

Trente ans d'intervention

En toxicomanie

par Marc Valleur

Mme la Ministre,
Mme la Présidente,
Chers collègues

Merci à tous d'être là...

Je suis très fier d'ouvrir cette journée, et très impressionné par la qualité des intervenants, qui ont, avec beaucoup de chaleur et de spontanéité, accepté de venir réfléchir avec nous, comme par le nombre et la qualité des personnes inscrites, de M. Aalam à Mme Zyserman... et il faut souligner que nombre de participants aujourd'hui sont venus de très loin, comme nos amis du Portugal, d'Italie, de Belgique, de Suisse, de Tunisie, du Maroc, d'Algérie, de Hongrie, du Liban...

Une telle célébration serait étonnante, pour une institution de taille (et de budget) modeste, si nous ne savions pas qu'elle est devenue, grâce à C. Olievenstein, le symbole d'un type d'approche et d'une éthique de l'intervention en toxicomanie...

Lorsque je suis arrivé comme interne au Centre Marmottan, en 1974, Claude Olievenstein m'a dit que c'était le dernier endroit à choisir pour faire une carrière de psychiatre, et que, de toute manière, il ne savait pas combien de temps cette expérience allait pouvoir survivre...

C'est dire que l'idée d'en fêter un jour le trentième anniversaire était hautement improbable, tant la légèreté et la fragilité de l'institution, comme la marginalité de ses positions, nous apparaissaient évidentes.

Ce sentiment de fragilité et de marginalité tient à plusieurs ordres de faits :

- Tout d'abord, et c'est sans doute le plus important, la difficulté de l'intervention en toxicomanie au quotidien, qui constitue un engagement, et une remise en question personnelle permanente, source de surmenage et d'usure, de ce qu'on appelle aujourd'hui le *burn-out*. Je me souviens par exemple d'une équipe de Montréal qui avait organisé une grande fête pour cet événement exceptionnel : un de ses membres atteignait dix ans d'ancienneté...

Cette journée est donc celle de Claude Olievenstein, qui a battu tous les records en la matière, et dépasse les trente ans d'intervention. Mais elle est aussi celle de tous les intervenants qui, malgré toutes les querelles de chapelles et les conflits idéologiques, partagent au quotidien la difficulté de ce travail, et méritent tous, quels que soient leurs professions ou leur lieu de travail, d'être considérés avec respect.

- Un autre aspect de cette question provient de ce que les intervenants partagent avec leurs clients une sorte de statut social de marginaux, sinon dans la réalité, du moins dans les représentations sociales : la force de ces représentations fait que nous sommes souvent considérés, de même que nos clients, comme des marginaux ou des psychopathes, peu enclins à respecter les règles et les lois, et peu soucieux de rigueur scientifique... Les soignants de toxicomanes seraient un peu forcément des voyous, comme les gens qui essaient de travailler sur la question du jeu pathologique passent, forcément, pour peu sérieux, tant la représentation du jeu comme contraire du sérieux est ancrée dans les esprits...

- Un troisième volet tient, indéniablement aux origines historiques, voire idéologiques de notre travail : Marmottan ne renie pas ses origines libertaires, son côté post-soixante-huitard, ni son lien originel avec les courants antipsychiatriques.

C'est en effet de ces influences et de ce contexte que provient le souci constant d'une alliance entre professionnels et « clients », dans une volonté permanente de réduire la dissymétrie inhérente à la relation soignant-soigné.

Il faut souligner que la référence à l'antipsychiatrie fut, à l'origine, en partie légitimée par l'inadéquation des structures existantes à la prise en charge des toxicomanes, sinon à celle de nombreuses formes de souffrance psychique : Olievenstein a toujours utilisé la référence négative à l'asile, comme exemple de ce qu'il fallait éviter de reproduire, comme il a toujours refusé un rôle de « chien de garde de la société ».

Ce n'est sans doute pas du tout par hasard si notre ami Umberto Nizzoli, élève de Franco Basaglia, est aujourd'hui l'un des piliers du service public de soins pour toxicomanes en Italie.

Les discours libertaires, nourris de la critique des *Asiles* par Goffman, du Foucault de *Surveiller et Punir*, ne furent pas à l'époque simplement la production de doux rêveurs au romantisme exacerbé par la surconsommation de drogues douces. La toxicomanie posait nombre de problèmes, et notamment celui de ne pas entrer, sous peine de réductionnisme excessif, dans les cadres théoriques de la science, et dans l'ordinaire des pratiques médicales ou psychiatriques.

Les premiers intervenants furent sensibles à l'idée, soutenue par T. Szasz que la « maladie toxicomaniaque » était en grande partie métaphorique, et laissèrent ouvert ce champ aux interrogations d'autres disciplines.

L'antipsychiatrie elle-même, en lien notamment avec la psychanalyse, a donc constitué un mouvement autocritique, à l'intérieur de la psychiatrie, et ne fut pas simplement dénonciatrice, mais aussi source de propositions alternatives.

Le type d'alliance que nous avons pu soutenir avec nos clients depuis 30 ans rejoint nombre de revendications très actuelles sur la citoyenneté et le droit des patients, sur l'humanisation de l'hôpital, bref, sur le fait que le souci de l'humain ne soit pas éclipsé par la nécessité technique du traitement des maladies.

Nous sommes très heureux que notre approche n'ait rien de clandestin, et de l'appui qui lui est apporté par le ministère des Affaires Sociales et par la M.I.L.D.T, sans le soutien de laquelle cette journée n'aurait pu avoir lieu...

Et nous sommes fiers de représenter un mode d'intervention du service public : je dois souligner que nous avons toujours été soutenus par notre administration, celle de l'établissement public de santé de Parray-Vaucluse, comme nous avons été soutenus par de nombreux confrères psychiatres. Je tiens par exemple à rendre hommage à l'un de mes maîtres en psychiatrie qui est présent ce jour, et qui incarne à la fois une clinique complexe, influencée par la psychanalyse, et le versant le plus humain de la psychiatrie de secteur, le Dr P. Bailly-Salin, auteur dès 1969 d'un texte très actuel sur la drogue^[1].

Nous sommes, et tenons à le rester, un service du secteur public hospitalier, médical, et, à l'heure où les structures de soins pour toxicomanes doivent entrer dans le cadre d'un financement par l'assurance maladie, il faut souligner l'importance que revêt pour nous le fait que les structures hospitalières restent dans le cadre sanitaire...

Nous sommes très impressionnés par la qualité de tous les intervenants à cette journée, qui ont accepté de partager avec nous leurs réflexions, et nous les avons laissés totalement libres quant au contenu de leur intervention.

Nous avons initialement conçu le programme de cette journée en trois parties principales :

- Une réflexion sur la fonction même de l'intervention en toxicomanie,
- Une réflexion clinique,
- Une réflexion sur les drogues et la civilisation.

*Les débuts de l'intervention
(le toxicomane comme minorité)*

Pionnier dans la construction même de la toxicomanie moderne comme entité sociale méritant un abord sanitaire, Claude Olievenstein se vit confier la tâche de fonder une institution expérimentale, dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970, qui a entériné un statut extraordinaire du toxicomane, à la fois délinquant et malade. Il faut parfois rappeler qu'aujourd'hui encore le rapport du Pr. Henrion n'a pas été suivi d'effets, et que le simple usage de stupéfiants, y compris de cannabis, est passible d'un an de prison, et que le droit à la gratuité des soins est assorti d'un droit à l'anonymat qui souligne le caractère hautement stigmatisé de la toxicomanie.

Pourtant, si la création de Marmottan correspond au versant sanitaire de la loi de 1970, il faut souligner que ce n'est pas la redécouverte ou la reconstruction d'une simple maladie qu'a effectué Claude Olievenstein.

Selon lui, le toxicomane est « à la fois malade et non malade », et la toxicomanie correspond avant tout à une forme de statut anthropologique très particulier, l'intervention ne pouvant être conçue indépendamment d'une réflexion sur son impact social.

Michel Foucault, à propos de la prison, dit que son but fut d'emblée, parmi la masse des infracteurs, de produire la délinquance. Nous pourrions accepter l'idée, de la même façon, que le but des institutions spécialisées serait, parmi la masse des usagers de drogue, de produire la toxicomanie. Le sentiment de fragilité de notre champ d'intervention se double donc d'une inquiétude permanente sur la fonction sociale de notre travail. À nous de faire que ce statut de toxicomane soit plus enviable que les alternatives possibles, qui seraient celui de malade ou celui de délinquant...

Les toxicomanes représentent d'abord la part rejetée, exclue, de la jeunesse, et le fait qu'Olievenstein soit né à Berlin en 1933 explique son engagement auprès de ce qu'il a vécu comme une minorité opprimée et stigmatisée.

Le professeur Jacquard dénonce l'excès d'exigence de la société envers les jeunes, l'ambiance de compétition élitiste, dans laquelle les plus faibles sont laissés au bord de la route.

L'usage de drogues est lié à cette problématique de plusieurs manières : il peut être, comme le dopage, un moyen de « suradaptation », un outil du culte de la performance.

Il peut aussi, comme dans le cas de la plupart de nos clients, être signe de rupture, de marginalité subie, ou d'anesthésie et de tentative d'automédication.

Mais les toxicomanes ne sont pas simplement des exclus, ou des victimes passives d'une société de consommation et de compétition.

Il peut exister dans leur démarche un choix de révolte ou de marginalité active, un refus d'acceptation des modèles dominants, une revendication d'un style de vie différent.

La recherche d'une liberté absolue qui s'abîme dans la dépendance, la relation au plaisir, au risque, à la mort : autant de thèmes philosophiques, posés à chaque fois, de façon différente, par chacun de nos clients, qui justifieraient des journées entières de travail avec Jacques Derrida...

Le droit à un plaisir autre, la revendication d'une existence en marge : ceci peut justifier de parler du

droit, non seulement des usagers de drogues, mais des toxicomanes, à le rester. Malgré bien des malentendus, il faut continuer à rappeler que le but du traitement n'a jamais été pour nous l'abstinence, mais ce que C. Olievenstein nomme la « démocratie psychique », la capacité à faire et à assumer ses choix.

Les dix ans de Marmottan

Si nous ne renions rien des principes issus de cette époque pionnière, il faut souligner que tant Marmottan que l'ensemble du dispositif de soins n'ont cessé d'évoluer, en parallèle aux modifications des modalités de l'usage de drogues et des toxicomanies.

Les dix ans de Marmottan, en 1981, ont correspondu à un tournant important, que le sociologue H. Bergeron[2] résume un peu rapidement par l'avènement de l'hégémonie du paradigme psychanalytique.

Ce fut, d'une certaine manière, la fin de la période pionnière, et le constat d'une professionnalisation et d'une institutionnalisation de l'intervention.

En 1981, Marmottan, l'établissement antipsychiatrique, tint un séminaire à Sainte-Anne, le plus haut lieu symbolique de la psychiatrie française.

Ce fut aussi la création du Centre Monceau de thérapie familiale : force était de constater que les toxicomanes n'étaient plus tous en rupture radicale avec leurs familles, et que la souffrance de celles-ci devait être prise en compte.

Ce fut aussi l'époque de la création de l'A.N.IT, signe que Marmottan s'inscrivait dans le cadre d'une véritable chaîne thérapeutique. Je remercie la présidente actuelle de l'A.N.IT, Mme Marie Villez, tant pour sa participation à cette journée que pour son soutien constant...

Les vingt ans de Marmottan

En 1991, nous avons fêté à la Sorbonne les 20 ans de l'institution, autour du thème : « Marmottan est-il toujours adapté ? »...

Le sida avait bouleversé le champ de l'intervention, remettant en question son caractère peu médicalisé, et démontrant la nécessité d'approches pragmatiques, regroupées sous le terme de politique de réduction des risques.

Je rappellerai que Claude Olievenstein avait, sans doute le premier, milité pour la mise en vente libre des seringues, et qu'il fut aussi, même à contrecœur, (« en désespoir de cause[3] ») l'un des premiers à soutenir l'extension des programmes méthadone.

En 1991 Marmottan put se doter d'un véritable service de médecine générale, visant à permettre l'accès aux soins des usagers de drogue actifs comme des toxicomanes en démarche de soin, et qui constitue aussi un lieu de prévention et de promotion de la réduction des risques.

C'est plus récemment, et après plus de débats internes, que nous avons intégré la mise à disposition – toujours anonyme et gratuite - de produits de substitution dans la palette de nos outils thérapeutiques.

Il semble que les querelles entre tenants et adversaires de la substitution soient aujourd'hui en grande partie dépassées.

Cela ne veut pas dire qu'il y a- ni qu'il doive y avoir – unicité d'approche en toxicomanie.

Et, parmi les questions qui ont agité notre champ autour des traitements de substitution, il faut noter que non seulement certaines restent d'actualité, mais qu'elles vont se reposer, inchangées,

dans le cadre des addictions...

Ces débats qui ont fait rage autour de la substitution nous ont poussés à poser plus clairement la question clinique des liens entre pharmacothérapie et psychothérapie, et à rouvrir une discussion ancienne avec Jean Dugarin, le pionnier de l'utilisation de la méthadone en France. Nous attendons avec impatience ce que ce mot - substitution – évoque à Jacques Derrida...

La substitution va aussi reposer la question des frontières entre l'approche clinique et les stratégies de santé publique.

Et ces deux ordres de questions vont continuer à se poser dans le cadre élargi des addictions, qui tend à remplacer celui de la toxicomanie...

L'apparente unanimité avec laquelle nombre d'intervenants, de chercheurs, d'auteurs d'articles scientifiques adhèrent à la notion d'addiction au sens large repose sans doute sur un certain nombre de malentendus, chacun semblant avoir une version différente du contenu de ce terme.

Il me paraît toutefois légitime d'en attendre un véritable progrès, dans la mesure où elle pourrait nous aider à reformuler les questions de la souffrance psychique, dans une dialectique avec la notion de maladie mentale, comme nous avons depuis longtemps essayé de le faire en matière de toxicomanies, à la fois mode de vie, symptôme, et comportant une "part de maladie"...

Ce n'est donc pas simplement l'abord de toxicomanies qui est en question, et il ne s'agit pas seulement de se questionner sur un rapprochement, au plan théorique, de recherche, entre alcoologie, tabacologie, toxicomanie. C'est toute la façon de rendre compte de la souffrance humaine qui peut en être renouvelée.

Une clinique de la complexité

Les toxicomanies sont "la rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socioculturel".

La formulation de Claude Olievenstein est, depuis maintenant deux décennies, convoquée de façon parfois incantatoire, dès qu'il s'agit de dépendances, ou d'addictions au sens large et très actuel.

Il n'est pas aisé de savoir qui, le premier, a formulé ce qui peut être considéré comme le cadre « trivarié » dans lequel, aujourd'hui, sont abordées les addictions. En matière de toxicomanie, l'idée a été évoquée par A. Lindesmith[4], et par T. Leary[5]. Elle aurait été proposée, mais en matière de maladie au sens le plus large, par Hans Seyle, le découvreur de la notion de stress : selon ce dernier, la maladie devrait être conçue comme une interaction entre un hôte, un agent pathogène et l'environnement.

Pour heureuse et consensuelle qu'elle soit, la formule s'avère trompeuse, si l'on pense y trouver une explication ou une modalité causale. Elle ne contient en fait aucune explication spécifique des toxicomanies, et constitue une formulation si générale qu'elle peut s'appliquer à bien des domaines.

Elle indique les angles d'abord nécessaires à l'appréhension d'un phénomène complexe, à la fois multiaxial et multivarié :

- multiaxial, car chacun des trois pôles principaux, mais aussi l'interaction entre eux, donne lieu à des approches théoriques particulières. Dans le schéma trivarié que nous proposons, chaque angle du schéma, chaque ligne, correspondant à des disciplines différentes ;
- multivarié, car, au cas par cas, pour une personne donnée, à un moment donné de sa trajectoire, l'un des aspects sera plus important qu'un autre...

Pour se moquer d'une formulation aussi générale, une sociologue parisienne s'est plusieurs fois

écrite : « mais on pourrait dire la même chose du camembert... ».

Cet argument se retourne en fait contre son auteur, car, justement, le camembert est une production humaine marquée par la culture et la tradition, bref un objet complexe, malgré sa banalité. Et il se trouverait fort mal décrit de façon quantitative et scientifique, en termes de molécules, de pourcentage de protides et de lipides : autant essayer de faire comprendre l'originalité d'un grand vin par la chimie, ou le charme d'un tableau par la quantité de pigments utilisés par l'artiste...

Elle peut être considérée comme un consensus dans la communauté scientifique internationale : Avec N. Zinberg, les Nord-américains parlent de "*set, setting, substance*", depuis D. Cormier les Québécois proposent des abords "bio-psycho-sociaux". Louise Nadeau a tout particulièrement développé les différences entre ce modèle « trivarié » et d'autres...

Jusque là, les dépendances avaient été conçues comme des maladies, liées à l'interaction entre une substance chimique et l'organisme : sur une personne plus ou moins prédisposée, se déroule un processus de dépendance, comparable à une maladie physique, qui ne peut être enrayeré par la volonté du sujet. Ce cadre conceptuel reste actuellement dominant dans les abords les plus scientifiques des différentes addictions, conçues comme des « maladies du cerveau », chroniques, et nécessitant un traitement à vie, soit de substitution, soit d'aide à l'abstinence.

Mais la fin des années 1960 allait voir se produire une véritable « crise paradigmatique » dans le champ des addictions, et de l'alcoolisme en particulier^[6]

Des éléments relevant de champs différents vont remettre en question les fondements conceptuels de la maladie alcoolique et des toxicomanies.

Avec Louise Nadeau, nous pouvons citer parmi ces éléments :

- Les études épidémiologiques de suivi de patients alcooliques : contrairement aux dogmes, il apparut que certains sujets étiquetés alcooliques réussissaient à redevenir des buveurs, sans pour autant retomber dans la dépendance. Or les discours médicaux, comme les principes d'Alcooliques Anonymes avaient ancré l'idée que l'une des bases de la maladie alcoolique était précisément le caractère irrémédiable de la rechute : l'abstinence absolue passait pour le seul traitement, et encore ce traitement était-il purement palliatif.

Rétrospectivement, l'impact de ces études paraît surtout symbolique, et la polémique a sans doute autant d'importance que les résultats : elle montrait que ce qui passait pour dogme et vérité scientifique était peut-être aussi une stratégie d'intervention. Le caractère irrémédiable des rechutes était autant un moyen d'encourager à l'abstinence, en faisant craindre la rechute, qu'une vérité démontrée scientifiquement ;

- les études (Marlatt) sur les effets placebo de l'alcool furent aussi une nouveauté : une substance qui passait, à juste titre, pour une drogue très puissante tirait une part de ses effets du contexte, des croyances et des attentes des utilisateurs...

- le paradoxe apparent des vétérans du Vietnam eut un impact encore plus important : les soldats américains, durant la guerre du Vietnam, avaient eu l'occasion d'utiliser de l'héroïne, et nombre d'entre eux étaient devenus très dépendants. Le gouvernement avait prévu pour eux des services de soins, de sevrage et de substitution. Or l'immense majorité des soldats ne recoururent pas à ces services spécialisés, et réussirent à se défaire « spontanément » de leur habitude. L'héroïne était déjà connue comme une drogue extrêmement addictive, et ces « guérisons » sans traitement amenèrent à une évidence : la fin de la guerre, le retour au pays, le changement radical de contexte avait plus d'importance que tous les soins médicaux...

Il est possible d'ajouter à ces éléments des facteurs d'un autre ordre : notamment, l'émergence des toxicomanies et de l'usage de substances interdites par les jeunes, dans la suite de mouvements contestataires ou contre culturels.

Comme les toxicomanies actuelles (particulièrement usage et dépendance d'héroïne et de cocaïne) se sont répandues dans la suite de la répression de ces mouvements de jeunes, il devenait difficile de les considérer comme de simples maladies.

Les psychiatres et psychanalystes ont, naturellement, cherché à comprendre ces toxicomanies comme une expression du malaise des jeunes, du conflit des générations, comme les phénomènes de bandes d'adolescents, de prises de risque ou de conduites suicidaires... Autrement dit, la réflexion psychologique ou psychiatrique s'est retrouvée comme enchâssée dans un cadre de conceptualisation culturel, anthropologique, sociologique.

Les spécialistes redécouvrent alors certaines approches sociologiques, et notamment les modèles interactionnistes de la déviance ou de l'intégration.

Les travaux d'A. Lindesmith[7] sur les opiacés, ceux de H. Becker[8] sur le cannabis avaient déjà démontré que l'effet des drogues n'était pas simplement explicable par la pharmacologie, mais impliquait une dimension d'apprentissage social.

À travers la redécouverte de ces auteurs, il redevient possible de parler de « carrières » d'usagers de drogues, et de mettre en cause les « entrepreneurs de morale », qui édictent les normes de conduites...

Tous ces éléments, d'ordres très différents, vont concourir à remettre en cause une vision de l'alcoolisme et des toxicomanies conçues comme des maladies, modèle qui, du moins pour les auteurs nord-américains, entraînait certains corollaires, et notamment celui du caractère chronique, progressif, inexorable de la maladie alcoolique ou toxicomaniaque.

Surtout, ils remettent en cause le dogme de la perte de contrôle comme centre de la problématique des dépendances, et de l'abstinence définitive comme unique planche de salut : le « boire contrôlé » devint un objectif pensable des prises en charge de patients alcooliques.

Une proposition de modèle alternatif, concurrent au « modèle de maladie », sera le modèle de l'apprentissage social : selon celui-ci, il existe une continuité entre l'abstinence et la dépendance.

Les modes de consommation varient dans le temps, pour un même sujet, sans qu'existe une progression prévisible et inévitable.

L'abstinence n'est pas un passage obligé dans le traitement de troubles liés à l'abus.

Le fait de consommer à nouveau n'est pas automatiquement synonyme de rechute alcoolique.

Le milieu, qui joue un rôle fondamental dans les modes d'usage, doit être pris en compte dans les approches thérapeutiques.

Nous nous rapprochons donc, dès ces années 1970, de la formulation des principales questions qui agitent aujourd'hui le champ des addictions.

En Amérique du Nord, existe, depuis cette période, une opposition entre tenants du « modèle de maladie » et défenseurs d'un « modèle psychosocial ».

Une variante de ce dernier est le « modèle adaptatif » (B. Alexander), qui met l'accent sur la dimension, sinon d'automédication, du moins de stratégie adaptative du sujet, qui, par le biais de l'addiction, tente de faire face aux difficultés de l'existence.

Cette promotion d'un nouveau modèle peut être interprétée comme une réaction des psychologues et des sociologues à l'emprise d'un discours strictement médical, dans un domaine complexe. Elle rejoint les critiques antipsychiatriques, et particulièrement les analyses de Thomas Szasz, comme les positions initiales de Claude Olievenstein.

Il faut noter qu'en France, ces discussions furent en quelque sorte reléguées au second plan par celles qui opposaient - et parfois opposent encore - les tenants d'approches psychanalytiques à ceux pour qui la biologie est au centre de la compréhension des addictions.

Selon les premiers, et surtout s'il s'agit de « psychanalystes radicaux », ni alcoolisme, ni toxicomanie, ni addictions ne sont des concepts opérants, puisqu'ils constituent de simples symptômes, et qu'une pathologie ne peut se définir en termes de conduite ou, moins encore, de comportements...

La psychopathologie, sous l'influence de la psychanalyse, met l'accent sur des structures psychopathologiques bien définies, comme la psychose, la névrose, la perversion : les conduites addictives n'existent que des productions symptomatiques labiles, qui ne sauraient constituer la cible ultime des interventions...

La notion même d'addiction est sans doute de nature à faire évoluer ces débats, qui agitent la psychiatrie française depuis des décennies, et les tentatives de modélisation des addictions peuvent servir d'exemple à une intégration des approches issues de différentes disciplines.

Au début du XXI^{ème} siècle, force nous est de constater qu'il n'existe pas de consensus, dans la communauté scientifique, quant au statut des addictions, et que les débats continuent à faire rage, schématiquement entre des approches privilégiant la biologie et les « modèles de maladie », et des approches « psychosociales », centrées sur l'adaptation ou le style de vie...

Les découvertes scientifiques dans les champs concernés ne font souvent qu'exacerber ces oppositions :

Depuis les années 1970, l'histoire est très marquée par les progrès de la science, au niveau de la compréhension des mécanismes cérébraux : la découverte des morphiniques endogènes a donné un fondement solide aux explications neurophysiologiques de l'action des différentes drogues.

Depuis, pour chaque catégorie de substances, nous avons vu que les sites d'action cérébraux étaient identifiés, ainsi que les neuromédiateurs qui, à l'état physiologique, utilisent ces sites.

Cette « révolution neurophysiologique » peut être comparée à la révolution pasteurienne de la fin du XIX^{ème} siècle : alors, chaque maladie était décryptée par la connaissance de son agent pathogène, la connaissance des modes de contamination...

Une meilleure connaissance des mécanismes normaux du plaisir et de la souffrance conduit en effet les chercheurs à proposer des modèles de plus en plus crédibles de la dépendance et des addictions.

Mais certains passent trop facilement de l'hypothèse à l'explication, et que les données issues des laboratoires et des recherches animales font grandement progresser les conceptions de tous, mais il serait excessif de penser que les addictions sont, maintenant, une entité bien cernée et bien expliquée par les avancées de la science biologique.

Toxicomanies ou addictions ?

Il est admissible que certains éléments du « modèle de maladie » correspondent à des réalités de la clinique et du vécu quotidien de certains alcooliques, toxicomanes, joueurs pathologiques, même si ce modèle est insatisfaisant et ne rend pas compte de l'ensemble des phénomènes addictifs.

La dimension de « dépendance médicale », de type « O.M.S », associée ou non à une addiction au sens plein (avec envahissement de l'existence, souffrance psychique, difficultés sociales, impossibilité d'arrêter malgré le désir de le faire...) continue, comme dans le cas du tabagisme, à donner tout son poids à une vision processuelle de maladie et de dépendance physiologique.

De même, il sera toujours nécessaire, au cas par cas, d'évaluer la place de l'addiction dans la vie d'un sujet, y compris dans ce qu'elle peut comporter de positif, de « moindre mal » ou de tentative d'adaptation, avant de considérer ce sujet comme un malade relevant du soin...

La place donnée, dans chaque tentative de modélisation globale des addictions, aux « toxicomanies sans drogues », aux « addictions comportementales », et par exemple au jeu pathologique, est donc un moyen d'évaluer la prise en compte, dans un modèle donné, de la part subjective de l'expérience addictive.

Toujours est-il qu'à partir du « modèle trivarié » la littérature sur les dépendances peut ainsi être classée selon l'angle abordé : les travaux sur les drogues et les objets d'addiction, ceux sur les sujets concernés, enfin ceux qui concernent le cadre, le contexte dans ses différents aspects, familiaux, sociologiques, culturels, historiques... Et, le plus souvent, des tentatives d'intégration entre tous ces différents champs. Les disciplines et les approches possibles sont à l'évidence extrêmement nombreuses. La complexité ne tient pas au mystère intrinsèque d'un objet forcément noble et grave, ni à la nécessité, pour l'exprimer, du recours à un jargon incompréhensible. L'objet - maladie mentale, toxicomanie ou addiction - peut même parfois acquérir une sorte d'évidence, de transparence existentielle ou phénoménologique, dès lors que nous pouvons le relier à des expériences personnellement vécues : l'addiction, ce n'est plus simplement de la drogue, mais c'est la cigarette ou le chocolat, aussi le sexe ou le conjoint, voire le feuilleton de télévision dont on a quelque honte à ne pouvoir se passer...

Mais le sentiment d'évidence n'entraîne en rien une simplicité de description, d'explication, encore moins une opportunité de réduction du qualitatif au quantitatif. Tout vécu humain reste irréductiblement complexe, et il est impossible de le ramener à une dimension, de l'expliquer par une seule discipline scientifique, comme il est impossible de présenter sur une surface plane à deux dimensions, un objet aussi familier qu'un globe terrestre.

Le champ est, en quelque sorte, non délimitable, (Derrida[9]), et même en étant neurologue, psychiatre, psychanalyste, éthologue, comme le docteur Cyrulnik, on ne peut prétendre l'englober ou le maîtriser...

Une clinique de l'intersubjectivité

En toxicomanie, mais aussi en psychiatrie, et de fait en médecine, la pratique clinique, pour sa grandeur plus que pour sa misère, relève de l'art plus que de la science. Théoriser les pratiques, ce qui devrait être l'objectif des cliniciens et l'une des bases d'évaluation thérapeutique, est le contraire de l'application de techniques issues des laboratoires de recherche.

Pour mettre en mots ce qui relève avant tout de l'intersubjectivité, les cliniciens, de façon manifeste ou implicite, recourent à des modèles syncrétiques, qui empruntent à des disciplines très diverses.

La place occupée par le contexte dans un abord complexe des addictions implique bien plus que la prise en compte de la cage des rats dans les expériences de laboratoire. Elle oblige à relativiser tous les "modèles de maladie" basés sur l'interaction entre molécule et synapse, comme les modèles psychologiques, qui réduiraient toute souffrance à une production symptomatique, soluble dans l'interprétation.

Les oppositions et les querelles de chapelle entre cliniciens (psychanalyse contre biologie, ou contre comportementalisme...) ne sont que le masque d'une dialectique entre ce qui, de l'ordre de la maladie, relève du processus et ce qui, de l'ordre du symptôme, relève d'interprétation, et peut en quelque sorte être replié sur l'histoire et la structure psychologique du sujet. Nous retrouvons, à partir d'une réflexion sur les addictions, l'opposition entre mécanismes vitaux et histoire intérieure de vie, qui est au cœur de la psychiatrie phénoménologique de L. Binswanger[10].

Les querelles autour des traitements de substitution peuvent, en partie, s'expliquer par deux visions cliniques différentes, qui devraient être complémentaires : d'un côté l'équilibre de mécanismes vitaux, le traitement de la part processuelle, de l'autre, la recherche de sens, l'abord de

la dimension symptomatique.

L'addiction elle-même devrait être conçue, à partir des toxicomanies, comme une entité à deux faces : d'une part la désobjectivation, l'effacement du sens, à travers la dépendance, d'autre part, avec la transgression ou les conduites ordaliques, la recherche de sens (dans le lien à l'histoire individuelle, mais aussi à la culture...)

La négation de cette dialectique nécessaire, dans le champ des maladies mentales ou de la souffrance psychique conduit à des effets paradoxaux : en France, l'hégémonie du discours psychanalytique en psychiatrie est, depuis les années 1950, allée de pair avec une pharmacothérapie de masse de toutes les difficultés existentielles, dénoncée aujourd'hui par beaucoup. Aux psychiatres qui tendaient à nier l'importance de la biologie et de la chimie, les laboratoires pharmaceutiques ont tenu le discours de la séduction : "la pharmacothérapie rend les patients accessibles à la psychothérapie" : comme si la part noble du soin restait de l'ordre de l'écoute et de la parole, le traitement un détail, un simple ajustement à faire une fois pour toutes...

Il vaut, sans doute mieux penser la place de la chimie à l'intérieur du traitement, peut-être en faisant la différence entre des traitements d'équilibre (le cadre habituel de la substitution, mais aussi des prescriptions psychiatriques de neuroleptiques ou d'antidépresseurs) et des traitements d'expérience, dont les sevrages, les séjours en centre de post-cure sont des exemples courants, auxquels peuvent s'ajouter des utilisations de nombre de substances, dans une optique qui n'est pas celle de la maintenance au long cours.

Traitements d'équilibre, traitements d'expérience

La promotion des traitements de substitution pour les toxicomanes, dans les années 1990, visait deux objectifs : d'une part, la réduction des risques dans la lutte contre le sida et, d'autre part, la diminution, pour les usagers, de l'impact très négatif des politiques prohibitionnistes, réalisant en quelque sorte une forme médicalement encadrée de légalisation.

Ces deux séries de fonctions ne sont guère d'ordre strictement thérapeutique, mais constituent plutôt des réponses sociales, à travers la facilité d'accès à des substances autrement prohibées.

Les justifications proprement médicales, telles que présentées dans les manuels internationaux, sont d'un autre ordre : initialement, par exemple, c'est un modèle métabolique de maladie qui sous-tendait les expérimentations de Vincent Dole et Mary Nyswander aux Etats-Unis.

Dans cette optique, les traitements de substitution sont des « traitements d'entretien » ou « de maintenance », destinés à équilibrer des mécanismes cérébraux : certains auteurs pensent par exemple que les déséquilibres des circuits dopaminergiques, en cause dans toutes les addictions, justifient le recours à des traitements réguliers et au long cours.

Contrairement à la position de John Marks^[11], qui pense qu'il s'agit d'abord de fournir aux patients les éprouvés qu'ils recherchent, les promoteurs des traitements d'entretien insistent sur le fait que ces traitements, très vite, ne produisent plus d'effets subjectifs.

Il s'agit de garder la dépendance, mais non l'addiction au sens plein du terme.

Nous sommes ici dans un contexte de « traitements d'équilibre », qui prévaut dans l'ensemble du champ des troubles psychiques ou des maladies mentales.

Les neuroleptiques, pour les psychoses, ou les antidépresseurs sont en effet considérés comme des traitements qui doivent être pris très régulièrement, pour de très longues périodes, sinon pour la vie entière.

Ces « traitements d'équilibre » pourraient avoir pour modèle l'insuline pour certains diabétiques : il correspondent à une maladie qui est avant tout un dysfonctionnement permanent

d'une fonction physiologique, la dépendance au traitement n'étant que la suppléance de la dépendance normale, physiologique, à la substance naturellement produite par l'organisme.

A ces traitements d'équilibre, il est possible d'opposer des « traitements d'expérience », qui ont d'autres visées, et qui correspondent à une conception différente des troubles en cause.

Nous pouvons admettre que les hospitalisations pour sevrage, les séjours en centres de post-cures, qu'il s'agisse d'alcoolisme, de toxicomanie, de troubles des conduites alimentaires, constituaient essentiellement des expériences de vie différente, notamment fondées sur le changement du cadre, du contexte de vie : la base physiologique de ces traitements peut se trouver dans les expériences animales, qui ont démontré le caractère déterminant du contexte dans le maintien ou la fin de la dépendance.

La visée de ces traitements n'est plus l'instauration d'un équilibre au long cours, mais le vécu d'une expérience, dont le thérapeute espère qu'elle puisse, de façon durable, marquer la mémoire du sujet, modifiant ainsi sa relation à l'objet de l'addiction.

Nous voyons ainsi qu'en matière de dépendance aux drogues il est erroné, sur le plan logique, d'opposer, comme le font trop d'auteurs, des stratégies thérapeutiques, fondées sur le sevrage et l'abstinence, à d'autres stratégies, fondées, elles, sur la substitution et la « maintenance ».

En effet, constituant un état, un équilibre au long cours, la substitution est du même registre logique que l'abstinence, telle que la vivent les membres d'Alcooliques Anonymes, c'est-à-dire un traitement à maintenir toute la vie, sous peine de rechute et de mort.

Le sevrage, en tant que simple expérience, qui peut simplement permettre au sujet de « rechuter », de retrouver des sensations de « défonce » plus fortes, une fois la tolérance dépassée, est, au contraire, non logiquement du côté de l'abstinence, mais de celui de l'éprouvé, de la sensation, de l'expérience, voire de la « défonce ».

Il est inutile de souligner que les traitements d'équilibre ont la faveur des scientifiques et celle des laboratoires pharmaceutiques, depuis la grande révolution pharmacologique des années 1950.

Il est infiniment plus rentable de promouvoir un traitement régulier, au long cours, si possible pour la vie, qu'une expérience unique, éventuellement renouvelable, mais de façon sporadique.

Au point que, si l'on imaginait un traitement efficace, en une seule fois, des dépendances ou plus généralement de maladies, il est peu probable qu'un laboratoire accepterait d'y investir des moyens : l'efficacité thérapeutique, dans cette fiction, s'opposerait trop à l'efficacité commerciale.

L'histoire des traitements en psychiatrie montrerait un désinvestissement progressif de traitements d'expérience, au profit de traitements d'équilibre. Longtemps, les traitements furent en effet conçus comme de véritables épreuves, parfois dangereuses, dont le sujet était censé sortir radicalement transformé.

Depuis Van Helmont au XVII^{ème} siècle[12], s'étaient développés ces traitements de choc, de l'immersion subite dans l'eau froide, aux douches, aux tourniquets et autres mécanismes destinés à surprendre, à déstabiliser les sujets, pour modifier, par une expérience extrême, leurs relation au monde.

Certains de ces traitements eurent leur heure de gloire, parfois justifiée : c'est le cas de la malaria thérapie de Wagner Von Jauregg, qui lui valut le prix Nobel de médecine au début du siècle : il s'agissait, par l'inoculation de fièvre, de traiter la paralysie générale, d'origine syphilitique, et ce fut le premier traitement efficace d'une maladie mentale.

La lobotomie fut, à juste titre, plus discutée, et il en fut de même d'autres traitements d'épreuve, parfois ressemblant à des ordalies subies, malgré eux, par les patients, comme les électrochocs, les cures de Sackel (comas insuliniques provoqués), voire les cures de sommeil...

On pourrait noter aussi que la psychothérapie elle-même commença par des expériences, l'hypnose, puis les thérapies brèves, avant d'aboutir à une relation psychanalytique au long cours, presque traitement d'équilibre, si la relation au thérapeute est considérée comme un élément permanent de l'existence...

Ces rappels peuvent nous aider à comprendre pourquoi les premières expériences de traitements par hallucinogènes, avec le L.S.D. à la fin des années 1960[13], ne devaient pas entrer dans le courant dominant des dogmes médicaux et pharmaceutiques.

Il convient pourtant de faire une place nouvelle à la notion de traitements d'expérience, et de développer les réflexions sur un champ de recherches pratiquement abandonné.

L'intégration des traitements, à l'intérieur du cadre de la relation psychothérapeutique, est en effet l'un des moyens majeurs d'harmoniser les dimensions psychologiques et biologiques de la dépendance.

C'est ici, qu'à côté du sevrage, et parfois de l'aide au maintien de l'abstinence, se trouve la place de l'accompagnement des rechutes (et non simplement de la prévention des rechutes), et que la prescription, pour les toxicomanes, de substances psychoactives majeures, hors d'une optique de traitement d'entretien pourraient trouver une place.

L'expérience d'une prescription d'héroïne n'aboutirait pas forcément à une substitution à l'héroïne, la prescription de psychotropes pourrait être négociée, et discutée, au fur et à mesure de l'accompagnement thérapeutique.

Nous sommes ici éloignés du consensus entre psychiatres et laboratoires pharmaceutiques, selon lequel « la chimiothérapie rend le patient accessible à la psychothérapie ».

Ici, il conviendrait plutôt de dire que la qualité de la relation thérapeutique permet l'expérience de traitements, dont la gestion, en fin de compte, reviendra au sujet concerné.

Le normal et le pathologique

Nos questions initiales, sur la place du toxicomane dans la société, comme de la fonction sociale de l'intervention, se reposent aujourd'hui en matière d'addictions au sens large.

La volonté de faire le bien de la population, en luttant contre, non seulement les dépendances, mais les effets des usages nocifs ou de l'abus, renvoie évidemment au problème des frontières entre clinique et contrôle social, entre ce qui relève, légitimement du soin, et ce qui relève de l'hygiénisme, ou de l'action « d'entrepreneurs de morale ».

L'accent passe actuellement de la toxicomanie aux conduites de consommation, de la dépendance à l'abus, puis à l'usage.

Particulièrement en Amérique du Nord, les discours sur les addictions voient s'opposer les tenants d'un « modèle de maladie » aux partisans d'un « modèle psychosocial », ou d'un « modèle adaptatif ».

Sans revenir sur les caractéristiques de ces modèles, nous remarquons que cette opposition est fondée sur une certaine vision de la maladie, considérée comme un processus prévisible, extérieur au psychisme et échappant totalement aux efforts du sujet pour modifier sa condition. Les autres modèles insistent au contraire sur le caractère réversible des troubles, et sur la continuité sans faille, pour chaque addiction, entre l'indépendance absolue et la dépendance totale.

C'est probablement d'abord la conception de la maladie qu'il s'agit d'interroger.

Dans le champ des addictions se reformulent en effet avec acuité les questions fondamentales soulevées par G. Canguilhem[14] sur le normal et le pathologique

Cet auteur oppose la conception de la maladie de Claude Bernard à celle de Leriche : pour le

premier, la physiologie constitue la base scientifique de la médecine, et la maladie n'est que variation quantitative du pathologique. Les travaux sur le diabète, défaut de sécrétion de l'insuline, soutiennent cette vision de la maladie. Pour le second, l'état de malade diffère radicalement de l'état sain...

Les questions posées par Canguilhem, de façon très schématique, peuvent se présenter ainsi :

Y a-t-il continuité sans faille entre normal et pathologique, les variations étant simplement de l'ordre du quantitatif ? L'addiction ou la dépendance sont-elles simplement l'extrémité d'une courbe, allant de l'abstinence primaire à l'usage simple, puis à l'abus ou l'usage nocif ?

Y a-t-il homogénéité qualitative entre la condition normale et celle de malade ? Un « addict » est-il simplement un usager, voire un « abuseur » ?

Le primat des logiques de santé publique, et les évaluations quantitatives sur de grandes populations tendent à faire privilégier l'idée d'un continuum entre usage et dépendance. Conduire avec plus de 0.5 grammes d'alcool dans le sang est dangereux, que l'on soit ou non dépendant... Mais ces logiques tendent aussi à minimiser l'importance des constructions cliniques, basées sur une façon d'être au monde spécifique d'une "pathologie".

Les "malades", et d'abord les dépendants ou les "addicts", ne sont perçus alors que comme l'extrémité, quantitativement presque négligeable, d'une courbe de Gauss. L'accent passe de la toxicomanie aux conduites de consommation, de la dépendance à l'abus, puis à l'usage.

Or il existe une spécificité de l'être au monde anorexique, comme une spécificité de l'obésité, même si les anorexiques et les obèses ne sont que les deux extrêmes de la courbe de poids en population générale.

La clinique des troubles alimentaires met l'accent sur des éléments existentiels, autant que sur des critères quantitatifs : l'absence de conscience de sa maigreur est aussi importante dans le diagnostic de l'anorexie, que le poids lui-même.

La promotion d'une norme, par définition abstraite et idéale, comme critère unique de santé peut entraîner un élargissement infini des catégories dites pathologiques.

Le seul critère permettant au clinicien de soutenir sa position de soignant, et non de simple instrument de normalisation, reste la demande du patient. Pour qu'il y ait maladie et possibilité de soin, il faut l'expression d'une souffrance, et non la réunion de critères objectifs et quantifiables (le nombre de consommations par jour, par semaine...). Bref, malgré toute la volonté d'objectivation des scientifiques, il ne saurait y avoir de pathologie sans un sentiment subjectif d'aliénation, d'étrangeté à soi-même, de maladie portée par les patients eux-mêmes.

La toxicomanie, mais aussi le jeu pathologique, ou les autres addictions, peut être abordée comme une problématique à deux faces, souvent étroitement intriquées :

- Un versant processuel, qui justifie tant les descriptions en terme de « maladie », que les approches neurophysiologiques, ou les comparaisons avec les modèles animaux de la dépendance;
- Un versant « symptomatique », où la conduite addictive garde un lien avec la structure psychique et l'histoire individuelle du sujet.

Ces deux versants correspondent phénoménologiquement aux explications que le sujet lui-même peut se faire de ses propres troubles.

D'un côté, aliénation subjective, impression d'être aux prises avec un processus étranger à soi, de l'autre reconnaissance d'un plaisir particulier, d'une recherche active de risque, ou du moins idée que ce que l'on vit est en continuité avec son histoire, sa manière d'être au monde...

L'objet de l'addiction présente la caractéristique de pouvoir être conçu tantôt comme objet de désir, tantôt comme objet de besoin. Plutôt qu'opposer des modes de compréhension qui privilégieraient l'un de ces deux aspects, il faut tenir compte du fait que cette double fonction de

l'objet est, justement, le propre de la relation addictive.

Ces deux versants correspondent certes aux grandes catégories de modèles proposés pour rendre compte des addictions : modèles de maladie, avec la notion de processus prévisible, et souvent idée que les explications ultimes sont à rechercher dans la biologie, d'autre part modèles psycho-sociaux, ou psychanalytiques, dans lesquels l'addiction est « symptomatique », produit de facteurs plus profonds.

Mais il paraît possible, plutôt que d'opposer ces deux types de modélisation, de les associer au sein d'un modèle commun, qui intègre ces différentes dimensions.

La dépendance s'opposerait alors, de façon dialectique, à la recherche de sens, qui emprunte parfois la forme de la mise en risque du sujet. L'opposition entre ces deux dimensions est, en effet, celle que nous avons relevé dans les deux conceptions du risque dans les addictions : d'une part, risque subi, objectif, d'autre part risque recherché, dans la construction par le sujet d'une épreuve à traverser, pour se prouver son droit à la vie. Recherche de sensations et conduites ordaliques sont les deux façons de tenter de prendre en compte cette dimension active de la recherche de risque. Sans développer plus cette question, je me permettrai seulement d'insister sur le fait que des constructions cliniques incluant des réflexions sur la relation au risque ne sauraient s'opposer à des stratégies de réduction de risques.

Il est possible que, notamment par l'impact de la personnalité de C. Olievenstein, le discours clinique ait longtemps tenu lieu de politique de santé publique.

Il ne faudrait pas, aujourd'hui, tomber dans un excès inverse, où les approches de réduction des risques et de santé publique tendraient à remplacer purement et simplement la clinique et le soin aux personnes en souffrance.

Le primat des logiques de santé publique, et les évaluations quantitatives sur de grandes populations tendent en effet à minimiser l'importance des constructions cliniques, basées sur une façon d'être au monde spécifique de ce que l'on peut appeler une pathologie.

Drogues et civilisation

La nourriture, le sexe, le jeu et l'argent : autant de conduites qui relèvent de domaines originellement sacrés, et qui ne pouvaient être contrôlés que dans un cadre religieux. Pouvant être à l'origine d'un désir engloutissant, sans limites, inassouissable, ces champs d'activité sont devenus le centre d'exercice de la morale depuis les plus anciennes civilisations.

Il faut y ajouter une catégorie à part, mystérieuse et moins évidemment universelle : la relation aux drogues, aux substances psychoactives, à la modification de l'état de conscience.

Les drogues ne sont en effet en rien des préoccupations récentes pour la société.

Il est même permis de penser qu'elles sont, depuis la plus lointaine origine, présentes dans l'histoire de l'humanité, et qu'elles ont joué un rôle majeur dans l'origine même de la civilisation.

Qu'est-ce que le sacré ? L'historien des religions Mircea Eliade, soulignant que le monde, au moins pour les croyants, se divise en sacré et en profane, note que le sacré ne peut se définir d'une façon positive : c'est le contraire du profane, qui est le contraire du sacré...

C'est donc un mystère, une autre dimension de la connaissance, une autre manière de percevoir le monde, qui pourtant s'éprouverait, à travers les expériences spirituelles ou mystiques, au plus profond de soi. Il relève non de la logique ou d'explications, mais de ce que les croyants appellent un acte de foi.

Nous aurions tendance aujourd'hui à penser que ce mystère, si étrange et si quotidien, relève

de ce que Freud appelait "une autre scène", celle de l'inconscient individuel, qui apparaît lors d'une modification de la conscience à la fois radicale et quotidienne, le rêve...

Les drogues peuvent aussi entraîner une modification radicale de l'état de conscience, réalisant une opération singulière, qui peut s'apparenter à une "hiérophanie" (une révélation du sacré).

L'ivresse (qu'elle soit alcoolique, cannabique, barbiturique...), le voyage hallucinogène, la "planète" sous opiacés, le "high" de la cocaïne : autant de façons de modifier les perceptions de soi-même et du monde, pouvant réaliser une "extase" au sens étymologique, c'est-à-dire une sortie de soi.

Être soi-même et pourtant différent, voir le monde réel, mais transfiguré : n'est-ce pas à la fois une description de ces différentes ivresses, et l'essence de la révélation mystique ?

Le théologien Philippe De Félice^[15] s'est interrogé dès 1936 sur les liens étroits entre l'usage de drogues et la religion, et s'est posé la question des sources de l'alcoolisme et des toxicomanies, de façon tout à fait moderne : selon lui, et contrairement à la célèbre formule des soviets, ce n'est pas la religion qui est l'opium du peuple, mais le contraire. Il existe une religion de l'opium, qui est très présente dans les pays d'Orient, comme il existe une religion de l'alcool, de l'éther, de la morphine, de la cocaïne en Occident...

Ces formes de religions "privées" que représentent les dépendances à l'alcool, au tabac, aux drogues, ne sont que la redécouverte, par des individus de l'époque moderne, de pratiques anciennes, qui ont pu être réellement intégrées à un cadre religieux.

Toutes les religions, à une phase ancienne de l'histoire, ont en effet recouru à l'usage de substances psychoactives pour permettre le lien entre le monde profane et le monde sacré, entre l'homme et les puissances supérieures.

Cela est d'abord vrai pour les sociétés animistes, traditionnelles, sociétés "à temps circulaire", dans lesquelles le sacré est directement présent et interrogeable à travers des éléments naturels. Dans ces sociétés, il est à peine justifié de dire que les plantes permettent un accès au monde du sacré. En fait, elles participent du sacré, elles sont elles-mêmes ce sacré, et les consommer est une façon d'éprouver leur pouvoir... Ce pouvoir de la plante est l'un des objets de réflexion de Jeremy Narby, qui devrait conclure cette journée, en abordant le thème de la place des drogues dans la civilisation...

L'étude de pratiques encore existantes chez les Indiens d'Amérique peut nous éclairer sur les pratiques religieuses des anciens, qui restent souvent mystérieuses, soit qu'elles remontent à la préhistoire, soit qu'elles relèvent de rituels secrets (comme les fameux mystères des Grecs anciens).

L'emploi de cactus ou de champignons hallucinogènes est une pratique encore en vigueur chez des indiens d'Amérique centrale, et elle est attestée chez les anciens Aztèques par exemple. Le peyotl, qui contient la mescaline, ou le psilocybe mexicana, un champignon hallucinogène, sont à la fois le moyen et l'objet de véritables cultes. L'autre nom de ce champignon est d'ailleurs "teonanacatl", "la chair des dieux", pour les Aztèques.

Robert Gordon Wasson (dans le recueil de P. Furst) rapporte en ces termes son expérience personnelle avec ce champignon : «Le champignon (...) nous permet de voir, plus fortement et plus lumineusement qu'avec notre œil mortel, bien au-delà des horizons de cette vie passagère ; il nous permet de voyager dans le temps, de traverser d'autres niveaux de réalité, de connaître d'autres plans d'existence ; comme disent les Indiens, il permet de voir Dieu. » Nous voyons qu'un homme d'aujourd'hui, qui aborde ce sujet avec un esprit scientifique, se voit contraint d'employer un langage spirituel, religieux, sinon mystique, pour rendre compte de son expérience...

Il existe donc encore dans toutes les parties du monde des exemples d'utilisation à des fins religieuses de plantes hallucinogènes : loin d'être une curiosité rare, il s'agit d'un phénomène présent dans la vie religieuse de toute l'humanité, à un moment ou un autre de son histoire, et notamment

dans le passé des grandes civilisations.

Le plus ancien texte de l'Inde, le *Rig-Veda*, est centré sur le culte d'un breuvage sacré aux nombreuses vertus, le *Sôma*, qui procure une forme particulière, et parfois dangereuse d'ivresse, est aussi un remède absolu, et un élixir d'immortalité...

La plupart des auteurs considèrent aujourd'hui que le *Sôma* était une plante hallucinogène. Selon R.G. Wasson et P. Furst, il s'agit de l'amanite muscaria à chapeau rouge, champignon dont l'absorption peut entraîner la mort, mais qui, utilisé "correctement" procure des effets hallucinogènes. Ce champignon serait à l'origine des plus anciens cultes de l'humanité, et des premiers grands mythes que nous pouvons étudier.

Son usage remonte même à la préhistoire, à l'âge de pierre, à l'époque des chasseurs-cueilleurs. Toutes les grandes religions puiseraient leurs mythes originels à ce culte primordial, dont elles garderaient la trace, sous des formes plus ou moins reconnaissables.

«Ceci est ma chair...» : la communion des chrétiens rappelle l'emploi de "la chair des dieux" aztèques, et la présence du vin lors des messes peut être la trace de l'emploi de boissons enivrantes à des fins religieuses.

Le tabac lui-même, qui nous paraît aujourd'hui si loin d'un hallucinogène, fut pourtant d'abord un outil de culte pour les Indiens d'Amérique. La fumée réalisait pour eux un pont entre la terre et le ciel, entre le monde profane et les puissances sacrées. L'usage qu'en firent les Européens, après la découverte de l'Amérique par Colomb, fut bien différent. Et tous les problèmes sanitaires liés aujourd'hui au tabagisme doivent nous aider à réfléchir aux différences de conséquences de l'usage d'un même produit, lorsqu'il est utilisé dans des contextes culturels très divers...

Ces drogues qui nous paraissent étranges, sont en fait connues depuis toujours. Mais leur usage n'a jamais été considéré comme simple et banal.

Les drogues peuvent donc être considérées comme liées au sentiment de transcendance éprouvé par l'homme, et donc comme à la fois existant depuis l'aube de l'humanité, et toujours taboues, en quelque sorte intrinsèquement mystérieuses..

Un cas particulier d'usage de plantes sacrées est leur emploi comme poison d'épreuve dans des procédures d'ordalie, c'est-à-dire de cette procédure judiciaire connue sous le nom de jugement de Dieu et la notion de conduite ordalique soulignent le caractère « anachronique » des conduites à risque dans notre société.

Prendre des risques peut, dans certains cas, avoir le sens d'un recours à une épreuve ordalique auto-imposée, dans un monde où ces pratiques ont perdu leur sens collectif. L'usage de drogues, de façon générale, comporte le même paradoxe : il est, comme le pensait De Félice, une façon d'essayer d'atteindre une dimension sacrée, dans un monde où il n'existe plus de « voyages » institués, qui permettent l'accès aux puissances supérieures.

En choisissant parmi les drogues celles qui sont présentées comme les plus dangereuses, certains jeunes joignent au tabou de la drogue, le tabou du risque et de l'épreuve ordalique...

Certains sujets sont plus tentés que d'autres par l'expérience, certains sont vulnérables ou résistants à la dépendance : les travaux de Boris Cyrulnik nous indiquent des pistes pour resituer dans un contexte plus large les notions de vulnérabilité ou de résilience...

Nous avons eu la naïveté, au début des années 1970, de découvrir un phénomène nouveau. Ce n'était que la reprise, forcément différente, des toxicomanies modernes, qui existent au moins depuis le début du XIX^{ème} siècle, depuis Coleridge et De Quincey...

Certains commencent, avec la même naïveté, à penser que la drogue est en train de passer de mode...

Il est peut-être permis aujourd'hui d'imaginer que la société tend vers un traitement différent

des drogues en fonction de leur dangerosité, tolérant des espaces festifs ou privés de consommation, permettant une utilisation plus large et plus souple, dans le cadre de traitements expérimentaux, de substances aujourd'hui illicites.

Michel Rosenzweig, qui a travaillé sur les drogues dans l'histoire, représentera aussi à cette tribune la Belgique, qui a récemment avancé dans le sens de la dépénalisation de l'usage des drogues... Mais l'idée d'un monde sans toxicomanes, sans dépendants, est aussi utopique que celle d'un monde sans drogues.

Le traitement politique et culturel de la question de la drogue, le traitement réglementaire de la question de l'abus ou de l'usage nocif ne doivent pas se faire au détriment du soin aux dépendants ou aux toxicomanes.

Non seulement nous devons continuer, dans les directions tracées depuis plus de 1930 ans par Olievenstein, mais nous devons affirmer l'existence d'une véritable école de pensée et d'intervention, et tendre à développer notre action : d'une part, dans un élargissement du public concerné : les utilisateurs de « nouvelles drogues », qui, toxicomanes ou non, peuvent nécessiter des conseils et une aide appropriée. Mais aussi certaines formes d'addictions proches des toxicomanies. Les rapprochements et les échanges avec les collègues du champ de l'alcoologie sont déjà intéressantes. Il faudra aussi se pencher plus sur les problèmes de dopage des sportifs, sur la question du jeu pathologique...

D'autre part, au niveau de la palette des outils utilisés : dans le cadre de « traitements d'expérience », il devrait par exemple, à terme, être possible d'utiliser, de façon thérapeutique, sinon des hallucinogènes, du moins de l'héroïne. La gamme des propositions, pour un même client, et selon le moment de sa trajectoire, irait ainsi de la prescription médicalisée d'héroïne, au sevrage complet...

Alors qu'on ne pensait pas durer aussi longtemps,

Il faut donc nous préparer à

commencer à continuer...

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

© Odile Jacob, 2001

[1] P. Bailly-Salin et al., « Amours, délices, et drogues », *Ann. Méd. Psych*, 1970, 1(128), 120-126

[2] H. Bergeron, *soigner ou prendre soin des toxicomanes : anatomie d'une croyance collective*, thèse de doctorat de sociologie, Paris, Institut d'études politiques, 1997, 463 p.

[3] C. Olievenstein, « En désespoir de cause », in Hervieu J.M. (dir.), *L'Esprit des drogues : la dépendance hors la loi ?*, Autrement (Série Mutations), n°106, avril 1989, p.28-39.

[4] A.R. Lindesmith, *Addiction and opiates*, Chicago, Aldine, 1968.

[5] T. Leary, *La politique de l'extase*, Paris, Fayard, 1979.

[6] L. Nadeau : la crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme. In P. Brisson : *L'Usage des drogues et la toxicomanie*, Gaëtan Morin, 1988, p. 185-199.

- [7] A. Lindesmith : *addiction and opiates*, Aldine, Chicago, 1947.
- [8] H. Becker : *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985 (1963 pour la 1^{ère} éd.).
- [9] J. Derrida (entretiens avec A. Prique), « rhétorique de la drogue », in Hervieu J.M. (dir), *L'Esprit des drogues : la dépendance hors la loi ?*, Autrement (Série Mutations), n° 106, avril 1989, p.197-214.
- [10] L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Éditions de Minuit, 1971, 263 p.
- [11] A. Henman, *Drogues légales : l'expérience de Liverpool*, Paris, Éditions du Léopard, 1995, 146 p.
- [12] V. J. Postel et C. Quézel (dir.), *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994.
- [13] C.S. Olievenstein, *Contributions à l'étude du LSD 25 en clinique psychiatrique : relations entre l'état clinique, les thérapeutiques psychotropes et l'effet du diéthylamide de l'acide lysergique*, thèse de médecine, faculté de médecine de Paris, 1967, 67 p.
- [14] G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, « Quadrige », 65, 1998, 1^{ère} éd., 1966, 224 p.
- [15] P. De Félice : *Poisons sacrés, ivresses divines*, Paris, Éditions Albin Michel, 1970 (1^{ère} éd., 1936).