

Phénoménologie du pr ocessus addictif

Parcourir la littérature concernant l'addiction aux drogues donne l'impression de ne pas toujours avoir affaire au même phénomène. En effet, selon le lieu de pratique ou d'observation la population concernée est différente, ou plus exactement, les dispositifs dédiés à la prise en charge de ce problème concernent sensiblement le même public mais pris à des moments différents de son histoire avec les drogues. Par exemple, les toxicomanes qui fréquentent les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) sont des consommateurs actifs cherchant seulement à éviter les contaminations virales et à palier leur désinsertion sociale, alors que ceux qui s'adressent à un CSAPA souhaitent, en principe, arrêter leur consommation ou, au moins, éviter la marginalisation induite par leur dépendance. De plus, la diversité des théorisations psychanalytiques de l'addiction interroge et Brusset (2004) se demande si les plus grandes différences se situent entre les psychanalystes, entre les formes cliniques d'addiction ou entre les modes d'organisation psychique sous-jacents ou adjacents. En ce qui concerne la première partie de sa question, il propose que la nécessaire participation active de l'analyste explique cette diversité. En effet, *"il est logique que le mode de fonctionnement psychique en séance soit ainsi induit par le style de la communication, le contre-transfert antérieur au transfert et les théories d'attente du psychanalyste."*⁸.

Dans un premier temps, il nous paraît donc important de préciser les caractéristiques de la population que nous avons rencontrée dans le cadre de notre consultation psychologique en CSAPA. A partir de là, nous décrirons à grand trait le parcours du toxicomane dans sa relation avec les drogues, en repérant à quel moment de cet itinéraire il est susceptible de venir demander de l'aide dans un CSAPA et quels infléchissements les soins proposés font subir au phénomène addictif.

⁸ Brusset B., Dépendance addictive et dépendance affective, p. 409 - 410.

1.1. La population rencontrée

C'est à partir d'une expérience de près de 14 ans auprès de patients toxicomanes ou souffrant d'addiction sans produit que se fonde ce travail. Pendant ce laps de temps, ma fonction de psychologue m'a permis de rencontrer plus de 230 patients (91 femmes et 147 hommes), âgés de 16 à 75 ans avec une moyenne d'âge de 31 ans. La plupart était poly-toxicomane, mais si l'on considère le produit consommé principalement on peut dire que 73% étaient héroïnomanes, 6 % fumaient du cannabis, 5,5 % étaient cocaïnomanes, 4 % étaient alcoolo-dépendants, 3 % étaient dépendants à des médicaments psychotropes et 0,5 % consommaient de l'Ecstasy. Quant au 8% restant, ils étaient atteints d'addiction sans produit (jeux, achats et sexe). Les plus âgés étaient concernés par l'addiction aux jeux ou aux achats compulsifs. Les entretiens se font en face à face (parfois en côte à côte) avec une fréquence variable. J'ai rencontré certains patients une seule fois, d'autres pour des suivis plus ou moins longs, quelques-uns dépassant 10 ans mais comprenant des interruptions.

1.2. L'expérience toxicomaniaque

Le concept d'expérience toxicomaniaque a déjà été travaillé par d'autres, telle que N. Panunzi-Roger (1993). Pour ma part, je considérerai cette expérience comme une trajectoire allant de la première rencontre avec la drogue jusqu'à l'addiction proprement dite en passant par les éprouvés cénesthésiques et l'état de manque. Il s'agit d'un schéma d'ensemble extrait de mes observations cliniques qui est, bien évidemment, à moduler par toutes les variations individuelles comme je le rapporterai dans les cas cliniques exposés plus loin.

1.2.1. L'expérimentation des drogues

La première rencontre avec la drogue est déterminée par différentes conjonctures se situant souvent au cœur de l'adolescence avec la prédominance de l'une et/ou l'autre des problématiques suivantes :

- La recherche de sensations et la découverte de l'apaisement du mal-être existentiel lors de la consommation de drogue ; effet transitoire et donc toujours à renouveler, puisque l'expérience prend ici la valeur d'une révélation. Ainsi, l'apparition de toute tension, qu'elles

soient d'origine interne ou externe, sera ensuite soulagée au plus vite par le recours à la consommation qui acquiert ainsi une fonction d'automédication et de protection contre l'effondrement dépressif.

- Le besoin d'appartenance à un groupe et d'identification aux pairs afin de pallier la défaillance du modèle identificatoire intrafamilial ("pour faire comme les autres" disent-ils). Derrière ce mimétisme, au moins deux types de contexte peuvent être repérés. Le premier se rencontre lorsque l'identification est bidirectionnelle, c'est-à-dire que celui qui propose ou autorise l'expérience de la drogue, le fait par sollicitude empathique, soit pour soulager dans la plus grande inconscience les affres d'une adolescence sans perspective, soit pour répondre à l'envie insistante d'un compagnon d'infortune. A l'opposé, le deuxième contexte concerne les fournisseurs aux fonctionnements pervers, qui pour s'assurer l'emprise sur l'autre, rendent leurs clients potentiels « gratuitement » dépendant en leur offrant leurs premières doses avant de faire commerce avec eux, mais parfois aussi afin d'avoir à disposition un partenaire sexuel. On pourrait dire que la consommation a, ici, une fonction à la fois de rite initiatique et de levée des inhibitions, les deux favorisant la rencontre de l'autre dans une relation au même, en estompant son inquiétante étrangeté.

- La rébellion contre des vécus d'empiètement ou d'emprise de l'objet. La recherche active de la drogue et sa consommation est une tentative d'individuation par le défi, la transgression, mais aussi la fuite. Dans cette problématique, les drogues pourraient avoir une fonction de régulation émotionnelle et, ainsi, de contrôle des affects accompagnant, entre autres, la conflictualité avec les objets parentaux (protection en particulier contre le sentiment de culpabilité). La maîtrise du corps, vécu comme une machine à piloter, est au premier plan : on utilise des stimulants pour augmenter ses performances et des opiacés pour adoucir anxiété et dépression qui s'ensuivent.

C'est la phase de découverte d'une expérience inédite dont le facteur déterminant l'évolution qui s'ensuivra nous semble être la vulnérabilité de l'expérimentateur dans ses dimensions psychique et/ou biologique.

1.2.2. Les expériences cénesthésiques

Elles sont très diverses, à la fois qualitativement et en intensité. En effet, les psychotropes sont susceptibles d'entraîner des modifications transitoires des sensations, de l'humeur, de la conscience et/ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales.

Ainsi, selon le produit consommé domineront l'euphorie avec les opiacés, les hallucinations sensorielles avec le LSD et les champignons, la stimulation psychique et physique avec la cocaïne et les amphétamines ou l'ivresse avec l'alcool et le cannabis.

Actuellement, la plupart des usagers de drogues expérimentent plusieurs produits, en particulier lors des grands rassemblements de jeunes autour de la musique techno où il est très facile de s'en procurer. La polytoxicomanie s'est donc généralisée et inclut les médicaments psychotropes détournés de leur usage tels que les anxiolytiques et les hypnotiques.

En fonction à la fois de l'état dans lequel se trouve le sujet au moment de la consommation et de la quantité de produit absorbé, le ressenti sera de l'ordre du plaisir, voire de l'extase ou au contraire, de l'ordre du désagrément et même du malaise profond. Cette expérience peut donc être vécue avec un sentiment de complétude narcissique et d'omnipotence, mais elle peut aussi être profondément traumatique.

Même lorsque l'expérience n'a pas été agréable la première fois, elle est susceptible d'être renouvelée, particulièrement lorsque le sujet se retrouve dans un contexte identique à celui qui a présidé à ses premières consommations, quitte à essayer d'autres produits. La fréquence du recours au produit augmente ensuite progressivement.

Ce qui domine cette période est le sentiment d'avoir acquis la capacité de contrôler son état interne indépendamment de l'entourage puisque même lorsque les choses se passent mal avec une drogue, il suffit de recourir à une autre pour corriger les effets indésirables. C'est donc une phase d'illusion de toute puissance au cours de laquelle la demande d'aide est rarissime.

1.2.3. La découverte du manque

Le délai d'apparition du vécu de manque est très variable d'une personne à l'autre ; il peut apparaître quelques jours seulement après la première prise de drogue et jusqu'à plusieurs années après le début de la consommation. Cette variabilité me semble liée à l'ampleur de la vulnérabilité de l'individu ; certains, vivant dans un contexte de précarité traumatique, vont avoir tendance à consommer d'emblée plusieurs fois par jour, alors que d'autres, plus insérés, vont se contenter de la prise de produit récréative du week-end.

Le manque est généralement d'abord vécu au niveau somatique, en particulier avec l'héroïne. Chez le précaire, le syndrome de manque est mélangé aux souffrances chroniques

qui l'assaillent, ce qui justifie la prise répétée de produits. Quant au consommateur occasionnel, il se réveille un matin, malade, avec un syndrome de sevrage ayant l'allure d'une grippe : sudation, rhinorrhée, tremblement, douleurs musculaires et abdominales. Il se découvre ainsi dépendant à son produit, à moins qu'encore trop naïf, il ait besoin d'un tiers averti pour nommer son malaise. Cette découverte le fait basculer du sentiment de maîtrise toute puissante à celui d'être l'esclave de sa dépendance, car s'il veut éviter la douleur du sevrage, il devra désormais se procurer sa drogue, ou une drogue de substitution, coûte que coûte. Pourtant, le manque physique n'est pas le plus redoutable car il est transitoire. En effet, les troubles corporels s'estompent au bout de quelques jours. Si certains le craignent, d'autres sont capables de le supporter répétitivement, à condition qu'ils aient la possibilité de s'isoler quelques jours. Par contre, l'état de manque psychique, qui se caractérise par une envie irrépressible de drogue, est beaucoup plus durable et peut réapparaître après plusieurs années d'abstinence. Au début, le sentiment de perdre le contrôle volontaire de soi-même est fortement dénié et ne sera reconnu que beaucoup plus tard.

Cette expérience fait perdre peu à peu, à la fois confiance et estime de soi, c'est la phase de désillusion.

1.2.4. L'emballlement addictif

L'usage répété des drogues provoque une adaptation de leurs cibles biologiques qui se traduit par une modification de leurs effets psychiques. Dans le cas de l'héroïne, l'effet euphorisant disparaît progressivement, c'est ce qu'on appelle la tolérance, et si, pour compenser, le consommateur augmente les doses, c'est alors son effet sédatif qui domine ; avec la cocaïne, c'est plutôt le phénomène inverse qui se produit, à savoir une sensibilisation, c'est-à-dire que l'effet excitant augmente jusqu'à provoquer de véritables états psychotiques (de type paranoïde). C'est ainsi que la recherche du produit en vient à perdre son sens commun puisque les effets plaisants, au mieux s'évanouissent, au pire cèdent la place à des sensations pénibles. Le toxicomane exprime alors beaucoup de désarroi à ne plus savoir justifier son comportement, il peut alors parfois admettre avoir perdu le contrôle de son comportement consommatoire dont il subit la répétition compulsive comme une contrainte interne. Peu à peu, tous les investissements du sujet dépendant sont orientés vers la quête de l'objet drogue, conduite envahissant l'ensemble de sa vie. Les enjeux personnels et sociaux sont alors énormes : après s'être ruinés eux-mêmes, mais parfois aussi leurs proches, certains

toxicomanes feront usage d'expédients pour poursuivre leur pratique addictive (trafic de drogues, vols ou prostitution, par exemple). Certains chercheront aussi à s'extraire seul de cette spirale infernale en se sevrant, s'auto-substituant avec d'autres produits et souvent plusieurs à la fois (médicaments opiacés ou anxiolytiques, alcool, cannabis...) ou changeant de ville et parfois même de pays pour fuir dealers et environnement trop associés à leur consommation. Il est à noter que la prison constitue également souvent une occasion d'interrompre la prise compulsive de drogue au moins pour les plus dures. Malheureusement, toutes ces tentatives se soldent fréquemment, à plus ou moins long terme, par une rechute.

C'est la phase du désarroi. Selon les sujets, la recherche d'aide et de soins sera envisagée, plus ou moins tardivement, avant ou après une marginalisation sociale d'ampleur variable. A cette étape-là, l'entourage, s'il est suffisamment étayant, peut avoir un rôle important pour éventuellement limiter les conséquences délétères.

1.3. L'expérience thérapeutique

1.3.1. La demande de soin

Bien qu'il s'agisse d'une démarche volontaire, les personnes qui viennent demander de l'aide au CSAPA, le font généralement à un moment de leur parcours où elles se sentent complètement débordées par leur dépendance au(x) produit(s), c'est-à-dire lorsque le processus addictif est bien installé. Le sujet passant tout son temps dans la recherche de la drogue est dans l'incapacité de se maintenir dans une formation ou un emploi, n'a plus les moyens financiers de ses consommations, avec des conséquences psychiques et sociales parfois dramatiques⁹. La contrainte à se soigner peut aussi venir de pressions externes au sujet, par exemple, d'une mesure de justice, l'obligation de soins, ou des proches qui le menacent d'abandon. Le repérage de cette part de « non choix » est important chez des sujets paradoxalement agrippés à leur addiction comme à l'expression de leur libre arbitre. Cependant, le constat de cette contrainte à chercher auprès d'un autre une solution pour

⁹ Il est à noter qu'une évolution semble actuellement en cours car les usagers de drogues, au moins pour certains, viennent demander de l'aide de plus en plus tôt, donc de plus en plus jeune, et parfois même avant d'avoir fait l'expérience du manque.

desserrer l'étai de la dépendance, doit rester implicite, silencieux, jusqu'à ce que l'espace thérapeutique offert soit vécu comme un espace de liberté (c'est-à-dire ne redoublant pas la blessure narcissique de n'être plus maître de soi) et qu'une alliance thérapeutique puisse s'instaurer.

En général, ce que viennent quérir en premier lieu les personnes dont une part de la dépendance s'est portée sur les opiacés, c'est un produit de substitution leur permettant d'éviter le syndrome de sevrage physique, soit parce qu'elles ne peuvent plus s'approvisionner en héroïne, soit par réel désir d'arrêter d'en consommer. Il s'agit de médicaments opiacés à longue durée d'action, c'est-à-dire ne nécessitant qu'une prise quotidienne contrairement à l'héroïne, et qui ont le grand avantage d'être gratuit et licite ! En appui sur cette prescription, le premier travail des soignants est d'être à l'écoute et de faire émerger les nombreux problèmes qui ne sont pas résolus par le traitement de substitution, pour ouvrir les soins sur des propositions autres que médicamenteuses.

La rencontre avec la psychologue peut alors être reconnue comme un temps où la souffrance psychique peut s'exprimer dans un espace contenant, et être élaborée si une relation thérapeutique durable parvient à s'établir.

1.3.2. La réponse institutionnelle

Située dans un hôpital général public, le CSAPA où j'interviens propose une prise en charge médico-psycho-sociale aux toxicomanes qui en font la demande. Il est composé d'infirmiers, de médecins (dont un psychiatre), de psychologues et d'assistantes sociales. Le patient doit faire la démarche de téléphoner ou de se rendre au CSAPA où il sera reçu par l'un des infirmiers pour un entretien d'accueil. Après évaluation de sa situation, l'infirmier ébauche un projet thérapeutique en proposant un rendez-vous avec chacun des autres professionnels, médecin, psychologue et assistante sociale, particulièrement si le patient est en demande de traitement de substitution par la méthadone.

1.3.2.1. Prise en charge médicale

Elle comprend les soins somatiques et psychiatriques. Dans ce dernier domaine, les prescriptions du médecin sont de deux types. Il peut s'agir de traiter les troubles psychiques associés, ou considérés comme antérieurs à l'addiction ou bien de traiter spécifiquement cette

dernière. Ainsi, pour la dépendance aux opiacés sont utilisés les médicaments de substitution, qui, paradoxalement, entretiennent la dépendance au niveau biologique mais la rendent silencieuse au niveau social ou plus exactement, déplace la dépendance d'une substance très psychoactive et à durée d'action courte vers une autre à effet moins violent et à durée d'action longue, ce qui facilite grandement sa gestion. Ainsi, la longue durée d'action de ces médicaments permet une seule prise quotidienne, alors que l'héroïne, une fois la dépendance installée, doit être consommée plusieurs fois par jour pour éviter le manque. Ils sont aussi moins euphorisants et le développement du phénomène de tolérance¹⁰ est nettement réduit (Kreek et al. 2002).

1.3.2.1.1. Les traitements de substitution aux opiacés

Tous les médicaments de substitution font partie de la liste des stupéfiants, c'est-à-dire que la prescription doit être faite sur une ordonnance sécurisée infalsifiable. Il n'est pas rare que les patients aient déjà testé l'un et/ou l'autre de ces produits, via un ami sous traitement ou le marché noir, avant de venir en demander la prescription à un médecin.

Actuellement, deux molécules sont disponibles en France :

- La méthadone, depuis 1995, dont l'initiation du traitement doit être faite dans un CSAPA. C'est un agoniste entier¹¹ des récepteurs opioïdes de type mu (μ), comme la morphine ou l'héroïne, avec le même risque vital de dépression respiratoire par surdosage (overdose). Son excellente biodisponibilité permet son administration par voie orale¹² ; sa forme galénique la plus courante est un sirop buvable suffisamment visqueux rendant difficile son utilisation par voie veineuse. Cependant, depuis 2008, elle est aussi disponible sous forme de gélules rendues également impropre à l'injection par l'adjonction d'un gélifiant. Lorsqu'un traitement méthadone est prescrit, le médecin fait signer au patient un contrat dans lequel il s'engage, entre autre, à ne pas consommer d'autres substances psychotropes, qu'elles soient illicites ou licites comme les médicaments, et à se soumettre aux contrôles urinaires qui permettent de le vérifier.

¹⁰ La tolérance est la diminution progressive de l'effet d'une dose fixe de drogue lorsque son administration est répétée, elle conduit le consommateur à augmenter les doses pour tenter de retrouver l'effet initial.

¹¹ C'est-à-dire que son activité intrinsèque est identique à celle du neurotransmetteur endogène, qui dans ce cas sont les endomorphines, et induit une réponse presque maximale (>80%, Saidak et al. 2006).

¹² Entre 80 et 95% de la méthadone ingérée passe dans la circulation sanguine générale.

La méthadone sirop est délivrée au CSAPA par les infirmiers, quotidiennement la première semaine en augmentant les doses jusqu'à stabilisation, c'est-à-dire que plus aucun symptôme de manque n'apparaît. Ensuite, les délivrances sont progressivement espacées, c'est-à-dire que plusieurs jours de traitement sont confiés au patient, avec un maximum de quatorze jours, à condition qu'il n'y ait pas de surconsommation ou de consommation d'autres opiacés. La méthadone gélule est prescrite aux patients ayant déjà suivi, sans problème, un traitement d'un an minimum avec la forme sirop ; elle n'est pas délivrée au CSAPA comme la forme sirop mais achetée en pharmacie de ville par le patient.

- La buprénorphine (Subutex®), en vente depuis 1996. Le traitement peut être initié par un médecin généraliste et délivré en pharmacie sur présentation d'une ordonnance sécurisée qui ne peut pas dépasser 28 jours de traitement. Au début, les prescriptions sont seulement de 7 jours, pour permettre au médecin de revoir plus fréquemment le patient afin d'ajuster sa posologie si nécessaire.

C'est un agoniste partiel¹³ des récepteurs μ qui comporte donc un risque vital plus faible. Elle est présentée sous forme de comprimé à prendre par voie sublinguale¹⁴ pour éviter l'effet de premier passage hépatique qui l'inactive à plus de 80% avant d'atteindre la circulation générale. Depuis 2006, des génériques du Subutex, sont également disponibles. Enfin, en 2012, un nouveau traitement de substitution, la Suboxone®, a été mis sur le marché. Il s'agit de l'association, dans le même comprimé, de buprénorphine et de naloxone qui est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ . Par voie sublinguale, cette dernière molécule a une biodisponibilité plus faible que la buprénorphine et ne modifie donc pas son effet agoniste. Par contre, si ce médicament est mésusé, c'est-à-dire sniffé ou injecté par voie intraveineuse, la naloxone exerce son effet antagoniste et, non seulement empêche l'action de l'agoniste buprénorphine, mais crée un syndrome de sevrage. Ce médicament a été mis au point pour tenter de lutter contre le mésusage de la buprénorphine qui concernerait jusqu'à 30 % des utilisateurs (ANSM, 2003).

¹³ C'est-à-dire que son activité est inférieure à celle des endomorphines et des agonistes entiers, elle ne peut induire que moins de 50% de la réponse maximale (Saidak et al. 2006).

¹⁴ Les comprimés sublinguaux doivent être maintenus sous la langue jusqu'à leur dissolution qui intervient habituellement en 5 à 10 minutes. Aliments et boissons ne doivent pas être consommés en même temps.

1.3.2.1.2. Le problème du mésusage des traitements de substitution

La buprénorphine peut être détournée de son usage normal par certains patients qui, après avoir écrasés les comprimés se les administrent par voie nasale, ou par injection intraveineuse une fois mis en suspension et filtré, pour tenter de reproduire l'effet intense et rapide de l'héroïne. Par contre, si ces voies d'administration sont utilisées pour la Suboxone, l'antagoniste μ qu'elle contient est susceptible de provoquer un syndrome de sevrage, et donc sensé dissuader de son mésusage.

Les excipients utilisés dans la préparation de ces traitements sont importants pour plusieurs raisons :

- 1) L'injection de générique paraît plus délétère que celle du Subutex, sans doute parce que des excipients tels que talc et silice ont été ajoutés dans ceux-là. Ainsi, l'ANSM (2013) rapporte que les nécroses liées aux injections intraveineuses ont été observées dans 85 % des cas après usage de générique et les 15 % restant après Subutex.
- 2) Par ailleurs, la buprénorphine (Subutex et générique) étant amère, certains patients avalent le comprimé, ce qui diminue son effet de plus de 80% ; ces patients sont alors en manque et cherchent à augmenter leur dose via le nomadisme médical ou le marché de rue. La Suboxone renferme quant à elle des arômes citronnés qui lui donne meilleur goût.

Le mésusage du Subutex, qui consiste à l'utiliser de façon toxicomaniaque et non pas comme un médicament, est l'une des indications pour changer de traitement de substitution. Pendant longtemps, la seule alternative était la méthadone, ce qui demandait d'être prudent car le passage d'une molécule à l'autre présentait le risque de déclencher un syndrome de sevrage en raison de leurs propriétés pharmacologiques différentes¹⁵. La consigne était d'attendre les premiers signes de manque après l'arrêt du Subutex avant de débuter le traitement méthadone. Ces précautions ne sont pas nécessaires lors du passage du Subutex (ou ses génériques) à la Suboxone puisqu'il s'agit de la même molécule opiacée. L'intérêt de ces permutations est lié au fait que l'usage toxicomaniaque du Subutex, et encore plus lorsqu'il est acheté de façon illicite, empêche définitivement le patient de se le représenter comme un

¹⁵ La méthadone a une efficacité (effet maximal) plus élevée, mais une affinité (capacité à se lier aux récepteurs) plus faible, que la buprénorphine vis-à-vis des récepteurs opiacés μ , si bien que la première sera déplacée par la seconde dont l'effet moindre provoquera un syndrome de sevrage.

médicament, même lorsqu'il fait une démarche de soin authentique : le comprimé de Subutex, comme la poudre blanche ou brune d'héroïne, est associé de façon irrémédiable à la conduite toxicomane.

Enfin, un autre problème est lié à la difficulté de certains patients à se résoudre à prendre leur traitement de substitution une seule fois par jour. En effet, avant de débiter les soins, ils utilisaient l'héroïne comme la panacée de tous leurs problèmes quotidiens : le matin pour se donner le courage de partir travailler ou simplement de se lever, dans la journée pour évacuer les stress auxquels ils sont confrontés et le soir pour s'endormir. Souvent, ils ne sont plus capables de discerner le mal-être qui leur est propre, de celui induit par les symptômes du manque. Leur prescrire une seule prise quotidienne, le matin par exemple, c'est leur donner l'impression d'être lâché sans filet pour tout le reste de la journée avec le risque d'être confronté à une difficulté sans recours pour l'affronter. C'est ainsi que de nombreux patients fractionnent leur traitement en plusieurs prises quotidiennes, problème souvent associé au détournement de la voie d'administration (« sniff » ou injection intraveineuse). Cette difficulté nécessite un long travail pour réapprendre à distinguer les sensations internes liées aux besoins fondamentaux de l'autoconservation (faim, sommeil...), de celles provoquées par la diminution des opiacés (crampes abdominales, fatigue...), et à y répondre de façon appropriée, c'est-à-dire en se nourrissant et dormant chaque fois que nécessaire.

Parmi ceux qui ne fractionnent pas leur traitement, certains vont maintenir un comportement addictif en consommant de l'héroïne de temps en temps¹⁶ mais surtout d'autres produits, cannabis, alcool, cocaïne, anxiolytiques pour gérer le stress ou à l'inverse l'ennui.

Pourtant, quand les choses se passent à peu près bien, le patient n'ayant plus à passer son temps à chercher les moyens de se procurer de l'héroïne, peut maintenir ou rétablir son insertion sociale (études ou travail).

1.3.2.2. Prise en charge psychologique

Les entretiens psychologiques sont réalisés en face à face, mais parfois en côte à côte lorsque le regard est difficilement supportable par le patient ; ils durent 45 minutes, mais des modulations en plus ou en moins sont parfois nécessaires. Des rencontres hebdomadaires sont proposées, mais rarement acceptées, la crainte consciente avancée étant de n'avoir rien à

¹⁶ Parfois, l'inverse peut être observé : c'est le traitement de substitution qui n'est utilisé qu'occasionnellement, lorsque l'héroïne n'est pas disponible...

raconter car trop peu de chose se passe en une semaine ! Deux, ou parfois un seul, entretiens mensuels sont plus souvent acceptés, mais il n'est pas rare qu'ils aient lieu à la carte.

La première rencontre est déterminante pour l'établissement d'une alliance thérapeutique avec des patients qui utilisent les produits justement pour éviter de penser, de "se prendre la tête" comme ils disent. Il s'agit d'écouter une demande très peu élaborée qui se résume souvent au désir de sortir de la quête tyrannique de la drogue alors qualifiée très négativement dans une tentative de coller aux représentations supposées du thérapeute. Cela amène à un travail d'anamnèse des différentes étapes de la conduite toxicomaniaque qui peut se faire sur le mode de la banalisation ou révéler d'emblée les difficultés familiales auxquelles le sujet est confronté parfois depuis sa conception. Lorsqu'elle accepte ainsi de se livrer, la personne dépendante est extrêmement attentive et sensible aux réactions que son récit suscite chez l'autre. Aussi, considérer avec respect la solution addictive qu'elle a mise en place pour faire face à ses difficultés existentielles me paraît nécessaire pour aller dans le sens de sa restauration narcissique. Interroger sur les associations qu'elle peut faire entre son comportement addictif et le reste de son histoire personnelle est alors possible et dévoile parfois de façon très abrupte des traumatismes infantiles souvent non pris en compte par l'entourage, c'est-à-dire non reconnus et non élaborés, ce qui témoigne de la fragilité des objets d'attachement. D'autres patients, par contre, dénie totalement tout lien entre leur addiction et les aléas de leur histoire personnelle qu'ils présentent comme s'étant déroulée de façon heureuse. Ils semblent alors, justement, sans histoire dans les deux sens du terme, ce qui cache souvent des traumatismes transgénérationnels restés encryptés dans la psyché. Le besoin de maîtrise manifesté par ce type de patient nécessitera un cadre suffisamment malléable pour qu'ils puissent à la fois, en éprouver la solidité, et s'assurer qu'ils peuvent s'engager dans la relation sans craindre l'emprise de l'autre. Ce que j'appellerai le cadre « sur mesure » consiste à accorder un accueil inconditionnel dans la limite de mon temps de travail au CSAPA et des rendez-vous avec les autres patients.

Ceux qui sont le plus en difficulté dans la réalité externe actuelle passeront de long mois à me rapporter les événements qui les ont perturbés pendant la semaine pour qu'on les élabore ensemble en séance. C'est seulement lorsque leur besoin d'étayage psychique face à l'environnement se fera moins urgent qu'ils pourront réinvestir leur réalité interne et leur histoire personnelle, au moins pendant le temps de nos rencontres.

Quelquefois, lorsque le patient est en difficulté pour retrouver les racines de son mal-être et que je suis moi-même à cours d'imagination dans mes tentatives de reconstruire avec

lui son histoire, j'utilise une médiation, à savoir des planches de photolangage. Je lui en présente une dizaine et lui demande d'en choisir deux avec une consigne simple, du type : « Prenez en main la photo que vous préférez et celle que vous aimez le moins », puis de commenter ces dernières. Cela permet parfois de saisir des éléments de son contexte historique si subtils qu'ils restent indicibles, telle qu'une ambiance familiale particulière par exemple. Un groupe photolangage peut également être proposé à certains, avec l'idée que la confrontation aux semblables dans un cadre contenant aura une fonction double de réassurance et de différenciation du même.

Lorsque le patient parvient à faire l'expérience d'une relation de confiance au sein de laquelle son désir cherche à être identifié et écouté, il acceptera aussi de se confronter progressivement aux affects insupportables que la drogue permettait d'étouffer, pour qu'ils soient nommés et élaborés.

Pour conclure, on peut dire que même lorsque ces patients ont un traitement de substitution bien stabilisé qui leur permet d'échapper au syndrome de sevrage, ils recourent encore longtemps, de façon plus ou moins régulière, à leur produit d'élection ou à d'autres substances ou d'autres comportements pour assurer leur régulation émotionnelle, que ce soit pour gérer les impacts affectifs de leurs soucis quotidiens ou, à l'inverse, pour se stimuler, s'éprouver vivant, colmater leur vide interne. Le suivi psychologique au long court permet d'accompagner ces moments de défaillance et parfois de les transformer en moment de maturation.