C. Wilber, Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, February, pp. 161-166 ;

¹³⁵ T. A. Kosten, T. R. Kosten & B. J. Rounsaville, Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1989, 6, pp. 163-183 ; E. J. Khantzian & C. Treese, DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, Vol. 42, November, pp. 1067-1071.

¹³⁶ B. J. Rounsaville, M. M. Weissman, K. Crits-Christoph, C. Wilber & H. Kleber, Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, February, pp. 151-156. H. M. Ginzburg, M. Allison & R. L. Hubbard, Depressive symptoms in drug abuse treatment clients : correlates, treatment, and changes, *NIDA Research Monograph Series*, 1983, 49, pp. 313-319.

¹³⁷ J. F. Maddux, D. P. Desmond & R. Costello, Depression in opioid users varies with substance use status, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 4, pp. 375-385.

¹³⁸ B. J. Rounsaville et al., op. cit. ; E. J. Khantzian et al., op. cit.

Si l'ensemble des catégories nosologiques y sont représentées, on relève une nette prépondérance pour la personnalité **antisociale** (entre 22 et 54%, pour des études réalisées aux Etats-Unis¹⁴⁰) et ce quelle que soit la méthode utilisée pour poser le diagnostic : entretien structuré ou questionnaire de personnalité. En effet, les études réalisées auprès de différents groupes de toxicomanes basées sur le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) montrent que parmi les différentes échelles cliniques du test, l'échelle **psychopathie** (Pd) (dont le construit est proche de celui de la personnalité antisociale définie par le DSM-IV) est celle qui atteint le plus fréquemment le seuil pathologique (défini comme égal ou supérieur à deux déviations standard au-dessus de la moyenne)¹⁴¹.

Relevons que la fréquence du trouble de la personnalité antisociale est particulièrement susceptible de varier suivant le contexte socio-économique dans la mesure où cette catégorie comporte plusieurs critères relatifs au fonctionnement psychosocial (chômage, endettement, etc.).

D'autres catégories de troubles apparaissent avec une fréquence moindre mais tout de même importante, il s'agit des personnalités **borderline**, **narcissique** et **dépendante**¹⁴². Parmi ceux-ci, les troubles borderline ne sont pas sans rapport avec la toxicomanie puisqu'ils comportent parmi les critères diagnostiques l'impulsivité, dont un des indicateurs comportementaux est précisément la toxicomanie.

En ce qui concerne les **troubles psychotiques** de la personnalité, représentés par le groupe A (schizotypique, schizoïde et paranoïde) du DSM-III-R, leur prévalence est généralement faible, se situant entre 5 et 10% (les trois catégories confondues) pour les études adoptant la méthode de l'entretien structuré¹⁴³. Par contre, lorsque la méthode diagnostique est celle du questionnaire de personnalité, la fréquence de ces troubles est supérieure ; en effet, D. A. Calsyn et al.¹⁴⁴ mentionnent plusieurs études ayant élaboré une typologie psychiatrique des patients toxicomanes à l'aide du MMPI où le groupe des sujets schizoïdes représente entre 17 et 27% des échantillons considérés.

¹³⁹ T. A. Kosten, T. R. Kosten & B. J. Rounsville, Personality Disorders in Opiate Addicts Show Prognostic Specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1989, Vol 6, pp. 163-183.

¹⁴⁰ D. A. Calsyn, D. K. Roszell & E. F. Chaney, Validation of MMPI profile subtypes among opioid addicts who are beginning methadone maintenance treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 1989, November, Vol. 45, 6, pp. 991-998.

¹⁴¹ G. Ottomanelli et al., MMPI evaluation of 5-year methadone treatment status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, Vol. 46, 3, pp. 579-581. M. Zuckerman, S. Sola, J. Masterson & J. V. Angelone, MMPI patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 3, pp. 286-296.

¹⁴² T. A. Kosten et al., op. cit. ; R. J. Craig, A psychometric study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts. *Int-J-Addict*, 1988, 23(2), pp. 115-24.

¹⁴³ E. J. Khantzian et al., op. cit. ; T. A. Kosten et al., op. cit.

¹⁴⁴ D. A. Calsyn, D. K. Roszell & E. F. Chaney, Validation of MMPI profile subtypes among opioid addicts who are beginning methadone maintenance treatment. *Journal of Clinical Psychology*, November, Vol. 45, 6, pp. 991-998.

Les différences notables quant à la méthode utilisée pour évaluer la prévalence des troubles psychotiques, nous paraissent être liées au fait que les critères phénoménologiques retenus par le DSM-IV ne concernent qu'une faible proportion de patients psychotiques : ceux dont la symptomatologie est particulièrement apparente. De plus, certains auteurs¹⁴⁵ ont relevé que les troubles schizotypiques, étant fréquemment infra-cliniques, échappent aux évaluations réalisées grâce aux entretiens structurés alors qu'ils sont bien mis en évidence par le biais des autoquestionnaires (*self-report*).

En ce qui concerne les liens existant entre l'intensité de la toxicomanie et les troubles de la personnalité, il s'avère que les toxicomanes avec troubles de la personnalité présentent plus fréquemment des problèmes de **polytoxicomanies** (alcoolisme et abus médicamenteux), de même que des patterns d'utilisation de drogues plus graves que les sujets dépourvus de pathologie au niveau de l'axe II¹⁴⁶, ce phénomène étant encore plus marqué pour la personnalité **antisociale**¹⁴⁷.

Une étude intéressante de C. Treece et B. Nicholson¹⁴⁸ met en évidence que les patients nécessitant un haut dosage de méthadone pour cesser les prises d'héroïne montrent significativement plus de troubles de la personnalité de type schizoïde que les patients bien stabilisés avec un dosage normal. Dans une autre étude, les mêmes auteurs¹⁴⁹ relèvent également que parmi un groupe d'héroïnomanes en traitement à la méthadone ceux qui présentent des modalités de consommation de drogues intenses montrent une élévation des troubles de la personnalité.

Mentionnons enfin une dernière recherche¹⁵⁰ concernant un follow-up sur deux ans et demi de 150 héroïnomanes traités médicalement selon diverses modalités, où il est démontré que le diagnostic de troubles de la personnalité représente une valeur prédictive quant à l'évolution des patients ; le risque de dépression et d'alcoolisme est plus grand chez les **borderlines** (lesquels représentent 17% de l'échantillon).

10. Traitement par la méthadone, intégration sociale et toxicomanie

¹⁴⁵ W. Spaulding, C. P. Garbin & S. R. Dras, Cognitive abnormalities in schizophrenic patients and schizotypal college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989, Vol. 177, 12, pp. 717-728.

¹⁴⁶ E. P. Nace, C. W. Davis & J. P. Gaspari, Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148(1), January, pp. 118-120.

¹⁴⁷ E. J. Khantzian et al., op. cit.

¹⁴⁸ C. Treece & B. Nicholson, DSM-III Personality type and dose levels in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, Vol. 168, 10, pp. 621-628.

¹⁴⁹ B. Nicholson & C. Treece, Object relations and differential treatment response to methadone maintenance. *J-Nerv-Ment-Dis*, 1981, 169, 7, pp. 424-429.

¹⁵⁰ T. A. Kosten et al., op. cit.

persistante

Le traitement médico-psychosocial de la toxicomanie par la méthadone représente actuellement une des principales modalités de prise en charge ambulatoire des héroïnomanes.

Dès la fin des années soixante, V. Dole et al.¹⁵¹ ont posé les bases scientifiques de ce traitement de substitution. Aujourd'hui ce type de traitement s'est généralisé, notamment en raison de son efficacité dans la diminution des risques de propagation du virus du Sida.

Cette thérapeutique de substitution a fait l'objet d'évaluations multiples de la part d'organismes officiels¹⁵² et privés¹⁵³. Les principaux avantages mis en évidence^{154 155} sont avant tout:

une réduction de la consommation des drogues illégales ;

une diminution de la criminalité ;

une facilitation de l'insertion socioprofessionnelle ;

une amélioration de la santé.

Les effets favorables sur l'intégration sociale résident essentiellement dans la modification du style de vie qu'entraînent non seulement la prescription de méthadone mais surtout la prise en charge globale médico-psychosociale assurée par une équipe pluridisciplinaire. De fait, le fonctionnement psychosocial du toxicodépendant qui consiste à renoncer à une part essentielle de sa vie personnelle et sociale s'avère particulièrement modifié lors de la mise en place d'un tel traitement. Avec la prescription journalière de méthadone, l'usager de drogues qui devait dépenser énormément d'énergie, d'argent et de temps pour se procurer son produit voit son emploi du temps se modifier considérablement. Ainsi, lorsque cela s'avère nécessaire, une **réhabilitation psychosociale** devient envisageable

¹⁵¹ V. Dole & M. Nyswander, Heroin addiction : A metabolic disease. *Arch. Intern. Med.*, 1967, 120, pp. 19-24.

¹⁵² World Health Organization, Division of Mental Health, The uses of methadone in the treatment and management of opioid dependence, WHO/MNH/DAT/89.1, Geneva, 1989.

¹⁵³ J.-J. Déglon, Evaluation d'un programme de traitement des héroïnomanes par la méthadone, *Psychotropes*, 1988, 4, pp. 31-37.

¹⁵⁴ J. C. Ball & A. Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New-York, Springer-Verlag, 1991.

¹⁵⁵ A. Mino et M. Del Rio, Marginalisation médico-sociale, toxicomanie, méthadone, *Médecine et Hygiène*, 1991, 49, pp. 2488-2493. A. Mino, Les maintenances à la méthadone, *L'information psychiatrique*, 1995, 3, pp. 237-246.

moyennant un recours aux institutions adaptées (de type socio-éducatif). De plus, la prise de méthadone à heure fixe prend une forme ritualisée, ce qui tend à régler la vie de ceux dont les journées ne sont plus rythmées par le travail.

Il est certain que la substitution d'une drogue illégale par un opiacé prescrit médicalement diminue voire supprime les retombées négatives liées à l'exercice d'une pratique considérée comme délictueuse et favorise une certaine **normalisation du mode de vie**.

Les sujets qui devaient auparavant "galérer" durant toute la journée pour s'approvisionner en opiacé se retrouvent subitement avec une quantité considérable de temps à disposition. Presque spontanément, certains renoncent d'eux-mêmes à tout un ensemble d'activités illégales devenues inutiles. Ceci leur ouvre une grande porte pour remanier leur style de vie en adoptant des activités plus conventionnelles. Certains saisiront l'occasion alors que d'autres n'y trouveront pas leur compte et retourneront à leur ancien mode de vie.

Relevons toutefois que la substitution reste partielle dans la mesure où l'appétence pour les toxiques, bien souvent, continue à se manifester. Par ailleurs, dans certains cas la tendance au rejet des normes sociales tend à court-circuiter les aides prodiguées par les professionnels de l'insertion sociale.

Avec la prise en charge médico-psychosociale des héroïnomanes par la méthadone, nous sommes au cœur d'une rencontre (parfois d'un affrontement) entre deux milieux culturels qui véhiculent des normes et des valeurs souvent diamétralement opposées. En effet, alors que les soignants, représentants d'une société fortement médicalisée, oeuvrent pour la réduction des risques et l'adoption de comportements favorables à la santé (avec en filigrane une visée d'abstinence à plus ou moins long terme), les patients restent souvent tributaires d'un mode de vie axé sur une valorisation du plaisir immédiat et des prises de risques.

Néanmoins, ces derniers peuvent se montrer preneurs lorsqu'on leur propose, de manière non moralisatrice, des solutions aux problèmes concrets qu'ils rencontrent. Ce fut le cas en Suisse avec la mise en vente libre des seringues en pharmacie (en 1986) dans le cadre de la prévention contre le Sida¹⁵⁶.

Finalement, on peut envisager un des aspects du travail des équipes soignantes comme une forme de restauration d'un lien rompu (ou risquant de le devenir) entre des individus marginalisés et la société. De tels programmes jouent donc un rôle d'interface entre une sous-culture menacée d'exclusion et la société globale, ce qui va dans le sens d'une meilleure cohésion sociale de celle-ci.

11. Conclusion

L'objectivité scientifique inhérente à la démarche psychiatrique situe celle-ci dans un courant de pensée positiviste. L'élaboration des catégories nosologiques propres au

¹⁵⁶ C. L. Robert, J.-J. Déglon, J. Wintsch, J.-L. Martin et al. Behavioural changes in intravenous drug users in Geneva : rise and fall of HIV infection 1980-1989. *AIDS*, 1990, 4, 4, pp. 657-660.

DSM-IV¹⁵⁷ est exemplaire de cette démarche dans la mesure où elle se veut descriptive et athéorique. Sans remettre en cause la valeur pragmatique de cette approche, on peut relever que l'évacuation des aspects socioculturels pour la majorité des syndromes (quelques syndromes fortement liés à la culture sont répertoriés en annexe du DSM-IV) en limite notablement la portée. Car toute forme de pensée se développe dans un environnement socioculturel qui impose ses schémas et oriente le raisonnement. A cet égard les nosologies psychiatriques n'y échappent pas et constituent donc des constructions culturelles au même titre que toute autre production humaine. Ainsi, on ne saurait contester leur dépendance envers les contingences socio-historiques.

C'est ce que nous avons voulu montrer en adoptant une approche critique de la conception psychiatrique de la toxicomanie. Pour ce faire, le point de vue psychopathologique a été complété par une prise en compte des représentations socioculturelles qui sous-tendent à la fois les fondements même du diagnostic de dépendance à une substance et l'auto-perception de la conduite addictive.

Tout au long de ce chapitre nous avons critiqué le fait d'envisager la toxicomanie comme une **maladie** et souligné les retombées négatives d'une telle conception sur l'**intégration sociale** des consommateurs de drogues.

Nous avons tout d'abord relevé la fragilité du concept de **trouble mental** propre à l'approche psychiatrique descriptive du DSM-IV en mentionnant que l'opposition de la maladie mentale à la maladie somatique n'est épistémologiquement plus défendable aujourd'hui.

Ensuite nous avons montré que le phénomène de la **dépendance** est une caractéristique de la condition humaine, dans la mesure où chacun de nos besoins nous place dans une situation de dépendance vis-à-vis de notre environnement. La contrainte étant plus ou moins grande suivant le type de besoin en jeu. De plus dans le cas des dépendances non vitales, il y a toujours une forme de consentement du sujet qui tire des bénéfices de son addiction et donc la recherche activement. Il s'agit là d'un premier argument en faveur d'une toxicomanie choisie.

Après avoir regroupé en trois catégories les critères diagnostiques DSM-IV de **dépendance à une substance**, ils ont été abordés sous l'angle des écueils et limitations qu'ils comportent.

L'analyse des critères propres à la **dépendance physiologique** nous a permis de montrer la relative autonomie du comportement addictif face aux besoins physiologiques du produit. C'est avant tout la signification donnée par le sujet à son état de manque qui va déterminer la recherche compulsive du produit ou au contraire l'acceptation des désagréments liés au sevrage. Il n'est donc pas tenable d'envisager l'héroïnomanie comme la conséquence d'un déficit métabolique acquis de nature organique.

Concernant la catégorie de critères liés au **trouble du contrôle**, il s'est avéré particulièrement difficile de distinguer l'usage incontrôlé du produit de l'usage nuisible volontaire. Cette catégorie de critères renvoie de manière plus générale à l'entité

157

American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

nosologique **dépendance**, conçue comme un trouble de nature *involontaire*, donc en adéquation avec le modèle de la maladie.

La perte de contrôle face au produit a été envisagée par certains comme biaisée culturellement. En effet, la volonté de faire glisser une pratique vers le statut de maladie permet de rétablir une morale sociale qui condamne la recherche compulsive du plaisir. La théorie psychologique de l'attribution nous a permis de montrer comment l'explication du comportement addictif en terme de dépendance et de perte de contrôle constitue une **inférence socio-fonctionnelle** permettant aux acteurs sociaux d'éviter la désapprobation sociale qui condamne l'intempérance.

Ainsi, les acteurs sociaux s'entendent sur une définition commune du phénomène qui permet au monde médical de s'approprier toute une catégorie de "clients" et aux toxicodépendants de ne plus être considérés comme des "débauchés" ou des délinquants par l'opinion publique. Ils peuvent alors recevoir de l'aide au lieu de sanctions répressives. Sur ce point on observe une certaine syntonie entre les caractéristiques assignées aux sujets toxicomanes par le monde médical et l'auto-définition adoptée par ceux-ci.

L'usager de drogues est donc influencé par son environnement socioculturel pour comprendre sa conduite en terme de dépendance et de maladie. J. B. Davies¹⁵⁸ a conceptualisé ce mécanisme en terme d'**auto-étiquetage socialement fonctionnel**, qualifiant ainsi le processus d'auto-attribution auquel le toxicomane recourt pour expliquer et justifier ce comportement qu'il répète continuellement et que la morale réprouve.

Par ailleurs, une telle construction socio-individuelle du vécu de la prise répétitive de toxiques ne va pas sans retombées négatives. En effet, si le statut de malade offre l'avantage d'une inclusion dans la société globale, prémissse possible d'une réinsertion sociale ultérieure, le fait de considérer l'usager comme dépendant (au sens de la perte de contrôle) le rend passif et lui enlève toute responsabilité, ce qui va à l'encontre d'une gestion ou d'une disparition du trouble qui nécessite la croyance en un contrôle possible sur ses actes.

C'est pourquoi, l'adhésion au **modèle de la maladie** se traduit chez l'usager par une limitation importante de son contrôle sur une substance perçue comme un agent pathogène tyrannique et tout puissant.

De cet ensemble de conceptions et de jugements sur la toxicomanie, relayés par les médias, il résulte le **stéréotype social** du drogué, soit l'image d'un être faible, peu volontaire, incapable de gouverner sa vie, etc. Figure négative du drogué qui ne sera pas sans conséquences sur la construction de l'identité sociale des usagers les plus jeunes et principalement ceux en quête d'une identité négative.

La troisième catégorie de critères diagnostiques que nous avons identifiée, le **dysfonctionnement psychosocial**, met en évidence l'envahissement des différents secteurs de la vie sociale par les activités de recherche et de consommation du produit. Ceci se traduit par un affaiblissement de la capacité à répondre aux obligations sociales, un rétrécissement du champ des intérêts et une restriction du répertoire comportemental.

Le suivi longitudinal des patients permet d'identifier deux cas de figure quant à

¹⁵⁸ J. B. Davies, op. cit.

l'évolution de leur **intégration sociale**. A savoir, l'un consistant en un désengagement souvent *réversible* des activités sociales habituelles découlant principalement des conséquences de l'usage fréquent du produit, et l'autre qui souligne la rupture d'intégration sociale *durable* propre à ceux dont les années de toxicomanie ont entraîné une dérive psychosociale majeure.

Ces sujets cristallisés dans une position déviante, souffrent dans la plupart des cas d'une **incapacité psychiatrique** plus ou moins invalidante qui découle beaucoup plus d'une psychopathologie associée que de la dépendance à une substance en elle-même.

Par ailleurs, il va sans dire que tant le stéréotype négatif du drogué que la tendance à justifier la toxicomanie par la maladie constituent des mécanismes qui renforcent le dysfonctionnement psychosocial du toxicomane. Celui-ci étant de la sorte confirmé dans un statut de victime impuissante et déresponsabilisé face à une gestion possible tant du produit que des difficultés psychosociales qu'il rencontre.

Pour terminer avec un regard relativiste relevons que tant la question du trouble du contrôle, que celle du dysfonctionnement psychosocial, fait appel à des **normes** et des **valeurs** implicites propres au groupe social qui produit un tel discours scientifique, même si le DSM-IV prétend rendre compte de manière objective des syndromes psychopathologiques.

En effet, la notion de **trouble du contrôle** est fortement influencée par l'idée que l'adoption d'un comportement nuisible, tel que l'héroïnomanie, ne peut qu'être involontaire car pathologique. Or un tel raisonnement passe sous silence le fait que certains groupes aient des valeurs qui privilégient la prise de risques face au maintien de la santé. Dès lors les membres de tels groupes peuvent parfaitement choisir une conduite nuisible si leurs valeurs les y encouragent. C'est pourquoi, dans ces situations, la perte de contrôle ne peut plus caractériser leurs conduites.

En ce qui concerne le **dysfonctionnement psychosocial**, il est d'autant plus évident, qu'étant donné qu'il s'agit de décrire différents styles de vie, on ne saurait se passer de faire appel aux normes d'un groupe de référence. En effet la notion même de dysfonctionnement psychosocial est très délicate à utiliser car on risque à tout moment de pathologiser ce qui peut n'être qu'un mode de vie alternatif.

Au chapitre suivant, nous aborderons de manière plus approfondie les phénomènes de déviance et de stigmatisation sociale en nous référant à divers courants sociologiques.

Chapitre 3 : DEVIANCE, TOXICOMANIE ET REACTION SOCIALE

1. Introduction

Après nous être intéressés aux caractéristiques psychopathologiques de la toxicomanie et

aux conséquences pour l'individu de la médicalisation des prises de drogues, notamment quant aux risques de déresponsabilisation face au contrôle des consommations, nous allons aborder maintenant la question de la **déviance** en tant que catégorie générale dans laquelle la sociologie place la toxicomanie.

Dans la mesure où notre problématique générale consiste à définir les liens qui unissent la toxicomanie, la psychopathologie et l'intégration sociale ; ce dernier aspect ne saurait être traité sans un détour par la sociologie qui s'est penchée sur le statut et le rôle des groupes minoritaires hors normes. Ce chapitre traitera donc des liens entre toxicomanie et intégration sociale en s'appuyant principalement sur les concepts de déviance et de sous-culture.

Parmi les multiples significations individuelles que peut revêtir la conduite toxicomaniacale, celle du **refus des normes** sociales est sans doute la plus apparente tant au niveau du discours que du comportement des sujets abusant de drogues illicites. Cette attitude volontairement transgressive situe d'emblée la dépendance aux drogues dans la catégorie sociologique de la **déviance**, thème principal de ce chapitre dont nous aborderons les aspects généraux dans un premier temps.

Ce chapitre montrera tout d'abord pourquoi la déviance ne peut être réduite à un phénomène transgressif individuel. En effet, la **désignation** par divers acteurs sociaux des comportements déviants est une partie essentielle du processus, c'est pourquoi on ne peut faire l'économie de prendre en considération les instances qui définissent les faits comme des problèmes. Dans cette optique, la déviance est envisagée avant tout comme une **construction sociale**, car même si elle présuppose un ensemble de **faits** objectivables (le donné) à l'origine du phénomène, c'est avant tout le **discours** sur ces faits (le construit) qui leur attribue une signification spécifique et qui est déterminant pour faire du phénomène un véritable problème social reconnu comme tel.

On touche ici à une question épistémologique de fond en sciences sociales, à savoir que les représentations collectives ont tout autant de poids que les phénomènes objectifs. C'est pourquoi les sciences sociales ne peuvent se calquer complètement sur les sciences de la nature qui ne s'intéressent qu'à la dimension objective de la réalité¹⁵⁹.

Ensuite nous aborderons un aspect plus spécifique de la déviance, à savoir le processus de construction de l'**identité déviante** et les représentations sociales émanant de la société globale qui y contribuent.

Ces mécanismes ont particulièrement bien été mis en évidence par le courant interactionniste qui a montré l'importance des caractéristiques attribuées à une personne dans la constitution de son identité. A ce titre, nous aborderons les travaux des sociologues américains particulièrement influents dans ce domaine et dont les recherches ont abouti à la **théorie de l'étiquetage**. Nous nous pencherons ainsi sur les mécanismes de **désignation** pour montrer comment l'identité déviante se constitue de façon séquentielle dans le jeu des interactions avec les individus et les institutions.

La **réaction sociale** face à la toxicomanie est vive, on le constate notamment à travers la large médiatisation dont elle bénéficie. Les représentations collectives de la

¹⁵⁹ P.-J. Simon, *Histoire de la sociologie*, Paris, PUF, 1991.

toxicomanie constituent donc une dimension essentielle du phénomène et nous en aborderons quelques aspects à travers les jugements de valeurs, les peurs et autres réactions primaires qui teintent d'irrationalité la vision du problème et qui vise un groupe social considéré comme inquiétant, voire dangereux.

Enfin, un dernier aspect du phénomène drogue sera analysé, celui de la **sous-culture** constituée par les usagers de produits illicites.

Nous rappellerons qu'historiquement c'est avec la **criminalisation** de la consommation de toxiques que l'on observe au début de ce siècle une progressive marginalisation des morphinomane de même que la constitution d'une micro-société proche des milieux délinquants, ayant pour fonction de permettre l'approvisionnement en drogues des personnes dépendantes, jusqu'alors traitées médicalement. Ainsi, aujourd'hui encore les croyances et attitudes véhiculées par le milieu de la drogue facilitent les comportements de prises de drogues.

Dès lors, de même que la société globale produit des représentations qui font exister le problème "drogue", les représentations qui émanent du monde de la drogue constituent également une forme de construction sociale interne à cette sous-culture.

C'est pourquoi nous nous attacherons à décrire cet aspect essentiel de l'environnement de l'usager de drogues où se déroule la transmission de techniques, de connaissances et d'attitudes relatives aux usages de drogues. Ce contexte permet en outre l'adoption du **rôle de toxicomane** qui correspond aux modèles de comportements, normes et valeurs qui gouvernent les manières d'agir et de voir le monde du toxicomane.

2. Sociologie de la déviance

2.1. Définition de la déviance : transgression et désignation

Dans une perspective sociologique, la toxicomanie est généralement considérée comme un cas particulier de déviance¹⁶⁰ dans la mesure où elle se caractérise par une violation de normes et qu'elle est identifiée et stigmatisée comme telle par la société. La conduite du toxicomane représente en effet une double transgression ; d'une part elle transgresse la loi qui prohibe dans nos sociétés l'usage de certaines substances¹⁶¹ et d'autre part elle enfreint la règle tacite assignant tempérance au comportement humain.

Le concept de **déviance** s'applique à des phénomènes fort divers allant des crimes et délits aux handicaps physiques, en passant par les maladies mentales et même somatiques. Avec M. Cusson, on peut définir la déviance comme

l'ensemble des conduites et des états que les membres d'un groupe jugent non

¹⁶⁰ Le concept de déviance est particulièrement récent dans la langue française puisqu'il apparaît dans les dictionnaires et encyclopédies vers la fin des années soixante. Son entrée dans la langue anglaise s'est faite par contre beaucoup plus tôt vers le début des années quarante.

¹⁶¹ Rappelons qu'historiquement la création d'une liste de stupéfiants hautement contrôlés est née d'un souci d'éviter les empoisonnements.

conformes à leurs attentes, à leurs normes ou à leurs valeurs et qui, de ce fait, risquent de susciter de leur part réprobation et sanctions¹⁶².

Cette définition met bien en évidence la *dimension interactive* de la déviance qui résulte de l'affrontement d'un groupe qui juge et stigmatise et d'un autre qui dévie et transgresse des normes instituées. Ainsi définie, cette notion s'applique donc beaucoup plus à une situation sociale globale qu'à un ensemble de caractéristiques propres à une catégorie d'individus bien précise.

2.2. Universalité et relativité de la déviance

Si la déviance est un phénomène **universel** dans le sens où toutes les sociétés ont été amenées à réprouver et sanctionner certaines conduites, il existe très peu de comportements types qui seraient considérés comme déviants dans toutes les sociétés. En effet, si certains comportements tels que l'inceste et le meurtre sont généralement perçus comme des actes transgressifs par excellence, il existe des sociétés où ce n'est pas toujours le cas¹⁶³.

Ainsi la déviance, en tant que reflet d'un système normatif particulier, est un phénomène **relatif** qui varie avec les sociétés et les époques¹⁶⁴. Il s'agit donc d'une **construction sociale** qui ne reflète pas une réalité objective univoque¹⁶⁵. De façon résumée, on peut dire que la norme sociale crée la déviance ; ce qu'E. Durkheim formulait déjà en son temps à propos du crime :

Nous ne le réprouvons pas parce qu'il est un crime, mais il est un crime parce que nous le réprouvons¹⁶⁶.

L'élaboration et l'application de telles normes fait intervenir un processus complexe de nature politique où divers groupements d'intérêts s'affrontent pour faire valoir leur point de vue. Seuls certains groupes sociaux suffisamment influents sont à même d'exprimer leur position et d'imposer leur définition de la déviance, souvent au détriment de la minorité concernée qui n'a pas toujours accès aux voies officielles pour se faire entendre.

¹⁶² M. Cusson, Ch. 10 : Déviance, in : R. Boudon, *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 1992, p. 390.

¹⁶³ Dans certaines sociétés, les relations sexuelles entre parents et enfants sont considérées comme normales. Il existe également des sociétés où le meurtre du rival en cas d'adultère est toléré, c'est le cas de l'Iran où le nouveau code pénal de 1996 ne sanctionne pas l'homme qui surprend sa femme en flagrant délit d'adultère et qui décide d'assassiner les deux membres du couple adultérins.

¹⁶⁴ En ce qui concerne les sociétés occidentales et plus précisément la France, rappelons que l'homosexualité n'a été dériminalisée qu'en 1982.

¹⁶⁵ P. Conrad & J. W. Schneider, *Deviance and medicalisation, from badness to sickness*, London, the C.V. Mosby Company, 1980.

¹⁶⁶ E. Durkheim, *De la division du travail social*, Paris, F. Alcan, 1893 ; cité par M. Cusson in : R. Boudon, *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 1992, p. 391.

2.3. Classification des formes de déviances

Face au large spectre de conduites que recoupe la notion de déviance, certains auteurs ont cherché à les classifier selon divers critères.

La classification la plus connue est sans doute celle de R. K. Merton¹⁶⁷, chef de file du courant fonctionnaliste américain. Ce sociologue établit une typologie des modes d'adaptations sociales qui s'inscrit dans une théorie de la déviance basée sur le concept d'**anomie**¹⁶⁸.

L'anomie au sens mertonien¹⁶⁹ est conçue comme une discordance ou tension¹⁷⁰ entre les buts culturels (structure culturelle) que propose la société (statut, pouvoir, richesse, reconnaissance sociale, etc.) et les possibilités d'accès aux moyens (structure sociale) permettant d'atteindre ces buts. Différents cas de figure se présentent selon que la personne accepte ou refuse les buts culturels et selon qu'elle adopte des moyens légitimes ou non.

Cette tension entre les valeurs sur lesquelles les individus fondent leurs objectifs et les moyens déterminés par des normes engendre diverses modalités d'adaptation que l'auteur regroupe en cinq catégories.

Une première catégorie, le **conformisme**, se caractérise par l'acceptation à la fois des moyens institutionnalisés et des buts culturels. Contrairement aux autres catégories, le conformisme ne constitue pas une déviance.

A l'opposé, la catégorie du **retrait** (ou évasion), consiste en un refus généralisé portant à la fois sur les moyens et les buts socialement valorisés. Les toxicomanes au même titre que les schizophrènes et les clochards entreraient dans cette catégorie puisqu'ils n'adhèrent ni aux buts ni aux règles de la société.

Le **ritualisme** est réalisé lorsque le respect scrupuleux des normes se double d'une indifférence pour les finalités (bureaucratisme).

A l'inverse, il y a **innovation** lorsque des objectifs valorisés sont atteints en recourant à des moyens illicites (vol, escroquerie, prostitution, délinquance en général), l'accès aux moyens légitimes étant souvent rendu difficile en raison d'une position sociale désavantageuse.

¹⁶⁷ R. K. Merton, *Social theory and social structure*, Free Press, 1965.

¹⁶⁸ J. Etienne et al., op. cit. E. F. & M. Borgatta ed., *Encyclopedia of Sociology*, New York, Macmillan Publishing Company, 1992.

¹⁶⁹ Pour une analyse approfondie de cette notion et des flottements terminologiques qui l'entourent dans l'œuvre de R. K. Merton, cf. P. Besnard, *L'anomie anomie, ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim*, Paris, PUF, 1987.

¹⁷⁰ La notion de **tension** a donné son nom à une des principales théories de la délinquance : la *strain theory*, cette théorie apparaît également sous la dénomination de théorie de l'**anomie**. Relevons que la conception mertonienne de l'anomie est éloignée de celle qu'en a E. Durkheim, puisque celui-ci la conçoit comme le fruit d'un affaiblissement de la cohésion sociale et non pas comme inhérente à la structure sociale elle-même.

Une cinquième catégorie, la **rébellion**, consiste en un rejet global des moyens et des buts proposés au profit de l'adhésion à un nouveau système social.

Relevons que l'analyse de R. K. Merton a principalement porté sur la réussite matérielle, but particulièrement valorisé par la société américaine. L'importance donnée à l'aisance matérielle et à la capacité de consommer engendre des frustrations profondes chez ceux qui n'y ont pas accès. C'est pourquoi selon cette approche la délinquance résulte avant tout de besoins et d'aspirations frustrés, phénomène d'autant plus marqué que l'on descend vers les basses couches sociales.

En ce qui concerne l'assimilation des toxicomanes à la catégorie du **retrait**, on peut en effet considérer leur tendance à refuser tant les moyens (le travail) que les buts valorisés par la société (famille, sécurité, stabilité, etc.) comme l'expression d'une désertion délibérée de la société conventionnelle et des modes de vie qu'elle sous-tend.

Nous verrons toutefois lorsque nous aborderons en détail le type de sous-culture à laquelle le toxicomane participe, que le refus opéré sur les valeurs de la société n'est pas aussi généralisé et qu'une adhésion à certaines d'entre elles est conservée. Ceci irait donc plutôt dans le sens d'un retrait partiel vis-à-vis du monde conventionnel.

De plus la fréquence élevée des conduites délinquantes chez les usagers d'héroïne, témoigne en faveur d'une appartenance à une deuxième catégorie : celle de l'**innovation**.

Relevons également que la thèse du retrait en tant que **double échec d'intégration** à la fois dans le monde conventionnel et dans le milieu de la délinquance fut soutenue par H. Finestone¹⁷¹. Elle fut ensuite contredite par Ed. Preble¹⁷² considérant que le toxicomane se montre particulièrement actif pour assurer son approvisionnement en toxiques et qu'il vit des relations stables avec les personnes de son milieu¹⁷³.

Une autre façon de classer les déviants, comme le montre M. Cusson¹⁷⁴, consiste à prendre en considération la nature plus ou moins volontaire de leur action déviante.

Ainsi, les **déviants sous-culturels** refusent volontairement la légitimité des normes qu'ils transgressent et cherchent à imposer leurs propres normes et valeurs. Cette catégorie comporte les terroristes, les dissidents et les membres de sectes religieuses.

Les déviants **transgresseurs** pour leur part commettent des infractions tout en reconnaissant la validité de la norme. C'est le cas de la plupart des délinquants.

Les individus manifestant des **troubles du comportement** représentent une zone intermédiaire entre l'action déviante volontaire et involontaire. On postule que le toxicomane (ou l'alcoolique) agit volontairement lors des premières prises de toxiques, mais qu'il perd son libre arbitre une fois la dépendance ou l'activité compulsive installée.

¹⁷¹ H. Finestone, Cats, kicks and color, *Social Problems*, 5, 1957.

¹⁷² Ed. Preble, *Taking care of business : the economics of crime by heroin abusers*, Lexington, 1985.

¹⁷³ R. Castel et al., 1992, op. cit.

¹⁷⁴ M. Cusson, op. cit.

Relevons que la commission fréquente d'actes délinquants chez ces sujets tend à les rapprocher de la catégorie précédente.

Une dernière catégorie, celle des **handicapés**, se caractérise par une déviance tout à fait involontaire ; il s'agit des handicapés physiques et mentaux.

Cette classification fait à nouveau ressortir la difficulté de ranger la toxicomanie dans une catégorie déterminée.

2.4. Les fonctions sociales de la déviance

En raison de son universalité, E. Durkheim¹⁷⁵ considère le crime (une des formes principales de la déviance avec la maladie) comme normal et même nécessaire aux sociétés dans la mesure où il remplit d'importantes fonctions sociales : il initie le **changement social**¹⁷⁶ (le déviant d'aujourd'hui peut être l'innovateur de demain) et favorise la **solidarité** soit en canalisant les pulsions agressives hors du groupe vers un ennemi extérieur¹⁷⁷ soit en unifiant les membres du groupe autours du projet commun de venir en aide au déviant.

A. Cohen¹⁷⁸ a également mis en évidence un aspect positif de la déviance en montrant que si un degré trop important de déviance menace l'organisation sociale, lorsqu'elle reste dans certaines limites, elle peut être un **soutien de l'organisation sociale**. En effet, une tolérance modérée envers la déviance diminue les tensions sociales dues à ceux qui ne peuvent ou refusent de satisfaire les règles de la société. On évite ainsi de provoquer une surcharge de frustrations qui pourrait mener à des attaques directes contre le système social. En offrant un exutoire à certains, la déviance tolérée joue le rôle de soupape de sécurité.

2.5. Les deux grandes approches de la déviance

La déviance peut être abordée avec deux points de vue différents selon que l'on adopte le paradigme épistémologique **positiviste**, objectiviste et centré sur la recherche des causes des comportements déviants, ou le paradigme **interactionniste**, relativiste et visant à déterminer les conditions d'application des normes.

Alors que le présent chapitre est centré sur une approche interactionniste, l'approche positiviste servira de cadre de référence au chapitre suivant orienté sur les phénomènes de socialisation antécédents aux comportements déviants.

Selon l'orientation **positiviste**, la déviance est considérée comme une réalité objective touchant certains individus dont il s'agit de définir les caractéristiques. La

¹⁷⁵ E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, (éd. originale 1895), Paris, PUF, 1993.

¹⁷⁶ Pensons ici à l'avortement, considéré autrefois comme un crime (avant la loi de 1975 sur l'I.V.G. pour la France) et aujourd'hui comme un droit de la femme à disposer de son corps propre.

¹⁷⁷ Article : "Deviance", in : *The concise Oxford Dictionary of Sociology*, G. Marshall (ed.), Oxford Univ. Press, 1994.

¹⁷⁸ A. Cohen, *La déviance*, (éd. originale 1966), Tr. fr., Gembloux, Duculot, 1971.

désignation de certains comportements comme déviants est envisagée comme ne se développant pas dans le vide et comme présupposant des actes qui enfreignent souvent gravement des normes que la majorité des individus partagent. C'est pourquoi une telle approche met beaucoup plus l'accent sur le **donné** que sur le **construit**¹⁷⁹.

Cette approche s'avère de plus particulièrement éclairante quant à la recherche des causes. Ainsi, lorsque l'on s'intéresse aux caractéristiques des individus déviants, on constate que certaines formes de déviances (vol, violence, toxicomanie, alcoolisme, suicide) montrent entre elles un degré important de corrélation¹⁸⁰. On peut donc en déduire qu'il existe chez certains individus un penchant à la déviance se manifestant par des transgressions polymorphes. Il est plausible dès lors d'envisager une **causalité commune** à l'origine des divers actes déviants susmentionnés, liée à une prédisposition générale à la transgression des normes, même si d'autres variables peuvent intervenir au moment où le penchant à la déviance tend à se fixer dans une expression particulière.

Selon le second point de vue, l'approche **interactionniste**, la déviance est perçue comme relative à un système normatif donné basé sur une morale construite socialement issue généralement de certains groupes d'individus politiquement influents.

Selon l'approche interactionniste, la notion de déviance concerne donc beaucoup moins des comportements atypiques individuels qu'un mode de **réaction sociale** à ce type de comportements. C'est l'aspect **construit** socialement de toute catégorie déviante donnée qui est en jeu ici, indépendamment de la nature objective des comportements concernés. De plus cette construction sociale est conçue comme arbitraire puisqu'elle fait intervenir un jugement de valeur habituellement prononcé par un groupe social en position de force.

Dans cette optique la question de savoir s'il existe des toxicomanes maîtrisant ou cachant suffisamment bien leur consommation pour n'être aucunement perçus comme déviants ne se pose pas, car un tel comportement n'entrerait plus dans la définition de la déviance dont le critère majeur est justement la réaction qu'elle produit.

2.6. Approche interactionniste et déviance

La perspective **interactionniste** s'inscrit dans le second courant de l'Ecole de Chicago dont le psychosociologue G.H. Mead¹⁸¹ (1863-1931) fut le précurseur. Ses idées sur la construction sociale de l'identité grâce au jeu dialectique de l'apprentissage de rôles suscités par les attentes des partenaires sociaux ont fortement influencé ses successeurs au sein de cette même école.

Dès le début de ce siècle, l'Ecole de Chicago développe une sociologie fortement influencée par l'anthropologie, notamment au niveau de sa méthode (observation participante, monographie de terrain), bénéficiant ainsi d'un éclairage nouveau qu'elle

¹⁷⁹ M. Cusson, op. cit.

¹⁸⁰ Sont liées de façon particulièrement fortes : vol et toxicomanie, de même que déviance scolaire et délinquance juvénile.

¹⁸¹ G. H. Mead, *Mind, Self and Society*, Chicago, 1934.

applique à l'étude des sociétés modernes. H. Blumer, en 1938, successeur et disciple de G.H. Mead, invente le terme d'interaction symbolique. Ce terme sera repris plus tard pour qualifier ce courant théorique qui débute¹⁸². Par ailleurs, en raison de son abord qualitatif des problèmes sociaux, l'interactionnisme s'opposera à la sociologie dominante basée sur les méthodes quantitatives.

L'interactionnisme symbolique étudie les relations entre groupes et individus, il appartient à la microsociologie ; il s'oppose au behaviorisme dans la mesure où il envisage l'organisme non pas comme déterminé du dehors par un ensemble de stimuli matériels, mais comme sélectionnant les stimuli de l'environnement en fonction de la signification subjective attribuée au monde extérieur. Les stimuli deviennent alors des symboles porteurs d'une signification partagée¹⁸³.

Il en découle que le sujet construit et définit la situation par le biais de cette attribution de significations aux actions et événements sociaux. Construction qui s'élabore sous l'influence d'autrui, dans le jeu des interactions.

L'étude des groupes déviants représente l'objet de choix de l'interactionnisme symbolique. Les travaux de H. Becker¹⁸⁴ figurent parmi les apports majeurs de cette approche, l'auteur analyse les processus d'entrée dans ce qu'il nomme la carrière déviante. Il situe au centre de son approche l'idée que *la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis, mais qu'elle réside avant tout dans la réaction de la société qui le sanctionne*. C'est pourquoi cet auteur propose de distinguer le comportement déviant étiqueté comme tel par la réponse d'autrui et le comportement transgressif des règles qui peut ne pas avoir été reconnu comme tel.

L'accent est mis sur la dynamique du processus qui confronte le sujet transgresseur avec les instances responsables de la production et de l'application des règles. L'étude de la déviance ne peut donc se faire qu'en étudiant simultanément ces deux partenaires sociaux.

3. Phénomènes d'étiquetage et toxicomanie

3.1. Théorie de l'étiquetage : formation de l'identité déviant

Le phénomène de **stigmatisation sociale** qui a porté historiquement le toxicomane sur le banc des exclus de la société, est un mécanisme que la sociologie américaine conceptualise tout au long des années 50 et 60, pour aboutir à la théorie dite de l'**étiquetage** (*labeling theory*), dont E. M. Lemert, E. Goffman et H. Becker sont alors les principaux représentants (ils s'intéressent respectivement à la délinquance, la maladie mentale et la toxicomanie). On peut considérer cette théorie comme une application des

¹⁸² G. Lapassade, *L'ethno-sociologie, les sources anglo-saxonnes*, Paris, Mériidens Klincksieck, 1991.

¹⁸³ G. Lapassade, *Les microsociologies*, Paris, Economica, 1996.

¹⁸⁴ H. Becker, *Outsiders, Studies in the Sociology of Deviance*, New York, The Free Press, 1963.

postulats de l'interactionnisme symbolique à l'étude de la déviance.

E. M. Lemert¹⁸⁵, qui se penche sur le problème de la délinquance, développe une théorisation qui rend bien compte du processus de **construction de l'identité déviant**. Il distingue d'une part, le fait de commettre un acte transgressif sans conséquence pour le statut du sujet, il s'agit de **déviance primaire** et d'autre part, les conséquences de la réaction sociale de rejet face au comportement atypique du sujet qui, cette fois, vont retentir sur son identité psychosociale, provoquant ainsi une **déviance secondaire**.

L'approche interactionniste conçoit donc la déviance comme résultant d'un **processus interactif et séquentiel** au cours duquel le sujet considéré comme déviant est d'abord étiqueté comme tel par ses proches, puis par les institutions qui vont sanctionner ses transgressions. A chaque étape *le sujet va intérioriser l'image que les autres se font de lui et va s'auto-définir¹⁸⁶ comme déviant*, façonnant ainsi tout un pan de son identité. Cette identité déviant va à son tour favoriser la commission d'actes déviants ce qui en retour va solliciter de nouvelles réactions sociales stigmatisantes.

On voit donc bien ici comment peut se faire la transition entre l'attribution de caractéristiques (stigmatisation) qu'opère l'environnement social à l'encontre d'un individu (ou groupe d'individus) et l'acceptation (auto-attribution) de telles caractéristiques qui viennent modifier l'identité même du sujet.

Dans cette conception, l'identité n'est pas conçue comme une structure rigide donnée une fois pour toutes au terme de l'enfance. Au contraire, elle s'inscrit dans un processus de développement personnel qui se poursuit la vie durant. L'identité se modifie et se construit dans les interactions avec autrui par le biais de négociations plus ou moins conflictuelles entre l'attribution d'identité (statut, étiquette) et l'acceptation de celle-ci.

3.2. Les fonctions sociales de l'étiquetage : exclusion et récupération

Le phénomène de **stigmatisation** visant à conférer une identité à un groupe d'individus qui s'écartent des normes admises peut remplir diverses fonctions sociales, nous détaillerons ici l'exclusion et la récupération.

L'**exclusion** et le rejet sont un premier mouvement presque naturel qui accompagne le phénomène de stigmatisation. Celui qui enfreint les règles est perçu comme dangereux puisqu'il remet en cause l'ordre social, soit, le fondement même de la vie en communauté. Il s'ensuit une réaction de rejet face à celui qui menace le bon fonctionnement de la vie en société et un besoin de l'isoler des membres non déviants.

Mais la stigmatisation associée à l'exclusion peut en outre être le fruit d'une volonté de masquer un problème social réel en considérant que les personnes concernées sont seules responsables de leur situation. Certains groupes minoritaires (chômeurs, malades,

¹⁸⁵ E. M. Lemert, *Social Pathology*, New York, Mc Graw-Hill, 1951 ; *Human deviance, social problems and social control*, New York, Prentice Hole, 1967.

¹⁸⁶ La théorie de l'étiquetage inclue donc au niveau individuel un mécanisme d'**auto-étiquetage**, aspect déjà abordé au chapitre précédent à propos du phénomène de dépendance et que nous développerons plus loin en lien avec les notions de stéréotype culturel et de modèles de conduites.

immigrés, etc.) peuvent ainsi non seulement être rendus uniques responsables de leurs difficultés mais encore être accusés de toutes sortes de maux qui ne les concernent plus et l'on tombe ici dans les processus de "bouc-émissarisation" tristement connus¹⁸⁷.

Le poids de la connotation négative qui accompagne l'étiquette de toxicomane amène les usagers de drogues à devoir cacher leur pratique. Car dans bien des milieux professionnels lorsque l'employeur apprend qu'une personne a un problème d'abus de substances illégales il s'ensuit un licenciement, en dépit des compétences de la personne.

On peut également envisager le processus de stigmatisation comme une tentative de gestion de la déviance qu'adopte la société. Il s'agit là d'une stratégie de **récupération** où la société confine les sujets déviants vers un rôle et un statut déterminés (toxicomane, clochard, délinquant). Ainsi, une fois la désignation sociale opérée, il devient possible de prendre en charge, de traiter voire de réinsérer ces individus¹⁸⁸, car désigner par une appellation spécifique tel individu, ce peut être le premier moment de sa neutralisation et d'autre part c'est le mettre dans une position de visibilité maximale au sein du groupe pour qu'il soit en mesure d'exercer son rôle d'exemple à l'égard du groupe dont il a enfreint les règles¹⁸⁹.

Un tel processus de stigmatisation joue donc un rôle de **contrôle social** dans la mesure où il est attendu qu'une telle forme de dénonciation ramènera les comportements du sujet déviant dans la norme, lui évitera de récidiver et servira d'exemple pour le groupe dans son ensemble¹⁹⁰. Ainsi les différentes fonctions de la stigmatisation peuvent être conçues comme une série d'étapes permettant de maintenir l'organisation sociale : exclusion, neutralisation et récupération.

3.3. Apport de la théorie de l'étiquetage à la criminologie : une rupture épistémologique

La théorie de l'étiquetage propre au courant interactionniste aura une large influence sur la criminologie américaine, et vers la fin des années 60, elle représente la perspective dominante en sociologie de la déviance¹⁹¹. On tendra désormais à abandonner les études centrées sur les sujets déviants en tant que tels (par exemple avec des études comparatives entre groupes de délinquants et de non délinquants centrées sur la notion de passage à l'acte) pour privilégier l'étude des processus d'entrée et de stigmatisation en jeu dans les comportements d'infraction aux règles, de même que les mécanismes

¹⁸⁷ Cf. Article "Stigmatisation", in : J.-P. Fragnière et R. Girod, *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Lausanne, Editions Réalités sociales, 1998.

¹⁸⁸ H. Bloch et al., Article "Déviance", in : *Le grand dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1991.

¹⁸⁹ N. Herpin, *Les sociologues américains et le siècle*, Paris, PUF, 1973.

¹⁹⁰ N. Herpin, op. cit. Relevons que dans cette conception le contrôle social est envisagé comme producteur de déviance alors que dans d'autres approches (notamment la théorie du contrôle social) il joue un rôle de réduction de la déviance.

¹⁹¹ P. Besnard, op. cit.

d'élaboration et d'application des lois¹⁹².

Cette nouvelle sociologie de la réaction sociale procède d'une **rupture épistémologique**¹⁹³ qui va permettre de se centrer sur la dynamique des interactions sociales tout en se détournant des approches factorialistes de la délinquance¹⁹⁴. Ce courant sera particulièrement critique envers diverses institutions perçues comme **productrices de délinquance juvénile**. Seront particulièrement visés : les normes pénales et le caractère arbitraire de certaines limites d'âge directement productrices d'une délinquance statuaire ; le public qui se focalise sur la délinquance juvénile en raison de sa visibilité sociale plus importante que celle des adultes ; les instances de décision (police, tribunaux) dont la partialité se manifeste face à certains critères tels que le sexe ou la catégorie sociale du justiciable et enfin les institutions de traitement, où les étiquettes psychiatriques à connotation négative ternissent l'image des adolescents qui les fréquentent¹⁹⁵.

La théorie de l'étiquetage a toutefois ses limites, des critiques¹⁹⁶ lui ont été adressées dès les années 70 relevant son incapacité à expliquer la **déviance primaire**. En effet, il a été montré que les délinquants persistants présentent des caractéristiques particulières avant l'intervention judiciaire. De plus les perspectives interactionnistes paraissent trop extrêmes dans leur relativisme (aucun comportement ne serait en soi répréhensible) mais aussi trop déterministes dans le sens où le phénomène de l'étiquetage explique à lui seul la trajectoire déviante du sujet stigmatisé indépendamment de la stabilité de son image de soi avant le début du processus. Sans compter que pour l'interactionnisme le **contrôle social** est conçu comme favorisant et amplifiant la déviance, alors que son impact dissuasif a peu été pris en considération.

Mais il n'en demeure pas moins que l'approche interactionniste a ouvert une voie qui a permis une réflexion de fond sur la place du sujet déviant dans la société et sur le rôle que cette dernière peut jouer dans le maintien, l'encouragement, voire la genèse, de certains comportements sortant des normes tels que la toxicomanie.

3.4. Les agents de la désignation : groupes spécifiques et opinion publique

L'approche interactionniste a mis l'accent sur la nécessité de prendre en considération dans l'étude des phénomènes de déviance, non seulement les auteurs des actes transgressifs, mais aussi et surtout les groupes d'individus qui les dénoncent et les jugent.

¹⁹² F. Digneffe, Socialisation et déviance. Les origines de la perspective interactionniste, in : P. Tap et H. Malewska-Peyre, *Marginalité et troubles de la socialisation*, Paris, PUF, 1993.

¹⁹³ C.-N. Robert, Fabriquer la délinquance juvénile, *Revue Suisse de Sociologie*, 1977, 1, pp 31-65.

¹⁹⁴ C. Maquet, Toxicomanie et forme de la vie quotidienne, Bruxelle, Mardaga, 1992.

¹⁹⁵ C.-N. Robert, *ibid.*

¹⁹⁶ Ces critiques sont résumées in : L. Walgrave, *Délinquance systématisée des jeunes et vulnérabilité sociétale*, Genève, Médecine et Hygiène, 1992.

Car certains groupes politiquement influents ont non seulement la capacité d'appliquer les règles et de punir les déviants mais ils peuvent également produire de nouvelles règles qui font naître de nouveaux comportements déviants jusqu'alors ignorés.

Les groupes sociaux intervenant dans la construction du problème "drogue" sont nombreux. On peut envisager d'un côté l'opinion publique qui partage des représentations largement diffusées entre autres par les médias et d'un autre côté divers groupements mus par des intérêts variés. Parmi ceux-ci relevons les médecins et autres professionnels du domaine, la police, les militants de l'abstinence, les groupes d'entraide (tels que les Narcotic Anonymes), les diverses associations d'usagers de drogues¹⁹⁷, d'ex-consommateurs, de parents de toxicomanes, etc. Chacun de ces groupes suivant son orientation ou sa fonction donne une coloration particulière à l'image du toxicomane.

Mettre en lumière le rôle des différents groupes sociaux jouant une part active dans la désignation d'une déviance revient à s'interroger sur les types d'intérêts trouvés dans une telle démarche. Si dans certaines circonstances ces intérêts coïncident avec ceux de la majorité des citoyens, par exemple lorsqu'il s'agit du maintien de l'ordre¹⁹⁸, dans d'autres situations les intérêts en jeu sont beaucoup plus spécifiques aux agents de la désignation. Les bénéfices attendus peuvent en effet être liés à des stratégies corporatistes ou politiques qui rendent d'autant plus arbitraire la dénonciation des comportements incriminés.

Comme exemple de stratégie politique mentionnons le discours anti-drogue de la classe dominante des années 1970 témoignant d'une volonté de disqualifier les jeunes identifiés comme une classe sociale dérangeante¹⁹⁹. Etouffer les mouvements contestataires en criminalisant des pratiques largement répandues parmi les jeunes aurait de la sorte permis de mieux contrôler cette frange de la population en invalidant leur position sociale.

Pour C. Bachmann et A. Coppel, il s'agit là d'une tentative d'explication d'un phénomène social par le recours à l'**imagerie d'une coalition sociale et politique : un groupe plus ou moins cohérent, mû par le même intérêt économique, social ou corporatiste, et déployant une même stratégie, prend l'initiative ouverte de faire de la toxicomanie un "problème", qu'il faut "régler", en désignant des "coupables"**²⁰⁰.

¹⁹⁷ Les associations d'usagers de drogues ont un rôle différencié puisqu'elles cherchent précisément à diminuer les effets négatifs de la stigmatisation de ceux qu'ils représentent.

¹⁹⁸ Notons toutefois qu'une telle idéologie peut facilement se mettre au service de motifs nettement moins avouables. Ce fut le cas de la Suisse qui au nom du maintien de l'ordre a pratiqué de 1926 à 1972 une politique d'élimination du nomadisme en plaçant en institution plus de 600 enfants tziganes, créant de la sorte autant d'orphelins. Cf. F. Koller, Les tziganes, victimes de la purification à la mode helvétique, *Le Temps*, 6 juin 1998, p. 8.

¹⁹⁹ M. Zafiropoulos et P. Pinell, Drogue, déclassement et stratégies de disqualification, *Actes de la recherche en sciences sociales*, No 42, avril 1982.

²⁰⁰ C. Bachmann et A. Coppel, *op. cit.*, p. 201.

Nous avons vu plusieurs exemples d'intérêt corporatiste dans le chapitre sur l'historique des consommations de drogues, avec notamment à la fin du XIXe siècle le projet issu des syndicats ouvriers de nuire aux immigrés chinois des Etats-Unis en criminalisant leur pratique de fumer l'opium, ceux-ci étant perçus comme dérobant le travail aux américains.

Un autre exemple parlant est lié au travail du chef du *Narcotic Bureau* aux Etats-Unis, H. J. Anslinger qui a tout fait pour diaboliser la consommation de marijuana. Etant parvenu à faire voter l'interdiction de la marijuana en 1937, Anslinger décuple le nombre de criminels potentiels dont son département à la charge et gagne ainsi en importance...²⁰¹

Certains groupes particulièrement orientés vers la dénonciation et la stigmatisation des comportements toxicomaniaques qualifiés par H. Becker d'"entrepreneurs moraux" s'affichent comme des défenseurs de la morale et prétendent agir sur la base de motifs humanitaires. J. Bergeret ainsi que d'autres auteurs^{202 203} interprètent leurs attitudes comme la manifestation d'un contre-comportement de mode toxicomane latent dans la mesure où le problème "drogue" est pensé comme pouvant être réglé par des *moyens extérieurs et magiques*. De plus la sanction infligée au toxicomane ne serait qu'un substitut inconscient de celle qu'ils souhaiteraient s'infliger à eux-mêmes en raison de leurs propres tendances toxicomaniaques réprouvées.

Pour illustrer ce type de fonctionnement citons le cas du Dr Wright, représentant des Etats-Unis lors de la première conférence internationale sur l'opium de Shanghai en 1909. Fervent prohibitioniste, ce médecin devenu homme politique a lutté sa vie durant contre la drogue et a joué un rôle clé au niveau international dans l'élaboration de la réglementation des stupéfiants. Or il s'est avéré qu'il a dû quitter son poste prématûrement, l'alcoolisme ayant mis un terme à sa carrière !

3.5. Réaction du public : désignation par peur du phénomène drogue

Le public au sens large peut être considéré comme un agent de désignation dans la mesure où il véhicule des représentations stéréotypées du problème "drogue". Influencé par les médias et par des situations individuelles transmises de bouche à oreille, le profane n'accède qu'à une vision partielle et déformée de la réalité du phénomène. Face à l'inquiétude que peuvent susciter les comportements de prises de drogues, le public développe diverses attitudes que nous allons détailler.

R. Lucchini²⁰⁴, auteur d'une étude approfondie sur le milieu de la drogue basée sur une approche interactionniste, donne d'intéressants éclaircissements sur la fonction que

²⁰¹ C. Bachmann et A. Coppel, op. cit.

²⁰² J. Bergeret, Toxicomanes et délinquants, *Bulletin de Psychologie*, 1983, XXXVI, 359, pp 225-232.

²⁰³ J.-P. Fréjaville, La société face aux drogués, in : J. P. Fréjaville, F. Davidson et M. Choquet, *Les jeunes et la drogue*, Paris, PUF, 1977.

²⁰⁴ R. Lucchini, *Drogues et société, Essai sur la toxicodépendance*, Fribourg, Editions Universitaires Fribourg Suisse, 1985.

peut avoir pour le public un mécanisme comme la **stigmatisation**.

Cette attitude concerne un public angoissé par un problème qui le touche et qu'il ne peut expliquer. En réagissant par la condamnation morale, il opère une discrimination entre des comportements jugés bons et d'autres mauvais. De la sorte, conférer une identité bien que négative aux toxicomanes, dans la mesure où ils constituent ainsi une entité autre et bien délimitée, permet de circonscrire clairement ce groupe social et par-là diminuer la menace qu'il est supposé représenter.

Selon ce sociologue suisse, classer des individus dans des catégories connues et homogènes permet de réduire un phénomène diffus et complexe à un ensemble d'éléments restreints autorisant sa gestion par des jugements simples et définitifs, procédé se soldant par un effet sécurisant pour le public.

Relevons que ces attitudes renvoient à un phénomène conceptualisé par la psychologie sociale comme la manifestation d'un **stéréotype négatif** ; cas particulier du mécanisme de **categorisation sociale**, lequel étant un processus plus ou moins grossier de structuration de l'environnement humain. Le stéréotype est le fruit d'une part d'une schématisation entraînant une simplification et une généralisation abusive, et d'autre part d'une attitude réactionnelle à une situation collective caractérisée par des tensions entre groupes²⁰⁵.

Quant à savoir pourquoi les symptômes toxicomaniaques suscitent des passions tellement vives et s'avèrent si peu tolérables pour le public²⁰⁶, c'est justement parce qu'ils *caricaturent les modèles de comportements que la société propose*. En effet, J. Bergeret²⁰⁷ montre bien comment le recours à une substance extérieure perçue comme dotée du pouvoir *magique* de supprimer tous malaises intérieurs est en parfaite analogie avec le credo propre à notre société de consommation qui place dans les biens matériels le salut de chacun.

Le toxicomane ne fait donc qu'exagérer des besoins propres à chacun. En fait, le mode de fonctionnement de la plupart des toxicomanes n'est pas radicalement différent de celui de l'homme moyen nous dit J. Bergeret²⁰⁸. Les stratégies anti-dépressives utilisées par l'un comme par l'autre ne différant que par le caractère plus adapté socialement de celles qu'utilise l'homme qui a su trouver sa place dans la société.

On comprend mieux dès lors pourquoi le comportement du toxicomane interpelle tant l'opinion publique. Il est en effet d'autant plus perçu comme une menace qu'il se fonde en partie sur des valeurs communément partagées par chacun.

²⁰⁵ J. Maisonneuve, Opinions, stéréotypes et représentations collectives, in : *Introduction à la psychosociologie*, Paris, PUF, 1985.

²⁰⁶ Le bas seuil de tolérance face au problème de toxicomanie est d'autant plus révélateur que l'opinion publique ne s'émeut pour ainsi dire pas face à des problèmes sociaux tout autant voire bien plus dévastateurs tels que l'alcoolisme, le tabagisme ou les tentatives de suicide des jeunes.

²⁰⁷ J. Bergeret, *Toxicomanie et personnalité*, Paris, PUF, 1982.

²⁰⁸ J. Bergeret, 1983, op. cit.

3.6. Les représentations collectives des drogues et de leurs effets

Contrairement à d'autres déviations qui reposent essentiellement sur le comportement des acteurs concernés telles que la délinquance ou l'homosexualité, il est possible de faire de la toxicomanie la conséquence de l'absorption d'une substance extérieure et dangereuse. L'altération du comportement et la déviance elle-même peuvent ainsi être comprises comme un pur effet de la substance chimique en question qui aurait annihilé toute forme d'autodétermination chez le consommateur. Dès lors ce sont les caractéristiques attribuées à cette substance qui vont être tenues responsables de l'ensemble des difficultés vécues par le toxicodépendant.

Ce mécanisme d'attribution de significations à un produit inerte fait partie du phénomène de la stigmatisation que nous avons longuement analysé, dans la mesure où les caractéristiques attribuées au produit ont forcément des retentissements sur l'image du consommateur. Les représentations de la nature et des effets des drogues sont sujettes à toutes sortes de déformations et de croyances qui condensent les peurs et inquiétudes du public.

Un exemple fort répandu de croyance erronée est l'idée que l'héroïne pure²⁰⁹ est en soi un produit très nocif pour l'organisme, alors que ce n'est pas le cas ; ses effets secondaires étant plutôt limités. De plus, comparée à d'autres substances médicamenteuses telles que les antibiotiques, la toxicité de l'héroïne est nettement moindre. Le profane ne fait pourtant pas toujours la distinction entre les conséquences du produit en tant que tel et les conséquences des conditions d'hygiène de la consommation de drogues qui, elles, sont habituellement d'une grande nocivité.

Ces croyances jouent un rôle certain dans la construction culturelle du problème "drogue", car selon S. Peele²¹⁰ le potentiel addictif d'une substance psychotrope dépend fortement de la définition qu'en donne une société. De sorte que lorsqu'un produit est défini comme dangereux, incontrôlable et puissant au niveau de ses effets psychotropes, la toxicomanie envers cette substance aura tendance à se répandre.

L'auteur se sert de cet argument pour expliquer l'échec des pays occidentaux tant à prévenir qu'à contrôler la consommation de drogues. Car du point de vue individuel, le futur toxicomane appréhende le vécu de sa consommation de psychotropes au moyen d'un ensemble de représentations culturelles propres au produit utilisé. Il s'agit de **stéréotypes culturels** qui vont permettre à l'usager de mettre en forme son expérience. Les représentations culturelles de la toxicomanie vont ainsi constituer des schèmes de comportements qui vont déterminer la nature du rapport à la drogue.

Relevons enfin que l'idée d'incontrôlabilité des effets du produit a donné lieu à la croyance en l'**escalade automatique** des drogues où la première prise est envisagée comme le début d'un engrenage infernal menant inexorablement à la déchéance si ce

²⁰⁹ On ne parle pas ici de l'héroïne vendue dans la rue qui est généralement coupée avec des produits divers et parfois très toxiques.

²¹⁰ S. Peele, op. cit.

n'est à la mort.

De telles croyances influencent la relation que le sujet entretient avec son toxique. Ainsi, tout se passe comme si le consommateur cherchait à se conformer à une définition du comportement addictif préétablie qu'il s'attribue et qui lui permet de donner une direction à sa conduite. De plus, l'adhésion à l'idée d'incontrôlabilité (liée au modèle de la maladie) est facilitée en ce qu'elle permet d'éviter la réprobation sociale comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

4. La sous-culture drogue et ses modes de vie

4.1. Genèse et fonction de la sous-culture drogue

On peut distinguer deux temps dans la genèse de la sous-culture liée au milieu de la drogue ; le premier temps remonte au début du siècle avec la criminalisation de la consommation de morphine, et le deuxième temps se situe au moment de l'apparition des mouvements contestataires chez les jeunes de la fin des années soixante.

La première apparition d'une sous-culture propre au milieu de la toxicomanie est la conséquence de la désignation sociale des conduites d'abus de drogues comme déviantes ou en d'autres termes, de l'identification d'un ensemble de comportements comme constituant un problème social.

Nous avons vu qu'historiquement, tout se passe comme si les sociétés occidentales à un moment donné (entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle) en étaient venues à créer activement une nouvelle catégorie de déviants en voulant à tout prix contrôler l'usage non médical des drogues.

La **criminalisation** de l'usage d'opiacés a non seulement créé la nouvelle catégorie sociale du toxicomane telle qu'on la connaît aujourd'hui, mais a également amené les personnes dépendantes à se regrouper afin d'échanger des informations propres à leur pratique. Ils ont élaboré de cette façon une sorte de bulletin d'information informel et oral donnant par exemple des renseignements sur la qualité des drogues disponibles ou sur les techniques de consommation²¹¹. Il s'est créé ainsi une sous-culture leur permettant de nouer des contacts, d'assumer leur habitude proscrite à l'abri des instances répressives et d'apprendre comment échapper au contrôle qu'elles exercent. A ce titre elle possède donc avant tout une *valeur adaptative*.

Ainsi, la production d'un ensemble de représentations et de pratiques culturelles par la communauté informelle des toxicomanes a été initialement suscitée par le statut illégal de leur pratique.

Le deuxième temps de la genèse de la sous-culture drogue correspond à l'apparition du phénomène drogue chez les jeunes de la fin des années soixante. Il s'est développé alors une **contre-culture** s'opposant aux valeurs matérialistes d'une société de plus en plus robotisée ressentie comme laissant peu de place à l'imaginaire et à la créativité.

²¹¹ R. C. Stephens, *The street addict role, a theory of heroin addiction*, Albany, State University of New York Press, 1991.

La croyance dans les utopies hippies qui prônaient l'amour inconditionnel et le retour à la nature s'est toutefois estompé au fil des années. A partir des années 80 le milieu de la toxicomanie s'est progressivement durci²¹², les relations entre consommateurs se sont dégradées notamment sous l'influence d'une criminalité montante liée au trafic des stupéfiants. Le milieu actuel de la drogue, et principalement de la drogue dure, se caractérise par un mercantilisme extrême qui reproduit certains aspects des sociétés capitalistes et par-là l'apparente plus à une forme de sous-culture, fruit d'une perte de cohésion au niveau de la culture globale²¹³, qu'à une véritable contre-culture. La consommation de drogues a de la sorte progressivement perdu son statut d'acte politique orienté vers la contestation du système en place.

4.2. Normes, valeurs et organisation de la sous-culture drogue

Si du point de vue de sa toute première genèse cette sous-culture apparaît comme un épiphénomène de la consommation de drogues décrétées illégales, actuellement on peut considérer que la sous-culture du toxicodépendant est l'aspect fondamental de sa problématique, le produit n'étant qu'un accessoire. Car le toxicomane s'avère avant tout **dépendant d'un mode de vie** qui répond à des besoins divers : affirmation de son identité sur un mode alternatif, identification à une figure de l'exclu, attirance envers un statut de victime bouc-émissarisée, etc.

Cette sous-culture que nous allons détailler, représente un pôle d'attraction pour toute une catégorie d'individus qui ressentent à des degrés variables le besoin de s'abstraire d'une société conventionnelle ne répondant plus à leurs attentes.

Chaque toxicomane développe un sentiment d'appartenance plus ou moins prononcé vis-à-vis de cette sous-culture. La force de cet ancrage est généralement inversement proportionnel au nombre de liens qui le rattachent encore à la société globale (emploi, famille, etc.).

C'est pourquoi les caractéristiques du milieu de la drogue qui vont être présentées ne doivent pas être envisagées comme s'appliquant à tout usager de drogue. Elles ne font que décrire le fonctionnement d'un milieu social organisé autour du commerce illégal des drogues et dans lequel certaines personnes évoluent avec des degrés d'implication variables.

La forme extrême de la sous-culture propre au milieu de la drogue, celle des **héroïnomanes de rue**, a bien été mise en évidence par R. C. Stephens²¹⁴, elle se caractérise par :

²¹² M. Xiberras, *La société intoxiquée*, Méridiens Klincksieck, 1989.

²¹³ C. Olievenstein et A. Braconnier, Les toxicomanies, in : S. Lebovici, *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985.

²¹⁴ R. C. Stephens, op. cit.

- une hiérarchie de statuts basée sur la capacité à rouler autrui et sur le type de consommation de drogues ;
- des activités criminelles ;
- un grand intérêt pour les drogues et leurs effets ;
- un argot ;
- un ensemble de rôles, normes et valeurs facilitant les activités illégales des toxicomanes.

Dans son étude, R. C. Stephens mentionne une analyse factorielle qu'il a réalisée auprès de 516 toxicomanes en traitement afin de déterminer leur **système de valeurs**. Six facteurs ont pu être isolés :

1. *Point de vue antisocial*. Ceci reflète l'opinion que les gens sont fondamentalement malhonnêtes et égocentriques.
2. *Rejet des valeurs de la classe moyenne*. Non-acceptation de l'idéal de vie basé sur le travail, l'honnêteté et la sécurité.
3. *Excitation-hédonisme*. Style de vie intense avec recherche de gratifications immédiates et désintérêt pour l'avenir.
4. *Importance de l'apparence extérieure*. Souscription aux valeurs de consommation et importance donnée aux biens matériels (voitures, habits, argent).
5. *Importance de la sous-culture du toxicomane de rue*. Implication dans cette sous-culture et les relations avec les amis toxicomanes.
6. *Réserve émotionnelle*. Aspect "cool cat" qui signifie garder une réserve émotionnelle et ne pas se lier affectivement avec les gens en général.

Cette sous-culture est perçue par ses membres comme offrant une vie captivante et gratifiante, même si l'ennui, le danger, le manque et la répression policière en font également partie. L'excitation de la recherche de l'héroïne dans la rue, le sentiment d'approbation par les pairs et de maîtrise de certaines compétences liées à l'acquisition du produit, de même que le sentiment d'évasion et de puissance qui accompagnent la consommation sont autant d'éléments gratifiants pour l'usager.

C'est pourquoi R. C. Stephens soutient l'idée que le toxicomane utilise les produits illicites non pas tant pour échapper à des difficultés psychiques²¹⁵ ou existentielles mais principalement pour affirmer son rôle de toxicomane. *La consommation de drogue est donc envisagée sous un angle positif comme une recherche d'identité à travers l'expression d'une appartenance groupale.*

Par ailleurs, si la sous-culture drogue peut apparaître comme un monde à part à certains égards, on ne saurait oublier qu'elle reste une émanation de la société globale et qu'à ce titre elle comporte des similitudes avec celle-ci. Il est en effet notable que certaines valeurs communément répandues dans les sociétés occidentales sont reprises et même accentuées dans la sous-culture drogue²¹⁶.

En effet, la **réussite matérielle** de certains dealers représente pour le consommateur néophyte tout un idéal d'accomplissement personnel auréolé d'un grand prestige. L'enrichissement de ces dealers véhicule par ailleurs le mythe qu'il est possible d'obtenir des gratifications rapides et sans efforts.

On se rend compte dès lors à quel point argent et matériel tout autant que substances psychotropes guident nombre de toxicomanes dans leurs tentatives de se faire une place dans le réseau informel des usagers de drogues illégales. Ainsi, les critères de réussite propres à ce milieu sont relativement proches de ceux qui ont cours dans la société, seuls diffèrent les moyens utilisés sur la scène de la drogue considérés comme illégaux par le monde conventionnel²¹⁷.

Il en va de même pour d'autres valeurs, telles que l'**accomplissement immédiat du désir** qui caractérise si bien notre société de consommation non seulement au niveau de la satisfaction des besoins matériels mais aussi en ce qui concerne les besoins psychiques à travers la diffusion des produits psychotropes. Cet aspect apparaît comme caricaturé dans la sous-culture drogue où la recherche du tout tout de suite et du plaisir immédiat y est une constante.

D. Matza et G. Sykes décrivent un phénomène semblable à propos des délinquants : *En somme, nous défendons l'idée selon laquelle le délinquant n'est pas un étranger à la société dans laquelle il vit, mais qu'il en est le reflet dérangeant, la caricature (...) Le délinquant reprend et privilégie une partie du système de valeurs dominant, nommément ces valeurs souterraines qui coexistent avec celles, publiquement affichées, qui ont une allure plus respectable*²¹⁸.

²¹⁵ L'auteur considère en effet que la plupart des toxicomanes sont dépourvus de psychopathologie avérée.

²¹⁶ A titre de liens entre la société conventionnelle et le milieu de la drogue, on pourrait également évoquer les connexions du marché illicite de la drogue avec le monde des finances par l'intermédiaire des procédés de blanchiment d'argent, même si ces liens sont peu apparents.

²¹⁷ On retrouve ici les caractéristiques de la catégorie d'adaptation sociale que R. K. Merton appelle innovation et qui consiste à réaliser des objectifs valorisés socialement par le biais de moyens illicites.

²¹⁸ D. Matza & G. Sykes, *Juvenile delinquency and subterranean values*, American Sociological Review, 1961, 26, p. 717.
Cité par A. Ogien, *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Collin, 1995.

On voit donc que les valeurs véhiculées par la société peuvent l'être de manière plus ou moins dissimulée en fonction de leur contenu et qu'une attitude antisociale peut être l'expression de valeurs cachées.

En ce qui concerne l'**organisation des sous-cultures** des milieux de la toxicomanie propre aux pays occidentaux, les analyses réalisées par R. Lucchini²¹⁹ montrent que les différentes scènes de la drogue possèdent des niveaux de structuration variables. Ainsi, les scènes de la drogue se développant à proximité des ghettos de grandes villes américaines possèdent une organisation et une hiérarchie relativement stable. Le ghetto confère au milieu de la toxicomanie une structure sociale qui n'apparaît pas dans les villes sans ghetto. Or une telle structuration a un effet stabilisateur sur les comportements de consommation dans la mesure où la polytoxicomanie y est moins répandue.

Selon R. Lucchini cet **effet stabilisateur de la sous-culture** s'explique par le fait que l'individu est d'abord en recherche d'une **position sociale** dans cette micro-société et qu'il ne s'intéresse aux effets du produit qu'en second lieu. La drogue est donc un moyen d'acquérir un statut dans le milieu et de développer ainsi une identité. A côté de cette **fonction d'identification**, le milieu remplit également une **fonction de gratification** qui se traduira, lorsque l'individu se conforme aux règles du groupe, par une certaine assurance de régularité et de qualité dans la distribution du produit.

Toutefois les scènes de la drogue atteignent rarement un niveau élevé d'organisation et leur structure sociale est habituellement fragile en raison non seulement du renouvellement rapide de la population qui la compose mais aussi du démantèlement des réseaux de vente par la police, réseaux qui ont également un rôle de transmission d'un savoir lié à l'usage des produits²²⁰.

Un tel environnement facilite le dérapage vers le **désengagement social**. Ceci se produit lorsque la consommation de drogues n'est plus reliée à la réalisation d'un statut dans le milieu, les fonctions d'identification et de gratification sociale offerte par le milieu devenant alors secondaires. La recherche des effets psychotropes du produit devient prioritaire, et de la sorte, la drogue ne représente plus un moyen mais une fin en soi. Les dégâts sur l'identité que peut produire un tel désengagement apparaissent bien dans la description que nous donne R. Lucchini de la figure du polytoxicomane :

les seuls éléments culturels de la polytoxicomanie et de l'héroïnomanie qui ne bénéficient pas d'un support socioculturel stable, sont constitués par un ensemble de données matérielles, de techniques pour utiliser la drogue. L'individu fait alors un usage a-normatif de son corps, et la drogue est consommée sans aucune élaboration symbolique et sociale de ses effets. La dépendance est ici totale et directe. Dans les cas les plus extrêmes, même la rationalisation de la consommation fait défaut. Le jeune ne dispose pas des ressources sociales et des compétences personnelles qui lui permettraient

²¹⁹ R. Lucchini, op. cit.

²²⁰ L'auteur souligne l'importance de prendre en compte dans la politique en matière de drogue des effets désorganisateurs des interventions des forces de l'ordre qui peuvent se solder par des dérégulations des modes de consommation au sein du groupe des usagers.

d'assumer son rôle social de toxicodépendant. Il n'est plus en mesure d'élaborer symboliquement et psychologiquement sa propre déviance²²¹.

L'individu ne peut plus alors bénéficier du soutien et de la médiation de la structure sociale de son groupe et son activité ayant perdu ses repères symboliques devient chaotique²²². Le toxique et ses effets psychotropes prennent alors de plus en plus d'importance. *Un tel sujet subit donc une double désinsertion sociale ; tant par rapport à la société globale que vis-à-vis de sa sous-culture.*

Il en résulte un état rencontré chez une frange croissante de la population générale : la **désaffiliation**²²³, qui conjugue exclusion sociale et isolement affectif.

4.3. Le rôle de toxicomane de rue

La notion de **rôle**, centrale dans la théorie interactionniste, est particulièrement utile car elle permet de faire un lien entre l'individuel et le social. Elle peut être définie comme un **modèle de conduite** prescrit aux individus détenant un statut semblable dans le groupe²²⁴. Les attentes d'autrui tendent à régler l'expression du rôle au cours des interactions, de plus l'actualisation du rôle est toujours un compromis entre un rôle théorique, la personnalité de l'acteur et la situation vécue.

Les individus possèdent habituellement une palette de rôles diversifiés correspondant à leurs multiples appartenances sociales (rôle de père, frère, mari, travailleur, etc.). Au contraire, dans certaines situations, et c'est le cas de la toxicomanie, un rôle peut devenir plus important que les autres et en perturber l'accomplissement. Les comportements et attitudes liés à un rôle se généralisent trop et deviennent inappropriés aux situations. Il se produit ainsi une forme d'**engouffrement dans le rôle**²²⁵, lequel définit une partie essentielle de l'identité. De son côté l'entourage va identifier l'individu prioritairement par le biais de son rôle de déviant.

R. C. Stephens a montré à propos du toxicomane de rue qu'un tel processus d'implication croissante dans son rôle s'accompagne d'une consommation d'héroïne toujours plus intense. Ce processus se traduit également par un déclin des relations avec

²²¹ R. Lucchini, *op. cit.*, p. 177.

²²² Ce phénomène est comparable à ce qu'on observe au niveau de la répartition géographique des taux d'alcoolisme en France. Il s'avère que les régions à taux élevé d'alcoolisme ne sont pas celles qui produisent du vin mais justement celles qui ne pratiquent pas la culture du vignoble. La tradition et la connaissance du vin agit donc par le biais de l'éducation comme un régulateur des modes de consommation de l'alcool.

²²³ Ce processus est propre aux populations pauvres et menacées d'exclusion, R. Castel distingue trois niveau d'intégration : une zone d'**intégration** (travail stable, réseau relationnel solide), une zone de **vulnérabilité** (précarité du travail et fragilité relationnelle) et une zone de **désaffiliation** (absence de travail et isolement). Cf. article "Désaffiliation" in : J.-P. Fragnière et R. Girod, *op. cit.*

²²⁴ F. Gresle et al., *Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, Nathan, 1994.

²²⁵ Ce concept est proche de l'idée d'**expérience totale** déjà évoquée à propos du toxicomane qui organise tout son emploi du temps autours d'une seule finalité, la recherche et la consommation du produit.

les personnes non toxicomanes, à travers l'évitement de celles-ci de même que le rejet de leur part. C'est ce que E. Lemert²²⁶ a nommé un **processus d'isolement et de fermeture** qui survient dans l'évolution d'une carrière déviant.

Relevons toutefois que quel que soit leur degré de désocialisation, les usagers de drogues ne rompent jamais totalement les liens avec la société conventionnelle et continuent d'y participer d'une manière ou d'une autre, ne serait-ce qu'à travers les relations familiales et de voisinage qui représentent des attaches hors du monde de la drogue, ainsi qu'à travers l'utilisation des ressources communautaires (transports publics, services socio-sanitaires, etc.).

Le rôle de toxicomane de rue représente l'extrême du continuum des différentes manières d'assumer un statut d'usager de drogue. Les normes et valeurs sous-culturelles du milieu de la drogue telles que les a identifiées R. C. Stephens (cf. plus haut) constituent le contenu du rôle de toxicomane de rue. Celui-ci est conçu comme un type idéal particulièrement valorisé dans cette sous-culture.

Ce rôle consiste à montrer peu de culpabilité pour les conséquences de ses actions, à privilégier les apparences et notamment les signes extérieurs de succès (biens matériels, argent) et à vivre de façon hédoniste l'excitation du moment présent, renonçant à tout projet à long terme. Vont de pair avec ce mode de vie un rejet des valeurs de la classe moyenne (vie réglée, idéal de satisfaction professionnelle, sécurité, honnêteté), des comportements antisociaux où le but est de réussir à tromper l'autre habilement pour en obtenir des avantages liés au sexe, à la drogue ou à l'argent et enfin une réserve émotionnelle où l'établissement d'un lien affectif à autrui est considéré comme une faiblesse.

Le toxicomane de rue se sent constamment persécuté, il est convaincu de vivre dans un monde peuplé de gens malhonnêtes, aussi se montre-t-il très méfiant. Quant à l'héroïne en elle-même, sa consommation étant perçue comme dangereuse, celui qui s'y livre intensément se voit valorisé par le groupe et considéré comme fort et courageux. Ainsi, plus l'implication dans le rôle de toxicomane de rue est grande, plus la consommation sera intense. Relevons encore que l'adhésion à un tel système de pensées et de valeurs est presque une question de survie pour celui qui évolue dans le milieu austère de la drogue.

Sur une population d'héroïnomanes en traitement, N. C. Stephens a dénombré un tiers de sujets répondant aux critères de toxicomane de rue. Ce groupe se caractérisait par :

une consommation de cannabis ; une tendance à la polytoxicomanie ; une consommation intraveineuse ; une précocité des premières expériences avec la drogue (de même que pour le passage aux injections) ;

des arrestations ; des emprisonnements ; des délits liés à la drogue.

²²⁶ E. M. Lemert, 1967, op. cit.

En définitive, le concept de rôle de toxicomane de rue permet d'appréhender l'intensité de l'implication tant dans la sous-culture drogue que dans la consommation de toxiques. Si l'on suppose que le rôle de déviant n'efface jamais complètement les rôles plus conventionnels, on peut toutefois considérer que la dimension conforme de l'identité du toxicomane de rue est drastiquement réduite au profit de son identité déviante.

4.4. Apprentissage des connaissances, techniques et attitudes relatives à l'usage de drogues

Si les représentations culturelles liées à la drogue produites par la société globale jouent un rôle fondamental sur le développement des toxicomanies, la communauté des toxicomanes véhicule également un ensemble de représentations sociales et de connaissances aux fonctions multiples.

Ces représentations sont de nature diverse, elles concernent le décodage des sensations physiologiques induites par la prise de drogues, l'apprentissage des techniques de consommation, la déculpabilisation de l'action déviante (techniques de neutralisation de la désapprobation sociale) et de façon plus générale l'apprentissage du rôle de toxicomane.

Nous avons vu précédemment comment le processus de construction d'une identité déviante se déroule de manière séquentielle au travers de phénomènes d'étiquetage survenant dans les interactions avec le monde conventionnel. Nous abordons maintenant un autre aspect de ce **processus interactif** de construction identitaire qui concerne les contacts avec le groupe déviant et qui jouent un rôle essentiel pour débuter ce que H. Becker nomme la **carrière déviante**.

L'entrée dans le monde de la drogue suppose en effet l'acquisition progressive d'un ensemble de connaissances et d'attitudes véhiculées par le groupe des usagers de drogues. C'est au cours des interactions avec ceux-ci que le sujet apprend et construit la signification de son activité. Le sujet modifie ainsi son comportement de façon à répondre aux attentes d'autrui et tend de la sorte à adopter le rôle du consommateur de drogue, lequel apporte une dimension nouvelle à son identité.

Dans un ouvrage clé du courant interactionniste²²⁷, H. Becker expose une étude de la vie de certains groupes sociaux faisant usage de marijuana. Ce travail est basé sur une technique d'observation directe et d'entretiens approfondis, ce qui lui permet de reconstituer la séquence des étapes que doit parcourir tout novice faisant l'expérience de fumer la marijuana.

Ainsi, le novice devra tout d'abord apprendre les techniques de consommation permettant d'obtenir du produit les effets appropriés, ensuite le sujet va devoir reconnaître et interpréter les effets d'une intoxication dont il peut ne pas avoir conscience, enfin les effets devront être redéfinis comme agréables et les sensations négatives minimisées.

Le sujet en proie aux sensations inhabituelles de l'effet d'une drogue va donc recourir à un ensemble de représentations pour décoder ses sensations corporelles. Ces

²²⁷ H. Becker, op. cit.

représentations émanent pour une large part de phénomènes de socialisation prenant place au sein du groupe des consommateurs²²⁸.

De plus, en parallèle avec l'apprentissage des sensations s'opère une **modification des attitudes** du sujet face à l'idée d'adopter un comportement non conventionnel. Au contact du groupe déviant le sujet nouvellement admis va utiliser des **techniques de neutralisation**²²⁹ du contrôle social afin de contrecarrer son besoin de se soumettre aux lois. Ainsi, de même que le délinquant justifiera son vol en le considérant comme un emprunt temporaire, le fumeur de marijuana vantera les effets bénéfiques de son produit.

Le sujet déviant va donc intérioriser progressivement un système de pensée et de normes et adhérer de la sorte à la sous-culture de son groupe.

L'auteur montre comment le fait d'apprécier un joint de marijuana et de pouvoir en tolérer l'aspect illégal est le fruit d'un **apprentissage social** qui s'acquiert aux contacts répétés de consommateurs avertis.

Parmi les auteurs ayant développé les phénomènes d'attribution de sens liés à la toxicodépendance, mentionnons encore le travail de A. Lindesmith. Cet auteur a bien mis en évidence comment apprentissage de connaissances liées à la consommation de drogues et définition de soi peuvent aller de pair.

Il publie en 1947 une étude²³⁰ réalisée auprès de 62 héroïnomanes de rue afin de comprendre ce qui les différencie des patients recevant des opiacés sur de longues durées à titre médical et ne développant pas de toxicomanie.

A. Lindesmith explique ce paradoxe en considérant que la **dépendance** résulte d'un **apprentissage social** qui se déroule au sein du groupe d'utilisateurs. Ainsi une personne adopte un comportement toxicomane lorsqu'elle réalise que le syndrome de sevrage est lié au manque du produit. Le vécu du manque implique donc une mise en relation de l'état présent avec l'absence de produit ; dans le cas contraire le sujet interprétera son état comme les symptômes d'une simple maladie.

Replacées dans le cadre de la psychologie sociale, les découvertes de A. Lindesmith sur le vécu de la prise de drogues représentent un cas particulier de la **définition des états émotifs et corporels**. Ce domaine du fonctionnement sociocognitif fut initialement investigué par W. James²³¹ qui concevait l'identification d'une émotion comme la conséquence d'un changement corporel induit par une situation (je suis triste parce que je

²²⁸ Relevons que ces représentations émanent aussi de la société globale (images de la drogue et des toxicomanes véhiculées par les médias et l'opinion publique).

²²⁹ Le concept de techniques de neutralisation a été initialement développé par G. Sykes et D. Matza (*Techniques of neutralization. A theory of delinquency, American Sociological Review*, 1957, 22) qui considèrent ce mécanisme comme central dans l'évolution vers la déviance puisqu'il permet au sujet de faire coexister deux systèmes normatifs antagonistes. Ces attitudes de déni (de la responsabilité et du mal causé) permet de violer certaines règles sociales tout en en reconnaissant la validité.

²³⁰ A. Lindesmith, *Opiate addiction*, Bloomington, Inc., Principia Press, 1947.

²³¹ W. James, *The principles of psychology*, New York, Henry Holt, 1890.

pleure et non l'inverse). On a ensuite montré que l'émotion résultait à la fois de facteurs physiologiques internes et de facteurs cognitifs. Ces derniers sont liés à la perception du contexte social et permettent d'attribuer une signification à un état physiologique particulier²³² en lui-même habituellement peu identifiable (un même état physiologique pouvant être défini comme agréable ou désagréable suivant la situation). C'est pourquoi le vécu de l'effet du produit sur l'organisme aura beaucoup plus à voir avec le sens que le contexte culturel et sous-culturel lui donne qu'avec les propriétés chimiques du produit lui-même.

A. Lindesmith pointe également l'importance du lien entre le ressenti des symptômes de manque et le **concept de soi** toxicomane. Car au-delà d'une simple attribution de sens à l'effet d'une drogue, c'est toute une définition de soi nouvelle qui s'élabore sur le modèle stéréotypé du toxicomane "accro" sécrété par la société mais aussi véhiculé à son tour par les usagers et qui va conditionner le comportement de dépendance.

L'ensemble des apprentissages se déroulant au cours des interactions avec les usagers de drogues vont donc bien au-delà de la maîtrise d'une simple pratique de consommation. La sous-culture drogue permet ainsi l'élaboration d'une vision de soi et du monde nouvelle, processus au cours duquel l'identité déviante du sujet se consolide et s'affermi.

5. Conclusion

Tout au long de ce chapitre nous avons cherché à mettre en évidence l'influence des phénomènes de groupe sur le problème "drogue" afin de mieux comprendre les difficultés d'intégration sociale du toxicomane.

Tout d'abord nous avons résitué la toxicomanie dans le champ de la **déviance** telle que la sociologie l'envisage. La définition de la déviance dans ce champ du savoir a permis de montrer que bien que reposant sur un ensemble de faits objectifs relatifs à une **transgression** de normes, la déviance n'existe pas sans un discours sur ces faits, c'est-à-dire sans un jugement ou **désignation** de la part d'un groupe social sur les manières d'agir et de penser d'un groupe cible.

Epistémologiquement, il en découle deux approches possibles de la déviance suivant que l'accent est mis soit sur l'aspect objectif du *donné*, soit sur l'aspect subjectif du *construit*. Il s'agit respectivement de la perspective positiviste et la perspective interactionniste, cette dernière représentant une référence majeure de notre travail.

Nous avons également présenté la déviance comme un phénomène **universel** et **relatif**. **Universel**, parce qu'on la retrouve dans toutes les sociétés, ce qui amène E. Durkheim à la considérer paradoxalement comme normale et nécessaire au fonctionnement de la société. Elle remplit en effet d'importantes fonctions telles qu'initier le changement et maintenir la cohésion sociale (l'union pour combattre ou aider le déviant). **Relatif**, car les normes changent en fonction des lieux et des époques et donc les jugements de déviance également.

²³² W. Doise, J.-C. Deschamps et G. Mugny, *Psychologie sociale expérimentale*, Paris, Armand Colin, 1978.

Cette universalité du phénomène a amené les sociologues à considérer que la déviance devait avoir des fonctions bien précises au sein de l'organisation sociale. C'est pourquoi nous avons rappelé ses rôles au niveau de l'impulsion au changement et du maintien de la cohésion sociale.

Dans le but de catégoriser les multiples formes que peut prendre la déviance nous avons fait appel à la classification des modes d'adaptations sociales de R. K. Merton, basée sur la manière dont les individus acceptent ou refusent d'une part les objectifs valorisés socialement et d'autre part les moyens légitimes à disposition permettant d'atteindre ces buts. La discordance ou tension entre ces deux aspects engendre des situations d'**anomie** sources de déviance.

Cette classification a permis de montrer que si la toxicomanie trouve habituellement sa place dans la catégorie du **retrait**, on ne peut la réduire strictement à celle-ci. En effet si certains comportements toxicomaniaques témoignent d'un refus tant des valeurs de réussite sociale que des moyens conventionnels pour l'accomplir, d'autres comportements représentent une tentative d'accéder à l'aisance matérielle en adoptant des moyens illégitimes, ce qui correspond à la catégorie "innovation".

Ensuite l'**approche interactionniste**, cadre de référence principal pour ce chapitre, nous a permis de mettre en lumière le rôle du groupe qui juge et désigne le déviant comme tel. Cette approche a toujours défendu l'idée que tant les personnes qui transgressent que celles qui les jugent sont à considérer comme éléments d'un même objet d'étude puisque faisant partie intégrante d'un même processus. La réaction de la société face à l'acte de transgression est ainsi considérée comme déterminante dans la genèse d'une déviance.

Le développement d'une **identité déviant** est un processus séquentiel et interactif qui se doit de parcourir un certain nombre d'étapes. Si l'acte transgressif initie le processus (déviance primaire), c'est surtout la **désignation** de l'individu comme déviant qui va façonner son identité et l'enfermer dans un rôle défini de l'extérieur auquel il va être contraint de s'identifier en intérieurisant progressivement les caractéristiques stéréotypées qu'on lui attribue (déviance secondaire).

Un tel processus de désignation joue un rôle majeur de **contrôle social**, placées en position de visibilité sociale maximale, les personnes ainsi désignées sont comme neutralisées et prêtes à être orientées vers les divers systèmes de prises en charge et de réinsertion sociale.

L'approche interactionniste a bien montré les effets paradoxaux du contrôle social qui peut favoriser la déviance en tant qu'il participe de l'élaboration de l'identité déviant des personnes que la société cherche à neutraliser. Cette découverte fut à l'origine d'une véritable rupture épistémologique dans le champ de la criminologie de la fin des années soixante. Néanmoins cette approche a quelque peu sous-estimé l'impact dissuasif du contrôle social sur les comportements déviants, ce qui est actuellement une réalité bien établie.

A côté de la représentation générale du phénomène par le public qui véhicule toutes sortes de stéréotypes, on relève différents groupes sociaux à l'origine de l'étiquetage des toxicomanes. Qu'il s'agisse de groupements désireux de leur venir en aide ou orientés

vers la répression, de professionnels du domaine ou de personnes concernées personnellement par le problème (proches, usagers, ex-usagers), tous ont des intérêts particuliers à défendre dans leur démarche. De nature philanthropique, moraliste, corporatiste, économique ou politique, ces intérêts vont orienter la manière de construire le phénomène drogue de même que les propositions pour le gérer et le résoudre.

De manière plus générale on a décrit certaines réactions primaires du public face au problème "drogue" comme le besoin de contenir une angoisse diffuse suscitée par un phénomène qui l'inquiète et qui lui échappe. Le stéréotype du toxicomane dangereux et amoral permet de circonscrire et de réduire le problème à un groupe d'individus facilement identifiable, donnant ainsi une illusion de maîtrise du problème.

Il a par ailleurs été noté que si le comportement du toxicomane est si mal supporté par le public, c'est parce qu'il *caricature certains modèles de conduites valorisés dans nos sociétés* liés à la sacralisation de la consommation. On a donc d'autant plus besoin de le percevoir comme différent et de le mettre à distance qu'il évoque quelque chose de familier, voire d'attirant à certains égards.

De telles peurs viennent déformer la perception tant du phénomène drogue dans son ensemble que des substances en particulier. Ainsi, certaines caractéristiques sont attribuées par le public à l'héroïne qui ne correspondent pas à la réalité du produit. Il en résulte une tendance à la diabolisation du produit, construction qui n'est pas sans incidence sur le développement des toxicomanies, puisque comme l'a noté S. Peele²³³, plus une substance est considérée comme dangereuse et incontrôlable, plus la dépendance envers ce produit aura tendance à se répandre. Les **stéréotypes culturels** fournissent ainsi des schèmes de comportements aux usagés et orientent de la sorte leurs expériences toxicomaniaques.

Enfin, la dernière partie de ce chapitre a été consacrée à une analyse de la **sous-culture drogue** et des modes de vie qu'elle implique.

Née de la criminalisation de l'usage d'opiacés au début de notre siècle, cette sous-culture s'est alors constituée autour du problème commun rencontré par les usagers de drogues, à savoir l'acquisition d'un produit prohibé.

Cette micro-société implique un **mode de vie** avec ses normes et ses valeurs propres, lequel représente l'objet addictif majeur chez une majorité de toxicodépendants. En effet, ce mode de vie permet d'exister au monde d'une manière singulière et d'affirmer son identité subjective sur un mode alternatif.

Le groupe des toxicomanes auquel on assimile l'usager de drogues illégales prendra pour lui une importance croissante et son sentiment d'appartenance sera renforcé. S'immergeant progressivement dans la **sous-culture** du milieu de la drogue, le néophyte y fera la découverte des techniques de consommation et des manières de sentir et d'agir liées à l'adoption d'un comportement réprouvé socialement.

Le milieu de la drogue dure dans lequel les usagers sont impliqués à des niveaux variables, a été bien décrit par R. C. Stephens²³⁴ dans une étude basée sur le concept de

²³³ S. Peele, op. cit.

rôle de toxicomane de rue. Celui-ci consiste principalement à garder une réserve émotionnelle ; se montrer méfiant et peu concerné par les conséquences de ses actes (pas de culpabilité), rechercher des gratifications immédiates, être capable de tromper autrui et valoriser les apparences extérieures (argent, matériel). L'implication dans un tel mode de vie est corrélée avec l'intensité des consommations d'héroïne.

Le processus d'implication et d'adhésion à un tel rôle ou **modèle de conduite** va de pair avec un abandon progressif des relations avec les non-consommateurs et une tendance au rejet de la part de ceux-ci. Il s'ensuit ce que E. Lemert²³⁵ a appelé un **processus d'isolement et de fermeture**, où le rôle de toxicomane définit une part toujours plus importante de l'identité, ce qui se traduit par une forme d'**engouffrement** dans le rôle.

En contrepartie à cette spirale de l'enfermement dans les comportements addictifs, nous avons vu que le degré d'organisation de la sous-culture et l'importance donnée à la recherche d'une position sociale valorisée au sein de celle-ci constituent des éléments régulateurs de la consommation de drogue. De plus, par le biais de l'échange de savoirs et de la transmission des pratiques, la sous-culture drogue possède une fonction régulatrice des prises de toxiques²³⁶.

Lorsque ces divers éléments régulateurs font défaut et lorsqu'il s'agit d'un milieu très désorganisé, il y a un risque de **désengagement social** au sein même de la sous-culture, ce qui se traduit par une augmentation de la polytoxicomanie et des consommations incontrôlées. L'isolement et l'émettement du lien social tant vis-à-vis de la société globale que du groupe des usagers, provoquent un état de **désaffiliation**, phénomène d'une importance grandissante dans nos sociétés occidentales et qui va de pair avec les différentes formes d'exclusions sociales.

Nous voyons donc qu'au sein même de la sous-culture drogue certains aspects favorisent la consommation de toxiques (par exemple les valeurs hédonistes) alors que d'autres (la structuration sociale du groupe et sa culture propre) la régulent.

Bien que fortement antisociale, la sous-culture drogue n'en présente pas moins certaines similitudes avec la société globale. En effet, d'une part elle s'y oppose en rejetant les valeurs de la classe moyenne axée sur le travail, l'honnêteté et la sécurité, et en valorisant les attitudes de méfiance et de tromperie. D'autre part elle s'en approche avec la recherche de gratifications immédiates et l'importance donnée à la réussite matérielle.

En fait, tout se passe comme si le monde de la drogue caricaturait certains aspects de la société plus ou moins cachés en les poussant à leur extrême.

Par ailleurs, on ne peut considérer les acteurs de cette micro-société comme vivant

²³⁴
R. C. Stephens, op. cit.

²³⁵
E. M. Lemert, 1967, op. cit.

²³⁶
De façon similaire, les régions productrices de vin, porteuse d'une tradition du bien boire, possèdent des taux d'alcoolisme inférieure aux régions non viticoles.

dans un monde totalement à part car ils gardent toujours, bien qu'à des degrés variables, des attaches avec le système socio-économique global.

Cette double appartenance se traduit au niveau individuel par une **bipolarité identitaire conventionnelle et déviante**, ce qui ne va pas sans déboucher sur des antagonismes et des conflits de valeurs. La personne doit en effet naviguer entre deux sphères sociales plutôt incompatibles avec toutes les dérives possibles que peut entraîner un statut aussi instable.

Afin de permettre la coexistence de manières de penser aussi opposées et pour redonner à la personnalité un semblant d'unité, le sujet développe et apprend au sein du groupe des **techniques de neutralisation** tant du contrôle social externe que du besoin interne de se conformer aux règles sociales. De telles techniques de rationalisation de la conduite constituent une échappatoire à la dissonance cognitive induite, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, par le fait d'adopter une conduite que le sujet sait par ailleurs être inadéquate. C'est ainsi que le consommateur saura justifier son comportement excessif par l'état de dépendance²³⁷, en mentionnant l'innocuité des produits ou en rejetant la responsabilité de ses actes sur autrui, invoquant de mauvaises influences.

D'une manière générale, nous nous sommes intéressés dans ce chapitre aux **mécanismes de l'exclusion**, qu'il s'agisse de la stigmatisation du groupe des toxicomanes par la société globale ou des processus d'adhésion à une sous-culture déviante. Au chapitre suivant nous nous centerons sur les **mécanismes de l'intégration** (socialisation) et leur échec.

Chapitre 4 : LES DETERMINISMES PSYCHOSOCIAUX DE LA TOXICOMANIE

1. Introduction

Après nous être intéressé au phénomène de la construction sociale d'une déviance, aux bénéfices que tire la société à fabriquer divers stéréotypes pour appréhender le problème "drogue" ainsi qu'aux caractéristiques de la sous-culture drogue, nous quittons l'approche interactionniste symbolique pour nous tourner vers des approches beaucoup plus déterministes.

Comme au chapitre précédent, nous allons explorer les liens entre toxicomanie et intégration sociale, mais en mettant l'accent cette fois-ci sur le rôle des principaux **agents de socialisation** avec une centration sur la période de l'**adolescence**. Ceci afin de repérer les contextes environnementaux favorisant l'évolution vers la toxicomanie.

²³⁷ Comme nous l'avons vu au chapitre précédent avec le concept d'**auto-étiquetage socialement fonctionnel**.

Nous commencerons par aborder le phénomène général de la **socialisation** en tant que formateur de l'**identité sociale** (le pôle social de la personnalité). Ceci nous permettra de mieux cerner la nature des liens qui unissent l'individu au groupe social et le type de prérequis nécessaire à l'intégration et au développement d'un sentiment d'appartenance et de familiarité avec les membres du groupe. Si le développement de l'identité subjective peut être vu comme une quête de la similitude et de la différenciation sociale²³⁸, c'est donc au premier de ces deux termes que nous nous sommes intéressés.

L'identification du rôle des différents groupes d'appartenance en tant qu'**agents de socialisation** permettra de différencier leur fonction respective aux différentes étapes du développement de la personnalité, de même que de repérer les troubles de la socialisation qu'ils peuvent induire.

La finalité de la socialisation étant la conformité et l'adaptation sociale, nous nous pencherons sur les situations où cette issue est tenue en échec, laissant place à l'évolution vers la déviance avec le risque d'**exclusion sociale** qu'elle comporte.

L'évolution vers la toxicomanie passe par une série d'étapes qui implique le passage de l'abus de drogues licites aux drogues illicites, puis à l'usage de drogues aux effets toujours plus puissants. Cette escalade des produits et de leur dosage s'accompagne d'une participation toujours plus intense au groupe des usagers de drogues, où le sujet apprend les croyances, normes et techniques de consommation, ce qui va modifier son identité, comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

Plusieurs théories cherchent à rendre compte des mécanismes psychosociaux qui conduisent vers une telle déviance sociale. Nous aborderons deux grands courants théoriques de la sociologie américaine de la délinquance, la **théorie du contrôle social** et la **théorie de la déviance culturelle** (dont celle de l'apprentissage social), que nous compléterons avec un modèle théorique plus spécifique aux troubles du comportement chez l'adolescent, la théorie des **comportements problématiques** (*problem behavior theory*).

Ces théories cherchent à rendre compte de la dynamique des liens sociaux et des appartenances groupales qui influencent l'adoption de certains modèles de comportements. L'individu y est considéré comme se situant au cœur d'un jeu de forces où des modèles de conduites différents (déviants et conventionnels) s'affrontent.

La dernière partie de ce chapitre sera consacrée à une présentation de recherches empiriques concernant les caractéristiques psychosociales des usagers de drogues adolescents et jeunes adultes, avec une centration sur la nature des liens sociaux établis avec la famille, l'école et le groupe des pairs. La période de l'adolescence sera traitée avec une attention particulière puisque la quasi-totalité des problèmes de toxicomanie prend naissance à cette époque de la vie. Parmi les problèmes d'adaptation sociale qui accompagnent les abus de substances illégales, nous aborderons plus spécifiquement la question du lien entre délinquance et toxicomanie.

Pour clore le chapitre, nous mettrons à l'épreuve les deux théories principales de la

²³⁸ Selon le titre de l'article de J.-P. Codol : La quête de la similitude et de la différenciation sociale. Une approche cognitive du sentiment d'identité, in : P. Tap, *Identité individuelle et personnalisation*, Paris, Privat, 1979.

déviance, à savoir la théorie de la déviance culturelle et la théorie du contrôle social, en nous référant à une étude comparative de la qualité des **réseaux d'amitié** chez des usagers de toxiques adultes et des abstinents²³⁹. En dernier lieu nous définirons une nouvelle fois dans notre conclusion les **deux axes conceptuels** centraux qui orienteront au chapitre suivant l'analyse des résultats.

2. La socialisation

2.1. La socialisation : porte d'entrée dans le groupe

Avant d'aborder les diverses modalités de socialisation qui concernent le toxicomane adulte dans ses rapports au social, nous donnerons un aperçu général du phénomène de la socialisation.

La **socialisation** vise au développement du pôle social de l'identité par intériorisation de la culture, elle cherche à rendre les individus semblables entre eux. Elle s'oppose à la **personnalisation** qui concerne le développement du pôle individuel de l'identité et qui tend vers la différenciation des individus entre eux. Ces deux processus sont donc à l'origine de la **bipolarité de l'identité humaine**, bipolarité dont E. Durkheim rendait compte en considérant qu'il existe en chacun de nous un être individuel et un être social.

L'**être individuel** ou privé est constitué de notre tempérament, notre caractère, notre héritérité et notre situation personnelle, donc de tout ce qui fait notre singularité et notre *différence* vis-à-vis d'autrui. A l'inverse l'**être social** ou collectif représente ce qui nous rend *semblable* à autrui, il s'agit des systèmes d'idées, de sentiments et d'habitudes que nous avons en commun avec les groupes sociaux auxquels nous appartenons²⁴⁰.

Lorsque les manières de faire, de penser et de sentir du groupe sont intériorisées, il en résulte un **sentiment d'appartenance** envers celui-ci. Ce sentiment est la composante affective de l'identité sociale, il détermine la force du lien social qui unit l'individu avec les divers groupes dont il fait partie. De plus, les positions occupées dans les différents types de groupes constituent un ensemble de **référents identitaires** constitutifs de la définition de soi^{241 242}.

L'orientation de l'individu vers des modèles de conduites partagés par l'ensemble du groupe s'exerce par le biais du **contrôle social**²⁴³ qui peut s'effectuer de façon informelle dans le cadre des **groupes primaires** (famille, groupe des pairs, voisinage) ou de façon institutionnalisée dans les **groupes secondaires** (généralement régis par des lois ou des

²³⁹ D. Kandel & M. Davies, Friendship network, intimacy, and illicit drug use in young adulthood: a comparison of two competing theories, *Criminology*, 1991, 29, 3, pp. 441-469.

²⁴⁰ R. Campeau et al. op. cit.

²⁴¹ G. N. Ficher, *Les concepts fondamentaux de la psychosociologie*, Paris, Dunod, 1987.

²⁴² R. Mucchielli, *L'identité*, Paris, PUF, 1994.

règlements tels que partis politiques, associations).

Une fois socialisé, l'individu devient également agent du contrôle social. Cette transmission de générations en générations des modèles de comportements et des moyens de les réguler assure le maintien et la reproduction de la structure sociale.

La socialisation pousse donc à l'uniformisation et à la conformité des individus en les amenant à partager les normes, valeurs et modèles de comportements propres à l'ensemble du groupe. Il s'agit d'un processus d'interactions complexes où le sujet cherche à répondre aux attentes du groupe, et par-là structure sa personnalité. G. Rocher donne la définition suivante de la **socialisation** :

le processus par lequel la personne humaine apprend et intériorise tout au cours de sa vie les éléments socioculturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expériences et d'agents sociaux significatifs et par-là s'adapte à l'environnement social où elle doit vivre²⁴⁴.

Cette citation montre bien à quel point le concept de socialisation permet d'articuler l'individuel et le social. Elle met en évidence trois aspects du processus que nous allons développer dans la suite de ce sous-chapitre :

1.

les **mécanismes psychiques** responsables de l'acquisition de la culture (connaissances, modèles de comportements, valeurs, manières de faire, penser et sentir) et des phénomènes d'apprentissage ;

2.

les **agents de socialisation** que constituent les personnes et les groupes qui influencent l'individu ;

3.

les **conséquences** de la socialisation qui peuvent être soit la déviance soit la conformité et qui déterminera le type d'adaptation sociale.

2.2. Les mécanismes de la socialisation

La mise en évidence des **mécanismes** de la socialisation consiste à rendre compte des modalités d'**intégration psychique** du social. Un tel processus concerne une modification en profondeur de la personnalité par l'environnement socioculturel. Il implique des mécanismes d'**apprentissage** (répétition, imitation, renforcement, etc.) se déroulant généralement dans le cadre d'une relation humaine où l'**identification** à l'autre constitue la matrice énergétique qui permettra l'intériorisation et l'appropriation active des caractéristiques valorisées par les partenaires sociaux.

²⁴³

M. Cusson donne la définition suivante du **contrôle social** : "l'ensemble des processus par lesquels les membres d'un groupe s'encouragent les uns les autres à tenir compte de leurs attentes réciproques et à respecter les normes qu'ils se donnent". In : R. Boudon, *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 1992, p. 407. Nous aborderons plus en détails cette notion au sous-chapitre suivant consacré à la théorie du contrôle social.

²⁴⁴

G. Rocher, *Introduction à la sociologie générale, 1. L'Action sociale*, Paris, Seuil, 1970, p 132.

L'intériorisation par l'enfant des règles sociales et des attentes parentales se traduit pour S. Freud²⁴⁵ par la constitution d'une instance interne, le **Surmoi** dont la fonction est d'exercer un contrôle sur les conduites et les pensées du sujet afin de les rendre conformes à certaines normes morales. Cette instance agit de façon inconsciente, c'est pourquoi, la plupart du temps, cette pression interne vers la conformité n'est pas ressentie par le sujet, elle s'exerce de façon automatique.

2.3. Les agents de socialisation

Les principaux **agents de socialisation** sont la famille, l'école, les pairs, les médias et le monde du travail²⁴⁶. Les médias ont un statut à part dans la mesure où d'une part il ne s'agit pas d'un groupe social identifiable et d'autre part leur action est diffuse et s'adresse à l'ensemble de la collectivité.

Certains groupes ou institutions ont pour *but explicite* la socialisation de leurs membres, c'est le cas de la famille et de l'école (de même que des églises et des sectes). Leur action socialisante concerne la personne dans sa globalité. Lorsque la socialisation n'est pas un *but explicite* (entreprise, groupe des pairs), celle-ci ne vise plus une modification globale de la personnalité, même si certains milieux tels que le groupe des pairs peuvent avoir une influence notable sur le comportement.

La **socialisation primaire** concerne la période de l'enfance où s'exerce prioritairement l'influence de la famille, de l'école et du groupe des pairs. La **famille** joue un rôle primordial puisqu'elle assure la structuration de la personnalité durant les premières années de vie, période où l'enfant est particulièrement malléable.

Beaucoup plus neutre affectivement que la famille, l'**école** représente un milieu d'apprentissage tant de connaissances spécifiques que de normes et valeurs propres à la culture dominante (compétitivité, besoin de réussite, etc.).

Quant au **groupe des pairs**, plus l'enfant évolue vers l'adolescence plus son influence se fait grande. Si l'importance d'un tel groupe chez l'adolescent varie en fonction du degré d'autonomie face aux parents²⁴⁷, il offre dans tous les cas un moyen d'émancipation vis-à-vis du milieu familial par le biais de la confrontation aux normes de la "culture jeune".

Au cours de l'âge adulte l'apprentissage de normes et de valeurs se poursuit, bien que de façon moins intensive. Cette **socialisation secondaire** débute avec l'entrée dans l'âge adulte, lequel correspond à un double mouvement : un départ (de la famille, de l'école) et une entrée (dans le travail, dans la conjugalité)²⁴⁸. Ces étapes de transitions

²⁴⁵ S. Freud, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, trad. de l'allemand, (éd. orig. 1933), Paris, Gallimard, 1984.

²⁴⁶ R. Campeau et al., *Individus et sociétés. Introduction à la sociologie*, Québec, Gaëtan Morin ed., 1993.

²⁴⁷ K. Hurrelman, *Mal de vivre à l'adolescence*, in : P. Tap et H. Malewska-Peyre, op. cit.

²⁴⁸ O. Galland, *Sociologie de la jeunesse*, Paris, A. Collin, 1991, cité par C. Nicole-Drancourt et L. Rouleau-Berger, in : *L'insertion des jeunes en France*, Paris, PUF, 1995.

mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation de l'individu, il en va de même pour d'autres événements ultérieurs tels qu'un changement d'emploi ou la naissance d'un enfant.

Le **travail** joue un rôle de socialisation essentiel, car bien que les fonctions qu'il offre peuvent toutes se retrouver dans d'autres types d'activités, le travail présente l'avantage de toutes les rassembler. L'emploi donne une structuration temporelle à la journée, il enrichit la vie d'expériences et de contacts variés en dehors de la cellule familiale. De plus, le vécu de l'interdépendance dans l'exécution des tâches concrétise l'idée de but commun, enfin, il contribue à définir le statut et l'identité sociale de l'individu en lui donnant une position dans la structure sociale. L'ensemble des fonctions²⁴⁹ que remplit le travail pour l'être humain permet de comprendre l'impact négatif du chômage sur la vie psychique.

2.4. Les conséquences de la socialisation et les formes de l'intégration sociale

La fonction de la socialisation est double. Elle permet d'une part au groupe ou à la société de maintenir une **cohésion** suffisante et d'autre part elle favorise l'**adaptation sociale** des individus en leur donnant les moyens de se comporter de façon conforme aux attentes du groupe.

Ainsi, la socialisation réalise l'intégration sociale dans les deux sens du terme, au niveau groupal en resserrant les liens entre individus et au niveau individuel en permettant l'accès au groupe²⁵⁰. On comprend dès lors qu'une défaillance dans la socialisation aura des répercussions importantes sur le fonctionnement psychosocial d'un individu, puisque son intégration dans la structure sociale risque d'être compromise.

On peut définir l'**intégration sociale** au niveau groupal par :

*la qualité et la fréquence des relations qui se nouent au sein d'un groupe, ainsi que par le degré d'engagement de ses membres dans des activités communes. Un groupe est intégré quand ceux qui le composent se connaissent, se parlent, s'apprécient, s'aident mutuellement et sont engagés dans des activités partagées*²⁵¹.

En ce qui concerne le processus d'insertion de l'individu dans le groupe, V. de Gauléjac et I. Taboada Leonetti²⁵² conçoivent l'**intégration** et l'**exclusion** comme les deux pôles d'un processus unique qui peut être décomposé en trois dimensions distinctes.

Une première dimension consiste dans l'**intégration économique** qui concerne l'emploi et les revenus. Elle détermine le niveau de participation de l'individu dans le

²⁴⁹ M. Roques, Les effets psychologiques du chômage, in : P. Tap et al., op. cit.

²⁵⁰ Sur les deux acceptations du terme intégration sociale : processus d'incorporation d'un élément à un ensemble et processus de transformation d'une collection d'éléments en un système cohérent ; cf. Y. Barel, Le Grand Intégrateur, *Connexion*, 56, 1990.

²⁵¹ M. Cusson, 1992, op. cit., p. 414.

²⁵² V. de Gauléjac et I. Taboada Leonetti, op. cit. ; I. Taboada Leonetti, op. cit.

système de production et de consommation. L'insertion dans le monde du travail s'avère particulièrement importante car depuis l'industrialisation elle représente une norme quant à l'intégration sociale et elle confère une identité sociale telle qu'aucun autre groupe ne peut le faire.

L'intégration relationnelle représente une deuxième dimension qui concerne l'intégration dans le tissu relationnel. L'auteur distingue d'une part des liens horizontaux à l'origine de ce que E. Durkheim²⁵³ nomme la **solidarité mécanique**, établie sur le principe de *similarité* et de proximité avec les personnes des groupes concernés (famille, amis, voisins, club, bandes) et d'autre part des liens verticaux qui unissent l'individu avec des entités plus abstraites telles que la société ou la nation. Ce dernier type de liens est constitutif de la **solidarité organique** qui repose sur le principe de *complémentarité* et sur la division du travail.

Le réseau de sociabilité primaire s'avère particulièrement important car outre ses fonctions d'échange de services et d'informations et de soutien affectif, il permet l'échange d'**images identificatoires** qui aident à situer la position de chacun dans les groupes d'appartenance. Des carences au niveau de ce réseau relationnel peuvent avoir pour conséquences d'affaiblir le sentiment d'appartenance, de diminuer les sources de valorisation et de limiter les repères identitaires²⁵⁴.

Une dernière dimension du processus d'intégration est l'intégration symbolique. Cette dimension s'avère cruciale pour comprendre le phénomène de l'exclusion sociale car elle concerne la reconnaissance symbolique de la place de l'individu dans la société. Il s'agit de la conformité ou non d'un individu aux normes et autres idéaux sociaux, ainsi que des mécanismes de stigmatisation et de rejet qui peuvent découler de la non-conformité.

Dans une visée intégrative de différentes théories de la déviance, D. S. Elliott et al.²⁵⁵ considèrent deux voies possibles d'évolution vers la délinquance et l'abus de drogues. La première concerne des sujets dont la socialisation déficiente dès la première enfance a engendré des liens faibles avec les groupes conventionnels. La seconde s'applique à des sujets qui ont pu dans un premier temps établir des liens avec l'ordre social conventionnel, mais qui ont connu à l'adolescence un processus d'atténuation ou d'**affaiblissement de ces liens**. Cette atténuation peut être due à une faillite de l'accomplissement personnel, à un processus d'étiquetage négatif ou à une crise sociale désorganisant l'environnement social du sujet.

Les deux voies d'évolution vers la délinquance et l'abus de drogues requièrent cependant l'**exposition aux modèles déviants** dans le cadre du groupe non conventionnel. La probabilité d'apparition de comportements délinquants augmente

²⁵³ E. Durkheim, *De la division sociale du travail*, (éd. orig. 1893), Paris, PUF, 1983

²⁵⁴ Relevons que l'intégration relationnelle et économique peut être réalisée au sein du groupe déviant. Celui-ci peut en effet offrir le soutien propre à tout réseau social de même que la réussite économique à travers le commerce de drogue.

²⁵⁵ D. S. Elliott, S. S. Ageton & R. J. Canter, An integrated Theoretical perspective on delinquent behaviour, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1979, 16, 1, pp 3-27 ; D. S. Elliott, D. Huizinga & S. S. Ageton, *Explaining delinquency and drug use*, London, Sage Publications, 1985.

fortement lorsque l'attachement au groupe et aux individus déviants se révèle plus fort que l'attachement au groupe et aux individus conventionnels.

L'**adaptation sociale** des individus peut donc être tenue en échec lorsque certaines conditions viennent limiter voire supprimer l'apport socialisateur du groupe conventionnel. De cette façon, un licenciement, un chômage de longue durée, une rupture conjugale ou une perte d'un réseau d'amitié peuvent engendrer une crise personnelle qui va déclencher une cascade de conséquences néfastes à l'équilibre psychosocial de l'individu.

Des **conduites de retrait** visant à éviter la dévalorisation liée à l'échec relationnel et/ou social, peuvent venir aggraver la situation en amplifiant un refus des normes souvent déjà existant. Il y a risque alors de voir se dissoudre une intégration sociale jusqu'alors apparemment réussie et de s'acheminer vers un état d'**exclusion sociale** où la dissolution du lien social, la perte des réseaux de solidarité et l'isolement en constitue le noyau dur²⁵⁶.

Alors que le toxicomane est en position de risque face à l'exclusion sociale²⁵⁷ en raison de son refus d'entrer dans le "système" et des mouvements de rejets qu'il suscite, inversement les exclus sont particulièrement touchés par les abus de toxiques, la figure du clochard ivrogne en est l'exemple paradigmique. On le voit, les deux phénomènes partagent des processus communs.

Toutefois, le modèle du processus bipolaire intégration - exclusion n'est pas suffisant pour rendre compte des phénomènes sociaux liés aux prises de drogues. En effet, si l'intégration sociale s'oppose à l'exclusion sociale, où situer l'intégration dans le groupe déviant ?

Car bien que la prise de toxiques tende à éloigner l'individu de la société, elle n'en garde pas moins une fonction de maintien d'un certain type de lien social²⁵⁸. En effet, le partage d'une sous-culture commune avec son langage, ses savoirs et ses préoccupations propres fondent le sentiment d'appartenance au groupe des usagers de drogues, lequel va à l'encontre de l'idée d'isolement social.

Dans les sous-chapitres suivants nous aborderons différents modèles théoriques de la déviance qui permettront de mieux cerner la problématique complexe des modes de socialisation propre à la toxicomanie.

3. Théorie du contrôle social : défaillance de la socialisation conventionnelle

Les origines de la **théorie du contrôle social**²⁵⁹ remontent aux travaux de E. Durkheim

²⁵⁶ J. Etienne et al., op. cit. Un tel phénomène d'exclusion sociale est particulièrement prégnant dans nos sociétés actuelles, où le rôle intégrateur et protecteur du travail tend à perdre de l'importance.

²⁵⁷ Nous avons vu au chapitre précédent que certaines modalités d'usage de toxiques de type polytoxicomaniacal pouvaient se traduire par une dérive sociale où même les liens avec le milieu s'effritaient.

²⁵⁸ A. Morel, F. Hervé et B. Fontaine, *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.

sur le suicide²⁶⁰ où il montre que la fréquence de cet acte autodestructif est inversement proportionnelle au degré d'**intégration sociale**²⁶¹ du groupe d'appartenance. En effet, lorsque l'intégration est forte, les contraintes et les pressions sociales sont importantes, ce qui rend effective la fonction de régulation sociale du groupe, et donc limite la transgression des normes. Par contre, lorsque le groupe se caractérise par une faible cohésion sociale, il s'ensuivra une baisse du contrôle social, et donc une augmentation des phénomènes de déviance.

Les sociologues de l'Ecole de Chicago sont les représentants classiques de cette théorie. Leurs études sur la délinquance dans les grandes villes américaines²⁶² ont montré comment la **désorganisation sociale** liée à l'urbanisation non planifiée se traduit par une diminution des contrôles sociaux dans les quartiers pauvres à forte immigration. Il s'y développe en effet des formes de sociabilité (le gang) en rupture avec les coutumes et traditions de la société globale qui ne représentent plus pour ces couches sociales des modèles de comportements à suivre.

La désorganisation sociale dont il est question ici ne correspond pas toutefois à un manque de normes, mais reflète l'inarticulation des groupes d'immigrants avec le reste de la société et caractérise le système dans sa globalité²⁶³.

Le **contrôle social** peut être envisagé comme l'ensemble des moyens formels et informels dont la société dispose afin d'amener les individus à respecter les règles et les normes en vigueur. Alors que le contrôle social *formel* relève des contraintes et sanctions mises en oeuvre par des entités supra-individuelles (police, justice...), le contrôle social *informel* émerge des interactions spontanées entre individus par le biais des efforts que chacun fait pour se conformer aux attentes d'autrui.

Un tel processus de contrôle n'est toutefois efficace que si l'individu est suffisamment inséré socialement. Dans le cas contraire l'instance de contrôle ne reçoit pas tout le crédit nécessaire de la part de l'individu, ce qui diminue son influence. En effet :

La motivation à tenir compte des attentes d'autrui et à respecter les normes auxquelles il est attaché découle d'abord de la qualité, de la fréquence et de la stabilité des rapports qui lient les êtres humains²⁶⁴.

Nous voyons donc que la notion de lien social va de pair avec celle de contrôle social. La

²⁵⁹ Cette théorie apparaît dans la littérature sous diverses dénominations : théorie du lien social, de la régulation sociale ou de l'intégration sociale.

²⁶⁰ E. Durkheim, *Le suicide, étude sociologique*, (éd. orig. 1895), Paris, PUF, 1960.

²⁶¹ Cf. plus haut la définition de cette notion.

²⁶² J. M. Thrasher, *The gang, Chicago*, University of Chicago Press, 1927 ; C. Shaw, F. Zorbaugh, H. McKay & L. Cottrell, *Delinquency areas*, Chicago, University of Chicago Press, 1929 ; E. Sutherland, 1937, op. cit.

²⁶³ N. Herpin, op. cit.

²⁶⁴ M. Cusson, *Croissance et décroissance du crime*, Paris, PUF, 1989.

théorie du contrôle social postule en effet que les liens avec la société inhibent des tendances antisociales conçues comme naturelles et propres à chaque individu. Afin de maîtriser ces tendances, l'individu doit subir une socialisation qui lui permettra de vivre en communauté grâce à la reconnaissance de **contrôles sociaux externes** et à l'élaboration de **contrôles normatifs internes**.

Les **liens sociaux** sont les vecteurs du contrôle social, plus ils sont forts plus le comportement tendra vers la conformité. Selon T. Hirschi^{265 266} les liens sociaux sont de quatre types :

1.

l'**attachement** aux personnes de référence (parents, enseignants, pairs). Par le biais de l'identification et de l'importance donnée aux jugements de ces personnes, celles-ci exercent des contrôles sociaux externes (récompenses et punitions) qui limitent les tendances transgressives ;

2.

l'**engagement** dans les institutions conventionnelles (école, religion) qui va de pair avec un choix de vie conforme ;

3.

l'**implication** dans des activités conventionnelles (études, clubs de sport, etc.) qui occupe l'esprit du sujet et ne lui laisse plus vraiment le choix de commettre un acte déviant ;

4.

la **croyance** en la validité morale des règles de la société. Cette croyance varie suivant les individus, même si T. Hirschi postule un système de valeurs communément partagées.

Les modalités deux et trois ne variant toutefois pas indépendamment l'une de l'autre, plusieurs auteurs^{267 268} les regroupent en un seul type de lien : engagement dans les activités et les institutions conventionnelles.

Ces auteurs établissent une relation hiérarchique entre les trois types de liens : l'enfant développe d'abord un attachement envers les personnes, ensuite se confronte aux institutions et enfin adhère (ou n'adhère pas) aux valeurs de la société.

L'évolution vers la déviance résulte toujours, selon ce modèle, d'un défaut dans le **processus de socialisation conventionnel**. Ceci peut être dû soit à certaines faiblesses chez l'enfant quant à ses capacités d'intériorisation des normes, soit à l'inadéquation des parents dans leur rôle d'éducateur ou encore à des conditions sociales défavorables pour

²⁶⁵ T. Hirschi, *Causes of delinquency*, Berkeley, University of California Press, 1969.

²⁶⁶ N. Queloz, Lien social et conformation des individus, examen critique, *Déviance et Société*, 1989, Vol. 13, No 3, pp. 199-208.

²⁶⁷ D. S. Elliott et al., 1979, op. cit.

²⁶⁸ L. Walgrave, op. cit.

le développement psychosocial de l'enfant.

La théorie du contrôle social implique par ailleurs l'idée que le choix d'un acte, conventionnel ou déviant, repose toujours sur une évaluation rationnelle des coûts et bénéfices qu'il peut rapporter. Aussi, lorsqu'il existe un attachement positif envers les diverses institutions sociales, le choix d'un acte conventionnel s'impose dans la mesure où il s'accompagne du bénéfice de la reconnaissance sociale, alors que l'adoption d'un comportement déviant se traduirait par la perte des gratifications relationnelles prodiguées par le groupe d'appartenance.

Par contre, lorsque les liens avec la société n'ont pas pu s'établir correctement et que les gratifications relationnelles émanant du groupe conventionnel sont faibles voire absentes, l'équilibre des coûts et bénéfices tend à s'inverser et c'est le comportement déviant qui peut alors être perçu comme source potentielle de bénéfices, notamment grâce à la constitution de liens d'appartenance avec un groupe de pairs déviant.

Dans le cadre de l'institution scolaire ce schéma s'applique au cas du mauvais élève stigmatisé et peu gratifié par l'école qui va progressivement s'affilier à des groupes antisociaux afin d'y trouver une reconnaissance sociale.

En d'autres termes, on peut dire avec M. R. Gottfredson et T. Hirschi²⁶⁹ que *le coût du crime varie en fonction de la localisation de l'individu dans la société* ou suivant le lien qu'il a établi avec elle.

Dans son modèle théorique de la délinquance, L. Walgrave²⁷⁰ apporte un complément à la théorie du contrôle social. Il la situe dans une approche interactionniste pour considérer que le lien social ne se développe pas dans le vide, mais qu'il existe un "marché" de l'**offre de liens** auxquels les adolescents auraient un accès différentiel en fonction de leur statut socioculturel. Cet aspect joue un rôle important dans le milieu scolaire, celui-ci étant façonné par les normes et valeurs de la culture dominante.

Relevons enfin que si le défaut d'intégration sociale en tant que dimension essentielle de nombreux phénomènes de déviance confère à la théorie du contrôle social une portée très générale, celle-ci en contrecoup perd en spécificité dans la mesure où elle ne peut pas différencier les raisons de l'évolution vers différents types de déviances tels que le suicide, la toxicomanie ou la délinquance.

4. Théories de la déviance culturelle : socialisation vers la déviance

4.1. Théorie de l'association différentielle

La théorie de l'association différentielle est le fruit des travaux d'E. Sutherland²⁷¹ (1883-1950) professeur de criminologie à l'Université de Chicago²⁷². Elle s'inscrit dans un

²⁶⁹ M. R. Gottfredson et T. Hirschi, *A general theory of crime*, Stanford, California, Stanford University Press, 1990. Dans cet ouvrage les auteurs complètent leur théorie du contrôle social avec le développement de la notion d'auto-contrôle qui souligne le rôle de cette variable individuelle dans le passage à l'acte.

²⁷⁰ L. Walgrave, *ibid.*

des principaux courants de la sociologie américaine de la déviance ; la théorie de la déviance culturelle. E. Sutherland est par ailleurs considéré comme le fondateur de cette dernière²⁷³.

Etant donné que l'orientation théorique générale de l'Ecole de Chicago est celle du contrôle social, E. Sutherland occupe une position différenciée au sein de cette école²⁷⁴. Il se différencie d'autres auteurs de l'Ecole de Chicago tels que W. I. Thomas, F. Znaniecki et C. R. Shaw dans la mesure où bien qu'adhérant à l'idée que la position dans la structure sociale influence l'évolution vers la déviance, il privilégie l'étude des **processus sociaux** menant à celle-ci²⁷⁵.

La théorie de E. Sutherland est ambitieuse puisqu'elle vise à identifier les causes nécessaires et suffisantes du crime, néanmoins l'auteur ne prétend pas rendre compte de l'ensemble des facteurs menant au crime. Il cherche à différencier les niveaux d'analyse en séparant chronologiquement les facteurs de délinquance et en ne prenant en considération que les plus tardifs. Il s'agit des facteurs qui ont un rapport direct avec les comportements délinquants et qui concernent les connaissances liées aux techniques et attitudes morales face aux actes en question. Car de nombreux facteurs sont susceptibles d'influencer l'association différentielle avec les milieux délinquants versus non délinquants, mais le parti de l'auteur est d'expliquer le crime et non l'association différentielle.

Ce sociologue considère que le comportement délictueux est **appris** en s'associant avec des délinquants. Cet apprentissage social se fait par la transmission et l'imitation de **techniques et d'attitudes délinquantes** dans un processus de communication et d'interaction avec les membres d'un groupe constitué en sous-culture²⁷⁶.

Un individu adopte un comportement délinquant lorsque son exposition aux définitions favorables à la violation des lois l'emporte sur les définitions défavorables à de tels actes. *Les croyances et valeurs sous-culturelles adoptées par l'individu sont donc considérées comme une cause principale d'évolution vers la déviance*²⁷⁷.

L'appartenance au groupe délinquant, par le biais d'un processus de socialisation, va permettre l'acquisition de techniques et d'attitudes délinquantes véhiculées par la

²⁷¹ E. H. Sutherland & D. R. Cressey, *Principe de criminologie*, (éd. orig. américaine 1924), Paris, Lujas, 1966. E. H. Sutherland, *Le voleur professionnel*, (éd. orig. américaine 1937), Paris, Spès, 1963.

²⁷² En fin de carrière il ira enseigner à l'université d'Indiana où il aura notamment comme étudiant A. Cohen qui reprendra à son compte les notions de sous-culture délinquante et de transmission culturelle.

²⁷³ P. Besnard, op. cit.

²⁷⁴ A. Coulon, *L'Ecole de Chicago*, Paris, PUF, 1992.

²⁷⁵ E. Rubington & M. S. Weinberg, *The study of social problems*, New York/Oxford, Oxford University Press, 1989.

²⁷⁶ Ceci résume les quatre premières propositions de sa théorie. Elle sont complétées par cinq autres qui expliquent entre autre la notion d'association différentielle.

sous-culture du groupe. Une fois les apprentissages réalisés, l'individu pourra à son tour perpétrer des délits.

La théorie envisage donc un *lien de causalité* entre l'interaction avec des délinquants et la commission de délits. De plus les mécanismes d'apprentissage de la déviance sont conçus comme semblables à ceux qui mènent à la conformité, seuls leurs contenus diffèrent.

Les données empiriques n'ont toutefois jamais pu totalement confirmer ce modèle. En effet, dans le domaine de la délinquance, certains auteurs²⁷⁸ ont par la suite défendu un modèle explicatif où l'activité délictueuse serait première et à l'origine du choix des amis et connaissances, lesquels influencerait dans un second temps l'activité délictueuse.

En ce qui concerne une activité déviant telle que la prise de drogues, on peut décrire un processus semblable à celui qui mène à l'acte délinquant. Car si les usagers de drogues apprennent des attitudes et des techniques de consommation au sein du groupe des consommateurs, ils éprouvent rapidement des besoins d'autojustification et de **soutien moral** face à leurs conduites prohibées. C'est pourquoi ils vont être amenés à rechercher la compagnie des plus aptes à leur offrir cette aide, c'est-à-dire ceux qui partagent leur condition. Ainsi, *l'activité déviant serait tout autant cause que produit de l'appartenance au groupe déviant*.

Les critiques de la théorie de l'association différentielle n'ont toutefois pas empêché le concept d'association différentielle d'être repris et intégré dans des théories ultérieures telles que celle de l'apprentissage social.

4.2. Théorie de l'apprentissage social

La **théorie de l'apprentissage social** est un courant du comportementalisme qui s'intéresse à la construction de la personnalité, envisagée comme un ensemble d'habitudes apprises en réponse aux stimuli de l'environnement. Le processus d'apprentissage obéit au principe du **conditionnement instrumental**²⁷⁹ et s'effectue par **imitation** lors de l'exposition au modèle. Il est de plus particulièrement influencé par le jeu des récompenses et punitions qui émanent du milieu social.

Certains théoriciens ont mis l'accent sur la dimension cognitive de l'apprentissage social, intégrant de la sorte les aspects subjectifs du processus. Ainsi, A. Bandura²⁸⁰ met en évidence les mécanismes de régulations internes de l'estime de soi qui jouent un rôle

²⁷⁷ La parenté de la théorie de l'association différentielle avec la théorie de l'étiquetage, développée au chapitre précédent, n'est pas fortuite. Les écrits d'E. Sutherland ont servi de base aux travaux d'auteurs tels que E. Lemert et H. Becker, même si le contexte épistémologique n'était plus du tout le même.

²⁷⁸ S. Glueck & E. Glueck, 1950 ; A. E. Liska, 1974 ; A. E. Liska et M. D. Reed, 1985, cités par M. Killias, *Précis de criminologie*, Berne, Staempfli & Cie SA, 1991.

²⁷⁹ La définition du conditionnement instrumental varie suivant les usages. Il peut être synonyme de **conditionnement opérant** ou représenter une catégorie plus large englobant ce dernier. Le conditionnement opérant est un mécanisme d'apprentissage où le comportement du sujet est renforcé par une conséquence positive (récompense) ou par la suppression d'une punition.

de renforcement du comportement. Pour cet auteur, deux modalités d'apprentissage sont à l'origine de tout comportement.

D'une part, **l'apprentissage direct** concerne le résultat des actions qui agit comme renforcement lorsqu'il est positif et comme inhibiteur lorsqu'il est négatif. Progressivement c'est l'anticipation de la conséquence de l'action qui motive le sujet dans une situation donnée à adopter telle ou telle conduite. De plus, au cours du développement la préférence se déplace des gratifications extérieures et matérielles vers les gratifications symboliques et immatérielles. D'autre part, **l'apprentissage par observation** nécessite la présence d'un modèle comportemental suscitant l'attention et la mémorisation chez le sujet.

Selon la théorie de l'apprentissage social, le choix d'un comportement, qu'il soit conforme ou déviant, se fait en fonction des avantages qu'il procure (renforcement positif) et des inconvénients qu'il permet d'éviter (renforcement négatif). C'est l'équilibre des récompenses et des punitions attendues qui guide la conduite humaine²⁸¹.

Contrairement à la théorie du contrôle social qui ne conçoit qu'une source possible de socialisation (de nature conventionnelle), la théorie de l'apprentissage social envisage l'existence de processus de socialisation tant conventionnels que déviants. C'est le contenu de la socialisation qui joue un rôle explicatif décisif et il n'est pas nécessaire de postuler une déviance inhérente à la nature humaine qui resurgirait en cas d'affaiblissement du lien avec la société conventionnelle, comme l'envisage la théorie du contrôle social.

L'adoption de comportements déviants résulte dès lors avant tout d'un processus d'apprentissage et d'observation se déroulant au sein du groupe des pairs. **L'exposition aux modèles déviants** est un aspect central de la théorie, dans la mesure où une telle exposition exerce une socialisation directe vers la déviance. Ceci se produit par le biais des **renforcements sociaux** au sein du groupe déviant sous la forme d'encouragements et de récompenses relationnelles qui sanctionnent les actes conformes aux normes du groupe²⁸².

4.3. Apprentissage social et toxicomanie

Concernant plus spécifiquement l'usage de drogues, R. L. Akers²⁸³ développe un modèle général de l'usage et de l'abus de drogues basé sur la consommation de marijuana chez des adolescents. Quelques ajouts sont apportés au modèle lorsqu'il s'applique à la consommation d'héroïne, notamment en ce qui concerne les phénomènes liés à la dépendance physique provoquée par cet opiacé. Toutefois le processus d'apprentissage social mis en évidence par le modèle est suffisamment général pour s'appliquer à tous les

²⁸⁰ A. Bandura, *Social Learning Theory*, New York, Mc Caleb-Seider, 1971.

²⁸¹ D. S. Elliott et al., 1985, op. cit.

²⁸² D. S. Elliott et al., 1985, op. cit.

²⁸³ R. L. Akers, op. cit.

types de drogues et à l'ensemble des groupes d'âge concernés par la prise de drogues.

L'idée d'**association différentielle** avec les pairs, les membres de la famille et les autres personnes significatives est centrale dans le modèle, dans la mesure où l'environnement humain ainsi constitué va fournir les définitions favorables ou non à l'usage de drogue, les modèles de comportement à imiter et les renforcements différentiels des comportements adoptés par le sujet.

La famille, qui joue un rôle crucial jusqu'à l'adolescence, influence généralement la consommation de drogues illégales dans le sens de la désapprobation. Néanmoins, les habitudes de consommation de psychotropes chez les parents (alcool, médicaments) peuvent favoriser l'usage de toxiques chez les enfants devenus adolescents.

Dès l'adolescence le **groupe des pairs** et des amis proches aura une influence décisive sur l'entrée éventuelle dans le monde de la drogue. L'association différentielle avec les pairs usagers ou non de drogues s'avère par ailleurs être le *meilleur prédicteur* de l'utilisation de drogues.

L'initiation au produit est envisagée comme se faisant généralement dans le contexte d'un groupe de pairs qui véhicule des **définitions** des usages (jugements moraux), consistant en **attitudes favorables** à la prise de toxiques. L'apprentissage de ces définitions est primordial puisqu'il va déterminer les comportements face aux prises de drogues. Ainsi, des attitudes positives (qui valorisent l'usage de drogues) ou de neutralisation (qui justifient ou excusent l'usage) sont apprises au sein du groupe d'usagers et vont favoriser le recours aux drogues.

L'exposition au groupe qui légitime l'usage augmente la probabilité d'une entrée dans le cycle de la consommation de drogues dans la mesure où les obstacles moraux qui réfrènent l'usage sont écartés.

A côté de ces définitions données par les membres du groupe, il y a les comportements de prises de drogues que ceux-ci adoptent. De telles conduites représentent des modèles comportementaux valorisés et seront l'objet d'**imitation**, phénomène particulièrement important durant la phase d'initiation aux consommations.

Une fois le sujet installé dans la consommation, les conséquences effectives des prises de drogues interviennent sous la forme de **renforcements différentiels** de l'usage. Il s'agit du poids respectif des avantages et inconvénients liés à la consommation et à l'abstinence.

Ces conséquences concernent les effets physiologiques de la substance, mais aussi les gratifications relationnelles offertes par les membres du groupe. La consommation devient désirable en tant que moyen d'être accepté par le groupe. Ce mécanisme de **renforcement social positif** relègue à l'arrière-plan l'appréhension du risque de la dépendance, ainsi que la connaissance des effets négatifs du produit.

Lors des premières prises d'héroïne, les effets négatifs du produit permettent difficilement de ressentir des sensations agréables. C'est ici qu'intervient un phénomène d'apprentissage social qui permet au toxicomane de redéfinir comme agréables les perturbations physiologiques²⁸⁴ ressenties suite à la prise d'héroïne. A ce stade l'usage influence l'association différentielle dans la mesure où vont être préférentiellement choisis

les pairs présentant des habitudes de consommation de drogues semblables.

Lorsque la consommation devient plus régulière, l'approvisionnement en quantité importante ne permet plus de rester dans le groupe où s'était faite l'initiation et nécessite l'établissement de contacts avec des personnes plus engagées dans le monde de la drogue. La participation à des activités illégales liées au commerce de produits illicites devient de plus en plus probable, surtout lorsqu'il s'agit d'une substance onéreuse comme l'héroïne.

Contrairement au **renforcement positif** qui est prépondérant durant la phase initiale de consommation orientée vers la recherche de plaisir, lorsque la dépendance de l'héroïne est installée, son maintien se fait principalement par **renforcement négatif**. C'est en effet la disparition des symptômes désagréables liés au manque qui est alors prioritairement recherchée.

En résumé, le processus d'acquisition d'un comportement toxicomane se déroule en quatre étapes :

association différentielle avec des groupes d'usagers de drogues ;

acquisition de définitions favorables aux prises de drogues ;

expérimentation des drogues ;

renforcement différentiel de l'acte en fonction du poids des conséquences positives et négatives qui aboutira au maintien ou à la disparition de la prise de toxiques²⁸⁵.

5. Théorie des comportements problématiques : fonction du non-conformisme psychosocial à l'adolescence

R. Jessor²⁸⁶ a élaboré un modèle théorique qui rend compte de différents comportements problématiques à l'adolescence tels que la délinquance, l'usage de psychotropes et la sexualité précoce.

Cette théorie se situe dans une approche psychosociale et considère les comportements problématiques comme fonctionnels, intentionnels et instrumentaux en vue d'atteindre un but. Les **comportements problématiques** sont définis comme des

²⁸⁴ Phénomène déjà mis en évidence par des représentants de l'interactionnisme symbolique tels que A. Lindesmith (*Opiate addiction*, 1938, op. cit.) et H. S. Becker (1963, op. cit.) comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

²⁸⁵ R. Gassin, *Criminologie*, Paris, Dalloz, 1988.

²⁸⁶ R. Jessor, Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking, *British Journal of Addiction*, 1987, 82, pp. 331-342.

contrôle social plus ou moins marquées allant de la simple désapprobation aux mesures d'emprisonnement.

Ce modèle considère que les buts liés à la consommation de psychotropes, la signification qu'elle prend pour l'individu et les différentes façons de s'engager dans ces comportements sont façonnés par les expériences personnelles et par la culture environnante. Les aspects biologiques et génétiques ne sont pas pris en considération au profit des aspects comportementaux, psychologiques et sociaux.

La structure conceptuelle de cette théorie repose sur trois domaines principaux de variables : personnalité ; environnement perçu et comportement. Trois ensembles de variables sont ainsi définis, ils évaluent différents types de facteurs de risque pour l'engagement dans les conduites transgressives.

Le système de la **personnalité** dans ses aspects socio-cognitifs concerne essentiellement les valeurs, croyances, attitudes et orientations envers soi et autrui :

réussite scolaire peu valorisée ;

besoin d'indépendance valorisé ;

critique sociale ;

aliénation et isolement ;

contrôle externe ;

faible estime de soi ;

faible religiosité ;

tolérance à la transgression.

Le système de l'**environnement perçu**²⁸⁷ renvoie aux caractéristiques de l'environnement humain proche. L'environnement perçu est avant tout symbolique, il repose sur les significations que l'individu lui confère en interagissant avec lui. L'auteur s'est inspiré des travaux du sociologue W. I. Thomas qui a montré comment l'individu construit son environnement social en lui donnant un sens²⁸⁸. Les variables qui

²⁸⁷ R. Jessor et S. L. Jessor, The perceived environment in behavioral science, *American Behavioral Scientist*, 1973, 16, 6, pp. 801-828.

²⁸⁸ "Si les hommes définissent les situations comme réelles, alors elles sont réelles dans leurs conséquences". W. I. Thomas cité par R. Jessor et al., 1973, op. cit.

augmentent le risque de présenter des comportements problématiques sont les suivantes

:

faible soutien amical et parental ;

faible contrôle amical et parental ;

faible compatibilité entre les attentes des amis et celles des parents ;

influence des pairs plus importante que l'influence des parents ;

approbation des pairs et faible désapprobation parentale face aux comportements à problèmes ;

plus de modèles de comportement problématique parmi les amis.

Le système du **comportement** réfère à un engagement dans les comportements problématiques (délinquance, usage de psychotropes, sexualité précoce²⁸⁹) et un engagement plus faible dans les comportements conventionnels (assiduité religieuse, résultats scolaires).

L'ensemble de ces variables reflète une dimension générale sous-jacente de **non-conformisme psychosocial**, laquelle constitue un facteur de risque global d'évolution vers différentes formes de déviance, dont la toxicomanie. L'interaction entre ces variables suggère qu'il est possible de parler d'un **syndrome du comportement problématique adolescent** constitutif d'un style de vie²⁹⁰.

Plusieurs auteurs^{291 292} considèrent les diverses modalités de comportements problématiques à l'adolescence (vols, abus de drogues licites et illicites, violence, rapports sexuels précoce) comme des **équivalents fonctionnels**, dans le sens où ils servent tous des buts semblables que le sujet ne parvient pas à atteindre autrement.

²⁸⁹ D'autres comportements ont également été évalués ponctuellement tels que le tabagisme, la conduite automobile dangereuse, les grossesses involontaires, etc.

²⁹⁰ E. Vingilis & E. Adlaf, The structure of problem behaviour among Ontario high school students: a confirmatory-factor analysis, *Health Education Research*, 1990, 5, 2, pp. 151-160. L. McGee & M. D. Newcomb, General deviance syndrome: expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60, 5, pp. 766-776.

²⁹¹ M. Choquet, S. Ledoux et C. Maréchal, *Drogues illicites et attitudes face au Sida*, Paris, INSERM, 1992.

²⁹² D. B. Kandel & al., The consequence in young adulthood of adolescent drug involvement, *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, pp 746-754.

La théorie met en effet l'accent sur la signification individuelle et les différentes fonctions psychosociales que peuvent remplir les comportements problématiques. Ainsi, à un niveau individuel certains comportements tels que les abus de psychotropes peuvent servir de **mécanisme de coping** face à l'anxiété, la frustration ou l'échec. L'adoption de conduites dangereuses ou risquées peut traduire un besoin d'**affirmation identitaire** d'un rôle sexuel en réalisant des prouesses viriles chez les usagers de sexe masculin. Dans les relations aux pairs adopter ce genre de comportements peut également être un **signe de solidarité et d'appartenance** à la culture du groupe. De manière plus générale, les conduites transgressives peuvent aussi exprimer un **refus des normes et des valeurs de la société**.

Enfin, l'auteur insiste particulièrement sur la fonction de **marqueur de transition** des comportements problématiques pour l'adolescent. En tant que la plupart de ces conduites sont considérées comme inappropriées à un certain âge principalement (consommation de tabac et d'alcool, rapports sexuels, conduite automobile, etc.) et qu'elles cessent de l'être plus tard, le jeune cherche à affirmer sa maturité et à accélérer son accession au statut d'adulte en adoptant des comportements réservés aux plus âgés. La recherche d'indépendance vis-à-vis des parents est au cœur d'un tel mouvement de transition vers l'âge adulte. C'est pourquoi ces conduites s'inscrivent dans une tentative d'accomplissement des tâches développementales propres à la période de l'adolescence :

Overall, then, there is nothing necessarily irrational, perverse, or psychopathological about young people engaging in problem behavior, for adolescents, such behavior can fulfill important goals and can be an essential aspect of psychosocial development²⁹³.

La théorie de R. Jessor donne une vision globale des troubles du comportement à tendance non conventionnelle tels qu'on peut en voir des expressions à l'adolescence. L'idée d'un syndrome général de déviance propre à cette période montre l'équivalence fonctionnelle de comportements pouvant paraître fort différents au premier abord.

Si cette théorie est efficiente pour expliquer les débuts de la prise de toxiques, elle l'est moins en ce qui concerne la persistance d'une toxicomanie à l'âge adulte. De plus, malgré l'association des différents comportements problématiques entre eux, ils ne suivent pas tous les mêmes voies développementales. Ainsi, alors que la délinquance atteint une fréquence maximale vers 17 ans, les prises de drogues augmentent encore chez les jeunes adultes²⁹⁴.

6. Troubles de la socialisation, adolescence et toxicomanie : données empiriques

²⁹³ R. Jessor, *op. cit. pp. 335. Relevons qu'aux Etats-Unis en 1985, chez les jeunes de 18 ans, avoir fait l'expérience d'une drogue illégale représentait la norme. En effet, 61% d'entre eux avait au moins une fois fait une telle expérience !*

²⁹⁴ D. Kandel & al., Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood, *The Journal of Drug Issues*, 1986, 16, 1, pp. 67-90.

6.1. Adolescence et risques de désinsertion sociale

L'adolescence est une période de la vie où l'individu traverse de profonds changements qui affectent son identité personnelle et sociale.

L'identification de cette phase de l'existence constitue une création socioculturelle relativement récente ; elle est apparue dans les sociétés occidentales il y a environ 150 ans. Avec le développement de l'industrialisation et des régions urbaines les enfants ont été progressivement exclus du marché du travail afin de les protéger de l'exploitation, mais aussi parce que la complexification des métiers a nécessité une prolongation de la formation scolaire. Leur maintien en dehors de la vie professionnelle active a de la sorte prolongé la période de dépendance affective et économique propre à l'enfance²⁹⁵. Ceci contrairement à ce qui se passe dans certaines sociétés traditionnelles où la transition entre l'enfance et la vie adulte peut être réduite à la durée d'un rituel marquant un passage direct du statut d'enfant à celui d'adulte.

Dans nos sociétés l'adolescence constitue selon E. H. Erikson²⁹⁶ une période de **moratoire psychosocial** où l'adolescent expérimente divers rôles sociaux. C'est pourquoi certaines conduites transgressives sont jugées normales à l'adolescence, elles participent du besoin de découvrir ses propres limites.

On considère que sur l'ensemble des jeunes qui expérimentent les drogues illicites, 50% d'entre eux ne renouvellent pas l'expérience, de même la grande majorité des actes délinquants sont le fait d'adolescents qui ne récidiveront pas, d'où la clémence des juges lors d'un premier contact avec la justice.

Néanmoins l'état de **fragilisation psychosociale** propre à l'adolescence demeure un aspect fondamental des problèmes de toxicomanie, dans la mesure où c'est bien durant cette période qu'apparaît la quasi-totalité de ce type de troubles. La période de l'adolescence telle qu'elle existe dans les sociétés occidentales actuelles comporte des caractéristiques qui rendent difficile la socialisation des jeunes.

En effet, les différentes sources de socialisation (famille, école, mass média, groupes de camarades) véhiculent des valeurs souvent contradictoires et ne considèrent pas l'adolescent dans sa totalité. Par ailleurs, l'entrée dans la vie adulte se fait de façon étalée dans le temps en fonction des différents secteurs concernés (domaines sexuel, économique, professionnel, politique, etc.). Cette **asynchronie** rend difficile une vision de soi cohérente et unitaire, accentuant les difficultés à se construire une identité chez les plus vulnérables²⁹⁷.

De plus, à l'adolescence le processus de **personnalisation** prend une dimension nouvelle. Ce processus qui contribue à la formation de l'identité par le biais de l'abandon

²⁹⁵ R. Campeau et al., L'identité personnelle et sociale, in : *Individus et société*, op. cit.

²⁹⁶ E. H. Erikson, *Adolescence et crise*, la quête de l'identité, Paris, Flammarion, 1968.

²⁹⁷ O. Jeanneret et J. Kellerhals, La médecine préventive peut-elle contribuer à l'intégration des adolescents dans la société? *Revue d'Hygiène et de Médecine Scolaire et Universitaire*, 1969, 22, pp 191-198.

de normes et de modèles auxquels l'individu ne veut plus adhérer²⁹⁸, est particulièrement important à l'adolescence. En fonction de sa maturation affective et cognitive, l'adolescent va revoir les acquis normatifs de son enfance avec tous les risques de socialisation déviant que cela suppose, lorsque ce remaniement se fait au profit de normes propres à certains groupes marginaux.

Ces perturbations de l'équilibre psychosocial propres à l'adolescence ont bien été mises en évidence par les études épidémiologiques de M. Choquet et al.²⁹⁹ portant sur les abus de toxiques chez les adolescents.

Un certain nombre de caractéristiques différencient les adolescents qui ont expérimenté les drogues illégales quand on les compare aux abstinents. Ainsi, la fréquentation du groupe des pairs au détriment de la vie familiale est plus assidue chez les usagers de toxiques. Ceci se traduit chez les consommateurs par une vie relationnelle plus intense, plus de sortie avec les amis et plus de relations sexuelles (notamment homosexuelles). De même, alors que les non-consommateurs fréquentent plus les clubs de sport, regardent plus la télévision, les usagers de drogues passent plus de temps dans les salles de jeux, dans la rue et ressentent plus souvent l'ennui.

L'étude montre aussi que les **conduites de désocialisation**³⁰⁰ (retard scolaire fréquent, absentéisme, vol, fugue, racket, violence,oisiveté) souvent perçues comme une conséquence de l'abus de toxique tendent au contraire à le précéder. Par ailleurs, certaines conduites représentent des facteurs de chronicisation de la consommation ; il s'agit du tabagisme important, du retard régulier à l'école et du vol en lieu public. De plus, ces conduites de désocialisation s'avèrent d'autant plus liées à l'usage de toxiques qu'elles se manifestent précocement (avant 15 ans).

Ainsi, pour ces auteurs, les **conduites de désinsertion sociale et scolaire** sont des signes avant-coureurs d'un risque d'évolution toxicomaniaque ultérieure, et il en va de même pour de nombreux **problèmes de santé** (troubles de l'humeur, accidents, fatigue, troubles du sommeil, maux de tête) : ces manifestations reflètent un malaise généralisé s'exprimant tant au niveau de la sphère corporelle que sociale.

6.2. Famille et carences normatives

La famille remplit le rôle crucial de transmission des normes et des valeurs sociales tout au long de l'éducation des enfants. Les attitudes parentales vis-à-vis de l'enfant vont

²⁹⁸ R. Campeau et al., op. cit.

²⁹⁹ M. Choquet et al., 1992, op. cit.

³⁰⁰ Les troubles du comportement mentionnés dans le texte correspondent à deux types de conduites telles qu'elles sont définies par J. Selosse dans le *Dictionnaire de psychologie* (R. Doron et F. Parot, Paris, PUF, 1991) : - la conduite **asociale** (refus ou incapacité à adhérer aux règles de la vie sociale "afin de préserver une liberté existentielle et de se protéger de toute dépendance psychosociale". P. 59) ; - la conduite **antisociale** (agression et hostilité défiant l'ordre social, s'exprimant par le biais du passage à l'acte). Quant à la **désocialisation**, J. Selosse réserve ce terme pour l'aboutissement d'un processus de désinsertion sociale où la déchéance et la perte du lien social équivaut à une forme de mort sociale.

déterminer la qualité de l'attachement qui les unira. Ce lien parental peut être décomposé en deux dimensions que l'on trouve également dans le contexte du réseau social, il s'agit du soutien et du contrôle. Un soutien affectif sous-tendu par l'amour et l'acceptation, accompagné d'un contrôle basé sur des règles claires sont des ingrédients nécessaires au développement harmonieux de l'enfant.

Les dysfonctionnements de la structure familiale en tant qu'instance de socialisation s'avèrent jouer un rôle important dans les risques d'évolution vers la toxicomanie. Des études rétrospectives sur les conditions de vie familiale chez des personnes devenues toxicomanes, montrent qu'elles ont souvent été exposées à des modèles éducatifs extrêmes ou incohérents. Leur éducation s'était caractérisée par une absence de sanctions, ou au contraire par des interdits trop nombreux, ou encore par une alternance de laxisme et de rigidité avec souvent à la clé, l'enfant pris comme enjeu d'un conflit de couple sous-jacent³⁰¹.

Les études réalisées auprès d'adolescents scolarisés³⁰² montrent que ceux qui ont répété l'usage de drogues illicites perçoivent leurs relations familiales comme moins satisfaisantes. L'**hostilité**, l'**indifférence** ou l'**excès d'intérêt** perçus chez les parents attestent d'une perturbation des investissements relationnels intra-familiaux plus fréquente chez les consommateurs de drogues par rapport aux abstinents. De même, D. Kandel et al.³⁰³ montrent que la dimension de l'**intimité** perçue (particulièrement avec le père) a plus d'influence que le contrôle parental sur le recours aux toxiques.

Les **styles éducatifs** s'avèrent donc impliqués dans les facteurs liés à l'usage de drogues. La capacité parentale à fixer des limites, le contrôle parental sur les sorties et le travail scolaire sont inversement reliés à l'usage de toxiques. De plus, l'attitude parentale d'approbation de la consommation d'alcool par l'adolescent influence non seulement la fréquence de celle-ci, mais aussi celle des drogues illicites.

A fortiori, lorsque l'un des parents est alcoolique ou toxicomane, les risques de toxicomanie ultérieure chez l'enfant sont amplifiés³⁰⁴.

Une étude réalisée auprès d'adolescents élevés par des parents héroïnomanes a montré qu'un tiers d'entre eux ont connu des problèmes liés à l'abus d'alcool ou de drogues contre 15% dans un groupe contrôle³⁰⁵. Relevons que dans ces situations la toxicomanie parentale n'est pas seule en jeu puisque les enfants issus de ces milieux sont plus souvent exposés à d'autres problèmes, tels que négligences graves, violence familiale, sévices physiques ou sexuels.

³⁰¹ R. Lucchini, 1985, op. cit.

³⁰² M. Choquet et al., 1992, op. cit.

³⁰³ D. Kandel et al., Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis, *Journal of Youth and Adolescence*, 7, pp. 13-40.

³⁰⁴ H. Chabrol, *Les toxicomanies de l'adolescent*, Paris, PUF, 1992.

³⁰⁵ Cité par H. Chabrol, op. cit.

Les familles caractérisées par une **absence d'espace normatif cohérent**³⁰⁶ compromettent l'évolution de l'enfant vers l'autonomie, étape indispensable à l'acquisition ultérieure des compétences sociales. Les auteurs de disciplines fort éloignées (sociologie, psychanalyse, épidémiologie) s'accordent pour dire que le toxicomane a souffert dans nombre de cas d'un excès ou d'un défaut de prise en charge parentale qui a hypothéqué son accès à l'autonomie.

6.3. Milieux socio-économiques défavorisés

Les enquêtes réalisées dans la population générale ont montré encore récemment une surreprésentation des cadres parmi les parents des adolescents s'initiant aux drogues illégales³⁰⁷.

Si une tendance semblable s'observait également dans les populations cliniques dans les années 1980³⁰⁸, on note depuis les années 1990 une prolétarisation de l'origine sociale des héroïnomanes avec une surreprésentation des enfants d'ouvriers, d'employés et de sans profession³⁰⁹. Par ailleurs, une origine sociale modeste est également une caractéristique des populations de délinquants récidivistes.

Il s'avère que les **basses classes sociales** offrent un milieu propice au développement des toxicomanies en raison du contexte socio-économique défavorable qui les caractérise. En effet, dans ces milieux les jeunes sont fortement exposés au groupe des pairs, ce qui infléchit leur socialisation dans le sens d'un risque accru d'usage de toxiques. Ces populations sont en outre passablement coupées de la vie socio-économique en raison du taux de chômage élevé qui frappe ceux dont la formation est souvent inexistante ; absence d'emploi qui aggrave une situation économique déjà précaire au départ.

L'incapacité à expérimenter des rôles sociaux gratifiants pousse à adopter des rôles alternatifs tel que celui de *dealer*, afin de dépasser un sentiment d'échec qui mine l'existence. L'impossibilité d'établir des projets d'avenir favorise l'adoption d'un style de vie axé sur la recherche de **gratifications immédiates**, or l'on sait que cette disposition psychique joue un rôle important dans le comportement toxicomaniacal.

Il en ressort que les milieux sociaux défavorisés distillent une sous-culture qui facilite l'abus de drogues illégales. Un tel phénomène est caractéristique de certaines banlieues de grandes villes occidentales. Dans ces cités délabrées et désertées par les entreprises, le commerce de la drogue représente le revenu principal pour un nombre croissant de

³⁰⁶ R. Lucchini, 1985, op. cit.

³⁰⁷ M. Choquet et al., 1992, op. cit.

³⁰⁸ F. Davidson, J. Defrance et F. Facy, Recherche d'une typologie des jeunes toxicomanes, *Psychiatrie de l'enfant*, 1982, XXV, 2, pp. 295-318. Les auteurs montrent une sur-représentation des cadres et professions libérales parmi une population clinique de toxicomanes comprenant 77% d'héroïnomanes.

³⁰⁹ H. Lagrange et A. Mogoutov, Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie, *Déviance et Société*, 1997, 21, 3, pp. 289-302.

jeunes sans emplois.

Ce type de déviance est consécutif au phénomène d'**urbanisation** qui a induit le développement de zones de résidence aux rapports sociaux pauvres, anonymes et distants³¹⁰. Il existe en effet dans les grandes villes des **aires de déviance** où la criminalité, le suicide, l'alcoolisme et la toxicomanie sont particulièrement élevés en raison d'un manque d'intégration sociale.

6.4. Toxicomanie et délinquance

L'existence d'une forte corrélation entre les comportements de prises de toxiques et la délinquance est une donnée actuellement bien établie.

Pourtant on ne saurait assimiler le toxicomane à un délinquant puisque nombre d'entre eux n'auront jamais affaire à la justice. En fait, parmi les personnes qui côtoient le monde des drogues dures l'implication dans la délinquance peut être très diverse. Les deux cas de figure extrêmes suivants l'illustrent : prenons d'un côté le *dealer* sans scrupules prêt à utiliser la violence s'il le faut pour se faire payer et qui ne consomme pas ou qu'occasionnellement et de l'autre le toxicomane accro et endetté, achetant sa drogue avec son salaire et dont la délinquance est limitée à la consommation et la détention de produits illicites³¹¹.

En dépit de cette grande diversité des situations rencontrées sur la scène de la drogue, une constante demeure : l'importance et la gravité de la délinquance est fonction de l'intensité de la consommation de drogues. Ainsi, d'après une étude réalisée aux Etats-Unis auprès de plus de 3000 adolescents³¹², ont commis des actes délinquants :

83% des consommateurs de narcotiques (contre 26% chez ceux qui ne consomment pas ces substances) ;

61% des usagers de marijuana (contre 16% chez ceux qui s'en abstiennent) ;

1% des sujets s'abstenant de toute drogue (y compris l'alcool).

Inversement, une étude réalisée au Québec évalue à 75% la proportion d'adolescents délinquants ayant consommé du cannabis, contre 15% dans la population générale du même âge. De même, parmi des adultes judiciarés, la proportion de ceux qui ont connu une période de dépendance à une substance psychotrope varie entre un tiers et un

³¹⁰ M. Cusson, 1992, op. cit.

³¹¹ Ce type d'héroïnomane se rencontre fréquemment dans les programmes méthadone, il correspond au profil d'un jeune adulte bien inséré socialement avec un emploi stable et une capacité de travail dans la norme. Chez lui les tendances déviantes polymorphes propres à l'adolescence se sont résorbées à l'exception de la toxicomanie qui a perduré.

³¹² R. L. Akers, op. cit.

313

A Genève, une étude récente sur 327 héroïnomanes en cure de méthadone (âge moyen 31 ans) montre qu'à l'admission 54% ont fait un séjour en prison et 61% ont déjà subi une arrestation³¹⁴. Par ailleurs cette étude atteste d'une diminution spectaculaire des incarcérations dès l'instauration d'un traitement à la méthadone.

Dans la mesure où nos sociétés placent la consommation de stupéfiants au rang des actes de délinquance, et sachant que les différents types d'actes délinquants ont tendance à corrélérer entre eux, le constat d'une forte relation entre délinquance et toxicomanie n'a rien de surprenant. Pourtant, l'explication de cette relation s'avère complexe, notamment lorsqu'on l'envisage sous l'angle d'un éventuel lien de causalité. Suivant le sens de la causalité, ce lien peut être de deux types.

Premièrement, on peut envisager la toxicomanie comme induisant chez les personnes dépendantes des comportements délinquants. Ceci correspond à l'idée du sens commun qui perçoit le toxicodépendant comme prêt à tout pour se procurer la substance dont il dépend.

Le sujet toxicomane se voit en effet confronté à la difficulté d'acquérir un produit onéreux et illégal. En raison de sa prohibition la drogue coûte chère, ce qui se traduit par une baisse des taux de consommation, mais aussi par une tendance chez les personnes dépendantes à commettre des **crimes lucratifs**³¹⁵, tels que vols, cambriolages, trafic ou prostitution pour acheter leur substance.

Il a été effectivement démontré que les délits contre la propriété augmentent en période de forte consommation et qu'ils diminuent en période d'abstinence³¹⁶. De même, la forte augmentation de certaines formes de criminalité (notamment brigandages et cambriolages) dans plusieurs pays d'Europe depuis environ une génération est considérée comme une conséquence du développement de la toxicomanie, même si d'autres facteurs entrent également en ligne de compte³¹⁷. Nous voyons donc que le statut illégal du produit met en jeu un **facteur économique** qui resserre l'association drogue-crime³¹⁸.

Deuxièmement, l'idée selon laquelle la délinquance favorisera la toxicomanie n'est

³¹³ S. Brochu, Etat des connaissances scientifiques concernant la relation drogue-crime, *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1993, 3, pp. 309-316.

³¹⁴ J.-J. Déglon et al., 1996, op. cit.

³¹⁵ A côté des crimes lucratifs, il y a également la **violence** qui sévit dans le milieu du commerce de la drogue, notamment lors de règlements de comptes ou de transactions litigieuses. Aux Etats-Unis, une recrudescence des meurtres depuis la fin des années 80 (alors que leur nombre était en déclin depuis plusieurs années) est la conséquence de l'apparition de gangs de criminels particulièrement cruels cherchant à s'approprier le marché de la drogue. Cf. R. L. Akers, op. cit.

³¹⁶ D. N. Nurco, T. W. Kinlock, T. E. Hanlon & J. C. Ball, Nonnarcotic drug use over an addiction career - A study of heroin addicts in Baltimore and New York City, *Comprehensive Psychiatry*, 1988, 29, pp. 450-459.

³¹⁷ M. Killias, op. cit.

pas à exclure non plus. En effet, l'étude de l'ordre d'apparition des comportements délinquants et toxicomaniaques l'atteste.

D'après une étude longitudinale³¹⁹ sur un échantillon national d'adolescents, trois cas de figure ont été décrits dans la succession des deux types de comportements chez ceux qui ont à la fois commis des délits et consommé des drogues. A savoir, antériorité de l'abus de drogues, antériorité des actes délinquants ou apparition simultanée des deux types de comportements. Il s'avère que *l'antériorité des conduites délinquantes est le cas de figure le plus fréquent* ; il apparaît dans la moitié des cas. L'autre moitié concerne les situations où les prises de drogues apparaissent antérieurement ou simultanément aux comportements délinquants.

En France des recherches réalisées auprès de délinquants ont également révélé chez une majorité d'entre eux la présence d'une délinquance mineure antérieure aux consommations de substances psycho-actives³²⁰. Dans ce sens, l'abus de toxiques ne ferait qu'accentuer des tendances délinquantes déjà existantes.

Par ailleurs, relevons que le commerce de la drogue attire les délinquants en recherche de profits faciles, et ils peuvent dans certains cas succomber à la tentation de consommer. De plus, les groupes de délinquants véhiculent des attitudes souvent favorables à la drogue et ils en ont un accès facilité, ce qui représente des facteurs de risques face à l'abus de psychotropes.

Nous voyons donc que drogue et crime s'influencent réciproquement de manière notable, sans toutefois que nous puissions véritablement parler de causalité univoque dans un sens ou dans l'autre.

En fait, quelle que soit la direction dans laquelle on l'envisage, les auteurs s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de lien de causalité entre drogue et délinquance, mais que leur forte association est due à un ensemble de **facteurs communs** du registre psychosocial traduisant l'adoption d'un style de vie déviant. Selon M. R. Gottfredson et T. Hirschi, drogue et crime sont liés car ces phénomènes partagent des caractéristiques communes, telles que le manque d'autocontrôle et la recherche du plaisir immédiat centrée sur l'ici et maintenant.

6.5. Ecole et déviance sociale

L'institution scolaire représente une des principales instances de socialisation de l'enfant. Elle s'appuie toutefois sur les normes et les valeurs propres à la culture dominante, ce qui peut représenter un handicap adaptatif pour les élèves issus de milieux socioculturels défavorisés.

Par ailleurs, si sa fonction est avant tout la transmission du savoir et l'enseignement de compétences cognitives de base en vue de l'intégration future dans la société, elle

³¹⁸ M. R. Gottfredson & T. Hirschi, op. cit.

³¹⁹ D. S. Elliott et al., 1985, op. cit.

³²⁰ M. Valleur, Toxicomanie et dépendances : évolution des discours, *ADR/A*, avril 1991, pp. 11-15. M. Choquet, 1992, op. cit.

tend également à jouer un rôle d'exclusion et de stigmatisation pour ceux qui ne répondent pas aux critères de réussite exigés. Il s'ensuit pour ceux-ci des retombées plus ou moins graves sur leur évolution psychosociale.

En effet, lorsque les expériences scolaires s'avèrent négatives en raison de la stigmatisation liée aux mauvais résultats obtenus, il s'ensuit un désinvestissement de l'école qui risque par la suite de se muer en une véritable **attitude de méfiance** généralisée à l'ensemble des institutions officielles.

Il a été montré qu'en ce qui concerne l'évolution vers la délinquance, d'une part les expériences scolaires antérieures ont plus d'importance que les conditions familiales et d'autre part ce sont beaucoup plus les mauvais résultats scolaires qui induisent des comportements délinquants que l'inverse. Dans un tel contexte, la qualité du lien avec l'enseignant joue un rôle protecteur important³²¹.

Il n'est pas rare en effet de trouver des adultes traumatisés par un parcours scolaire qui fut jalonné d'échecs à répétition et marqué par le développement d'une image sociale négative et stigmatisante, suscitant le rejet de la part des professeurs, voire de la part d'autres élèves.

Si les individus ne sont pas tous égaux dans leur capacité à bénéficier de l'apport socialisateur de l'école, les institutions scolaires pour leur part présentent également des disparités quant à la qualité de leur rôle d'agent socialisateur.

Certaines recherches ont tenté de mettre en évidence les caractéristiques des établissements qui facilitent l'intégration des élèves ou au contraire qui augmentent la déviance comportementale, dont les abus de toxiques.

Ainsi a-t-il été démontré que le **climat socioculturel** du milieu scolaire a un impact tant sur le taux de délinquance que sur celui de consommation de toxiques. En effet, les établissements "produisant" peu de déviance se caractérisent par un corps enseignant qui s'intéresse à son travail et à ses élèves, se montre stimulant et encourageant à leur égard, a recours à des sanctions disciplinaires rares mais claires et connaît moins de conflits avec la direction³²².

La structure institutionnelle en terme de taille a également un impact sur les prises de toxiques. Une étude a montré que des établissements scolaires de moins de 150 élèves présentaient des taux de consommation de toxiques significativement inférieurs à ceux d'établissements de plus de 2000 élèves³²³.

Ainsi, l'affaiblissement du lien social aux institutions scolaires, s'il n'est pas contrebalancé par d'autres modalités de supports relationnels, peut représenter une porte d'entrée vers la déviance sociale.

³²¹ L. Walgrave, op. cit. L'induction de comportement agressif par les mauvais résultats scolaires a également été mis en évidence. Cf. M. Reuchlin, *Les différences individuelles à l'école*, Paris, PUF, 1991.

³²² L. Walgrave, op. cit.

³²³ H. Chabrol, op. cit.

6.6. Groupe des pairs et usages de toxiques

En période d'adolescence le besoin d'affiliation au groupe des pairs est particulièrement marqué. Les changements corporels liés à la puberté et le flottement statutaire propre à cette période de la vie provoquent chez l'adolescent de l'anxiété et de l'incertitude qui stimulent son désir de dialogue. Face à ses interrogations l'adolescent éprouve un besoin accru de se comparer et d'échanger avec ses pairs³²⁴.

Mais le groupe peut aussi avoir d'autres fonctions pour les adolescents vivant des expériences d'échecs multiples. C'est particulièrement le cas d'enfants qui ont développé précocement des traits de personnalité antisociaux et qui s'acheminent vers une délinquance notable³²⁵. Ayant vécu des expériences d'échec répétées tant à travers le rejet du groupe des pairs (qui ne tolèrent pas leurs comportements perturbateurs) qu'à travers les échecs scolaires, ces adolescents vont rejoindre des bandes dans lesquelles ils trouveront des compensations à leurs sentiments de dévalorisation et une atmosphère propice à la dédramatisation de leur échec. Un tel contexte sera éminemment facilitateur pour expérimenter les drogues.

Durant l'adolescence, la consommation de drogues illégales au même titre que celle d'alcool est une activité qui se déroule le plus souvent au sein du groupe des pairs. Ainsi, l'initiation aux drogues, généralement le cannabis, se fait la plupart du temps par un ami proche et non par un étranger³²⁶.

Il est certain que l'affiliation à un groupe de fumeurs de cannabis n'est pas le fruit du hasard et que des dispositions motivationnelles internes particulières doivent être présentes avant même l'initiation aux drogues. Pour être attiré par ces groupes l'adolescent doit déjà avoir des attitudes et des valeurs compatibles avec les prises de drogues. C'est en fonction de ses inclinations qu'il choisira son groupe d'appartenance. Il s'opère donc un processus de **socialisation anticipatrice** au cours duquel le jeune développe des attitudes favorables aux consommations de drogues.

L'adolescent va ainsi d'abord opérer une **sélection** (par association différentielle) des partenaires de l'interaction en fonction de tendances naissantes ou préexistantes. Il va ensuite s'intégrer progressivement dans son nouveau groupe d'appartenance, au sein duquel un processus de **socialisation** va prendre place qui accentuera une disposition déjà présente à recourir aux drogues.

A. S. Brook et al.³²⁷ relèvent que la fréquentation du groupe de camarades peut

³²⁴ A. C. Peterson & R. Spiga, Chapter 31 : Adolescence and stress, in : L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, New York, Free Press, 1982.

³²⁵ G. R. Patterson, B. D. De Baryshe & E. Ramsey, A developmental perspective on antisocial behavior, *American Psychologist*, 1989, 44, 2, pp. 329-335.

³²⁶ H. Chabrol, op. cit.

³²⁷ J. S. Brook et al., The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach, *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 1990, 116, 2, pp. 111-267.

modifier certains aspects de la personnalité de l'adolescent. Par exemple lorsque la violence y est valorisée, le développement de traits de personnalité antisociaux est favorisé, lesquels entraîneront à leur tour le recours aux toxiques.

Par ailleurs les mêmes auteurs montrent comment consommation de toxiques et fréquentation du groupe des pairs se renforcent mutuellement. Un phénomène décrit comme une **spirale interactive** où l'exposition aux modèles de prises de drogues tend à en accroître la consommation, laquelle à son tour tend à augmenter la fréquentation du groupe des pairs en tant que lieu de consommation.

Dans une étude qui a comparé trois modèles théoriques de l'abus de drogues (la théorie du contrôle social, de l'association différentielle et de la tension), H. R. White³²⁸ démontre la capacité de prédiction supérieure de la théorie de l'association différentielle quant aux comportements d'abus d'alcool et de drogues chez des adolescents entre 12 et 18 ans³²⁹. En effet, parmi les variables indépendantes utilisées, *la proportion des amis perçus comme utilisant ou comme se montrant favorables aux drogues est de loin le meilleur prédicteur de l'usage de substances* en comparaison tant aux variables liées aux contrôles et à l'attachement parental (théorie du contrôle social) qu'à celles liées aux événements stressant et à la psychopathologie (théorie de la tension).

Cette étude est toutefois critiquable quant à sa réfutation de la théorie du contrôle social dans la mesure où les variables utilisées pour l'évaluer se limitent à la sphère parentale, alors que les pairs peuvent également jouer un rôle de contrôle social.

En effet, H. B. Kaplan et al.³³⁰ ont montré dans une recherche longitudinale sur les facteurs de risque du passage de l'usage occasionnel à l'usage régulier de marijuana, que ceux qui fumaient avant tout pour se conformer aux normes du groupe des pairs avaient

³²⁸ H. R. White, V. Johnson & A. Horwitz, An application of three deviance theories to adolescent substance use, *The International Journal of the Addictions*, 1986, 21, 3, pp. 347-366.

³²⁹ Cette étude transversale, réalisée entre 1979 et 1981, a porté sur trois groupes d'âge, chacun d'environ 450 sujets (12, 15 et 18 ans). La prévalence de l'usage de marijuana est nulle à 12 ans, 50% à 15 ans et entre 70 et 80% à 18 ans, la prévalence pour les autres drogues illégales est respectivement 0%, moins de 10% et 10-25%. A relever que la prévalence de l'usage de marijuana aux USA chez les moins de 25 ans a atteint son maximum en 1979 et qu'elle a fortement décrue depuis. Entre 1979 et 1990 elle passe de 31% à 15% chez les 12-17 ans et de 47% à 25% chez les 18-25 ans (Cf. R. L. Akers, op. cit.). A titre comparatif, en Suisse en 1986, 1990 et 1994 la prévalence de l'usage (au moins une fois) du cannabis chez les 15-16 ans était respectivement de 11%, 10% et 18%. En 1987-89 cette prévalence chez les 17-20 ans était de 22% (hommes : 28% ; femme : 17%). En France une tendance semblable à l'augmentation de la prévalence des consommations de cannabis a été notée, entre 1988 et 1993 chez les 18-19 ans elle passe de 13% à 30% (Cf. M. Choquet et S. Ledoux, *Adolescents: enquête nationale*, Paris, Editions Inserm, 1994). En ce qui concerne les opiacés, la prévalence en Suisse chez les 15-25 ans entre 1971 et 1990 s'est maintenue à 3%, alors qu'aux USA en 1985 et 1990 elle était de 1%. Cf. R. Müller et J.-P. Abbet, *Changement dans la consommation de drogues légales et illégales chez les jeunes adolescents*, Lausanne, SFA/ISPA, 1991 ; SFA/ISPA, *Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues*, Lausanne, 1993 ; Y. Le Gauffey et al., *Les consommation d'alcool, de tabac et de drogues des écoliers de 11 à 16 ans en Suisse*, SFA/ISPA, 1995.

³³⁰ H. B. Kaplan et al., Escalation of marijuana use : application of a general theory of deviant behavior, *Journal of Health and Social Behavior*, 1986, 27, pp. 44-61.

moins de chance de passer à un usage régulier, comparés à ceux qui fumaient dans un contexte de détresse psychique. A ce stade de l'usage de drogue, le groupe des pairs aurait donc une influence favorable sur l'expérimentation des drogues mais non sur un usage régulier qu'il désapprouverait.

Néanmoins, l'étude de H. R. White confirme ce que d'autres études longitudinales ont bien établi : les comportements de prises de toxiques chez les pairs, de même que les attitudes face aux drogues³³¹ chez ceux-ci représentent les meilleurs prédicteurs de l'engagement dans l'usage de drogues^{332 333}. Notons encore que l'influence du groupe des pairs varie en fonction du degré auquel il remplace l'attachement aux parents.

Si le rôle primordial du groupe des pairs dans l'évolution vers la toxicomanie est attesté par la plupart des spécialistes de la question, certains³³⁴ contestent encore la nature causale d'une telle influence. Le débat³³⁵ reste donc ouvert, comme nous le verrons au paragraphe suivant, lorsqu'il s'agit de déterminer la nature de cette influence.

6.7. Qualité des relations interpersonnelles chez les usagers de drogues adultes

Nous avons vu au sous-chapitre précédent l'importance du groupe des pairs chez les adolescents, à l'âge adulte un tel groupe perd progressivement sa spécificité et tend à faire place à un environnement relationnel plus hétérogène et moins centré sur un groupe d'âge précis. Les données qui vont être présentées évaluent l'équivalent d'un tel groupe à l'âge adulte, par le biais du **réseau d'amitié**.

La question de la qualité et de la structure du **réseau social** des groupes déviants et non déviants est un débat qui demeure ouvert. La compréhension de la nature des interactions et relations interpersonnelles entre usagers de drogues est primordiale car elle est un préalable à l'explicitation des mécanismes d'influence au sein du groupe d'usagers de drogues, lesquels restent encore mal connus. On sait toutefois que l'influence d'une personne est fonction de la **distance relationnelle** ou du degré d'intimité établi avec elle.

³³¹ Les attitudes des pairs face à la drogue ont toutefois un pouvoir prédictif moindre que les comportements de prises de drogues.

³³² D. B. Kandel (ed.), *Longitudinal research on drug use*, New York, John Wiley & Sons, 1978.

³³³ Un tel phénomène est par ailleurs également valable pour les prises d'alcool et de tabac. Cf. M. D. Krohn, J. L. Massey & M. Zelinski, Role overlap, network multiplexity, and adolescent behaviour, *Social Psychology Quarterly*, 1988, 51, pp. 346-356. Une autre étude montre bien aussi comment les adolescents qui expérimentent précocement le tabac s'affilient préférentiellement à des groupes dont les membres fument, ce qui va en retour renforcer une tendance pré-existante au tabagisme. Cf. D. M. Fergusson, M. T. Linsley & L. J. Horwood, The role of peer affiliation, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence, *Addiction*, 1995, 90, pp. 647-659.

³³⁴ M. R. Gottfredson et T. Hirschi, op. cit.

³³⁵ Ce débat est bien détaillé dans l'étude de D. Kandel & M. Davies, 1991, op. cit. La fin de ce sous-chapitre repose largement sur le contenu de cet article très dense.

Parmi les théories qui s'opposent sur la question du rôle joué par le réseau relationnel dans le développement et le maintien de la toxicomanie, nous allons reprendre deux d'entre elles. Il s'agit de la théorie du contrôle social qui ne reconnaît pas d'influence véritable au groupe des pairs (seul un facteur *corrélationnel* est retenu) et la théorie de la déviance culturelle qui soutient la thèse d'un facteur *causal* lié aux pairs dans l'initiation et la persistance des abus de drogues.

La théorie du **contrôle social** postule des différences structurelles importantes entre les réseaux sociaux des usagers de drogues et des abstinents. Cette théorie considère que le sujet toxicodépendant est faiblement socialisé et qu'il lui est difficile d'établir des liens étroits avec ses proches. Il s'ensuit que son réseau social comparé à celui d'une personne non déviant sera de plus petite taille, plus instable, moins cohésif et moins dense. De même, ses relations interpersonnelles seront moins réciproques et moins durables. Les liens au sein du groupe des usagers étant envisagés comme instables et dépourvus d'intimité (grande distance relationnelle), ils ne peuvent donc être identifiés comme une cause de changement comportemental vers la déviance. Seul le manque d'attachement aux personnes conventionnelles, par le biais du relâchement du contrôle social qu'il implique, peut être considéré comme cause du comportement déviant selon cette approche.

Au contraire, la théorie de la **déviance culturelle** postule que si les normes varient suivant les groupes, les processus de socialisation eux ne varient pas. Il en découle que des caractéristiques structurales de base devraient être identiques dans les groupes de toxicomanes et de non toxicomanes. Les liens au sein du groupe des usagers de drogues seraient suffisamment forts, stables et profonds pour qu'une socialisation directe vers l'abus de drogues s'exerce, notamment par le biais des mécanismes d'apprentissages sociaux.

Des recherches³³⁶ empiriques ont validé des aspects partiels de chacune des théories. Ainsi, en accord avec la théorie du contrôle social, les usagers de drogues auraient des réseaux sociaux plus petits que les non-usagers. Par contre, des caractéristiques telles que la stabilité, la durée, la multiplexité³³⁷ et la densité³³⁸ du réseau s'avèrent semblables à celles des non toxicomanes, ce qui valide la théorie de la déviance culturelle.

Une recherche de D. Kandel et M. Davies³³⁹ a permis de comparer les réseaux d'amitié de jeunes adultes usagers ou non de drogues illicites. La mesure de l'intimité s'est faite sur la base de plusieurs variables, consistant dans la fréquence des contacts avec les amis proches et dans la présence d'un confident dans l'entourage.

Cette étude démontre une association de la consommation de drogues avec l'intimité parmi les membres des réseaux d'amitié masculin. Par ailleurs la structure des réseaux

³³⁶ D. J. Hawkins et M. W. Fraser, The social networks of street drug users : a comparison of competing propositions of control and cultural deviance theories, *Social Work Research and Abstracts*, 1985, 21, pp. 3-12. H. B. Kaplan et al., op. cit.

³³⁷ La multiplexité est le chevauchement des rôles joués par les membres du réseau.

³³⁸ Degré d'inter-relation entre membres du réseau.

d'amitié des usagers et des non-usagers (en termes de densité et de taille) de même que les caractéristiques des amis tant du même sexe que du sexe opposé sont globalement semblables³⁴⁰. Les quelques différences trouvées ont porté sur un type d'amitié plus proche chez les usagers par rapport aux abstinents. En effet, les usagers de drogues illicites considèrent plus souvent l'ami comme un confident et chez les usagers fréquents les contacts et attitudes d'ouverture à l'autre sont plus importants.

Ces résultats tendent à valider le modèle de la déviance culturelle au détriment de la théorie du contrôle social qui considère que les relations sociales des toxicomanes sont pauvres, déficientes et superficielles, ce qui n'apparaît pas du tout dans les résultats. Seul le fait que les usagers soient moins sujets à se marier, donc moins enclins à s'établir dans ce type de stabilité relationnelle officialisée pourrait aller dans le sens de la théorie du contrôle social.

Le rôle positif de l'usage de drogues sur l'intimité relationnelle pourrait être dû au statut illégal de cette activité. Partageant un même rôle de marginal plus ou moins rejeté par la société et vivant dans la crainte des sanctions judiciaires, les consommateurs de drogues tendraient à se rapprocher les uns des autres pour se sentir moins seuls. En raison de cette proximité relationnelle, les processus de socialisation au sein de ces groupes ne peuvent que s'avérer effectifs au même titre qu'ils le sont dans les groupes de pairs non déviants. C'est pourquoi l'association avec des consommateurs de drogues est le meilleur prédicteur d'une consommation ultérieure.

L'impact positif de la consommation de drogues sur la sociabilité tel que le révèle la recherche de D. Kandel et M. Davies concerne toutefois un échantillon de la population générale et les usagers de drogues concernés sont en majorité des fumeurs de cannabis, même si une part non négligeable consomme d'autres types de drogues illégales.

Or, les toxicomanes graves, que l'on peut assimiler à ceux qui s'injectent les drogues, échappent souvent à ce genre d'enquête ou lorsqu'ils y sont inclus leur nombre est si faible qu'on ne peut rien en déduire de significatif. C'est pourquoi on ne peut généraliser ces résultats à des populations cliniques d'héroïnomanes³⁴¹. Néanmoins, cette étude

³³⁹ Cette recherche longitudinale a porté sur une cohorte de plus de 1000 élèves initialement sélectionnés en milieu scolaire aux âges de 15-16 ans, puis revus à deux intervalles aux âges de 24-25 ans et 28-29 ans. L'évaluation de la consommation de drogues a porté sur douze catégories de psychotropes légaux (non prescrits) et illégaux. Aux âges 28-29 ans trois groupes ont été constitués en fonction des prises de toxiques durant les douze derniers mois : les abstinents, les usagers occasionnels (moins d'une prise par semaine) et les usagers fréquents (plus d'une fois par semaine). Parmi ce dernier groupe 47% consomment d'autres drogues que le cannabis. Cf. D. Kandel & M. Davies, op. cit.

³⁴⁰ Les effets positifs de la consommation de drogues sur l'intimité relationnelle étaient toujours présents même après contrôle d'autres variables liées à l'intimité telle que le statut matrimonial et professionnel. Ainsi, chez les mariés le degré d'intimité était plus élevé pour les usagers de drogues que pour les abstinents.

³⁴¹ Par ailleurs, sans que cela ne soit contradictoire avec la présente étude, on ne saurait oublier que les mêmes auteurs ont publié en 1986 une recherche longitudinale où ils mettent en évidence l'impact négatif de l'usage de drogues pendant l'adolescence sur le fonctionnement psychosocial global à l'âge adulte (instabilité professionnelle - chômage ; divorce - séparation ; niveau scolaire atteint ; délinquance ; santé somatique et psychique). Cf. D. Kandel et al., 1986, op. cit.

parle en faveur d'un potentiel d'intégration sociale préservé chez les usagers de drogues au vu de la qualité de leurs liens sociaux.

Relevons enfin que les études sur la population générale ont l'avantage de renseigner sur un type d'usager de drogues qui est de loin le plus répandu, ce qui devrait contribuer à rétablir une vision plus objective du problème "drogue". Car trop souvent les représentations du phénomène drogue reposent sur cette catégorie restreinte que sont les toxicomanes aux drogues injectables³⁴².

7. Conclusion

Les sources d'influence pouvant favoriser le recours aux toxiques illégaux sont multiples, elles peuvent être de nature biologique, intrapersonnelle (personnalité), interpersonnelle (pairs, famille, emplois) ou socioculturelle (modèles de comportements valorisés). Tout au long de ce chapitre nous nous sommes principalement penchés sur des types d'influence liés aux diverses modalités de socialisation en tant que processus d'interactions sociales.

Si ces différents domaines sont en relation (par exemple certains traits de personnalité peuvent influencer le choix des pairs et réciproquement), pris séparément, c'est le domaine interpersonnel qui a la plus grande influence tel qu'en témoignent de nombreuses études³⁴³. Les comportements et attitudes des pairs face aux consommations de drogues s'avèrent être un inducteur particulièrement puissant en ce qui concerne l'engagement dans les conduites toxicomaniaques.

Le mécanisme général de la **socialisation** développé dans la première partie de ce chapitre nous a permis de montrer comment le pôle social de la personnalité se développe par intériorisation des normes et valeurs socioculturelles sous l'influence de différents agents de socialisation.

Si la socialisation se déroule tout au long de la vie à travers la pression constante du contrôle social (formel et informel) qu'impose la vie en société, c'est principalement durant l'adolescence que des "voies de traverse" peuvent être adoptées, lesquelles amèneront l'adolescent à expérimenter voire à s'impliquer sérieusement dans des conduites considérées comme déviantes.

Même lorsque la socialisation s'est déroulée de manière conforme durant l'enfance, il peut se produire un phénomène d'affaiblissement des liens avec le monde conventionnel durant l'adolescence qui va compromettre la réalisation de la finalité de la socialisation, à savoir l'adaptation et l'**intégration sociale**.

Dans la mesure où l'on peut considérer l'intégration et l'**exclusion sociale** comme les deux pôles d'un même processus, la position de l'usager de drogue, généralement en retrait vis-à-vis de la société, le place dans une zone à risque d'exclusion sociale. Néanmoins la dimension groupale de la consommation de toxiques va à l'encontre de cette tendance à l'isolement et la contrebalance dans une certaine mesure.

³⁴² H. Lagrange et A. Mogoutov, op. cit.

³⁴³ Cf. les études de D. B. Kandel citées plus haut et notamment celle de 1991.

Afin d'apporter un éclairage sur les modalités d'évolution vers cette déviance que constitue la toxicomanie, nous avons présenté trois modèles théoriques. Un premier modèle, la théorie du **contrôle social**, explique la déviance avant tout par un relâchement des liens avec la société conventionnelle, ce qui induit une diminution des contrôles sociaux, laissant libre court aux tendances égoïstes et non socialisées de l'être humain.

Pour sa part, la théorie de la **déviance culturelle** et notamment celle de l'**apprentissage social** mettent l'accent sur l'impact socialisateur du groupe déviant par le biais des valeurs qu'il véhicule et des mécanismes de renforcements différentiels des comportements de prises de drogues.

Quant à la théorie des **comportements problématiques**, elle nous a permis de situer la place des abus de drogues dans le contexte de l'adolescence. A cette époque des grands bouleversements identitaires, les abus de drogues s'accompagnent souvent d'autres comportements à problèmes tels que délinquance, abus d'alcool, inadaptation scolaire, rapports sexuels précoces, etc. Autant de comportements transgressifs qui constituent des **équivalents fonctionnels** servant des buts semblables et exprimant une tendance générale au **non-conformisme psychosocial**.

Outre les diverses fonctions de *coping* face aux affects dépressifs, d'affirmation identitaire (recherche et dépassement des limites, soutien du rôle sexuel chez le garçon), d'appartenance au groupe des pairs et de refus des normes sociales, les comportements problématiques ont une valeur de **marqueur de transition**, c'est-à-dire de symbolisation d'un changement de statut. C'est en effet dans la mesure où ces comportements sont souvent considérés comme inadéquats en raison de l'âge auquel ils surviennent, qu'on peut les considérer comme une manière d'affirmer une maturité naissante et un besoin d'indépendance vis-à-vis des parents.

Les données empiriques exposées dans la dernière partie du chapitre ont illustré la complexité du problème "drogue" et les sources multiples d'influence qui interviennent dans l'évolution vers la toxicomanie avérée.

Ces données concernent en grande partie la période de l'**adolescence** car la toxicomanie y est spécifique. C'est à cette époque que se mettent en place des attitudes d'adhésion ou de rejet de la société conventionnelle qui s'avéreront déterminantes quant à l'affiliation aux groupes des usagers de drogues. Nous avons vu que si la réaction d'opposition aux valeurs de la société est un phénomène relativement banal à l'adolescence puisqu'il participe d'un besoin de découvrir et de modifier les limites d'une identité en développement, les conduites transgressives particulièrement précoces ou intenses peuvent s'avérer dommageables pour l'évolution psychosociale de l'individu.

Le premier environnement social qui encadre l'enfant jusqu'à son entrée dans la vie adulte est la **famille**. Le climat affectif et les modalités de contrôle adoptés par les parents vont déterminer la vulnérabilité de l'enfant face aux abus de toxiques durant l'adolescence. Ainsi, l'absence d'un espace normatif cohérent, se manifestant par des attitudes éducatives extrêmes, telles que laxisme - rigidité ou indifférence - excès d'intérêt, est une caractéristique fréquente des familles de toxicomanes. Outre les méthodes éducatives, les attitudes et comportements des parents concernant les consommations de toxiques influencent également le recours ou non aux produits chez

l'adolescent.

Quant au **niveau socioculturel** du milieu familial, si l'on trouve encore actuellement une surreprésentation des cadres et professions libérales parmi les adolescents qui expérimentent les drogues illégales³⁴⁴, on observe depuis les années 1990 une prépondérance et une augmentation des milieux modestes parmi les populations cliniques de toxicomanes³⁴⁵.

Par ailleurs, il s'avère que les zones urbaines où se concentrent les basses classes de la population offrent un terrain propice aux abus de drogues et à l'économie parallèle qui les accompagne. En effet, le chômage et le manque de formation qui touchent ces milieux hypothèquent l'accès aux rôles sociaux gratifiants que peut procurer un emploi. Il en découle une forte exposition au groupe des pairs et une impossibilité de faire des projets d'avenir qui pousse les jeunes à se tourner vers les gratifications immédiates et les rôles alternatifs liés au monde de la drogue.

La recherche de gratifications immédiates en tant que dimension d'un style de vie spécifique est une caractéristique commune aux prises de drogues et aux **actes délinquants**, c'est pourquoi avons nous développé la question des liens entre délinquance et toxicomanie. Ces deux types de comportements présentent en effet une forte corrélation et l'on a montré que si la tendance délinquante tend à être antérieure aux prises de drogues³⁴⁶, celles-ci favorisent le recours aux actes délictueux qui permettent d'acquérir un produit cher parce que prohibé.

Parmi les agents de socialisation, l'**école** occupe une place importante puisqu'elle supplante l'influence de la famille dans le risque d'évolution vers la délinquance³⁴⁷. Si le système scolaire sécrète une forme de déviance qui lui est propre, notamment par le biais de mécanismes de stigmatisation et d'exclusion des "mauvais" élèves ; certains établissements limitent les effets pervers de l'échec scolaire et présentent des taux d'abus de drogues moindre grâce au développement d'un climat socioculturel positif basé sur l'empathie, l'échange et les sanctions non coercitives.

En complémentarité ou en opposition à la culture institutionnelle scolaire, le **groupe des pairs**, dernier agent de socialisation auquel nous nous sommes intéressés, offre un espace d'échange et de confrontation activement recherché par ces jeunes que les transformations physiques et statutaires placent dans un état d'incertitude et d'anxiété notable.

Le groupe des pairs joue un rôle décisif dans l'initiation et le maintien des prises de toxiques. Son influence dépasse celle du contrôle et du soutien parental, de même que celle de la personnalité et de la psychopathologie³⁴⁸. Toutefois, elle sera d'autant moindre que l'attachement parental sera fort.

³⁴⁴ M. Choquet et al., 1992, op. cit.

³⁴⁵ H. Lagrange et A. Mogoutov, op. cit.

³⁴⁶ M. Valleur, op. cit. ; M. Choquet, 1992, op. cit.

³⁴⁷ L. Walgrave, op. cit.

Le processus d'affiliation au groupe des usagers de drogues peut être résumé ainsi : il nécessite d'abord le développement d'attitudes et de valeurs pro-drogues qui représente une forme de **socialisation anticipatrice**. Ensuite, le sujet va sélectionner un groupe qui répond à ses besoins. Dès lors, fréquentation des pairs et consommation de drogues vont se renforcer mutuellement dans un phénomène de **spirale interactive**³⁴⁹, où le besoin de produit amène le sujet à fréquenter le groupe des usagers plus souvent, lequel en retour encourage la consommation de toxiques. Au sein du groupe se produit donc une socialisation en faveur des consommations de psychotropes.

Bien que le pouvoir socialisant du groupe des pairs soit reconnu par la plupart des auteurs, certains réfutent cette thèse en mettant l'accent sur l'éloignement d'avec la société conventionnelle comme cause de déviance. Etant donné que ce débat touche de près les questions soulevées dans notre travail, à savoir la nature des troubles de l'intégration sociale chez le sujet toxicomane, et notamment la question du refus versus incapacité à s'intégrer, nous avons terminé ce chapitre avec la présentation d'une étude portant sur la qualité des réseaux d'amitié chez des usagers de drogues.

Cette étude se situe dans le cadre d'un débat touchant à la nature du lien social que les personnes déviantes établissent avec leurs proches. Sur ce thème les théories du **contrôle social** et de la **déviance culturelle** s'opposent.

Alors que la théorie de la déviance culturelle considère que les personnes déviantes établissent au sein de leur groupe des liens tout aussi solides que les non déviantes, la théorie du contrôle social souligne la défaillance des liens propres aux groupes déviantes. Par ailleurs, pour cette première théorie les processus de socialisation et les caractéristiques structurales des réseaux sociaux sont semblables dans les deux types de groupes, alors que pour cette seconde théorie des différences structurelles distinguent les réseaux des deux groupes.

L'étude³⁵⁰ présentée a porté sur la structure et la qualité du **réseau d'amitié** des usagers de drogues. Elle a montré d'une part *une association entre le niveau de consommation de drogues et la qualité des liens d'amitié* et d'autre part une absence de différence entre les réseaux d'amitié des usagers de drogues et des non-usagers en terme de taille et de densité³⁵¹. Ceci tend à valider la théorie de la déviance culturelle.

Bien que ces résultats ne puissent pas être généralisés à des populations cliniques d'héroïnomanes graves, on peut néanmoins en déduire que l'usage de drogue, au même titre que l'alcool, est une pratique socioculturelle créatrice de lien social. Il s'ensuit que l'usager moyen de drogue garde un potentiel réel d'intégration dans la société globale.

³⁴⁸ H. R. White, V. Johnson & A. Horwitz, op. cit.

³⁴⁹ J. S. Brook, 1990, op. cit.

³⁵⁰ D. Kandel & M. Davies, 1991, op. cit.

³⁵¹ Rappelons que l'étude renvoie à un groupe d'usagers consommant à un rythme hebdomadaire au minimum et dont 47% consomment d'autres drogues que le cannabis.

Nos analyses de l'intégration sociale des usagers de drogues se centreront donc sur deux axes conceptuels complémentaires.

Un premier axe concerne le processus bipolaire **exclusion - intégration sociale** face à la société globale³⁵². Il touche au degré de participation et d'engagement de l'individu dans la vie socio-économique et relationnelle, c'est-à-dire à la nature du réseau social, ainsi qu'aux aspects symboliques de la position sociale occupée.

Un second axe concerne la répartition des liens avec la **société conventionnelle** et la **communauté des usagers de drogues**. S'il est envisageable qu'un individu aie des liens forts tant avec la société globale qu'avec le groupe déviant, on peut considérer qu'un lien fort avec le groupe déviant se traduira par un risque accru de perturbation des contacts avec le monde conventionnel, étant donné que les deux groupes véhiculent des valeurs antagonistes. Il s'ensuit donc un risque d'exclusion sociale plus élevé.

Ces deux axes présentent une certaine interdépendance, puisque tant l'intégration économique que relationnelle peut être réalisée au sein du groupe déviant. En effet l'**intégration relationnelle** s'intéresse à la qualité du lien et non au degré de déviance des individus. De plus, on ne saurait considérer la prise de drogues illégales comme purement antisociale puisqu'elle contient un potentiel notable de création de lien social. Quant à l'**intégration économique**, elle peut aussi être atteinte par la voie illégale du trafic de drogue.

³⁵² Le terme de **société globale** est utilisé ici en opposition à celui de **société conventionnelle** qui met l'accent sur les aspects uniformes du corps social. Le terme global fait référence à la société dans son ensemble, où les multiples sous-groupes et minorités diverses, déviantes ou non, font partie intégrante de l'ensemble.

Deuxième partie Etude empirique de l'intégration sociale et de la psychopathologie chez des patients en cure de méthadone

Chapitre 5 : METHODE

1. Le contexte institutionnel

Le matériel clinique utilisé dans notre travail a été recueilli durant deux années de travail en tant que psychologue chercheur et clinicien dans un centre médico-psychosocial genevois³⁵³ axé sur la prise en charge ambulatoire des héroïnomanes par la méthadone.

Les futurs patients s'adressent au centre soit de leur propre initiative³⁵⁴, soit sur la recommandation de leur médecin traitant ou d'une institution spécialisée.

³⁵³ Fondation Phénix, Genève, Dr J.-J. Déglon, médecin directeur.

Il s'agit d'un centre dit à "seuil moyen à élevé", ce qui signifie que l'objectif thérapeutique à moyen terme reste l'abstinence et que pour ce faire des contrôles stricts de la consommation de drogues sont effectués au moyen d'analyses d'urine fréquentes.

Le non-respect par le patient de son engagement pris en début de cure à renoncer à toutes prises de drogues donne lieu à différentes sanctions, et peut se solder en dernière instance par un renvoi du centre. Des conséquences semblables concernent les actes de violence commis à l'intérieur du centre. Il s'ensuit que les exigences du centre excluent toute une catégorie de toxicomanes pour lesquels l'abstinence n'est pas réalisable ; il s'agit généralement d'individus fortement insérés dans le milieu de la drogue et peu enclins à quitter un certain style de vie³⁵⁵.

Concernant les prestations, le centre dispense des soins somatiques si nécessaire, offre une aide psychosociale (plan de désendettement, mise à jour fiscale, etc.), propose un programme de réadaptation professionnelle (ratrappage scolaire et travail dans le domaine de l'agriculture encadré par des professionnels de la branche et du social) et permet d'entreprendre une psychothérapie individuelle ou groupale.

Dans le cadre de la cure de méthadone chaque patient a des entretiens réguliers avec un thérapeute au cours desquels peut être abordée entre autre la gestion du dosage de la méthadone. Le contact avec les infirmières et les assistantes de médecins qui distribuent la méthadone représente aussi en fonction du dialogue instauré une forme de soutien thérapeutique.

Le traitement par la méthadone dure en moyenne trois ans³⁵⁶ et passe par différentes phases. Le patient débute habituellement la cure dans une période de crise dans la mesure où il se trouve face à son incapacité à gérer son produit sans une aide extérieure. Dans ce contexte de fragilité qui caractérise le début du traitement, de même qu'en période de rechutes dans l'héroïne durant la cure, les contraintes institutionnelles sont importantes : venues journalières au centre pour une prise de méthadone à dosage élevé et analyses d'urine fréquentes. Après quelques mois de traitement le patient tend à se stabiliser tant du point de vue neurobiologique que du point de vue psychique et les contraintes de la cure vont progressivement s'assouplir. En cours de traitement la méthadone est consommée sur place plus que deux ou trois fois par semaine et les dosages sont moins élevés. Lorsque le patient montre une certaine capacité d'abstinence et qu'il s'avère suffisamment stable d'un point de vue affectif et psychosocial, un sevrage très progressif peut être envisagé³⁵⁷.

Le contrôle de la prise de drogues par l'intermédiaire d'analyses d'urine a donné lieu à toute une dynamique interactive entre les transgressions et les sanctions. En effet, si

³⁵⁴ Dans le milieu de la toxicomanie circulent des informations concernant les divers lieux de prescription de méthadone. Les caractéristiques et exigences des prises en charge sont habituellement bien connues des usagers de drogues.

³⁵⁵ C'est justement pour venir en aide à cette catégorie de toxicomanes non "intéressés" par les cures de méthadone que des programmes expérimentaux de distribution d'héroïne ont été mis sur pied en Suisse dès 1994.

³⁵⁶ D'après une étude réalisée en 1992 : J.-F. Briefer et J.-J. Déglon, Traitement de méthadone et comportements à risque de transmission du VIH, *Médecine et Hygiène*, 1992, 50, pp. 1544-9.

dans un premier temps les soignants se contentaient de rechercher des traces d'opiacé dans les urines, ils se sont vite trouvés confrontés à des patients dont la parfaite abstinence leur paraissait trop belle pour être vraie. Ces patients avaient réussi à déjouer la technique de contrôle en substituant d'autres urines aux leurs qui ne contenaient pas de traces d'opiacé.

Les trucs pouvant consister à stocker des urines en période d'abstinence ou à faire appel à un donneur complaisant, pour ensuite apporter discrètement au centre des urines sans traces de toxiques. Les soignants ayant vite eu vent de pareilles pratiques ont décidé de rechercher des traces de méthadone dans les urines afin d'être sûr qu'elles ne venaient pas d'une tierce personne (le conjoint par exemple, voire même le chat !), mais cette fois encore les patients ont trouvé le moyen de déposer une goutte de leur méthadone liquide dans l'urine afin de rendre le test positif.

Finalement, les soignants en sont venus à introduire de façon aléatoire et bien entendu à l'insu des patients des substances tests dans les flacons de méthadone et d'en rechercher les traces dans l'urine du lendemain. Cette dernière technique semblait prometteuse, mais certains ont constaté que la substance en question modifiait légèrement le goût de la méthadone... Un dépistage au hasard par analyse de la salive a ensuite été adopté, qu'en sera-t-il de la réponse des patients ?

Au-delà de l'anecdote, ce chassé-croisé entre ceux qui transgressent et ceux qui effectuent les contrôles et appliquent les règles, en dit long sur le climat qui règne dans le centre, climat par ailleurs fort convivial, et sur les enjeux qui opposent les deux catégories d'acteurs sociaux. Nous n'irons toutefois pas plus loin dans cette analyse, dans la mesure où notre travail n'a pas pour objet une analyse institutionnelle. Il nous semblait néanmoins important d'illustrer la dynamique interne au centre qui oppose deux groupes sociaux aux intérêts à certains égards divergents.

2. Populations et critères d'inclusion

L'échantillon se compose de quatre-vingt-trois sujets en cure de méthadone depuis au moins six mois. Il comporte plus de trois quarts d'hommes (77%), deux tiers de célibataires (66%) et l'âge moyen se situe à 32 ans (les extrêmes étant 22 et 42 ans). Nous allons maintenant expliciter la procédure de sélection adoptée pour la constitution de cet échantillon.

Notre choix de comparer un groupe de sujets qui poursuivent la consommation d'héroïne durant la cure de méthadone, avec un groupe de sujets assurant un certain degré d'abstinence, est lié au **but thérapeutique** que poursuit l'institution. Celle-ci a en effet pour mandat d'apporter une aide bio-psychosociale aux toxicomanes dont l'usage d'héroïne est supposé source de souffrance et doit donc se centrer sur cette substance.

L'institution est prioritairement organisée autour de la réduction des prises d'héroïne, même si des contrôles (beaucoup moins fréquents) sont également effectués pour

³⁵⁷

Relevons qu'un nombre conséquent de patients ne parvient pas à faire ce pas ; la dépendance face à la méthadone les amène soit à développer des troubles dépressifs soit à rechuter dans l'héroïne dès qu'ils tentent un sevrage.

d'autres substances (benzodiazépine, cocaïne, alcool, etc.). Ceci signifie qu'un abus permanent d'héroïne aura beaucoup plus de conséquences négatives sur la poursuite du traitement (possibilité de suspension voire d'arrêt du traitement) qu'un abus permanent d'alcool. Ce traitement différentiel des abus en fonction des substances ne va pas sans donner une signification spécifique à chaque type d'abus, avec notamment une connotation de transgression plus importante en ce qui concerne l'abus d'héroïne.

Afin de constituer deux groupes contrastés, les sujets ont été sélectionnés dans un premier temps sur la base de leur consommation d'héroïne au cours des six derniers mois. Nous avons ainsi constitué un groupe de 24 **faibles consommateurs** (au maximum trois analyses d'urines positives aux opiacés) et un second groupe de 36 **gros consommateurs** (au minimum 12 analyses d'urines positives aux opiacés). En raison de la sélectivité passablement forte des critères d'inclusion adoptés, il n'a pas été possible de constituer des groupes suffisamment importants. Aussi a-t-il été décidé de conserver les sujets ne répondant pas à ces critères pour former un troisième groupe intermédiaire de 23 **consommateurs moyens**. En fin de compte, cette sélection est proche d'un choix **au hasard** et l'échantillon constitué peut être considéré comme représentatif de la population des patients en cure de méthadone (de seuil moyen à élevé) de la région genevoise.

Cette sélection globale des sujets, dont l'**unique critère d'inclusion** retenu est celui d'une durée de cure minimum de six mois, s'est avéré d'autant plus utile que la catégorisation des patients en fonction de la gravité de la toxicomanie s'est faite par la suite en prenant en considération l'ensemble des prises de toxiques et non uniquement la consommation d'héroïne. Car la poursuite d'une consommation d'héroïne durant la cure de méthadone n'est pas un critère suffisant pour évaluer la gravité de la toxicomanie globale, c'est la raison pour laquelle nous avons constitué un **indice de consommation globale** de toxiques permettant une meilleure évaluation de l'importance de la toxicomanie.

De plus, la nature des résultats nous a poussés à comparer les sujets dans un premier temps sur la base de cet indice global de consommation de psychotropes pour n'analyser que dans un second temps les caractéristiques liées spécifiquement à chacune des substances. Cette démarche a été adoptée en raison du faible pouvoir différentiateur propre à chaque drogue prise séparément.

La catégorisation des patients s'est donc faite sur la base de leur **consommation globale** (basée sur huit catégories de psychotropes) **au cours des six derniers mois** et secondairement durant toute la durée totale de la cure. Ce dernier critère a été adopté car les phases de rechutes dans la toxicomanie sont très fluctuantes et ne considérer que les six derniers mois risquait d'inclure parmi les patients à faible consommation de gros consommateurs temporairement abstinents, toutefois au vu des résultats, cette prudence s'est avérée superflue.

Ainsi, si une sélection a priori des sujets a été tentée, celle-ci a été abandonnée pour les raisons évoquées ci-dessus au profit d'une sélection a posteriori des sujets en fonction de leur consommation globale de psychotropes au cours des six derniers mois (et accessoirement durant toute la durée de la cure).

En ce qui concerne le **critère d'inclusion unique** (durée de la cure supérieure à six

mois), il est à noter que les patients les plus instables sur le plan du comportement et de l'abus de drogues ont tendance soit à abandonner le traitement soit à être renvoyés, et ce dès les premiers mois. Il en résulte que la sélection opérée quant à la durée minimum de la cure a probablement allégé l'échantillon quant aux patients très instables.

3. Technique et matériel

3.1. Questionnaires relatifs au traitement des toxicomanes par la méthadone, analyses d'urine et informations complémentaires

La distribution de méthadone fait l'objet de contrôles stricts de la part du médecin cantonal, c'est pourquoi des questionnaires officiels de demande de cure (cf. annexes 2 et 3) doivent être utilisés par les prescripteurs de méthadone. La consommation de drogues est de plus évaluée tous les six mois par le biais de questionnaires intermédiaires officiels. Ces questionnaires sont remplis sur la base des résultats des analyses d'urine qui figurent sous forme de graphiques dans les dossiers médicaux.

L'institution a également élaboré son propre questionnaire de demande de cure (cf. annexe 1), ce qui rend les dossiers médicaux très riches en informations standardisées dans les domaines du fonctionnement psychosocial, des antécédents psychiatriques, et de la consommation de drogues.

Le questionnaire interne de demande de cure (ainsi qu'une partie du questionnaire officiel, cf. annexe 3) est remis par le thérapeute au futur patient lors d'un premier entretien d'évaluation avec la consigne de le ramener rempli pour la prochaine entrevue. Le questionnaire fait alors l'objet d'un entretien au cours duquel sont repris les éléments importants amenés par le patient.

Dans le cadre de notre recherche, les renseignements déjà existants (datés du moment de l'entrée en cure de méthadone) ont dû être complété avec des informations actuelles sur le fonctionnement psychosocial, la psychopathologie (troubles dépressifs récents et personnalité antisociale) et la prise de drogues (cf. annexes 4 et 5). Pour ce faire des questions additionnelles ont été posées lors d'un entretien avec le patient.

La totalité de ces renseignements nous ont permis de constituer un ensemble de variables (cf. annexes 5) regroupées dans les douze catégories suivantes :

1. Données personnelles (3 variables)
2. Vie relationnelle (2 variables)
3. Situation socio-économique (11 variables)
4. Antécédents judiciaires avant la demande de cure (4 variables)

5. Anamnèse psychique (11 variables)
6. Antécédents scolaires et professionnels avant la demande de cure (6 variables)
7. Antécédents médicaux (3 variables)
8. Toxicomanie antérieure au début de la cure méthadone (12 variables)
9. Cures de désintoxication antérieures (4 variables)
10. Cure de méthadone actuelle (3 variables)
11. Consommation de psychotropes au cours des six derniers mois (7 variables)
12. Consommation de psychotropes sur toute la durée de la cure (3 variables)

La majorité de ces variables sera utilisée telle quelle pour l'analyse des résultats et certaines de façon combinées afin de former divers indices comme nous le verrons plus loin.

3.2. Autoquestionnaires de personnalité et de dépression

La théorie sous-jacente à la méthode de l'autoquestionnaire de psychopathologie repose sur les concepts de **trait de personnalité** et d'**état psychique**.

Certains questionnaires, tels que le MMPI³⁵⁸, dont nous avons utilisé une forme abrégée, évaluent des **traits de personnalité** que H. J. Eysenck définit de la façon suivante :

Les traits sont des caractéristiques descriptives relativement durables d'une personne (...) généralement conçu comme des prédispositions au comportement ayant une cohérence trans-situationnelle, c'est-à-dire, menant à des comportements semblables dans une variété de situations³⁵⁹.

La notion de **trait** évoque donc une permanence dans la façon d'agir et de réagir.

Au contraire, d'autres types de questionnaires évaluent des **états psychiques** qui renvoient à des pensées et des comportements temporaires. C'est le cas de notre second test, utilisé pour évaluer l'état dépressif : le QD2³⁶⁰.

Le **questionnaire de personnalité** utilisé est constitué d'un ensemble d'items tirés

³⁵⁸ Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

³⁵⁹ H. J. Eysenck, *Traits theories of personality*. In : A. M. Colman (ed.), *Companion encyclopedia of psychology. Volume 1*. London, Routledge, 1994, p. 622.

du MMPI. Il comporte 202 items soit environ 25 à 35 minutes de passation (cf. annexe 6). Le sujet répond par "vrai" s'il considère que l'énoncé décrit un trait ou un comportement qui caractérise sa personne, et par "faux" dans le cas contraire.

Les items du MMPI ont été sélectionnés en fonction de leur appartenance à certaines échelles issues d'une version abrégée du test³⁶¹ jugées pertinentes pour notre étude. Il s'agit des trois échelles dites de validité et de quatre échelles cliniques. Nous y avons ajouté une cinquième échelle clinique de trouble de la personnalité borderline créée par L. C. Morey et al.³⁶² à partir de la version longue du MMPI et en référence au DSM-III, en raison de l'importance de ce trouble dans les populations de toxicomanes.

Les échelles cliniques offrent l'avantage d'être bien étalonnées, d'avoir fait l'épreuve du temps et de permettre la comparaison à une norme par le biais d'une note T³⁶³. L'échelle borderline de L. C. Morey permet aussi le calcul d'une note T.

Parmi les **échelles cliniques** du MMPI, l'échelle Déviation Psychopathique (Pd) s'imposait pour une population de sujets présentant souvent des tendances antisociales. Trois autres échelles cliniques ont été sélectionnées (Paranoïa, Pa ; Psychasthénie, Pt ; et Schizophrénie, Sc) car elles sont constitutives du "psychoticisme", une des trois dimensions fondamentales de la personnalité mises en évidence par les analyses factorielles de H. J. Eysenck et al.³⁶⁴.

En effet, à côté de l'extraversion - introversion (E) et du "neuroticisme" - stabilité (N), le "psychoticisme" - contrôle surmoïque (P) constitue une dimension de la personnalité qui s'étend sur un continuum allant des troubles schizophréniques avérés aux comportements altruistes et très socialisés. Les échelles utilisées pour évaluer le "psychoticisme" ne permettent pas de poser un diagnostic de psychose, elles mettent par contre en évidence une *prédisposition* à développer ce type de troubles en situation de stress.

Il a été substitué à l'échelle dépression du MMPI le **questionnaire de dépression** élaboré par P. Pichot et al.³⁶⁵ (le QD2, cf. annexe 7) dans la mesure où il représente une

³⁶⁰ P. Pichot et al., Un questionnaire d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive, le questionnaire QD2, *Revue de Psychologie Appliquée*, 1984, 34, 3, pp. 229-250.

³⁶¹ A. Gehring und A. Blaser, *MMPI Deutsche Kurzform für Handauswertung Handbuch*, Bern, Verlag Hans Huber, 1982.

³⁶² L. C. Morey, R. K. Blashfield, W. W. Webb & J. Jewell, MMPI scales for DSM-III personality disorders : a preliminary validation study, *Journal of Clinical Psychology*, 1988, Jan., Vol 44, No 1, pp. 48-50. L. C. Morey, M. H. Waugh & R. K. Blashfield, MMPI Scales for DSM-III Personality Disorders : Their Derivation and Correlates, *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49, 3, pp. 244-251.

³⁶³ Cette note T représente une conversion de la note brute au moyen d'une formule statistique faisant intervenir la moyenne et l'écart-type. Il en résulte qu'une note brute correspondant à la moyenne aura comme valeur 50, et qu'une note brute d'un écart-type au dessus de la moyenne aura 60 comme valeur, un écart-type valant 10.

³⁶⁴ H. J. Eysenck and M. W. Eysenck, *Personality and individual differences*, New York, Plenum Press, 1985.

³⁶⁵ P. Pichot et al., op. cit.

version améliorée de cette dernière et en raison de la qualité de sa construction et de sa fiabilité.

En plus des échelles cliniques du MMPI, trois échelles dites de **validité** (L, F, K) ont été conservées, elles permettent de dépister respectivement les sujets répondant de façon peu sincère, au hasard, ou de façon trop défensive. L'échelle K intervient dans le calcul des notes T de certaines échelles cliniques.

Ces échelles de validité n'ont toutefois pas été utilisées pour valider les réponses des sujets³⁶⁶, nous leur avons préféré une reprise clinique de quelques items critiques (quant à la psychopathologie à laquelle ils renvoient) permettant d'obtenir une information individualisée quant au vécu du symptôme auquel renvoie le contenu de l'item en question. Une telle méthode permet également de se rendre compte dans une certaine mesure de la fiabilité des réponses du sujet. Les associations des patients quant à leurs réponses positives ou négatives rendent compte du travail introspectif réalisé lors de la lecture de l'item. Un seul sujet ne s'est pas avéré capable de répondre aux sollicitations de la reprise clinique. En fait, ce sujet, dont la psychopathologie était particulièrement grave, avait répondu au questionnaire au hasard, de façon mécanique (suite de réponses vraies et fausses sans alternance). De ce fait, ses réponses aux questionnaires de personnalité et de dépression n'ont pas été conservées.

Un programme informatique permet de calculer les scores aux différentes échelles sur la base des réponses du sujet, celui-ci répondant directement sur le clavier d'un ordinateur portable en utilisant les touches "V" (vrai) et "F" (faux), les items du test apparaissant à l'écran.

Les quatre échelles cliniques du MMPI et l'échelle borderline de Morey sont combinées en une seule variable permettant d'obtenir un **indice de psychopathologie durable**. Cet indice est binaire et devient positif sitôt qu'une des cinq échelles cliniques dépasse la note T de 70 (le seuil pathologique étant situé à deux écarts-types au-dessus de la moyenne).

Contrairement aux items du questionnaire de personnalité qui visent à évaluer des **traits** constitutifs de dimensions stables, ceux du questionnaire de dépression QD2 évaluent un **état** affectif temporaire. En raison de la nature différente de l'évaluation obtenue par le QD2, celui-ci n'a pas été inclus dans l'indice de psychopathologie durable.

L'analyse factorielle de ce test a mis en évidence quatre facteurs : perte d'élan vital ; anxiété et manifestations somatiques ; humeur dépressive ; et ralentissement intellectuel. Un taux de sujets déprimés peut être calculé en fonction du dépassement du seuil 6/7 pour les 13 items de la version abrégée du questionnaire (QD2A), selon les indications fournies par l'auteur du test dans l'article déjà cité (les items du QD2A sont répertoriés en annexe 8).

366

A titre indicatif 13,2% des sujets ont au moins une des trois échelles de validité au dessus de 70. C'est surtout l'échelle F qui détermine ces résultats puisque 8,8% des sujets ont un score supérieur à 70. Cette échelle F concerne des items rarement répondus dans le sens du symptômes car très pathologiques. Cette élévation s'explique par le fait que dans notre échantillon les résultats à l'échelle "schizophrénie" dépassent souvent le seuil pathologique (21,1%), or on sait que l'échelle Sc et l'échelle F sont corrélées.

3.3. Entretien structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité

Avec un petit nombre de sujets, l'évaluation de la psychopathologie a été faite de manière plus approfondie à l'aide d'un entretien structuré conçu pour l'évaluation des troubles de la personnalité selon la nosologie DSM-III-R³⁶⁷ et CIM-10. Il s'agit d'une traduction française du *Personality Disorders Examination* (PDE) élaboré dans le cadre de l'*International Pilot Study on Personality Disorders*³⁶⁸.

L'entretien structuré complet permet d'obtenir un score dimensionnel pour chacun des treize troubles de la personnalité du DSM-III-R. La fiabilité interjuge s'est avérée très satisfaisante et la fidélité test-retest bonne³⁶⁹.

Chaque critère diagnostique fait l'objet d'une ou de plusieurs questions formulées de manière à recueillir des informations cliniques sur la psychopathologie durable et permettant d'évaluer si le patient satisfait ou non le critère concerné. Les questions sont lues au patient et les réponses sont cotées de la manière suivante : le trait ou comportement peut être jugé absent (0), présent mais de signification clinique incertaine (1), présent cliniquement (2) ou encore la réponse peut être jugée non pertinente (?).

En dernier ressort, la passation d'un tel entretien fait avant tout appel au jugement clinique de l'interviewer.

Exemple :

- Sentiments permanents de vide ou d'ennui (borderline) :
 - "Est-ce que vous vous ennuyez souvent ou est-ce que vous vous sentez souvent vide ?
 - Si oui : Est-ce que cela vous inquiète ou vous pose des problèmes ?
 - Si oui : Parlez-m'en."

En raison de la longueur du temps de passation pour la version complète de l'entretien (entre 4 et 6 heures), nous n'avons sélectionné qu'une partie des critères. Notre choix s'est porté sur les critères du **trouble limite**³⁷⁰ et quelques autres critères qui nous ont semblé pertinents pour effectuer une évaluation clinique de la personnalité³⁷¹. Ces derniers concernent l'anxiété sociale (troubles schizotypique et évitant), l'irritabilité (dyssocial), l'intolérance à la solitude (dépendant), l'anxiété (évitant), les conduites de

³⁶⁷ Le DSM-IV n'étant alors pas encore disponible.

³⁶⁸ WHO/ADAMHA, Research protocol international pilot study of personality disorders. 1987.

³⁶⁹ A. W. Loranger, V. Lehman Susman, J. M. Oldman & L. M. Russakoff, The personality disorder examination: a preliminary report, *Journal of personality disorders*, 1987, 1 (1), pp. 1-13. D. B. Marin, T. A. Widiger, A. J. Frances, S. Goldsmith & J. Kocsis, Personality disorders: issues in assessment, *Psychopharmacology Bulletin*, 1989, Vol. 25, 4, pp. 508-514.

³⁷¹ L'entretien structuré dans la forme abrégée que nous avons utilisée figure en annexe.

risque (antisocial), les croyances bizarres ou la pensée magique (schizotypique), les expériences perceptives inhabituelles (schizotypique) et les idées de référence non délirantes (schizotypique).

L'ensemble des critères utilisés (cf. annexe 9) est réparti en cinq sections, chacune d'entre elles débutant habituellement par une question générale ouverte. Les cinq sections concernent les domaines suivants :

1. Le moi
2. Les relations interpersonnelles
3. Les affects
4. L'appréhension de la réalité
5. Le contrôle des impulsions

Les entretiens ont été enregistrés sur cassettes audio, puis retranscrits de façon résumée et rédigés sous forme de comptes-rendus cliniques. Lorsque la somme des critères positifs est supérieure ou égale à cinq, le diagnostic de trouble limite de la personnalité peut être posé.

3.4. Entretien libre sur les consommations de drogues

La technique utilisée pour recueillir des informations sur le **vécu des prises de drogues** consiste en un entretien clinique d'inspiration psychodynamique. Ceci signifie que l'interviewer participe à l'élaboration de la problématique du patient en lui permettant de préciser son vécu et de lui trouver un sens. L'entretien libre est non directif, seuls deux axes généraux guident les questions de l'interviewer.

Un premier axe vise à obtenir une **description** des consommations de drogues récentes. Ceci afin d'accéder à des situations concrètes qui serviront de base pour la suite de la discussion. La consigne est donnée de façon à solliciter une description globale de la situation, à savoir tant au niveau de l'environnement externe : personnes présentes, moment de la journée, type de lieux ; qu'au niveau du vécu interne : état d'esprit, pensées et sentiments.

³⁷⁰ Nous avons sélectionné le trouble limite de la personnalité pour différentes raisons. D'une part, la prévalence de ce trouble est importante dans les populations de toxicomanes car il comporte des caractéristiques directement en rapport avec les comportements addictifs, à savoir l'impulsivité. D'autre part, le trouble limite se prête bien pour une évaluation générale de la personnalité car il est multidimensionnel. Il comporte en effet des critères évaluant l'humeur, certains mécanismes de défense (idéalisation), l'identité et les relations interpersonnelles. A côté du trouble limite, nous disposons également des informations nécessaires au diagnostic de personnalité antisociale. Ces informations étant de nature plutôt factuelle, elles ont pu être recueillies pour un nombre plus grand de sujets (cf. approche quantitative).

Un second axe concerne l'**explication** des consommations de drogues donnée par le patient. Une telle explication peut donner lieu à des interprétations de la part de l'interviewer, de manière à stimuler l'introspection du patient et le cas échéant l'amener à des prises de conscience.

Il s'effectue donc une forme d'élaboration de la réalité interne du sujet orientée autour de la place qu'occupe la drogue dans son économie psychique.

4. Caractéristiques et mise en forme des données quantitatives

4.1. Evaluation de la consommation de psychotropes et création d'indices d'intensité de la toxicomanie

L'évaluation des prises de drogues et d'alcool est basée sur trois types de sources d'information : autoévaluation du patient ; résultats des analyses d'urines faites en laboratoire ; et à titre de contrôle, indications des soignants ayant des contacts fréquents avec les patients.

Sept catégories de psychotropes ont été prises en considération, il s'agit de l'héroïne, du cannabis, des benzodiazépines (non prescrites médicalement), de la cocaïne, des hallucinogènes, des amphétamines et de l'alcool.

En ce qui concerne la **consommation récente**, le sujet remplit un tableau de fréquence de consommation au cours des **six derniers mois** (cf. annexe 4)³⁷². Ces fréquences de consommation constituent sept degrés allant de 0 (aucune prise, ou pour l'alcool aucune ivresse) à 6 (une prise ou une ivresse par jour ou plus). La consommation d'héroïne est évaluée grâce aux analyses d'urines, dont le nombre de positifs est converti en une échelle semblable allant de 0 à 6. Lors de l'analyse des résultats ces notes sont utilisées à titre de variables continues afin de permettre des comparaisons de moyennes.

Dans le but d'obtenir un score global de consommation récente de psychotropes ces notes sont additionnées entre elles, mais seulement après avoir été converties en une échelle ordinaire à trois degrés d'intensité de consommation : le degré 0 correspondant à une consommation nulle ou négligeable, le degré 1 à un abus d'intensité moyenne et le degré 2 à un abus important ou à une dépendance (prise quotidienne ou presque)³⁷³.

En ce qui concerne l'héroïne, on ne saurait parler de dépendance dans le cadre d'une cure à la méthadone, aussi la note 2 correspond-t-elle à un nombre d'analyses d'urine

³⁷² L'auto-évaluation de la consommation de drogues par les patients s'est avérée très fiable au regard des analyses d'urines selon une étude récente réalisée par la Fondation Phénix (J.-J. Déglon et al., 1996, op. cit.).

³⁷³ La délimitation sur l'échelle de fréquence de consommation (0 - 6) des seuils correspondant aux notes 0,1 et 2 s'est faite différemment en fonction des substances, de façon à obtenir des catégories suffisamment importantes. Ainsi, la note 0 correspond pour les ivresses alcooliques et le cannabis à un usage maximum de deux fois (fréquence 0 - 1), et pour les benzodiazépines à une absence d'usage (fréquence 0). La note 2 représente pour les ivresses alcooliques et les benzodiazépines un usage d'au moins quatre fois par semaine (fréquence 5 - 6) et pour le cannabis un usage quotidien (fréquence 6). La note 1 pour ces trois substances correspond à l'intervalle de fréquences intermédiaire.

positives supérieures ou égal à six au cours des six derniers mois. De plus, afin de pondérer la gravité de la dépendance alcoolique le petit nombre de sujets sous Antabus (disulfirame) est affublé de la note 3. Enfin, l'ensemble des drogues rarement consommées (cocaïne, hallucinogènes et amphétamines) sont regroupées sous une seule note allant de 0 à 1 étant donné l'absence de dépendance rencontrée pour ces substances. L'addition de chacune de ces notes donne un score global³⁷⁴ allant de 0 à 10, correspondant à un **indice de toxicomanie récente**. Le maximum effectif est de 8, ce qui démontre l'absence d'effet plafond et donc l'adéquation de l'échelle élaborée (l'ensemble des indices constitués figurent dans l'annexe 5).

Les prises de substances non prescrites durant la cure représentent un continuum de comportements allant de l'abstinence quasi complète (rarissime) à la polytoxicomanie la plus destructrice. Sur la base du score global de consommation de psychotropes au cours des six derniers mois les sujets ont été répartis en trois groupes de façon à obtenir trois catégories de consommateurs. Une première catégorie, les **faibles consommateurs** (FC), se caractérise par une consommation globale faible (une note au score global inférieure à 3 et une absence de dépendance), la seconde catégorie, les **consommateurs moyens** (CM), représente une consommation moyenne (score global entre 3 et 4), et la troisième catégorie, les **gros consommateurs** (GC), renvoie à une consommation importante (score global supérieur à 4).

La comparaison des résultats aux différentes variables pour chacun de ces trois groupes constituera une partie importante de l'analyse quantitative.

L'évaluation de la **consommation sur l'ensemble de la durée de la cure** porte également sur les sept substances psychotropes susmentionnées. Les résultats de l'évaluation précédente portant sur les six derniers mois sont pris en considération ainsi que d'autres éléments d'information provenant des patients, des soignants et des analyses d'urines. Le système de cotation de la fréquence de consommation pour chacune des substances reprend l'échelle à trois degrés explicitée ci-dessus. Le critère de dépendance correspondant à la note 2 est celui d'une consommation abusive quotidienne sur une durée minimum de trois mois, l'héroïne restant un cas à part (la note 0-2 est basée sur le nombre moyen d'analyses positives par mois). De même que précédemment l'addition de chacune de ces notes donne un score global de gravité allant de 0 à 10 (avec un maximum effectif de 8), correspondant à un **indice de toxicomanie générale**.

L'évaluation du comportement toxicomane tout au long de la cure a été entrepris afin de pouvoir contrôler l'éventuelle présence de faux positifs dans notre mesure basée sur les six derniers mois. La toxicomanie étant souvent sujette à fluctuation en fonction des aléas de l'existence, nous étions en droit de craindre un tel biais. En effet, il est tout à fait imaginable qu'un gros consommateur traversant une phase de stabilité temporaire de quelques mois, vienne à figurer dans la classification basée sur les données récentes parmi les faibles consommateurs. Pourtant, de telles situations se sont avérées rarissimes

³⁷⁴ Ce qui ne va pas sans poser des problèmes méthodologiques difficilement surmontable, en effet comment situer sur une échelle de gravité de toxicomanie un abus multiple par rapport à une dépendance unique ? De plus, certains cas d'abus unique peuvent prendre des formes plus préjudiciables qu'une dépendance.

et la comparaison des deux classifications, basée respectivement sur les six derniers mois et sur toute la durée de la cure, a montré que les groupes constitués selon l'un ou l'autre critère étaient globalement équivalents.

L'évaluation de la consommation au cours des six derniers mois s'avérait donc fiable quant à l'évaluation de la gravité de la toxicomanie. C'est pourquoi, après cette vérification, il nous a été possible de conserver une *classification unique basée sur les six derniers mois*. Une période plus courte (un mois par exemple) aurait sans doute été beaucoup moins fiable.

4.2. Evaluation de l'intégration sociale : indices de déviance scolaire, de délinquance et d'instabilité professionnelle

Le questionnaire interne de demande de cure comporte un ensemble de variables relatives à l'intégration sociale. D'un point de vue chronologique, les premiers renseignements pris en considération ici concernent l'adaptation à l'institution scolaire. Il s'agit d'une question sur les difficultés scolaires à l'école primaire et trois questions concernant l'intérêt pour l'école les dernières années, les problèmes de discipline et l'école buissonnière, auxquelles le patient répond en situant son choix sur une échelle à quatre ou cinq degrés (cf. annexe). Les échelles de ces trois dernières questions ont été ramenées à trois degrés (échelle 0-2), puis additionnées afin d'obtenir un indice³⁷⁵ de déviance scolaire allant de 0 à 6. Les seuils 1/2 et 4/5 ont été choisis afin de ramener l'indice à trois niveaux de déviance (nulle, moyenne et forte).

Les **antécédents judiciaires** concernent la délinquance juvénile (une variable) et adulte (3 variables : incarcérations, condamnations et retrait de permis de conduire³⁷⁶). Ces trois dernières variables sont cumulées puis un seuil est déterminé afin de séparer les sujets ayant eu des problèmes judiciaires nuls ou légers (condamnation pour consommation par exemple), des sujets avec antécédents plus graves (trafic, cambriolage, etc.), un indice de délinquance adulte est ainsi obtenu.

Un **indice de déviance générale précoce** est élaboré sur la base de quatre variables binaires (dont deux indices) : l'indice de déviance scolaire, un niveau scolaire inférieur au neuvième degré (arrêt précoce de la scolarité souvent lié à des problèmes de comportement), un antécédent de délinquance juvénile et un indice d'entrée précoce dans le monde de la drogue.

Cet **indice de consommation précoce de drogues** est basé sur l'âge au début de la consommation de cannabis et d'héroïne ; l'âge lors de la première injection ; et l'âge au début de la consommation quotidienne d'héroïne³⁷⁷.

³⁷⁵ Chaque indice est généré par un algorithme, lequel est réalisé au moyen d'opérateurs logiques dont la formule imprimée peut être consultée dans l'annexe 5.

³⁷⁶ Cette dernière variable a pu être évaluée sur toute la période de vie précédant l'entretien, ce qui inclue donc la durée de la cure de méthadone. Contrairement au retrait du permis de conduire, les incarcérations et les condamnations prises en considération concernent celles survenues avant le début de la cure. Toutefois, l'infime pourcentage que représente les délits survenant durant la cure n'aurait pas modifié substantiellement les résultats s'ils avaient été pris en compte.

Afin de décrire le plus adéquatement possible un aspect central de l'intégration sociale des sujets, une attention toute particulière a été donnée à l'élaboration d'un **indice d'instabilité professionnelle**, une des variables-clés de cette recherche. Le fait d'utiliser la vie professionnelle comme indicateur de l'état des liens avec la société globale nous paraît légitime dans la mesure où ce domaine représente de nos jours une composante essentielle de notre rapport au social.

L'**indice d'instabilité professionnelle** est construit avec les variables suivantes :

l'âge (la pondération en fonction de l'âge de certaines variables est primordiale afin d'éviter les faux positifs) ;

la participation à un programme de réinsertion professionnelle du centre thérapeutique (destiné aux cas les plus désinsérés professionnellement) ;

le chômage ou l'inactivité de longue durée (supérieure à douze mois) ;

la plus longue durée de travail continu ;

le degré scolaire atteint (uniquement pour ne pas pénaliser les universitaires qui ont légitimement des durées d'emploi inférieures aux autres).

L'indice ainsi construit est de type binaire et a permis d'identifier un groupe de 25 sujets (un tiers de l'échantillon total) considérés comme instables professionnellement. Cet indice a de plus été vérifié empiriquement ; étant donné que le style de vie de la plupart des sujets nous était connu, un contrôle de l'affectation des sujets dans l'un ou l'autre des groupes était ainsi possible.

4.3. Evaluation des antécédents psychiatriques : troubles dépressifs, conduites autodestructrices et psychopathologie générale

Une partie du questionnaire interne de demande de cure concerne les **problèmes psychologiques** survenus depuis l'enfance. Une question ouverte et une série de questions fermées investiguent les symptômes les plus fréquents (énurésie nocturne, cauchemars, onychophagie, fugue, tentative de suicide, dépression). A partir de ces données, deux variables ont été construites qui concernent les difficultés survenues d'une part durant l'enfance (avant 12 ans) et d'autre part durant l'adolescence (entre 12 et 20 ans).

377

Dans l'élaboration de l'indice d'entrée précoce dans le monde de la drogue, chacune de ces variables a été dichotomisée en une échelle 0 - 1. La note une est attribuée lorsque l'âge concerné par la variable est inférieur à la moyenne de l'échantillon. L'indice a également été dichotomisé, il devient positif dès qu'une des variables obtient la note 1. La variable au début de la consommation de tabac, bien que très pertinente pour évaluer la déviance précoce, n'a pas pu être incluse dans la constitution de l'indice en raison de données manquantes.

Les réponses à la question ouverte comportent un aspect subjectif puisqu'il est demandé au sujet d'apprécier s'il pense avoir éprouvé des difficultés psychologiques durant l'enfance et l'adolescence. Ainsi, certaines réponses telles que des difficultés relationnelles avec les parents ont été considérées comme un trouble, même si elles ne correspondent pas aux catégories nosologiques habituelles. C'est pourquoi nous avons préféré dénommer ces deux variables par le terme général "problèmes psychologiques" plutôt que "troubles psychiques".

Une évaluation plus objective des antécédents psychiatriques a toutefois été possible grâce à la prise en compte des consultations psychiatriques durant l'enfance et l'adolescence.

Un **indice de conduites autodestructrices** concerne le nombre de tentatives de suicide et d'overdoses avec hospitalisation, coefficient deux, puis additionné aux overdoses sans hospitalisation, ces dernières n'étant pas pondérées car d'intentionnalité destructrice moins évidente.

En complément de ces renseignements déjà existants dans les dossiers nous avons évalué d'autres domaines de la psychopathologie. Il s'agit du diagnostic de personnalité antisociale DSM-III-R, dont la première partie équivaut aux troubles des conduites³⁷⁸ avant l'âge de 15 ans, des épisodes psychiatriques durant la cure de méthadone et des troubles dépressifs récents (au cours des six derniers mois).

Les **troubles dépressifs récents** (au cours des six derniers mois) ont fait l'objet d'une évaluation abrégée³⁷⁹ basée uniquement sur les critères de base du DSM-III-R (période d'humeur dépressive ou perte d'intérêt / de plaisir aux activités, durée de plus de deux semaines, avec ou sans idées suicidaires). Cette évaluation abrégée est donc moins sélective que celle requise pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur du DSM-III-R.

Les **antécédents psychiatriques** (âge adulte et adolescence) font également l'objet d'une variable combinée : consultations psychiatriques depuis le début de l'adolescence, problèmes psychologiques durant l'adolescence, conduites autodestructrices (cf. plus haut) et épisodes psychiatriques durant la cure en sont les constituants. Le score final à l'indice varie entre 0 (absence d'antécédent psychopathologique) et 4 (antécédents psychopathologiques maximum).

5. Méthode d'analyse des résultats

5.1. Méthode corrélationnelle (quantitative)

³⁷⁸ Les troubles des conduites représentent un aspect de la psychopathologie qui concerne aussi les phénomènes de déviance, c'est pourquoi les critères constitutifs de ce diagnostic auraient également pu être utilisés pour évaluer certains aspects de l'intégration sociale du toxicodépendant durant l'adolescence.

³⁷⁹ Une étude américaine a montré que l'utilisation d'une évaluation abrégée de la dépression était fiable : H. M. Ginzburg et al., *Suicide and depression among drug abusers*, National Institute on Drug Abuse, Division of Clinical Research, Rockville, Maryland, 1985.

La méthode scientifique adoptée pour l'élaboration de la partie quantitative de notre recherche est de type corrélationnelle pour une étude principalement transversale des comportements de prises de drogues. Contrairement à la méthode expérimentale au sens strict où la variable indépendante est manipulée par l'expérimentateur en distribuant les sujets *au hasard* dans différentes conditions ou modalité d'expression de cette variable, dans notre étude toutes les variables sont données au départ.

Par ailleurs si la méthode expérimentale permet d'établir des liens de causalité entre les phénomènes observés, ce n'est pas le cas de la méthode corrélationnelle qui offre essentiellement une approche descriptive des liens entre les phénomènes en question³⁸⁰. Toutefois étant donné que notre étude évalue des éléments de l'histoire personnelle des sujets, tels que les antécédents psychiatriques, ce type de variables peut être envisagé comme des prédicteurs de comportements survenant ultérieurement³⁸¹.

En ce qui concerne les données que nous avons recueillies, celles-ci ont été traitées statistiquement avec EPI-INFO version 5³⁸². Les tests statistiques ont porté sur la comparaison de fréquences (khi carré) et de moyennes (test T de Student et analyse de variance, ANOVA).

Le **Khi carré** est remplacé par le test exact de Fisher (unilatéral) lorsqu'une valeur attendue est inférieure à cinq. Le calcul du risque relatif (RR) est quelquefois effectué, il concerne le rapport taux de maladie chez les personnes exposées / taux de maladie chez les personnes non exposées. La maladie peut être considérée comme la variable dépendante (allant dans le sens du symptôme) et l'exposition comme la variable indépendante. Il en résulte qu'un risque relatif supérieur à un indique que la variable indépendante tend à augmenter les chances d'avoir la maladie ou la caractéristique en question. Lorsque le risque relatif est inférieur à un, la variable indépendante joue le rôle de facteur protecteur.

L'**analyse de variance** (ANOVA) est utilisée pour la comparaison des moyennes, lorsque celles-ci sont au nombre de deux la valeur du p est équivalente à celle d'un test T de Student. Le programme vérifie systématiquement si les variances sont homogènes, dans le cas contraire c'est le test de Mann-Whitney (test de Kruskall-Wallis pour deux groupes) qui est utilisé. Les moyennes sont considérées comme significativement différentes lorsque la valeur du p est inférieure à .05 (il en va de même pour la valeur p du Khi carré).

5.2. Méthode clinique (étude de cas)

³⁸⁰ M. Robert et al., *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Paris, Maloine, 1988. S. B. Hulley et al., *Designing clinical research. An epidemiologic approach*, London, Williams & Wilkins, 1988. M. Reuchlin, *Psychologie*, Paris, PUF, 1990.

³⁸¹ En ce qui concerne ces données historiques (minoritaires dans notre travail), notre recherche transversale se double d'une étude de cohorte rétrospective.

³⁸² A. G. Dean et al., *EPI-INFO, Version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.

La présentation des données cliniques a pour but de compléter l'approche quantitative avec l'analyse approfondie de quatre cas individuels. Ceci permettra de découvrir différents parcours de vie et d'"entendre" quelques-uns des sujets qui ont fait l'objet de l'étude quantitative. Ainsi, grâce à ces données le lecteur pourra mieux se représenter le type de personnes qui se cache derrière les chiffres de l'analyse quantitative.

Les données qualitatives concernent quatre patients sélectionnés en fonction de leur représentativité de notre échantillon. La sélection s'est faite en fonction du score obtenu aux variables concernant la psychopathologie et l'instabilité professionnelle, de manière à obtenir des cas contrastés.

Les **données anamnèstiques, psychosociales et psychopathologiques** sont présentées succinctement sous une forme narrative. Les principales catégories de l'analyse quantitative sont conservées, à savoir :

1. Données personnelles, relationnelles et socio-économiques
2. Antécédents scolaires et professionnels
3. Antécédents judiciaires
4. Anamnèse psychique
5. Toxicomanie
6. Psychopathologie

Viennent ensuite les comptes-rendus des **entretiens structurés et libres** :

1. Entretien structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité (version abrégée du PDE)
2. Entretien libre sur la consommation de drogues

Concernant l'**entretien structuré**, les réponses aux questions ouvertes et fermées sont résumées de façon à obtenir une description détaillée des différents secteurs de la personnalité abordés. En fin de compte-rendu le décompte des critères positifs pour le trouble limite de la personnalité (borderline) est effectué de manière à poser ou non ce diagnostic.

La présentation des **entretiens libres**³⁸³ a été menée avec un souci de résumer les

³⁸³ La retranscription intégrale des entretiens libres sur les consommations de drogues figure dans l'annexe 10.

dialogues tout en restituant la dynamique de l'enchaînement des thèmes afin de conserver toute leur valeur associative. Il n'y a donc pour ainsi dire pas d'analyses supplémentaires à celles faites par l'interviewer durant l'entretien dans le résumé lui-même. Les analyses supplémentaires sont réservées pour la partie commentaire.

Pour chacun des deux types d'entretiens on peut considérer que l'analyse s'est faite en trois temps.

Tout d'abord, au cours de l'entretien lui-même l'interviewer analyse les réponses du sujet, qu'il s'agisse de coter la présence d'un critère diagnostique ou de formuler une intervention suivant le cadre de référence théorique utilisé (psychiatrique descriptif ou psychodynamique).

Ensuite, les données enregistrées sont résumées et retranscrites, ce qui implique une mise en forme des informations avec une suppression des éléments redondants ou d'importance secondaire et une mise en valeur des éléments essentiels.

Enfin, sur la base du matériel ainsi résumé, une interprétation plus approfondie peut être faite du fonctionnement psychique et psychosocial du patient en cernant sa problématique spécifique. Cette dernière étape conclue la présentation du cas sous la forme d'un résumé complété par des commentaires.

Chapitre 6 : RESULTATS

1. Analyse quantitative des données issues des questionnaires

Comme nous l'avons déjà explicité dans la partie méthode, le matériel utilisé pour le recueil des informations consiste en deux types de questionnaires. Un premier type concerne des renseignements touchant à plusieurs sphères de la vie des sujets (données relatives au fonctionnement psychosocial, à la psychopathologie et à la toxicomanie), ces renseignements étaient soit déjà existants dans les dossiers, soit obtenus lors d'un bref entretien. Cet entretien était également consacré à la passation du deuxième type de questionnaire, à savoir un autoquestionnaire de dépression et de personnalité dérivé en partie du MMPI, à visée d'évaluation de la psychopathologie générale actuelle.

Les analyses qui vont suivre porteront sur les liens entre des variables situées dans trois domaines :

l'intégration sociale ;

la psychopathologie ;

la toxicomanie.

Les relations entre chacun de ces domaines seront abordées successivement. Mais avant de débuter cette analyse, nous allons présenter quelques éléments descriptifs de la toxicomanie et des modalités de traitement concernant les trois groupes de sujets constitués sur la base de l'intensité de la consommation de psychotropes au cours des six derniers mois.

1.1. Présentation des trois groupes de patients constitués d'après l'intensité de la toxicomanie

Les résultats aux scores globaux de consommation de toxiques au cours des six derniers mois ont permis de catégoriser les sujets (N = 83) en trois groupes correspondant à trois niveaux d'intensité de toxicomanie :

1. les **faibles consommateurs** (FC)³⁸⁴, ils représentent 31% (26 sujets) de l'échantillon ;
2. les **consommateurs moyens** (CM), ils représentent 47% (39 sujets) ;
3. les **gros consommateurs** (GC), ils constituent 22% (18 sujets).

Nous allons maintenant présenter quelques données concernant le traitement et l'histoire de la toxicomanie pour chacun des groupes. Lorsque les résultats ne diffèrent pas significativement entre les groupes, ils seront donnés pour l'échantillon global afin de ne pas surcharger le texte en informations superflues. De plus, la comparaison de moyennes par le biais des scores de consommation globale donne parfois des résultats plus fins et plus significatifs que la comparaison de fréquences, aussi dans ces cas n'avons nous pas recouru à la présentation par groupes. Enfin, si le nombre de sujets dans l'échantillon global (N) est parfois inférieur à 83, cela est dû aux données manquantes inhérentes aux aléas de la recherche.

L'entrée dans le monde de la drogue passe par certaines étapes où divers produits licites puis illicites sont utilisés successivement dès le début de l'adolescence.

Tableau 1. Caractéristiques de la toxicomanie et de la cure de méthadone en fonction des trois catégories de patients constituées sur la base de l'importance de la toxicomanie au cours des six derniers mois

³⁸⁴ Rappelons que les sujets présentant un faible score à l'indice de toxicomanie tout en étant dépendant d'une substance ont été déplacés dans la catégorie des consommateurs moyens.

Variables	FC (n=26)	CM (n=39)	GC (n=18)	FC/CM/GC P*	Total (N=83)
Age au début de la consommation de tabac (moyenne) (concerne 97% de l'échantillon)	15.1	15.8	14.0	02	15.2
Age au début de la consommation de cannabis (moyenne)	15.5	15.5	14.5	NS	15.3
Age à la première prise d'héroïne (moyenne)	18.8	18.6	17.9	NS	18.5
Age à la première injection (moyenne) (concerne 89% de l'échantillon)	19.5	19.1	19.5	NS	19.3
Age au début de l'héroïnomanie quotidienne (moyenne)	20.0	20.4	20.2	NS	20.2
Age au début de la 1ère cure de méthadone	23.3	23.8	22.8	NS	23.4
Durée de l'héroïnomanie (mois, moyenne)	37.8	38.0	45.4	NS	39.5
Dépendance alcoolique avant la cure	4.3%	22.9%	58.8%	0004	25.3%
Dépendance médicamenteuse	0%	5.6%	12.5%	NS	5.3%

Variables	FC (n=26)	CM (n=39)	GC (n=18)	FC/CM/GC P*	Total (N=83)
avant la cure					
Durée de la cure de méthadone actuelle (moyenne, mois)	72.5	56.5	59.5	NS	622
Dosage méthadone (moyenne, mg/jour)	40.4	61.6	70.5	02	56.8
Toxicomanie évaluée sur toute la durée de la cure de méthadone :					
Dépendance alcoolique	11.5%	15.4%	66.7%	00008	25.3%
Abus ou dépendance aux benzodiazépines	17.4%	20.5%	61.1%	005	27.7%
Dépendance au cannabis	15.4%	61.5%	55.6%	0002	45.8%
Prises d'héroïne 2x / mois et plus	11.5%	43.6%	22.2%	002	28.9%
Valeur moyenne à l'indice de toxicomanie générale (de 0 à 8)	2.1	3.8	5.7	<.00001	3.7
Toxicomanie au cours des 6 derniers mois :					
Ivresse alcoolique 1x / semaine et plus	19.2%	7.7%	33.3%	05	16.9%
Traitement Antabus	0%	2.6%	33.3%	00009	8.4%
Prise de cannabis 1x / semaine et plus	19.2%	61.5%	61.1%	002	48.2%
Prises de benzodiazépines	0%	7.7%	27.8%	008**	9.6%

Variables	FC (n=26)	CM (n=39)	GC (n=18)	FC/CM/GC P*	Total (N=83)
1x / semaine et plus					
Prises d'héroïne 1x / mois et plus	0%	43.6%	44.4%	0003	30.1%
Prises au moins une fois de cocaïne, d'amphétamine ou d'hallucinogènes	11.5%	23.1%	56.6%	004	26.5%
Valeur moyenne à l'indice de toxicomanie récente (de 0 à 8)	1.3	3.2	5.7	<.00001	3.1
FC: faibles consommateurs ; CM: consommateurs moyens ; GC: gros consommateurs. NS: non significatif. *Les valeurs de p concernent les résultats de l'ANOVA pour les comparaisons de moyennes et les résultats du Khi2 pour les comparaisons de fréquences. **Une valeur attendue est inférieure à 5, Khi2 non valide.					

Dans notre échantillon cette succession (cf. tableau 1 pour les âges moyens) concerne le début de la consommation de tabac (extrêmes : 11 - 25 ans), de cannabis (extrêmes : 11 - 23 ans) et d'héroïne (extrêmes : 15 - 27 ans) ; les derniers stades étant celui de l'injection de l'héroïne qui apparaît en moyenne vers 19 ans (extrêmes : 15 - 28 ans, 11% n'ont jamais injecté), et celui du début de l'héroïnomanie quotidienne (moyenne : 20 ans, extrêmes : 15 - 30 ans).

Par ailleurs, il s'est avéré que l'âge d'entrée dans le monde des addictions détermine l'importance de l'usage ultérieur de toxiques. En effet, il est apparu que l'âge au début de la consommation régulière de tabac était plus bas chez les gros consommateurs (cf. tableau 1) et que *les sujets débutant précocement l'entrée dans le monde de la drogue (57%) tendent à consommer plus à l'âge adulte* (selon le score de consommation globale au cours des six derniers mois : 3,5 contre 2,7, p = .05).

³⁸⁵ L'abus d'alcool trouverait également sa place dans cette série, mais il n'a pas été évalué. En ce qui concerne la dépendance alcoolique, nous verrons plus loin qu'elle annonce un risque d'évolution vers une toxicomanie grave. Une telle période de dépendance alcoolique avant la cure concerne un quart de l'échantillon.

³⁸⁶ Evaluation basée sur un indice de consommation précoce constitué de l'âge de la première prise de cannabis et d'héroïne, de l'âge au moment de la première injection et au début de l'héroïnomanie quotidienne (cf. méthode).

Comme l'indique le tableau 1, la présence d'**alcoolisme avant la cure**³⁸⁷ diffère de façon importante en fonction des trois groupes de consommateurs puisque parmi les faibles consommateurs, on ne le trouve qu'au taux de 4% (1 sujet) alors que parmi les CM il est de 23% (8 sujets) et atteint 59% chez les GC (10 sujets, N = 75, p = .0004).

La **toxicomanie médicamenteuse** avant la cure par contre ne varie pas significativement en fonction des trois groupes, tant pour les épisodes de dépendance qui sont rares (5% de l'échantillon global) que pour les cas d'abus qui sont par contre beaucoup plus fréquents puisqu'ils touchent près de la moitié de l'échantillon global. Cette importance des abus médicamenteux chez les toxicomanes non suivis médicalement est la conséquence d'une pratique très répandue chez ceux qui se retrouvent en manque d'héroïne ; la consommation de benzodiazépines leur permettant de pallier les symptômes de sevrage.

Concernant la **durée des périodes d'héroïnomanie quotidienne**, les trois groupes diffèrent peu de la moyenne. Pour l'ensemble de l'échantillon, celle-ci est de trois ans trois mois avec comme extrêmes six mois et 10 ans.

Parmi les données relatives au **traitement**, seul le dosage de méthadone diffère significativement suivant les groupes, il augmente en fonction de l'intensité de la toxicomanie (40 mg chez les FC, 62 mg chez les CM et 71 mg chez les GC, N = 82, p = .02). Cette augmentation du dosage de méthadone reflète la stratégie adoptée par le centre thérapeutique d'augmenter les doses de méthadone sitôt qu'un patient rechute dans l'héroïne.

Les résultats suivants sont donnés pour l'ensemble de l'échantillon à titre informatif :

51% des sujets ont déjà effectué au moins une cure de méthadone dans le passé (maximum : six cures) dont la durée moyenne est de 25 mois (extrêmes : moins d'un mois à 84 mois) ;

l'âge moyen au début de la *première cure* de méthadone est de 23 ans (extrêmes : 18 - 38 ans) soit en moyenne trois ans après le début de la première période d'héroïnomanie quotidienne (celle-ci débutant à l'âge moyen de 20 ans, extrêmes : 15 - 30 ans) ;

l'année du début de la cure actuelle s'étale entre 1978 et 1991 ;

la durée moyenne de cure est plutôt élevée : cinq ans deux mois (extrêmes : 6 mois et 14 ans 6 mois)³⁸⁹.

³⁸⁷ Passons maintenant à la seconde partie du tableau 1 concernant la *consommation de* Définie comme une période de consommations quotidiennes excessives d'alcool sur une durée égale ou supérieure à trois mois.

³⁸⁸ Les critères sont identiques à ceux de la dépendance alcoolique.

³⁸⁹ Cette durée moyenne de cure élevée est due à l'échantillonnage qui a exclu les patients en cure depuis moins de six mois.

toxiques durant toute la durée de la cure.

Celle-ci diffère significativement en fonction des groupes pour l'ensemble des psychotropes évalués, toutefois les différences concernant les drogues rarement consommées (cocaïne, hallucinogènes et amphétamines) s'avèrent moins nettes.

Les épisodes de dépendance alcoolique³⁹⁰ durant la cure concernent 12% des FC, 15% des CM contre 59% des GC et les épisodes d'abus de benzodiazépines ou de dépendance³⁹¹ se rencontrent dans des proportions semblables (FC : 17% ; CM : 21% ; GC : 61%)³⁹².

Nous voyons que pour les psychotropes susmentionnés l'élévation de la consommation se fait surtout lors du passage du deuxième au troisième groupe, par contre pour le cannabis et l'héroïne c'est lors du passage du premier au second groupe que l'élévation se réalise. En effet, si 15% des FC ont connu un épisode de dépendance au cannabis, c'est le cas de 62% des CM et de 56% des GC.

De même, si un nombre moyen de prises d'héroïne par mois supérieur ou égal à deux concerne 12% des FC, il passe à 44% pour les CM et chute à 22% pour les GC. Ici encore on retrouve l'effet du dosage de méthadone élevé chez les GC qui les dissuade de consommer de l'héroïne en raison du peu d'effet ressenti. Relevons toutefois que l'élévation du dosage de méthadone qui concerne aussi les CM n'explique pas la forte augmentation entre les FC (12%) et les CM (44%).

Ces chiffres laissent entrevoir que la consommation d'héroïne et de cannabis se différencie de celle des autres psychotropes. Alors que les épisodes de dépendance alcoolique et la consommation de benzodiazépines non prescrites médicalement se manifestent surtout chez les toxicomanes lourds (GC), la consommation de cannabis et d'héroïne est déjà fortement présente chez les consommateurs moyens (CM). Ces deux derniers types de drogues apparaissent donc moins liés à la gravité de la toxicomanie en comparaison à l'alcool et aux benzodiazépines. Nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur l'explication de ce phénomène.

1.2. Toxicomanie et intégration sociale

1.2.1. Introduction, modèle d'analyse et hypothèses

L'intégration sociale représente un vaste domaine concernant de nombreuses facettes du fonctionnement psychosocial. Nous aborderons le parcours scolaire et professionnel, les rapports avec la justice, ainsi que divers aspects de la vie relationnelle et

³⁹⁰ Définit comme une consommation quotidienne, excessive et problématique sur une période supérieure à trois mois.

³⁹¹ Les pourcentages concernant les épisodes de dépendance aux benzodiazépines étant relativement faibles (FC : 0%, CM : 10%, GC : 22%) nous regroupons les catégories dépendance et abus.

³⁹² Les drogues rarement consommées (cocaïne, hallucinogènes et amphétamines) obéissent à des patterns semblables mais avec des taux plus élevés chez les FC (35%) et les CM (31%) et une élévation moins forte lors du passage du second au troisième groupe (GC = 61%, p = .08).

socio-économique. Nous présenterons les principaux résultats concernant la majorité des variables propres au domaine psychosocial en suivant toujours la même méthode basée soit sur la comparaison de fréquences pour les trois groupes de sujets, constitués en fonction de l'intensité de leur toxicomanie récente, soit sur la comparaison de moyennes obtenues à l'indice de consommation de psychotropes au cours des six derniers mois.

Comme nous l'avons déjà explicité antérieurement, notre approche de l'intégration sociale du toxicomane repose sur *deux axes d'analyse*, à savoir d'une part le processus bipolaire exclusion - intégration sociale (économique, relationnelle et symbolique³⁹³) et d'autre part le système des appartenances au monde conventionnel et à la sous-culture drogue.

En tant qu'étude d'un phénomène de déviance, nous privilégierons notre second axe d'analyse. Il comporte deux paramètres fondamentaux, autour desquels se rattache un ensemble d'hypothèses. Il s'agit d'une part des **liens de l'individu avec la communauté déviant** et d'autre part des **liens avec la société conventionnelle** (vie socio-économique et relationnelle).

Le premier paramètre est évalué par le biais des **antécédents** de déviance scolaire et de délinquance (juvénile et adulte), ainsi que par la présence d'un(e) **partenaire toxicomane**. A l'exception de cette dernière variable, nous ne disposons malheureusement pas de données concernant l'état actuel des rapports entretenus par les sujets avec le milieu de la drogue³⁹⁴. C'est pourquoi nous avons pris en considération les comportements déviants au sens large (délinquance) en tant qu'ils représentent une forme d'adhésion au milieu qui les prône, sachant que ce milieu est souvent confondu avec celui des toxicomanes³⁹⁵.

La théorie de l'apprentissage social considère les liens avec le groupe déviant comme déterminants dans l'évolution vers la déviance. Le groupe des usagers de drogues, de par sa fonction de transmission des attitudes et techniques qui facilitent et permettent la consommation de toxiques, exerce une pression sur l'individu afin qu'il se conforme aux normes du groupe. Cette pression repose sur des mécanismes de renforcements sociaux qui font appel aux gratifications affectives liées à l'obtention d'un statut dans le groupe, et à la reconnaissance par les pairs. Aussi, l'adoption du comportement déviant est d'autant plus probable que les liens avec le groupe déviant sont forts et importants pour l'individu et qu'il existe une adhésion aux valeurs véhiculées par la sous-culture drogue.

Ainsi pensons-nous que les sujets ayant subi une socialisation précoce vers la déviance, que nous constatons par le biais des antécédents de déviance scolaire, de

³⁹³ Notre analyse quantitative s'est essentiellement centrée sur les dimensions économique et relationnelle de l'intégration sociale.

³⁹⁴ De telles variables auraient pu consister par exemple dans le trafic de drogues récent et le pourcentage d'usagers de drogues dans l'entourage du sujet.

³⁹⁵ Relevons également que la consommation de toxiques présente une corrélation notable avec le niveau d'engagement dans le milieu de la drogue, et que dans ce sens ce paramètre n'est jamais totalement absent des analyses dès lors que l'on utilise comme variable dépendante le degré de toxicomanie.

délinquance juvénile et d'une entrée précoce dans le monde de la drogue, seront plus profondément installés dans la déviance à l'âge adulte et vivront donc une toxicomanie plus intense. La présence de comportements délinquants à l'âge adulte, attestés par les condamnations, les incarcérations et le retrait du permis de conduire, nous paraît représenter une suite logique de la délinquance juvénile et donc aller également de pair avec une consommation de psychotropes accrue.

En ce qui concerne le deuxième paramètre de notre analyse, les **liens avec la société conventionnelle**, la **théorie du lien social** en fait l'élément explicatif central. Elle montre l'importance des liens avec les divers représentants de la société conventionnelle dans l'adoption de comportements conformes, dans la mesure où ces liens représentent les vecteurs du **contrôle social**. Lorsque ces liens s'affaiblissent ou n'ont jamais été suffisamment bien établis, le contrôle social³⁹⁶ perd de son influence car le sujet n'éprouve plus le besoin d'être reconnu et jugé positivement par les personnes et les instances de la société conventionnelle. L'évitement des sanctions du groupe social devient dès lors secondaire et les comportements déviants, visant prioritairement des gratifications immédiates, n'ont alors plus de raisons d'être réprimés.

Parmi les résultats quantitatifs qui vont être présentés, quelques variables ont permis d'évaluer la force du lien qui unit l'individu avec la société conventionnelle. Ces variables se situent dans les domaines socio-relationnels et socio-économique.

Pour le **domaine socio-relationnel**, l'état civil, la présence d'un(e) partenaire privilégié(e)³⁹⁷ non toxicomane, la durée de cette relation et le mode d'habitation³⁹⁸ (seul ou à plusieurs) représentent quatre variables qui mettent en jeu à des niveaux divers les liens avec les personnes et les institutions de la société conventionnelle.

Cette évaluation vue sous l'angle de notre premier axe d'analyse (polarité exclusion - intégration sociale) représente un aspect d'une des dimensions principales de l'intégration sociale (avec l'intégration économique et symbolique), à savoir l'**intégration relationnelle**³⁹⁹.

Le mariage en tant qu'il véhicule une certaine conception de la "normalité sociale" nous amène à faire l'hypothèse qu'il sera moins fréquent chez les plus engagés dans le mode de vie déviant, donc chez ceux dont la consommation de toxiques est la plus

³⁹⁶ Le contrôle social est entendu comme un système de sanctions qu'appliquent de façon formelle ou informelle les membres et les institutions de la société globale. T. Hirschi (1990, op. cit.) nous dit qu'en dernier ressort il consiste en une manipulation du plaisir et de la souffrance par le groupe.

³⁹⁷ Afin d'alléger le texte, nous parlerons dorénavant des partenaires au féminin, puisqu'elles représentent le plus grand nombre. Comme le sexe du partenaire n'a pas été spécifié, le taux d'homosexualité ne peut pas être calculé. Toutefois, celui-ci est connu, une récente étude sur la même population a relevé que 6% des patients ont eu des relations homosexuelles au cours des six derniers mois. Cf. J.-J. Déglon et al., 1996, op. cit.

³⁹⁸ Bien que cette variable ne précise pas si le cohabitant appartient ou non à la communauté des usagers de drogues, on peut tout-de-même la considérer comme un indicateur de lien avec la société conventionnelle, car pour ceux qui cohabitent les situations de contrôle social sont plus fréquentes que celles qui poussent à consommer. En effet, la cohabitation avec les parents, les enfants et le partenaire abstinent sont autant de situations qui limitent l'utilisation de toxiques.

intense⁴⁰⁰.

En tant que vecteurs du contrôle social au sens large, les contacts avec des personnes significatives non impliquées dans la communauté déviant (partenaire privilégiée, parents, enfants, amis) devraient avoir un effet dissuasif sur la prise de toxiques. C'est pourquoi, l'existence d'une partenaire privilégiée non toxicomane et le partage du lieu d'habitation avec des personnes significatives devraient constituer des facteurs de protection contre l'abus de psychotropes⁴⁰¹.

Le **domaine socio-économique** comporte neuf variables concernant le parcours professionnel (catégories socioprofessionnelles, diplômes, périodes d'inactivité, etc.) et la situation financière actuelle (dettes, revenu). Chacune de ces variables correspondant à un aspect de l'**intégration économique**⁴⁰², nous nous attendons à trouver moins de diplômés, plus d'inactivité, plus de dettes et des revenus moins élevés chez les plus engagés dans la prise de toxiques.

1.2.2. Déviance scolaire, délinquance juvénile et délinquance adulte

La toxicomanie étant une conduite débutant pour ainsi dire exclusivement à l'adolescence, il nous a semblé judicieux d'analyser le vécu de la période de fin de scolarité obligatoire (avant 16 ans) afin de mieux comprendre la genèse des conduites addictives, ainsi que la nature des liens qui s'établissent avec certains groupes déviants et qui peuvent annoncer une éventuelle évolution vers des difficultés d'intégration sociale.

Cette période est concomitante des premières prises de cannabis pour 82% de l'échantillon, et des premières prises d'opiacés pour 24%, le reste des sujets ayant fait ces expériences après 16 ans.

L'**indice de déviance scolaire**, qui repose sur l'intérêt pour l'école, les problèmes de discipline et l'école buissonnière, montre qu'il s'agit d'un phénomène fréquent chez les toxicomanes puisque seuls 23% de l'échantillon n'ont pas connu ce genre de problèmes comportementaux. Toutefois, cette caractéristique n'a pas révélé de lien significatif avec la prise de drogues à l'âge adulte.

La **délinquance juvénile** est évaluée par le biais d'une variable concernant le fait

³⁹⁹ Ces trois dimensions de l'intégration sociale ont été conceptualisées par V. de Gauléjac et I. Taboada Leonetti, op. cit. Notons que l'**intégration relationnelle** ne se limite pas aux liens avec les membres de la société conventionnelle et qu'elle inclue aussi les personnes déviantes. Car c'est avant tout la qualité du lien qui est en jeu ici dans son opposition à l'état d'isolement ou d'exclusion sociale.

⁴⁰⁰ On n'entend pas ici tenir pour équivalent l'engagement dans la sous-culture drogue et l'intensité de la toxicomanie, toutefois la corrélation importante qui existe entre ces deux aspects nous autorise à prendre ce raccourci.

⁴⁰¹ Un tel phénomène a déjà été décrit dans le cas des tentatives de suicide.

⁴⁰² Contrairement à l'intégration relationnelle qui peut concerner tant les relations avec les personnes déviantes que non déviantes, l'intégration économique, telle que nous l'envisageons ici, est beaucoup plus univoque et touche essentiellement à la participation au système économique légal.

d'avoir eu ou non affaire au tribunal de la jeunesse. Cet antécédent se retrouve dans le quart de l'échantillon et n'a également pas montré de lien avec la consommation de toxiques à l'âge adulte.

L'usage précoce de psychotropes est évalué au moyen d'un indice binaire qui devient positif lorsque soit le début de la consommation de cannabis soit une des trois étapes de la consommation d'héroïne (première prise ; prises quotidiennes ; première injection) apparaissent avant l'âge moyen de l'échantillon. Le début précoce de l'entrée dans le monde de la drogue tel que défini par cet indice concerne 57% de l'échantillon. La toxicomanie de ce groupe de patients durant les six derniers mois de cure se caractérise par une intensité supérieure à celle du reste de l'échantillon (3,5 VS⁴⁰³ 2,7, p = .05, N = 81).

De nombreuses études ont mis en évidence un syndrome de déviance générale⁴⁰⁴ qui regroupe à l'adolescence une constellation de troubles du comportement caractérisés par la transgression de normes communément admises. C'est pourquoi nous avons élaboré un indice de **déviance générale précoce** (cf. méthode) qui regroupe la déviance scolaire, l'interruption prématuée de l'école, la délinquance juvénile et l'usage précoce de drogue. Lorsque l'on compare les sujets dépourvus de déviance précoce (14% de l'échantillon, N = 74) avec les autres, on obtient des différences notables à l'indice de consommation de drogues au cours des six derniers mois (1,8 VS 3,3, p = .009). *Les sujets n'ayant pas vécu de déviance précoce consomment moins à l'âge adulte.* On peut donc en déduire que *l'absence de déviance précoce est un facteur protecteur quant à l'évolution de la toxicomanie*⁴⁰⁵, ce qui confirme partiellement nos hypothèses.

En ce qui concerne la **délinquance adulte**, un nombre important de sujets (47%, N = 81) a été condamné par un tribunal pour adulte et 40% (N = 82) ont subi au moins une incarcération. Les raisons des condamnations sont les suivantes :

- trafic de stupéfiants (18,4%) ;
- consommation de stupéfiants (13,5%) ;
- vol (14,8%) ;

⁴⁰³ VS : versus.

⁴⁰⁴ D. W. Osgood, L. D. Johnston, P. M. O'Malley & J. G. Bachman, The generality of deviance in late adolescence and early adulthood, *American Sociological Review*, 1988, 53, pp. 81-93. L. McGee & M. D. Newcomb, General deviance syndrome : expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60, 5, pp. 766-776. H. R. White, Early problem behavior and later drug problems, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1992, 29, 4, pp. 412-429.

⁴⁰⁵ Il s'avère que l'intensité (moyenne ou forte) de cette déviance n'influence pas la consommation de psychotropes ultérieure.

refus des obligations militaires (7,4%) ;

cambriolage (7,4%).

Parmi ceux qui possèdent le permis de conduire (73% de l'échantillon total, N = 74), plus de la moitié se le sont fait retirer au moins une fois (57%, N = 54).

Contrairement à nos attentes, aucune de ces variables n'est liée à l'intensité de la consommation de psychotropes dans notre échantillon et il en va de même lorsque nous les regroupons en un indice unique de délinquance adulte. Ceci est d'autant plus surprenant qu'une variable beaucoup plus éloignée dans le temps telle que l'indice de déviance générale précoce (qui concerne l'adolescence), s'est avérée avoir une influence (bien que restreinte à une faible minorité) sur la toxicomanie à l'âge adulte. Tout se passe comme si les actes délictueux perpétrés à l'âge adulte avant la cure de méthadone étaient sans liens avec le niveau d'engagement dans la toxicomanie⁴⁰⁶.

1.2.3. Aspects socio-relationnels

L'état civil se réparti de la façon suivante dans l'échantillon total (N = 83)⁴⁰⁷ : 66% de célibataires ; 19% de mariés et 14% de divorcés ou séparés.

Cette variable diffère significativement ($p = .05$) en fonction de l'intensité de la consommation :

33% de mariés⁴⁰⁸ chez les faibles consommateurs ;

20% chez les consommateurs moyens ;

7% chez les gros consommateurs.

Il s'avère donc que *les mariés consomment moins* tant par rapport aux célibataires qu'aux séparés et divorcés. Notre hypothèse qui consistait à expliquer ce phénomène par un refus idéologique de l'institution du mariage ne peut toutefois être retenue, car ceux qui l'ont acceptée à un moment donné (les séparés et les divorcés) ne se différencient pas des célibataires quant à leur consommation de toxiques. Nous reviendrons plus loin sur l'explication de ce phénomène, car il est lié à d'autres variables que nous allons décrire maintenant.

⁴⁰⁶ Il n'est toutefois pas possible de déterminer si cette variable est statistiquement significative dans l'échantillon total de 83 patients, puisque l'indice de délinquance adulte n'a pas été calculé pour tous les patients.

⁴⁰⁷ Lorsque le nombre N (taille de l'échantillon) n'est pas mentionné, c'est qu'il correspond à l'échantillon global des 83 sujets.

⁴⁰⁸ Malgré le pourcentage de mariés nettement plus élevé chez les FC, celui-ci reste inférieur au pourcentage de mariés dans la population générale qui est de 46,7% pour les hommes et de 52,9% pour les femmes (données concernant les 20-39 ans du canton de Genève en 1992).

33% sans partenaire ;

42% avec partenaire non-toxicomane ;

25% avec partenaire toxicomane ou ex-toxicomane (en traitement ou non).

Une majorité de patients a donc trouvé sa partenaire en dehors de la communauté des usagers de drogues ; ce constat montre que la population du centre thérapeutique, dont est issu notre échantillon, présente une immersion toute relative dans la sous-culture drogue. Nous sommes donc loin d'une population de toxicomane de rue, ce qui est cohérent avec l'orientation de l'institution dite à seuil moyen à élevé.

Le fait d'avoir ou non une **partenaire privilégiée** n'a pas montré en soi d'incidence sur la consommation de toxiques. Les pourcentages de sujets avec partenaire ne varient pas significativement entre les trois groupes⁴⁰⁹ :

73% des FC ont une partenaire ;

72% des CM ;

50% des GC.

De plus, en ce qui concerne la **durée de la relation**, on aurait pu s'attendre à une instabilité plus grande chez les GC, ce qui n'est pas le cas ; les durées moyennes en fonction des groupes de consommateurs sont globalement équivalentes. Chez ceux qui ont une partenaire (67% de l'échantillon) la durée moyenne est d'environ 5 ans (+/- 17 mois suivant les groupes, différences NS). *Il en découle que la toxicomanie ne diminue pas les chances de fonder une relation de couple durable, et n'affecte donc pas l'intégration relationnelle à ce niveau.*

On relève par contre un effet de la partenaire sur la consommation, lorsque celle-ci n'est pas toxicomane. En effet, si au score global de toxicomanie⁴¹⁰ les sujets sans partenaire consomment tout autant que ceux ayant une partenaire toxicomane⁴¹¹ (3,5/8), *ceux étant avec une partenaire non toxicomane consomment moins* (2,6/8, p = .03). Seule

⁴⁰⁹

Etant donné que les gros consommateurs présentaient légèrement moins de sujets avec partenaires, nous les avons comparés avec le groupe combiné des consommateurs faibles et moyens. Les différences se sont toutefois révélées à nouveau non significatives.

⁴¹⁰

Afin d'alléger le texte, lorsqu'il n'est pas fait mention de la durée sur laquelle porte le score de consommation globale de psychotropes, il est sous-entendu qu'il s'agit des six derniers mois. Le score de consommation globale sur l'ensemble de la cure étant utilisé plus rarement.

⁴¹¹

Qu'elle soit en traitement ou non.

la présence d'une partenaire non toxicomane peut donc représenter une instance de contrôle susceptible de freiner la consommation.

Comme nous allons tenter de l'expliquer, ces résultats valident nos hypothèses. En effet, *en tant qu'instance de contrôle social, la partenaire non toxicomane décourage le recours au toxique*. On voit donc bien qu'en tant que représentante de la société conventionnelle, c'est le lien renforcé avec celle-ci qu'offre la partenaire qui diminue l'importance de la déviance. Ceci va dans le sens de notre hypothèse fondée sur la théorie du lien social.

Quant à l'influence de la partenaire toxicomane, celle-ci est plus complexe à déterminer. A priori, elle serait inexistante puisque les personnes avec partenaires toxicomanes consomment tout autant que celles sans partenaires. Nous pensons toutefois que les effets de celle-ci sont mixtes et qu'ils s'annulent entre eux. Nous concevons en effet à côté du contrôle social, une autre source de régulation de la prise de drogues : le soutien affectif. Or, cet aspect est présent dans la relation avec une partenaire toxicomane et il devrait diminuer le besoin de drogues. Cet effet nous semble toutefois annulé par l'influence de l'imitation mis en évidence par la théorie de l'apprentissage social, laquelle se manifeste notamment par le risque d'entraînement réciproque dans la recherche du plaisir immédiat qui caractérise souvent la vie du couple de toxicomanes.

Un dernier élément de la vie relationnelle est le **mode d'habitation**. Sa distribution est la suivante (N = 82) :

35% en couple sans enfant ;

33% vivent seuls ;

17% en couple avec enfants ;

12% chez les parents ;

2,4% mère avec enfant.

Les analyses qui suivent sont réalisées en regroupant toutes les catégories de cohabitation (67%) en les comparant à ceux qui vivent seuls (33%)⁴¹².

La comparaison des deux catégories ainsi créées en ce qui concerne les prises de

⁴¹² Ce pourcentage de patients vivant seuls est supérieur à celui de la population générale. En effet, à Genève, en 1990, dans la tranche d'âge 20-39 ans, on dénombre 21,2% d'hommes habitant seuls et 18,0% de femmes seules (cf. Office cantonal de la statistique, *Aspects statistiques No 104, Ménages et familles à Genève*, Vol. 7, mars 1996). Ce pourcentage varie en fonction du degré de toxicomanie, ainsi chez nos trois groupes de consommateurs (FC, CM, GC) il est respectivement de 24,2%, 29,0% et 55,6%. Nous voyons que les faibles consommateurs (FC) ne vivent pour ainsi dire pas plus souvent seuls que les non toxicomanes de la population générale.

drogues montre que *les sujets vivant seuls tendent à consommer plus que ceux qui cohabitent*⁴¹³ (indice de toxicomanie : 3,7/8 VS 2,8/8, p = .04). Ceci s'explique par le rôle de contrôle social et de soutien affectif exercé par l'entourage déjà évoqué précédemment. Ces résultats pourraient également donner lieu à une autre interprétation : les grands consommateurs auraient tendance à vivre seuls, donc à rechercher ou subir une forme d'isolement social. Cet isolement serait toutefois tout relatif, car nous venons de voir que la présence d'une partenaire n'est pas moins fréquente chez eux.

Revenons maintenant à notre premier constat, le fait que les mariés consomment moins. Au prime abord, on pourrait penser que cette différence reflète le fait d'avoir ou non une partenaire. Pourtant ce n'est pas le cas, car nous avons vu que la comparaison des sujets avec et sans partenaires ne révélait pas de différence de consommation significative. De plus, les sujets mariés ne se trouvent pas plus souvent que les autres avec une partenaire non toxicomane, facteur de protection en matière de toxicomanie.

Il reste donc le mode d'habitation comme éventuelle piste explicative. Nous avons vu que le fait de cohabiter constitue un facteur de protection contre la toxicomanie, or c'est sur ce point que les mariés se différencient des autres puisque tous les mariés cohabitent alors que ce n'est le cas que des deux tiers des non mariés.

De plus, lorsqu'on ne considère que ceux qui cohabitent, on ne trouve plus de différences de consommation entre les mariés et les non mariés. L'effet de l'état civil sur la toxicomanie est donc essentiellement lié au mode d'habitation.

1.2.4. Situation socio-économique actuelle

Les **catégories socioprofessionnelles** utilisées (cf. annexe 5) sont toutes représentées à l'exception des enseignants, nous les avons regroupées en cinq rubriques :

1. Elevée (professions libérales, cadre supérieur et moyen, technicien) :	24,1%
2. Moyenne supérieure (petit indépendant, commerçant, artisan, employé qualifié) :	37,3%
3. Moyenne inférieure (employé non qualifié) :	14,5%
4. Basse (ouvrier) :	19,3%
5. Autre (étudiant) :	4,8%

La répartition des catégories socioprofessionnelles ainsi réalisée ne présente pas de liens avec la consommation de psychotropes, à l'exception des deux dernières catégories (ouvriers et étudiants) qui présentent des scores plus élevés que les autres catégories en ce qui concerne la consommation globale de toxiques au cours des six derniers mois (4,2 VS 2,8, p = .03). Le trop petit nombre d'étudiants (4) ne permet pas de généraliser le résultat obtenu, par contre la catégorie socioprofessionnelle basse est suffisamment importante (16) pour en déduire que *les ouvriers consomment en moyenne plus que les*

⁴¹³

Les différents modes d'habitation concernent la cohabitation avec les parents, avec la partenaire, avec la partenaire et les enfants. Ces différents modes d'habitation sont équivalents quant à leur influence sur l'abus de psychotropes.

autres catégories socioprofessionnelles.

Cette caractéristique des ouvriers s'explique en partie par le fait qu'ils comportent la plus forte proportion d'instables professionnellement⁴¹⁴ (56% contre 11% pour la catégorie socioprofessionnelle élevée) et qu'il existe un lien entre cette forme d'instabilité et la consommation de drogue comme nous le verrons plus loin.

Le capital culturel évalué par le biais des **diplômes** donne la répartition suivante :

39% n'ont aucun diplôme ;

45% un certificat fédéral de capacité (apprentissage terminé) ;

7% un diplôme non fédéral ;

6% une maturité (équivalent au bac français) ;

4% un diplôme universitaire.

Contrairement à nos attentes, les gros consommateurs de toxiques ne se caractérisent pas par un capital culturel inférieur à celui des autres.

En ce qui concerne les données financières telles que les **dettes**⁴¹⁵ et le **revenu**⁴¹⁶, celles-ci ne s'avèrent pas liées à l'intensité de la consommation globale. Seule exception : lorsqu'on envisage la consommation d'héroïne sur toute la durée de la cure, l'intensité de cette consommation tend à correspondre avec un accroissement du montant des dettes ($p = .06$, NS).

Nous allons maintenant aborder plus spécifiquement le domaine du **fonctionnement professionnel**. A titre descriptif, mentionnons qu'au moment de l'entretien, 24% des patients étaient **inactifs professionnellement** (19 sujets, $N = 80$) et que la durée de l'inactivité varie entre 1 et 48 mois. La raison de cette inactivité était prioritairement l'absence de travail (inscrit ou non au chômage, 13 sujets, soit 69% des inactifs), secondairement une invalidité (rente AI liée ici à des problèmes psychiatriques, généralement octroyée suite aux échecs des mesures de réinsertion professionnelle, 5 sujets, 26%) et pour un seul patient (5%) un arrêt maladie⁴¹⁷.

En ce qui concerne les **périodes d'inactivité professionnelle** au cours des six

⁴¹⁴ Evaluée au moyen de l'indice d'instabilité professionnelle.

⁴¹⁵ 42% de l'échantillon ($N = 82$) sont dépourvus de dettes, les extrêmes vont de 0.- à 70000.- FS, avec une moyenne de 9830.- FS.

⁴¹⁶ Le revenu moyen est de 3010.- FS (extrêmes : 0.- à 14000.- FS / mois).

⁴¹⁷ Relevons que les sujets malades ne peuvent habituellement pas être pris dans la recherche.

derniers mois, on relève que 49% de l'échantillon (N = 82) n'ont connu aucune interruption de travail. Les raisons des périodes d'inactivité sont par ordre d'importance les suivantes :

absence de travail (rémunéré ou non par le chômage) : 28% ;

arrêt de travail pour maladie : 13% ;

assurance invalidité (rente) : 7% ;

garde d'enfants : 2%

Le tableau 2 montre une relation non linéaire entre le degré de toxicomanie et le nombre de semaines d'inactivité au cours des six derniers mois. Ainsi, ce sont principalement les faibles consommateurs qui se distinguent du reste de l'échantillon par des périodes d'inactivité de durées plus courtes.

Tableau 2. Inactivité professionnelle durant les six derniers mois en fonction du degré de toxicomanie

	FC (n=26)	CM (n=38)	GC (n=18)	P
Sujets ayant connu une période d'inactivité professionnelle durant les 6 derniers mois (%)	23%	63%	67%	002 ^a
Semaines d'inactivité professionnelle (moyenne)	3.1	9.3	7.4	03 ^b
FC: Faibles consommateurs ; CM: Consommateurs moyens ; GC: Gros consommateurs. ^a Chi2 ; ^b ANOVA.				

Ces résultats montrent que lorsque la consommation de psychotropes dépasse un certain seuil, les personnes tendent à vivre plus de périodes de chômage et à prendre plus de congés maladie.

La nature des données ne permet toutefois pas de savoir s'il s'agit d'une influence de la toxicomanie sur les interruptions de travail ou l'inverse. Néanmoins, les deux sens de la causalité étant envisageables, nous interpréterons ces résultats en nous basant sur ces deux types d'analyse, avant d'en introduire un troisième basé sur l'hypothèse d'un facteur commun aux deux phénomènes.

Notre premier type d'analyse envisage la relation observée comme l'influence des abus de toxiques sur l'activité professionnelle. On peut en effet envisager ce

phénomène de désinsertion professionnelle comme une conséquence directe de l'abus de psychotropes sur la capacité de travail. Les prises de drogues diminuent les performances mentales, affaiblissent l'organisme⁴¹⁸ et rendent donc tant les arrêts de travail que les démissions ou licenciements plus probables⁴¹⁹.

Même si certains ont pu vivre avant la cure de méthadone parfois pendant plus de dix ans une héroïnomanie importante tout en conservant leur emploi ; il n'en demeure pas moins que l'absentéisme qui touche les usagers de drogues, quelle qu'en soit la raison, fragilise l'équilibre psychosocial, représente un facteur de désinsertion sociale et se solde par des retombées négatives bien réelles.

Etant donné que la propension aux interruptions de travail s'accroît notablement à partir d'un certain seuil de toxicomanie, on peut faire l'hypothèse qu'en deçà de ce seuil, *l'abus de toxiques reste contrôlé*, puisque les retombées psychosociales sont faibles. Mais n'oublions pas toutefois que les sujets en cure se trouvent en quelque sorte en "milieu protégé", et qu'en dehors de ce milieu thérapeutique, l'aspect contrôlé de ces consommations risquerait fort de disparaître.

Venons en maintenant à notre deuxième type d'analyse qui envisage **l'inactivité professionnelle comme cause de l'abus de toxiques**. S'il est certain que l'abus de psychotropes nuit aux performances professionnelles et facilite les absences, celles-ci peuvent en contre partie provoquer une recrudescence des conduites toxicomaniaques et ce pour deux raisons.

D'une part, un travail régulier représente un soutien social, rythme les journées et favorise la stabilité psychique. De plus, en tant que lien avec la société conventionnelle, il permet la mise en oeuvre d'un certain contrôle social sur la toxicomanie du travailleur, que celle-ci soit connue ou non des collaborateurs. C'est pourquoi en l'absence à la fois de ce soutien et de ce contrôle lié au travail, le risque de recourir à l'abus de drogues est d'autant plus grand.

D'autre part, l'inactivité en elle-même représente un stress, peut provoquer des sentiments d'inutilité, de dévalorisation et même parfois se traduire par un effondrement dépressif. Dans un tel contexte de fragilité psychologique accrue, on peut donc également s'attendre à un recours aux toxiques plus fréquent afin de gérer ces émotions négatives.

Pour obtenir plus d'informations sur les liens entre inactivité professionnelle et prises de toxiques, nous avons réparti les sujets en trois catégories en fonction de la **durée de l'inactivité** au cours des six derniers mois (cf. tableau 3).

Tableau 3. Importance de la toxicomanie en fonction de la durée de l'inactivité professionnelle au cours des

⁴¹⁸ Les périodes d'inactivité plus longue chez les CM et les GC ne sont pas liée à une santé fragilisée par la contamination au VIH car la prévalence de cette maladie dans les trois groupes de consommateurs ne présente pas de différence significative. On note même une tendance inverse à celle attendue, c'est-à-dire un taux de contamination au VIH qui diminue en fonction de l'ampleur de la toxicomanie : 27% chez les FC, 18% chez les CM et 11% chez les GC ($p = .4$, NS). La prévalence de l'infection au VIH dans l'échantillon global est de 19,3% (16 séropositifs / 83).

⁴¹⁹ La comparaison des résultats à l'indice de toxicomanie en fonction des motifs d'inactivité professionnelle (maladie, chômage, invalidité, garde d'enfant) n'a révélé aucune différence significative.

six derniers mois

	Semaines d'inactivité durant les 6 derniers mois			
Aucune (n=40)	1 à 12 (n=22)	13 à 24 (n=20)	P (ANOVA)	
Valeur moyenne à l'indice de toxicomanie (consommation au cours des 6 derniers mois)	2.5	3.7	3.8	004

Nous constatons que la durée de l'inactivité n'a pas d'influence sur la toxicomanie et que seuls les sujets n'ayant pas connu de période d'inactivité au cours des six derniers mois consomment significativement moins que le reste de l'échantillon.

Afin d'expliquer pourquoi les périodes d'inactivité longues n'ont pas plus d'influence que les périodes courtes sur la consommation de drogues, on peut postuler que ce sont surtout les premiers temps de l'inactivité qui auraient l'impact déstabilisateur le plus grand et qu'ensuite des mécanismes d'adaptation apparaîtraient permettant de gérer les effets négatifs de l'inactivité professionnelle.

Un **troisième type d'analyse** permet de comprendre le lien entre prises de toxiques et inactivité professionnelle comme la conséquence d'un **système de valeurs et d'attitudes** propre au sujet et qui s'avère déterminant quant au positionnement de l'individu dans la société.

L'engagement dans la sous-culture drogue va de pair avec une adhésion aux valeurs qu'elle véhicule. Or ces valeurs sont généralement peu compatibles avec celles de la société globale, et notamment celles liées au monde du travail. C'est pourquoi les sujets inconstants au travail auront des consommations de toxiques plus fréquentes, puisque des valeurs semblables sous-tendent ces comportements.

Au contraire, les sujets ayant fait preuve d'une constance professionnelle se différencieraient des autres par une certaine adhésion aux valeurs traditionnelles. Ceci se traduirait par un lien plus fort avec la société conventionnelle, un contrôle social plus efficace et donc un engagement moins intense dans les conduites déviantes.

Afin d'exploiter plus à fond ce troisième type d'analyse, nous avons cherché à obtenir une évaluation plus fiable de l'insertion professionnelle des patients. Pour ce faire, un **indice binaire d'instabilité professionnelle**⁴²⁰ a été créé, il tient compte de plusieurs variables dont le chômage de longue durée et la plus longue période de travail continu. Etant donné que cet indice prend en considération les antécédents professionnels, il représente une caractéristique durable de la personne et diminue fortement les effets de

⁴²⁰ Nous opposons le terme **instabilité** professionnelle utilisé ici au terme **inactivité** professionnelle qui dénommait la précédente variable, car celle-ci ne faisait qu'évaluer la durée des périodes sans activité quelqu'en soit le motif. L'indice d'instabilité professionnelle, par contre, concerne des sujets gardant difficilement un emploi et souffrant de désinsertion professionnelle (cf. chapitre méthode pour une description complète de cet indice).

la conjoncture. Contrairement à l'évaluation de l'inactivité professionnelle, cet indice reflète beaucoup plus une attitude générale face au travail.

Cet indice a permis d'identifier 25 sujets répondant aux critères d'instabilité professionnelle. Ils représentent près du tiers (32%) de l'échantillon (N = 77).

La proportion de sujets instables à l'intérieur de chacun des trois groupes de consommateurs augmente avec l'importance de la toxicomanie, comme le montre le tableau 4.

Tableau 4. Instabilité professionnelle et plus longue période de travail continu en fonction du degré de toxicomanie

	FC	CM	GC	P
Sujets instables professionnellement (N = 77)	8%	40%	53%	004 ^a
Plus longue période de travail continu (mois, moyenne)	70.8	46.1	502	04 ^b

FC: Faibles consommateurs ; CM: Consommateurs moyens ; GC: Gros consommateurs. ^aChi2 ; ^bANOVA

L'instabilité professionnelle est donc un phénomène qui touche surtout les consommateurs moyens et graves. C'est en effet les faibles consommateurs qui se différencient des autres par une bonne stabilité professionnelle, comme l'indique le faible pourcentage d'instables dans ce groupe, de même que la durée moyenne de travail continu significativement plus élevée que pour les deux autres groupes.

La comparaison des sujets instables professionnellement avec les sujets stables quant aux résultats obtenus à l'indice de toxicomanie montre de façon encore plus significative *à quel point les instables sont touchés par la toxicomanie* (4,1 VS 2,6, p = .0007).

Une analyse plus fine du type de substances particulièrement lié à l'instabilité professionnelle révèle que *c'est surtout le cannabis et secondairement les benzodiazépines qui sont nettement plus souvent consommés chez les instables*⁴²¹ (que l'évaluation porte sur les six derniers mois ou sur l'ensemble de la cure). Il en va de même mais dans une moindre mesure pour l'alcool⁴²². La consommation d'héroïne apparaît comme non liée à la variable examinée de même que l'usage des drogues rarement consommées (cocaïne, hallucinogènes et amphétamines).

L'étroite relation mise en évidence entre l'importance de la toxicomanie et l'instabilité

⁴²¹ Si l'on divise l'échantillon en deux groupes à l'aide de l'indice binaire d'instabilité professionnelle, on constate qu'au cours des six derniers mois 52% des stables ont consommé très peu (moins de trois fois) de cannabis contre 12% des instables (p = .003) et en ce qui concerne les benzodiazépines l'absence de consommation les six derniers mois concerne 85% des stables contre 60% des instables (p = .05).

professionnelle nous semble parler en faveur d'un *facteur commun* à ces deux phénomènes. Etant donné que la variable instabilité professionnelle est plus le reflet d'une attitude durable face au travail que le vécu d'une absence concrète d'activité professionnelle, l'hypothèse explicative du facteur commun nous paraît plus adéquate que celles du lien causal entre les deux phénomènes.

Ainsi notre troisième type d'analyse identifie ce facteur commun avec le système des valeurs et des attitudes qui sous-tend un mode de vie spécifique propre au milieu de la drogue. Le degré de compatibilité avec les normes sociales d'un tel système de valeurs varie inversement en fonction du niveau d'insertion dans la communauté des usagers de stupéfiants.

1.2.5. Synthèse des résultats

L'analyse des liens entre toxicomanie et intégration sociale nous a permis de mettre en évidence un ensemble de phénomènes que nous allons présenter ici de façon synthétique. Deux paramètres fondamentaux d'analyse jalonnent notre étude, il s'agit de la force des liens qui unissent le toxicomane d'une part à la communauté déviant des usagers de drogues et d'autre part au monde social conventionnel. Chacun de ces aspects est exploité par une approche théorique différente. Il s'agit d'une part des théories de la déviance culturelle pour ce qui concerne le rôle de l'appartenance au groupe déviant et d'autre part de la théorie du contrôle social pour ce qui touche à l'influence des liens avec le monde conventionnel.

Un premier aspect de notre analyse a concerné les troubles de l'intégration sociale durant l'adolescence et l'âge adulte, à savoir les antécédents de **déviance** et de **délinquance**. Ces données nous ont permis d'analyser les conduites de prises de toxiques durant la cure de méthadone en fonction du premier paramètre d'analyse, à savoir l'influence des liens établis à différentes périodes de la vie avec les groupes déviants.

Les résultats montrent que si un début précoce de la consommation de drogues est un facteur légèrement aggravant de la toxicomanie à l'âge adulte, cela n'a été le cas ni de la délinquance juvénile, ni de la déviance scolaire, prises séparément. Néanmoins, la combinaison de toutes ces variables en un indice unique a montré que l'**absence de déviance générale précoce** (qui concerne les 14% de l'échantillon) constitue un facteur d'atténuation de la toxicomanie durant la cure de méthadone. Ceci valide en partie notre hypothèse qui envisage un degré de toxicomanie durant la cure proportionnel à l'importance des antécédents de déviance.

Par contre en ce qui concerne la délinquance à l'âge adulte⁴²³, celle-ci s'est avérée

⁴²² L'alcoolisme ne donne des résultats significatifs que lorsqu'on l'envisage sur toute la durée de la cure : 19% de stables ont connu une période d'alcoolisme contre 44% des instables ($N = 77$, $p = .05$). La consommation d'alcool abusif au moins quatre fois par semaine au cours des six derniers mois est de 12% pour les stables et de 20% pour les instables ($N = 77$, $p = .3$, NS).

⁴²³ Cette évaluation porte sur la période d'avant la cure en ce qui concerne les condamnations et les incarcérations, et inclue la durée de la cure pour la variable retrait du permis de conduire.

sans liens avec la toxicomanie durant la cure. Ceci parle en faveur d'une différenciation notable des sous-cultures du crime et de la drogue.

C'est donc essentiellement l'adolescence qui apparaît comme une période sensible et déterminante pour l'évolution du trouble addictif. Les réseaux de sociabilité qui s'y construisent jouent un rôle important quant au degré d'engagement ultérieur dans la déviance. La théorie de la déviance culturelle, et notamment la théorie de l'apprentissage social expliquent ce phénomène non seulement par les processus d'apprentissages de techniques et d'attitudes concernant l'usage de produits illicites qui se déroulent au sein du groupe déviant, mais aussi par des processus de socialisation vers la déviance qui agissent au niveau d'une modification de la personnalité elle-même.

Le domaine **socio-relationnel** a un statut mixte quant à nos deux paramètres d'analyse, car les variables peuvent concerner les liens avec des représentants soit de la société conventionnelle soit de la communauté des toxicomanes.

Deux variables⁴²⁴ se sont avérées être liées à la consommation de psychotropes durant la cure, il s'agit du **type de partenaire privilégiée** et du **mode d'habitation**.

Concernant la variable **partenaire privilégiée**, le fait d'être avec ou sans partenaire, de même que la durée de la relation, ne sont pas liés à la toxicomanie, ce qui montre que la toxicomanie n'affecte pas l'intégration relationnelle à ce niveau.

Par contre, et en accord avec notre hypothèse, *le fait d'avoir une partenaire non toxicomane représente un facteur de protection face à l'abus de psychotropes*. Facteur qui disparaît, lorsque la partenaire est toxicomane ou lorsque le sujet n'a pas de partenaire. Cette influence de la partenaire non toxicomane est le fruit d'une double fonction qu'elle remplit : **contrôle social** et **soutien affectif**.

En tant que cette relation affective représente un lien avec la société conventionnelle (par l'intermédiaire d'un attachement à l'un de ses membres), elle permet au contrôle social de fonctionner. C'est ainsi que la théorie du lien social explique les facteurs inhibiteurs de déviance et les hypothèses qu'elle nous a permises de formuler ont pu être validées.

En effet, les personnes non toxicomanes jouent un rôle de régulateur sur la consommation du partenaire par le biais d'un encouragement à l'abstinence, car la toxicomanie du conjoint a souvent des conséquences négatives sur la vie du couple, ne serait-ce qu'au niveau financier.

A côté d'une influence directe de la partenaire sur la consommation du patient, on peut également postuler que les toxicomanes légers recherchent électivement des partenaires non toxicomanes ou en d'autres termes les sujets les plus enclins à réduire leur consommation nouent préférentiellement des relations avec des personnes non toxicomanes⁴²⁵.

Lorsque au contraire le sujet a une **partenaire toxicomane**, la fonction de contrôle

⁴²⁴ L'état-civil aurait pu être mentionné comme troisième variable significative, car le nombre de mariés diminue significativement en fonction de l'intensité de la toxicomanie. Toutefois, étant fortement subordonné au mode d'habitation, nous l' omettons dans cette conclusion.

social disparaît pour ne laisser place qu'au soutien affectif. Cette dernière fonction inhibitrice de la prise de drogues s'avère toutefois annulée par l'imitation des comportements déviants de la partenaire (modelage), laquelle joue le rôle de modèle selon la théorie de l'apprentissage social. C'est pourquoi, en fin de compte la prise de drogues est influencée de façon identique que le sujet soit sans partenaire ou qu'il ait une partenaire toxicomane. Dans ce dernier cas les effets inhibiteurs de la partenaire sont annulés par ses effets de renforcement de la prise de toxiques.

La variable **mode d'habitation** a montré que la cohabitation avec les parents, les enfants ou la partenaire constitue aussi un facteur de protection face à la consommation de psychotropes. Nous comprenons ce résultat de la même façon que pour la variable type de partenaire, à savoir comme le reflet du rôle à la fois de soutien affectif et de contrôle social informel que joue l'environnement humain sur le lieu d'habitation, autant d'effets inhibiteurs de déviance qui disparaissent lorsque la personne vit seule.

Les aspects **socio-économiques** de notre analyse ont principalement porté sur les modalités d'insertion professionnelle mettant en jeu le paramètre du lien avec la société conventionnelle, même si le paramètre de l'appartenance au groupe des usagers de substances illégales est également concerné au niveau des interprétations des résultats. Car tels les vases communicants, la désinsertion sociale du toxicomane va généralement de pair avec un renforcement des liens avec la sous-culture drogue.

Le **rapport au travail** a été abordé selon trois types d'analyse. Les deux premiers types concernent les deux sens possibles de la causalité entre prises de toxiques et inactivité professionnelle ; la consommation de psychotropes pouvant être aussi bien cause qu'effet de l'inactivité professionnelle. Le troisième type d'analyse concerne la prise en compte d'un facteur commun aux deux phénomènes : l'adhésion aux normes et valeurs sous-culturelles propres au milieu de la drogue.

Les résultats montrent qu'il existe un lien significatif entre l'importance de la toxicomanie actuelle⁴²⁶ et la tendance à vivre des périodes d'inactivité professionnelle (principalement pour des raisons de chômage, de maladie et d'invalidité). En effet, comme nous l'avions prévu, les faibles consommateurs se sont avérés nettement moins touchés par les interruptions de travail que les consommateurs moyens et graves.

Un premier type d'analyse nous a amené à envisager le lien observé comme l'influence directe de l'abus de toxiques sur la capacité de travail. En effet, l'équilibre tant psychosocial que somatique et psychique peut être altéré par les prises de drogues. L'abus de psychotropes est envisagé ici comme un facteur externe aux individus venant modifier le comportement (troubles de l'humeur, de l'attention, etc.).

En ce qui concerne le second type d'analyse, il est tout à fait concevable, théoriquement, que l'inactivité professionnelle puisse avoir un effet d'accentuation des prises de toxiques, par le biais tant des sentiments d'échec, de dévalorisation et d'inutilité

⁴²⁵ Une approche longitudinale avec une évaluation de la toxicomanie avant et après la rencontre de la partenaire non toxicomane pourrait définir plus précisément le rôle de celle-ci.

⁴²⁶ Durant les six derniers mois de cure.

qu'elle implique, que par la suppression des fonctions de contrôle social et de soutien social que remplit habituellement un emploi stable.

Quant au troisième type d'analyse, il fait intervenir une référence aux valeurs et attitudes face à l'ordre social en général. Ces aspects constitutifs de l'**identité déviant**e sont envisagés comme un *facteur commun* à l'abus de substances psycho-actives et à la désinsertion professionnelle en tant qu'elles reflètent l'adhésion de l'individu à la sous-culture drogue.

Il s'agissait d'appréhender dans quelle mesure l'état de désinsertion professionnelle⁴²⁷ de certains sujets, conçu comme une disposition *interne* fondée sur un ensemble de valeurs concernant le travail et se traduisant par un mode de vie particulier, pouvait être liée à la consommation de psychotropes.

Grâce à l'élaboration d'un indice d'**instabilité professionnelle** il a été possible de montrer que les sujets instables se caractérisent par une consommation de psychotropes nettement plus importante que les sujets stables et que cette importance de la toxicomanie chez les instables reflète une disposition interne particulière envisagée comme une adhésion à certaines normes et valeurs (côté déviant de l'identité sociale) qui rendent le conformisme au monde du travail difficile, tout en facilitant l'adoption des comportements toxicomaniaques.

L'indice d'instabilité professionnelle a confirmé un phénomène observé par le biais de plusieurs variables psychosociales (inactivité professionnelle au cours des six derniers mois, plus longue durée de travail continu). Il s'agit du fait que les difficultés d'insertion professionnelle, conçues de façon plus générale comme un trouble de l'intégration sociale, concerne tout autant les consommateurs moyens que graves, les consommateurs légers étant nettement moins touchés.

Tout se passe comme s'il existait un seuil de consommation de toxique, au-delà duquel des difficultés d'intégration sociale notables se faisaient sentir.

Rappelons encore qu'en ce qui concerne le type de psychotropes consommés, les sujets en état de désinsertion professionnelle diffèrent du reste de l'échantillon essentiellement quant à la consommation de cannabis et de benzodiazépines (et secondairement d'alcool), et pas de manière significative quant à la consommation d'héroïne.

Si la toxicomanie s'est avérée liée à l'instabilité professionnelle, cela n'a pas été le cas pour les autres variables du domaine de l'intégration économique. En effet, contrairement à nos hypothèses, les gros consommateurs n'ont ni moins de diplômes, ni des revenus plus bas.

1.3. Toxicomanie et psychopathologie

⁴²⁷ L'observation de quelques sujets tout au long de leur cure de méthadone tend à montrer que les difficultés d'insertion professionnelle ne peuvent être réduite à un refus (affiché ou dissimulé) des normes inhérentes au monde du travail. On observe le plus souvent une conflictualité résultant d'une double appartenance inconciliable entre la société globale et la sous-culture drogue. Toutefois, dans certaines situations vient se surajouter une véritable incapacité psychiatrique à accomplir son rôle social de travailleur.

1.3.1. Introduction et hypothèses

Nous allons maintenant mettre en évidence le rôle de la psychopathologie dans la prise de toxiques. Un modèle explicatif de la toxicomanie souvent avancé dans la littérature psychiatrique est celui de l'**automédication** de troubles psychiques divers et principalement ceux du registre dépressif. C'est pourquoi nous chercherons à vérifier si la consommation de drogues joue effectivement un tel rôle.

Cet aspect autothérapeutique de la prise de drogues peut aussi être envisagé comme étant à l'origine du besoin d'adhérer à une communauté alternative. Ceci est particulièrement présent chez ceux qui localisent l'origine de leurs souffrances psychiques dans la société elle-même en l'accusant de tous les maux. Un tel mécanisme projectif caractérise en effet les personnalités psychopathiques qui tendent à rejeter sur l'extérieur la responsabilité du mal-être qu'ils ressentent. Ces sujets peuvent donc imaginer qu'ils trouveront dans la sous-culture drogue des normes et des valeurs qui leur donneront accès à des modes de vie plus gratifiants.

Ainsi, l'abus de drogues en lui-même serait secondaire face à l'apport du **sentiment d'appartenance au groupe déviant**. Il en résulte que ces individus seraient beaucoup moins en recherche d'une *substance thérapeutique* que d'une *communauté thérapeutique*.

Quoiqu'il en soit, c'est bien l'idée de la psychopathologie envisagée comme une motivation à adopter un mode de vie alternatif qui fonde l'hypothèse déjà formulée, selon laquelle on s'attend à trouver une élévation des indices de psychopathologie parmi ceux dont la toxicomanie est la plus intense.

Les instruments utilisés ont déjà été décrits (cf. méthode), il s'agit d'une part des questionnaires officiels et internes de demande de cure qui contiennent des éléments anamnèstiques standardisés. Ces questionnaires ont été complétés avec quelques questions supplémentaires posées lors d'un entretien afin d'évaluer certains aspects de la psychopathologie actuelle et les antécédents psychiatriques durant la cure de méthadone. D'autre part, deux autoquestionnaires de psychopathologie : un test de personnalité dérivé du MMPI et un questionnaire de dépression (le QD2) ont servi de moyen d'évaluation de la psychopathologie générale actuelle.

1.3.2. Antécédents psychiatriques et troubles dépressifs récents

En ce qui concerne les **antécédents psychiatriques infantiles** (avant douze ans), 57% des sujets mentionnent avoir connu des difficultés psychologiques étant enfant. Les principaux symptômes sont l'onychophagie (20% de l'échantillon global, N = 82), les cauchemars (10%) et l'énurésie (9%).

Les consultations pédopsychiatriques pour cette même tranche de vie s'avèrent par contre beaucoup plus faibles puisqu'elles ne concernent que 13% de l'échantillon.

De manière générale les antécédents psychiatriques infantiles n'ont pas montré de liens avec les prises de drogues à l'âge adulte.

Concernant la **période de l'adolescence** (entre 12 et 20 ans), 51% des sujets

pensent avoir vécu des difficultés psychologiques durant cette période. Les principaux symptômes sont l'onychophagie⁴²⁸ (27% de l'échantillon global, N = 82), les difficultés relationnelles avec les parents (10%), les fugues (9%), les tentatives de suicides (7%), les cauchemars (7%) et la dépression (4%).

Quant aux consultations psychiatriques non liées à la toxicomanie durant cette période, elles concernent 15% de l'échantillon.

L'évaluation durant l'entretien du syndrome DSM-III-R de **personnalité antisociale**⁴²⁹ a nécessité une réévaluation des **troubles des conduites** survenus avant l'âge de 15 ans. Nous traiterons ici uniquement de cette première partie du diagnostic et non du diagnostic global de personnalité antisociale qui sera abordé plus loin. L'évaluation des troubles des conduites selon les critères du DSM-III-R montre qu'un tiers de l'échantillon est concerné par cet antécédent et qu'il ne présente pas de lien avec l'usage de drogues récent. Relevons néanmoins un élément significatif caractéristique des sujets avec antécédents de troubles des conduites : l'âge au début de la consommation de tabac est nettement inférieur (14 VS 15,6 ans, p = .002, N = 64).

De même que pour les antécédents psychiatriques infantiles, ceux concernant l'adolescence ne présentent de manière générale pas de liens avec la consommation de psychotropes à l'âge adulte.

Sauf mention explicite, les données suivantes concernent toute la durée de vie du sujet (*lifetime*).

On trouve des antécédents de **tentative de suicide** chez 19% des sujets (16 sujets, N = 83) et environ un tiers d'entre eux ont commis leur première tentative de suicide durant l'adolescence (avant 20 ans). Le nombre de tentatives de suicide varie entre 0 et 4 et plus de la moitié des suicidants (9 sujets) sont des récidivistes. Bien que l'on constate une élévation de la proportion de suicidants en fonction des trois groupes de consommateurs, celle-ci n'est toutefois pas suffisante pour dépasser le seuil de signification (15% des FC, 18% des CM et 28% des GC, p = .5, NS).

Les **overdoses** concernent 46% de l'échantillon (38 sujets, N = 82) qui se répartissent en 39% (32 sujets) d'overdoses sans hospitalisation et 16% (13 sujets) avec hospitalisation. Le nombre d'overdoses sans hospitalisation varie entre 0 et 20 et le nombre d'overdoses avec hospitalisation entre 0 et 4.

Les tentatives de suicide et les overdoses peuvent être considérées comme des **comportements autodestructeurs**. En raison de la parenté des motivations supposées sous-jacentes à ces deux types de conduites, celles-ci ont été utilisées pour l'élaboration d'un **indice de tendance autodestructrice** (cf. chapitre méthode). Un tel indice montre que 52% des sujets sont concernés par le vécu d'au moins une conduite autodestructrice au cours de la vie. Ces sujets ne se caractérisent toutefois pas par une consommation

⁴²⁸ On ne saurait tirer de conséquences de l'importance de ce symptôme dans notre échantillon, car la prévalence de l'onychophagie dans la population générale est très élevée. Certaines études l'ont évaluée à 45% chez des adolescents. cf. A. K. Leung & W. L. Robson, *Clinical pediatrics*, 1990, 29 (12), pp. 690-692.

⁴²⁹ L'évaluation de la personnalité antisociale n'a pu être réalisé qu'avec 66 sujets.

plus élevée de psychotropes au cours des six derniers mois, même si *les plus autodestructeurs d'entre eux (26% de l'échantillon) ont tendance à consommer plus lorsqu'on envisage toute la durée de la cure* ($p = .04$).

Les **épisodes psychiatriques** pendant la cure concernent 37% de l'échantillon (27 sujets, $N = 73$). Il s'agit principalement d'épisodes dépressifs (29%)⁴³⁰. *Le lien entre le vécu d'un épisode psychiatrique durant le traitement et la consommation de toxiques est faible* dans la mesure où bien que les sujets ayant eu un épisode psychiatrique durant la cure présentent une consommation plus importante au cours des six derniers mois, celle-ci n'atteint pas le seuil de signification. On ne peut qu'observer une tendance à consommer légèrement plus sur l'ensemble de la cure (indice de toxicomanie générale : 4,2 VS 3,4, $p = .06$, NS).

Quant aux **consultations psychiatriques** après 20 ans pour des motifs autres que la toxicomanie, elles s'avèrent plutôt rares et ne concernent que 6% de l'échantillon. De plus, cette variable ne présente pas de lien avec l'abus de drogues.

L'utilisation d'un **indice d'antécédents psychiatriques** qui regroupe quatre variables⁴³¹ s'est également avéré sans lien significatif avec la toxicomanie récente.

Les **troubles dépressifs récents** (durant les six derniers mois) sont évalués par le biais d'une échelle clinique à trois degrés⁴³², les fréquences sont les suivantes ($N = 77$) :

1. aucun moment dépressif : 34% ;
2. moments dépressifs inférieurs à deux semaines : 47% ;
3. moments dépressifs supérieurs à deux semaines : 19%.

En ce qui concerne la consommation globale de psychotropes au cours des six derniers mois, on obtient des différences significatives lorsqu'on regroupe les degrés de dépression 2 et 3 et qu'on les compare au degré 1. Ainsi, ceux n'ayant pas vécu de moments dépressifs consomment moins que ceux ayant vécu de tels troubles (indice de toxicomanie récente : 2,7 VS 3,8, $p = .03$). Il en résulte que *la présence de troubles dépressifs même légers s'accompagne d'une consommation plus forte de psychotropes*⁴³³.

⁴³⁰ Les autres catégories étant les décompensations psychotiques (4%), les tentatives de suicide (3%), les overdoses (3%) et les auto-mutilations (1,4%).

⁴³¹ A savoir : les consultations psychiatriques dès 12 ans ; les problèmes psychologiques à l'adolescence ; l'indice de conduites autodestructrices et les épisodes psychiatriques durant la cure.

⁴³² Evaluation abrégée : humeur dépressive ou perte d'intérêt / de plaisir aux activités sur une durée de plus de deux semaines, avec ou sans idées suicidaires (cf. méthode).

⁴³³ Par ailleurs, l'intensité de la dépression (degré 2 ou 3) n'influence pas la consommation de manière significative.

La prescription de médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois a également été choisie comme indicateur de psychopathologie. Un tel traitement concerne 35% de l'échantillon (27 sujets, N = 78). Vingt-trois pour-cent ont reçu des antidépresseurs, 15% des benzodiazépines et 4% des neuroleptiques.

Cette variable s'avère liée à la prise de drogues puisque *les sujets sous traitement pharmacologique ont une consommation de toxiques plus élevée au cours des six derniers mois* (indice de toxicomanie récente : 3,7 VS 2,8, p = .03). Notons que cet indicateur de psychopathologie est fiable puisque parmi les sujets au bénéfice d'un traitement psychopharmacologique, 92% ont connu des moments dépressifs (supérieurs ou non à deux semaines) au cours des six derniers mois, contre 54% des sujets dépourvus de médications psychotropes (p = .0001)⁴³⁴.

On peut dès lors supposer que l'usage de toxiques seconde, en quelque sorte le traitement médical et qu'il prend une valeur autothérapeutique des troubles dépressifs.

1.3.3. Psychopathologie actuelle évaluée par autoquestionnaires

Le questionnaire de personnalité orienté vers l'évaluation de **traits psychopathologiques** est constitué de trois échelles de validité, de quatre échelles cliniques du MMPI (version abrégée en 220 items) et d'une échelle de trouble de la personnalité borderline de L. C. Morey.

L'ensemble des cinq échelles cliniques étalonnées regroupées en un indice unique a permis d'identifier *une psychopathologie durable chez 38% de l'échantillon*, il s'agit de 26 sujets (N = 68) ayant obtenu une note T égale ou supérieure à 70 à au moins une des cinq échelles⁴³⁵.

Le seuil pathologique de 70⁴³⁶ est plus souvent dépassé pour les échelles borderline (22%), schizophrénie⁴³⁷ (21%) et psychasthénie (13%), que pour les échelles paranoïa (5%) et psychopathie (4%). Ce dernier résultat s'avère étonnamment bas si l'on en juge aux études américaines qui constatent le plus souvent une forte élévation de l'échelle psychopathie⁴³⁸ du MMPI. Il ne peut pourtant s'agir d'un artefact, car le diagnostic DSM-III-R de personnalité antisociale établi lors de l'entretien révèle que 7,6% de

⁴³⁴ L'augmentation de la fréquence des traitements psychotropes est de plus liée à l'intensité de la dépression.

⁴³⁵ Ce taux de psychopathologie est dans une certaine mesure relatif à l'instrument utilisé, un MMPI complet aurait vraisemblablement donné un taux supérieur. Relevons toutefois que ce taux de 38% est très proche du taux de patients sous traitement psycho-pharmacologique (35%).

⁴³⁶ Ce seuil correspond à deux écarts-types au dessus de la moyenne, seul 2,5% de la population tout venant ont des résultats qui dépassent ce seuil.

⁴³⁷ Rappelons que chacune des échelles du MMPI ne permettent pas de poser un diagnostic quant au syndrome clinique en question, mais qu'elles évaluent une disposition particulière à développer la symptomatologie.

⁴³⁸ M. Douglas Anglin et al., The MMPI profiles of narcotics addicts. I. A review of the literature, *The International Journal of the Addictions*, 1989, 24(9), pp. 867-880.

l'échantillon sont concernés par ce diagnostic, ce qui représente un pourcentage assez proche de celui obtenu par autoquestionnaire.

Nous comprenons cette caractéristique de notre population comme la conséquence à la fois du critère d'inclusion concernant une durée de cure d'au moins six mois (les plus instables quittent ou sont renvoyés du centre) et de la sélection opérée dès l'admission par le centre qui se veut d'un seuil d'accès moyen à élevé.

Relevons que les résultats obtenus au questionnaire de personnalité, mis à part l'échelle borderline, concernent avant tout la dimension du "psychotisme" mise en évidence par H. J. Eysenck et al.⁴³⁹. Le modèle trifactoriel de la personnalité que propose cet auteur ("Psychotisme", Extraversion, "Neuroticisme") permet en effet d'inclure dans la dimension du "psychotisme" les quatre échelles cliniques du MMPI utilisées (Psychopathie, Schizophrénie, Psychasthénie, Paranoïa), l'échelle Psychopathie étant par ailleurs également saturée en facteur Extraversion.

Concernant la répartition des résultats à l'**indice de psychopathologie durable** (basé sur les cinq échelles cliniques du MMPI) parmi les trois groupes de sujets, on obtient la distribution suivante :

Faibles consommateurs : 22,7%

Consommateurs moyens : 43,3%

Gros consommateurs : 50,0% p = .1, NS.

Bien que l'on observe une différence notable entre faibles consommateurs et gros consommateurs, elle ne s'avère pas statistiquement significative. Si l'on compare les faibles consommateurs au reste du groupe, on se rapproche par contre du seuil de signification sans toutefois l'atteindre (p = .07, NS).

De manière générale l'examen des résultats montre que la psychopathologie mise en évidence par le questionnaire de personnalité s'avère peu liée à la prise de drogues, quelle que soit la durée de consommation envisagée.

Le **questionnaire de dépression** (QD2) est d'un type différent puisqu'il a été conçu pour l'évaluation d'un état affectif de nature temporaire. Les résultats à ce test sont donc beaucoup plus fluctuants dans le temps, tout comme l'est l'humeur de manière générale, en comparaison au test précédent qui évalue des dimensions stables de la personnalité.

La moyenne générale au QD2 pour l'échantillon global (N = 78) est de 12,5 items répondus positivement (dans le sens du symptôme) sur un total de 52 items. Cette moyenne s'avère plus proche de la norme (9,57) que de celle d'une population de malades psychiatriques (24,3), somatiques (18,6) ou déprimés légers à graves (28,4 à 37,1)⁴⁴⁰.

⁴³⁹ H. J. Eysenck & M. W. Eysenck, 1985, op. cit. L'échelle borderline de Morey n'a pas pu être située sur le modèle trifactoriel d'Eysenck en raison de l'absence de telles données.

Le test permet d'identifier dans notre échantillon un taux de sujets déprimés de 18% (14 sujets, N = 78)⁴⁴¹, taux ne variant par ailleurs pas du tout en fonction de l'intensité de l'abus de toxiques⁴⁴². Ce pourcentage s'avère notablement plus élevé que celui de la population générale, puisque avec le même instrument et pour une tranche d'âge semblable il est de 7%⁴⁴³. De plus, il faut tenir compte du fait que les psychotropes consommés (y compris ceux prescrits médicalement) abaissent l'intensité des symptômes dépressifs⁴⁴⁴.

L'absence de liens significatifs entre l'évaluation de la dépression et l'intensité de la toxicomanie est au premier abord surprenante puisque nous avons déjà relaté plus haut un tel lien lorsque l'évaluation de la dépression porte sur les six derniers mois. Cette différence vient du fait que le questionnaire de dépression évalue l'humeur actuelle (les derniers jours), alors que l'évaluation de la prise de drogues porte sur les six derniers mois⁴⁴⁵. Les échelles temporelles étant trop différentes, il n'est pas possible de voir apparaître des correspondances entre les deux variables.

1.3.4. Synthèse des résultats

L'analyse des résultats concernant les liens entre la toxicomanie et la psychopathologie a montré que globalement les relations entre les deux domaines étaient plutôt faibles. Dans ce sens nos hypothèses ont été partiellement infirmées.

Les **antécédents psychopathologiques** ont révélé une influence nulle ou très faible sur la consommation de psychotropes quelle que soit la période d'apparition prise en compte (enfance, adolescence, âge adulte).

Parmi les antécédents psychopathologiques, seule une variable⁴⁴⁶, l'**indice de tendances autodestructrices** (overdoses, tentatives de suicide), a montré un lien

⁴⁴⁰ Ces données figurent dans l'article de P. Pichot, op. cit.

⁴⁴¹ Ce taux est calculé en fonction du dépassement du seuil 6/7 pour les 13 items de la version abrégée du questionnaire (QD2A), selon les indications fournies par l'auteur du test dans l'article déjà cité (les items du QD2A sont répertoriés en annexe 8). Relevons que lorsque le critère d'une durée minimum de six mois de cure est aboli et que l'on inclue dans l'échantillon des patients en début de cure, le taux de sujets dépressifs augmente pour passer à 21% (N = 89).

⁴⁴² En effet, nous obtenons la distribution suivante : - Faibles consommateurs : 17,4% - Consommateurs moyens : 18,9% - Gros consommateurs : 16,7% (N = 78, NS)

⁴⁴³ P. Pichot, D. Widlöcher et J. C. Pull, Epidémiologie de l'anxiété dans la population générale française, *Psychiatrie et Psychobiologie*, 1989, 4, pp. 257-266.

⁴⁴⁴ S'il apparaît un décalage entre la moyenne au test (plutôt proche de la norme) et le taux de dépressif (nettement supérieur à la norme) cela est dû à une distribution différente des résultats dans les deux populations. Notre échantillon comporte probablement plus de sujets avec des scores très bas que dans la population tout-venant.

⁴⁴⁵ Une évaluation sur une durée plus courte, les 30 derniers jours, a été réalisée pour la consommation d'héroïne. Ces données n'ont toutefois pas montré de liens significatifs avec les troubles dépressifs mis en évidence par le QD2.

significatif, bien que faible, avec l'intensité de l'abus de toxiques, mais seulement lorsqu'on envisage ceux-ci tout au long de la cure.

Concernant les variables investiguant des troubles psychiques récents, deux d'entre elles ont montré une relation significative avec les prises de psychotropes au cours des six derniers mois.

La première, les **troubles dépressifs récents** (au cours des six derniers mois) se sont en effet avérés être liés à la toxicomanie ; les sujets dépourvus de symptômes consommant légèrement moins que ceux ayant connu des symptômes dépressifs légers ou forts⁴⁴⁷.

Un lien semblable a également pu être mis en évidence par le biais d'un second indicateur de psychopathologie : la **prescription de médicaments psychotropes**. Les personnes suivant un tel traitement consomment sensiblement plus de toxiques que ceux qui n'en suivent pas.

L'évaluation de la psychopathologie actuelle par le biais d'un questionnaire de personnalité dérivé du MMPI et d'un questionnaire d'état dépressif (QD2) n'a pour sa part révélé aucun lien significatif avec l'intensité de la consommation de psychotropes⁴⁴⁸. Relevons néanmoins que la prévalence des troubles dépressifs (évaluée grâce au QD2) dans notre échantillon (18%), est supérieure à la norme (7%) tout en restant inférieure à celle rencontrée dans une population de patients psychiatriques.

Pour résumer ce sous-chapitre centré sur l'étude des liens entre psychopathologie et toxicomanie, retenons que tant les antécédents psychiatriques, que les troubles de la personnalité actuels, n'ont pas montré de liens avec la prise de drogues récente, et que *seuls les troubles dépressifs récents se sont avérés être accompagnés d'une consommation légèrement accrue de psychotropes*⁴⁴⁹.

Ce constat relativise quelque peu le rôle de la psychopathologie générale dans la poursuite de la toxicomanie durant la cure de méthadone, et tend à limiter celui-ci aux troubles dépressifs, tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'une influence faible en comparaison aux variables de la sphère psychosociale.

L'hypothèse du rôle d'automédication joué par l'abus de psychotropes pourrait concerner une petite catégorie de patients à l'humeur instable ou dépressive, mais sa valeur explicative reste très partielle.

1.4. Instabilité professionnelle : ses liens avec l'intégration sociale et la

⁴⁴⁶ Les **épisodes psychiatriques** durant la cure ont également montré un lien avec la toxicomanie sur la durée totale de la cure, toutefois le seuil de signification n'a pas été atteint.

⁴⁴⁷ Deux degrés de dépression basés sur la durée supérieure ou non à deux semaines de l'épisode dépressif.

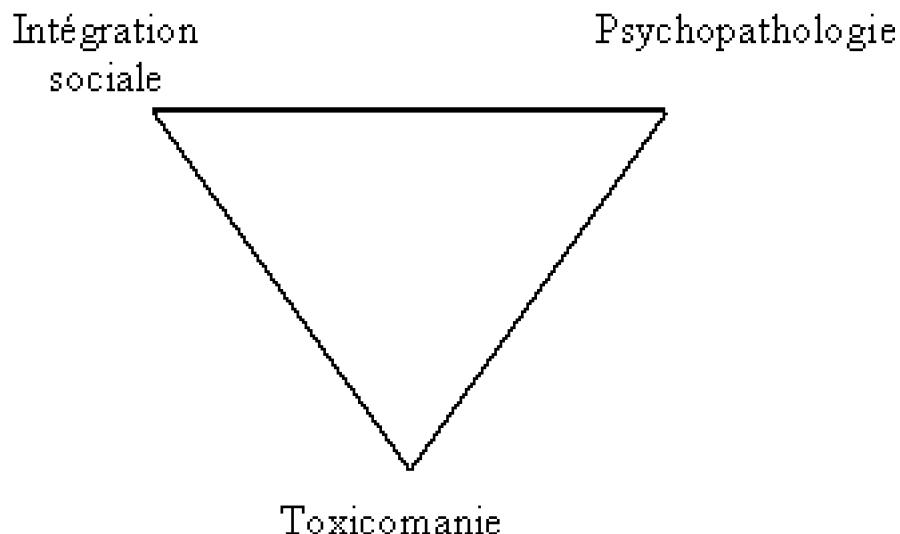
⁴⁴⁸ La psychopathologie durable s'est révélée moins fréquente chez les faibles consommateurs, mais sans atteindre toutefois le seuil de signification.

⁴⁴⁹ Par ailleurs, ceci ne préjuge en rien du sens de la causalité troubles dépressifs - abus de toxiques.

psychopathologie

1.4.1. Introduction et hypothèses

Après avoir évalué le rôle respectif de l'intégration sociale et de la psychopathologie dans la poursuite des prises de toxiques durant la cure de méthadone, la logique de la démarche veut que nous nous intéressions maintenant à la nature des liens représentés par le troisième côté de notre triangle conceptuel en faisant abstraction de la variable toxicomanie :



Ce troisième côté du triangle consiste donc dans les rapports de l'**intégration sociale** avec la **psychopathologie**. Dans l'analyse qui va suivre, nous avons choisi le paramètre des liens avec la société conventionnelle comme variable indépendante, et plus précisément le lien avec le monde du travail. Sur notre second axe d'analyse, cet aspect correspond à la dimension économique de l'intégration sociale.

Notre abord des liens de la psychopathologie avec l'intégration sociale est donc beaucoup plus centré sur la dimension économique que relationnelle de l'intégration sociale⁴⁵⁰, ceci afin de diminuer la complexité des analyses. Nous aborderons toutefois succinctement les relations entre intégration professionnelle et relationnelle.

Notre variable indépendante consiste donc dans l'**indice d'instabilité professionnelle** qui nous a permis d'identifier 32% de l'échantillon ($N = 77$) comme ayant des difficultés d'adaptation professionnelle. En tant que le travail a un poids symbolique de taille, ces sujets sont considérés comme faiblement reliés à la société conventionnelle, contrairement aux sujets du reste de l'échantillon qui ne présentent pas ce type de difficultés.

⁴⁵⁰ Une analyse complémentaire a toutefois montré que la psychopathologie (selon l'indice de psychopathologie durable du MMPI et les antécédents psychiatriques) était indépendante du fait d'avoir ou non une partenaire privilégiée, de la durée de la relation, de même que du fait d'habiter seul ou non. La psychopathologie n'affecte donc pas les aspects de l'intégration relationnelle évalués.

Cette catégorisation va nous permettre de mettre en évidence les caractéristiques des sujets en difficulté d'insertion professionnelle quant aux antécédents de déviance, à leur situation socio-économique et relationnelle, et quant à la psychopathologie (variables dépendantes).

Nous avons déjà fait l'hypothèse que la psychopathologie, en tant qu'elle représente un handicap face à l'adaptation sociale en général, sera liée à la désinsertion professionnelle. Nous nous attendons à un même constat en ce qui concerne les antécédents de déviance juvénile et adulte en raison de l'hypothèse des "vases communicants", propre à la théorie du contrôle social : liens faibles avec la société conventionnelle (ici le monde du travail) - liens forts avec la sous-culture drogue.

Rappelons que, contrairement à une évaluation ponctuelle de la situation professionnelle, telle que le fait d'être actif ou non professionnellement à un moment donné, l'indice utilisé permet de minimiser les effets de la conjoncture ou du hasard qui peuvent amener toute personne à vivre une situation temporaire de non-emploi. En effet, l'indice utilise entre autre la plus longue période de travail continu en la pondérant en fonction de l'âge, de même que la durée du chômage actuel. De la sorte, les personnes évaluées comme instables par le biais de cet indice peuvent être considérées non pas tant comme des victimes de la situation socio-économique difficile que nous connaissons en ce moment, mais plutôt comme des personnes présentant des difficultés d'adaptation aux exigences du monde du travail. Difficultés que l'on peut comprendre comme la conséquence à la fois d'une psychopathologie spécifique et d'une conception de la vie en société empreinte de valeurs propres à certains milieux marginaux.

L'indice d'instabilité professionnelle va donc au-delà d'une simple mesure de l'intégration économique et englobe aussi des aspects relationnels de l'ordre des compétences sociales.

1.4.2. Antécédents de déviance scolaire et de délinquance

La **déviance scolaire** est évaluée au moyen de trois variables : l'intérêt pour l'école, les problèmes de discipline et l'école buissonnière. En fonction de l'instabilité professionnelle, des différences apparaissent pour chacune de ces variables, bien que faiblement significatives.

Ainsi, 28% des sujets stables professionnellement avaient un bon intérêt pour l'école contre 16% des instables ($N = 76$, NS). Trente-trois pour-cent des stables ont connu des problèmes importants de discipline contre 56% des instables ($p = .06$, NS). Et enfin, 40% des stables répondent avoir souvent fait l'école buissonnière contre 64% des instables ($p = .05$).

La combinaison de ces trois variables permet d'obtenir un **indice de déviance scolaire** (cf. méthode) allant de 0 à 6. Les scores moyens sont significativement différents en fonction des groupes de sujets stables professionnellement et instables (3,0 VS 4,2, $p = .01$).

Une dernière variable concernant le parcours scolaire recense les sujets n'ayant pas terminé le cursus habituel de l'école obligatoire. Il s'agit de sujets qui ont quitté l'école

sans avoir accompli le neuvième degré, l'institution scolaire ne les ayant pas gardé généralement en raison de problèmes de comportement. Les instables professionnellement ont plus fréquemment connu ce parcours que les stables (28% VS 8%, p = .03).

On constate donc que *les difficultés d'adaptation professionnelle, que connaissent près du tiers des patients évalués, trouvent en partie leur origine dans les modalités d'interactions avec les institutions scolaires* propres à la période du début de l'adolescence.

Quant à la **délinquance juvénile**, le fait d'avoir eu affaire au tribunal des mineurs n'est pas lié à l'instabilité professionnelle. Pourtant, la combinaison de cette variable avec l'indice de déviance scolaire, l'arrêt prématué de l'école et l'usage précoce de drogues en un indice unique (allant de 0 à 4) montre que la **déviance générale précoce est nettement supérieure chez les instables** en comparaison aux stables (2,2 VS 1,4, p = .002, N = 72).

Les **condamnations à l'âge adulte** s'avèrent par contre tout à fait indépendantes de l'instabilité professionnelle, ce qui amène d'une part à minimiser le poids de la stigmatisation inhérente au fait d'avoir un passé judiciaire, et d'autre part à considérer ce type de passages à l'acte comme déterminé principalement par des phénomènes conjoncturels liés au monde de la drogue.

1.4.3. Domaines socio-relationnel et socio-économique

Si le domaine **socio-relationnel** a révélé un nombre important de variables liées à la toxicomanie (état civil, type de partenaire, mode d'habitation), ce n'est pas du tout le cas en ce qui concerne l'instabilité professionnelle. En effet, aucune des variables propres à ce domaine ne s'est avérée être liée avec notre variable indépendante.

La présence ou l'absence de partenaire sexuelle, la présence d'une partenaire toxicomane ou non, de même que la durée de la relation ne varient pas en fonction de la stabilité professionnelle. Il en va de même pour le fait d'habiter seul ou de cohabiter. L'instabilité relationnelle, telle qu'on peut l'évaluer ici, n'est donc pas liée à l'instabilité professionnelle.

Ces résultats montrent que nous ne sommes pas face à une population fortement marginalisée en proie à l'isolement social. Même si le risque d'exclusion sociale est toujours présent chez les usagers d'héroïne, dans le cas présent les liens sociaux paraissent conservés malgré les conditions de vie difficiles du chômage, de l'assistance publique ou de la rente invalidité propres aux instables professionnellement.

Quelques variables du domaine **socio-économique** sont par contre significativement différentes chez les stables⁴⁵¹. En effet, on trouve chez eux :

plus de détenteurs d'un diplôme (69% contre 44% chez les instables, p = .03, N = 77) ;

⁴⁵¹ Il est évident qu'on ne va pas s'intéresser ici aux variables de la sphère professionnelle qui ont servi à l'élaboration de l'indice.

des catégories socioprofessionnelles légèrement plus élevées (13,5% d'ouvriers contre 36% d'ouvriers chez les instables, $p = .02$, $N = 77$) ;

des revenus beaucoup plus élevés (moyenne : 3549 FS/mois contre 1920 FS/mois chez les instables, $p = .00007$, $N = 76$).

Par contre les dettes ne sont pas plus importantes chez les instables, alors qu'on aurait pu s'y attendre.

Le groupe des instables est donc bien plus défavorisé tant en ce qui concerne le niveau socioculturel atteint que l'aisance économique.

1.4.4. Antécédents psychiatriques et troubles dépressifs récents

Il est indéniable qu'un certain degré de psychopathologie rend plus difficile, voire impossible l'insertion dans le monde du travail conventionnel. C'est la raison pour laquelle il était nécessaire dans notre recherche d'évaluer le poids respectif de la toxicomanie et de la psychopathologie quant aux difficultés d'insertion professionnelle des patients en cure de méthadone.

Si les antécédents psychiatriques infantiles ne présentent pas de liens avec l'instabilité professionnelle, ce n'est pas le cas de ceux propres à la période de l'adolescence. En effet, alors que seuls 18% des sujets stables professionnellement mentionnent avoir vécu des troubles psychiques durant l'adolescence, c'est le cas de 47% des instables ($p = .007$, $N = 76$). Un tel résultat se retrouve en ce qui concerne *les troubles des conduites qui apparaissent 2,2 fois plus souvent chez les instables* (24% VS 52%, $p = .02$, $N = 65$). Les conduites regroupées sous cette catégorie concernent toutes des transgressions de normes sociales (école buissonnière, fugues, bagarres, mensonges, vols, etc.), il n'est donc pas étonnant qu'elles soient annonciatrices de difficultés d'intégration sociale ultérieures.

Concernant les **antécédents psychopathologiques** sur l'ensemble de la vie (adolescence et âge adulte) évaluée par le biais de l'indice élaboré à cet effet⁴⁵², *on constate nettement plus d'antécédents de troubles psychiques chez les sujets instables professionnellement que chez les stables* (1,8 VS 1,1, $p = .007$, $N = 65$).

L'évaluation de la **psychopathologie récente** révèle *chez les instables une légère supériorité des troubles dépressifs légers et graves confondus* (83% VS 58%, $p = .04$) de même qu'*une prescription de psychotropes presque deux fois plus fréquente que chez les*

⁴⁵² L'indice d'antécédents psychiatriques regroupe quatre variables : les consultations psychiatriques dès 12 ans, les problèmes psychologiques à l'adolescence, l'indice de conduites autodestructrices et les épisodes psychiatriques durant la cure. A l'exception des difficultés psychologiques durant l'adolescence, aucune de ces variables prises séparément ne présentent de différence significative en fonction des deux groupes de sujets stables professionnellement et instables. Concernant les conduites autodestructrices, lorsqu'on les retire de l'indice de psychopathologie générale on obtient même une meilleure différenciation entre les groupes de sujets stables et instables ($p = .003$). Ce domaine de la psychopathologie apparaît donc comme dépourvu de lien avec la désinsertion professionnelle.

stables (50% VS 27%, $p = .04$). La désinsertion professionnelle constitue donc un facteur de risque quant aux troubles dépressifs.

1.4.5. Psychopathologie actuelle évaluée par autoquestionnaires

L'intégration sociale évaluée par le biais du rapport au monde professionnel s'est avérée dans une large mesure liée aux antécédents de déviance et de troubles psychiatriques, à l'exception des conduites autodestructrices, comme nous l'avons vu précédemment.

Nous allons maintenant mettre en évidence, grâce à la technique de l'autoquestionnaire, la nature de la psychopathologie actuelle qui accompagne l'instabilité professionnelle chez les patients en cure de méthadone.

Si le questionnaire de dépression QD2 ne présente pas de corrélation avec l'instabilité professionnelle, on constate d'emblée un lien particulièrement fort entre la psychopathologie durable évaluée par le MMPI et l'instabilité professionnelle. En effet, alors que 64% des sujets instables professionnellement ont un score positif à l'**indice de psychopathologie durable** (soit une élévation pathologique, avec un score égal ou supérieur à 70, d'au moins une des cinq échelles cliniques du questionnaire de personnalité), ce n'est le cas que de 25% des stables ($p = .002$, $N = 67$).

Cette différence importante concerne principalement *les troubles du registre psychotique* (échelle Sc, schizophrénie) qui montrent les plus fortes différences de taux de pathologie entre sujets instables et stables professionnellement (46% VS 9%, $p = .0008$, RR⁴⁵³ = 5,4), suivis des troubles de la personnalité de type borderline⁴⁵⁴ (41% VS 13%, $p = .01$, RR = 3,1).

Les résultats aux trois autres échelles (paranoïa, psychasthénie et psychopathie) ne permettent pas d'identifier des différences significatives entre les deux groupes et il en va de même pour le questionnaire de dépression.

Lorsqu'on analyse la nature de la dimension de la personnalité à laquelle renvoie l'échelle Sc, soit le "**psychotisme**", une des trois dimensions fondamentales de la personnalité isolées par H. J. Eysenck ; il n'est pas surprenant de constater un lien aussi fort entre l'instabilité professionnelle et l'échelle Sc.

En effet, cette dimension de la personnalité peut être décrite comme une succession de comportements répartis entre deux pôles. A l'une des extrêmes se trouvent les comportements altruistes, puis empathiques et conventionnels. On atteint ensuite l'autre partie du continuum avec successivement les comportements impulsifs, agressifs, criminels, puis les troubles psychopathiques, schizoïdes avec comme extrême le trouble schizophrénique avéré⁴⁵⁵.

⁴⁵³ RR = Risque Relatif.

⁴⁵⁴ Notons que cette échelle, contrairement à l'échelle Sc, n'est pas corrigée à l'aide de l'échelle K (attitude défensive face au dévoilement des symptômes) ce qui ne lui donne pas le même pouvoir discriminant. Toutefois lorsqu'on envisage les résultats à l'échelle Sc sans la correction par l'échelle K, la différence entre les stables professionnellement et les instables reste significative et ne montre qu'une faible variation.

Nous voyons que la dimension du "psychoticisme" inclue certaines modalités d'adaptation au monde social, ce que l'on retrouve également dans la variable instabilité professionnelle. Il y a donc une parenté notable entre ces deux dimensions.

Plus spécifiquement, l'échelle Sc dans ses extrêmes renvoie à :

une idéation schizoïde, des sentiments d'aliénation, d'être différent, incompris, isolé et inférieur, des difficultés à exprimer l'hostilité, un repli sur soi, des difficultés à communiquer et la tendance à se perdre dans des fantaisies visant l'autosatisfaction. Ces patients ont des questions fondamentales et perturbantes sur leur identité et manquent souvent de compétences sociales⁴⁵⁶.

Il s'agit donc d'une forme de trouble de la personnalité où l'asocialité apparaît comme centrale. Cette asocialité est par ailleurs beaucoup plus le fruit de difficultés psychiques à s'adapter aux exigences de la société que la conséquence d'un refus délibéré d'adhérer aux normes sociales, même si de telles attitudes complètent généralement le tableau.

Venons en maintenant aux troubles évalués par l'échelle **borderline** qui se sont également avérés plus fréquents chez les instables professionnellement.

Cette pathologie de la personnalité au sens du DSM-III-R renvoie à un ensemble de traits et de comportements⁴⁵⁷ que l'on peut également envisager comme reflétant un *style de vie* particulier propre à certains milieux marginaux⁴⁵⁸. Ce trouble se situerait ainsi à l'interface de la psychopathologie individuelle et du mode de vie sous-culturel. En effet, la façon de gérer et d'exprimer les émotions et le type de relations interpersonnelles peuvent être fortement influencés par des modèles comportementaux culturels ou sous-culturels. Ainsi, l'impulsivité, les colères intenses et inappropriées de même que l'instabilité et l'excès dans les relations représentent pour ainsi dire une norme chez les toxicomanes de rue.

Il est donc possible que la désocialisation induite par le non-accès à l'emploi s'accompagne d'un style de vie spécifique, plus orienté vers les gratifications immédiates et le renoncement aux projets à long terme. L'avenir bouché de ceux qui se voient bloqué dans un statut d'assisté rend inadéquat et surtout démoralisant toutes projections dans le futur.

En fonction de l'analyse qui précède, *les difficultés d'intégration professionnelle que rencontre un nombre important de toxicomanes peuvent être envisagées comme ayant*

⁴⁵⁵ H. J. Eysenck, 1994, op. cit.

⁴⁵⁶ D. Lachar, *The MMPI : Clinical assessment and automated interpretation*, Los Angeles, Western Psychological Services, 1986, p. 12, (traduction personnelle).

⁴⁵⁷ A savoir : instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même, se traduisant notamment par de l'impulsivité, des colères intenses, des gestes suicidaires ou automutilatoires, des bagarres et une peur de l'abandon. Le DSM-IV ajoute aux critères du DSM-III-R la survenue transitoire d'idées persécutrices et de symptômes dissociatifs.

⁴⁵⁸ Sur l'influence des aspects culturels dans la construction des catégories psychiatriques et notamment le trouble borderline cf. C. W. Nuckolls, *Reckless driving, casual sex and shoplifting : what psychiatric categories, culture and history reveal about each other*, *Social Science and Medicine*, 1992, 35, 2, pp. 1-2.

une origine prioritairement psychopathologique⁴⁵⁹ et secondairement sous-culturelle.

1.4.6. Synthèse des résultats

La comparaison des sujets instables professionnellement avec les stables nous a permis de mieux comprendre le phénomène de l'intégration sociale des toxicomanes en cure de méthadone. Nous résumerons ici l'essentiel des résultats présentés dans cette analyse.

La **déviance scolaire**, et plus particulièrement l'école buissonnière, de même que l'interruption prématuée de l'école, représentent des antécédents survenant nettement plus fréquemment chez les instables que chez les stables. *Les prémisses de l'instabilité professionnelle apparaissent donc déjà à travers les rapports instaurés avec l'institution scolaire.*

Si la consommation précoce de drogues et la délinquance juvénile ne permettent pas en elles-mêmes de différencier nettement les stables des instables, l'inclusion de ces deux variables dans l'indice de **déviance générale précoce** à côté de la déviance scolaire a rendu cet indice très discriminant. C'est pourquoi, on peut en déduire que les sujets en situation de désinsertion sociale ont connu des antécédents de déviance précoce importants qui dépassent le cadre des rapports perturbés avec l'institution scolaire.

Le domaine socio-relationnel⁴⁶⁰ n'a pas montré de différences significatives entre les deux groupes, ce qui va dans le sens d'une absence d'isolement social aiguë chez les instables. En revanche, les instables s'avèrent défavorisés dans les domaines socioculturels et économiques (diplôme, catégorie socioprofessionnelle, revenu).

En ce qui concerne les antécédents de difficultés psychologiques, c'est encore une fois l'époque de l'adolescence qui s'avère déterminante puisque les troubles survenus durant cette période, contrairement à ceux apparus durant l'enfance, se sont révélés bien plus fréquents chez les sujets instables.

Les **troubles des conduites** avant l'âge de 15 ans, telles que les définit le DSM-III-R, concernent un ensemble de comportements problématiques. La prévalence de cette entité nosologique, proche de la notion de déviance précoce, est nettement supérieure chez les instables. En tant que prémisses de la personnalité antisociale, nous retrouvons ici un ensemble de caractéristiques reflétant spécifiquement des difficultés d'adaptation à l'environnement social, d'où l'association avec l'instabilité professionnelle qui renvoie à des difficultés du même ordre.

A l'exception des conduites autodestructrices, les **antécédents psychiatriques** (adolescence et âge adulte) sont plus importants chez les instables. De plus, on note une tendance similaire pour les **troubles dépressifs récents** et la **prescription de psychotropes**.

⁴⁵⁹ Si la psychopathologie affecte lourdement l'intégration professionnelle, elle s'est par contre avérée sans liens significatifs avec cet autre domaine de l'intégration sociale qu'est l'**intégration relationnelle**.

⁴⁶⁰ Ce domaine inclue l'état civil, le type de partenaire, la durée de la relation et le mode d'habitation.

L'évaluation de la psychopathologie par la méthode de autoquestionnaire a permis de mettre en évidence chez les instables professionnellement l'importance à la fois des **troubles du registre psychotique** (échelle Sc) et de ceux liés à la **personnalité borderline**.

Les difficultés d'intégration dans la société conventionnelle propres à certains héroïnomanes ont donc une origine avant tout psychopathologique liée aux troubles psychiques de types psychotiques et borderline, sans toutefois oublier la possibilité d'un facteur sous-culturel dans la mesure où la personnalité borderline nous est également apparue comme le reflet d'un style de vie, propre à certaines sous-cultures, dont celle du toxicomane de rue.

1.5. Synthèse générale des résultats quantitatifs

Nous ne reprendrons pas ici le détail des résultats quantitatifs exposés dans les synthèses précédentes, et nous nous limiterons à faire ressortir les éléments marquants de cette analyse.

Notre travail a consisté à comparer des groupes de patients catégorisés dans un premier temps en fonction de la **gravité de la toxicomanie** et dans un second temps en fonction du degré de **stabilité professionnelle**. Nous avons ainsi pu mettre en évidence les caractéristiques associées à chacune de ces deux dimensions en ce qui concerne les domaines de l'intégration sociale et de la psychopathologie.

Le tableau suivant présente un résumé des liens entre variables :

Tableau 5. Signification du lien des principales variables avec la toxicomanie et l'instabilité professionnelle

Domaines et variables	Lien avec la toxicomanie récente (valeur de p)	Lien avec l'instabilité professionnelle (valeur de p)
1. Déviance, délinquance juvénile et adulte		
- Indice de déviance générale précoce	009	002
Usage précoce de drogues	05	NS
Indice de déviance scolaire	NS	01
Ecole buissonnière fréquente	NS	05
Désintérêt pour l'école	NS	NS
Problèmes de discipline	NS	(.06)
Interruption prématuée de l'école	NS	03
Condamnation par tribunal des mineurs	NS	NS
- Indice de délinquance adulte	NS	NS
Condamnation pénale	NS	NS
Incarcération	NS	NS
Retrait permis de conduire	NS	NS
<i>Nombre total de variables significatives</i>	2	4
2. Domaine socio-relationnel		
- Proportion de mariés (état civil)	(-).05	NS
- Présence d'un(e) partenaire privilégié(e)	NS	NS
- Partenaire privilégié(e) toxicomane	03	NS

Domaines et variables	Lien avec la toxicomanie récente (valeur de p)	Lien avec l'instabilité professionnelle (valeur de p)
- Durée de la relation	NS	NS
- Vit seul(e) (mode d'habitation)	04	NS
<i>Nombre total de variables significatives</i>	3	0
3. Domaine socio-économique		
- Proportion d'ouvriers (CSP).	03	02
- Faible revenu	NS	00007
- Sans diplôme	NS	03
- Dettes	NS	NS
- Indice d'instabilité professionnelle	004	-
Plus longue période de travail continu	(-).04	-
Inactivité prof. les 6 derniers mois	002	-
Inactivité prof. supérieure à 12 mois	NS	-
<i>Nombre total de variables significatives</i>	4	3

4. Antécédents psychopathologiques

- Problèmes psychologiques durant l'enfance	NS	NS
- Troubles des conduites (avant 15 ans)	NS	02
- Indice d'antécédents psychiatriques	NS	007
Problèmes psy. durant l'adolescence	NS	007

Domaines et variables	Lien avec la toxicomanie récente (valeur de p)	Lien avec l'instabilité professionnelle (valeur de p)
Indice de conduites autodestructrices	NS	NS
Tentatives de suicide	NS	NS
Overdoses	NS	NS
Episodes psychiatriques durant la cure	NS	NS
- Consultation psychiatriques après 12 ans	NS	NS
<i>Nombre total de variables significatives</i>	0	3
5. Psychopathologie récente		
Troubles dépressifs récents (6 dern. mois)	03	04
Traitements psychotropes (12 dern. mois)	03	04
<i>Nombre total de variables significatives</i>	2	2
6. Autoquestionnaire de psychopathologie		
- Indice de psychopathologie durable (MMPI)	NS	002
Echelle Sc (schizophrénie)	NS	0008
Echelle Borderline	NS	01
Echelle Pa (paranoïa)	NS	NS
Echelle Pt (psychasthénie)	NS	NS
Echelle Pd (psychopathie)	NS	NS
Etat dépressif (QD2)	NS	NS

Domaines et variables	Lien avec la toxicomanie récente (valeur de p)	Lien avec l'instabilité professionnelle (valeur de p)
Nombre total de variables significatives	0	3
Nombre total de variables significatives pour le domaine de la psychopathologie	2	8
<p>Notes : - Le retrait indique que la variable fait partie de l'indice qui la précède. NS = non significatif. - Les valeurs de p concernent les résultats de l'ANOVA pour les comparaisons de moyennes et les résultats du Khi2 pour les comparaisons de fréquences. - Le signe (-) placé avant la valeur de p indique que la relation est inversement proportionnelle. Exemple : La relation entre le mariage et la toxicomanie est négative, car il y a significativement moins de sujets mariés chez les gros consommateurs.</p>		

En ce qui concerne le domaine de l'**intégration sociale**, la problématique de la toxicomanie et de l'instabilité professionnelle présentent à la fois des similitudes et des différences.

Les similitudes montrent que la **précocité des antécédents de déviance** (délinquance, déviance scolaire, consommation de drogues légales et illégales) représente un facteur de risque tant pour les difficultés d'insertion professionnelle que pour la toxicomanie à l'âge adulte, même si la déviance scolaire envisagée de manière indépendante (de même que l'arrêt prématuré de l'école) est plus liée à l'instabilité professionnelle qu'à la toxicomanie. L'utilité d'une prévention précoce de ces comportements problématiques prend donc ici toute son importance.

Par ailleurs, une **précarité socio-économique** se retrouve dans les deux problématiques même si ce ne sont pas tout à fait les mêmes variables qui sont concernées. Les instables professionnellement se caractérisent par des salaires plus bas et par moins de diplômés que les stables. Pour leur part, les moyens et gros consommateurs ont nettement plus de problèmes d'insertion professionnelle et comptent plus de catégories socioprofessionnelles basses (ouvriers, personnel non qualifié) que les faibles consommateurs. Dans ce sens *le lien entre gravité de la toxicomanie et difficulté d'intégration professionnelle est bien établi*.

Il en va par contre différemment de la plupart des variables propres à l'**intégration relationnelle**. En effet, il est apparu que le fait d'avoir ou non une partenaire privilégiée, de même que la durée de cette relation ne présentaient pas de différences significatives autant entre les stables et les instables professionnellement, qu'entre les trois groupes de consommateurs de psychotropes. L'instabilité professionnelle de même qu'une toxicomanie grave ne se traduisent donc pas chez ces patients par des retombées négatives qui entraîneraient un isolement social généralisé⁴⁶¹. *Il en découle que l'*

intégration relationnelle , en ce qui concerne le fait d'avoir une partenaire et la durée de la relation avec celle-ci, n'est affectée ni par la gravité de la toxicomanie, ni par l'instabilité professionnelle.

Après avoir montré, pour le domaine de l'intégration sociale, les similitudes entre la problématique de la toxicomanie et de l'instabilité professionnelle, venons en aux différences, lesquelles touchent principalement la sphère socio-relationnelle. Si, comme nous venons de le voir, la toxicomanie comme l'intégration professionnelle n'affectent pas du tout certains aspects de l'intégration relationnelle, d'autres aspects de celle-ci s'avèrent en revanche affectés, mais seulement par la toxicomanie.

Nous avons effectivement vu à quel point le fait de cohabiter, de même que le fait d'avoir une partenaire non toxicomane jouent un rôle régulateur sur les prises de drogues. Or ces variables n'ont aucun lien avec l'instabilité professionnelle, en effet les instables n'habitent pas plus souvent seuls que les stables et il en va de même pour le fait d'avoir une partenaire toxicomane.

Venons en maintenant au domaine de la **psychopathologie**. Pour ce domaine, la problématique de la toxicomanie et de l'instabilité professionnelle ont montré des différences considérables au niveau de la force des liens avec les troubles psychiques.

En effet, peu de variables de ce domaine se sont avérées être liées à la **toxicomanie** récente, puisque seuls les troubles dépressifs récents et la présence d'un traitement psychopharmacologique ont révélé une augmentation en fonction du degré de toxicomanie. Ceci tend à infirmer notre hypothèse qui faisait de la toxicomanie une automédication de troubles psychiques.

Au contraire, l'**instabilité professionnelle** a montré des liens non seulement avec ces deux dernières variables psychopathologiques, mais également avec de nombreuses autres variables liées tant aux antécédents psychiatriques qu'à la psychopathologie évaluée par autoquestionnaire. Pour ce dernier domaine, les troubles du registre psychotique (échelle Sc du MMPI) se sont avérés être très fortement liés à l'instabilité professionnelle. Ce fut également le cas, mais dans une moindre mesure de l'échelle borderline. Ce dernier trouble étant par ailleurs proche d'un style comportemental répandu dans le milieu des toxicomanes de rue, nous avons été amenés à voir aussi un facteur sous-culturel dans les problèmes d'insertion professionnelle que rencontrent les toxicomanes.

En raison de l'inadaptation sociale que cause la psychopathologie, nous nous attendions à trouver un lien entre celle-ci et l'intégration professionnelle. Il est cependant surprenant de constater que c'est l'instabilité professionnelle, et non la toxicomanie, qui

⁴⁶¹ Le taux de personnes qui cohabitent chez les stables et les instables est par ailleurs semblable, ce qui va également dans le sens du non isolement des défavorisés économiques. Par contre, comme nous le verrons plus loin, ce n'est pas le cas des différents groupes de consommateurs, les gros consommateurs habitant plus souvent seuls (comparés à la population générale, les toxicomanes vivent également plus souvent seuls). On pourrait donc voir chez eux une tendance à l'isolement, mais cette tendance est toute relative puisque les liens de couple ne sont pas affectés. De plus, en matière d'isolement social, c'est beaucoup plus la présence ou non du lien qui importe que le fait de vivre physiquement seul. C'est pourquoi nous considérerons in fine que l'intégration relationnelle est peu affectée par la toxicomanie.

présente le plus de liens avec la psychopathologie. Etant donné que la toxicomanie est considérée comme une forme de psychopathologie, on aurait pu s'attendre à des liens forts entre ces deux domaines, les variables issues de domaines proches ayant logiquement tendances à corréler entre elles. On peut donc considérer que comparé à la toxicomanie, l'instabilité professionnelle a plus à voir avec la psychopathologie. En d'autres termes, *la psychopathologie joue un rôle bien plus grand dans l'instabilité professionnelle que dans la toxicomanie*. Nous pouvons représenter la force des liens qui unissent les trois domaines étudiés de la manière suivante :

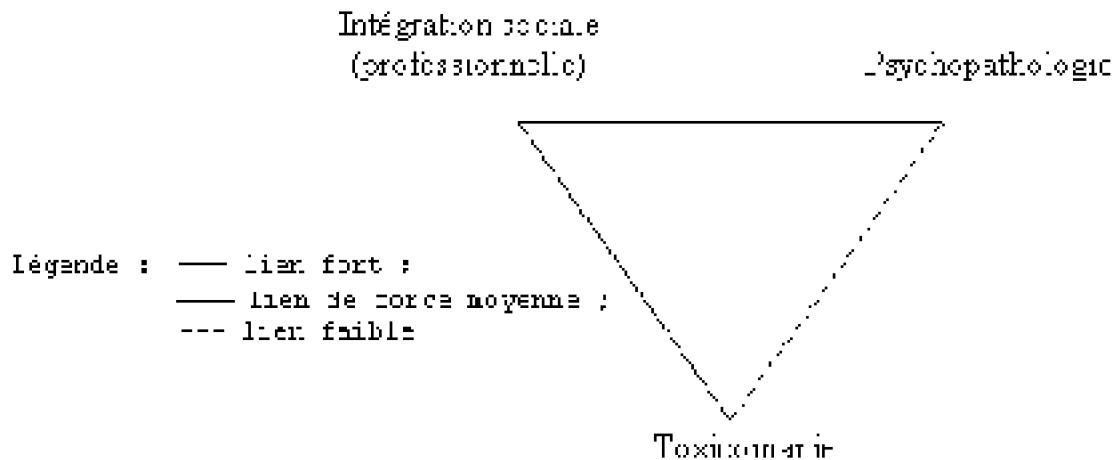


Figure 4 : Force des liens entre les trois concepts centraux.

L'instabilité professionnelle dans notre population peut donc être envisagée comme ayant une origine au niveau d'une pathologie de la personnalité du registre psychotique, puisque non seulement la psychopathologie actuelle mais aussi les antécédents psychiatriques lui sont corrélés. Une telle origine ne peut par contre pas être établie en ce qui concerne la toxicomanie.

2. Présentation et analyse de cas cliniques

Nous allons présenter quatre situations cliniques, deux hommes et deux femmes, réparties grâce à l'analyse quantitative en deux groupes en fonction du degré de toxicomanie et de la présence ou non d'une psychopathologie.

Chaque cas est décrit en reprenant les principales rubriques de l'analyse quantitative et en y ajoutant le résumé de deux types d'entretiens. Le premier consiste en un entretien structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité centré principalement sur le trouble borderline. Les questions sont réparties en cinq domaines : le moi ; les relations interpersonnelles ; les affects ; l'appréhension de la réalité et le contrôle des impulsions.

Le second entretien est non structuré et vise l'explicitation des raisons qui amènent le sujet à consommer des drogues. Le référentiel théorique est d'inspiration psychanalytique et il implique une participation de l'évaluateur à l'élaboration du sens que revêt la toxicomanie pour le patient.

2.1. Analyse approfondie de deux consommateurs moyens stables professionnellement et sans psychopathologie importante

Cas 1 : Gérard

Données personnelles, relationnelles et socio-économiques

Gérard⁴⁶² est un jeune homme célibataire de 23 ans, collaborant et sociable. Il est d'apparence soignée et porte quelques bijoux en or.

Ses parents ont divorcé durant sa première enfance, ce qui lui a valu d'être placé chez sa grand-mère maternelle, laquelle a assumé son éducation. Avec sa mère, des contacts réguliers ont été maintenus ce qui ne fut pas le cas avec son père.

Il vit actuellement avec sa mère et travaille depuis trois mois comme employé qualifié à plein temps. Avant d'occuper cet emploi, il a tout d'abord travaillé de manière fixe pendant deux ans et a interrompu ce poste "pour voir autre chose". Il a ensuite fait quelques missions temporaires, puis a connu une période de chômage. Le montant de ses dettes s'élève à 20 000 FS.

Dans la mesure où Gérard possède actuellement un emploi et qu'il a travaillé de manière continue durant plus d'une année et demi, il fait partie des patients considérés comme stables professionnellement.

Antécédents scolaires et professionnels

Gérard a accompli son parcours scolaire jusqu'au dixième degré sans difficultés ni problèmes de comportement. Il a fait ensuite un apprentissage d'employé de commerce qu'il a terminé avec obtention du diplôme.

Antécédents judiciaires

Gérard a eu affaire avec le tribunal de la jeunesse, mais n'a pas eu de condamnation à l'âge adulte, à l'exception d'un retrait du permis de conduire pour consommation de drogues.

Toxicomanie

Gérard a fait ses premières expériences avec le cannabis à 14 ans et avec l'héroïne à 17 ans. A 19 ans, il commence les injections et un an plus tard consomme quotidiennement cet opiacé. Entre 16 et 18 ans il a connu des épisodes d'abus d'alcool.

Six mois seulement après le début de son héroïnomanie quotidienne, soit à l'âge de 20 ans, il commence une cure de méthadone qu'il poursuivra jusqu'à maintenant. Gérard n'a jamais connu de dépendance aux benzodiazépines ni à l'alcool.

La consommation actuelle de psychotropes concerne essentiellement l'héroïne, en

⁴⁶² Les prénoms des cas cliniques sont fictifs.

moyenne deux injections par mois et le cannabis, plusieurs fois par semaine.

Psychopathologie

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques connus chez les parents.

L'anamnèse psychiatrique ne révèle pas de trouble particulier durant l'enfance et l'adolescence. Gérard n'a jamais fait de tentative de suicide ni d'overdose.

Le questionnaire de dépression montre une absence de troubles de l'humeur (4 items positifs sur 52). Quant au questionnaire de personnalité⁴⁶³, il en va de même, les résultats sont tous dans les normes (les notes aux échelles cliniques sont comprises entre 40 et 60 et la moyenne est de 49,4).

Entretien structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité

Gérard se décrit comme quelqu'un de nerveux, impatient, timide, doté d'une grande facilité d'apprentissage qui le pousse à "en faire un minimum".

Il formule des **objectifs de vie** à long terme de nature conventionnelle : "mariage, travail régulier, une vie tranquille".

Les **personnes importantes** dans sa vie sont d'abord les membres de sa famille et ensuite ses amis. Il justifie leur importance par le fait qu'il les voit fréquemment, et qu'ils sont souvent là quand il a besoin d'eux. Il ne pense pas avoir de difficultés dans ses relations, mis à part le fait qu'il veuille trop souvent avoir raison.

Il a eu une relation stable avec une fille pendant quatre ans. Cette relation s'est interrompue sans difficultés notoires en raison d'une détérioration de l'entente. De manière générale, Gérard n'a jamais connu de séparation difficile, il les vit avec des sentiments de tristesse passagers ou de liberté suivant le type de relation qui prévalait. Avec ses amis il opte facilement pour la séparation dès que des problèmes se présentent.

Au niveau de ses **affects**, Gérard dit être habituellement assez irritable, surtout "avec des personnes qui se prennent pour ce qu'elles ne sont pas". Son irritabilité ne lui causerait toutefois pas de problème particulier. Il ressent souvent des sentiments d'ennui, notamment lorsqu'il pleut et qu'il est sans activité. Il pense néanmoins bien supporter la solitude, et même l'apprécier dans certaines situations. Toutefois il appréhenderait de partir quelques mois seul dans un pays étranger.

Une certaine **impulsivité** est présente tant au niveau d'envies soudaines de consommer des drogues qu'au niveau de rapports sexuels occasionnels et de dépenses d'argent liées à l'achat de drogue.

Son **appréhension de la réalité** est adéquate, il n'a jamais connu d'expériences perceptives inhabituelles ni d'épisodes de déréalisation.

Parmi les critères diagnostiques du trouble limite (borderline) de la personnalité seuls deux s'avèrent positifs (impulsivité et instabilité affective), ce qui ne permet pas de poser

463

Rappelons pour mémoire qu'en ce qui concerne le MMPI, 50 correspond à la note moyenne et qu'un écart type vaut 10. Le seuil pathologique est fixé à deux écarts-types au dessus de la moyenne, soit une note supérieure ou égale à 70.

ce diagnostic.

Entretien libre sur la consommation de drogues

L'entretien débute sur le thème du **contexte des prises d'héroïne**. Gérard répond directement sur les causes de ses prises de drogues : "Qu'est-ce qui me pousse à la prendre ? Bon ces derniers temps, c'est clair en étant au chômage⁴⁶⁴ c'est plus dur (...) en travaillant ça va bien j'y pense pas (...) c'est juste en fait l'histoire d'être occupé". Gérard décrit donc le fait d'avoir une **occupation** comme un dérivatif à la pulsion toxicomaniaque.

Je suggère l'idée de sentiments d'**ennui** ressentis durant les moments d'inactivité. Ce qu'il accepte : "dès que je m'ennuie, je sais pas trop quoi faire et tout, je tourne un peu en rond, là je suis plus tenté, ça me vient plus à la tête disons...". Il met ensuite l'accent sur les **activités agréables** (sports, vacances, s'amuser) qui diminuent la tentation de consommer.

A la question des sentiments dépressifs, de la perte d'intérêts pour les activités durant les moments de vulnérabilité, Gérard pense que le terme de sentiments dépressifs est un peu fort, mais il reconnaît que depuis qu'il consomme des drogues il a plus de peine à apprécier les activités en général. Il se décrit **avant les prises de drogues** comme faisant plus de sport, participant à plus d'activités et ayant plus d'entrain.

Gérard consomme habituellement l'héroïne le soir durant la semaine lorsqu'il ne travaille pas et plutôt le week-end quand il est en période d'emploi. Il s'agit toujours des **moments de vulnérabilité** liés à l'inoccupation : "si j'ai rien à faire de spécial, j'y pense pas mal, ouais. Ça me travaille pas mal dans la tête disons".

Il explique que bien que la méthadone couvre le **besoin physique**, il n'en demeure pas moins un **besoin psychique** de consommer : "y a la méthadone qui me comble physiquement mais y a quand même le psychique qui reste..."

Gérard mentionne ensuite la **similitude des effets** de l'héroïne et de la méthadone. Il pense que si la méthadone l'aide à aller travailler, étant donné son dosage élevé (110 mg) il en ressent tout de même les effets et imagine que ses collègues pourraient remarquer son état particulier.

La discussion passe ensuite aux **déclencheurs externes** du besoin de prendre de l'héroïne. Gérard dit qu'en tous lieux il peut être confronté à quelqu'un qui lui en propose. L'unique solution pour éviter les sollicitations serait, pense-t-il, de rester cloîtré chez soi : "il arrive toujours que je croise quelqu'un qui en prend, qui en vend ou qui a quelque chose à voir là dedans, alors ça ramène des souvenirs et automatiquement ça travaille la tête quoi..."

Evitant de répondre sur la nature des sentiments qui l'habitent durant ces moments de tentations, Gérard poursuit sur les **effets de la méthadone**. Ce produit est vécu comme ayant des effets calmants, provoquant un certain émoussement affectif, diminuant

⁴⁶⁴ Il y a un intervalle de six mois entre le recueil des informations socio-économiques et psychiatriques et la passation de l'entretien libre sur les consommations de drogues. Aussi s'est-t-il avéré que la situation professionnelle de Gérard avait changé entre temps, de l'emploi fixe, il est passé au chômage.

l'envie de rencontrer des gens et poussant à choisir des activités calmes telles que la lecture ou le cinéma. Puis le parallèle est à nouveau fait avec le temps d'**avant les prises de drogues** : "avec la méthadone, je vois depuis deux trois ans que j'en prends, j'ai beaucoup de peine à retrouver les joies de vivre que j'avais avant de prendre de la drogue".

Gérard réfute l'idée que cette forme de **repli sur soi** puisse être la résultante d'un désir plus profond d'autosuffisance. Il explique qu'il aurait préféré avoir un dosage de méthadone moins élevé, mais qu'il n'a pas le choix étant donné qu'avec moins de méthadone ses prises d'héroïne augmentent.

Lorsqu'il consomme, Gérard recherche de préférence l'intimité et évite certains lieux publics où il serait susceptible de rencontrer des collègues de bureau.

Il peut consommer en compagnie d'un ami mais peut aussi rechercher la solitude dans ces moments. Il pense supporter beaucoup mieux la solitude maintenant qu'il y a quelques années en arrière. A cette époque il ne supportait pas de rester ne serait-ce qu'une heure seul chez lui, tandis que maintenant il est capable de passer une soirée seul.

Je souligne qu'actuellement Gérard supporte mieux la solitude, mais qu'il fait encore recours à l'héroïne durant les moments d'ennuis. Cette remarque ne lui parle pas et il préfère revenir sur sa réponse antérieure, précisant que ce n'est pas tant l'ennui qui est à l'origine de son problème, mais plutôt le manque de motivation pour certaines activités qui nécessitent de l'entrain physique.

Comme il revient sur le fait qu'avant les consommations de drogues il supportait très mal les moments de solitude, je lui demande s'il n'aurait pas toujours cette même difficulté, mais qu'il la surmonte au moyen de l'héroïne ou de la méthadone. A nouveau, il ne peut répondre...

Gérard fait ensuite un commentaire sur les avantages et inconvénients de la cure de méthadone, à la suite de quoi je lui demande si finalement il considère ou non prendre des opiacés pour des raisons liées à des **problèmes psychologiques**. Il répond que non et explique que sa toxicomanie s'est développée progressivement à travers un enchaînement de circonstances. Il s'inquiète toutefois de son besoin grandissant de consommer et craint un vieillissement prématûr, il mentionne également la diminution de son désir de draguer les filles.

Pour conclure, je suggère qu'à travers la consommation d'opiacés, Gérard trouve une source de satisfaction artificielle. A cela il rétorque qu'il n'a pas le choix, qu'il préférerait un dosage de méthadone moins élevé et même pouvoir se passer de méthadone tout simplement. Je mentionne que lorsqu'il consomme de l'héroïne il a pourtant le choix, ce qui l'amène à parler des regrets qu'il peut avoir après avoir consommé. Comme pour justifier son acte, il revient sur l'idée d'ennui ressenti durant les moments de vulnérabilité, de même que sur le phénomène de pression extérieure. Ainsi avoue-t-il sa difficulté à refuser lorsqu'on lui propose de la drogue et à ce propos il se trouve très influençable.

Résumé et commentaires

Malgré sa consommation compulsive d'héroïne, Gérard présente un niveau de fonctionnement psychosocial proche de la norme. Il n'a pas de difficultés majeures d'adaptation sociale, mis à part une légère instabilité professionnelle. On perçoit chez lui une adhésion plus forte à la société conventionnelle qu'au monde de la déviance.

Ses antécédents scolaires et judiciaires montrent qu'il n'a jamais connu de grosses difficultés face aux diverses institutions officielles et que son éducation lui a permis de poser les jalons de sa future insertion socioprofessionnelle, avec notamment l'obtention d'un diplôme d'employé de commerce.

Bien qu'il consomme régulièrement de l'héroïne et du cannabis, il ne peut être considéré comme un polytoxicomane car les substances utilisées restent en nombre limité et ne sont pas interchangeables. Ainsi, l'alcool et les médicaments ne font pas partie des produits qu'il consomme.

Il n'a jamais souffert de troubles psychiques importants même si sa personnalité se caractérise par d'importants **traits narcissiques** qui se manifestent par un manque de réciprocité relationnelle, un repli sur soi et une aspiration à l'autosuffisance.

Durant l'entretien libre, Gérard met l'accent sur les **effets** de l'absorption d'opiacé qui se traduisent par un ralentissement général et une tendance au repli sur soi. Ces effets concernent tant la prise de méthadone que d'héroïne.

Quant à la compréhension des **causes** de sa toxicomanie, celle-ci concerne plus son environnement externe que sa vie intérieure.

Les éléments déclencheurs de consommations propres à son **environnement extérieur** sont la confrontation avec le produit et la fréquentation de personnes susceptibles de lui proposer de l'héroïne.

L'accès à sa **vie intérieure** se fait toutefois avec beaucoup de résistances, ainsi avant de pouvoir verbaliser les sentiments vécus durant les moments qui précèdent les prises de drogues, Gérard préfère mettre l'accent sur l'absence d'un élément extérieur. Le fait de ne pas être occupé est pour lui à l'origine de son besoin de toxiques. L'idée de ressentir de l'**ennui** durant ces moments de vulnérabilité lui est accessible même s'il tentera de la remettre en cause durant l'entretien. La question de la solitude est abordée mais sous un angle positif, c'est-à-dire non en tant que motif de prises de drogues, mais en tant qu'il la supporte beaucoup mieux actuellement et qu'il la recherche dans certaines circonstances. Ainsi, tout ce qui renvoie au manque et à la faille narcissique tend à être éludé dans son discours.

Cas 2 : Anne

Données personnelles, relationnelles et socio-économiques

Anne est une jeune femme célibataire de 25 ans, faisant légèrement plus âgée que son âge. Son visage plutôt maigre aux traits marqués semble refléter ses longues années de toxicomanie. Elle collabore volontiers aux entretiens et montre un intérêt pour l'introspection.

Bien que considérablement impliquée dans le monde de la drogue, notamment à travers son ami qui consomme plus qu'elle, Anne garde une ambition professionnelle notable puisqu'elle est en formation.

Elle vit en ce moment à l'hôtel et le montant de ses dettes s'élève à 8000 FS. La relation avec son ami est fortement investie et dure depuis plusieurs années.

Du point de vue de l'analyse quantitative, elle est considérée comme stable professionnellement, car elle a travaillé durant trois ans pour le même employeur et est actuellement en formation.

Antécédents scolaires et professionnels

Bien qu'ayant doublé une classe entre 12 et 16 ans, Anne n'a pour ainsi dire pas connu de difficultés scolaires dans son parcours. Elle a toujours eu un bon intérêt pour l'école et n'a jamais eu de problèmes de comportement. Elle a terminé un apprentissage technique.

Antécédents judiciaires

A 17 ans Anne a été jugée pour complicité de vente de cannabis. Elle a également été jugée par un tribunal d'adulte pour consommation de stupéfiants, et d'autres délits lucratifs mineurs.

Toxicomanie

Anne a consommé pour la première fois le tabac à 15 ans, le cannabis à 16 ans et l'héroïne à 17 ans. Rapidement elle en consomme quotidiennement et à 18 ans elle passe aux injections. Entre 17 et 19 ans elle prend cinq fois du LSD. Elle ne connaîtra jamais de période d'alcoolisme ni de dépendance aux médicaments.

A 18 ans, après 20 mois d'héroïnomanie quotidienne, Anne débute sa première cure de méthadone. Elle effectue également des sevrages sans méthadone, dont un durant une incarcération.

Anne en est actuellement à sa troisième cure de méthadone, débutée il y a 12 mois (à 24 ans).

Ces derniers temps, Anne consomme quotidiennement du cannabis et s'injecte de l'héroïne plusieurs fois par mois.

Psychopathologie

Il n'y a pas d'antécédents psychopathologiques connus chez les parents.

L'anamnèse psychiatrique de Anne met essentiellement en évidence des passages dépressifs avec idées suicidaires. Elle n'a jamais commis de tentative de suicide ni d'overdose.

Le score au questionnaire de dépression montre l'absence de ce trouble : 10 items positifs sur 52 (la moyenne pour la population générale étant de 9,57). L'examen du profil des échelles factorielles⁴⁶⁵ révèle par contre une tendance à l'anxiété et aux

manifestations somatiques (50% des items de cette échelle sont positifs, alors que la moyenne de l'échantillon est à 25%).

Le questionnaire de personnalité indique une absence de psychopathologie durable. On note toutefois une élévation de l'échelle psychopathie ($Pd = 64,3$), sans qu'elle atteigne le seuil pathologique (70). La moyenne des notes aux échelles cliniques est de 52,5.

Entretien structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité

Anne se décrit comme quelqu'un de nerveux, plus scolaire qu'intelligente, travailleuse, indépendante et n'aimant pas avoir de comptes à rendre.

Ses crises de colère et son irritabilité l'amènent à se sentir passablement différente d'un moment à l'autre, mais pas au point de ne plus savoir à quoi s'en tenir sur elle-même.

Anne formule difficilement des **objectifs à long terme** dans la mesure où elle dépend de son ami qui a des projets différents des siens. Alors qu'elle souhaiterait rester dans la ville où elle vit en ce moment, son ami a des projets de partir à l'étranger et s'il se décidait à partir, elle le suivrait. Néanmoins, elle affirme son besoin de sécurité et de stabilité professionnelle.

Concernant son **système de valeurs**, Anne dit avoir une morale fixe, mais la conçoit comme différente sur certains points de celle de la plupart des gens.

Les **personnes qui comptent** dans sa vie sont son ami, sa soeur, qu'elle voit peu, sa mère qu'elle voit encore moins et trois personnes qu'elle considère comme de véritables amis. Ces personnes ont de l'importance pour elle car l'entente est bonne et l'aide et la confiance sont réciproques. Comme problème relationnel Anne mentionne la timidité qui l'inhibe dans les rencontres, mais essentiellement au tout début.

Anne caractérise son **humeur** par une irritabilité et une nervosité quasi constante qui peuvent lui amener des problèmes dans la sphère privée. En public, toutefois, elle parvient à se contrôler. La solitude affecte peu son humeur dans la mesure où elle pense la supporter sans difficulté et même la rechercher lorsqu'elle est énervée.

En dehors des consommations d'héroïne, Anne n'a pas de difficultés majeures à contrôler ses **impulsions**. Ses idées suicidaires sont passagères et elle n'est jamais passée à l'acte.

Son **appréhension de la réalité** est adéquate, elle n'a jamais connu d'expériences perceptives inhabituelles ou d'épisodes de déréalisation.

Le trouble limite (borderline) de la personnalité est absent puisque seul le critère de l'instabilité affective est validé.

Entretien libre sur la consommation de drogues

465

Rappelons que l'analyse factorielle de ce test a mis en évidence quatre facteurs : perte d'élan vital, anxiété et manifestations somatiques, humeur dépressive et ralentissement intellectuel.

Anne associe d'emblée les consommations d'héroïne avec le fait qu'elle trouve son dosage de **méthadone** (70 mg) insuffisant. Elle aborde ensuite un **facteur extérieur** de consommation, il s'agit de son ami qui, bien qu'étant également en cure de méthadone, consomme plus qu'elle. Aussi, lorsqu'il en achète, il lui est difficile de ne pas l'accompagner dans sa consommation.

Anne explique qu'elle vit dans un hôtel avec son ami et qu'à l'étage du dessus loge un dealer. Elle est donc confrontée quotidiennement à l'héroïne et seul son travail lui offre quelques répits face à ces sollicitations constantes.

A la question du rôle joué par les prises d'héroïne, Anne répond clairement qu'elle cherche à **apaiser un malaise intérieur**. Il s'agit de moments où elle se sent "angoissée, nerveuse, stressée". L'automédication ne crée toutefois qu'un soulagement temporaire qui ne dure que le temps de l'effet du produit. A la suite de quoi, elle se sent à nouveau mal notamment en raison de la **culpabilité** d'avoir repris de la drogue. Elle souligne ainsi l'échec de sa démarche.

L'effet du produit dépend de la dose absorbée. Anne précise qu'en raison du coût de la substance, elle n'en prend pas toujours une dose suffisante pour atteindre cet état proche de la perte de conscience où "on pique du nez". Mais c'est bien cet état qui est recherché dans la mesure où toutes les angoisses s'y trouvent dissoutes.

Anne cerne difficilement son malaise psychique : "D'où il vient, je sais pas (...) déjà je sais pas où est chez moi la limite entre ma nervosité et puis l'angoisse, parce que j'ai toujours les deux je pense...". Elle ne pourra toutefois pas en dire plus sur la nature de ses angoisses. A cet égard, le long silence qui suit ma demande sur le type de pensées qui lui viennent à l'esprit durant les moments d'angoisse est évocateur d'une certaine difficulté de mentalisation.

A ce point de l'entretien Anne prend conscience de sa **position conflictuelle** face aux prises de drogues et au **style de vie** qui les accompagne. D'un côté elle se reproche de ne pas avoir assumé certaines obligations sociales et de ne pas avoir accédé à un bien-être matériel supérieur (logement, travail), alors que d'un autre côté elle reconnaît avoir voulu rejeter une manière de vivre ("métro, boulot, dodo") en se tournant vers la drogue. Elle associe ensuite sur les aspects négatifs des productions humaines, ce qui vient justifier son mouvement de rejet de certains aspects de la société.

Si Anne supporte mal la routine dans le travail, elle se dit capable d'accomplir correctement sa tâche et de supporter ces frustrations. Elle garde un intérêt certain pour réaliser de nouveaux apprentissages, ce qui lui permet justement de sortir du travail répétitif.

Je cherche ensuite à lui faire préciser la nature de son **malaise intérieur** qui l'amènent à consommer des drogues, quant à une éventuelle composante dépressive et de baisse d'estime de soi. Anne relativise quelque peu le rôle de ces affects déclencheurs et explique qu'elle a débuté la prise de drogue par **curiosité**. Elle estime n'avoir été alors pas suffisamment informée des dangers liés à la consommation de drogues. Par la suite son usage de drogues a pris une autre signification, en effet ce n'est qu'une fois qu'elle a connu la dépendance et qu'elle s'en est libérée une première fois, qu'elle a commencé à rechuter pour des raisons d'ordre psychiques, dit-elle, faisant allusion à ses états

d'angoisse.

Elle poursuit en racontant qu'après avoir terminé une première cure de méthadone, elle a connu une période d'abstinence d'un an et demi, puis a rechuté durant une période d'examen alors qu'elle avait repris des études. Pendant ces examens Anne se sentait tendue, anxieuse, non pas tant en raison du risque d'échouer, ses notes étaient suffisantes, mais à l'idée de ne **pas faire assez bien**. En consommant pendant cette période, elle cherchait donc à faire disparaître cette anxiété qu'elle ressent habituellement dans une situation d'évaluation et qui peut la conduire à l'échec. Elle consommait alors de faibles doses qui enlevaient ses angoisses tout en laissant intactes ses capacités intellectuelles. Anne reconnaît qu'elle cherche grâce à l'héroïne à maîtriser des sentiments de faiblesse dans de pareilles situations, mais ne perçoit pas un besoin de perfection dans son attitude.

Je reviens ensuite aux **états d'angoisse** qui sous-tendent ses consommations pour évaluer dans quelle mesure cette association est systématique : "Ben quand j'en prends, le moment où j'en prends, c'est que je me sens mal dans ma peau, autrement j'irais pas en prendre, je chercherais pas à être dans un état autre que celui où je suis, ça c'est un fait". La lutte contre des affects douloureux constitue donc la fonction majeure de sa toxicomanie.

A titre de contre-suggestion, je mentionne que certains disent consommer uniquement pour le **plaisir**. Elle écarte avec une certaine virulence cette idée et souligne à nouveau qu'elle ne consomme pas si elle se sent bien, même si elle pense que le simple fait de voir le produit peut l'amener à consommer... Elle ajoute comme pour renforcer sa position, que si elle se sent vraiment bien elle parviendra à refuser des offres.

Je cherche à nouveau à la faire associer sur son angoisse diffuse, sa nervosité, mais elle se limitera à décrire des sensations somatiques. Elle accepte toutefois l'idée qu'elle se juge sévèrement durant ces moments, mais met l'accent sur le jugement négatif qui survient après la consommation. La suggestion qu'elle est non seulement un juge, mais aussi un bourreau vis-à-vis d'elle-même emporte son adhésion. Elle tempère toutefois cette image en ajoutant que contrairement à d'autres, sa toxicomanie n'a aucune visée autodestructrice.

Résumé et commentaires

La situation d'Anne est tout à fait exemplaire d'une **double appartenance** au monde de la déviance et au monde conventionnel.

En effet, en ce qui concerne ses liens avec le monde de la déviance, on peut relever son implication dans le milieu de la drogue et dans une certaine mesure dans celui de la délinquance. Elle côtoie des dealers fréquemment et a connu diverses condamnations à l'adolescence et à l'âge adulte.

En contrepartie, on peut relever dans sa trajectoire de nombreux éléments qui témoignent en faveur d'un attachement réel aux normes et valeurs de la société conventionnelle. Son parcours scolaire et professionnel l'atteste ; elle n'a connu ni problèmes de comportement, ni désintérêt pour l'école et a terminé une formation en gardant le goût des études. Son désir de réussite et sa stabilité professionnelle

représentent des signes d'adhésion aux valeurs d'accomplissement personnel dans le travail qui caractérisent nos sociétés actuelles.

Ses problèmes de toxicomanie sont d'une gravité moyenne, comme l'indique la catégorie dans laquelle l'analyse quantitative l'a située (consommateurs moyens). Il s'agit surtout d'une consommation d'héroïne et de cannabis. Elle n'a jamais eu de problèmes avec d'autres substances.

Sa psychopathologie peut être qualifiée de mineure, il s'agit d'un **trouble léger de l'humeur** de type anxieux. Son instabilité affective se manifeste notamment par de l'irritabilité et des crises de colère. Il n'y a pas les critères suffisants pour poser un diagnostic d'anxiété généralisée ou de personnalité borderline.

Malgré son importance toute relative, cette perturbation de l'humeur joue un rôle certain dans ses prises de toxiques. Car si Anne pense avoir fait ses premières expériences avec les drogues par simple curiosité, elle considère que sa toxicomanie est vite devenue pour elle un moyen de **gérer des états d'angoisse** envahissants, ce qui lui confère une fonction majeure d'**automédication**.

Indépendamment de cet accent sur une problématique affective d'allure endogène comme source des prises de drogues, Anne mentionne également une série de **facteurs extérieurs** qui favorisent les consommations. En effet, d'une part son partenaire souffre d'une toxicomanie plus intense que la sienne et elle tend à l'accompagner dans son addiction, et d'autre part elle est souvent sollicitée par des dealers qui vivent dans son entourage.

On peut en outre relever une dimension **socioculturelle** dans le fait que la consommation de drogues revêt une signification d'opposition à certaines valeurs conventionnelles de la société.

A ce titre, il est intéressant de retrouver dans son discours spontané sur sa toxicomanie, la même **conflictualité face aux choix de styles de vie** qui était apparue à la lecture de son anamnèse. Elle dit en effet rejeter un style de vie conventionnel et routinier tout en regrettant de ne pas en avoir obtenu les avantages matériels et professionnels.

Les **facteurs d'ordre biologique** entrent également en ligne de compte, dans la mesure où elle mentionne que son dosage insuffisant de méthadone facilite les rechutes.

En ce qui concerne sa personnalité, on peut encore relever l'importance d'un **idéal du moi exigeant** qui rend difficile l'accès aux sentiments de satisfaction personnels et qui ne peut que retentir négativement sur son trouble de l'humeur. Ce Surmoi rigide se manifeste dans la mise en avant de la douleur psychique et dans un rapport au plaisir particulier. A cet égard, Anne semble s'interdire la dimension du plaisir inhérente à la prise de drogue. On pourrait donc presque parler d'une certaine **austérité** chez Anne, ce qui peut sembler paradoxal pour une personne toxicomane caractérisée habituellement par l'excès et la démesure.

2.2. Analyse approfondie de deux gros consommateurs instables professionnellement avec psychopathologie importante

Cas 3 : Nicole

Données personnelles, relationnelles et socio-économiques

Nicole est une célibataire de 26 ans, d'apparence soignée, au physique agréable. Depuis six ans elle a une relation avec un homme de son âge qui est également en cure de méthadone. Elle loge en ce moment avec lui.

Nicole a terminé une école professionnelle. Elle a eu un emploi fixe dans son domaine durant un an, puis a connu quelques mois de chômage. Actuellement elle travaille en temporaire dans son domaine.

Depuis qu'elle est en cure, elle a remboursé les trois quarts de ses dettes, lesquelles s'élèvent actuellement à 4500 FS.

Antécédents scolaires et professionnels

Nicole était une élève moyenne à l'école primaire. Les dernières années de la scolarité, qu'elle a poursuivie jusqu'au onzième degré, se sont avérées désastreuses : doublage d'une classe, désintérêt massif pour l'école, gros problème de discipline et école buissonnière. Elle a malgré tout obtenu un diplôme d'une école professionnelle.

Antécédents judiciaires

Nicole n'a jamais eu affaire avec la justice, exception faite d'une condamnation mineure.

Toxicomanie

Nicole a commencé une consommation de tabac à 13 ans et de cannabis à 15 ans. A 16 ans elle expérimente l'héroïne en "sniff" et ne passera jamais aux injections. Elle connaîtra une première période de consommation quotidienne beaucoup plus tard, à 21 ans. Durant son adolescence, elle prendra de la cocaïne, du LSD à 40 reprises et consommera de l'alcool en abus fréquemment, sans toutefois connaître de période d'alcoolisme.

Après une cure courte effectuée sans produit de substitution, elle commence à 24 ans sa première cure de méthadone qu'elle poursuivra jusqu'à maintenant pendant presque deux ans.

Sa consommation de psychotropes actuelle consiste dans des états d'ivresses alcooliques plusieurs fois par mois, des prises de cannabis et d'héroïne à une fréquence semblable. Elle consomme également mais plus rarement de la cocaïne ainsi que des médicaments (benzodiazépines).

Psychopathologie

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques connus chez les parents.

L'anamnèse psychiatrique révèle des tendances antisociales dès avant l'âge de 15

ans (école buissonnière, mensonges fréquents, vol) ainsi que des épisodes dépressifs avec idées suicidaires à l'âge adulte. Elle n'a fait ni overdoses ni tentatives de suicide.

Le questionnaire de dépression met en évidence un état dépressif (28 items positifs sur 52, supérieur à deux écarts types au-dessus de la moyenne, note $T = 72,5$).

Une échelle du questionnaire de personnalité dépasse le seuil limite, il s'agit de l'échelle borderline (78,7). Les échelles schizophrénie (62,2) et paranoïa (60,3) présentent également une élévation mais d'amplitude moindre. La note moyenne aux cinq échelles cliniques est de 62,7.

Entretien structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité

Nicole se décrit comme une personne peu stable mais décidée. Elle exprime le regret de n'avoir pas fait des études plus poussées. Après quelques digressions, je la ramène à la question de l'autodescription et elle poursuit en relevant sa labilité émotionnelle, se sentant influencée par son contexte relationnel : "joviale, sociable, je peux passer vite à la déprime, sans problèmes. Je crois que le contexte m'influence, qui je côtoie".

Quant à savoir si elle a toujours connu cette instabilité affective, Nicole évoque son adolescence, période où elle se sentait peu sûre d'elle, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Elle ajoute que les expériences liées à sa dépendance lui ont été bénéfiques à certains égards : "Je me sens bien plus forte par rapport à d'autres qui n'ont pas traversé certaines choses".

Ainsi, elle se sent passablement différente suivant les moments en raison de **changements d'humeur** importants. Elle évoque en outre la période d'avant la cure, où elle devait sans cesse cacher ses consommations d'héroïne à ses parents de même qu'à certains de ses amis, ce qui lui donnait le sentiment de ne pas être elle-même.

Ses **objectifs à long terme** sont de trouver un emploi intéressant, de travailler comme indépendante et de voyager : "Partir six huit mois en Chine, découvrir cette culture qui m'intéresse, voir autre chose que des européens".

Le **système de valeurs** de Nicole est difficile à cerner, car bien qu'elle pense être au clair sur ses choix moraux, elle avoue douter souvent du bien fondé de ses actes. En ce qui concerne son rapport aux lois, elle est loin de s'y sentir soumise : elle n'a aucun remords à faire du trafic de drogues ou voler dans les magasins. Elle justifie ses actes en accusant les banques de faire pire et en déclarant que "de toute façon la société est tellement pourrie"...

Les **personnes importantes** dans sa vie sont ses amis, elle ne fait pas allusion à des individus précis et ne mentionne pas sa famille. Ses amis sont importants pour elle car avec eux elle peut échanger des idées, se sentir soutenue et en sécurité.

A propos des expériences de **séparation**, elle n'évoque pas de difficulté spécifique. Actuellement elle est en train de se séparer de son ami et à ce propos elle évoque les sentiments de culpabilité que cela provoque en elle.

Habituellement ses relations avec autrui ont tendance à être orageuses, ce qu'elle attribue en partie à la "dope". On perçoit néanmoins chez elle une certaine fragilité

relationnelle : "Je me préoccupe beaucoup trop des gens, de toute façon les gens ils pensent pas à toi...".

Concernant son **humeur**, Nicole pense s'énerver et s'emporter facilement, sans pour autant faire d'authentiques crises de colère. Elle parvient toutefois à contrôler ses sautes d'humeurs puisque cela ne lui arrive pas au travail. Elle ressent souvent des sentiments de vide et d'ennui, même en présence d'autres personnes et son humeur est plutôt labile.

En dehors de la toxicomanie, Nicole présente une **impulsivité** en ce qui concerne des dépenses excessives d'argent.

Son **appréhension de la réalité** peut s'avérer vacillante dans certaines circonstances. Elle a eu en effet l'impression d'entendre des voix au moment de l'endormissement (sans être sous l'effet de drogues), de même que de sentir la présence d'une personne alors que celle-ci n'était pas présente sur les lieux. Elle croit au surnaturel et a des superstitions telles que le sentiment que les morts continuent d'exister, qu'ils sont au courant de ce que nous faisons et qu'ils nous jugent en conséquence.

Le diagnostic de personnalité limite (borderline) n'est pas validé même si trois critères sont présents (impulsivité, instabilité affective et sentiments de vide), on relève également plusieurs critères du trouble schizotypique.

Entretien libre sur la consommation de drogues

L'entretien débute avec une question concernant le **contexte de la dernière prise d'héroïne**. Nicole entre difficilement dans le dialogue, ce qui m'oblige de reformuler et de détailler la question (personnes présentes, état d'esprit). Elle finit par répondre qu'elle consomme toujours dans les mêmes circonstances avec la même personne.

Quant à l'**état d'esprit** dans lequel elle se trouvait, Nicole décrit d'abord de manière générale son instabilité actuelle : "un jour ça va, un jour ça va pas, donc changeant quoi, fatiguant, beaucoup d'efforts pour rien". En l'amenant à décrire son vécu au moment de la prise de drogue, elle relate le **conflit** qui l'habitait entre la tentation de consommer et l'effort pour ne pas céder.

Je cherche ensuite à savoir comment elle comprend son besoin persistant d'héroïne. Elle avoue ne pas bien comprendre son comportement, puis ajoute que pour elle, prendre de l'héroïne ne représente plus un danger depuis qu'elle est en cure. La méthadone lui permet en effet de consommer de l'héroïne avec moins d'effets négatifs au niveau des symptômes de manque, ce qui ne l'aide pas à arrêter, même si elle souhaite terminer rapidement sa cure.

Elle parle ensuite de son besoin de fuir une **réalité professionnelle** qu'elle ressent comme oppressante : "il y a des fois où vous avez envie de déconnecter, puis voilà, parce que c'est planant, parce que voilà. Souvent c'est quand je suis fatiguée, ça me redonne de l'énergie (...) C'est oppressant tout ce qui se passe... Le boulot que je fais, c'est inintéressant... ouais ça fait du bien un moment ailleurs quoi...". Elle prend habituellement sa dose d'héroïne durant la pause de midi, ce qui ne l'empêche pas de travailler et l'aide à supporter son activité.

Lorsqu'elle a pris de l'héroïne, elle ne pense plus à consommer pendant quelques

jours, puis l'**obsession** revient et ne la lâche plus jusqu'à ce qu'elle en reprenne. Il s'ensuit des sentiments de **culpabilité** d'avoir cédé ainsi qu'un malaise face aux soignants qui apprennent ses consommations par les analyses d'urine.

En ce qui concerne le rôle de la personne avec qui elle consomme régulièrement, Nicole fait état de l'amitié qu'elle éprouve à son égard et des intérêts communs qui les unissent. Elle mentionne le **conflit** qui l'habite, à savoir entre son désir de voir cette personne qu'elle apprécie, mais avec qui elle consomme systématiquement, et sa volonté de ne plus prendre d'héroïne. Ceci l'amène parfois à renoncer à lui rendre visite.

Nicole se refuse à penser que l'héroïne viendrait **compenser** quelque chose qu'elle n'obtient pas dans la relation avec cette personne et considère ces consommations en commun comme un moment de **récréation** au même titre qu'une sortie au cinéma : "J'estime que j'ai lutté, enfin lutté, je veux dire on bosse ! On s'emm... (...) on se lève et tout, j'estime qu'il faut une petite récompense". Nicole souligne ensuite les efforts qu'elle a faits depuis le début de sa cure, puisqu'elle pense être parvenue à couper les ponts avec la quasi-totalité des usagers de drogues qu'elle côtoyait au paravent.

Je lui communique mon sentiment que les prises d'héroïne constituent pour elle une **fuite des frustrations** de la vie de tous les jours. Elle associe sur son incapacité à décider de ne plus en reprendre : "J'arrive pas à dire "plus jamais", dans ma tête c'est pas concevable de me dire que plus jamais j'en prendrais". Pour l'instant, elle s'accorde la possibilité d'en prendre occasionnellement.

Vient ensuite dans son discours une raison de consommer qui jusqu'alors n'avait pas été mentionnée et qui met en jeu le **corps**. Il s'agit de maux de dos très fréquents, qu'elle peut totalement soulager en prenant de l'héroïne, même si cela doit se traduire par une plus grande souffrance le lendemain, une fois la sensation d'anesthésie disparue.

Suite à une question sur le contexte relationnel des prises d'héroïne, Nicole oppose ses consommations actuelles axées sur une recherche de convivialité à celles d'avant la cure caractérisées par le besoin et la nécessité de se procurer le produit.

Nicole revient ensuite sur son refus de renoncer à voir la personne avec qui elle consomme en raison de la bonne entente qui les unit. Puis elle préfère faire comme si le problème n'existe pas réellement : "moi je vois pas où est le problème... de temps en temps, comme ça, je trouve pas que ça soit un grand problème. Mais il faut que ça passe".

Lorsque je demande à Nicole si elle cherche à **éviter des sentiments désagréables** à travers la prise d'héroïne, elle n'entre pas en matière quant à une implication quelconque de sa vie intérieure. Elle répond en trouvant la cause de son comportement à l'extérieur d'elle-même, en invoquant la monotonie de la société et des gens qui la constituent.

Vient ensuite une série de plaintes concernant sa cure : l'impression d'être considérée comme une malade et les venues fréquentes au centre. Nicole se rend compte néanmoins que tant qu'elle consommera elle devra supporter les contraintes de la cure.

Je propose ensuite l'idée qu'elle cherche à changer ce monde qu'elle trouve

monotone en modifiant son vécu intérieur grâce au produit, et qu'ainsi règne une certaine confusion entre ce qui est en elle et ce qui appartient au monde extérieur. Elle accepte cette idée en soulignant la confusion permanente qui la caractérise, puis elle relativise l'idée de vouloir changer le monde extérieur en prenant de l'héroïne et préfère parler d'une prise de distance face aux événements. Puis comme pour conclure elle mentionne sa difficulté à comprendre ce qui lui arrive : "Puis je me pose même pas de questions, c'est ça le pire, je veux dire..."

Résumé et commentaires

On trouve les prémisses de l'instabilité socioprofessionnelle de Nicole dès le début de son adolescence. Une constellation de comportements déviants la caractérisait alors, avec notamment des consommations de toxiques précoces et des problèmes de comportement à l'école. Elle n'a toutefois pas connu de gros problèmes avec la justice et a terminé ses études avec un diplôme professionnel. Sans pour autant être très impliquée dans le monde de la drogue, elle continue à adopter certains comportements prohibés tels que le vol dans les magasins et la vente de drogue.

Sa toxicomanie est importante puisqu'elle met en jeu des abus multiples de plusieurs substances : prioritairement héroïne, alcool, cannabis et secondairement cocaïne, médicamente.

En ce qui concerne sa psychopathologie, on relève un trouble des conduites déjà présent avant l'âge de 15 ans. Par ailleurs, certains comportements à tendance antisociale ont persisté jusqu'à aujourd'hui. Nicole souffre actuellement d'un **trouble léger de l'humeur** se caractérisant par une labilité affective et des sentiments de vide fréquents. Des **expériences perceptives inhabituelles** survenues sans être sous l'effet de drogues, de même qu'une pensée magique révèlent un trouble de l'épreuve de réalité.

L'entretien libre sur les prises de drogues présente des particularités au niveau de la forme du discours. La difficulté à entrer dans la discussion et certaines incompréhensions évoquent une crainte d'entrer en relation avec un interlocuteur perçu inconsciemment comme un objet persécuteur.

Relevons également que tout au long de l'entretien, Nicole éprouve une **difficulté à donner un sens à sa toxicomanie**. Elle montre une certaine perplexité face à ses actes, voire une certaine impuissance.

Lorsqu'elle parvient à trouver une raison pour ses consommations, c'est pour évoquer le tracas de la vie quotidienne. Affronter celle-ci semble constituer une lutte permanente pour Nicole. L'importance disproportionnée donnée aux petites frustrations de la vie de tous les jours (se lever le matin, travailler, etc.) de même que la perception de son activité professionnelle comme "oppressante" sans motif apparent, évoquent une fois encore la **coloration persécutoire de sa vision du monde**.

C'est néanmoins sur la base de ce vécu du quotidien qu'elle revendique son droit à une "récompense", et qu'elle n'envisage pas actuellement de renoncer à ces "moments de récréation".

Au cours de l'entretien survient presque par hasard, un **motif d'ordre somatique**

pour expliquer les consommations : des maux de dos permanents. Ces somatisations douloureuses vont dans le sens d'une faille de la mentalisation.

Une telle faille apparaît de manière massive dans son impossibilité à accéder aux éléments de sa vie intérieure qui pourraient jouer un rôle dans sa toxicomanie. Lorsqu'il est fait appel dans l'entretien à ce regard intérieur, Nicole accuse la société et les gens de monotonie. La massivité de la projection évoque la défaillance de l'appareil psychique dans sa fonction de délimitation des réalités interne et externe.

La problématique de Nicole repose sur un fonctionnement psychique de type psychotique qui se traduit par un trouble tant du rapport au **corps** (somatisations) que du rapport au **social** (tendances antisociales).

Cas 4 : Pierre

Données personnelles, relationnelles et socio-économiques

Pierre est âgé de 24 ans, mince, de taille moyenne, il porte des cheveux longs qui lui donnent un air juvénile. Il s'exprime volontiers et participe activement aux entretiens.

Il est célibataire, vit seul et n'a pas de partenaire fixe. Il effectue un apprentissage dans le cadre d'une réadaptation professionnelle et n'a actuellement plus de dettes.

Pierre est considéré comme instable professionnellement dans la mesure où il n'a jamais travaillé plus de 18 mois au même endroit.

Antécédents scolaires et professionnels

Pierre a eu une scolarité difficile qu'il a interrompue prématurément à la fin du huitième degré, en raisons de gros problèmes de comportement et de désintérêt pour l'école.

Il a entrepris ensuite deux formations qu'il a interrompues, puis a occupé divers emplois notamment dans la manutention et la cuisine.

Antécédents judiciaires

Etant encore mineur, Pierre a été condamné par le tribunal de la jeunesse à séjourner quelques jours en maison d'éducation. A l'âge adulte il a été incarcéré à deux reprises pour trafic de stupéfiants.

Toxicomanie

Pierre a débuté une consommation de tabac à l'âge de 12 ans. Il a fait ses premières expériences avec le cannabis à 14 ans et avec l'héroïne à 15 ans. A 17 ans il passe aux injections et devient dépendant quelques mois plus tard. Dès 16 ans il consomme de l'alcool en abus sans que cela ne devienne une dépendance.

A 19 ans il fait une première cure de méthadone de quelques mois. Il commence sa cure actuelle à 21 ans, durant celle-ci il connaîtra une période d'alcoolisme de six mois consommant jusqu'à quatre litres de bière quotidiennement.

La consommation actuelle de psychotropes concerne essentiellement les abus d'alcool, les prises d'héroïne (entre deux et trois injections par mois) et la consommation quotidienne de cannabis.

Psychopathologie

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques connus chez les parents.

L'anamnèse psychiatrique atteste d'un trouble des conduites dès avant l'âge de 15 ans par la présence de différents comportements déviants (école buissonnière, fugues, vol).

Pierre a par ailleurs fait une overdose avec hospitalisation mais n'a jamais commis de véritable tentative de suicide. Il n'a pas connu d'hospitalisation psychiatrique et ne reçoit pas de médication psychotrope. Durant les courts passages dépressifs qu'il peut traverser, il n'a pas d'idées suicidaires.

Le questionnaire de dépression montre une absence d'humeur dépressive (6 items positifs sur 52, la moyenne pour la population générale étant de 9,57).

Seule l'échelle limite (borderline) du MMPI dépasse le seuil pathologique (70,2), même si les échelles psychasthénie (69,5) et schizophrénie (67,2) n'en sont pas loin.

Entretien structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité

Pierre se décrit comme quelqu'un d'ouvert, de tolérant, au caractère agréable. Il estime que son manque de volonté disparaît progressivement.

Bien que se sentant capable de maintenir des **objectifs de vie** fixes, il pense n'avoir pas encore trouvé sa voie. Il souhaite pour son avenir exercer une profession intéressante, ainsi que : "être en bonne santé, être heureux, rencontrer l'amour, voyager énormément". Il souhaite voyager avant tout pour le plaisir et pour satisfaire sa curiosité.

Si Pierre pense ne pas avoir de difficultés à distinguer le bien du mal, il se sent réfractaire à adopter la **morale** liée au respect des lois : "La morale au niveau de l'état, des choses qu'on doit faire et qu'on doit pas faire, je m'en soucie peu. Je déciderai plutôt moi de ce qui est bon et pas bon". Il se sentira par exemple peu concerné par un interdit tel que voler dans un magasin.

Les **personnes importantes** dans sa vie sont les membres de sa famille et deux ou trois amis. Il considère ces personnes comme importantes en raison de l'amour qu'il leur porte, du crédit qu'il donne à leurs avis et du plaisir qu'il a de partager des activités avec elles.

Pierre n'a actuellement pas de partenaire et n'a jamais eu de relation suivie avec une fille. Il dit n'être jamais tombé amoureux et donc n'avoir pas connu de rupture difficile.

Habituellement ses relations sont peu conflictuelles sauf avec sa mère, avec laquelle les disputes sont fréquentes.

Avec des personnes inconnues, Pierre peut se sentir nerveux par crainte de ne pas être à la hauteur. Mais globalement il est à l'aise dans les relations.

Au niveau de son **humeur**, Pierre s'énerve rarement et se met quasiment jamais en colère. Par contre, il ressent assez souvent des sentiments de vide et d'ennui, même s'il pense que cela va en diminuant. Comme remède à l'ennui, il regarde la télévision ou fait du sport. Il associe sur ce sentiment de vide avec l'absence de partenaire et la solitude qui peut en découler, bien qu'il apprécie d'être seul dans certaines circonstances.

Parmi les caractéristiques liées à l'**impulsivité**, on trouve chez Pierre les relations sexuelles occasionnelles, les dépenses d'argent excessives, des épisodes de gloutonnerie avec des aliments sucrés et le vol. Il n'a pas d'impulsions suicidaires ni de conduites de risque évidentes.

Son **appréhension de la réalité** est adéquate, il n'a jamais vécu d'épisode hallucinatoire ou de déréalisation.

Plusieurs critères diagnostiques du trouble limite (borderline) de la personnalité sont donc présents (impulsivité, instabilité affective⁴⁶⁶, perturbation de l'identité et sentiments de vide), mais il en aurait fallu un de plus pour poser le diagnostic.

Entretien libre sur la consommation de drogues

Pierre débute l'entretien en exprimant un **désir de changement ambivalent**. D'un côté il souhaite abandonner les prises de drogues et le style de vie qui l'accompagne, alors que d'un autre côté il ne se sent pas la force d'y renoncer définitivement.

Ensuite Pierre relate les circonstances de sa dernière prise d'héroïne : "vendredi passé je m'emmerdais, je suis redescendu en ville pour voir des gens, et puis comme ça faisait des années qu'en allant là-bas... Ça a été en fait comme une sorte de réflexe, parce que je savais pas quoi faire..." Avec ces premières paroles Pierre nous livre d'emblée l'**essentiel de sa problématique**. La suite de l'entretien ne fera que reprendre chacun des thèmes contenus dans cette citation. Pierre évoque ensuite les **activités substitutives** qu'il tente d'entreprendre lorsque l'envie de consommer le prend.

Je lui fais préciser la nature des sentiments vécus dans la situation relatée. Il accepte les qualificatifs de sentiments de vide et d'ennui et ajoute celui de **solitude**.

Pierre complète la scène évoquée en expliquant qu'il s'est rendu sur un lieu de vente de drogues pour rencontrer des gens et qu'une fois sur place il a cédé à un "**automatisme irréfléchi**". De retour chez lui et après avoir consommé le produit, il s'est senti encore plus mal, se reprochant d'avoir cédé. Il oppose ce genre de situations avec celles où il parvient à ne pas consommer et souligne combien alors il se sent mieux pour le restant de la soirée.

C'est donc essentiellement lorsqu'il vit des états affectifs liés à la solitude que Pierre consomme. Il explique qu'auparavant lorsqu'il se trouvait sans activité durant un week-end, il passait son temps à regarder la télévision, ce qu'il se refuse de faire maintenant : "Ce qui fait que je me retrouve seul, je sais pas vraiment quoi faire, alors automatiquement ben je vais faire ce que j'ai fait le plus souvent ces dernières années,

⁴⁶⁶

On serait tenter de valider également le critère de l'instabilité relationnelle, toutefois celle-ci doit être accompagnée d'un excès exprimé avec intensité dans les relations ce qui n'est pas le cas chez Pierre.

c'est à dire... ben me shooter quoi."

Afin de mettre en évidence les **bénéfices** liés à ce fonctionnement "en vase clos" avec l'héroïne, je demande à Pierre s'il n'y a pas un côté de lui-même qui recherche en quelque sorte une forme d'**autosuffisance** dans la prise de drogues. Pierre n'adhère pas à cette proposition, car l'état dans lequel il se trouve après avoir consommé le produit n'est pas du tout satisfaisant. Non seulement cet état ne lui procure aucun bien-être car il ressent à peine les effets du produit (en raison de son dosage de méthadone), mais encore il se sent plus mal après la prise car il regrette son acte, notamment à l'idée d'avoir gaspillé son argent. Les bénéfices qu'il décrit semblent se limiter au fait que la recherche et l'achat du produit lui fournissent une activité qui occupe son temps durant un moment.

Je souligne que durant ces moments de solitude il ne sait pas vraiment ce dont il a besoin, ce qui lui manque. Effectivement, dans ces moments il se dit perdu, ne sachant pas ce qu'il lui faut. En renouvelant la question, il parvient toutefois à préciser l'**objet de son désir** : "Une copine ou une relation... ouais, un copain ou une copine, quelqu'un avec qui causer, avec qui faire quelque chose, je veux dire arriver à se motiver l'un l'autre."

Quant à savoir comment il se fait qu'il **court-circuite ce désir** en lui substituant le besoin du produit, Pierre explique qu'à travers la recherche de drogues il rencontre des gens avec lesquels se passe tout un échange social avant l'achat.

Pierre décrit ensuite des états d'**égarement** qui surviennent lorsqu'il n'a plus aucune idée de ce qu'il cherche : "être complètement paumé, de plus savoir ce que je veux faire... me dire je vais au cinéma ?, je vais manger ?, puis je fais rien quoi, puis je suis là, au milieu de la ville et puis perdu quoi. Bon ça m'arrive rarement de... d'être comme ça dans cet état, de plus savoir ce que je veux faire, puis d'arriver à rien faire, alors en général je remonte chez moi, soit je mets de la musique ou soit j'allume la télé (...) parce que ça me fait une compagnie".

Je lui fais remarquer que dans ces moments il semble ne plus avoir à l'esprit les personnes qui lui manquent. Il trouve cette remarque juste et ajoute qu'il a peu de connaissances et qu'elles sont souvent occupées dans ces moments. Il reprend ensuite ma proposition antérieure pour dire que dans ces moments il remplace les copains par la poudre. Il fait suivre cet effort de mentalisation par l'aveu qu'il ne s'est jamais vraiment posé toutes ces questions...

Il enchaîne en mentionnant qu'il n'apprécie plus l'état de passivité qui suit les prises de drogues et qu'il lui faut trouver "un autre palliatif". Le sport lui offre une solution mais il se rend compte que ce n'est pas suffisant.

Je lui demande si le fait de nouer une **relation profonde** avec quelqu'un ne représente pas pour lui un danger. Pierre avoue que cela ne lui est jamais réellement arrivé et que ce qu'il appréhende surtout c'est de faire le premier pas, mais aussi de s'affronter à une pareille inconnue. Il en vient ensuite à parler de son **ambivalence** quant à établir une telle relation, d'une part il tient à son indépendance et d'autre part il souhaite nouer une relation satisfaisante. Il perçoit néanmoins que ce souhait est teinté d'une crainte. Peur de l'inconnu et "peur de ne pas être à la hauteur à la rigueur, de ne pas avoir assez à offrir à l'autre personne".

Je souligne qu'en prenant de l'héroïne il y a peut-être une tentative d'éviter la **déception** inhérente à l'éventuel refus de l'autre à répondre à la demande et qu'en gardant cette union avec le produit Pierre n'a pas encore renoncé à vivre l'illusion de se passer de l'autre pour accéder à la satisfaction. Après quelques résistances, Pierre accepte cette remarque en relevant toutes les craintes qu'il peut avoir face à l'idée d'établir une véritable relation.

L'entretien se termine sur une touche positive, il mentionne que les cours qu'il a entrepris se passent bien : "J'ai comme but d'y arriver et puis de rencontrer la personne qu'il me faudra quoi, alors je sais pas quand est-ce que ça arrivera, et puis voilà quoi..."

Résumé et commentaires

Pierre semble se situer à un carrefour dans sa trajectoire, on perçoit chez lui une certaine insatisfaction à adopter le style de vie lié au milieu de la drogue, bien que son passé l'y rattache fortement. C'est pourquoi il s'est décidé à entreprendre une réadaptation professionnelle afin de trouver sa place dans la société conventionnelle.

Son parcours biographique révèle dès le début de l'adolescence une déviance importante avec usage précoce de toxiques (tabac dès 12 ans), interruption prématuée du cursus scolaire, fugues et délinquance. Par la suite, il n'a pas pu terminer les formations débutées et a continué d'avoir des problèmes avec la justice.

Ses consommations de psychotropes sont importantes, il s'injecte de l'héroïne plusieurs fois par mois, fume quotidiennement du cannabis et abuse parfois de l'alcool.

Concernant les éléments de psychopathologie, on relève un trouble des conduites déjà présent avant l'âge de 15 ans. Certains comportements antisociaux se sont maintenus jusqu'à l'âge adulte avec notamment le vol à l'étalage. On relève encore une impulsivité importante, un trouble léger de l'humeur, une identité instable et des difficultés relationnelles qui évoquent un trouble limite de la personnalité de faible intensité.

La compréhension des prises de drogues est assez claire pour Pierre, il consomme pour **fuir des sentiments de solitude** qui surviennent dans des contextes d'inactivité et d'ennui. La dimension relationnelle de la recherche du produit joue un rôle presque plus important pour Pierre que la consommation en elle-même.

Le fonctionnement psychique de Pierre se caractérise par une **fragilité narcissique** et une **inconsistance des objets internes**. Cette précarité des objets internes qui les rend si peu disponibles est à l'origine des moments d'égarement qu'il peut vivre où il se trouve confronté à des pulsions sans objets. De manière moins spectaculaire, un tel mécanisme est également présent dans le choix d'un toxique au détriment d'une personne pour satisfaire la pulsion. L'objet est perçu comme une menace pour le moi en raison de la dépendance qu'il peut induire, c'est pourquoi le refuge dans la drogue est recherché avec à la clé l'illusion de retrouver un objet totalement gratifiant.

2.3. Synthèse des observations cliniques

Les quatre situations cliniques qui viennent d'être analysées, bien que très différentes les unes des autres, sont représentatives de la population des héroïnomanes en cure de

méthadone. Il s'agit de deux groupes contrastés de deux patients chacun, les sujets du premier groupe se caractérisant vis-à-vis de ceux du second groupe par une gravité moindre au niveau de la toxicomanie, de la psychopathologie et de l'instabilité professionnelle. Malgré cette catégorisation, les situations rencontrées sont très diverses tant au niveau de l'insertion socioprofessionnelle, de l'appartenance au milieu de la drogue que de la psychopathologie, ce qui fait de la toxicomanie un phénomène complexe et non unitaire.

Cette synthèse des observations cliniques récapitulera dans un premier temps les **raisons** des prises de toxiques telles que les patients les ont exprimées dans les entretiens libres. Dans un second temps, nous nous attacherons à faire le point sur la place de la **psychopathologie** et de la souffrance psychique dans les conduites de prises de drogues. Nous nous pencherons dans un troisième temps sur la question de l'**intégration sociale** des sujets investigués, à savoir leurs positions face à la société conventionnelle et à la communauté des usagers de drogues, telle que celles-ci transparaissent de leurs dires.

Effectuons, pour commencer, un rapide survol des différentes **raisons** invoquées par les patients pour expliquer leur addiction :

Gérard : accent sur l'**inactivité**⁴⁶⁷, l'ennui, le manque de motivation à entreprendre, la diminution de l'appétit relationnel (repli narcissique) et les déclencheurs extérieurs, tels que les personnes qui proposent le produit ;

Anne : dosage de méthadone insuffisant (explication psychopharmacologique), influence du partenaire qui consomme, **apaiser un malaise intérieur (automédication)**, supporter une situation de stress (examens), calmer l'angoisse liée à une exigence interne de réussite (pression de l'Idéal du moi) ;

Nicole : **fuir les tracas quotidiens vécus comme oppressants (vécu persécutoire du monde extérieur, angoisse à tonalité paranoïde)**, besoin de récompenses (consommation récréative), combattre la fatigue, influence d'une personne avec laquelle elle consomme, calmer des douleurs dorsales ;

Pierre : **combattre des sentiments de vide, d'ennui, de solitude (angoisse anaclitique)**, prétexte pour rencontrer des gens, substitution du toxique aux relations (évitement de la menace narcissique d'une véritable relation d'objet).

Ce rappel des principaux éléments de la compréhension subjective des prises de drogues nous montre que les raisons mentionnées sont multiples. Les sujets peuvent évoquer un nombre restreint ou élevé de raisons touchant à des domaines très variés (psychopharmacologique, somatique, psychique, relationnel et social).

Venons en maintenant aux raisons mentionnées par les patients qui peuvent être

⁴⁶⁷ La raison principale est mise en gras.

rattachées à une souffrance psychique voire à une **psychopathologie**⁴⁶⁸. Cet aspect est

complexe car nous combinons ici deux approches ; l'approche quantitative qui nous a permis de classer nos quatre sujets en deux groupes avec ou sans psychopathologie et l'approche qualitative basée sur le discours du sujet et son interprétation. Du point de vue clinique, les éléments psychopathologiques se sont avérés très variés, puisque nous avons été confrontés à une structure psychotique, des traits narcissiques et borderline et des troubles de l'humeur.

Ainsi, deux patients reconnaissent clairement une **souffrance psychique** à l'origine de leurs prises de toxiques. Il s'agit de Pierre qui lutte contre des sentiments d'abandon et de Anne qui cherche à apaiser une anxiété diffuse. Or ces deux sujets ont été évalués respectivement avec et sans psychopathologie, ce qui montre que la fonction d'**automédication** d'une souffrance psychique que peut avoir la toxicomanie est relativement indépendante de la présence d'une psychopathologie avérée (ce qui corrobore l'analyse quantitative⁴⁶⁹).

Cette fonction d'automédication, que l'on attribue généralement à la toxicomanie de ceux qui souffrent de troubles psychiques, est par ailleurs le plus clairement explicitée chez un sujet (Anne) considéré sans psychopathologie selon l'analyse quantitative⁴⁷⁰.

C'est pourquoi nous considérons que la fonction d'automédication dépasse le cadre de la psychopathologie stricto sensu et concerne également des souffrances psychiques de moindre gravité.

Abordons maintenant la question du lien de la psychopathologie avec la toxicomanie lorsque le patient ne l'explique pas dans son discours.

L'approche psychodynamique du symptôme toxicomaniacal est particulièrement à même d'apporter des éléments de réponse à une telle question, puisqu'elle s'intéresse justement aux **motivations inconscientes** qui sous-tendent la conduite addictive.

C'est alors la place du symptôme dans une structure de personnalité donnée qu'on envisage. De ce point de vue, la toxicomanie peut être considérée comme un moyen de réguler l'économie psychique ; la prise de toxiques venant soutenir une organisation défensive qui ne parvient pas à contenir l'angoisse, quelle que soit la nature de celle-ci⁴⁷¹.

⁴⁶⁸ Nous utilisons les termes de souffrance psychique et de psychopathologie pour nous référer respectivement aux aspects subjectifs et objectifs des troubles psychiques.

⁴⁶⁹ En effet, la variable troubles dépressifs récents (même légers) est une des rares variables psychopathologiques à correler avec la toxicomanie.

⁴⁷⁰ Certes le test de personnalité peut n'avoir pas identifié correctement la psychopathologie de cette patiente et il s'agirait alors d'un faux négatif, mais au vu de l'ensemble du tableau clinique la catégorisation donnée par le test nous paraît juste. De plus, l'anxiété dont Anne souffre n'est pas d'une intensité suffisante pour satisfaire les critères DSM-III-R du trouble anxieux.

⁴⁷¹ On serait tenté de faire une équivalence entre l'archaïsme de l'angoisse en jeu et la gravité de la psychopathologie objective (évaluée par autoquestionnaire). Or il y a là un saut épistémologique qui ne permet pas de réaliser cette correspondance, car l'on sait par exemple qu'une structure de personnalité psychotique dont le type d'angoisse est très archaïque peut tout à fait être dépourvue de psychopathologie manifeste.

Le cas de Nicole est à cet égard exemplaire puisqu'une psychopathologie (de type psychotique avec troubles dépressifs) a pu être objectivée par différents moyens (test de personnalité, entretiens cliniques) sans que l'on ne retrouve réellement dans son discours d'éléments évocateurs de tentatives d'automédication d'une souffrance psychique⁴⁷².

Il y a dès lors deux explications possibles : soit les deux phénomènes sont indépendants, la toxicomanie résultant d'autres facteurs (psychosociaux, sous-culturels) que celui de la psychopathologie ; soit le lien entre les deux phénomènes existe mais se trouve en dehors du champ de conscience du sujet. Si les résultats de notre analyse quantitative exposés antérieurement plaident pour la première explication, le sens clinique du praticien penche souvent en faveur de la seconde.

A côté de l'approche psychodynamique qui envisage une signification inconsciente au symptôme telle que nous l'avons explicité plus haut, l'approche psychiatrique défend la thèse de la **vulnérabilité au stress** pour rendre compte du lien entre psychopathologie et toxicomanie. La fragilité psychique du patient psychiatrique et ses mécanismes de *coping* déficients le prédisposent à recourir aux artifices chimiques pour faire face au stress⁴⁷³, même s'il n'a pas une conscience claire de cette tentative d'automédication.

Si la vulnérabilité au stress chez Nicole est sans conteste élevée comme le montre sa sensibilité aux désagréments de la vie quotidienne, il reste cependant difficile d'apprécier dans quelle mesure ses troubles psychiques contribuent à sa toxicomanie.

Après avoir passé en revue divers aspects de la psychopathologie qui se rattachent aux prises de toxiques, venons en au dernier volet de notre synthèse : **l'intégration sociale**.

Le tableau suivant résume les caractéristiques de l'intégration sociale des quatre patients présentés, y figure la force des liens pour nos deux axes d'analyse :

Tableau 6. Caractéristiques de l'intégration sociale des quatre cas cliniques

⁴⁷² Si son utilisation de l'héroïne pour soulager des mots de dos concerne la sphère somatique, une analyse plus approfondie, que les limites de notre travail ne nous permettent pas de faire ici, pourrait mettre en relation ce symptôme avec sa psychopathologie. Il a en effet été décrit des symptômes de plaintes somatiques (*bodily complaints*) chez des sujets à risque d'évolution schizophrénique.

⁴⁷³ Ceci explique la prévalence élevée des dépendances à une substance parmi les schizophrènes. On peut donc imaginer un effet de seuil ; jusqu'à un certain degré de psychopathologie (qui inclue notre population), il y aurait peu de lien entre toxicomanie et troubles psychiques et au delà de ce seuil (dans une population de schizophrènes par exemple), le stress de la psychopathologie induirait un recours aux toxiques significativement plus fréquent.

Aspects de l'intégration sociale	Gérard (CM)	Anne (CM)	Nicole (GC)	Pierre (GC)
Liens avec la société conventionnelle	+	+	+/-	-
Liens avec la sous-culture drogue	-	+	+/-	+
Intégration économique	+	+	+/-	-
Intégration relationnelle	+/-	+	+/-	-

CM: Consommateurs moyens ; GC: Gros consommateurs. +: liens forts ; -: liens faibles ; +/-: liens de force moyenne

En ce qui concerne l'axe des liens avec la **société conventionnelle** versus la **communauté déviant**e, le discours des sujets révèle que chez trois⁴⁷⁴ d'entre eux existe une ambivalence manifeste face à l'idée d'appartenir à la société conventionnelle, ce qui laisse présumer d'une **identité déviant**e encore bien présente. Sur le tableau 6 ces trois sujets se caractérisent par des liens forts ou moyens avec la sous-culture drogue.

Chez eux les mouvements d'intégration sociale par le biais d'une recherche d'emploi, d'un projet de formation ou de réadaptation professionnelle, se doublent d'une tendance inverse, plus ou moins marquée, à la désinsertion sociale à travers la condamnation et le refus des valeurs même (sécurité, rentabilité, honnêteté) qui sous-tendent le travail.

La conscience d'une **conflictualité d'appartenances** est particulièrement aiguë chez Anne, ce qui n'est pas le cas chez Pierre et Nicole. Quant à Gérard, il se différencie des trois autres patients dans la mesure où l'appartenance au groupe des usagers est peu présente dans son discours, il se montre surtout préoccupé par ses liens avec la société conventionnelle (retrouver un emploi, cacher son habitude toxicomaniacale). Il insiste en effet sur ce qui permet le contrôle (social) de sa toxicomanie, en mentionnant le fait d'avoir une activité et la crainte d'être découvert comme étant sous l'influence d'une drogue. Ses liens avec la société conventionnelle sont donc bien présents.

Lorsqu'on envisage la fréquence d'apparition du thème relatif au monde du travail dans les entretiens libres, on constate que celui-ci est très inégalement représenté dans le discours des quatre patients⁴⁷⁵. Omniprésent chez l'un (Gérard) qui insiste sur l'aide au contrôle de la toxicomanie que procure une activité professionnelle, il est absent du discours chez un autre (Pierre) qui se centre sur son vécu d'isolement. Chez les deux autres patientes, le travail est vécu soit comme une source de frustrations que l'héroïne aide à supporter (Nicole), soit comme une possibilité à la fois d'aliénation et de réalisation

⁴⁷⁴ Anne, Nicole et Pierre.

⁴⁷⁵ En contrepartie, dans les entretiens structurés, à la question des objectifs de vie, tous ont mentionné le fait d'avoir un emploi.

personnelle (Anne). Il en découle que seuls les deux sujets du premier groupe (Gérard et Anne, consommateurs moyens) ont une vision positive du travail, ce qui est congruent avec le fait qu'ils aient été évalués comme stables professionnellement.

Relevons que les deux sujets du premier groupe (Pierre et Nicole, gros consommateurs) se différencient des deux autres non seulement par leurs antécédents de déviance scolaire et leur toxicomanie actuelle importante mais aussi par leur façon très ouverte de revendiquer l'exercice d'activités antisociales (vol, commerce de stupéfiants) et de se sentir au-dessus des lois. Ceci renvoie à la faiblesse des liens avec le monde conventionnel, ce qui limite le rôle du **contrôle social**.

Quant à l'incitation à consommer des psychotropes que représentent les liens avec le milieu de la drogue, la plupart des patients y font allusion. Ils considèrent en effet le fait de côtoyer des consommateurs, de même que d'avoir un(e) partenaire toxicomane, comme une source majeure d'influence. Toutefois, ce qui fait l'efficacité de ce mécanisme d'influence interpersonnel n'apparaît pas dans leur discours, à savoir la force du lien social et du **sentiment d'appartenance** au groupe des usagers constitutif de l'identité déviante, qui constraint le sujet à adopter le comportement de ses pairs, faute de quoi il se sentira déloyal et risquera de se faire rejeter par son groupe⁴⁷⁶. Relevons encore que sur ce mécanisme d'influence interpersonnel il y a une forte concordance entre l'analyse qualitative et quantitative, puisque celle-ci a montré que les gros consommateurs avaient plus souvent des personnes toxicomanes dans leur entourage.

Venons en maintenant à notre axe d'analyse centré sur les dimensions économique et relationnelle de l'intégration sociale. L'**intégration économique**, en ce qui concerne principalement la vie professionnelle, peut être considérée comme satisfaisante chez Anne qui possède un bagage culturel notable, qu'elle est de plus en train d'améliorer. Bien que Gérard ait été catégorisé comme stable professionnellement, ses périodes intermittentes de chômage le place dans une situation limite. Il n'est toutefois pas à risque de désinsertion professionnelle car il possède, tout comme Anne, de l'expérience et un diplôme.

Il en va différemment de Pierre, sans formation, qui a connu une forte instabilité professionnelle. De même, Nicole, bien que possédant un diplôme et ayant remboursé la majeure partie de ses dettes, n'arrive pas à rester longtemps dans la même place, pour des raisons qui ne doivent pas être étrangères à sa psychopathologie.

Quant à l'**intégration relationnelle**, si on peut la considérer comme problématique chez trois des quatre patients⁴⁷⁷, c'est surtout chez Pierre qu'elle est manifestement déficiente. Il est par ailleurs le seul à se plaindre de son isolement et relie ses sentiments de solitude à son besoin de recourir aux drogues. Sa difficulté à établir des relations significatives, notamment avec le sexe opposé, est effectivement au cœur de sa problématique.

⁴⁷⁶ Ce mécanisme est pourtant bien connu des buveurs d'alcool, puisque dans certains milieux le fait de refuser un verre représente une insulte envers celui qui l'offre et entraîne la désapprobation générale du groupe.

⁴⁷⁷ Gérard, Nicole et Pierre.

L'isolement a un caractère moins subi chez Gérard qui dit rechercher la solitude, même s'il y a quelques années elle lui était insupportable. Ses traits narcissiques donnent un caractère utilitaire et peu réciproque à ses relations qui ne peuvent que se traduire par des liens fragiles.

Quant à Nicole, la tonalité persécutoire de son rapport au monde l'amène à vivre son environnement relationnel comme constitué d'individus égoïstes dont il est préférable de ne rien attendre. Elle cherche de plus à prendre ses distances avec le milieu de la drogue en interrompant les relations avec les usagers de substances illicites. Sa famille est par ailleurs absente des personnes considérées comme importantes dans sa vie, ce qui renvoie à une faille majeure des images identificatoires. Malgré cette fragilité des relations d'objet, Nicole n'est pas isolée socialement ; la drogue servant chez elle de **médiateur relationnel** qui vient colmater son rapport à l'autre déficient.

Parmi les patients évalués les difficultés relationnelles ne sont pas toujours mises en lien de manière explicite avec la toxicomanie. Néanmoins, lorsqu'elles ne le sont pas, c'est souvent parce que la drogue vient masquer et dans une certaine mesure pallie ce type de problème. Le produit fonctionne alors comme un **médiateur relationnel**, en redonnant au rapport à l'autre un caractère non menaçant tant par le biais de l'effet chimique du produit que par l'instauration d'un sentiment d'appartenance à la communauté des usagers de drogues. Appartenance qui place l'individu dans une position ambivalente et hésitante face à l'idée de s'intégrer dans la société et d'y trouver sa place, puisque celle-ci est porteuse de valeurs qui s'opposent à celles de la sous-culture drogue.

En résumé, les thèmes relatifs à l'intégration sociale sont bien présents dans le discours des patients. En ce qui concerne les dimensions économique et relationnelle, certains ont en effet mentionné parmi les raisons du recours aux drogues, le rôle de l'inactivité professionnelle et de l'isolement social. De plus, le thème de l'exposition aux usagers de drogues comme incitation à la consommation est apparu fréquemment, soulignant par-là l'importance des liens et du sentiment d'appartenance au milieu de la drogue.

CONCLUSION

1. Résumé du développement et rappel de la problématique

Arrivé au terme de ce travail, nous allons rappeler brièvement notre problématique afin de la confronter aux apports des différents chapitres.

Le but de notre travail a consisté à mettre en évidence le rôle de la psychopathologie et de l'intégration sociale dans les conduites toxicomaniaques. Celles-ci ont été abordées sous deux angles théoriques mis en perspective ; une approche psychiatrique qui fait d'elles un **trouble psychique** et une approche socio-anthropologique qui voit dans la toxicomanie une **pratique socioculturelle déviant**e.

La question centrale visait donc entre autre à déterminer lequel de ces deux modèles théoriques était le plus à même de rendre compte des abus de drogues. Il ne s'agissait pas bien entendu de nier la multidimensionnalité du phénomène ou de vouloir en réduire la complexité, mais plutôt de cerner les limites du modèle médical en le confrontant à des champs de savoir d'un usage moins courants dans le domaine de la prise en soins des usagers de drogues.

L'idée principale consistait à envisager la dimension sous-culturelle de la toxicomanie

comme plus fondamentale que la dimension psychopathologique. C'est pourquoi nous avons principalement développé notre problématique autour de la notion d'**intégration sociale**, envisagée sous deux aspects.

Un premier aspect concerne un processus unique où l'intégration et l'**exclusion sociale** en constituent les deux pôles. Ce processus de désinsertion sociale, tel que certains⁴⁷⁸ l'ont conceptualisé, comporte trois dimensions : relationnelle, économique et symbolique.

Le second aspect touche aux modalités de répartition des liens entre la **communauté déviant**e des usagers de drogues et la **société conventionnelle**. Ces appartenances sociales divergentes mettent en jeu des processus de socialisation opposés qui sont à l'origine de la **bipolarité identitaire** déviant et conforme de l'usager de drogues. Le degré de conflictualité de ces appartenances antagonistes dépend de la capacité du sujet à s'adapter à des systèmes normatifs contradictoires.

Nous avons fait l'hypothèse qu'une **identité sociale déviant**e marquée reflète une forte insertion dans la sous-culture drogue ce qui amènera une consommation de toxiques accrue, de même qu'un risque élevé de désinsertion sociale.

Armé de ces réflexions, passons maintenant en revue les principaux apports de la littérature exposée dans les quatre premiers chapitres qui constituent la première partie de notre travail.

La sous-culture drogue à laquelle nous attachons une importance majeure dans le développement des conduites toxicomaniaques peut être envisagée au niveau de sa genèse comme une **construction sociale**. Notre historique de la naissance de la toxicomanie a montré comment s'est progressivement dessinée l'image du toxicomane actuel. Beaucoup plus que les comportements de prises de drogues eux-mêmes, ce sont avant tous les discours, les attitudes et les prises de positions diverses qui ont façonné et construit ce qui est devenu le problème "drogue".

Les usagers de drogues ont en effet subi dès le XIXe siècle une **disqualification** notable tant au travers de la mise en place de l'hygiène publique qui cherchait à contrôler et modifier certains modes de vie jugés inadéquats, qu'au travers de la théorie de la dégénérescence qui a stigmatisé les abus de toxiques comme mettant en péril la race humaine. De plus au même titre que les noirs et les prolétaires, les usagers de drogues étaient considérés comme des individus inférieurs et dégénérés aux moeurs dissolues. La construction alarmiste d'un tel portrait a abouti, pour la France en 1916, à figer l'image du toxicomane dans celle du délinquant en décrétant sa pratique hors la loi.

Avec la reprise du phénomène drogue à la fin des années 1960, l'image du toxicomane s'imprègne du mouvement contestataire hippy qui rejette les valeurs matérialistes du monde occidental et prône le retour à la nature. Ce mouvement d'opinion chez les jeunes offrira une idéologie "prête à penser" à ceux qui ne trouveront pas leur place dans la société. Une nouvelle fois, avec la loi de 1970 en France, l'usager de drogue sera assimilé au délinquant, avec comme possible issue l'adhésion au statut de malade lorsque la justice décide l'injonction thérapeutique.

⁴⁷⁸ V. de Gauléjac et I. Taboada Leonetti, op. cit.

La psychopathologie de la toxicomanie a été traitée au chapitre deux sous deux angles, à savoir l'angle **positiviste** de la psychiatrie descriptive du DSM-IV et l'angle **relativiste** en nous intéressant aux conditions socioculturelles de la production du discours psychiatrique, ainsi qu'à ses conséquences sur la perception du phénomène drogue tant par l'opinion générale que par les usagers de drogues eux-mêmes.

L'approche positiviste a montré la nature du **dysfonctionnement psychosocial** induit par la dépendance à une substance, à savoir l'envahissement des différents champs de la vie personnelle et sociale par une activité unique, centrée sur la consommation incontrôlée du toxique. Deux types de dysfonctionnements qui compromettent l'intégration sociale du sujet ont été relevés ; l'un, réversible, lié à l'adoption de comportements délinquants en vue de financer l'achat des produits, l'autre, durable, consécutif à une psychopathologie associée, aboutissant généralement à une incapacité psychiatrique.

L'approche relativiste a mis en évidence le poids des représentations socioculturelles dans l'élaboration de la catégorie diagnostique de dépendance à une substance et dans le vécu de cette étiquette par le patient.

La notion même de dépendance et son corollaire de trouble du contrôle mettent l'accent sur l'aspect involontaire de la toxicomanie, ce qui permet de rendre plus acceptable une conduite socialement désapprouvée et autorise sa gestion par la médecine. De plus, la rationalité psychiatrique ne peut concevoir autrement que comme pathologique la répétition d'une conduite fortement nuisible pour la santé et peut donc difficilement conceptualiser un **usage nuisible volontaire**⁴⁷⁹. Ceci supposerait une prise en considération des valeurs propres à la sous-culture drogue axées sur la recherche du danger et du plaisir immédiat.

Il résulte de cette médicalisation de la toxicomanie l'image d'un usager de drogue malade et sans volonté qui renforce le **stéréotype social du drogué** passif, faible et irresponsable. Malgré ses aspects négatifs, l'identification à un tel portrait offre à l'usager de drogue un moyen d'être accepté par la société⁴⁸⁰ ; il sera dès lors tenté de se rallier au modèle de la maladie pour expliquer sa conduite (auto-étiquetage socialement fonctionnel⁴⁸¹) avec tout l'impact de déresponsabilisation que cela comporte. Le glissement vers le statut d'assisté au détriment d'une recherche d'intégration est alors un risque réel.

Le raisonnement qui consiste à envisager le discours psychiatrique comme participant à la création du problème "drogue" a été repris au chapitre trois dans le contexte plus général d'une approche sociologique interactionniste de la notion de déviance. En tant que conduite illégale qui transgresse la norme de tempérance, la toxicomanie est doublement stigmatisée comme déviante. En raison de ces deux aspects de transgression et de désignation, la sociologie la classe parmi les **déviances**.

⁴⁷⁹ Par ailleurs l'usage nuisible volontaire place le soignant dans la position très inconfortable d'impuissance face au patient.

⁴⁸⁰ Il s'agit là entre autre d'un moyen de réduire la conflictualité entre les aspects déviants et conformes de son identité.

⁴⁸¹ Selon la terminologie de J. B. Davies, op. cit.

On met en évidence un mécanisme de **désignation**, lorsque l'opinion publique appréhende l'ensemble des usagers de drogues par le biais d'un portrait stéréotypé et caricatural. Ceci joue un rôle rassurant car le danger que ces comportements peuvent représenter apparaît ainsi comme le fait d'individus facilement identifiables.

Le mécanisme de désignation participe à la construction d'une **identité déviant** chez la personne qui transgresse, dans la mesure où les caractéristiques assignées dans le jeu des interactions successives sont progressivement intériorisées et acceptées par le sujet. Ceci amène le paradoxe suivant : alors que la désignation a une fonction de contrôle social et de dissuasion des comportements déviants en plaçant l'individu en position de visibilité sociale extrême, c'est l'effet inverse qui peut se produire puisque la désignation tend à renforcer les comportements déviants.

L'identité déviant se développe aussi et surtout dans le groupe déviant qui permet l'apprentissage des techniques de consommation, du sens à donner aux effets du produit et plus généralement des attitudes utiles à l'adoption du rôle de toxicomane. L'apprentissage d'un mode de vie et d'une manière de voir le monde se fait par assimilation progressive des normes et valeurs propres à la **sous-culture** du groupe.

Dès lors le sujet va devoir gérer deux systèmes de valeurs antagonistes, l'un conventionnel, l'autre déviant. Le groupe des usagers de drogues l'aidera dans cette tâche en lui fournissant des **techniques de neutralisation** du contrôle social, mais c'est surtout en s'installant dans un **processus d'isolement et de fermeture**⁴⁸², c'est-à-dire en diminuant les contacts avec les membres de la société conventionnelle, que le sujet réduira les occasions de conflit.

La sous-culture drogue n'est pas une entité homogène et bien délimitée, elle varie en fonction du type de drogue et des liens avec les milieux délinquants. On peut néanmoins la caractériser de deux manières. D'une part son rejet des valeurs de la classe moyenne (travail, honnêteté, sécurité) au profit de valeurs hédonistes⁴⁸³ l'oppose à la société conventionnelle et d'autre part elle s'en rapproche par la recherche de gratifications immédiates et matérielles, attitude que notre société de consommation encourage.

En ce qui concerne l'intensité de la consommation de drogues, nous avons relevé qu'au sein même de la sous-culture drogue certains aspects, tels que les valeurs hédonistes, favorisent la consommation de toxiques, alors que d'autres (la structuration sociale du groupe et sa culture propre) la régulent. En effet, lorsque la structuration sociale du groupe est forte, la recherche d'un statut au sein du groupe en vient à prendre plus d'importance que l'acquisition du produit lui-même.

Dès lors, si les difficultés d'intégration sociale dans la société conventionnelle ne sont pas compensées par une insertion dans le groupe constitué des usagers de drogues,

⁴⁸² E. M. Lemert, 1967, op. cit.

⁴⁸³ Dans la mesure où la sous-culture drogue refuse tant les valeurs de réussite sociale que les moyens conventionnels pour l'accomplir, elle peut trouver sa place dans la catégorie du **retrait**, selon la terminologie mertonienne des différents modes d'adaptation sociale. Si par contre l'on considère ses liens avec les milieux délinquants qui visent des buts valorisés socialement (la réussite matérielle), mais en employant des moyens illicites, la sous-culture drogue se situerait dans la catégorie de l'innovation.

c'est à une **double exclusion** que le sujet sera confronté. Situation de **désaffiliation** fortement préjudiciable puisque le tissu des représentations socioculturelles permettant l'élaboration symbolique tant du statut de déviant que des prises de toxiques sera absent, livrant le sujet à une substance particulièrement dévastatrice car devenue socialement stérile.

Poursuivant l'étude des liens entre intégration sociale et toxicomanie, mais sous un angle épistémologique différent, nous nous sommes centrés au chapitre quatre sur les **déterminismes psychosociaux de la toxicomanie**.

En tant que processus de développement du pôle social de l'identité par intériorisation des normes et valeurs du groupe, nous nous sommes intéressés au mécanisme de la **socialisation**, constitutif du sentiment d'appartenance. La socialisation s'exerce la vie durant à travers différents agents, tels que la famille, l'école, les pairs, le travail, etc. Sa fonction est de permettre l'adaptation et l'intégration sociale de l'individu, mais ce but risque de ne pas être atteint lorsque la socialisation est déficiente précocement ou qu'elle le devient à l'adolescence, risque particulièrement présent chez les usagers de drogues.

Le processus de désinsertion sociale a été envisagé comme constitué de deux pôles : **intégration** et **exclusion sociale**, et de trois dimensions : relationnelle, économique et symbolique⁴⁸⁴. L'exclusion économique et symbolique concerne particulièrement les usagers de drogues en raison respectivement de leurs difficultés à s'insérer dans le monde du travail et de l'image négative qui les poursuit. Par contre l'intégration relationnelle dans la communauté des consommateurs de drogues les protège de l'isolement.

L'affaiblissement des liens avec le groupe conventionnel et l'affiliation à des groupes déviants constituent les deux aspects fondamentaux de l'évolution vers la déviance. Si la **théorie du contrôle social** considère le premier comme déterminant, dans la mesure où les liens sociaux sont des vecteurs de régulation du comportement, la **théorie de la déviance culturelle** (qui inclue celle de l'apprentissage social) fait du second phénomène l'élément explicatif central, en tant que le groupe déviant fournit les modèles indispensables à l'apprentissage et au maintien des comportements déviants.

La redéfinition des liens et appartenances sociales propres à l'**adolescence** place le sujet qui traverse cette tranche de vie en position de risque face à la désinsertion sociale. C'est pourquoi nous lui avons accordé une attention particulière en abordant la **théorie des comportements problématiques**. Cette dernière a tenté d'éclairer l'exagération de cette propension naturelle de l'adolescent à adopter des comportements qui transgressent les normes. Les prises de drogues, au même titre que d'autres comportements désapprouvés socialement (délinquance, rapports sexuels précoce, fugues), peuvent remplir diverses fonctions⁴⁸⁵ pour l'individu, dont celle de marquer un changement de statut et d'affirmer sa maturité et son indépendance.

⁴⁸⁴ V. de Gauléjac et I. Taboada Leonetti, op. cit.

⁴⁸⁵ Il s'agit de l'expression d'une opposition à l'autorité adulte, d'une tentative de *coping* avec l'anxiété ou la frustration, d'une manière d'être accepté dans le groupe des pairs ou d'affirmer un attribut de l'identité personnelle.

Certaines caractéristiques de la personnalité, telles que le besoin d'indépendance, l'aliénation, la faible estime de soi et la critique sociale sont corrélées avec les comportements problématiques, il en va de même de divers aspects de l'environnement perçu : faible soutien des parents et des amis, ainsi qu'un faible contrôle de leur part. Ces éléments reflètent une perturbation des liens avec le monde conventionnel qui favorise le **non-conformisme psychosocial**.

Des études épidémiologiques⁴⁸⁶ ont également montré que l'abus de substances licites (alcool, tabac), les **conduites de déscolarisation** (retard scolaire fréquent, absentéisme) et les **conduites délictueuses** (le vol, les fugues, le racket, la violence) représentaient des signes avant coureurs d'un risque d'évolution vers la toxicomanie. Risque d'autant plus grand que ces conduites surviennent tôt.

Parmi les différents agents de socialisation qui peuvent influencer l'évolution de l'adolescent vers la toxicomanie, le **groupe des pairs** tient une place à part, son influence supplantant à certains égards celle de la famille. Les attitudes et comportements concernant les prises de drogues chez les pairs représentent en effet le meilleur prédicteur d'une consommation ultérieure de toxiques.

Si les études concernant la période de l'adolescence montrent un lien entre conduites de désocialisation et abus de drogues, elles montrent aussi une vie sociale avec les pairs plus intense chez les usagers de psychotropes. Cet **aspect relationnel de l'usage de drogue** se retrouve dans des populations de jeunes adultes, puisqu'il a été démontré⁴⁸⁷ que les usagers de drogues tendent à développer des liens d'amitié plus proches comparés aux abstinents. Les caractéristiques structurales des réseaux d'amitié en terme de tailles et de densité propres à ces deux populations sont par ailleurs semblables.

Ainsi tout se passe comme si ce que l'usager de psychotropes perdait en liens avec le monde conventionnel, il le gagnait en qualité de liens avec le monde déviant. La toxicomanie peut donc être envisagée comme étant à l'origine tant d'une perte que d'un gain en lien social.

La deuxième partie de notre travail expose une recherche empirique réalisée auprès d'ex-héroïnomanes en cure de méthadone. La méthode utilisée est double, elle consiste d'une part en une analyse corrélationnelle de données quantitatives : des informations anamnèstiques tirées principalement des dossiers médicaux, une évaluation des abus de substances psycho-actives et les réponses à deux autoquestionnaires de psychopathologie. Quatre-vingt-trois sujets⁴⁸⁸ ont été répartis en trois groupes en fonction de la gravité de leur toxicomanie au cours des six derniers mois.

D'autre part, quatre sujets ont fait l'objet d'une évaluation approfondie à l'aide d'entretiens structurés et libres centrés respectivement sur la psychopathologie et les

⁴⁸⁶ M. Choquet et al., 1992, op. cit.

⁴⁸⁷ D. Kandel & M. Davies, op. cit.

⁴⁸⁸ Cet échantillon était composé de patients âgés entre 22 et 42 ans (moyenne : 32 ans), il y avait 77% d'hommes et 66% de célibataires.

motifs des prises de drogues. Ces entretiens ont fourni un matériel verbal analysé selon une approche clinique d'orientation psychodynamique.

Nos analyses de l'intégration sociale ont été développées sur deux axes conceptuels, à savoir d'une part le processus bipolaire exclusion - intégration sociale principalement dans ses dimensions économique et relationnelle et d'autre part le système des appartenances au monde conventionnel et à la sous-culture drogue.

Les variables de l'analyse quantitative couvraient trois domaines : la toxicomanie, l'intégration sociale (relationnelle et économique) et la psychopathologie. La combinaison des trois domaines a donné lieu à une analyse divisée en trois volets.

1. L'analyse des liens entre l'intégration sociale et la toxicomanie a permis de mettre à l'épreuve des hypothèses basées sur les théories de la déviance culturelle et du contrôle social. Chacune de ces théories était centrée sur un des paramètres de notre deuxième axe d'analyse, à savoir les liens avec le monde déviant versus conventionnel.

Les hypothèses basées sur la théorie de la déviance culturelle prévoient un lien entre la gravité de la toxicomanie et l'implication dans les groupes déviants. Cette hypothèse a été confirmée en ce qui concerne la déviance générale précoce⁴⁸⁹, moins fréquente chez les faibles consommateurs. Mais elle a été en contrepartie infirmée en ce qui concerne les problèmes judiciaires de l'âge adulte précédent l'entrée en cure de méthadone, ce qui permet de voir une certaine indépendance entre la toxicomanie et les activités délictueuses.

En ce qui concerne les hypothèses fondées sur la théorie du contrôle social, nous nous attendions à trouver une corrélation inverse entre les variables évaluant les liens avec la société conventionnelle et la toxicomanie. Ceci a été confirmé pour les domaines relationnel et professionnel de l'intégration sociale.

En effet *les faibles consommateurs sont plus exposés aux situations de contrôle social puisqu'ils cohabitent plus⁴⁹⁰ et qu'ils ont plus souvent une partenaire non toxicomane que les gros consommateurs*. Si ceux-ci habitent plus souvent seuls, on ne peut toutefois les considérer comme isolés socialement car la proportion d'entre eux ayant une partenaire privilégiée, de même que la durée de la relation sont tout à fait comparables à ce que l'on trouve chez les faibles consommateurs. On ne peut donc parler véritablement d'une faille de l'intégration relationnelle au sens large chez les gros consommateurs, mais plutôt d'un déficit en relations de type conventionnelles au profit des liens avec le monde déviant.

Concernant les liens avec le monde professionnel⁴⁹¹, un degré moyen à élevé de

⁴⁸⁹ L'indice de déviance précoce regroupe les antécédents de déviance scolaire, de délinquance juvénile et d'usages précoce de drogues. Parmi ces variables prises séparément, seule la variable consommation de drogues précoce a montré un lien significatif avec la toxicomanie à l'âge adulte.

⁴⁹⁰ Il s'est avéré que le taux de patients faibles consommateurs vivant seuls (24,2%) est proche du taux de la population générale masculine du même âge (21,2%), alors que les gros consommateurs vivent nettement plus souvent seuls (55,6%). La tendance de ces derniers à habiter plus souvent seuls, peut être comprise comme une volonté d'évitement du contrôle social. Evitement qui renforce à son tour la consommation de toxiques.

prise de drogues se traduit par une plus grande **instabilité professionnelle** (catégories socioprofessionnelles basses, plus de chômage et d'arrêts de travail, emplois de plus courte durée). Un tel phénomène peut s'expliquer de manière causaliste par les effets du toxique qui limitent les capacités de travail, mais aussi inversement par la perte d'un environnement régulateur du comportement (fonction de soutien et de contrôle social des contacts humains) qui survient avec l'inactivité professionnelle et qui favorise le recours aux drogues. On peut également expliquer cette importance de la toxicomanie chez les instables en recourant à un facteur commun, celui d'une disposition interne liée à **l'identité déviante** et donc sous-tendue par des valeurs qui rendent le conformisme au monde du travail difficile, tout en facilitant l'adoption des comportements toxicomaniaques.

2. L'analyse des liens entre la **psychopathologie** et la **toxicomanie** a porté sur les antécédents psychiatriques durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, de même que sur la psychopathologie actuelle évaluée par autoquestionnaire. Globalement les liens se sont avérés faibles puisque limités à deux variables. En effet, seuls les troubles dépressifs récents et la présence d'un traitement psychopharmacologique ont corrélé avec la toxicomanie.

L'hypothèse de la fonction d'automédication de la toxicomanie a donc une portée explicative limitée, mais peut néanmoins concerner une catégorie restreinte de patients souffrant de troubles de l'humeur.

3. Le dernier volet de l'analyse quantitative a concerné les relations entre la **psychopathologie** et l'**intégration sociale** principalement au niveau professionnel.

La psychopathologie, tant au niveau des antécédents psychiatriques (notamment les troubles des conduites), que des troubles actuels, a montré des liens très significatifs avec l'**instabilité professionnelle**⁴⁹². Ce constat permet de considérer *les troubles psychiques (notamment les troubles de la personnalité du registre psychotique et borderline) comme un facteur de désinsertion professionnelle encore plus puissant que la toxicomanie*.

Ces résultats ont validé notre hypothèse basée sur l'idée que la psychopathologie représente un handicap face à l'adaptation sociale en général, et à fortiori face aux exigences du monde professionnel en particulier. De plus nous avons également envisagé les troubles psychiques comme une motivation à adhérer à une communauté déviante à des fins de substitution des liens manquants avec la société conventionnelle. La recherche d'un sentiment d'appartenance au groupe déviant peut être conçu comme une démarche autothérapeutique.

En résumé, l'analyse quantitative des données prélevées sur notre échantillon d'héroïnomanes en cure de méthadone révèle que :

l'intégration professionnelle est fortement affectée par la psychopathologie et

⁴⁹¹ Rappelons qu'au moment de l'entretien 24% des patients étaient inactifs professionnellement.

⁴⁹² La psychopathologie n'a par contre pas montré de liens significatifs avec l'intégration relationnelle, en ce qui concerne le mode d'habitation, la présence d'une partenaire et la durée de la relation.

secondairement par la toxicomanie ;

l'intégration relationnelle au niveau de la vie de couple est peu affectée par la toxicomanie, et ne l'est pas du tout tant par la psychopathologie que par l'instabilité professionnelle ;

les gros consommateurs ont un style relationnel différent des faibles consommateurs : ils sont moins souvent mariés, habitent plus souvent seuls et sont plus enclins à avoir une partenaire toxicomane ;

les faibles consommateurs ont un style relationnel nettement plus proche de la norme que de celui des gros consommateurs ;

la toxicomanie s'accompagne d'un déficit en relations de type conventionnel au profit des liens avec le monde déviant, ce qui contrecarre les tendances à l'isolement ;

la toxicomanie est beaucoup plus liée à une problématique psychosociale (instabilité professionnelle, insertion dans le milieu de la drogue) que psychopathologique ;

sur l'ensemble des relations entre domaines envisagées, le lien entre la psychopathologie durable (échelle Sc et borderline du MMPI) et l'instabilité professionnelle était le plus significatif.

Dans la seconde partie du chapitre consacré aux résultats de notre recherche, la présentation de quatre situations cliniques a permis de réaliser une analyse approfondie de la psychopathologie, des raisons des prises de drogues, ainsi que du vécu de la position sociale déviante occupée. Deux sujets avaient été évalués selon l'analyse quantitative comme gros consommateurs, instables professionnellement et affectés d'une psychopathologie, alors que les deux autres sujets étaient des consommateurs moyens, stables professionnellement et dépourvus de psychopathologie.

Les **raisons** de la consommation de drogues étaient multiples puisqu'elles pouvaient concerner toute une variété de domaines : psychopharmacologique (dosage de méthadone insuffisant), somatique (calmer des douleurs), psychique (lutte contre des sentiments de vide, contre l'anxiété), relationnel (influence des pairs) et social (effet du chômage). Notre analyse a porté sur divers aspects relevant de la psychopathologie et de l'intégration sociale.

Concernant la **psychopathologie**, deux patients considéraient le recours aux drogues comme un moyen d'apaiser une souffrance psychique (lutte contre des sentiments de solitude chez l'un et besoin d'apaiser une anxiété diffuse chez l'autre). Cette fonction d'**automédication** s'est par ailleurs avérée indépendante d'une psychopathologie objectivée, puisqu'un des deux patients concernés en était dépourvu. Ceci signifie que la consommation de toxiques pour apaiser un mal être

psychique peut concerner à la fois ceux qui souffrent d'un trouble psychiatrique avéré et ceux qui en sont dépourvus.

L'existence de liens entre psychopathologie et toxicomanie n'implique toutefois pas qu'ils apparaissent dans le discours du patient. En effet, d'une part la drogue peut être consommée pour des **motifs inconscients**, le toxique joue alors un rôle de régulateur de l'économie psychique du sujet en soutenant une organisation défensive qui ne parvient pas à contenir l'angoisse quelle qu'en soit la nature. D'autre part, la **vulnérabilité au stress** des patients psychiatriques liée au déficit de leurs mécanismes de coping, fait d'eux des sujets sensiblement plus enclins à recourir aux solutions chimiques pour gérer leurs difficultés, même s'ils n'ont pas conscience de leur état de fragilité⁴⁹³.

Les observations cliniques ont également apporté un éclairage sur divers aspects de l'**intégration sociale** se rapportant autant au positionnement face à la société globale et ses valeurs qu'au vécu des liens avec la communauté des usagers de drogues.

En ce qui concerne l'axe des liens avec la **société conventionnelle** et la **communauté déviant**e, chez trois patients sur quatre, l'idée d'appartenir à la société conventionnelle et d'en partager les valeurs était teintée d'ambivalence. Par ailleurs, les positions de rejet de l'ordre social étaient particulièrement prononcées chez les deux sujets instables professionnellement qui affichaient leur refus de se soumettre à certaines lois et revendiquaient l'exercice d'activités antisociales (vol, commerce de stupéfiants). Il en découle que l'**identité déviant**e était particulièrement affirmée chez ces deux sujets gros consommateurs, ce qui va dans le sens de notre hypothèse de base qui reliait identité sociale déviant et maintien des prises de drogues durant la cure de méthadone.

La fréquentation des usagers de drogues perçue comme une forte incitation à consommer est revenue systématiquement dans le discours des patients. Ce mécanisme repose bien souvent sur le **sentiment d'appartenance** au groupe qui pousse le sujet à adopter le comportement de ses pairs. L'acceptation au sein du groupe constitue par ailleurs un renforcement positif du geste de la prise de drogue.

Quant à notre axe d'analyse centré sur les dimensions économique et relationnelle⁴⁹⁴ de l'intégration sociale, certains motifs de prises de drogues ont pu être rattachés à chacune d'elles, à savoir le rôle du travail comme régulateur des consommations⁴⁹⁵ et l'isolement social comme incitateur à rechercher le contact avec le monde de la drogue.

La dimension de l'**intégration relationnelle** était primordiale pour la compréhension du phénomène, car il s'est avéré que face à des difficultés relationnelles, l'usage de drogues fonctionnait comme un **médiateur relationnel**. En effet, la consommation de drogues redonne accès à une communauté aux isolés et joue le rôle de protection

⁴⁹³ Si la vulnérabilité au stress propre à la psychopathologie n'a pas été un facteur important de prise de drogues dans notre échantillon, on sait qu'il en va autrement parmi des populations plus gravement atteintes psychiquement telles que celle des schizophrènes.

⁴⁹⁴ L'accès à la dimension symbolique de l'intégration sociale n'a pas été possible avec la méthodologie utilisée.

⁴⁹⁵ Exception faite d'un emploi vécu comme inintéressant et donc frustrant, ce qui peut favoriser les consommations.

psychique dans le rapport à l'autre chez ceux souffrant de troubles de la personnalité (notamment de types borderline et psychotique).

Pour clore cette première partie de notre conclusion par un résumé reprenons notre questionnement initial⁴⁹⁶ afin d'en préciser les éléments confirmés et infirmés.

Notre réflexion de départ envisageait l'héroïnomanie, de même que la persistance des abus de toxiques durant la cure de méthadone, comme la manifestation de deux phénomènes distincts mais interdépendants.

Le phénomène jugé d'importance prioritaire consistait dans les modalités d'**intégration sociale** de la personne, à savoir l'importance des liens avec la société globale d'une part, et d'autre part avec le milieu de la drogue.

Secondairement la toxicomanie était envisagée comme l'expression d'une **psychopathologie** et plus spécifiquement comme une tentative d'automédication de troubles psychiques.

La hiérarchisation de l'importance de ces deux phénomènes a été globalement confirmée par notre analyse quantitative qui a montré que la toxicomanie était plus fortement liée aux difficultés d'intégration économique, notamment professionnelle, qu'à la psychopathologie.

Concernant la question de l'**intégration sociale**, nous avons travaillé tout au long de notre étude avec deux acceptations du terme. A savoir, d'une part la notion d'intégration sociale *atypique*, reflet d'une identité déviante propre au statut de toxicomane, qui renvoie aux concepts de sous-culture et de style de vie, dont l'usage de toxiques n'est qu'un élément parmi d'autres et d'autre part la notion d'intégration sociale *défaillante* liée à un processus de désinsertion sociale globale allant de paire avec l'idée d'isolement voire d'exclusion sociale, dans sa triple dimension économique, relationnelle et symbolique. Le malaise, le stress et la dévalorisation liés à l'exclusion sociale expliquent la probabilité accrue de recours aux drogues chez ceux qui vivent de telles situations.

Ces deux aspects de l'intégration sociale nous sont donc apparus comme pertinents et complémentaires pour comprendre les consommations de drogues illégales. Nous pouvons schématiser le rôle de chacun d'eux de la manière suivante :

⁴⁹⁶

Notre question principale a été précisée dans un second temps par une hypothèse générale qui résituait les abus de toxiques dans le contexte de la cure de méthadone, nous formulons ici une synthèse de ces deux temps de notre questionnement.

Intégration sociale atypique :

Appartenance à la sous-culture drogue
Partage d'un ensemble de valeurs et d'attitudes propres au groupe des usagers de drogues

Adhésion aux valeurs "propres aux drogues"

Image de drogues :
- comme état d'appartenance
- comme style de vie

Intégration sociale défaillante :

Exclusion sociale
Affaiblissement de l'identité sociale et confirmation

Troubles psychiques (humeur et comportements antisociaux)
Diminution du contrôle et soutien social

Image de drogues :
- en automédication
- comme passage à l'acte autrement
- par dérégulation

Figure 2. Présentation schématique des deux aspects de l'intégration sociale et ses liens avec l'usage de drogues.

L'intégration sociale atypique, soit l'affiliation au groupe des usagers de drogues et le partage d'un ensemble de valeurs et d'attitudes qui lui sont propres, s'est avérée liée à la toxicomanie. Non seulement l'analyse quantitative a montré que la probabilité d'avoir une partenaire toxicomane augmentait avec l'intensité de l'addiction, mais aussi au niveau du discours des cas cliniques investigués les contacts avec les usagers étaient perçus comme des déclencheurs d'appétence aux drogues. La gravité de la toxicomanie s'est de plus avérée aller de pair avec des attitudes favorables à l'exercice d'activités illégales telles que le vol et le trafic de stupéfiants. Le partage de valeurs antisociales était par ailleurs ouvertement exprimé par les gros consommateurs.

Quant à l'intégration sociale défaillante, celle-ci n'a été relevée qu'en ce qui concerne la dimension économique et principalement professionnelle (plus d'instabilité chez les gros consommateurs). Au contraire, la dimension relationnelle de l'intégration sociale s'est révélée peu liée à la toxicomanie. Ceci s'explique par la fonction de médiateur relationnel que peut jouer la drogue, fonction qui permet de neutraliser les tendances à l'isolement. Cette fonction est apparue clairement dans l'approche clinique, puisque chez certains existait un état d'isolement social que venait compenser la pratique toxicomaniacale.

Le deuxième volet de notre questionnement, à savoir la psychopathologie en tant que facteur prédisposant aux prises de drogues, peut aisément être relié à la question de l'intégration sociale comme le montre le schéma ci-dessus.

Il est en effet bien connu que le chômage et la perte des liens sociaux en général sont néfastes pour l'équilibre psychique. Le stress psychosocial que représente une intégration sociale défaillante peut induire des troubles psychiques (perturbation de l'humeur, comportements antisociaux), lesquels favoriseront le recours aux drogues dans une visée à la fois d'automédication et de passage à l'acte (expression

directe d'un malaise interne dans le comportement).

Inversement une psychopathologie préexistante nuit à l'intégration professionnelle et peut conduire dans les formes extrêmes à l'invalidité. Nous avons effectivement montré que les troubles de la personnalité et les antécédents psychiatriques (et dans une moindre mesure les troubles de l'humeur récents) constituaient des facteurs puissants de désinsertion professionnelle. Il en découle un cercle vicieux où exclusion sociale et psychopathologie se renforcent mutuellement.

Si nous avons montré que la psychopathologie durable (troubles de la personnalité) était peu liée à la toxicomanie, en revanche les troubles de l'humeur, même légers, l'étaient. Ceci tend à relativiser le poids de la psychopathologie au sens strict comme facteur direct de prises de drogues au profit d'un facteur plus général lié au vécu d'émotions négatives. On peut donc considérer que *la psychopathologie durable joue un rôle indirect dans les prises de drogues par le biais d'une intégration sociale professionnelle défaillante*.

Par ailleurs l'intégration sociale défaillante peut faciliter la recherche d'un nouveau groupe d'appartenance sociale tel que celui des usagers de drogues, c'est pourquoi sur la figure 3 nous avons relié les deux parties du schéma précédemment présenté en y incluant la psychopathologie durable.

La figure 3 présente ainsi un schéma compréhensif de la toxicomanie qui met en jeu à la fois les différents aspects de la psychopathologie et les diverses modalités de l'intégration sociale.

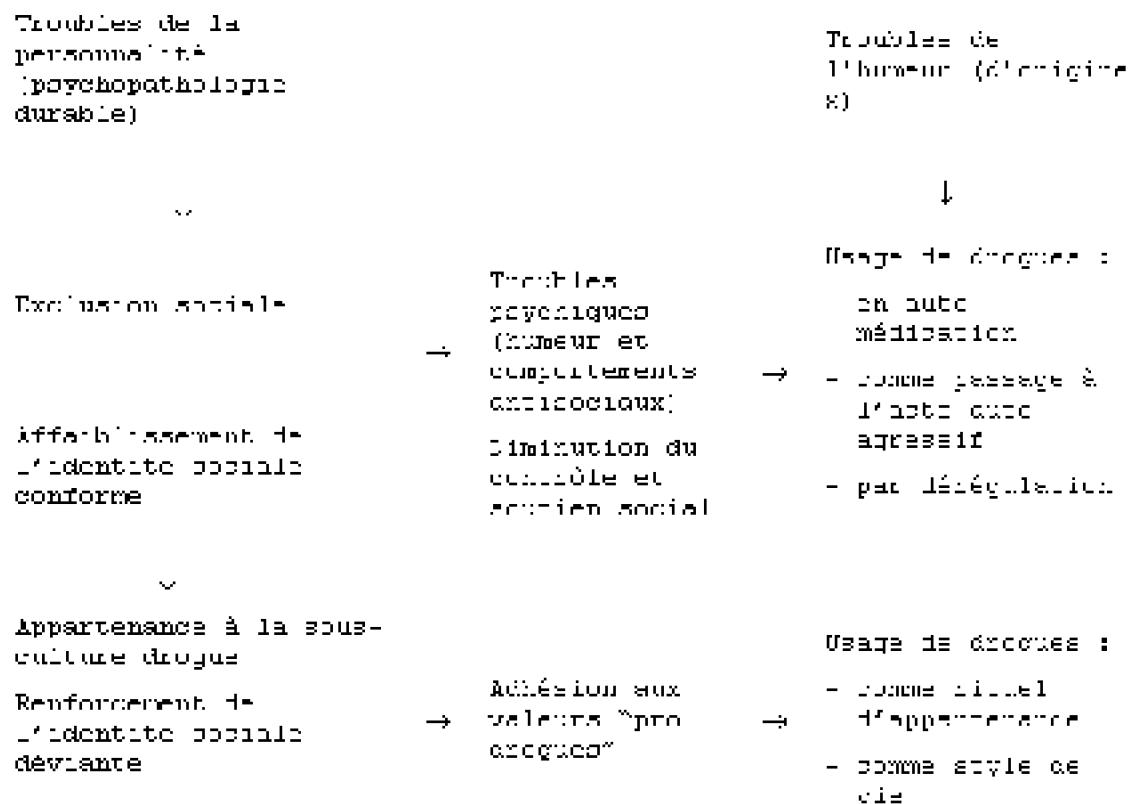


Figure 3. Présentation schématique du rôle de la psychopathologie et de l'intégration

sociale dans l'usage de drogues.

Dans cette synthèse nous introduisons une notion dont nous avons peu parlé jusqu'alors : le **passage à l'acte** comme modalité d'expression d'un malaise interne. Arrivé au terme de notre réflexion, il nous a semblé utile de rappeler ces fonctions apparemment antinomiques propres à la psychopathologie de la toxicomanie, à savoir d'une part l'**automédication** et d'autre part l'**auto-agression**. Ceci souligne la complexité de la conduite de prises de drogues qui vise, dans les situations où une psychopathologie est en jeu, à la fois à apaiser et à exprimer une souffrance psychique.

L'aspect paradoxal de cette conduite humaine se retrouve également dans sa dimension sociale puisque comme nous l'avons conceptualisé tout au long de notre travail, d'une part elle participe d'un mouvement d'isolement et d'exclusion de l'individu vis-à-vis de la société conventionnelle en l'amenant à adopter un comportement que la morale réprouve et d'autre part elle intègre l'individu dans une communauté organisée autour de normes et de valeurs spécifiques congruentes avec des conduites à risques telles que les abus de toxiques.

2. Considérations sur la prise en charge des usagers de drogues

Nous avons vu que les antécédents de déviance précoce (comportements problématiques à l'école, interruption prématuée du cursus scolaire, délinquance juvénile, usage précoce de toxiques licites et illicites) étaient liés à la gravité de la toxicomanie à l'âge adulte ainsi qu'à l'instabilité professionnelle.

Les dispositifs de prise en charge psychosociale durant la période de l'adolescence sont donc particulièrement importants, dans la mesure où ils ont un rôle central de prévention. Un accès facilité et non stigmatisant à des services psychosociaux implantés dans les institutions scolaires devrait représenter une priorité pour les services de santé.

Nous avons également démontré que la toxicomanie était plus liée aux difficultés d'intégration sociale conventionnelle qu'à la psychopathologie. Il en découle qu'en agissant au niveau du premier élément, les effets sur la réduction des prises de drogues devraient être logiquement plus importants qu'en intervenant sur le second élément. Si les dispositifs de soins actuels dans le domaine de la prise en charge des toxicodépendants reposent sur un modèle de médecine bio-psychosociale mis en oeuvre par des équipes pluridisciplinaires, il n'en demeure pas moins que certaines stratégies d'aide demeurent sous-développées, notamment en ce qui concerne l'aide aux associations d'usagers de drogues ou de produits de substitution. Ces associations représentent en effet une manière alternative d'établir un lien entre le monde de la drogue et la société globale. Selon la théorie du contrôle social, on sait que l'éloignement d'avec la société conventionnelle et l'amenuisement des liens avec celle-ci tend à accroître les comportements déviants, or de telles associations représentent une opportunité précieuse de rapprochement entre les usagers de drogues illicites et les instances sociales et

politiques. La position d'interlocuteur à part entière qui peut leur être ainsi donnée et le rôle actif qu'ils peuvent prendre dans un tel contexte contribuent à faire sortir le toxicodépendant de son statut trop souvent limité à celui de malade ou de délinquant.

A côté des associations d'usagers, il existe d'autres types de groupes d'entraide, tels que ceux inspirés des alcooliques anonymes, à savoir les narcotiques anonymes. Leurs objectifs diffèrent toutefois de ceux des associations d'usagers, puisqu'il s'agit de s'entraider pour rester abstinents et non pas de défendre une identité d'usagers de drogues et de revendiquer le droit au plaisir chimique.

Nous n'aborderons pas ici les diverses méthodes de traitement des troubles addictifs. L'éventail actuel des offres thérapeutiques, qu'elles émanent des secteurs médicaux ou socio-éducatifs, est particulièrement étendu. En Suisse, cet éventail va des centres résidentiels axés sur l'apprentissage de l'abstinence aux centres ambulatoires de prescription d'héroïne injectable, en passant par les programmes méthadone (sevrage rapide ou cure de maintenance). Cette diversité des approches est essentielle pour que chaque individu puisse trouver la méthode qui répondra le mieux à ses besoins.

Nous conclurons avec quelques mots sur une attitude nouvelle qui s'est développée dans les milieux médicaux surtout depuis l'apparition du Sida et qui s'inscrit tout à fait dans les réflexions développées dans notre travail. Il s'agit des stratégies thérapeutiques de **réduction des risques** qui ont pris de plus en plus d'importance dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes et qui suscite pourtant encore aujourd'hui de nombreux débats et controverses notamment quant à la facilitation de l'accès aux seringues stériles.

Cette démarche de santé publique fait appel à une vision anthropologique non jugeante des prises de drogues. Celles-ci sont considérées non plus comme une maladie, mais comme un style de vie et les objectifs axés sur la maîtrise des prises de toxiques deviennent secondaires vis-à-vis d'objectifs pragmatiques et réalisables dans le court terme. Par ailleurs les usagers de drogues sont responsabilisés et considérés comme des partenaires dans la mise en place de stratégie de soins et de prévention. Une telle approche repose enfin sur le respect des Droits de l'Homme qui considèrent le droits aux soins et le devoir de soigner comme imprescriptibles (cf. annexe 11).

BIBLIOGRAPHIE

- Akers R. L., *Drugs, alcohol, and society, social structure, process and policy*, Belmont, California, Wadsworth Publishing Company, 1992.
- American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association, *DSM-III-R*, Paris, Masson, 1989.
- Bachmann C. & Coppel A., *La drogue dans le monde*, Paris, Seuil, 1991.
- Ball J. C. & Ross A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, New-York, Springer-Verlag, 1991.
- Bandura A., *Social Learning Theory*, New York, Mc Caleb-Seider, 1971.
- Barel Y., Le Grand Intégrateur, *Connexion*, 1990, 56, pp. 85-100.
- Beauchesne L., *La légalisation des drogues*, Québec, Georg, 1992.
- Becker H., *Outsiders, Studies in the Sociology of Deviance*, New York, The Free Press, 1963.
- Bergeret J., Toxicomanes et délinquants, *Bulletin de Psychologie*, 1983, XXXVI, 359, pp 225-232.
- Bergeret J., *Toxicomanie et personnalité*, Paris, PUF, 1982.
- Besnard P., *L'anomie anomie, ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim*, Paris, PUF, 1987.
- Bing F., La théorie de la dégénérescence, in : Postel J. et Quetel C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994.
- Bloch H. et al., Article Déviance, in *Le grand dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1991.
- Borgatta M. & E. F. ed., *Encyclopedia of Sociology*, New York, Macmillan Publishing Company, 1992.
- Boudon R., *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 1992.
- Bradley B. P., Behavioural addictions : common features and treatment implications, *British Journal of Addictions*, 1990, 85, pp. 1417-1419.
- Briefer J.-F. et Déglon J.-J., Traitement de méthadone et comportements à risque de transmission du VIH, *Médecine et Hygiène*, 1992, 50, pp. 1544-9.
- Brochu S., Etat des connaissances scientifiques concernant la relation drogue-crime, *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1993, 3, p. 309-316.
- Brook J. S. et al., The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach, *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 1990, 116, 2, pp. 111-267.
- Calsyn D. A., Roszell D. K. & Chaney E. F., Validation of MMPI profile subtypes among opioid addicts who are beginning methadone maintenance treatment, *Journal of Clinical Psychology*, 1989, November, Vol. 45, 6, pp. 991-998.
- Campeau R. et al., *Individus et sociétés. Introduction à la sociologie*, Québec, Gaëtan Morin éd., 1993.
- Castel R. (sous la dir.), *Les sorties de la toxicomanies, types, trajectoires, tonalités*,

- Paris, Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité, M.I.R.E., avril 1992.
- Castel R. et Coppel A., Les contrôles de la toxicomanie, in : A. Ehrenberg, *Individus sous influence*, Paris, Esprit, 1991.
- Castel R., *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, 1976.
- Chabrol H., *Les toxicomanies de l'adolescent*, Paris, PUF, 1992.
- Chartier R., La naissance de la marginalité, *L'histoire*, 1982, 43, pp. 106-111.
- Choquet M. et Ledoux S., *Adolescents: enquête nationale*, Paris, Editions Inserm, 1994.
- Choquet M., Ledoux S. et Maréchal C., *Drogues illicites et attitudes face au Sida*, Paris, INSERM, 1992.
- Codol J.-P., La quête de la similitude et de la différenciation sociale. Une approche cognitive du sentiment d'identité, in : P. Tap, *Identité individuelle et personnalisation*, Paris, Privat, 1979.
- Cohen A., *La déviance*, (éd. originale 1966), trad. de l'anglais, Gembloux, Duculot, 1971.
- Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, *Vingt-huitième rapport*, Genève, Organisation Mondiale de la santé, 1993.
- Conrad P. & Schneider J. W., *Deviance and medicalisation, from badness to sickness*, London, the C.V. Mosby Company, 1980.
- Coulon A., *L'Ecole de Chicago*, Paris, PUF, 1992.
- Courtwright D. T., *Dark Paradise*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1982.
- Craig R. J., A psychometric study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts, *Int-J-Addict*, 1988, 23(2), pp. 115-24.
- Cusson M., Ch. 10 : Déviance, in : Boudon R., *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 1992.
- Cusson M., *Croissance et décroissance du crime*, Paris, PUF, 1989.
- Darwin C., *De l'origine des espèces*, 1859.
- Davidson F., Defrance J. et Facy F., Recherche d'une typologie des jeunes toxicomanes, *Psychiatrie de l'enfant*, 1982, XXV, 2, pp. 295-318.
- Davies J. B., *The myth of addiction : an application of the psychological theory of attribution to illicit drug use*, Harwood Academic Publishers, 1993.
- De Coppet D., Race, *Encyclopédia Universalis*, Paris, 1985.
- De Gauljac V. et Taboada Leonetti I., *La lutte des places. Processus d'insertion désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994.
- Dean A. G. & col.: *EPI-INFO, Version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*, USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.
- Déglon J.-J. et al., *Méthadone, résultats, Evaluation 1995 de quatre programmes médico-psychosociaux*, Genève, Médecine et hygiène, 1996.
- Déglon J.-J., Evaluation d'un programme de traitement des héroïnomanes par la méthadone, *Psychotropes*, 1988, 4, pp. 31-37.
- Delrieu A., *L'inconsistance de la toxicomanie*, Paris, Navarin, 1988.

- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article : Dégénérescence (biologie anthropologique), Paris, Masson, 1882.
- Digneffe F., Socialisation et déviance. Les origines de la perspective interactionniste, in : P. Tap & H. Malewska-Peyre, *Marginalité et troubles de la socialisation*, Paris, PUF, 1993.
- Dijkstra B., *Idols of Perversity*, New York, Oxford University Press, 1986.
- Doise W., J.-C. Deschamps et G. Mugny, *Psychologie sociale expérimentale*, Paris, Armand Colin, 1978.
- Dole V. & Nyswander M., Heroin addiction : A metabolic disease, *Arch. Intern. Med.*, 1967, 120, pp. 19-24.
- Doron R. et Parot F., *Dictionnaire de psychologie*, Paris, PUF, 1991.
- Douglas Anglin M. et al., The MMPI profiles of narcotics addicts. I. A review of the literature, *The International Journal of the Addictions*, 1989, 24(9), pp. 867-880.
- Dugarin J. & Nominé P., Toxicomanie : historique et classifications, *Confrontations psychiatriques*, 1987, No 28, 9-61.
- Durkheim E., *De la division sociale du travail*, (éd. orig. 1893), Paris, PUF, 1983
- Durkheim E., *Le suicide, étude sociologique*, (éd. orig. 1895), Paris, PUF, 1986.
- Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, (éd. orig. 1895), Paris, PUF, 1993.
- Echelle OMS pour l'évaluation d'une incapacité psychiatrique*, Genève, OMS, 1989.
- Elliott D. S., Ageton S. S. & Canter R. J., An integrated Theoretical perspective on delinquent behaviour, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1979, 16, 1, pp 3-27.
- Elliott D. S., Huizinga D. & Ageton S. S., *Explaining delinquency and drug use*, London, Sage Publications, 1985.
- Erickson P. G. et al. (ed.), *Harm reduction : a new direction for drug policies and programmes*, Toronto, University of Toronto Press, 1997.
- Erikson E. H., *Adolescence et crise, la quête de l'identité*, Paris, Flammarion, 1968.
- Esquirol J.-E.-D., *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, 1838.
- Esquirol J.-E.-D., *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Paris, Thèse de médecine, 1805.
- Etienne J. et al., *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Hatier, 1995.
- Eysenck H. J. and Eysenck M. W., *Personality and individual differences*, New York, Plenum Press, 1985.
- Eysenck H. J., Traits theories of personality. In : A. M. Colman (ed.), *Companion encyclopedia of psychology*, Volume 1. London, Routledge, 1994.
- Fatela J., Drogues et ambivalence de la subjectivité, in : A. Ehrenberg, *Individus sous influence*, Paris, Esprit, 1991.
- Fergusson D. M., Linskey M. T. & Horwood L. J., The role of peer affiliation, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence, *Addiction*, 1995, 90, pp. 647-659.

- Ficher G. N., *Les concepts fondamentaux de la psychosociologie*, Paris, Dunod, 1987.
- Finestone H., Cats, kicks and color, *Social Problems*, 5, 1957.
- Foucault M., *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- Fragnière J.-P. et R. Girod, *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Lausanne, Editions Réalités sociales, 1998.
- Fréjaville J.-P., La société face aux drogués, In J. P. Fréjaville, F. Davidson & M. Choquet, *Les jeunes et la drogue*, Paris, PUF, 1977.
- Freud S., *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, trad. de l'allemand, (éd. orig. 1933) Paris, Gallimard, 1984.
- Galland O., *Sociologie de la jeunesse*, Paris, A. Collin, 1991.
- Gassin R., *Criminologie*, Paris, Dalloz, 1988.
- Gaulejac (de) V. et Taboada Leonetti I., *La lutte des places. Processus d'insertion désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994.
- Gehring A. und Blaser A., *MMPI Deutsche Kurzform für Handauswertung Handbuch*, Bern, Verlag Hans Huber, 1982.
- Ginzburg H. M. et al., *Suicide and depression among drug abusers*, National Institute on Drug Abuse, Division of Clinical Research, Rockville, Maryland, 1985.
- Ginzburg H. M., Allison M. & Hubbard R. L., Depressive symptoms in drug abuse treatment clients : correlates, treatment, and changes, *NIDA Research Monograph Series*, 1983, 49, pp. 313-319.
- Gottfredson M. R. & Hirschi T., *A general theory of crime*, Stanford, California, Stanford University Press, 1990.
- Gresle F. et al., *Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, Nathan, 1994.
- Guerrand R.-H., Haro sur la masturbation !, *L'histoire*, Numéro spécial, 1984, pp. 99-102.
- Hawkins D. J. & Fraser M. W., The social networks of street drug users: a comparison of competing propositions of control and cultural deviance theories, *Social Work Research and Abstracts*, 1985, 21, pp. 3-12.
- Herpin N., *Les sociologues américains et le siècle*, Paris, PUF, 1973.
- Hirschi T., *Causes of delinquency*, Berkeley, University of California Press, 1969.
- Hulley S. B. et al., *Designing clinical research. An epidemiologic approach*, London, Williams & Wilkins, 1988.
- Hurrelman K., Mal de vivre à l'adolescence, in : P. Tap et H. Malewska-Peyre, *Marginalité et troubles de la socialisation*, Paris, PUF, 1993.
- James W., *The principles of psychology*, New York, Henry Holt, 1890.
- Jeanneret O. et Kellerhals J., La médecine préventive peut-elle contribuer à l'intégration des adolescents dans la société ? *Revue d'Hygiène et de Médecine Scolaire et Universitaire*, 1969, 22, pp 191-198.
- Jecker-Parvex M., *Retard mental, Contribution pour un lexique commenté*, Bienne, SZH/SPC, 1996.
- Jessor R. & Jessor S. L., The percieved environment in behavioral science, *American*

- Behavioral Scientist*, 1973, 16, 6, pp. 801-828.
- Jessor R., Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking, *British Journal of Addiction*, 1987, 82, pp. 331-342.
- Kandel D. B. & Davies M., Friendship network, intimacy, and illicit drug use in young adulthood: a comparison of two competing theories, *Criminology*, 1991, 29, 3, pp. 441-469.
- Kandel D. B. (ed.), *Longitudinal research on drug use*, New York, John Wiley & Sons, 1978.
- Kandel D. B. et al., The consequence in young adulthood of adolescent drug involvement, *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, pp 746-754.
- Kandel D. et al., Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis, *Journal of Youth and Adolescence*, 7, pp. 13-40.
- Kandel D. et al., Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood, *The Journal of Drug Issues*, 1986, 16, 1, pp. 67-90.
- Kaplan H. B. et al., Escalation of marijuana use: application of a general theory of deviant behavior, *Journal of Health and Social Behavior*, 1986, 27, pp. 44-61.
- Khantzian E. J. & Treece C., DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, Vol. 42, November, pp. 1067-1071.
- Killias M., *Précis de criminologie*, Berne, Staempfli & Cie SA, 1991.
- Klingemann H., Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland, *The international journal of the addictions*, 1989, 27 (12), pp. 1359-1388.
- Koller F., Les tziganes, victimes de la purification à la mode helvétique, *Le temps*, 6 juin 1998, p. 8.
- Kosten T. A., Kosten T. R. & Rounsaville B. J., Personality Disorders in Opiate Addicts Show Prognostic Specificity, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1989, 6, pp. 163-183.
- Krohn M. D., Massey J. L. & Zelinski M., Role overlap, network multiplexity, and adolescent behaviour, *Social Psychology Quarterly*, 1988, 51, pp. 346-356.
- Lachar D., *The MMPI : Clinical assessment and automated interpretation*, Los Angeles, Western Psychological Services, 1986.
- Lagrange H. et Mogoutov A., Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie, *Déviance et Société*, 1997, 21, 3, pp. 289-302.
- Lapassade G., *Les microsociologies*, Paris, Economica, 1996.
- Lapassade G., *L'ethno-sociologie, les sources anglo-saxones*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1991.
- Le Gauffey Y. et al., *Les consommation d'alcool, de tabac et de drogues des écoliers de 11 à 16 ans en Suisse*, SFA/ISPA, 1995.
- Leckie M., Le praticien et la réduction des risques, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1998, 118, 9, pp. 739-742.
- Lemert E. M., *Human deviance, social problems and social control*, New York, Prentice Hole, 1967.

- Lemert E. M., *Social Pathology*, New York, Mc Graw-Hill, 1951.
- Léonard J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier Montaigne, 1981.
- Leung A. K. & Robson W. L., Nailbitting, *Clinical pediatrics*, 1990, 29 (12), pp. 690-692.
- Levinstein E., *Über Morphinsucht*, Ber. med. Gesell., 1875.
- Lindesmith A., *Opiate addiction*, Bloomington, Inc., Principia Press, 1947.
- Loranger A. W., Lehman Susman V., Oldman J. M. & Russakoff L. M., The personality disorder examination: a preliminary report, *Journal of personality disorders*, 1987, 1 (1), pp. 1-13.
- Lowinson J.H., Methadone maintenance in perspective, in : Lowinson J.H. & Ruiz P. (Eds), *Substance Abuse*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1981.
- Lucchini R., *Drogues et société, Essai sur la toxicodépendance*, Fribourg, Editions Universitaires Fribourg Suisse, 1985.
- Maddux J. F., Desmond D. P. & Costello R., Depression in opioid users varies with substance use status, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 4, pp. 375-385.
- Maisonneuve J., Opinions, stéréotypes et représentations collectives, in : *Introduction à la psychosociologie*, Paris, PUF, 1985.
- Maquet C., *Toxicomanie et forme de la vie quotidienne*, Bruxelle, Mardaga, 1992.
- Marin D. B., Widiger T. A., Frances A. J., Goldsmith S. & Kocsis J., Personality disorders: issues in assessment, *Psychopharmacology Bulletin*, 1989, Vol. 25, 4, 508-514.
- Matza D. & Sykes G., Juvenile delinquency and subterranean values, *American Sociological Review*, 1961, 26.
- McGee L. & Newcomb M. D., General deviance syndrome : expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60, 5, pp. 766-776.
- Mead G. H., *Mind, Self and Society*, Chicago, 1934.
- Memmi A., *La dépendance*, Paris, Gallimard, 1979.
- Merton R. K., *Social theory and social structure*, New York, Free Press, 1965.
- Mino A. et Del Rio M., Marginalisation médico-sociale, toxicomanie, méthadone, *Médecine et Hygiène*, 1991, 49, pp. 2488-2493.
- Mino A., Les maintenances à la méthadone, *L'information psychiatrique*, 1995, 3, pp. 237-246.
- Mohr J. C., *Abortion in America*, New York, Oxford University Press, 1978.
- Moreau de Tours J., *Du hachich et de l'aliénation mentale*, Paris, 1845.
- Morel A., Hervé F. et Fontaine B., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.
- Morel B.-A., *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857.
- Morey L. C., Blashfield R. K., Webb W. W. & Jewell J., MMPI scales for DSM-III personality disorders : a preliminary validation study, *Journal of Clinical Psychology*,

- 1988, Jan., Vol 44, No 1, pp. 48-50.
- Morey L. C., Waugh M. H. & Blashfield R. K., MMPI Scales for DSM-III Personality Disorders : Their Derivation and Correlates, *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49, 3, pp. 244-251.
- Mucchielli R., *L'identité*, Paris, PUF, 1994.
- Müller R. et Abbet J.-P., *Changement dans la consommation de drogues légales et illégales chez les jeunes adolescents*, Lausanne, SFA/ISPA, 1991 ;
- Müller R. et Abbet J.-P., SFA/ISPA, *Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues*, Lausanne, 1993.
- Nace E. P., Davis C. W. & Gaspari J. P., Axis II comorbidity in substance abusers, *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148(1), January, pp. 118-120.
- Nicholson B. & Treese C., Object relations and differential treatment response to methadone maintenance, *J-Nerv-Ment-Dis*, 1981, 169, 7, pp. 424-429
- Nicole-Drancourt C. et Roulleau-Berger L., in *l'insertion des jeunes en France*, Paris, PUF, 1995.
- Nourrisson D., *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, Albin Michel, 1990.
- Nuckolls C. W., Reckless driving, casual sex and shoplifting : what psychiatric categories, culture and history reveal about each other. *Social science and medicine*, 1992, 35, 2, pp. 1-2.
- Nurco D. N., Kinlock T. W., Hanlon T. E. & Ball J. C., Nonnarcotic drug use over an addiction career - A study of heroin addicts in Baltimore and New York City, *Comprehensive Psychiatry*, 1988, 29, p. 450-459.
- Office cantonal de la statistique, *Aspects statistiques No 104, Ménages et familles à Genève*, Vol. 7, mars 1996.
- Ogien A., *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Collin, 1995.
- Olievenstein C. & Braconnier A., Les toxicomanies, In S. Lebovici, *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985.
- Osgood D. W., Johnston L. D., O'Malley P. M. & Bachman J. G., The generality of deviance in late adolescence and early adulthood, *American Sociological Review*, 1988, 53, pp. 81-93.
- Ottomanelli G. et al., MMPI evaluation of 5-year methadone treatment status, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, Vol. 46, 3, pp. 579-581.
- Patterson G. R., De Baryshe B. D. & Ramsey E., A developmental perspective on antisocial behavior, *American Psychologist*, 1989, 44, 2, pp. 329-335.
- Pedinielli J. L., Bertagne P. & Rouan G., *Psychopathologie des addictions*, Paris, PUF, 1997.
- Peele S., *The meaning of addiction, compulsive experience and its interpretation*, Lexington, Mass., Lexington Book, 1985.
- Peterson A. C. & Spiga R., Chapter 31 : Adolescence and stress, in : L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, New York, Free Press, 1982.
- Pichot P. et al., Un questionnaire d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive,

- le questionnaire QD2, *Revue de Psychologie Appliquée*, 1984, 34, 3, pp. 229-250.
- Pichot P., Naissance et vicissitudes du concept de maladie mentale, *Acta psychiat. belg.*, 1988, pp. 206-221.
- Pichot P., Widlöcher D. et Pull J. C., Epidémiologie de l'anxiété dans la population générale française, *Psychiatrie et Psychobiologie*, 1989, 4, pp. 257-266.
- Porot A. & M., *Les toxicomanies*, Paris, PUF, 1993.
- Porot A., *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, PUF, 1984.
- Preble Ed., *Taking care of business : the economics of crime by heroin abusers*, Lexington, 1985.
- Queloz N., Lien social et conformation des individus, examen critique, *Déviance et Société*, 1989, Vol. 13, No 3, pp. 199-208.
- Ralet O. et Stengers I., *Drogues, le défi hollandais*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1991.
- Renaut A., Individu, dépendance et autonomie, in : A. Ehrenberg, op. cit.
- Reuchlin M., *Les différences individuelles à l'école*, Paris, PUF, 1991.
- Reuchlin M., *Psychologie*, Paris, PUF, 1990.
- Reynaud M., *Les toxicomanies*, Paris, Maloine, 1984.
- Rinaldi R. C. et al., Clarification and standardisation of substance abuse terminology, *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259, pp. 555-557.
- Robert C. L., Déglon J.-J., Wintsch J., Martin J.-L. et al., Behavioural changes in intravenous drug users in Geneva : rise and fall of HIV infection 1980-1989, *AIDS*, 1990, 4, 4, pp. 657-660.
- Robert C.-N., Fabriquer la délinquance juvénile, *Revue Suisse de Sociologie*, 1977, 1, pp. 31-65.
- Robert M. et al., *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Paris, Maloine, 1988.
- Robins L. N. & al., Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam : a follow-up on their return home, *American Journal of Epidemiology*, 1974, 99, 4, pp. 235-249
- Rocher G., *Introduction à la sociologie générale*, 1. *l'Action sociale*, Paris, Seuil, 1970.
- Roques M., Les effets psychologiques du chômage, in : P. Tap & H. Malewska-Peyre H., *Marginalité et troubles de la socialisation*, Paris, PUF, 1993.
- Rounsaville B. J. & Kleber H. D., Untreated opiate addicts, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42, pp. 1072-1077.
- Rounsaville B. J., Weissman M. M., Crits-Christoph K., Wilber C. & Kleber H., Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, February, pp. 151-156.
- Rounsaville B. J., Weissman M. M., Kleber H. & Wilber C., Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, February, pp. 161-166.
- Rubington E. & Weinberg M. S., *The study of social problems*, New York/Oxford, Oxford University Press, 1989.

- Schmelck M.-A., *Introduction à l'étude des toxicomanies*, Paris, Nathan, 1993.
- Shaw C., Zorbaugh F., McKay H. & Cottrell L., *Delinquency areas*, Chicago, University of Chicago Press, 1929.
- Simon P.-J., *Histoire de la sociologie*, Paris, PUF, 1991.
- Snyder S., *Les drogues et le cerveau*, trad. de l'anglais, Paris, Belin, 1987.
- Spaulding W., Garbin C. P. & Dras S. R., Cognitive abnormalities in schizophrenic patients and schizotypal college students, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989, Vol. 177, 12, pp. 717-728.
- Stephens R. C., *The street addict role, a theory of heroin addiction*, Albany, State University of New York Press, 1991.
- Sutherland E. H. & Cressey D. R., *Principe de criminologie*, (éd. orig. américaine 1924), Paris, Lujas, 1966.
- Sutherland E. H., *Le voleur professionnel*, (Ed. orig. américaine 1937), Paris, Spès, 1963.
- Sykes G. & D. Matza, Techniques of neutralization. A theory of delinquency, *American Sociological Review*, 1957, 22.
- Taboada Leonetti I., Formes d'intégration/exclusion, le chômeur et l'immigré : un même cadre théorique ?, *Bulletin de psychologie*, 1995, t. XLVIII, No 419, pp. 372-378.
- The concise Oxford Dictionary of Sociology*, article : Deviance, G. Marshall (ed.), Oxford Univ. Press, 1994.
- Thouvenel P. S., *Sur les devoirs du médecin*, Paris, 1806.
- Thrasher J. M., *The gang*, Chicago, University of Chicago Press, 1927.
- Treese C. & Nicholson B., DSM-III Personality type and dose levels in methadone maintenance patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, Vol. 168, 10, pp. 621-628.
- Valleur M., Toxicomanie et dépendances : évolution des discours, *ADRIA*, avril 1991, p. 11-15.
- Vedelago F., La carrière sociale du toxicomane, in : Ogien A. et Mignon P., *La demande sociale de drogues*, Paris, La documentation française, 1994.
- Venis J.-L., Rault A. & Sanchez M., Conduites addictives - Objet de l'addiction, *Psychologie médicale*, 1989, 21, 12, pp. 1767-1770.
- Vigarello G., *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Paris, Seuil, 1993.
- Vingilis E. & Adlaf E., The structure of problem behaviour among Ontario high school students : a confirmatory-factor analysis, *Health Education Research*, 1990, 5, 2, pp. 151-160.
- Walgrave L., *Délinquance systématisée des jeunes et vulnérabilité sociétale*, Genève, Médecine et Hygiène, 1992.
- White H. R., Early problem behavior and later drug problems, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1992, 29, 4, pp. 412-429.
- White H. R., V. Johnson & A. Horwitz, An application of three deviance theories to

- adolescent substance use, *The International Journal of the Addictions*, 1986, 21, 3, pp. 347-366.
- WHO/ADAMHA, *Research protocol international pilot study of personality disorders*. 1987.
- Widiger T. A. & Gregory T. S., Substance use disorder : abuse, dependance and dyscontrol, *Addiction*, 1994, 89, pp. 267-282.
- World Health Organization, Division of Mental Health, The uses of methadone in the treatment and management of opioid dependence, WHO/MNH/DAT/89.1, Geneva, 1989.
- Xiberras M., *La société intoxiquée*, Mériadiens Klincksieck, 1989.
- Yvorel J.-J. *Les poisons de l'esprit*, Paris, Quai Voltaire, 1992.
- Yvorel J.-J., Naissance de la cure, in : Hervieu J.-M., *L'Esprit des drogues*, Paris, Autrement, 1989.
- Zafiropoulos M. et Pinell P., Drogue, déclassement et stratégies de disqualification, *Actes de la recherche en sciences sociales*, No 42, avril 1982.
- Zinberg N. E., *Drug, Set and setting*, New Haven, Yale University Press, 1974.
- Zuckerman M., Sola S., Masterson J. & Angelone V., MMPI patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 3, pp. 286-296.

ANNEXES

ANNEXE 1. Questionnaire interne de demande de cure (Fondation Phénix, Genève, 1992)

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

ANNEXE 2. Questionnaire initial à remplir par le patient

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

ANNEXE 3. Questionnaire initial à remplir par le médecin traitant

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

ANNEXE 4. Grille d'évaluation des consommations de psychotropes

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

ANNEXE 5. Description des variables et indices de l'analyse quantitative

1.Noms et définitions des variables utilisées

A. Données personnelles

SEXE Sexe : 1.M. 2.F.

1.

ANNAISS Année de naiss.:

2.

ETCIV Etat civil : 1. célibataire 2. marié 3. séparé 4. divorcé 5. veuf.

3.

B. Vie relationnelle

TOXPART Toxicomanie actuelle ou antérieure chez le (la) partenaire privilégié(e) du patient : 1. pas de partenaire 2. part. non tox. 3. oui, non traitée 4. oui, en traitement 5. traitement terminé 6. ne sait pas

1.

DURREL Durée de la relation : (mois)

2.

C. Situation socio-économique

DIPLOMES Diplômes obtenus : 1. aucun 2. Certificat 3. Certificat Fédéral de Capacité 4. Diplôme 5. Ecole Culture Générale 6. Maturité 7. Licence univ. 8.autres

1.

2. **CSP** Catégorie socio-professionnelle : 1. profession libérale 2. cadre supérieur 3. enseignant 4. technicien, cadre moyen 5. petit indépendant, artisan, commerçant 6. employé de bureau qualifié 7. employé de bureau non qualifié 8. employé de service qualifié 9. employé de service non qualifié 10. ouvrier qualifié 11. ouvrier non qualifié
3. **SITPROF** Situation socio-professionnelle actuelle (cumul possible) : 1. travail fixe plein temps 2. travail fixe temps part. 3. travail temporaire 4. sans travail 5. chômage 6. apprentissage 7. études 8. s'occupe du ménage à son domicile 9. en institution (foyer, prison, hop.) 10. réadaptation professionnelle 11. rente AI (assurance invalidité)
4. **SITAVCUR** Situation socio-professionnelle avant la cure : 0111. travail fixe plein temps 0112. travail fixe temps part. 0113. travail temporaire 4. sans travail 0115. chômage 6. apprentissage 7. études 0118. s'occupe du ménage à son domicile 0119. en institution (foyer, prison, hop.) 01110. réadaptation professionnelle 01111. rente AI (assurance invalidité)
5. **DURINACT** Durée de l'inactivité : (mois, 0 = travaille ou en étude)
6. **TRAVCONT** Plus longue période de travail continu : (mois)
7. **REVENU** Revenu mensuel net (ou chômage) en FS : 0. < 1000.- 1. de 1001 à 2000.- 2. de 2001 à 3000.- 3. de 3001 à 4000.- 4. de 4001 à 5000.- 5. de 5001 à 6000.- 6. de 6001 à 7000.- 7. de 7001 à 8000.- 8. de 8001 à 9000.- 9. > 9001.-
8. **SEMSSACT** Durant les 6 derniers mois, nombre de semaines sans activité :
9. **RAISON** Raison(s) de l'inactivité : 0. aucun arrêt de travail 1. sans travail, ni chômage 2. chômage 3. assurance accident 4. assurance mal. 5. assurance invalidité (ou demande en cours) 6. maternité 7. garde d'enfants 8. en institution 9. autres
10. **DETTES** Montant des dettes actuelles : (milliers de FS)
11. **MODVIE** Personne avec laquelle le patient a vécu durant les 30 dern. jours : 1. père ou mère 2. en couple 3. en couple plus enfants 4. autres personnes de la famille 5. amis 6. membres de la même institutions 7. seul 8. Autre

D. Antécédents judiciaires (avant la demande de cure)

1. **JUGEENF** Intervention du juge des enfants ou du tribunal de la jeunesse : 1. non 2. oui

2.
INCARC Nombre d'incarcérations durant la vie
3.
CONDAMN Condamnations par un tribunal d'adulte (cumul possible) : 0. aucune 1. condamnation pour consommation 3. condamnation pour trafic 5. cambriolage 10. vol d'usage 20. agression 30. circulation 40. militaire 50. autre 99. pas spécifié
4.
RETPERM Retrait de permis de conduire : 0. jamais eu le permis 1. jamais de retrait 2. excès de vitesse 3. alcool 4. Drogue 8. retrait antérieur à 5 ans 9. retrait non spécifié
- E. Anamnèse psychique**
1.
PSYENF Problèmes psychologiques durant l'enfance (avant 12 ans) : 0. pas de problèmes 1. énurésie nocturne 3. cauchemars 5. onychophagie 10. fugues (avant 15 ans et >=2) 30. autres :
2.
PSYADOL Problèmes psychologiques durant l'adolescence (12 à 20 ans) : 0. pas de problèmes 1. dépression 3. cauchemars 5. onychophagie 10. fugues 30. tentative de suicide 50. autres :
3.
CONSULT A consulté pour des problèmes psychiques autres que la toxicomanie : 0. non 1. avant 12 ans 3. 12-16 ans 5. 17-20 ans 10. 21 et + 50. oui, âge non spécifié
4.
NBTS Nombre de tentatives de suicide :
5.
DEPRDEB6 Passages dépressifs durant les 6 derniers mois précédent le début de la cure : 1. non 2. à 1-2 reprises 3. à + de 2 reprises 4. de façon +/- constante
6.
DEPRACT6 Passages dépressifs durant les 6 derniers mois : 1. Non 2. durée de l'épisode < 2 sem. 3. durée de l'épisode > 2 sem.
7.
ISDEB6 Idées suicidaires les 6 derniers mois précédent le début de la cure : 1. non 2. à 1-2 reprises 3. à + de 2 reprises
8.
ISACT6 Idées suicidaires les 6 derniers mois : 1. non 2. à 1-2 reprises 3. à + de 2 reprises
9.
EPISPSY Episodes psychiatriques depuis le début de la cure : 0. aucun 1. dépression 3. décompensation psychotique 5. Overdose 10. tentative de suicide 30. violence 50.

- autre 10.
- MEDIC12** Psychotropes prescrits durant l'année écoulée : 0. non 1. antidépresseurs 3. somnifères, tranquillisants(benzodiazépine) 5. neuroleptiques
- 11.
- PERSANT** Personnalité antisociale : 0. pas de troubles 1. troubles des conduites avant 15 ans 2. personnalité antisociale

F. Antécédents scolaires et professionnels avant la demande de cure

1. **INTERECOLE** Intérêt pour l'école les dernières années : 1. très bon 2. bon 3. passable 4. mauvais 5. très mauvais
2. **DISCIPLO** Problèmes de discipline : 1. pas du tout 2. très peu 3. un peu 4. pas mal 5. beaucoup
3. **ECBUI** Ecole buissonnière : 1. jamais 2. rarement 3. souvent 4. très souvent
4. **NIVSCOL** Niveau scolaire atteint : 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°(Matu, Bac), 14°, 15°, 16°, 17° (ou +)
5. **NBEMPL** Nb. d'emplois depuis la fin de la scolarité:
6. **EMPL12** A conservé un emploi plus de 12 mois : 1.oui 2.non 3. sans objet

G. Antécédents médicaux

1. **VIH** Test VIH : 1. négatif 2. positif 3. n'a pas fait le test
2. **ODH** Nombre d'overdoses avec hospitalisation :
3. **ODSH** Nombre d'overdoses sans hospitalisation :

H. Toxicomanie antérieure au début de la cure méthadone

1. **AGETABAC** Age début consommation régulière de tabac :

2.
AGECAN Age 1ère expérience avec le cannabis :
3.
AGEOPIAC Age 1ère prise d'opiacés :
4.
AGEINJ Age 1ère injection :
5.
AGEHERQT Age 1ère période d'héroïnomanie quotidienne:
6.
LSD Nombre d'expériences avec le L.S.D. :
7.
CONSDEB Consommation de substances psychotropes au cours des 6 derniers mois précédent la cure : 0. Aucune Cannabis : 1. - d'1x/sem. 2. 1x/sem. ou+ Médicaments psychotropes non prescrits : 3. - d'1x/sem. 6. 1x/sem. ou + Cocaïne : 10. - d'1x/mois 20. 1x/mois ou+
8.
IVRESALC Etat d'ivresse alcoolique : 1. Jamais 2. 1-5 fois 3. 5-20 fois 4. 20-100 fois 5. + de 100 fois
9.
DURPERALC Durée totale des périodes d'alcoolisme quotidiennes : (mois)
10.
DURTOXMED Durée totale des périodes de toxicomanie médicamenteuse : (mois)
11.
DURHER Durée totale des périodes d'héroïnomanies quotidiennes : (mois)
12.
FORMCONS Forme habituelle de la consommation d'héroïne : 1. Injection 2. Sniff 3. Sniff et injection 4. Fumée 5. Avalée

I. Cures de désintoxication

1.
NBCURANT Nombre de cures de méthadone :
2.
AGEDBUT1RE Age au début de la 1ère cure :
3.
DURCURANT Durée totale des cures méthadone antérieures:
4.
TTTSSM Types de traitement effectués sans méthadone: 0. Aucun 1. Cure ambulatoire 3. Sevrage hospitalier 5. Sevrage en prison 10. Communauté thér. 30. Autre :

J. Cure de méthadone actuelle

1. **ANDEBCUR** Année du début de la cure :
2. **MGMETH** Dosage de méthadone : (mg)
3. **DURCURACT** Durée de la cure actuelle : (mois)

K. Consommation de psychotropes au cours des 6 derniers mois

1. **IVR6B** Etats d'ivresse alcoolique : 0. jamais 1. 1-2 fois 2. 3-5 fois 3. 1-3x/mois 4. 1-3x/sem 5. 4-6x/sem 6. +1x/j
2. **CAN6B** Cannabis : 0. jamais 1. 1-2 fois 2. 3-5 fois 3. 1-3x/mois 4. 1-3x/sem 5. 4-6x/sem 6. +1x/j
3. **MED6B** Médicaments psychotropes non prescrits : 0. jamais 1. 1-2 fois 2. 3-5 fois 3. 1-3x/mois 4. 1-3x/sem 5. 4-6x/sem 6. +1x/j
4. **CONSACT6** Consommation de substances psychotropes et traitement antabus : 0. Aucune Cocaïne: 1.- d'1x/mois 2. 1x/mois ou + Halluci.: 3. - d'1x/mois 6. 1x/mois ou+ Amphét.: 10. - d'1x/mois 20. 1x/mois ou+ 30. antabus au cours des 6 dern. mois 60. antabus antérieurs
5. **SC6SUBST** Score d'appétence aux 6 substances psychotropes (de 0 à 36) :
6. **URPOS6** Nombre d'urines positives aux opiacés durant les 6 derniers mois :
7. **URPOS1** Nombre d'urines positives aux opiacés durant le dernier mois :

L. Consommation de psychotropes sur toute la durée de la cure

1. **TOTURPO** Nombre total des urines positives aux opiacés :
2. **NBMOISANAL** Nombre de mois pris en considération pour les analyses d'urine :
- 3.

AUTRETOX Autres prises de toxiques durant la cure : 0. aucune alcool : 1. abus 2. dépendance benzodiazépine : 1. abus 2. dépendance 10. Héroïne 30. cocaïne 50. cannabis en consommation quotidienne sur plus de 3 mois:

2. Variables et indices créés à partir des variables de départ

A. Toxicomanie au cours des six derniers mois

DEFINE ⁴⁹⁷ **ALCO6** Ivresses alcooliques et traitement antabus:

```
if IVR6B<=1 then alco6=0  
if IVR6B>1 and <5 then alco6=1  
if IVR6B>=5 then alco6=2  
if CONSACT6=30 or =70 or =90 then alco6=2
```

DEFINE SCAUTR6 Score de consommation pour les drogues rarement consommées (cocaïne, hallucinogène, amphétamines):

```
scautr6=0  
scautr6= sc6subst - IVR6b-CAN6b-MED6b  
if scautr6<1 then scautr6=0
```

DEFINE AUTR6 Score binaire de consommation pour les drogues rarement consommées (cocaïne, hallucinogène, amphétamines) :

```
if scautr6=0 then autr6=0  
if scautr6>0 then autr6=1
```

DEFINE BZ6 Médicaments non prescrits (benzodiazépine) :

```
if MED6B=0 then bz6=0  
if MED6B>0 and <5 then bz6=1  
if MED6B>=5 then bz6=2
```

DEFINE CAN6 Consommation de cannabis :

```
if CAN6B=0 or =1 then can6=0  
if CAN6B>1 and <6 then can6=1  
if CAN6B=6 then can6=2
```

DEFINE GRURPO6 Consommation d'héroïne :

RECODE urpos6 to grurpo6 0=0 1-5=1 6-31=2

DEFINE SC7DR6 Indice de toxicomanie récente :

sc7dr6= ALCO6+BZ6+CAN6+AUTR6+GRURPO6

⁴⁹⁷ Nous reprenons tels quels les programmes et commandes EPI INFO utilisés pour créer les nouvelles variables.

DEFINE GRSC7DR6 Création de 3 groupes de consommateurs (Faibles Consommateurs; Consommateurs Moyens et Gros Consommateurs) :

RECODE sc7dr6 to grsc7dr6 0-2=0 3,4=1 5-8=2

B. Consommation de drogues sur toute la durée de la cure

DEFINE RAPHERO Nombre moyen de prises d'héroïne par mois:

Raphero= TOTURPO : NBMOISANAL

C. Domaine socio-professionnel

DEFINE INSTPROF Instabilité professionnelle :

```
instprof = 0
if travcont = . then instprof = .
if age < 30 and travcont <> . and (sitprof = 3 or \
(travcont < 19 and nivscol < 17) or durinact > 12) then instprof = 1
if (age >= 30 and < 34) and travcont <> . and \
(travcont < 25 or durinact > 12 or sitprof = 3) then instprof = 1
if age >= 34 and travcont <> . and (sitprof = 3 or durinact > 12 or travcont < 31 or \
(travcont < 37 and sitprof = 2) then instprof = 1
```

D. Domaine de la psychopathologie

DEFINE AUTDESTR Indice de conduites auto-destructrices :

autdestr=odsh + (2 * nbts) + (2 * odh)

RECODE autdestr 0-3=0 4-hi=1

DEFINE PSYAD Indice d'antécédents psychiatriques :

let psyad=0

if epispsy =. or autdestr =. or consult =. or psyadol =. then psyad =.

if (epispsy <> . and autdestr <> .) and ((consult =3 or =4 or =5 or =8 and <>50) or autdestr =1 or epispsy <>0 or psyadol <>0) then psyad =1

DEFINE DEPRCUR Dépression durant la cure :

if epispsy=1 or =6 or =11 then deprcur=1

if epispsy=0 or =10 or =3 or =30 or =5 or =50 then deprcur=0

E. Antécédents scolaires et déviance précoce

DEFINE DEVSCOL Indice de déviance scolaire :

devscol = 0

```
if interecole =. or discipl =. or ecbuis =. then devscol =.  
if interecole =3 and <>. then devscol = devscol + 1  
if interecole <>. and (=4 or =5) then devscol = devscol + 2  
if discipl =3 and <>. then devscol = devscol + 1  
if discipl <>. and (=4 or =5) then devscol = devscol + 2  
if ecbuis <>. and =2 then devscol = devscol + 1  
if ecbuis <>. and (=3 or =4) then devscol = devscol + 2  
RECODE devscol 0-5=0 6-hi=1
```

DEFINE PRECDR Indice de consommation précoce de drogues :

```
precdr = 0  
if agecan =. then precdr =.  
if agecan <>. and <17 then precdr = precdr + 1  
if ageopiac <>. and <18 then precdr = precdr + 1  
if ageherqt <>. and <19 then precdr = precdr + 1  
if ageinj <>. and <18 and not =0 then precdr = precdr + 1  
RECODE precdr 0=0 1-hi=1
```

DEFINE DEVGENPR Indice de déviance générale précoce :

```
devgenpr = devscol + precdr  
if devscol =. or precdr =. or jugeenf =. or nivscol =. then devgenpr =.  
if nivscol <9 then devgenpr = devgenpr + 1  
if jugeenf =2 then devgenpr = devgenpr + 1  
RECODE devgenpr 1-2=0 3-hi=1
```

ANNEXE 6. Liste des 202 items tirés du MMPI (questionnaire de personnalité)

⁴⁹⁸

Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
15.	Il m'arrive parfois de penser à des choses trop laides pour pouvoir en parler.
16.	Je suis sûr de n'avoir jamais de chance.
20.	Ma vie sexuelle est satisfaisante.
21.	Il y a eu des moments où j'ai eu une très grande envie de quitter ma maison.
24.	Personne ne semble me comprendre.
27.	Par instants, je suis possédé par des esprits.
30.	J'ai parfois envie de jurer.
31.	J'ai des cauchemars presque toutes les nuits.
32.	Il m'est difficile de fixer mon esprit sur un travail ou sur une occupation.
33.	J'ai eu des expériences très particulières et étranges.
35.	Si les gens ne m'en avaient pas voulu j'aurais certainement eu plus de succès.
37.	Je n'ai jamais eu d'ennui à cause de mon comportement sexuel.
38.	A une période donnée de mon enfance, il m'est arrivé de commettre de petits vols.
39.	J'ai l'impression que parfois je vais tout briser.
40.	La plupart du temps, j'aimerais mieux rester assis et rêvasser plutôt que de faire quoi que ce soit.
41.	J'ai eu des périodes (jours, semaines ou mois) pendant lesquelles je ne pouvais rien faire de bon, parce que ne pouvais pas m'y mettre.
45.	Je ne dis pas toujours la vérité.
48.	Quand je suis en société, je suis contrarié parce que j'entends des choses étranges.
49.	Ce serait beaucoup mieux si presque toutes les lois étaient supprimées.
50.	Mon âme quitte quelquefois mon corps.
52.	Je préfère ignorer des amis d'école ou des gens que je connais, mais que je n'ai pas vus depuis longtemps, à moins qu'ils ne m'adressent les premiers la parole.
54.	Je suis aimé par la plupart des gens qui me connaissent.
56.	Dans ma jeunesse, j'ai été renvoyé une ou plusieurs fois de l'école pour indiscipline.

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
57.	Je suis très sociable.
59.	J'ai souvent dû recevoir des ordres de quelqu'un qui n'en savait pas autant que moi.
61.	Je n'ai pas vécu une vie parfaitement droite.
66.	Je discerne des objets, des animaux, des gens autour de moi que les autres ne voient pas.
67.	Je voudrais être aussi heureux que les autres paraissent l'être.
73.	Je suis un personnage important.
74.	J'ai souvent souhaité être une fille (ou bien, si vous êtes une femme : je n'ai jamais regretté d'être une fille).
75.	Je me mets quelquefois en colère.
76.	Je suis très souvent mélancolique.
82.	Je suis très facilement vaincu dans une discussion.
84.	En ce moment, je trouve difficile de ne pas perdre espoir d'arriver à quelque chose.
86.	Je manque certainement de confiance en moi.
89.	Il faut beaucoup discuter pour convaincre la plupart des gens de la vérité.
90.	Il m'arrive de remettre à demain ce que j'aurais dû faire aujourd'hui.
91.	Cela m'est égal d'être taquiné.
94.	Je fais bien des choses que je regrette (je regrette plus de choses et plus fréquemment que les autres, à ce qu'il me semble).
96.	Je me dispute peu avec les membres de ma famille.
99.	J'aime aller à des réceptions ou à des réunions où il y a beaucoup d'amusements bruyants.
104.	Je me semble pas me soucier de ce qui m'arrive.
105.	Quelquefois, lorsque je ne me sens pas bien, je suis de mauvaise humeur.
106.	La plupart du temps, j'ai le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ou de travers.
107.	Je me sens presque toujours heureux.
110.	Quelqu'un m'en veut.
112.	Je trouve souvent nécessaire d'intervenir pour défendre de mon point de vue.

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
118.	A l'école, j'ai été quelquefois envoyé chez le Directeur pour indiscipline.
120.	Mes manières à table ne sont pas toujours aussi bonnes à la maison qu'elles le sont en compagnie.
121.	Je crois qu'il se complete quelque chose contre moi.
122.	Il me semble que je suis à peu près aussi capable et intelligent que la plupart des gens qui m'entourent.
123.	J'ai l'impression d'être suivi.
124.	Presque tout le monde emploierait des moyens peu élégants pour obtenir un gain ou un avantage plutôt que de le perdre.
129.	Souvent, je ne comprends pas pourquoi j'ai été bourru et grincheux.
134.	Mes pensées vont parfois plus vite que je ne peux les exprimer.
135.	Si je pouvais entrer dans un cinéma sans payer et être sûr qu'on ne me voit pas, je le ferais certainement.
136.	Je me demande fréquemment quelle peut être la raison cachée pour laquelle une personne est aimable avec moi.
137.	Je suis persuadé que j'ai, chez moi, une vie de famille aussi agréable que la plupart des gens que je connais.
138.	La critique et la raillerie me blessent cruellement.
139.	Je suis parfois poussé à insulter quelqu'un ou moi-même.
142.	Par moments, je me sens inutile.
145.	J'éprouve parfois l'envie de me battre avec quelqu'un.
146.	J'ai la "bougeotte", et je ne suis heureux que lorsque j'erre ou que je voyage.
148.	Cela m'impatiente que des gens me demandent mon avis ou m'interrompent quand je travaille à quelque chose d'important.
150.	J'aime mieux gagner que perdre dans un jeu.
156.	Il y a eu des périodes pendant lesquelles j'ai

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
	agi sans savoir plus tard de que j'avais fait au juste.
157.	Je pense que j'ai été souvent puni sans raison.
158.	Je pleure facilement.
165.	J'aime connaître des personnalités, parce qu'elles me donnent l'impression d'être un personnage important.
168.	Il y a quelque chose qui "ne tourne pas rond" dans mon esprit.
170.	Je ne suis pas gêné par ce que les autres pensent de moi.
171.	Je suis gêné de jouer quelque chose devant un groupe d'amis même lorsque chacun y participe.
180.	Il m'est difficile d'entamer une conversation quand je rencontre de nouvelles personnes.
181.	Quand je commence à m'ennuyer, j'aime créer un divertissement.
182.	J'ai peur de perdre la raison.
184.	J'entends fréquemment des voix sans distinguer d'où elles viennent.
189.	Souvent, je ressens un état de faiblesse générale.
194.	J'ai eu des crises au cours desquelles je n'étais pas à même de contrôler mes mouvements et mes paroles, tout en étant conscient de ce qui se passait autour de moi.
197.	Quelqu'un a essayé de me dépouiller.
205.	Il m'a parfois été impossible de m'empêcher de voler ou de "chaparder" quelque chose.
208.	J'aime flirter.
210.	Tout m'est égal.
211.	Je peux dormir le jour, mais non la nuit.
212.	Les miens me traitent davantage en enfant qu'en adulte.
215.	J'ai abusé de boissons alcoolisées.
216.	En faisant la comparaison avec d'autres intérieurs je me suis aperçu qu'il y avait peu d'affection et d'intimité dans ma famille.
217.	Je me surprends souvent en train de me faire du souci.

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
218.	Cela ne m'ennuie pas particulièrement de voir les animaux souffrir.
224.	Mes parents ont souvent critiqué mes fréquentations.
225.	Il m'arrive de cancaner un peu.
234.	Je me mets facilement en colère et l'oublie aussitôt.
235.	J'ai été complètement indépendant et libre de toute règle familiale.
236.	Très souvent je broie du noir.
237.	Presque tous mes parents sympathisent avec moi.
238.	J'ai des périodes d'agitation telles que je suis incapable de rester longtemps assis sur une chaise.
239.	J'ai eu des déceptions amoureuses.
241.	Je rêve souvent de choses que je préfère garder pour moi.
244.	Ma façon d'agir est facilement incomprise par les autres.
245.	Mes parents et ma famille me trouvent plus de défauts que je n'en ai.
247.	J'ai des raisons pour me sentir jaloux d'un ou plusieurs membres de ma famille.
250.	Je ne blâme pas celui qui veut profiter de tout ce qu'il peut, en ce bas monde.
251.	J'ai eu des accès au cours desquels je perdais à la fois la possibilité d'agir et la notion de ce qui se passait autour de moi.
252.	Personne ne se soucie de ce qui peut bien vous arriver.
257.	En général, je m'attends à réussir ce que j'entreprends.
259.	J'ai du mal à me mettre en train.
264.	J'ai une totale confiance en moi.
265.	Il est plus sûr de n'avoir confiance en personne.
266.	Une fois par semaine au moins, je me sens très exalté.
267.	Quand je me trouve dans un groupe, j'ai du mal à trouver les choses qu'il est bon de dire.

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
271.	Je ne blâme pas une personne qui profite de quelqu'un qui se laisse faire.
274.	Ma vue ne baisse pas.
275.	Quelqu'un contrôle mon esprit.
278.	J'ai souvent eu l'impression que des inconnus me regardaient comme pour me critiquer.
280.	La plupart des gens se font des amis parce que ceux-ci peuvent leur être utiles plus tard.
286.	Je ne suis jamais heureux que lorsque je suis seul.
291.	A une ou plusieurs époques de ma vie, j'ai senti que quelqu'un essayait de m'hypnotiser.
292.	Je n'adresse pas la parole à des inconnus avant qu'ils ne m'aient parlé.
293.	On a déjà essayé de m'influencer.
294.	Je n'ai jamais eu d'ennuis avec la justice.
296.	Par moments, je me sens plein d'entrain, sans raison spéciale.
299.	Je pense que je suis plus sensible et je crois que je ressens les choses plus profondément que les autres.
301.	La vie représente pour moi un effort continu.
305.	Même quand je suis avec du monde, je me sens seul la plupart du temps.
309.	Il me semble que je me fais des amis aussi vite que n'importe qui.
312.	Je déteste avoir des gens autour de moi.
316.	Je crois que presque tout le monde dirait un mensonge pour sortir d'un mauvais pas.
317.	Je suis plus sensible que la plupart des gens.
319.	Dans leur for intérieur, la plupart des gens n'aiment pas se gêner pour aider les autres.
321.	Je suis facilement intimidé.
322.	Je me fais du souci pour des questions d'argent et d'affaires.
323.	J'ai eu des expériences très particulières et étranges.
324.	Je n'ai jamais été amoureux de personne.
326.	J'ai quelquefois des accès de rire ou de larmes qu'il m'est impossible de maîtriser.
328.	Il m'est difficile de fixer mon esprit sur un travail

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸.	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
	ou sur une occupation.
332.	Parfois, ma voix me fait défaut ou s'altère, même si je ne suis pas enrhumé.
334.	A certains moments, je sens des odeurs particulières.
335.	Je ne peux pas fixer mon attention.
337.	J'éprouve presque toujours de l'anxiété, soit pour quelqu'un, soit pour quelque chose.
338.	J'ai certainement eu plus que ma part d'ennuis.
339.	Je souhaiterais souvent être mort.
340.	Parfois, je suis tellement excité qu'il m'est difficile de m'endormir.
341.	Parfois, j'entends si fort que cela m'agace.
343.	Je dois ordinairement m'arrêter réfléchir avant de passer à l'action, même pour des choses insignifiantes.
344.	Il m'arrive souvent de traverser la rue pour éviter de rencontrer quelqu'un.
345.	J'ai souvent l'impression que les choses ne sont pas réelles.
347.	Je n'ai pas d'ennemis qui veulent réellement me nuire.
349.	J'ai des pensées étranges et particulières.
353.	Je ne crains pas de pénétrer dans une pièce où sont déjà réunies d'autres personnes qui causent.
356.	J'ai plus de mal à me concentrer que la plupart des gens.
357.	Il m'est arrivé plusieurs fois de renoncer à quelque chose parce que je n'avais pas confiance en moi.
359.	Il m'arrive qu'une pensée sans importance se fixe dans mon esprit pendant plusieurs jours.
360.	Il m'arrive presque chaque jour quelque chose qui m'effraie.
361.	Il m'arrive de prendre les choses du mauvais côté.
364.	Des gens font des réflexions blessantes et grossières à mon sujet.
365.	Je me sens mal à l'aise à l'intérieur des maisons.

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
366.	Même quand je suis avec du monde, je me sens seul la plupart du temps.
371.	Je ne suis pas particulièrement préoccupé de l'effet que je produis.
374.	Par moment, mon esprit paraît travailler plus lentement que d'habitude.
377.	Dans les réunions, je préfère m'installer seul ou simplement avec une autre personne, plutôt que de me mêler à la foule.
379.	Je n'ai que très rarement le "cafard".
381.	On dit souvent que je suis emporté.
383.	Les gens me déçoivent souvent.
394.	Je demande fréquemment conseil aux gens.
397.	Il m'est arrivé quelquefois d'avoir l'impression que je ne pourrais jamais surmonter des difficultés qui s'accumulaient.
398.	Je pense souvent: "Je souhaiterais être encore un enfant".
399.	Je ne me mets pas facilement en colère.
400.	Si l'on me donnait une chance, je pourrais accomplir des choses qui seraient très utiles au monde.
406.	Il m'est souvent arrivé de rencontrer des gens que l'on supposait experts et qui, en réalité, n'en savaient pas plus que moi.
407.	Je suis ordinairement calme et je ne m'emporte pas aisément.
411.	C'est pour moi comme un échec quand j'apprends le succès de quelqu'un que je connais bien.
415.	Si on m'en donnait l'occasion, je serais certainement un bon meneur de foule.
418.	Il m'arrive de penser que je ne suis bon à rien.
419.	Enfant, je faisais très souvent l'école buissonnière.
420.	J'ai eu des expériences religieuses peu ordinaires.
437.	Je trouve qu'il est bien de tourner la loi si on ne la viole pas complètement.
443.	Je suis bien capable de laisser tomber quelque chose que je voudrais faire parce que d'autres

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8⁴⁹⁸.	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
	trouvent que je ne m'y prends pas bien pour le faire.
449.	J'adore les réceptions, simplement parce que j'aime me trouver en société.
450.	J'aime l'excitation de la foule.
451.	Mes ennuis semblent disparaître quand je suis en compagnie d'un joyeux groupe d'amis.
453.	Dans mon enfance, je n'aimais pas être membre d'une bande ou d'un groupe.
454.	Je serais très heureux de vivre tout seul dans une hutte en forêt ou en montagne.
456.	Une personne ne devrait pas être punie pour avoir violé une loi qu'elle juge déraisonnable.
465.	J'ai plusieurs fois changé d'avis sur ma vie professionnelle.
466.	Je ne prends pas de somnifère sans ordonnance du docteur.
468.	Cela m'ennuie souvent d'être aussi bourru et grincheux.
469.	J'ai souvent trouvé des personnes jalouses de mes bonnes idées, simplement parce qu'elles n'y avaient pas pensé les premières.
471.	En classe, mes notes de conduite étaient régulièrement mauvaises.
473.	Autant que possible, j'évite de me trouver dans une foule.
475.	Quand je suis coincé, je ne dis que la part de vérité qui ne risque pas de me nuire.
500.	Je suis facilement tout acquis à une nouvelle idée.
501.	En général, je préfère chercher les choses moi-même plutôt que de demander à quelqu'un de me montrer la manière de procéder.
517.	Je ne peux rien faire de bien.
520.	En général, je défends hardiment mon opinion personnelle.
531.	On peut facilement me faire changer d'avis même lorsque je me suis déjà fait une opinion.
547.	J'aime les réunions et la société.
549.	Je recule devant les difficultés ou les crises.
551.	Parfois j'ai la conviction que ce que je pense se

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

8 ⁴⁹⁸ .	Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.
	lit sur ma figure.
555.	Il me semble quelquefois que je vais m'effondrer.
564.	Je suis bien capable de laisser tomber quelque chose que je voudrais faire parce que d'autres trouvent que cela ne vaut pas la peine d'être fait.

ANNEXE 7. Questionnaire de dépression QD2

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

ANNEXE 8. Questionnaire de dépression QD2A (version abrégée)

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

ANNEXE 9. Entretien structuré abrégé pour l'évaluation des troubles de la personnalité

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

ANNEXE 10. Protocoles des entretiens libres sur les consommations de drogues

Cas 1 : Gérard

⁴⁹⁸ Les numéros sont ceux des items de la version longue du MMPI (566 items).

I : Je voulais vous poser une question, si vous pouvez me dire dans quel contexte vous prenez de l'héroïne, c'est à dire...

P : Quand j'ai commencé ?

I : Non, ces derniers temps. La dernière fois ça remonte à...

P : Dans quel contexte ?

I : C'est à dire dans quel état d'esprit vous êtes...

P : Ahh, ouais, qu'est-ce qui me pousse à la prendre au fait ? Bon, ces derniers temps, c'est clair en étant au chômage c'est plus dur quand même quand on travaille pas c'est quand même beaucoup plus dur, quand je travaille ça va encore, la semaine, y a pas de problème quoi... en travaillant ça va bien, j'y pense pas. C'est clair, quand je suis au chômage c'est un peu plus dur parce que la journée on travaille moins, c'est juste en fait l'histoire d'être occupé. Dès que je fais rien de particulier ça me travaille plus dans la tête disons mais bon c'est chaque fois...

I : C'est des moments d'ennui ou bien ?

P : Ouais, voilà, on peut dire que c'est plus des moments d'ennui, ouais je crois que c'est surtout ça. Si je suis vraiment occupé, si je travaille vraiment à fond et tout j'y pense pas, je crois que c'est beaucoup à cause de l'ennui aussi. Ouais parce que quand je travaille, si je suis occupé, si je pars skier ou je fais quelque chose disons, si je suis occupé, ça me vient pas à l'esprit, ouais, j'y pense pas, ça me dit rien, ou bien même si je pars en vacances tant que je m'amuse, je suis bien, ça ne me vient pas à l'esprit, mais dès qu'il y a un certain ennui ou, ouais, dès que je m'ennuie, je sais pas trop quoi faire et tout, je tourne un peu en rond et tout, là je suis plus tenté, ça me vient plus à la tête disons...

I : Mmh...

P : C'est surtout ça.

I : Est-ce qu'il y a des sentiments dépressifs en fait quand vous êtes dans ces moments ?

P : Pff, dépressifs, disons euh...

I : C'est à dire est-ce que vous êtes dans un moment où vous avez goût à rien, vous arrivez pas à prendre de l'intérêt pour une activité...

P : Ouais ! Ouais, on peut dire, j'irais pas jusqu'à dire dépressif, mais c'est vrai que j'ai beaucoup de mal à disons réappréhier un peu les choses comme avant, parce que avant la prise de drogue, je faisais plus de sport, plus d'activité, plus d'entrain à faire des choses, c'est vrai que maintenant, j'ai plus de peine à faire des activités ou bien à vraiment me lancer dans quelque chose quoi.

I : Mmh... Et puis une fois que vous prenez de l'héroïne, ça peut être dans n'importe quel moment de la journée ?

P : ouais bon, n'importe quel moment, quand même pas le matin, ça m'est jamais arrivé trop le matin, mais bon..

I : plutôt le soir ?

P : Ouais, plutôt le soir, la journée ouais bon peut être moins, mais plutôt le soir surtout ouais. La journée ça va encore, c'est tout une histoire d'occupation, dès que je m'occupe un peu la journée ça va quoi, mais bon le soir, plus souvent ouais, puis bon quand je travaille, c'est surtout le week-end, où j'ai plus de peine, parce que bon quand je travaille pas et puis ouais, si j'ai rien à faire de spécial, j'y pense pas mal ouais. Ça me travaille pas mal dans la tête disons.

I : Ouais. Donc en fait vous y pensez beaucoup, c'est à dire..

P : Ouais, c'est vrai qu'à un certain stade quand c'est plus physique c'est psychique, bon là y a la méthadone qui me comble physiquement mais y a quand même le psychique qui reste... je trouve quand même quoi.

I : Mmh..

P : parce que la méthadone c'est bien, on est pas mal physiquement, mais dans la tête je trouve ça travaille toujours pas mal quoi. Moi je sens que même les jours où je prends pas de poudre ben disons le dosage de méthadone que je prends, je suis à 110mg, je dis pas que c'est comme si j'avais pris de la poudre, mais disons il y a quand même une certaine... vous voyez ce que je veux dire, ça ressemble un peu, pas l'effet, mais... je sais pas comment expliquer, ouais, le fait d'avoir pris de la méthadone c'est comme si j'en avais un peu pris, c'est aussi une drogue synthétique..

I : Mmh

P : Vous prenez de la poudre, vous prenez de la méthadone, c'est un peu pareil, seulement l'effet, seulement la méthadone c'est plus...

I : Plus diffus ?

P : Ouais, voilà, mais autrement dans la tête et puis je veux dire tout ce qui est question pour sortir, faire des choses, c'est un peu pareil. Même en prenant pas la poudre, au dosage où je suis de méthadone, ça me ramollit quand même pas mal, je veux dire dans le sens où j'ai moins envie de faire des choses, de bouger, de sortir, d'aller faire du sport ou...

I : Mmh

P : Ça joue un certain rôle disons. Bon pour le travail ça aide. J'admet que quand je prends de la méthadone je suis bien pour aller travailler, ça c'est clair, pour le travail ça va bien. Mais bon, les jours de congé ou comme ça c'est pas toujours évident non plus. Bon c'est bien physiquement, on est bien et tout, mais c'est comme si sans prendre de l'héroïne on en prenait un peu, je veux dire c'est comme une drogue dans le corps c'est comme si on en avait un peu pris je veux dire, on est tout autant pété, ouais, c'est le cas de le dire, moi quand je prends de la méthadone le matin j'arrive au boulot, c'est un peu limite que les gens ils ne remarquent pas...

I : Mmh

P : Comme si j'avais pris quelque chose, vous voyez ce que je veux dire ? Les yeux, la tête, ça se voit quand même pas mal quoi

I : Mmh

P : Je veux dire, l'effet est quand même un peu pareil... l'héroïne monte d'un coup, tandis que la méthadone c'est plus...

I : Vous vous sentiez un peu dans un moment d'euphorie...

P : Ouais la méthadone ça monte plus lentement mais je veux dire l'état est le même. Vous attendez une heure que la méthadone monte, puis une heure après avoir pris la poudre, c'est un peu le même état... hein je veux dire c'est un peu pareil.

I : Et vous parlez de manque, enfin d'effet psychologique qui vous pousse à consommer...

P : Ben disons l'effet psychologique, c'est comme vous disiez avant, c'est l'envie surtout je crois, surtout à Genève, je veux dire vous sortez à Genève, vous allez n'importe où, il y a toujours quelqu'un qui est là dedans, il y a toujours quelque chose qui vous remet la dedans, qui vous remet ces trucs en tête je veux dire, à part si vous vous cloîtrez chez vous et vous sortez plus, autrement, même dans les boîtes de nuit, il arrive toujours que je croise quelqu'un qui en prend, qui en vend ou qui a quelque chose à voir là dedans disons...

I : Mmh

P : Alors ça ramène des souvenirs et automatiquement ça travaille la tête, quoi...

I : Dans une boîte de nuit par exemple, l'état dans lequel vous vous sentez, il y a quelque chose qui vous manque, vous avez besoin de...

P : Ben disons ça dépend. Ouais bon c'est clair qu'avec la méthadone, si je prends la méthadone, j'ai pas envie d'aller en boîte de nuit honnêtement, parce que je suis trop raplapla, c'est clair, la méthadone à haut dosage, ça rend mou, je veux dire, ça donne pas envie d'aller bouger, il faut reconnaître, ça rend vachement calme ouais disons, on a plus envie de faire des choses calmes que des choses bruyantes ou des choses comme ça, on a plus envie d'aller au ciné, bouquiner, il y a moins l'envie de s'éclater, de faire du sport, de vraiment faire quelque chose qui bouge, vous voyez ce que je veux dire ?

I : Mmh. C'est comme si vous recherchiez un état de passivité où les sensations viennent en vous, alors que vous êtes un peu passif ?

P : Ouais, c'est clair, avec la méthadone, je vois, depuis deux trois ans que j'en prends, j'ai beaucoup de peine à retrouver les, comment dire, les joies de vivre que j'avais avant de prendre de la drogue. C'est clair, aller faire du foot, sortir, m'éclater, bon prendre une cuite de temps en temps, rigoler avec les copains, je veux dire vraiment, bien s'amuser, profiter de la vie, là c'est vrai que j'ai du mal, même avec la méthadone, j'ai beaucoup de mal...

I : parce que vous voyez moins de monde ?

P : Ouais, j'ai moins envie, moins envie d'aller au contact des gens, moins envie de sortir, j'ai moins envie de faire des choses bizarres, j'ai moins envie.. ouais, de faire du sport...

I : Mmh

P : Ça enlève un peu, ouais, moi ça m'enlève un peu le goût de faire des choses

bien, on a plus envie de rester peinard, tranquille, par exemple si un samedi soir j'ai pas envie de sortir, je reste chez moi ça me fait rien, mais je veux dire, il y a trois quatre ans en arrière, avant que je sois dans la drogue, c'était tout le contraire, je pouvais pas rester un week-end chez moi, il fallait que je sorte tout le week-end pour m'amuser, rester un samedi soir chez moi, j'étais mal à l'aise, tandis que maintenant ça me dérange pas, j'apprécierais peut-être plus, il y a plus cette envie de bouger, de s'éclater, ouais, de s'amuser en bougeant, en faisant du sport, en allant voir du monde, en allant au contact, en allant à la foule, déjà aussi voir la foule quand vous êtes un peu fatigué, la méthadone ça ramollit tellement, on a pas beaucoup d'entrain.

I : En fait ça vous coupe un peu de l'extérieur ?

P : Ouais disons ça... ouais, si on veut, ça coupe un peu c'est clair.

I : Mmh, c'est un peu comme si ça vous mettait dans un état d'autosuffisance ?

P : Ouais, voilà, si on veut ouais. Bon c'est peut être dû au dosage hein, c'est clair, je sais pas...

I : Mais est-ce que c'est pas quelque chose que vous recherchez justement, le fait de pouvoir vous suffire à vous même ? De pouvoir être chez vous...

P : Non, non, non, la je prends ce dosage parce que c'est le dosage qu'il me faut mais si honnêtement j'avais le choix de pouvoir me dire, parce que là je prends 110mg, que si 50mg ça me suffisait pour être bien, moi je préférerais prendre 50mg que 110mg et puis quitte à retrouver justement plus d'entrain à faire des choses, à faire des activités, mais là je prends ce dosage parce que c'est ce dosage qui me convient du point de vue physique et tout quoi.. mais si j'avais le choix, je préférerais être moins dosé hein, si j'avais vraiment le choix, mais bon si c'est pour être moins dosé et justement après tout le temps faire des conneries, parce que en étant moins dosé c'est encore pire après, être dosé limite, c'est encore beaucoup plus dur, c'est pas non plus une solution disons.

I : Parce que quand vous prenez de la drogue par exemple si vous êtes dans une boîte et vous prenez de l'héroïne, là vous ne souffrez pas d'ennui...

P : Ah non. Là c'est pareil, moi avec l'héroïne j'ai jamais été trop en boîte, je sais pas, je trouve que l'héroïne c'est un truc qui donne pas envie d'aller en boîte, en tout cas moi non, moi je vois pas les choses comme ça, je sais qu'il y a des gens qui aiment bien aller en boîte après avoir pris de l'héroïne...

I : Donc quand vous en prenez vous êtes chez vous ?

P : Voilà, ouais, déjà je déteste être au milieu de la foule si j'en ai pris, je déteste être dans un bistro quand tout le monde vous voit ou bien même si je croise des gens du travail ou n'importe quoi, je suis vachement... un peu pudique on va dire.

I : Mmh

P : Disons que moi je bosse déjà dans une banque alors j'aimerais pas trop rencontrer des gens dans une boîte de nuit qui voient dans l'état où je suis, ça me gène vis-à-vis des gens et ça me donne même pas envie, le fait de prendre de l'héroïne et de la méthadone ça rend tellement mou que j'ai pas envie d'aller danser ou comme ça

I : ouais..

P : J'apprécierais plus d'aller voir un film au cinéma... une soirée tranquille.

I : Donc en fait quand vous prenez de l'héroïne vous êtes seul avec vous même, vous vous retrouvez avec vous même ?

P : Ouais, ou alors je peux être chez un copain, discuter aussi, ou aller au cinéma avec un copain, je dis pas forcément seul, mais c'est vrai que ça donne envie des fois plus d'être seul ça c'est vrai, à long terme je remarque, avant j'avais beaucoup de peine à être seul, mais maintenant, j'apprécie des fois des moments de solitude quoi..

I : Mmh

P : C'est vrai que plus on va de l'avant puis plus j'apprécie ouais des fois c'est vrai faut reconnaître, avant c'était tout le contraire, je pouvais pas être seul une soirée, je pouvais pas quoi, je tenais pas en place, tandis que maintenant j'apprécie plus, de temps en temps.

I : Vous l'appréciez mais vous avez toujours besoin d'un élément pour supporter l'ennui que la solitude vous procure ?

P : Je comprends pas tellement ce que vous voulez dire...

I : C'est à dire que vous acceptez la solitude, mais avec le moyen de la drogue, de l'héroïne..

P : non, non, ouais, disons, on accepte.. c'est un peu dur à répondre...

I : Parce que vous dites que dans ces moments là vous pouvez ressentir un certain ennui...

P : Ouais, non, ouais, non, disons l'ennui, c'est pas le fait de ressentir un ennui, c'est le fait d'avoir pas envie de faire des choses qui, je sais pas, des activités comme du sport, vous devez courir, vous voyez ce que je veux dire disons, déjà vous dépenser physiquement, c'est pas forcément l'ennui, mais je veux dire, faire des choses plus calmes.

I : Ouais, vous dites que maintenant vous êtes plus capable d'être seul, de rester seul..

P : Ouais, je dis ça comparé à, il y a quatre cinq ans en arrière, quand je prenais pas de poudre, quand j'avais jamais pris de la poudre, ben je sortais tout les week-end c'était vraiment le contraire, je pouvais pas être seul, je supportais pas d'être seul si ce n'est qu'une heure chez moi, je devenais fou, fallait que je bouge, je pouvais pas passer une soirée chez moi seul, c'était vraiment l'opposé

I : Ah ouais,

P : Bon il y a peut-être l'âge qui fait, je sais pas c'est possible aussi, peut être je me dis c'est ça, mais il y a peut être aussi le fait de... à l'époque, j'avais peut-être 19 ans, maintenant j'en ai 24, il y a peut-être un peu de ça aussi

I : Ouais. Mais est-ce qu'il y a pas toujours la même difficulté à être seul, seulement maintenant vous utilisez justement l'héroïne ou la méthadone qui vous permettent de supporter cet état ? Cette solitude ?

P : C'est dur à exprimer... ouais...

I : Parce que vous dites que vous êtes à haut dosage, ça vous met dans un état où vous êtes plutôt fatigué, vous avez pas envie de faire beaucoup de choses

P : Ouais, si on veut, c'est vrai, si un copain me proposait d'aller faire quelque chose vraiment physique, de se dépenser vraiment physiquement ou comme ça, avec la méthadone j'aurais beaucoup de peine, ouais, c'est vrai, j'ai beaucoup de peine, disons c'est beaucoup dû à ça, avec un gros dosage quand même. Bon c'est pas une drogue, c'est un médicament, à haut dosage vous êtes comme si vous aviez pris de l'héroïne, bon vous me direz, à la longue, on s'y fait, mais justement à la longue on est tellement habitué à la méthadone que petit à petit à long terme... Bon moi je sais pas ça fait trois ans que j'en prends, mais je sais pas, un gars qui en prend pendant dix ans, je sais pas dans quel état il est dans dix ans. C'est clair qu'à long terme ça me semble un peu euh... Moi j'ai pris la méthadone, j'avais pas trop le choix, je travaille, alors c'est clair quand on travaille c'est l'idéal, y a pas de problème pour ça.

I : Mmh

P : Pour travailler et tout, quand on fait une cure, la méthadone c'est ce qu'il y a de mieux parce qu'on peut pas se permettre d'arrêter son boulot une année parce qu'on fait une cure sans méthadone, mais...

I : Mais est-ce que vous pensez que l'utilisation d'héroïne ou bien de méthadone qui vous procure un effet, est lié à des problèmes psychologiques, à quelque chose qui n'est pas résolu en vous même, est ce que vous pensez que c'est...

P : non, non c'est pas dû à des problèmes quelconque, hein, non on peut pas dire ça, c'est un enchaînement de choses. Je veux dire, au début je prenais un petit peu, petit à petit, plus les années avancent et puis plus... c'est clair que si je continue sur ce rythme là, si je prends encore peut-être six ans de la méthadone, là j'aimerais pas trop voir le résultat quoi, moi à mon avis, je risque de devenir vraiment pépé avant l'âge on peut dire, c'est comme aller draguer, aller voir des filles, ça aussi ça, y a l'envie mais moins qu'avant, on sent qu'il y a une certaine lassitude un peu...

I : Mmh

P : C'est tout là l'enchaînement, au début c'était pas autant, mais c'est clair qu'après, petit à petit à la longue, on a l'impression que ça augmente un peu..

I : C'est comme si vous trouvez une source de satisfaction artificielle ?

P : Ben disons je trouve une source de satisfaction, j'ai pas tellement le choix ! Si j'avais le choix de me dire maintenant, tac, je prends plus de méthadone, si je serais bien, si j'avais vraiment le choix, je préférerais ne pas prendre de méthadone puis être bien en moi !

I : Ouais, mais quand vous prenez de l'héroïne, vous avec le choix...

P : Ouais, c'est clair, on a le choix, des fois j'en prends et après je regrette d'en avoir pris, ouais, c'est comme je vous dis, des fois c'est tellement l'ennui, ou bien tomber sur des gens qui vous en proposent et puis, moi j'admets, je suis assez faible pour résister, disons si quelqu'un m'influence, je suis vachement influençable, ça c'est vrai, faut reconnaître, bon, si je vois des gens qui m'en proposent, j'ai beaucoup de peine à... je

suis très influençable, mais bon, voilà quoi...

Cas 2 : Anne

I : Pouvez-vous me dire dans quel contexte vous consommer l'héroïne ?

P : (partie manquante) et puis bon, au bout d'un moment on arrive à un stade où le fait qu'on ait pris de l'héroïne... actuellement moi je suis à un stade, je suis sous-dosée, alors bon, je tiens, j'arrive à tenir, je suis...

I : Vous êtes sous dosée par rapport à la méthadone ?

P : Ouais, tout à fait, j'en prends beaucoup en plus.

I : Vous en prenez combien ?

P : 70mg

I : Ça vous l'avez signalé ?

P : Ouais, même l'infirmière l'a déjà vu.

I : Et puis ? On vous augmente pas ?

P : Ben il paraît... Bon, le docteur essaye de faire par rapport à mon poids aussi.

I : Mmh

P : Et puis bon, il y a aussi le fait que je vis avec quelqu'un qui est encore plus sous-dosé que moi, mais lui c'est parce qu'il le voulait bien, si vous voulez, il a arrêté une cure, volontairement, il a pas tenu, il a pris de l'héroïne, bon moi je n'arrive pas à ne pas en prendre si on en achète devant mon nez, par rapport à ça je suis extrêmement faible et je le sais, désolé (rires). Mon copain a recommencé sa cure, mais il a commencé sa cure après une consommation d'héroïne de plusieurs mois, il est à, je crois, 30mg et puis, il est malade, et puis, il en prend aussi.

I : Mmh

P : Bon moi je lui en ai parlé tout ces temps, lui il en a pas repris, j'en ai pas repris pour le moment, j'espère que ça aller.

I : Mmh

P : Bon, il faut dire, moi je suis confrontée tout les jours à l'héroïne où je vis...

I : Mmh

P : tous les jours, tous les jours, tous les jours.

I : Où vous vivez c'est à dire...

P : Je vis dans un hôtel

I : Ahh

P : J'ai qu'à monter deux étages, j'ai un dealer, j'ai qu'à monter un étage, j'ai un dealer et je descends en bas, il y a des... je suis confrontée tous les jours, à l'héroïne, aux héroïnomanes, tous les jours, à part à mon boulot. Mon copain, lui il bosse pas, alors il est

encore plus confronté à ça que moi.

I : Mais pour vous l'héroïne ça reste un désir important, enfin, c'est un besoin ? En fait, quel rôle ça joue...

P : Je peux pas vous dire, je sais pas comment vous dire ça, je peux rester des périodes sans en prendre, même des longues périodes et puis à partir du moment où ça va mal, je vais avoir recours à ça, je sais pas pourquoi. Et à partir du moment où j'ai commencé à avoir recours à ça, c'est un cercle vicieux et j'ai de la peine à m'en défaire c'est...

I : Vous l'utilisez pour soulager des sentiments de malaise psychologique ?

P : Ouais, le malaise, quand je suis angoissée, nerveuse, stressée.

I : En fait c'est des sentiments d'angoisse qui sont importants ou... que vous supportez pas ?

P : Euh... que je supporte pas, non disons... Oui et non disons, parce que si vous voulez c'est un peu un cercle vicieux, parce que moi, le fait de prendre de l'héroïne d'un côté ça m'angoisse, aussi parce que je me culpabilise par rapport à ça...

I : Mmh

P : Totalement... Alors c'est un cercle vicieux.

I : Donc au départ il y a une angoisse que vous essayez de calmer avec l'héroïne, mais après, la conséquence de la prise d'héroïne vous redonne des angoisses...

P : Tout à fait !

I : Vous retournez à la case départ ?

P : Tout à fait ! Ça dépend des quantités qu'on prend, le moment où une personne elle est dans l'état où elle pique du nez, où elle est comme on dit un peu dans l'inconscient, là on angoisse pas du tout, mais bon c'est pas...

I : En général quand vous en prenez, vous en prenez beaucoup au point de piquer du nez, vous en prenez une bonne dose ?

P : Non, au prix où c'est, non ! Mais je crois que inconsciemment c'est ce qui est recherché ouais !

I : Finalement c'est un peu comme si vous vous endormiez... enfin je sais pas, l'impression...

P : Non c'est différent quand même...

I : Bon est-ce que c'est pas une forme de.. parce que bon dans le rêve, le sommeil, on est dans une sorte de... cocon... on coupe les...

P : Ouais, on coupe avec la réalité, c'est un peu ça qui est recherché je pense, c'est un mal être général, de toute façon, que ce soit de fumer du haschisch, de boire de l'alcool, prendre des somnifères et tout, ça, c'est un mal être, tout à fait, je le nie pas, autrement je ne pense pas que j'aurais recours à une drogue s'il n'y avait pas un mal être...

I : Mmh, mais ce mal être, vous n'arrivez pas à le cerner, enfin...

P : Non je... à cerner pourquoi je l'ai... Non c'est plutôt...

I : D'où il vient...

P : D'où il vient, je sais pas, je pense.. je sais pas, déjà je sais pas où s'arrête, où est chez moi la limite entre ma nervosité et puis, l'angoisse, parce que j'ai toujours les deux je pense... et puis bon, je sais pas...

I : Parce que c'est quelque chose de physique, ou bien c'est lié à des personnes cette angoisse ?

P : Non c'est... ça peut être physique quand je suis seule, ça peut être lié à des situations...

I : Quand vous êtes seule, là vous avez... une angoisse...

P : Ça dépend, si je fais rien, que je réfléchis, oui ça peut m'arriver oui.

I : Quelles sont les pensées qui vous viennent à ces moments là ?

P : ... (long silence) ... Ben je... déjà le fait de prendre des drogues, non pas du shit, par rapport à ça je me culpabilise pas du tout, je me culpabilise d'avoir éventuellement... d'un côté non, parce que c'est contradictoire, d'un côté je me reproche de ne pas m'être mis des bâtons dans les roues (sic), enfin, inconsciemment, au niveau du travail, de l'appartement, enfin au niveau de tout ce que les gens de mon âge ont déjà, donc matériel ou de leur manière de vivre. D'un autre côté... j'ai aussi pris de la drogue parce que je rejétais cette manière de vivre, mais c'est pas ça qui m'a aidé à être bien, tout en étant pas...

I : Vous rejetez cette manière de vivre, c'est-à-dire...

P : Métro, boulot, dodo, oui c'était un peu ça, au début, quand j'ai commencé à prendre de la drogue, le shit c'était pareil, j'ai commencé jeune, j'avais 16 ans, enfin, jeune, mon copain a commencé à 14 ans.

I : Mais est ce que c'était une partie de vous-même que vous n'acceptiez pas ou bien ?

P : Non je pense pas, je la rejette toujours, il y a des choses que je trouve, je vis avec, je fais avec, il y a tout qui est installé, c'est comme ça, mais je trouve que c'est n'importe quoi ce qu'on a fait, on a foutu en l'air plein de choses, on a fait des tas de conneries, on est une catastrophe ambulante. Autant on a fait des choses très bien, autant on a fait des horreurs, mais bon ça c'est depuis toujours...

I : Ouais, quand vous dites, métro, boulot, dodo, c'est l'aspect sérieux de l'existence une routine ou bien quelque chose de réglé, mais quand vous vous décrivez comme scolaire vous avez aussi tout un côté très réglé, sérieux.

P : Ouais, disons scolaire, oui, mais c'est réglé d'une certaine manière, mais tant qu'on apprend, on a toujours un plus, on reste pas en place, tandis qu'au travail, enfin, bon, personnellement, une fois qu'on sait faire tout ce qu'on doit faire, même si c'est pas tous les jours qu'on fait la même chose, c'est toujours la même chose, enfin le mien de travail en tout cas.

I : Mmh. Mais justement, l'aspect que vous...

P : Mais j'arrive à le... j'arrive tout à fait à me lever le matin, à faire mon travail pendant des années... Puis bon, moi quand je suis au travail, je pense pas trop (rires) mais ça sera après où je me sentirai mal, où je m'énerve si je fais une vie de tarée, mais ça sera pas au moment où je le ferai, je pense pas. Donc j'arriverai à assumer ce cercle, mais bon, au fond de moi, c'est pas du tout ce que j'aimerais.

I : Donc en fait, ces sentiments d'angoisse que vous ressentez et qui vous poussent à prendre de la drogue, vous pensez que c'est lié à une mauvaise estime de vous-même, c'est à dire que dans ces moments c'est des moments de dépression ou bien ?

P : Oui et non.

I : D'angoisse...

P : Oui et non, disons que moi, la première fois que j'ai pris, c'était par curiosité. En plus, maintenant les jeunes ils sont avertis, moi j'étais pas vraiment avertie, on m'avait dit : les drogues c'est pas bon, mais c'est tout. J'avais eu un cours à l'école, mais ça avait pas été bien loin, donc c'était plus par curiosité... et puis... et puis c'est plus tard, après avoir pris pendant une période, la première fois que j'ai croché, c'est parce qu'on en avait donné à mon copain une assez grosse quantité et puis donc c'est après avoir croché une première fois, décroché une première fois, c'est à partir de cette période que je retournais au produit, que je me sens mal. Au début je sais plus, je pense que c'était par rapport à des conflits, après j'ai fait une première cure, en XX, après, j'ai fait trois ans d'études et j'ai rien touché pendant une année et demi, ni méthadone ni héro et j'ai recommencé à en prendre en période d'examen, donc à un moment où je me sentais mal. Et puis à partir du moment où... moi j'arrive pas à en prendre un jour et puis dire stop...

I : En période d'examen vous aviez une crainte de l'échec ?

P : Ouais, de pas faire assez bien, pas de l'échec, non. Je savais que je passerai, sur toute les notes cumulées, mais ça a toujours été.

I : Donc vous en avez repris à ce moment là, par crainte de pas faire assez bien ?

P : Ouais, un peu.

I : Pour calmer cette angoisse ?

P : Ouais, je pense.

I : Donc vous aviez un grand désir de réussir brillamment ?

P : Non, c'était pas... c'était plutôt parce que moi je me sentais mal, que j'avais envie de me sentir mieux, j'ai toujours eu un peu.. moi dès que je suis devant une feuille où il y a une note à la clé, je suis soulagée quand j'ai posé le crayon et que j'ai fini. Par exemple, un truc tout simple qui vous ferait voir : si je passais mon permis de conduire, je suis sûr que la théorie je réussirais du premier coup et la pratique, je me planterais, simplement parce qu'il y aura un gulu à côté de moi qui sera en train de me contrôler, comment je conduis.

I : Vous craignez le risque de vous placer dans une situation où vous pouvez faire faux, ou bien être...

P : Non, c'est pas...

I : Une situation de faiblesse ou de...

P : Oui, d'un certain côté oui, puis d'un autre côté c'est peut être aussi le fait qu'on me contrôle, ça me stresse, et puis à ce moment là, je sais que je fais des erreurs.

I : En fait l'héroïne c'est un peu comme si ça vous permettait de surpasser ces sentiments de faiblesse, de manque...

P : De crainte...

I : Ça vous permet un peu de rejoindre ce besoin d'être presque parfaite, de bien faire les choses...

P : Parfaite, non, personne n'est parfait, mais de faire le moins d'erreurs possible, de faire le mieux possible.

I : Mais par exemple, quand vous prenez de l'héroïne, dans les examens, ça avait quel effet ?

P : Rien, ça ne me change pas mon comportement, ça ne m'empêche pas d'apprendre.

I : C'est juste au moment où vous la prenez que...

P : Ben ça dépend combien j'en prends.

I : ouais..

P : Je peux tout à fait en prendre, si j'en prends pas trop, et aller étudier derrière, oui, je pense ça a usé un peu mes capacités à la longue, mais sur le moment c'est pas ça qui me fera moins apprendre. Je sais que j'ai moins bonne mémoire à long terme, mais ça je crois que c'est plus le haschisch que l'héroïne. Parce que avant que je commence l'héroïne, je prenais du haschisch, je commençais déjà à avoir ce problème.

I : Mmh

P : Je parle pour de l'appris par coeur, je parle pas pour des événements... ou des...

I : Donc vous avez l'impression que systématiquement quand vous prenez de l'héroïne c'est pour lutter contre cette nervosité, enfin la plus part du temps ?

P : Ben, quand j'en prends, le moment où j'en prends, c'est que je me sens mal dans ma peau, autrement je n'irai pas en prendre, je chercherais pas à être dans un état autre que celui où je suis, ça c'est un fait.

I : Ah oui, c'est systématique.

P : Je sais pas, j'irais pas prendre de l'héroïne si je me sens bien

I : Parce qu'il y en a qui disent : "J'en prends pour le plaisir".

P : Ah non ! non. Je peux en prendre par envie d'en voir, oui.

I : Mmh

P : Mais pas pour le plaisir, comme ça. Mais bon, si j'en vois... non, si je me sens vraiment bien, j'arrive à en voir sans en prendre.

I : Si vous vous sentez vraiment bien, vous pouvez dire non.

P : Oui.

I : Alors, quand vous vous sentez mal dans votre peau, c'est un peu une angoisse diffuse, une nervosité, de temps en temps, vous ne pouvez pas vraiment définir ?

P : Non, l'estomac un peu serré...

I : Vous ne le mettez pas en rapport avec des éléments de vie ou d'autre ?

P : Non j'arrive pas à l'associer à des événements de ma jeunesse...

I : Parce que c'est un peu comme s'il y a quelqu'un en vous, un juge un peu sévère, qui dit, tu dois être comme ça...

P : Non, je me juge, ben bon déjà... Oui, ça m'arrive...

I : Parce que vous vous jugez négativement ? Dans ces moments d'angoisse, vous vous dites, ah, mais...

P : Ouais, mais bon de toute façon, c'est un cercle vicieux, parce qu'après, je me juge négativement parce que j'estime que prendre de l'héroïne c'est pas une chose bien non plus.

I : Mmh. Donc vous êtes à la fois...

P : Ah ça devient assez impossible.

I : Vous êtes juge et bourreau en fait ?

P : Ouais voilà, si vous voulez !

I : Mais en tout cas je prends pas de l'héroïne pour chercher à me détruire. Dans ma tête en tout cas, c'est pas pour ça. Y a des gens, ils recherchent ça inconsciemment...

P : Mais vous c'est plutôt pour échapper à un malaise intérieur.

Cas 3 : Nicole

I : est ce que vous pouvez vous souvenir de la dernière fois que vous avez pris de l'héroïne ?

P : Me souvenir ?

I : Ouais.

P : Y a pas très longtemps (rires).

I : Donc vous avez pas un grand effort de mémorisation à faire...

P : Non !

I : D'accord, est ce que vous pouvez me décrire les circonstances dans lesquelles vous avez pris l'héroïne ? Le contexte en fait ?

P : Normal... Qu'est-ce que vous voulez ?

I : Euh, avec qui vous étiez, dans quel état d'esprit vous vous trouviez ?

P : Mais toujours, c'est toujours la même personne, c'est toujours le même endroit.

I : Ah ouais, c'est à dire avec votre ami ?

P : Non, non, absolument pas, il n'en prends pas. Non c'est pas... c'est, c'est un ami... L'état d'esprit ? euh, mais c'est tout le temps comme ça, vous savez, un jour ça va, un jour ça va pas, donc... changeant quoi, fatigant.

I : mmh

P : Beaucoup d'effort pour rien.

I : Mmh... mais si vous essayez de vous souvenir du moment précis, où vous avez pris...

P : Vous entendez quoi, le moment précis ?

I : Ben c'est à dire, je sais pas, ça remonte à combien de temps ?

P : C'était il y a une semaine, il y a pas longtemps...

I : Et donc ça se passait...

P : Non, même pas, le début de cette semaine, j'ai une assez mauvaise mémoire pour ça.

I : Donc euh... est ce que vous pouvez décrire dans quel état vous vous trouviez avant ?

P : Avant, ben j'étais partagée entre l'idée d'en prendre et de pas en prendre, et puis pas craquer.

I : Et puis finalement vous avez craqué...

P : Mmh mmh...

I : Et puis, en fait comment vous expliquez, alors peut-être de façon plus générale, comment vous expliquez le besoin persistant d'héroïne ? Quel rôle ça joue dans votre...

P : Mais persistant, il y a un jour oui, un jour non, où ça me dégoûte, puis un autre jour euh... Je sais pas, je sais pas pourquoi... Parce que je trouve que c'est pas... une fois de temps en temps, ouais, moi c'est plus que de temps en temps, je vois pas le, trop le danger en ce moment, parce que comme il y a la cure, il y a un soutien, c'est un peu, vous voyez, c'est dangereux cette cure quoi. En même temps, j'ai envie de la finir, pour voir de quoi je suis capable toute seule, sans cette cure. Puis je sais pas, parce qu'il y a des fois où vous avez envie de déconnecter, puis voilà, parce que c'est planant, parce que voilà. Souvent c'est quand je suis fatiguée, ça me redonne de l'énergie.

I : Ouais, euh...

P : Puis je me rends pas bien compte, pas du danger, mais du, de la chose quoi, pour moi, j'ai l'impression de fumer une cigarette.

I : Mmh

P : C'est peut être ça, j'arrive pas bien à voir l'importance de la chose.

I : Ouais, mais le besoin de déconnecter, euh, c'est à dire, c'est de plus...

P : Ouais, parce qu'en fait, c'est oppressant tout ce qui se passe... Le boulot que je fais, c'est inintéressant... ouais ça fait du bien, un moment ailleurs quoi...

I : Mmh, vous vous sentez opprimée durant la journée ?

P : J'aime bien, par ce que ça se passe tout seul, je travaille tranquillement j'entends. Mais je dis pas que le lendemain ou deux jours après j'en ai envie, pas du tout.

I : Mais vous en prenez avant d'aller au travail ?

P : Ouais, en général je travaille.

I : Non, mais vous prenez de l'héroïne avant d'aller travailler ?

P : A midi.

I : A midi. Et la dernière fois, c'était à midi ?

P : C'était à midi. Moi ça me, je travaille encore mieux, je travaille tranquillement. Non, mais j'entends, c'est pas... ouais ! Mais par exemple le lendemain ou le surlendemain, j'y pense plus. Vous voyez ce que je veux dire ? Après, pour un moment, je vais plus y penser, puis après ça va de nouveau m'obséder, et tant que j'en aurais pas pris, je vais de nouveau y repenser.

I : Mmh

P : Vous voyez, et puis là je suis bien, ça va un moment.

I : Ah ouais. Donc en fait ça... c'est comme une sorte d'idée fixe...

P : Ouais, une idée fixe, ouais.

I : C'est quelque chose qui...

P : Ouais, tout à fait.

I : Vous en prenez une fois, puis pendant quelque jours ça passe ?

P : Puis après, j'y pense plus. Puis après, je suis pas contente, je m'en veux, j'entends, parce que je fais quand même un effort ici, et je veux dire, puis j'ai pas du tout envie d'en reprendre, pas du tout, du tout, jamais cette idée, mais... puis après il y a ici, il faut tout le temps se justifier, pfouh c'est pénible j'entends.

I : Mmh... Est ce que vous pensez que ça a un rapport...

P : Mais, je comprends pas pourquoi.

I : La personne avec qui vous la prenez...

P : Ça a un rapport, moi j'aime beaucoup cette personne, elle est littéraire comme moi, pour moi, on shoot pas hein, moi je la shoot pas.

I: Ouais.

P: Donc il y a déjà un truc qui est mieux, je la shoot pas. Donc... c'est une personne que j'aime beaucoup, mais que je peux pas aller voir si on est pas pété, j'entends. Je sais que si je vais la voir, on a beaucoup de choses en commun et il continue sa vie, c'est pas le dernier des junks, vous voyez ? Je veux dire, je vois que ça peut se passer très bien, on peut continuer sa vie tout en... je veux dire, des gens comme ça qui en prendront toute

leur vie, vous voyez ce que je veux dire ? C'est pas... c'est quelqu'un que je trouve très bien, et qui continue ça. Vous voyez ?

I : Mmh

P : J'ai pas le... je sais pas comment expliquer... et puis c'est toujours difficile de la voir sans craquer.

I : Mmh. Parce que c'est elle qui vous en offre ?

P : Oui. Non, bon, qui en offre... je veux dire, ouais, c'est là.

I : Donc c'est...

P : Et puis moi j'ai envie de voir cette personne, et puis en même temps, je me dis vas-y, je résiste souvent de pas aller la voir. Pour justement pas en prendre.

I : Mmh

P : Puis il y a un moment où pff, c'est dur tout le temps, tout le temps... pas tout le temps, mais tant que je l'ai pas résolu, enfin, que je suis pas tranquille pendant un moment, je vais y penser. Puis je vois que la maintenant ça fait une année et demi, j'arrive pas encore à m'ôter ça, bien que je veux pas du tout reprendre la vie que j'avais avant. Pas du tout. Alors je sais pas, je peux pas expliquer cette faiblesse, c'est...

I : Mais est ce que c'est pour compenser quelque chose que vous ne pourriez pas avoir dans la relation avec cette personne ?

P : Non, non, c'est moi, alors c'est pour compenser rien du tout, j'entends c'est pas du tout, j'y vais pas parce que ahah, je me suis engueulé avec tel, vous voyez, je veux dire, c'est plus une récréation, je veux dire, je m'accorde ça, j'estime que j'ai luté, enfin, luter, je veux dire on bosse ! On s'emm... enfin je veux dire, la vie de tout les jours, on se lève et tout, j'estime qu'il faut une petite récompense. Ouais, moi je prend ça comme ça, comme vous allez au cinéma, ou je sais pas... (rires) C'est pour ça que je dédramatise la chose, mais c'est pas bon pour moi, parce que après en même temps, a coté de ça, je peux être très clair, pas y penser, puis j'ai plus aucun ami qui est là dedans, plus... j'en ai très peu.

I : Mmh

P : Donc j'ai déjà fait un grand pas en venant ici, je veux dire, j'ai liquidé tout le monde. Il reste plus que cette personne à liquider, moi j'aimerais bien qu'elle arrête, comme ça on pourrait se voir tranquillement, je cherche pas des excuses, j'entends, c'est, j'ai qu'à pas du tout aller la voir.

I : Mmh. Donc en fait, c'est un peu une fuite, alors vous fuyez les frustrations de la vie de tout les jours ?

P : Ouais, je...

I : A travers l'héroïne.

P : J'arrive pas à dire: "plus jamais", dans ma tête c'est pas concevable de me dire que plus jamais j'en prendrai, même en étant ici, ça je l'ai dit, en commençant, c'est affreux, mais bon, j'arrive pas à me dire... je me dirai: "plus jamais tous les jours", ça c'est clair. Mais m'accorder ça une fois par mois, ou de temps en temps, je peux pas dire... peut être qu'un jour ça sera terminé, j'aurais un dégoût, mais j'arrive pas encore à me dire

plus jamais.

I : Mmh. Parce que en fait dans ce moment là, euh, vous vous sentez, qu'est-ce que vous retrouvez ? Vous retrouvez quelque chose que vous auriez perdu ? Ou...

P : Non, mais... Déjà j'ai hyper mal au dos, tout le temps, tout le temps, là, au moins pendant une journée, j'ai plus mal au dos. J'ai plus mal nulle part. J'ai des problèmes de dos, là, après, je sens plus rien. Je veux dire, je suis anesthésié, ça me fait du bien, je dois me prendre dix panadol pour que je sente un effet. Là, hop, ça va tout de suite. Il y a déjà ça, puis après, je sais pas, je fais les choses, ouais, je suis poussée quoi. Ça me paraît plus facile, mais bon, le lendemain, c'est pire. Mais je pense pas au lendemain.

I : Ah ouais, le lendemain c'est ...

P : C'est le retour, ouais c'est pas... c'est comme si vous prenez une cuite ou comme ça, vous êtes pas très, parce que mon corps, il le rejette maintenant, je veux dire, il est plus habitué, donc euh, mais bon.

I : Mais ça survient toujours dans le même contexte ou bien c'est ?

P : C'est, je dois dire...

I : C'est toujours avec quelqu'un quand vous en prenez ? Ou vous pouvez en prendre seule...

P : Ah, je peux en prendre seule, ça sans problème. Non, ça c'est pas le problème.

I : Ça varie ?

P : Ouais. Non, mais maintenant, c'est différent, c'est convivial, c'est marrant, enfin moi, c'est toujours avec la même personne. C'est plus comme avant où c'était un besoin. J'aurais très bien pu ne pas passer et puis ne pas en prendre, mais, j'ai pas eu la force...

I : Mmh

P : Je dois dire, en plus c'est... réellement dans le truc, c'est trop facile pour moi, j'ai une personne avec qui je m'entends hyper bien, qui est à deux pas de mon travail, qui est là tout les jours, qui a tout le temps tout ce qu'il faut. C'est un... souvent, j'y suis allé la voir, mais sans prendre quoi que ce soit, mais ça me demande quand même encore... je dois encore faire du travail.

I : Mmh...

P : Alors me dire de plus voir une personne avec qui je m'entends tellement bien, parce qu'il y a ça, c'est tuant des fois.

I : Mmh. Mais vous pensez pas à la voir ailleurs ?

P : Oui, on peut, tout à fait, il y a une possibilité, mais il y a toujours un peu cette obsession, je fais le parallèle quand je la vois.

I : Mmh

P : Mais bon...

I : Finalement, c'est un peu comme si c'était votre préoccupation principale, cette...

P : Non, il y a les deux, c'est par vrai, parce qu'il y a les deux choses, mais ça va

ensemble, je veux dire, on a, je sais pas, moi je vois pas où est le problème... de tant en temps, comme ça, je trouve pas que ça soit un grand problème.

I : Mmh

P : Mais il faut que ça passe, non, mais je suis bien consciente qu'il faut que je raye ça complètement, ça c'est sûr.

I : Ouais, en dehors de la cure méthadone, c'est vrai que si vous avez le même comportement, vous recrochez assez rapidement.

P : Ouais, justement, mais là, après, je suis pas bien, je suis pas fière de moi quoi.

I : Mmh

P : Je suis pas fière du tout de moi. Mais comment, comment vous voulez l'expliquer, enfin, on explique rien, comment justifier, enfin je sais pas...

I : Mmh. Vous avez pas l'impression de lutter contre...

P : Mais c'est pas journalier, faut pas croire que...

I : Ouais.

P : Je veux dire, là, je vais refaire une semaine deux semaine, puis peut être de nouveau que là, ouais c'est pas... c'est pas toujours facile quoi...

I : Mais est ce qu'il y a des sentiments que vous cherchez à éviter...

P : Comment ?

I : Ou à masquer, des sentiments désagréables, des choses à l'intérieur de vous même qui...

P : Mais, je saurais pas bien quoi, non. Mais je sais pas, voir ces gens, ils sont tous monotones, ils font tous la même chose, je veux dire, il y des fois où... c'est fatigant.

I : Ces gens, c'est à dire ?

P : La société, tous les gens qui m'entourent.

I : Mmh... Vous voyez la société de façon monotone, et c'est...

P : Un peu, bon, là, ça devrait aller mieux, parce que j'ai enfin pu m'organiser comme je voulais pour le début de l'année prochaine, alors euh... ça devrait mieux se passer.

I : Et puis, pour sortir...

P : Puis je sais pas, je viens ici, j'ai pas l'impression d'être... j'ai l'impression qu'on me prend comme une malade, je veux dire, je me sens pas malade, moi, je me sens pas la dernière... je sais pas, je me sens claire comme tout le monde.

I : Ici, c'est à dire euh...

P : Venir faire cette cure, j'en ai ras le bol, j'ai envie de l'arrêter, je veux plus venir ici quoi, c'est trop, trois fois par semaine, vous vous rendez compte ? Je bosse et tout, je dois encore venir ici pfouh... tout d'un coup, c'est l'étau.

I : Mmh

P : Puis c'est pas en faisant des conneries qu'ils vont me baisser la méthadone, c'est

un cercle vicieux quoi.

I : Ouais. En fait c'est vous qui êtes dans une sorte d'étau, c'est à dire entre votre désir d'héroïne et puis...

P : Ouais, Je me mets entre, parce que je sais très bien que je suis mieux sans, je le sais très bien, mais c'est...

I : C'est un peu comme si...

P : Je vous dis...

I : en vous changeant à l'intérieur de vous même, vous essayez de changer votre perception du monde, pour que ça ne soit plus monotone, pour que le monde ne soit plus monotone, vous avez besoin de changer votre intérieur ?

P : Ouais, ouais, ouais, tout à fait.

I : Mais là, c'est un peu comme si il y avait un mélange entre ce qu'il y a à l'extérieur et puis ce qui est en vous même.

P : Y a toujours un mélange, tout le temps.

I : C'est comme une solution magique, un peu...

P : De facilité...

I : Ouais, de penser que ça puisse changer l'extérieur...

P : L'espace d'une journée, c'est tout, et après, ça reprend, puis changer, c'est même pas du tout ça, c'est simplement... c'est un grand mot, simplement, peut-être que je prends les choses avec distance, enfin...

I : Mmh

P : Puis je me pose même pas de question, c'est ça le pire, je veux dire...

Cas 4 : Pierre

I : Pouvez-vous me parler de vos consommations récentes de drogues ?

P : Ouais bon, j'ai fumé, mais vraiment peu, je veux dire, je veux plus que ça fasse partie de ma vie. Déjà, par le mode de vie que ça comporte, j'ai plus envie de revivre ça, bon, j'ai pas encore la volonté de dire que plus jamais j'en reprendrai. Mais en fait, ce qui c'est passé, c'est que vendredi passé je m'emmêlais, je suis redescendu en ville pour voir des gens et puis, comme ça faisait des années qu'en allant là bas... ça a été en fait comme une sorte de réflexe, parce que je savais pas quoi faire...

I : Mmh

P : Tandis que maintenant j'essaye plutôt euh...

I : Ça c'était la dernière fois que ça vous est arrivé ?

P : Ouais, et puis je me suis dit, euh, j'essaye plutôt de... si j'ai rien à faire, bon ben j'irai plutôt à la Placette, et je resterai une heure à écouter des disques, peut-être que j'en achèterai un, peut-être que j'en achèterai pas du tout, j'essaye de faire d'autres choses...

I : Mmh, c'est à dire dans ce moment vous aviez un espèce de sentiment de vide intérieur ?

P : Ouais, de vide.

I : D'ennui...

P : D'ennui, de pas savoir quoi faire quoi. Et puis de solitude, pas mal de solitude...

I : Donc ça c'était un jour, vous ne travailliez pas ou bien ?

P : C'était un vendredi soir, le week-end arrivait euh..

I : Ouais...

P : Bon normalement le vendredi soir on est tous content, on sort, soit on va dans une... en général c'est là qu'on retrouve ses amis, on fait une soirée, on fait n'importe quoi, et j'avais rien de programmé... il y avait aucun concert, il y avait rien, alors que est ce que j'ai fait ? Je suis redescendu automatiquement au Mollard pour voir des gens, et puis ça a été un automatisme irréfléchi, en fait. Puis arrivé chez moi, ben j'étais encore plus mal qu'avant parce que j'étais tombé dans le piège, j'étais retombé dans le panneau. Par contre, ça m'est déjà arrivé de descendre au Mollard, d'être seul, hyper bien, d'y penser et puis de me dire, non, je le fais pas, ce qui fait qu'après, je rentre chez moi, même si la soirée sera pas excellente, au moins je suis content de moi, parce que j'ai eu la force de dire non, et puis de pas retomber dans cet automatisme, parce que je m'ennuie.

I : Mmh

P : Je compte beaucoup sur le sport, d'essayer de refaire de nouvelles connaissances quoi.

I : Mmh

P : Le surf, malheureusement, on arrive en fin de saison, alors, je vais commencer le judo, on verra, et puis je laisse venir.

I : Mmh. Donc en fait dans ces moments, c'est souvent dans le même contexte que ça survient le besoin d'héroïne ? C'est-à-dire dans le même état affectif de solitude...

P : Ouais, dans des moments de vide.

I : C'est presque tout le temps comme ça ?

P : Ouais, quand j'en prends, c'est si je suis tout le temps... maintenant de moins en moins, parce que je commence à avoir mes journées bien occupées, c'est vrai qu'arrivé au week-end, si je vais pas surfer, ou si je vais pas skier, en tout cas pour l'hiver, ben je sais pas quoi faire, quoi, puis j'ai plus envie de rester devant la télé pendant tout mon week-end, ça m'intéresse plus...

I : Mmh

P : Ce qui fait que je me retrouve seul, je sais pas vraiment quoi faire, alors automatiquement ben je vais faire ce que j'ai fait le plus souvent ces dernières années, c'est à dire... euh... ben me shooter quoi.

I : mmh, mais est ce que vous pensez pas qu'il y a une partie de vous même qui a

peut être envie de rester dans sa... dans cette union avec l'héroïne, enfin, avec la drogue, dans le sens où vous êtes un peu en autosuffisance ?

P : Non par ce que, enfin pas vraiment, parce que chaque fois que j'en prends, je me retrouve, je suis pas mieux qu'avant, déjà je la sens pratiquement pas, c'est... En fait, c'est le fait que ça va occuper mon temps pendant quelques heures, de devoir chercher, de trouver, de remonter chez moi, mais après, après l'avoir pris, je suis en général beaucoup plus mal qu'avant quoi, je veux dire... je suis là...

I : Ouais...

P : A me bouffer la tête, à me dire, quel con, pourquoi tu as fait ci, t'aurais pu faire ça, t'as 100 francs en moins, t'aurais pu acheter des CD, mais sur le moment, euh, j'y réfléchis pas, quoi, j'ai pas envie de rester dans ce milieu, parce que il y a rien, il se passe rien...

I : Quand vous sentez ce sentiment de vide, en fait vous savez pas vraiment ce qui vous manque, vous savez pas ce dont vous avez besoin ?

P : Ouais, je suis un peu perdu, je ne saurais pas vraiment... je ne saurais pas vraiment... pas ce qui me fait plaisir mais euh, ouais il me manque... c'est un effet de solitude quoi, je me retrouve seul, et j'aime pas la solitude. J'aime pas être seul en général quoi.

I : Ouais. Mais dans ce moment de solitude en fait, de quoi vous avez besoin, il y a quelque chose qui vous manque ?

P : Une copine, ou une relation... ouais, un copain ou une copine, quelqu'un avec qui causer, avec qui faire quelque chose, je veux dire arriver à se motiver l'un l'autre.

I : Mais là alors, à un certain moment vous court-circuitez ce désir, parce que vous avez besoin de quelqu'un, et puis à un moment vous, c'est comme si vous remplacez la personne par un produit ?

P : Ouais, c'est un peu ça, puis aussi ce qui ce passe quand on cherche de la poudre, on rencontre des gens, je veux dire, ça se fait pas tout de suite dans les 5 minutes, il y a quand même, faut la chercher, faut discuter, c'est, je sais pas si c'est pour le fait d'avoir des relations avec ces gens, mais... C'est pas pour la poudre en elle-même, c'est pour le fait que ça me fait faire quelque chose en fait...

I : Ouais...

P : Ça m'arrive rarement de, ça m'arrive une ou deux fois de me retrouver puis d'être complètement paumé, de plus savoir ce que je veux faire... me dire je vais au cinéma ?, je vais manger ?, puis je fais rien quoi, puis je suis là, au milieu de la ville et puis perdu quoi. Bon ça m'arrive rarement de... d'être comme ça dans cet état, de plus savoir ce que je veux faire, puis d'arriver à rien faire, alors en général je remonte chez moi, soit je mets de la musique ou soit j'allume la télé, en général j'allume la télé, parce que ça me fait comme une compagnie, ou de la musique, mais bon, ça m'arrive rarement d'être perdu comme ça, maintenant de moins en moins disons.

I : Mais là en fait c'est comme s'il vous manque les personnes vers lesquelles vous pourriez vous tourner ?

P : Ouais, c'est ça en fait.

I : Mmh... c'est comme si vous n'aviez pas à l'esprit, si vous gardiez pas en tête des personnes qui pourraient, avec qui vous pourriez aller, que vous pourriez rencontrer ?

P : Ben je sais que la plus part, j'en connais pas beaucoup, la plupart sont occupés dans ces moments là... et puis ouais, c'est ça, je me retrouve seul et puis c'est en fait, c'est remplacer la poudre pour... à la place des copains quoi, enfin, je pense...

I : Ouais...

P : J'y ai jamais vraiment réfléchi je dois dire...

I : Mmh...

P : Mais l'effet d'être stone, d'être avachi sur un lit, ça me plaît plus. Puis en général, quand j'en prends, c'est jamais le cas, je suis jamais... je pique plus du nez, bon je me renferme sur moi même c'est clair, je vais dans ma chambre, mais euh, ouais ça me plaît plus trop quoi. Vous allez me dire pourquoi est ce que je le refait ? Mais, si je le savais, je le referai plus quoi...

I : Mmh

P : Si je trouvai un autre palliatif, alors, maintenant j'essaye que ce palliatif ça soit le sport, bon ça peut pas être le sport toute la semaine...

I : Mais est ce que pour vous, ça représente un danger, le fait de nouer une relation profonde avec quelqu'un ou euh...

P : Je sais pas, ça m'est jamais réellement arrivé, en tout cas avec une fille, je suis jamais sorti longtemps avec une fille, peut-être au cycle, mais bon, on est gamin, puis après, il y a eu les histoires de poudres...

I : Il y a peut être quelque chose qui vous angoisse dans une relation profonde, d'établir une relation profonde...

P : Le problème, c'est de faire le premier pas, c'est d'arriver à la déclencher la relation, dès que le premier pas est fait, ça va quoi, c'est d'arriver à faire ce premier pas soit pour rencontrer quelqu'un quoi, ou comme ça quoi. Mais ouais, d'un côté ça me plairait, puis de l'autre c'est vrai que j'aime quand même mon indépendance, il y a des jours où... j'en ai pas du tout envie, mais je sens que ça me manque, quoi que ça me ferait peut être un peu peur, parce que je l'appréhende, je l'appréhende, parce que je l'ai jamais vécue, puis d'un autre côté, je le souhaite vraiment.

I : Mmh

P : Puis j'ai peur de ne pas être à la hauteur à la rigueur, de pas avoir assez à offrir à l'autre personne...

I : Donc à la limite, vous préférez rester avec vous même, comme ça vous ne risquez pas la déception, enfin, si vous restez avec votre "copine" l'héro, vous ne risquez pas d'être déçu ?

P : Ouais, je risque pas d'être déçu, ça risque pas de mal tourner, mais enfin, je suis quand même déçu...

I : Enfin, vous avez l'illusion de ne pas être déçu, parce que vous êtes pas dans la réalité, alors, forcément, ça peut pas marcher non plus, mais disons que vous pouvez garder l'illusion de...

P : Que ça arrivera un jour, que... que je la rencontrerai un jour, puis euh, mais c'est vrai que je fais pas grand chose pour, je dois dire, je sort peu, bon je sort très peu ces temps quoi...

I : Mmh, peut-être que si vous faites pas grande chose pour, c'est justement parce qu'il y a encore un côté de vous même qui n'arrive pas à renoncer au fait de se passer de l'autre, et puis de pouvoir se sentir bien avec un produit dont on dispose, qu'on peut utiliser comme on veut. Parce que c'est un peu l'illusion de pouvoir vivre le paradis sur terre, de pouvoir utiliser une substance qui nous offre le bonheur, c'est un peu... alors peut-être que vous n'avez pas renoncé à ce genre de paradis ?

P : Ben disons que maintenant je le considère plus comme un paradis, c'est euh...

I : Ouais, mais il y a quand même un côté de vous même qui...

P : Qui y retourne...

I : Qui y retourne, donc sans doute qu'au fond de vous même, inconsciemment, il y a quelque chose qui vous pousse à y rester...

P : Ouais, c'est une crainte de faire le premier pas, ou d'une déception, de pas être à la hauteur...

I: Ouais.

P: Mais normalement ça devrait... Je pense que plus ça va aller de l'avant, pour l'instant tout va bien, que ce soit les cours, que je vois que j'ai donné tout les jours, que j'apprends, que ça rentre, j'espère que... J'ai comme but d'y arriver et puis de rencontrer la personne qu'il me faudra quoi, alors je sais pas quand est-ce que ça arrivera, et puis voilà quoi...

ANNEXE 11. Concepts de base de la réduction des risques et des méfaits (M. Leckie, 1998⁴⁹⁹)

Note de l'éditeur de la version électronique : Donnée absente de la version électronique.

499

M. Leckie, *Le praticien et la réduction des risques*, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1998, 118, 9, pp. 739-742.

Traduit et adapté de : P. G. Erickson et al. (ed.), *Harm reduction : a new direction for drug policies and programmes*,

Toronto, University of Toronto Press, 1997, pp. 8-11.