

Fonctions de l'addiction

La recherche du plaisir est la fonction qui apparaît en premier concernant la consommation de drogue. Cette quête de plaisir vient supplanter celle en provenance du sexuel, peut être en raison de l'inhibition du comportement exploratoire de la sexualité infantile, rendu impossible par les traumatismes vécus. En effet, « *plaisir et exploration, curiosité, se combinent [...] au sein de la sexualité infantile et du sexuel qui en dérive. Ils se combinent pour ouvrir au déploiement d'un autre enjeu qui les accompagne et les suppose : l'appropriation subjective. Le plaisir est nécessaire à l'intégration psychique, à l'appropriation subjective et au fonctionnement d'un moi-sujet " sous le primat du principe de plaisir " et de sa forme transformée, celle du principe de réalité. On connaît la célèbre formule de Freud, " le narcissisme secondaire est repris à l'objet ", on insiste moins sur ce qu'implique ce processus. S'il s'agit de " reprendre à l'objet ", et particulièrement de reprendre à l'objet, par le biais des développements des autoérotismes, les sources et objets de plaisir que celui-ci " détenait " fantasmatiquement au sein des formes narcissiques primaires, c'est pour pouvoir " se " donner celles-ci, les prendre pour soi.* »¹⁶⁸ La prise de drogue serait une façon de trouver le plaisir sans passer par l'objet, sans risquer d'ôter à l'objet ses capacités de plaisir, sans craindre ses représailles. Il y a alors désinvestissement de l'objet et absence de satisfaction. L'emprise s'exerce sur « l'objet-droge », dans une tentative d'oublier l'objet. « *La dépendance qui les lie à leurs expériences sensorielles est pour eux plus contenant, plus sécurisante, que le lien de dépendance à un objet, toujours à même de se montrer décevant ou traumatique* »¹⁶⁹. Pourrait-on parler de « plaisir d'organe »¹⁷⁰ ? L'organe en question étant le cerveau.

Une remarque peut être apportée sur les couples de toxicomanes qui sont dans une relation de double narcissique, prenant soin de l'autre en lui trouvant, voire lui injectant, le produit attendu.

Cependant, cette recherche de plaisir masque beaucoup d'autres fonctions dans l'usage de drogue, que je vais développer maintenant.

¹⁶⁸ Roussillon R., Satisfaction et plaisir partagé, p. 27

¹⁶⁹ Baudin M., Tristan le Chevalier Livide et la Dame Blanche, p. 40

¹⁷⁰ Laplanche J. et Pontalis J-B., Vocabulaire de la psychanalyse, p. 314

3.1. Hypothèses secondaires

Dans ce chapitre, je ferai l'hypothèse, en premier lieu, des fonctions défensives du recours aux drogues. Le pluriel est nécessaire car selon le système défensif préexistant qui a pu être mis en place (voire son absence), et restant forcément insatisfaisant, la drogue sera utilisée pour le relâcher ou le renforcer.

Lors de l'exposé de mes premières hypothèses, j'ai souligné la fonction désinhibitrice des drogues qui viendraient lever des défenses construites en forme de faux self. Il me faut maintenant préciser que ce type de défense correspond à une soumission à l'objet empiétant¹⁷¹. Soumission qui ne permet pas au vrai self de s'exprimer. Comme nous l'avons vu précédemment, dans ce cas-là, la drogue permet non seulement de retrouver une connexion avec le vrai self, mais sert aussi à recréer une enveloppe protectrice contre les excitations externes. De cette façon, le sujet reprendrait le contrôle de son monde interne, en quelque sorte par appropriation du nouveau système défensif qu'il met en place, si ce n'était la dépendance chimique implacable qui s'abat alors sur lui suite à l'adoption de cette stratégie.

Il se peut qu'à l'inverse il y ait eu rébellion violente contre l'objet sous forme d'explosion émotionnelle incontrôlable et dans ce cas-là, l'usage de drogue viserait à défendre le moi de ses passions, lesquelles constituent des excitations internes traumatiques. C'est l'hypothèse d'une fonction de régulation affective. Apaiser sa violence interne ou animer ce qui en soit donne le sentiment d'exister fournit l'impression d'une maîtrise de son comportement. Green écrit en 1973 : *«La toxicomanie est nécessaire au toxicomane pour lutter contre le sentiment de vide affectif¹⁷². De tels patients se plaignent de se sentir complètement démunis de l'intérieur, comme s'ils étaient en état de dénutrition affective permanente. [...] L'élection du toxique se fera en fonction de ses effets sur l'affect. Tout ce qui peut engendrer un état d'affect - signe de vie – sera investi totalement contre le silence affectif – signe de mort. La toxicomanie est une lutte contre ce qu'on pourrait appeler une frigidité narcissique, un sentiment de misère affective, comme on parle d'une misère physiologique dans les carences graves. Mais cette revitalisation est mortifère.*

¹⁷¹ Winnicott D., Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self, p. 122 et 128.

¹⁷² Ou peut être d'un excès d'affect immaîtrisable susceptible de détruire l'objet.

*Bien entendu, la toxicomanie peut s'installer non contre le vide affectif, mais contre la douleur affective pour en neutraliser les effets.*¹⁷³

Une dernière fonction que j'aborderai sera la solution antidépressive de la drogue, bien qu'elle se rapproche de la régulation affective. La position dépressive est un processus contre lequel les patients toxicomanes luttent de crainte de tomber dans un effondrement narcissique insoutenable. Prendre de la drogue est la dernière solution trouvée pour y échapper, jusqu'au moment où les contraintes de l'addiction sont telles qu'elles font rechuter dans une dépression pathologique secondaire amenant les patients à venir chercher un traitement de substitution.

3.2. Fonction défensive

La prise en compte de la valeur défensive des conduites addictives a un impact important sur la façon de considérer le soin et me semble indispensable à l'établissement d'une alliance thérapeutique avec le patient. Ainsi, dans cette perspective, l'addiction n'est pas un symptôme à éradiquer au plus vite mais plutôt une protection du moi contre les angoisses et autres affects négatifs, protection dont il faudra favoriser le remplacement progressif par des défenses moins nocives pour le sujet. Cette transformation nécessite la remise en route des processus de maturation et du travail de symbolisation, qui constitue donc l'objectif de la prise en charge psychologique.

La rencontre avec les drogues chez l'adolescent vulnérable est, entre autres, la découverte d'un puissant moyen de protection du moi, jamais égalé par les mécanismes de défenses que le sujet a pu mettre en place jusque-là. Comme nous l'avons vu, il s'agit de vulnérabilité essentiellement narcissique, conséquence des vicissitudes du développement primaire au sein d'un environnement défaillant, voire traumatisant. J'avancerais donc que l'usage de drogues se transforme en addiction lorsque les autres modalités défensives ont échoué dans la protection du moi contre les affects déplaisants. Soit parce que ces défenses sont mal adaptées aux réalités internes et externes, soit en raison de l'intensité des angoisses vécues par le sujet souvent dans des contextes de traumatismes massifs et/ou répétés. En effet, les drogues, et l'héroïne en particulier, sont si puissantes pour apaiser toutes tensions internes et remplacer les affects négatifs par des affects plaisants, tout au moins au début de leur

¹⁷³ Green A., *Le discours vivant*, p. 180-181.

consommation, que le recours à ce comportement devient très vite un réflexe face aux situations anxiogènes ; d'où l'hypothèse du recours aux drogues comme automédication. Le processus addictif serait donc une organisation défensive pour faire face aux nouvelles angoisses contemporaines qui majoritairement ne concernent plus la crainte de la castration mais la crainte de l'abandon. Le corollaire de cette hypothèse est que les sujets disposant d'une structuration psychique solide et d'un large panel de mécanismes de défenses seraient moins susceptibles de devenir dépendant aux drogues, y compris dans des contextes potentiellement traumatiques.

Il se peut aussi que la prise de drogue renforce des mécanismes de défenses en vigueur chez le sujet, tels que le clivage ou le déni ; ou à l'inverse qu'elle les lève.

3.2.1 Clivages et drogues

Suite à un traumatisme précoce, l'un des principaux mécanismes de défenses se mettant en place est le clivage, le retrait du sujet face à son échec de maîtriser un empiétement ou une absence. Le sujet se retire de l'expérience traumatique primaire et se coupe de sa subjectivité. L'expérience a été vécue et laisse donc des traces mnésiques, mais il n'y a pas d'appropriation subjective par le moi. Roussillon (1999) parle d'un clivage « au » moi plus que d'un clivage « du » moi. Cette mesure de survie psychique laisse de côté, sans représentation, l'expérience traumatique primaire.

Le premier type de clivage est celui des traces perceptives ; certains patients racontent les conditions de leur trauma sans manifester aucun affect, de manière très factuelle, comme dans l'exemple qui suit.

Mr L. vient consulter, poussé par sa compagne. Elle souhaite qu'il arrête de consommer l'alcool et les médicaments qu'il a utilisés pour effectuer ses deux tentatives de suicide. Il me dit qu'il vient car « ça ne va pas du tout », qu'il a « des problèmes existentiels ». Il me déroule sa vie et ses galères sans aucune émotion. Son père alcoolique était extrêmement violent. Lorsqu'il ramenait de mauvais résultats de l'école, son père lui faisait écarté les bras, posait un dictionnaire sur chaque main et il devait rester des heures sans bouger sinon il le frappait. Mr L. était dans la provocation et sa mère lui disait qu'il allait ramasser lorsqu'il avait de mauvaises notes. Son père le punissait en lui fouettant le dos avec une trique et Mr L. urinait sur les genoux de son père, si bien que les coups redoublaient. Je

lui demande s'il sait d'où venait la violence de son père. Il me répond que sa mère lui avait dit qu'il avait eu le corps entièrement brûlé lors d'un accident de gaz au travail.

Mr L. avait donc le dos lacéré de cicatrices qui ont été repérées lors d'une visite médicale de l'école. Il a alors été retiré de chez ses parents pour être placé en foyer à l'âge de 11 ans. Mais Mr L. me dit qu'il est tombé de Charybde en Scylla. C'était un foyer de mineurs entre 11 et 17 ans, il était donc le plus jeune ; les plus âgés lui ont fait subir des brimades (coups et sodomie) jusqu'à ce qu'il grandisse à son tour. Dans ce foyer, vivait un jeune à part qui occupait une petite cabane et avec lequel il a sympathisé. Ce garçon lui a appris à respirer de l'éther pour oublier tous ses malheurs et s'est ainsi qu'il est devenu éthéromane me dit-il. Parfois, il la buvait carrément. Ils volaient l'éther, mais aussi d'autres médicaments, dans la pharmacie de l'institution qui les hébergeait. Mr L. a avalé une boîte presque entière d'un médicament, il est devenu violet avec sa langue en protrusion. Son copain est alors allé chercher du secours et il a été hospitalisé. Il me précise que ce n'était pas une tentative de suicide mais juste pour voir ce que ça faisait ! Mr L a aussi initié sa sœur à l'inhalation d'éther et à la prise d'autres médicaments. Ils fuyaient de leurs institutions respectives pour consommer. Son père est décédé alors qu'il avait 17 ans ; il est retourné vivre chez sa mère, mais ça ne s'est pas très bien passé et il est reparti après quelques mois. Il a ensuite consommé du LSD et s'est mis à fumer du cannabis. Ses consommations d'éther étaient de plus en plus fréquentes, ce qui a entraîné des crises comitiales qui lui ont fait peur ; il a donc arrêté de prendre de l'éther mais s'est mis à consommer beaucoup d'alcool.

Sa sœur s'est mise en couple avec un homme délinquant avec qui elle a eu deux enfants. Mais quelques années plus tard, Mr L. a appris le suicide de sa sœur. Il termine notre entretien en me disant qu'il se demande à quoi il sert, il se pose plein de questions.

Le clivage des traces perceptives traumatiques de Mr L. doit remonter à l'époque des maltraitances dont il a été victime enfant ; il raconte son histoire comme s'il en avait été le spectateur, cognitivement conscient de sa gravité. Sa passivation, en raison du rapport de force en présence, le transforme en spectateur. La sidération crée un clivage de l'expérience de terreur et c'est sa révolte qui est mise en avant face à l'alcoolisme de son père ; la terreur viendrait inhiber les processus de symbolisation psychiques et les sorties motrices et

s'exprimerait au niveau somatique par le relâchement du sphincter urinaire¹⁷⁴, tandis que la révolte se manifeste dans la provocation. L'afflux d'excitation au niveau sensoriel ne pouvant être traité ni par la motricité, ni par le psychisme, passe au niveau somatique. L'éther, et autres produits consommés, renforce le clivage perceptif de Mr L. Dans un moment de détresse, il vient déposer auprès des soignants tous ses traumatismes non affectivement intégrés sans en attendre un soulagement, puis disparaît. Contre-transférentiellement, il fait vivre l'horreur, horreur que Mr L. n'a pas pu éprouver à l'époque en raison d'un processus de survie psychique par clivage. Il fait vivre sa souffrance. Sa dépression blanche se révèle en raison de sa tentative de se sevrer qui réveille les traces perceptives de ses traumatismes ; sa consommation de produit constituant l'organisation d'une défense complémentaire contre le retour de l'état traumatique antérieur. Ce retour du clivé se manifeste par ses tentatives de suicide reproduisant l'état traumatique lui-même.

D'autres types de clivages me semblent aussi survenir chez des enfants immigrés ou déracinés, comme nous allons le voir dans la vignette qui suit. Les personnes contraintes de quitter leur pays natal doivent s'adapter au pays d'immigration, mais pour éviter une souffrance identitaire, il est nécessaire qu'ils restent aussi fidèles à leur pays d'origine. Ainsi, une adaptation complète se solderait par un clivage du moi, une partie tombant en déshérence et poussant le sujet dans une quête dont il ignore l'objet ; quête substitutive d'un autre conjoint, d'un autre pays, d'une consommation permettant de s'évader, d'un ailleurs plus satisfaisant.

Mr H., né en Algérie, y a vécu jusqu'à 7ans avec sa mère et ses frère et sœur. Son père, immigré en France, les a fait venir s'installer dans la ville où il se trouvait, ce qui a constitué un premier traumatisme pour Mr H. Il est arrivé dans un CP où il se trouvait le plus âgé et celui sachant le moins bien parler français, ce qui a suscité de la moquerie et sa disqualification. Il a réagi en travaillant beaucoup pour rattraper son retard et y est parvenu. Cependant, arrivé en fin de 5^{ème} avec plus de 12 de moyenne, il a été orienté vers un CAP avec pour justification qu'il ne parviendrait pas à faire des études plus longues. Cette blessure narcissique due à ce rejet l'a détourné de l'institution scolaire et il a cherché du travail dès 16 ans. Le manque de lien avec sa culture d'origine crée un vide en lui ; une odeur ou d'autres indices suscitent une forte nostalgie de l'Algérie. Ce qui a été clivé en lui est toute son

¹⁷⁴ Le sphincter urinaire est innervé par le système nerveux autonome. Nous avons vu en 2.2.2.1.1. qu'un trauma extrême diminue l'activation de ce système nerveux, ce qui peut produire un relâchement de ce sphincter. De plus, une immobilisation et un état de dissociation, donc de clivage, accompagne ce phénomène.

enfance précoce. Il a été contraint de déployer une bataille pour être reconnu par ses pairs, laquelle a échoué à son adolescence. Son identité est restée fragile et sa consommation d'héroïne lui a rappelé la douceur de son enfance balayée par un changement d'environnement drastique. Mais ses prises d'héroïne étaient cachées de ses proches et de ses parents, en particulier.

L'héroïne est, dans ce cas-là, une façon de retrouver un paradis perdu, une bulle dans laquelle le sujet se réfugie momentanément, pour être à même de faire face aux combats extérieurs à mener. Cela peut-être aussi la tentative d'être soi-même hors de l'emprise maternelle exercée depuis l'âge le plus précoce. Ce contrôle maternel résulte soit de manœuvres anxieuses, soit présente une tendance perverse. Pour y échapper, la prise de drogue est un moyen de retrouver une autre manière d'être, de renouer avec un vrai-self clivé du faux-self qui s'est développé en réaction aux interventions maternelles. Pendant longtemps, l'héroïne est prise de manière cachée, conduisant à mener une double vie, signe d'une culpabilité liée à l'infidélité vis-à-vis du faux-self présenté aux autres.

Un clivage peut protéger le sujet de traumatismes liés à la perversion et dans ce cas-là, la consommation de drogue deviendra un moyen de renforcer ce mécanisme de défense. Nous verrons que les effets paradoxaux des benzodiazépines libèrent une violence maintenue silencieuse par la soumission du moi aux exigences de l'objet dans l'observation clinique exposée ci-dessous.

3.2.2 Observation clinique

Stéphane

Il a 32 ans lorsque je le rencontre pour la première fois. Il est très prolixe dans la description de ses consommations : d'abord le cannabis à l'adolescence auquel s'ajoute, vers 23 ans, l'héroïne prise en sniff ; il en devient très vite dépendant. Après 2 ans de consommations croissantes, poussé par sa compagne et sa mère, il consulte un médecin généraliste qui lui prescrit du Subutex ; mais il le sniff d'emblée et ne l'utilise que lorsqu'il n'a pas d'héroïne. Ce mésusage s'accompagnera progressivement de syndromes de manque « terribles », selon ses propres termes, ce qui l'incitera à essayer la méthadone achetée au noir. Puis de nouveau, sa mère le conduit chez son propre médecin traitant, lequel accepte de lui prescrire de la méthadone et des benzodiazépines, alors que le cadre légal impose, pour la méthadone, une primo-prescription au sein d'un CSAPA. L'anxiolytique prescrit ne suffit pas

à contenir ses angoisses ; il le surconsomme, ce qui déclenche chez lui des effets paradoxaux d'anxiété majeure avec un état de surexcitation et de rage qui inquiète son entourage ; c'est pourquoi il nous est adressé.

Le médecin du CSAPA arrête la prescription de benzodiazépines et adapte le reste de son traitement. Il lui fait aussi un arrêt de travail, ce qui me permet de lui proposer un entretien hebdomadaire pendant le premier mois de suivi.

Stéphane vit avec sa compagne et ses deux filles de 6 et 7 ans. Il est visiblement très fier de sa famille et m'exhibe une photo de ses filles avec leur mère, « pour que vous vous rendiez compte » précise-t-il. Stéphane se targue de bien s'occuper de ses enfants, notamment en leur faisant faire leurs devoirs ; il associe avec son propre père qui, lui, n'a jamais participé à l'éducation de ses enfants, me déclare-t-il. Il ajoute avec ironie « excepté me donner une "taloche" lorsque je revenais avec le guidon cassé de mon vélo, dont il se saisissait aussitôt pour aller le réparer dans sa cave ». Il reconnaît en son père un bricoleur hors pair, mais lui reproche de n'avoir jamais accepté de transmettre l'art du bricolage à ses fils.

Stéphane est le troisième d'une fratrie de 5 : il a une sœur et un frère plus âgés et un frère et une sœur plus jeunes. Il précise que contrairement à ses frères, il a toujours respecté ses parents. Les conflits intrafamiliaux le tourmentent. Il ne comprend pas, en particulier, son frère aîné qui n'a plus aucun contact avec le reste de la famille. Cet homme vit seul et ne travaille pas, mais perçoit le RSA. Son frère aîné a toujours été considéré comme un enfant à problème. Ayant eu des difficultés à apprendre à lire et à écrire, il a été orienté en SESSAD ; alors que Stéphane s'est toujours débrouillé pour se maintenir à la moyenne, selon ses propres termes. J'évoque une possible jalousie de son frère à son égard, ce qui, bien que ne l'ayant encore jamais imaginé, lui semble fort possible.

Écouter son anamnèse au cours de ces premiers entretiens, me donne l'impression d'avoir une boîte de Pandore qui s'ouvre devant moi. Il a découvert, relativement récemment, que sa sœur aînée n'a pas le même père biologique que lui et ses autres frères et sœur ; c'est son frère aîné qui s'en doutait et a fini par poser la question. La mère, d'origine kabyle, leur a expliqué qu'elle était « tombée en cloque » à 16 ans et avait été chassée de chez elle. Un vieux voisin l'a hébergé quelque temps, et elle-même me dira, un jour où j'accepterai de la recevoir avec son fils, qu'elle est une fille de la rue pour signifier qu'elle a dû, seule, faire face à l'adversité. Je constate devant Stéphane qu'il a donc une demi-sœur. Cependant, il semble vivre cette remarque comme menaçant la cohésion familiale puisqu'il me rétorque

aussitôt que ses parents se sont mis en couple alors que sa sœur était très jeune, et qu'il n'y a donc jamais eu de différence entre elle et les autres enfants. Il est toujours très préoccupé par l'état des liens entre les différents membres de sa famille. Il déplore par exemple que sa mère soit brouillée avec sa fratrie, sauf peut-être avec l'un de ses frères que ses parents fréquentent encore. Lors du deuxième entretien, il commence par me confier ses angoisses hypocondriaques qui, sur la considération de symptômes minimes, lui font craindre d'être atteint d'un cancer. Je l'interroge sur l'origine de cette crainte. Il me répond que, deux ans plus tôt, ses beaux-parents sont décédés, l'un après l'autre, de cette maladie. Leur perte a été difficile pour lui, car il se sentait apprécié par ce couple, et même davantage aimé que par ses propres parents, me déclare-t-il. Il ajoute que les relations avec sa belle-famille, lui a fait prendre conscience à quel point sa propre famille était « grave ». Il estime que son père ne s'est jamais intéressé à ses enfants. Après son travail, il préférerait passer chez sa mère pour boire. Son père est fils unique. Je lui demande s'il est en lien avec ses grands-parents paternels. Il me réplique que sa grand-mère est raciste et, en conséquence, a rejeté sa belle-fille kabyle. Après la naissance de son frère aîné, ses parents avaient envoyé une photo du nouveau-né à cette grand-mère, laquelle s'est déplacée spécialement depuis chez elle, pour venir déchirer la photo sous leurs yeux ! Quant à son grand-père, il le dit marginal et assez fou, avec des réactions imprévisibles. Il s'est suicidé en avalant de l'acide et est mort dans d'atroces souffrances, alors que Stéphane était encore trop jeune pour en garder le souvenir.

C'est donc de l'hostilité brute de l'environnement parental dont Stéphane a hérité, transmission sans élaboration, crudité de l'héritage, qui ne peut être que projeté hors de soi ou clivé. Cette crudité envahit toute l'enfance de Stéphane, entre un père qui l'emmène répétitivement à 10 ans voir les prostituées sur le trottoir et lui confie ses infidélités, et un oncle maternel qui se complaît à étaler ses exploits sexuels et à déprécier ses partenaires devant tous. Ainsi, la défaillance du processus de refoulement semble atteindre l'ensemble de la famille. Cependant, le caractère traumatique de l'exposition à cette réalité brute, et même pervertie par l'adulte, n'apparaîtra que dans l'après-coup de l'adolescence. Excitation traumatique contre laquelle Stéphane se protégera d'abord en fumant du cannabis, puis en sniffant de l'héroïne, ansiolytiques et modificateurs de l'état de conscience, dont on peut faire l'hypothèse qu'ils renforcent ses processus de clivage.

Mais pendant l'enfance, Stéphane est tenaillé par une autre souffrance, celle générée par les réactions de sa mère face à ses propres traumatismes. C'est une mère toute puissante qui n'a pas besoin des autres et qui l'impose à ses enfants en les empêchant de fréquenter

d'autres enfants. Stéphane raconte que tant qu'ils ont habité dans l'immeuble d'un quartier populaire, les familles voisines ressemblaient à la sienne faisant, par exemple, autant de bruit qu'eux. Par contre, lorsque ses parents ont réussi à acheter une maison dans un lotissement fermé, il s'est senti très différent des autres. Sa mère lui interdisait, tout à la fois, d'inviter ses copains et d'accepter leurs invitations. De même, sa famille ne participait jamais aux fêtes organisées dans le lotissement, sa mère dénigrant les voisins en guise de justification. Il conclue que maintenant, il se rend compte que c'est sa famille qui était anormale.

Les principaux mécanismes de défense que Stéphane semble avoir mis en place pendant l'enfance sont, d'une part, un clivage de l'objet et du moi et, d'autre part, une hyperactivité avec prise de risque qu'il met en scène au travers de jeux d'agilité et de prouesse. Les exploits qu'il accomplit ainsi, lui procurent un gain narcissique compensant son vécu d'infériorité lié aux particularités de sa famille. Cette hyperactivité constitue, probablement, le précurseur des addictions qui vont suivre. Elle prend aussi le sens d'une lutte incessante pour maintenir la cohésion familiale, à laquelle il sacrifie aussi son vrai self. En effet, en me disant à plusieurs reprises qu'il a toujours respecté ses parents, il révèle la contrainte subie de devoir se soumettre à l'emprise de cette mère toute puissante, à laquelle il est narcissiquement lié ; prix à payer pour éviter la désintégration du groupe famille et du moi.

Défaire ces liens familiaux, se séparer, déclenche chez lui des angoisses d'annihilation. Il me dit, en effet, que son anxiété actuelle est liée à la séparation imminente de ses parents, décidée par sa mère, et face à laquelle il reste impuissant. En raison des menaces proférées par son père, sa mère veut s'éloigner d'une cinquantaine de kilomètre de leur lieu d'habitation actuel ; ce qui suscite beaucoup d'anxiété chez Stéphane. Il me dira, lors d'une crise d'angoisse, qu'il est prêt à tout abandonner pour retourner loger chez sa mère. Pour tenter de la retenir, il lui déclare qu'elle n'a pas le droit de partir aussi loin de ses petites-filles. Le couple parental était pour lui, le dernier rempart contre la menace de dislocation familiale, puisque sa sœur et son frère aînés sont déjà brouillés avec leurs parents. Il s'agit pourtant de dissensions paradoxales puisque sa sœur laisse malgré tous ses enfants en garde chez sa mère, s'arrangeant pour les déposer chez elle sans la croiser ! La mère a décidé de vendre leur maison et Stéphane s'inquiète de savoir où son père va habiter. Il s'alarme aussi pour sa jeune sœur qui doit abandonner son CAP en alternance pour suivre sa mère. Toutes ces angoisses l'empêchent de dormir, de sortir et de répondre au téléphone ; il se sent vulnérable et envahi

par la culpabilité. Pourtant pendant ce premier mois de suivi, il parvient à tenir sans consommer de benzodiazépines.

Cependant, suite à l'hospitalisation de sa compagne pour une grossesse extra-utérine, il rechute et retourne se faire prescrire des benzodiazépines par plusieurs médecins généralistes. Il en abuse à tel point que son entourage doit le conduire aux urgences, à six reprises en moins de 2 mois ! C'est à cette époque que j'accepte de rencontrer avec Stéphane, et après avoir recueilli son accord, plusieurs membres de sa famille. D'abord sa compagne, très inquiète et fatiguée suite à son récent problème de santé. Elle souhaiterait qu'il soit hospitalisé, car elle craint de ne pas pouvoir poursuivre leur vie commune. En effet, quand Stéphane est en crise, il lui arrive d'être obligé de quitter leur appartement avec ses filles, pour les protéger, et de se réfugier chez une amie. Entendre cela rend Stéphane honteux ; bien qu'il ne se souvienne pas de ce qu'il fait pendant ses crises de rage, il ne dénie pas le vécu de sa famille. Sa compagne rencontre aussi le médecin du CSAPA qui tente d'organiser une hospitalisation pour un sevrage. Cependant, ce type d'hospitalisation nécessite l'adhésion du patient ; or ses consommations excessives d'anxiolytiques mettent Stéphane dans de tels états confusionnels qu'il mettra en échec cette tentative pourtant répétée à trois reprises. La famille fait alors une HDT qui lui permet de se poser une semaine en hôpital psychiatrique, cadre contenant qui soulage ses angoisses et lui convient bien, me dira-t-il ensuite. Cependant, dès qu'il sort, ses angoisses réapparaissent, ainsi que ses consommations démesurées de benzodiazépines. Suite à un accident de voiture provoqué par sa somnolence au volant, il doit se faire conduire au CSAPA par un membre de sa famille. C'est ainsi que j'ai l'occasion de rencontrer son père qui semble dépassé par les problèmes de son fils, sans pour autant s'en inquiéter réellement, ni se poser de question. Il est comme blasé. Une semaine plus tard, c'est sa mère qui l'accompagne. J'accepte de la rencontrer également. Sa présence est imposante. Elle évoque ses propres difficultés passées et exprime le triomphe de sa toute-puissance en me révélant sa façon d'aider son fils en renflouant ses caisses lorsqu'elles sont vides et en lui donnant son propre Lexomil, lorsqu'il est à court d'anxiolytique ! Cette attitude est, pour moi, une confirmation de l'emprise qu'elle exerce sur son fils et de la dépendance qu'elle entretient à son égard. D'ailleurs, c'est seulement après quelques mois d'éloignement, que la mère de Stéphane reviendra habiter près du reste de la famille, sans doute pour en reprendre le contrôle. C'est en tout cas le signe d'une position narcissique paradoxale qui rend compte de la difficulté de cette famille à trouver la bonne distance entre chacun de ses membres.

Peu à peu, Stéphane parvient, malgré tout, à stabiliser son traitement anxiolytique à des doses raisonnables en se faisant aider de son pharmacien qui lui délivre quotidiennement sa dose journalière. Cette accalmie me permet de reprendre le travail sur ses affects. Il craint par exemple, de reprendre son activité professionnelle car il se sent méprisé par l'un de ses collègues. La projection de ce mépris dans le regard de l'autre est le reflet de son sentiment de honte, lequel a probablement été réactivé par la perte du contrôle de ses consommations.

Durant cette période, il renoue avec son frère aîné dont il était sans nouvelle. Ce dernier lui prodigue des conseils puisés dans des livres de psychologie et lui confirme que leur mère a de sérieux problèmes psychiques... Pourtant Stéphane reste très attaché à elle, alors même que cette dernière tente désormais de l'éloigner de sa compagne en la dénigrant. Cette constatation le fait associer sur sa grand-mère paternelle qui tenait des propos racistes sur sa belle-fille et faisait boire son fils, lequel, lorsqu'il rentrait chez lui, frappait femme et enfants. Stéphane développe progressivement un esprit critique à l'égard de sa mère, soulignant sa capacité à déformer la réalité à sa convenance. Il prend ensuite conscience de l'influence négative que sa mère a sur lui et sa famille, mais ne parvient pas encore à s'opposer à elle ; aussi, il développe des stratégies d'évitement. Cependant, sa mère poursuit ses filles jusque dans la cour de l'école pour leur offrir des friandises. Ce comportement maternel séducteur déclenche la colère de Stéphane, d'autant qu'il s'est cru obligé d'envoyer un SMS de remerciement se voulant très sec, auquel sa mère n'a pas daigné répondre... Cette colère me semble être le signe du retour de la part clivée de l'objet, le retour du mauvais objet. A partir de ce moment-là, il rompt avec sa mère et sombre dans une position dépressive qu'il tolère difficilement.

Après 6 mois d'arrêt, il reprend le travail et craint le retour de ses crises d'angoisse. Il se sèvre pourtant des benzodiazépines en quelques mois et peut exprimer son immense déception à l'égard de ses parents. Des signes somatiques, tels que des sueurs froides, me laissent penser que ses angoisses sont devenues inconscientes.

Il organise son déménagement, se convainquant qu'il sera mieux dans une maison à la campagne que dans un appartement en ville, mais c'est surtout pour ne plus risquer de croiser sa mère à la sortie de l'école qu'il décide de ce changement. Peu de temps après, il accepte trois semaines de cure pour se sevrer du cannabis et il y parvient. Par contre, il a des difficultés pour se recréer un réseau social dans son nouveau milieu de vie.

Il lui reste d'importants troubles du sommeil qui l'incite à s'assommer en buvant de grande quantité d'alcool. Depuis des années, il a l'habitude de somnoler devant la télévision et ne parvient à se coucher qu'au petit matin. Comme je l'interroge sur l'origine de cette habitude, il m'explique qu'enfant sa mère l'obligeait à se coucher dès 20h pour qu'elle puisse regarder tranquillement la télévision, il se revoit regarder avec envie, du haut de l'escalier, ceux qui étaient autorisés à rester dans le salon. Il associe aussi sa somnolence dans son canapé à son expérience de "piquer du nez" lorsqu'il consommait de l'héroïne. D'autres souvenirs de maltraitance par ses parents lui reviennent mais il commence malgré tout à accéder à l'ambivalence à l'égard de sa mère dont il admire l'habileté à se tirer d'affaire dans beaucoup de circonstances.

Pour finir, une grosse bêtise sous l'emprise de l'alcool (prendre une autoroute à contresens) entraîne son divorce et son retour chez sa mère. Il arrête alors ses entretiens avec moi. Ceci me semble être le signe de son retour à son faux self, à sa soumission à l'objet qui reste un indice de sécurité pour lui. Il s'agirait d'un phénomène de « trauma bonding », d'attrait pour l'objet associé au traumatisme de ses maltraitances infantiles. Face à la menace de catastrophe psychique à laquelle il est confronté, il préfère retrouver le contrat narcissique aliénant avec l'objet. Du côté de sa mère, c'est une forme de relation « incestuelle » qu'elle lui impose, Stéphane l'acceptant sur la base d'un choix d'objet contraignant plutôt que de vivre ses angoisses agonistiques. Il vit ainsi appauvri en raison de l'amputation opérée par le clivage.

Chez le sujet empiété par l'environnement, la drogue permet donc de retrouver un jardin secret, véritable espace de survie du vrai self. Ainsi, chez le toxicomane, le secret serait non seulement déterminé par la honte, mais aussi par la nécessité de vivre séparé de l'objet, mais seulement par intermittence, car il est habité par une double crainte, celle d'être envahie par l'autre et celle de le perdre.

La clinique de la toxicomanie est traversée par le traumatisme, et la rapidité d'action des drogues en font de puissant régulateur émotionnel, capable de calmer l'excitation, tout aussi bien que de combler le vide. Les mécanismes de défense sont des stratégies de régulation émotionnelle permettant d'éviter, de minimiser ou de transformer des affects trop difficiles à tolérer.

3.3. Régulation affective

L'affect est une des deux composantes de la représentation psychique de la pulsion. C'est par la décharge qu'il devient conscient, ou par la résistance à la tension croissante qui le caractérise. D'un point de vue génétique, on peut concevoir l'évolution libidinale dans le sens d'une maturation affective progressive caractérisée par la maîtrise des affects. Cependant, des mécanismes de défense peuvent se développer telle que la répression qui est une forme extrême du refoulement (Green A. 1973).

En ce qui concerne la régulation affective par la solution addictive, je partirais de la conception de McDougall (2004) qui considère que "*L'économie addictive vise la décharge rapide de toute tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure. De plus, cette tension n'est pas uniquement fonction d'états affectifs pénibles ; il peut s'agir également d'états excitants ou agréables*"¹⁷⁵.

D'autres auteurs formulent la même idée en utilisant d'autres concepts au sujet plus spécifique de l'usage des psychotropes. Ainsi, Decourt (2004) propose que "*Le recours au toxique participe [...] au fonctionnement des procédés autocalmants, de la recherche désespérée de l'apaisement assurant un embryon de survie psychique.*

Les procédés auto-calmands sont des procédés de portée générale, présents chez tout individu. Ils se caractérisent par la décharge motrice d'une quantité d'angoisse plus ou moins grande.

Certains d'entre nous auront pour écrire, besoin de fumer ; d'autres, pour apprendre un texte de déambuler, de parler à haute voix, d'écouter de la musique, etc. Ils sont comme une sorte d'adjuvant, de stimulant de l'activité de pensée, qui n'est aucunement entravée habituellement dans son déroulement ; bien au contraire, elle se trouve stimulée, nourrie.

Dans d'autres cas, [...] les procédés autocalmants prennent une place démesurée et empêchent les processus de pensée de se déployer. Ils révèlent alors de grandes difficultés pour un sujet à contrôler l'angoisse éprouvée et poussent inexorablement à la répétition de la consommation de toxiques. Ils assurent une certaine forme de défense contre la désintégration mentale, en faisant appel à la motricité et à la perception"¹⁷⁶.

¹⁷⁵ McDougall J., L'économie psychique de l'addiction, p. 512.

¹⁷⁶ Decourt P., Narcose toxique, narcose de transfert, p. 535.

Les psychotropes seraient ainsi un substitut de pare-excitation, dont la construction aurait échoué lors des interactions précoces entre l'enfant et son environnement relationnel. Ils seraient une façon de se rassembler, de se sentir unifié.

Quant à Khantzian (1997), il suggère que plutôt qu'un simple soulagement d'une souffrance insupportable, les personnes qui abusent des drogues les utilisent également pour contrôler leurs émotions, en particulier lorsqu'elles sont inexprimables, source de confusion et hors de leur contrôle¹⁷⁷.

Concernant ce dernier point, Corcos et al (2003) utilisent le concept d'alexithymie, dont souffriraient certains toxicomanes. Elle « *constituerait un mécanisme de défense de pare-excitation d'affects et de représentations risquant de mettre en péril l'organisation d'un moi précaire* ».

Ces considérations constituent deux versants d'états affectifs dans lesquels un toxicomane se trouverait. D'une part, un état d'excitation lié à des traumatismes qui se poursuivraient encore actuellement (en particulier dans le cadre de la précarité) et d'autre part, un état de vide interne issu d'une répression précoce ayant chassée tout affect. Parat (2013) décrit le mécanisme de la répression comme « *un travail du moi, pour éviter souffrance et déplaisir, qui effectue une désarticulation entre affect et représentation, le but étant d'obtenir que la représentation devienne neutre. Bien souvent l'affect, plutôt que de se déplacer vers d'autres représentations (comme dans le cas du refoulement) s'engage dans des voies de décharge aboutissant à un tableau d'angoisse diffuse, précèdent souvent des modes d'évacuation plus toxique dans des voies somatiques.* » Le gel des affects peut marquer l'existence d'insignifiance et de vide angoissant. L'absence de vie fantasmatique authentique entraîne un ennui fondamental qui conduit l'intéressé à recourir aux conduites addictives pour pallier à son sentiment de vide intérieur. La consommation de drogue peut être considérée comme relevant du besoin de se sentir exister en tentant de combler, coûte que coûte, ce sentiment de vide. Ainsi Green (1973) écrit : « *l'entreprise de l'appareil psychique de se libérer de toute contrainte affective est chargée de graves périls. Car, sous une influence idéalisante, le Moi peut - ne pouvant éviter le déplaisir – désirer s'affranchir de l'esclavage affectif en renonçant à tout plaisir. Il s'ensuit alors, lorsque le but est quasiment atteint, un*

¹⁷⁷ Khantzian E.J., *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*, p. 235: "Rather than simply relieving suffering that is unsustainable, persons who abuse substances often use drugs to control their feelings, especially when they are nameless, confusing, and beyond their control."

sentiment de vide psychique, de mort affective, qui n'est pas la douleur, mais l'en deçà de la douleur, qui touche jusqu'au sentiment d'exister. »¹⁷⁸

L'abandonnisme chez les sujets en souffrance narcissique-identitaire semble être le fruit du sentiment de vide intérieur, de l'absence de désir et de la faille narcissique constitutive. Ces états seraient accompagnés par une tension interne, voir un débordement passionnel (violence), ou par un sentiment d'inanité. Il y aurait génération d'un faux self ou d'un rejet de l'expérience traumatique, source de luttes incessantes visant à contrôler et à maintenir à distance l'origine du trauma. Le recours à la drogue est découvert comme un moyen d'apaiser la violence en soi ou d'éveiller des sentiments capables de se faire vivre une vie plus authentique, plus proche des autres et conduisant illusoirement à la liberté.

Green (1973) souligne que « *L'affect, lorsqu'il pénètre le champ conscient, lorsque son épanouissement n'a pas été étouffé dans l'œuf par le refoulement, crève l'écran de la conscience. L'affect étreint le Moi dans la jouissance comme dans la douleur, dans le plaisir comme dans le déplaisir, et parfois ne laisse aucune place à toute autre activité psychique, tant il infiltre le domaine dont il a réussi à s'emparer. Dans cette subversion du Moi, le sujet s'apparaît comme autre. Il ne se reconnaît plus dans cet état qui l'envahit. Même dans les affects agréables qui peuvent donner le sentiment d'"être enfin soi-même", ce sentiment ne prend toute sa valeur qu'à montrer la différence entre le soi du moment heureux et l'autre – coupure signant la différence de l'extraordinaire et de l'ordinaire. L'affect est l'épiphanie de l'Autre pour le sujet. Le double sort de l'ombre et prend la place du Moi, un Moi qui se dilate et s'étend jusqu'au monde qui l'entoure ou se rétrécit et se restreint dans le repli de sa dérélition. Le vieux fonds d'enfance renaît, le vieil homme revit, les succès ou les échecs de l'intellect paraissent dérisoires devant cette présence contraignante de l'Autre. Le terrain conquis par l'affect, qu'il s'accompagne d'un état de jouissance ou de douleur, accule le sujet menacé. Celui-ci peut s'abîmer dans cette irruption affective, qu'elle soit de plaisir ou de déplaisir. Passé certaines limites, l'affect devient puissance de perte, même dans l'élation, l'orgasme, le triomphe.*

[...] Alors prônerons-nous, comme certains prophètes contemporains, le retour à l'innocence, si l'innocence c'est cette "spontanéité" parée de toutes les vertus créatrices ? Recommanderons-nous cette plongée dans la fontaine de jouvence qui nous rendra notre nature première ? Nous ne verrons dans cette quête qu'une illusion de plus où se berne la

¹⁷⁸ Green A., *Le discours vivant*, p. 285.

conscience opprimée. [...] L'Eros qui resurgira ainsi ne sera pas, quoi qu'on en dise, un chérubin joufflu, et ses flèches, pour mieux atteindre leur cible, seront enduites d'un poison virulent. »¹⁷⁹

La question de la régulation des affects, dont le débordement ou le clivage massif menace le psychisme de désorganisation, voire de mort, semble donc au premier plan. Qu'elle soit d'origine interne ou externe, l'excitation, si elle dépasse les capacités élaboratrices du sujet, fait traumatisme. La conduite addictive aurait donc une fonction de protection contre le traumatisme psychique. Mais cette protection peut se retourner contre le sujet qui souffre de tous les effets délétères des drogues, comme nous allons le voir maintenant.

3.3.1. Cécile, mourir de honte

3.2.1.1. De la difficulté d'une première rencontre

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Cécile fréquente le CSAPA depuis quelques mois ; elle consulte par intermittence l'un des médecins généralistes qui lui prescrit un traitement de substitution, du Subutex, et d'autres psychotropes. Elle a alors 34 ans.

C'est l'infirmier qui lui donne son premier rendez-vous avec moi, mais à l'heure où je reçois habituellement une autre patiente (dont j'avais oublié de noter le nom sur l'agenda du CSAPA). Il lui avait proposé cet horaire car son éducatrice devait l'accompagner au tribunal juste avant, ce dernier étant proche de l'hôpital, il pensait qu'elle pourrait ensuite y conduire Cécile.

Alors que j'étais en entretien, les deux patientes se sont arrangées entre elles, Cécile cédant la place et décidant d'attendre en allant faire du lèche-vitrines. Elle me dira ensuite, qu'il est normal qu'elle ait laissé passer avant elle l'autre personne avec son bébé. Cependant, elle ne revient qu'une heure et demie plus tard et je n'ai plus que 20 minutes pour la recevoir avant le rendez-vous suivant.

Ces ratés ne favorisent pas ma sérénité interne au moment où je l'accueille ; je m'excuse pour le contretemps que je lui impose et elle fait de même pour son retard, me disant qu'elle n'a pas vu passer le temps. Je lui demande ce qui l'amène et, gênée, elle me répond qu'elle ne sait par où commencer. Cécile m'expose alors les grandes difficultés auxquelles elle

¹⁷⁹ Green A., *Le discours vivant*, p. 290-291.

est confrontée, d'une façon très confuse. De ce fait, pour ma prise de notes ultérieure, je ne me souviendrais pas de l'ordre dans lequel elle amène les éléments qui suivent, excepté le premier.

Elle se sent mal car elle ne peut plus voir ses deux filles adolescentes qui résident chez leurs grands-parents paternels, avec leur père, dans le midi ; elle n'a, en effet, plus les moyens de se payer l'hôtel sur place. Elle habitait, elle aussi, dans le midi près de ses filles, mais, il y a quelques mois, elle est venue à Lyon pour se loger dans l'appartement que son père lui a laissé après sa mort¹⁸⁰. D'origine tunisienne, son père est décédé d'un cancer, il y a environ 2 ans ; bien que demeurant également dans le midi, il était venu se faire soigner à Lyon car il ne faisait pas confiance aux médecins marseillais. Elle ajoute qu'elle, non plus, ne leur fait pas confiance¹⁸¹. Il est mort en Tunisie, où elle s'est rendue pour son enterrement. Cécile m'explique alors qu'elle a demandé une tutelle, car les gens profitent de ses moments de fragilité pour lui faire signer des papiers et elle regrette ensuite d'avoir accepté. Ainsi, sa famille paternelle restée en Tunisie lui a pris les biens que son père avait dans son pays natal. Il était militaire de carrière et toujours en déplacement, elle a donc peu vécu avec lui. Cécile est fille unique, ses parents se sont séparés alors qu'elle était enfant. Sa mère, bretonne, est restée dans sa région ; elle vit avec un nouveau compagnon et ne souhaite pas être importunée par sa fille.

Cécile a commencé à consommer de l'héroïne vers 18 ans, quand elle a rencontré le futur père de ses filles, lui-même déjà toxicomane. Elle l'a quitté car il la frappait ; à la suite de quoi, il s'est jeté d'un quai dans la mer et a eu les jambes broyées par l'hélice d'un bateau. Il est resté deux ans en fauteuil roulant et ses filles accusent leur mère d'être responsable de l'état de leur père ; elles pensent que c'est parce qu'elle l'a quitté que leur père va si mal¹⁸². C'est ainsi que Cécile s'explique les réticences de ses filles à venir la voir, alors qu'elle-même n'a plus les moyens de faire le voyage.

En fin d'entretien, quand je lui propose un autre rendez-vous, Cécile, toujours très confuse, se demande comment elle va pouvoir venir. Elle craint les transports en commun car il y a trop de monde et elle s'est fait agresser, verbalement, précise-t-elle, plusieurs fois dans

¹⁸⁰ Probablement pour économiser ainsi le prix d'un loyer.

¹⁸¹ Sans doute en raison des problèmes qu'elle a eu suite à son deuxième accouchement et dont elle me parlera ultérieurement.

¹⁸² Lorsqu'elle me relate ces événements, la culpabilité latente de Cécile (l'une des sources de sa confusion ?) est telle que je comprends que son ex-compagnon est toujours très handicapé suite à son accident, ce dont les entretiens suivants me feront douter.

la rue. Pressée par le temps, je me sens coupable de ne pas pouvoir l'écouter plus longtemps, pour tenter de faire émerger une demande ; je lui tends, malgré tout, le papier sur lequel j'ai noté la date et l'heure du prochain entretien.

3.3.1.2. Tissage de lien interstitiels

Cécile n'honore pas son deuxième rendez-vous, ce qui n'étonne nullement l'infirmier qui pense qu'elle est venue la première fois, seulement parce que son éducatrice l'a accompagnée jusqu'au CSAPA.

Souffrant d'une hépatite, elle a bénéficié d'un examen médical dans le service d'hépatologie de l'hôpital, où elle renoue avec un médecin intervenant également au CSAPA. C'est ainsi que, deux mois plus tard, j'ai l'occasion de la croiser alors qu'elle attend pour une consultation avec cet hépatologue. Je la salue et prends de ses nouvelles. Elle me dit qu'elle va mieux car elle a vu ses filles récemment, elles lui ont rendu visite pendant les dernières vacances scolaires de Toussaint. Je lui rappelle qu'elle n'est pas venue à son dernier entretien. Elle convient qu'elle n'a pas repris rendez-vous mais qu'elle a quand même pu me dire beaucoup de choses la première fois. Je lui propose de la revoir, ce qu'elle finit par accepter après avoir hésité en consultant son agenda. Cécile ajoute que si elle ne peut pas venir elle me téléphonera. Comme je note son rendez-vous, elle s'inquiète de savoir si je me souviens de son nom (elle ne se souvenait pas du mien), je lui montre que je l'ai déjà inscrit. Enfin, elle me confie qu'elle n'a pas pu tenir parole concernant la demande du médecin, elle a repris de l'alcool, et elle va devoir le lui dire. Je l'encourage à le faire et prend congé. Le médecin me dira qu'il est souhaitable qu'elle cesse de boire avant de commencer le traitement de son hépatite.

La semaine suivante, elle ne vient pas, mais son éducatrice me téléphone pour me prévenir qu'elle est au tribunal et ne pourra donc pas me voir. Elle ajoute que Cécile reprendra rendez-vous.

Deux mois passent encore avant qu'elle redonne signe de vie : elle demande un rendez-vous mais arrivera avec plus de deux heures de retard. Je ne la verrais donc que 5 minutes entre deux entretiens, elle me réclame un certificat pour le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation). Surprise, je lui demande si elle a fait de la prison, elle acquiesce mais n'ayant pas le temps, je n'approfondis pas. Embarrassée par sa requête, je lui dis que je ne l'ai vu qu'une fois. Cécile me répond que ce n'est pas un problème, l'important est qu'elle

débute un suivi maintenant et se dit tout à fait disposée à reprendre rendez-vous. Réticente, je souligne qu'elle n'est pas venue aux entretiens précédents. Elle se justifie alors en arguant, de nouveau, qu'elle m'avait tout dit sur sa vie la première fois, et se demandait ce qu'elle pourrait ajouter ensuite. Pourtant, elle me glisse qu'elle voudrait quand même me parler du fait qu'elle a l'impression que les gens dans la rue peuvent lire ses pensées et, inquiète, me demande si cela veut dire qu'elle est folle. Regrettant de ne pas avoir le temps de l'écouter plus longuement, je lui dis simplement qu'elle se sent transparente mais qu'on en reparlera lors de notre prochain entretien. Je lui fais un certificat mais il ne lui convient pas car j'ai utilisé le papier à entête du CSAPA et elle ne veut pas qu'on sache qu'elle vient dans un centre de soins pour toxicomane. Impatiente, je lui dis que je le lui referai après mon dernier entretien et lui demande de venir le chercher le lendemain. Elle fera faxer son certificat par les infirmiers mais ne viendra pas à ses rendez-vous de la semaine suivante, ni le mien, ni celui du médecin.

Cécile renoue contact un mois plus tard, mais ne vient pas à son entretien. Passe encore un mois, elle sollicite un nouveau rendez-vous mais arrive avec trois-quarts d'heure de retard. Cécile me demande si elle peut revenir me voir après la personne que je dois recevoir dans l'immédiat, car elle a de nouveau besoin d'un certificat pour la justice. Je lui dis que c'est une bonne idée, car c'est un peu difficile de parler ainsi entre deux portes, et lui demande de revenir dans trois-quarts d'heure. Elle déclare qu'elle va prendre un café. Je pourrais, cette fois-là, lui consacrer un peu plus d'une heure.

3.3.1.3. Entre honte et terreur

Cécile constate que ça lui est difficile de venir, elle m'a déjà tout raconté et ne sait plus quoi me dire. C'est l'obligation de soin imposée par la justice qui motive sa démarche, réactivée par la demande de certificat du SPIP et par sa prochaine comparution au tribunal la semaine suivante. Je lui demande quels sont ses problèmes avec la justice. Elle me dit qu'elle fait des bêtises, elle prend des choses dans les magasins sans chercher à se dissimuler et se fait prendre à chaque fois. Il y a un an et demi, elle a d'ailleurs été incarcérée 4 mois, car elle a été prise en flagrant délit de vol, mais aussi parce qu'elle avait déjà été condamnée avec sursis lorsqu'elle avait 18 ans (ce qu'elle avait oublié). Elle vole pour ses filles, pour leur offrir des cadeaux et ne pas faire moins que leur père. Cécile ajoute qu'elle vole aussi parce qu'elle est seule, en manque. Je lui dis que ce qu'elle me décrit ressemble à de la kleptomanie. Elle est

soulagée que je nomme son trouble, car lorsqu'elle même le désigne ainsi, on ne la croit pas, ses amis se moquent d'elle, disant que c'est une maladie rare, on ne l'écoute pas.

C'est depuis que son père est mort qu'elle ne va pas bien. Elle pense ne pas avoir été une enfant désirée ; sa mère n'avait que 19 ans lorsqu'elle est née. Son père militaire était souvent absent, ayant des missions fréquentes à l'étranger, mais elle se souvient aussi qu'il frappait sa mère et était sévère avec sa fille. Ses bêtises étaient sanctionnées par des coups de ceinturon. Lorsque ses parents se sont séparés elle est restée avec sa mère jusqu'à ce que celle-ci trouve un autre compagnon. Elle avait alors 11 ans et a été placée en foyer, sa mère disant qu'elle était insupportable. Cécile ajoute que ce n'est pas vrai. Elle fuguait sans cesse de ces foyers. Quand son père était en France, il la prenait un week-end sur deux. Son visage s'éclaire un peu lorsqu'elle me dit que la meilleure période qu'elle ait vécue, c'est lorsque son père, voyant que ça se passait mal en foyer, l'a amenée chez ses grands-parents paternels dans la région lyonnaise où elle est restée 2 ans, entre 13 et 15 ans environ. Elle pense que sa grand-mère avait accepté de l'accueillir car elle espérait que Cécile fasse le ménage. Cependant, son grand-père n'a pas été d'accord et l'a beaucoup choyée ; il lui achetait des vêtements en cuir à l'insu de sa femme, elle était sa princesse, me dit-elle. Mais son grand-père est "mort de la prostate" ; il a préféré partir se faire opérer en Tunisie, où il est décédé, plutôt que de se soigner en France. Cécile pense qu'il était trop fier pour parler de sa maladie (honteuse ?) à son entourage¹⁸³. Elle me dit que cette disparition l'a encore plus attristée que celle de son père. Elle est, ensuite, retournée chez sa mère qui n'a pas voulu l'héberger. Elle dormait donc dehors, dans les bateaux amarrés au port. C'est ainsi qu'elle a fait la connaissance de son premier compagnon, bien plus âgé qu'elle, qui squattait les bateaux. Cécile me dit, avec un brin de malice, qu'étant mineure à l'époque, il aurait pu être poursuivi pour détournement de mineure. Lorsqu'elle est tombée enceinte, il voulait qu'elle demande une IVG, mais elle a refusé, affirmant son désir de garder cet enfant. Son compagnon la quitte alors et retourne chez ses parents dans le midi. Elle-même rejoint sa mère qui, compte tenu de son état, accepte de la loger. Cependant, les parents de son ami incitent leur fils à inviter Cécile à le rejoindre, ce qu'elle fera. Mais comme elle est mineure, on essaie de la mettre en foyer d'où elle fugue sans cesse pour rejoindre son compagnon. Étant donné sa détermination, on finit par la laisser faire. Ils vivront 7 ans ensemble, elle travaillant plus souvent que lui, dans la téléprospection ou comme serveuse. Avec une pointe de fierté, elle m'explique que

¹⁸³ Le patriarche préfère prendre le risque de mourir plutôt que celui d'être humilié.

lorsqu'un restaurant l'employait, elle se débrouillait pour convaincre le patron d'embaucher aussi son compagnon à la cuisine ou pour faire les pizzas, car c'est un bon cuisinier, ajoute-t-elle. Je commente en disant qu'elle a de la ressource, ce qui la surprend et la ravie ; habituellement on lui dit l'inverse, me dit-elle. Cécile poursuit en disant que son compagnon la frappait et elle devait ensuite emmener ses filles à l'école avec un œil au bord noir¹⁸⁴ ; jusqu'au jour où les voisins ont appelé la police. On lui demande alors si elle veut porter plainte ; l'appartement étant à son nom, elle pouvait mettre son compagnon à la porte. C'est ce qu'elle a fini par faire, mais elle ajoute que, sans le soutien de ses voisins, elle n'aurait pas pu. Ne s'attendant pas à ce qu'elle prenne cette décision, son compagnon a fait une tentative de suicide qui a failli réussir. Elle me rappelle que ses filles lui reprochent d'être responsable de l'accident de leur père, bien qu'il lui semble que sa fille aînée se rapproche d'elle. Etant plus âgée, Cécile pense qu'elle se souvient mieux que la cadette, des coups que leur père lui portait.

Pendant les vacances de Noël, ses filles et leur père (ce dernier ne veut pas les laisser voyager seules) sont venus lui rendre visite. Cécile est contente de parler de ses enfants, sa fille aînée, qui redouble sa troisième, lui a dit qu'elle faisait un stage dans une pharmacie. Elle ne sait pas encore quel métier elle choisira mais elle veut poursuivre ses études au lycée. Le père offre des cadeaux (scooter et autres) à ses filles pour les encourager à travailler à l'école, mais elle-même ne peut pas, ajoute-t-elle d'un air triste. Elle voudrait tant donner à ses filles ce qu'elle n'a pas eu. Cécile se souvient qu'elle avait honte quand sa mère l'habillait au Secours Catholique, alors qu'elle-même était toujours pimpante. Elle s'était promis de ne pas répéter avec ses filles, ce qui s'était passé pour elle et est désespérée de constater que c'est pourtant ce qui arrive. Son ex-compagnon devait revenir avec ses filles pendant les vacances de février, mais ils ont annulé leur visite car la grand-mère paternelle a eu un infarctus. Bien qu'elle aille mieux actuellement, Cécile est angoissée par les conséquences que sa disparition aurait sur ses filles. La grand-mère doit subir une opération cardiaque prochainement et elle me demande si le risque anesthésique est important. Tout en étant rassurante, je reconnais que ce risque n'est jamais nul. Elle m'avoue que pour Noël, ça ne s'est pas très bien passé entre

¹⁸⁴ Je comprends que la douleur de la honte est bien supérieure à la souffrance physique provoquée par les coups.

elle et son ex-compagnon, ils se sont disputés. Elle comprend que, pour ses filles, ce n'est pas très agréable d'assister aux querelles de leurs parents¹⁸⁵.

Cécile me parle, aussi, du deuxième compagnon qu'elle a eu. Il avait déjà un enfant mais en voulait d'autres. De peur de le perdre, elle n'a jamais osé lui dire qu'elle était stérile depuis son deuxième accouchement et la grave hémorragie qui s'en était suivie. Cependant, elle pense qu'il avait décidé depuis longtemps de la quitter et a profité de son emprisonnement pour l'abandonner. Elle me dit avec amertume qu'il a retrouvé quelqu'un très rapidement alors qu'elle est toujours seule.

Cécile me dit sa terreur d'être confrontée à une nouvelle incarcération, car cette fois-ci, son ex-compagnon n'accepterait plus qu'elle voie ses filles. De plus, elle a un souvenir terrible de son séjour en prison d'où elle est sortie complètement assommée par les médicaments qu'on lui avait prescrit (méthadone à dose relativement élevée et autres psychotropes¹⁸⁶, dont elle ne se souvient plus du nom). C'est au moment où elle était dans cet état que sa famille paternelle lui a fait signer un papier leur permettant de gérer son héritage en Tunisie. Ils ont alors tout vendu et gardé l'argent. Son père avait racheté le domaine de son grand-père. Elle était en relation avec le notaire de son père, mais elle n'a plus de nouvelle depuis quelque temps et pense qu'il s'est mis du côté de ceux qui ont l'argent. Pour tenter d'obtenir réparation, son avocat lui dit qu'il faudrait qu'elle se rende en Tunisie, mais elle n'a pas les moyens, se plaint-elle avec lassitude. Elle ajoute que, là-bas, de surcroît, elle est mal vue car c'est la française de la famille. Elle a donc demandé à être protégée par une tutelle¹⁸⁷, mais maintenant, elle trouve très pénible de demander à sa tutrice, chaque fois qu'elle veut acheter quelque chose. Par contre, son éducatrice l'aide beaucoup et elle ajoute : "D'ailleurs, elle vous ressemble... Elle a des lunettes et les cheveux courts comme vous !"

Cécile m'explique aussi qu'elle avait laissé les clefs de son appartement à sa meilleure amie lorsqu'elle a été emprisonnée, pour qu'elle puisse arroser ses plantes. Mais elle s'est aperçu, à sa sortie de prison, qu'elle lui avait volé les bijoux que son père avait offerts à sa mère et dont elle avait hérité. Cécile ajoute qu'ils étaient pourtant bien cachés et que son amie a donc dû beaucoup fouiller pour les trouver. Elle précise que ce qui l'affecte, c'est la perte

¹⁸⁵ A ce moment-là, peut-être que s'insinue dans l'esprit de Cécile, un doute quant aux raisons réelles de l'annulation de la visite de ses filles.

¹⁸⁶ Un anxiolytique et un hypnotique

¹⁸⁷ Qui ne gère en fait, que ses prestations sociales, apprendrais-je beaucoup plus tard.

d'objets ayant une valeur affective plus que celle de leur valeur marchande. Elle se sent bien seule.

Peu de temps après sa sortie de prison, elle a arrêté de prendre tous les médicaments qui lui étaient prescrits, car on lui demandait de venir chercher sa méthadone au CSAPA tous les jours, or, elle se sentait trop mal pour trouver le courage de sortir quotidiennement. Elle est donc restée enfermée chez elle, malade, pendant 3 ou 4 semaines. Elle reconnaît, cependant, qu'une hospitalisation dans le service d'hépatologie l'a aussi aidée. Je lui dis qu'elle a peut-être remplacé la méthadone par le vol. Elle en convient mais ajoute qu'elle utilise aussi beaucoup l'alcool et c'est après avoir bu qu'elle va faire ses bêtises. Pourtant, les médecins lui ont dit qu'il fallait qu'elle arrête de boire pour soigner son hépatite. Mais pour cela, il faudrait qu'on l'enferme, ajoute-t-elle. Enfin, elle se plaint de grossir et a honte de son apparence physique.

Elle conclue que sa vie est difficile et que parfois elle a envie de se "foutre en l'air". Avec tout ce qui lui arrive, elle se demande si la famille de son père ne lui a pas jeté un sort. Pour faire moins de bêtises, elle déclare qu'il faudrait qu'elle travaille, ce qui l'occuperait ; elle évoque aussi vaguement la possibilité de faire une formation ou de se rendre au Centre Social pour s'informer sur les activités de loisir qu'ils proposent.

Quand je lui dis qu'on va devoir s'arrêter, elle me rappelle qu'elle a besoin d'un certificat, attestant qu'elle se fait soigner, pour l'agent du SPIP qu'elle doit rencontrer cet après-midi. Elle me glisse timidement que si je pouvais aussi écrire que c'est une maladie, pour le tribunal où elle comparait le mercredi suivant, ça l'aiderait. Je ne suis pas encore très à l'aise avec ce type d'attestation qu'elle me réclame à la dernière minute, j'y mentionne, toutefois, ses conduites pathologiques (kleptomanie)¹⁸⁸.

En lui proposant un nouveau rendez-vous, je lui rappelle que ça a été compliqué pour elle de venir me voir. Elle me confie que c'est parce qu'elle avait honte de me dire qu'elle volait, mais maintenant qu'elle l'a fait, elle pense que ça lui sera plus facile. Pourtant, elle ne souhaite pas revenir avant un mois, mais je lui dis qu'elle a beaucoup à travailler entre ses difficultés actuelles et passées, elle accepte alors un rendez-vous à quinze jours.

¹⁸⁸ J'éprouverai, à mon tour, une grande honte après-coup, car j'ai cru avoir fait une faute d'orthographe impardonnable en écrivant kleptomanie avec un c. Elle ne s'apaisera que lorsque j'aurais pu vérifier dans le dictionnaire que les deux orthographes sont possibles...

Elle me rappelle dès la semaine suivante pour m'annoncer que son jugement, qui devait avoir lieu la veille, a été reporté quinze jours plus tard et son avocat de l'aide juridictionnelle l'incite à venir me voir plusieurs fois avant cette date. Je lui dis que je ne pourrais pas la voir le jour même, mais que je lui ai donné un rendez-vous pour la semaine suivante. Cécile se montre très ennuyée que je ne puisse pas la recevoir plusieurs fois et me demande d'appeler son avocat. Je lui réponds que je préfère que ce soit lui qui me téléphone, ce qu'il fera un peu plus tard pour me demander confirmation de sa kleptomanie et un certificat attestant qu'elle se soigne.

3.3.1.4. De l'usage opératoire de l'entretien

Cécile est de nouveau très en retard à son troisième rendez-vous, ce qui réduit d'autant le temps de l'entretien.

Elle me demande si son avocat m'a téléphoné la semaine précédente, car elle ne comprenait pas ce qu'il voulait ; j'acquiesce et lui remets le certificat que j'ai préparé.

Préoccupée par son poids, elle souhaiterait que je lui prescrive un médicament pour maigrir, moins cher que celui que le médecin lui a inscrit sur sa dernière ordonnance ; elle me précise qu'il coûte 90 €. Je lui explique que je ne suis pas médecin et ne peux donc pas lui faire de prescription. Déçue, elle conclue qu'il faut donc qu'elle revienne voir le médecin. Comme elle se plaint de ne plus pouvoir fermer son pantalon, je lui dis que son ventre grossit peut-être à cause de son abus d'alcool (j'avais entendu parler d'ascite d'origine alcoolique à son propos) et lui demande si elle est déjà partie en cure. Elle me répond qu'elle y a pensé mais elle voudrait aussi travailler, car sa tutrice ne lui donne que très peu d'argent (environ 200 €/mois), le reste sert à rembourser ses dettes. Elle a, d'ailleurs, répondu à une annonce proposant de tester des produits cosmétiques. Son téléphone sonne pendant l'entretien et elle se dit en l'éteignant que c'était peut-être le laboratoire qui l'appelait pour lui donner une réponse. Elle ajoute : "Tant pis, je les rappellerai après".

Cécile me redit son angoisse face à la perspective de retourner en prison, et des conséquences que cela aurait, en particulier, ne plus avoir le droit de voir ses filles. Elle ne pensait pas qu'on pouvait mettre quelqu'un en prison pour le vol d'un nounours ; mais elle reconnaît, dans le même temps, que ce qui a posé problème est la répétition de ses vols et le sursis qui lui avait été accordé lorsque, jeune, elle avait eu des problèmes avec la drogue. Elle ajoute que lorsqu'elle vole de la nourriture, c'est mieux toléré.

L'arrêt de l'entretien est difficile, elle avait encore besoin d'être rassurée. Je lui propose un autre rendez-vous, la semaine suivante, le lendemain de son jugement. Toujours très en retard, elle viendra 10 minutes avant la fermeture du centre frapper à mon bureau alors que je suis en entretien. Je lui dis que je ne peux pas la recevoir mais que sa venue me permet de constater que son audience s'est bien passée. Elle me déclare alors qu'elle n'a pas pu se lever pour venir à l'heure car elle a fêté la veille au soir le soulagement d'échapper à la prison. Comme elle insiste pour me voir, je lui dis de prendre rendez-vous auprès des infirmiers pour la semaine suivante. Restée sur le seuil de ma porte, elle finit par s'en aller à regret en refermant la porte derrière elle.

3.3.1.5. Héritage traumatique et transmission transgénérationnelle de la honte

Huit jours plus tard, malgré son retard de plus d'une heure, j'accepte de la recevoir. Confuse, elle me dit qu'elle a du mal à sortir de chez elle, qu'elle doit accomplir un certain nombre de choses avant (rituels ?) et, ensuite, elle appréhende la rencontre des gens dans la rue.

La semaine précédente, c'est avec son avocat qu'elle a fêté l'issue heureuse de son jugement au bistrot du coin ; comme il a pris une bière, elle a fait de même. Elle a besoin de se justifier en ajoutant que lorsqu'elle est avec quelqu'un qui boit, elle a du mal à résister. Cependant, elle a quand même été condamnée à des travaux d'intérêt général (TIG) ; bien que moins angoissant que la prison, elle craint d'avoir à faire des travaux très salissant, en particulier, nettoyer les cellules de garde à vue, car ça lui rappellerait de très mauvais souvenirs (elle m'avait dit une fois précédente que c'était un lieu vraiment dégoûtant en me détaillant les déjections humaines qu'on y trouve)¹⁸⁹. D'un autre côté, elle pense que l'obliger à travailler serait plutôt une bonne chose car elle sortirait ainsi de chez elle et penserait moins à faire des bêtises. Par contre, si elle commet le moindre vol, elle ira directement en prison, pour au moins deux ans, car tous ses sursis s'additionneront. Je lui demande à quand remonte ses derniers vols. Elle se souvient d'abord de ceux avant Noël pour faire des cadeaux à ses filles, puis, de ses récidives en janvier mais elle m'affirme qu'elle n'a pas recommencé depuis

¹⁸⁹ Quelque temps plus tard, elle verra le médecin qui lui fera un certificat attestant qu'elle a l'hépatite C, ce qui la dispensera de TIG

trois mois. Devant le juge, elle s'est défendue en disant que c'est la mort de son père et la séparation d'avec son dernier ami qui l'avaient rendue malade.

Elle se remémore les souvenirs traumatiques de ses parents. Son père a émigré en France avec sa famille quand il avait 7 ou 8 ans. Lorsque Cécile se plaignait, il lui disait qu'elle souffrait peu en comparaison de ce qu'il avait, lui-même, subi. En Tunisie, son propre père le punissait en l'obligeant à rester en plein soleil entouré de pneus, avec un piment dans les fesses. En France, lorsqu'il avait environ 15 ans, son père, maton, l'avait enfermé en prison parce qu'il avait emprunté (volé ?) une chemise. C'est pourquoi, il s'est ensuite engagé dans l'armée pour s'éloigner de sa famille. Je demande à Cécile si elle sait comment ses parents se sont rencontrés. Elle me raconte que son père a eu un accident de voiture à proximité de la cordonnerie de ses grands-parents maternels. Elle précise en riant que son père est rentré dans l'étalage du marchand de légumes d'à côté, avec sa Triumph. Sa mère, fille unique, avait 19 ans à l'époque. Lorsqu'elle est tombée enceinte, ses parents l'ont mise à la porte car ils étaient racistes et n'appréciaient pas son copain¹⁹⁰. Elle est alors allée habiter clandestinement avec lui au célibatérium de l'armée mais, chaque matin, lorsque la femme de ménage arrivait, elle devait sauter de l'autre côté du mur d'enceinte pour ne pas être vue. Cécile me dit que c'est ainsi, qu'elle s'est retournée dans le ventre de sa mère et est née par le siège, ce qui a beaucoup fait souffrir sa mère, qui n'a plus voulu d'enfant. Son père devait faire des missions à l'étranger ; elles étaient de 2 ans s'il emmenait sa famille, plus courtes s'il partait seul. Elle se souvient, en particulier, de leur séjour en Nouvelle-Calédonie où sa mère avait été emboucanée (on lui avait jeté un sort) et elle ne voulait plus rentrer en France¹⁹¹. Il avait fallu la faire "déseboucaner". Mais ses parents se sont séparés peu de temps après leur retour en France. Depuis, sa mère est devenue voyante me dit Cécile, sauf pour sa fille, ajoute-t-elle en souriant, car elle n'a vu qu'une seule fois ce qui devait lui arriver. D'ailleurs, elle se demande souvent si elle-même n'est pas emboucanée avec toutes les déveines qui lui arrivent.

Cécile me dit avec tristesse que sa grand-mère maternelle ne connaît pas ses filles et qu'elle aurait aimé les lui présenter. Cependant, elle n'a pas pu le faire car sa mère ne veut pas les recevoir en Bretagne ; elle-même n'a pas les moyens de se payer l'hôtel en plus du voyage. Elle le regrette car maintenant c'est impossible puisque sa grand-mère, ayant la maladie

¹⁹⁰ Derrière ces mauvaises raisons, que Cécile tient sans doute de sa mère, se cachent probablement la honte déniée des grands-parents face au dilemme d'accepter un gendre étranger ou une fille mère.

¹⁹¹ De nouveau, le roman familial de Cécile dénie la honte due cette fois-là aux infidélités de sa mère : elle aurait été ensorcelée plutôt que retenue en Nouvelle Calédonie par une liaison extraconjugale comme elle dira le suspecter lors d'un entretien ultérieur.

d'Alzheimer, est placée en maison spécialisée. De plus, elle ne peut même pas lui écrire car sa mère refuse de lui donner son adresse ; elle lui dit de lui envoyer les lettres et qu'elle se chargera de les faire suivre à la grand-mère. Cécile se demande si sa mère ne craint pas que sa fille détourne l'héritage de son aïeule à son profit¹⁹².

Cécile estime que le nouveau compagnon de sa mère est très gentil, mais elle pense que cette dernière le supporte seulement parce qu'il est peu présent à cause de son métier (il est chauffeur routier). En effet, quand il est en vacances, ils se disputent beaucoup, car sa mère, ayant l'habitude d'être seule, a ses petites manies et n'aime pas qu'on la dérange. Cette évocation lui rappelle que lorsqu'elle s'était réfugiée, enceinte, chez sa mère, cette dernière s'appêtait à la placer dans un foyer pour fille-mère au moment où, heureusement, son compagnon est venu la chercher.

Elle se plaint à nouveau de grossir, mais comme son embonpoint se limite au ventre, je remets en cause sa consommation d'alcool, sans vraiment la convaincre¹⁹³.

Cécile espère que ses filles viendront la voir la semaine suivante pendant les vacances scolaires, bien que leur père ne soit pas sûr de pouvoir se libérer. Elle ajoute avec satisfaction que, dans ces cas-là, sa tutrice lui donne un peu plus d'argent puisque ça revient plus cher de manger à quatre. C'est sa mère qui lui avait conseillé de demander une tutelle pour l'aider à gérer son budget, comme celle-ci l'avait fait pour elle-même. Mais Cécile regrette de l'avoir écoutée.

A la fin de l'entretien, je lui demande si elle veut revenir la semaine suivante, mais elle préfère un rendez-vous dans quinze jours puisqu'elle aura peut-être ses filles. Lorsque je note son rendez-vous, elle me demande d'inscrire une demi-heure d'avance sur le papier que je lui donne, pour l'aider à être à l'heure. De son côté, elle fouille son sac pour retrouver sa convocation pour l'entretien d'aujourd'hui afin de me la faire signer. Elle me la tend en disant : "Bien que vous n'aimiez pas !... C'est pour montrer au SPIP que je suis venue." Je lui dis que ce n'est pas de signer sa feuille de rendez-vous qui me pose problème, mais plutôt lorsqu'elle arrive en retard et que je ne peux pas la voir. Alors qu'on se lève pour prendre congé, elle me redit qu'elle a l'impression que les gens savent ce qu'elle pense. Je lui réponds que je me souviens qu'elle m'en a déjà parlé et qu'il faudra qu'on aborde ce sujet la prochaine fois car on

¹⁹² Le rejet des filles (source de honte) par leur mère, qui se répète sur deux générations, me paraît jouer un rôle central dans la déliaison imposée par la mère de Cécile.

¹⁹³ Comme son état somatique m'inquiète, j'en parlerais au médecin qui me dit qu'il l'a déjà traitée pour une ascite lors d'une hospitalisation mais qu'elle peut décompenser de nouveau si elle continue à abuser d'alcool.

n'a plus le temps aujourd'hui. J'ajoute qu'il y a peut-être une raison pour qu'elle exprime cela seulement lorsque l'entretien est terminé. Elle réplique en souriant qu'elle était venue avec l'idée de parler de ça, mais qu'on a parlé d'autre chose, ce qui lui a d'ailleurs fait du bien. Elle craint, cependant, que je croie qu'ils sont tous fous dans sa famille. Je la rassure et insiste pour qu'elle vienne régulièrement à ses rendez-vous pour se donner le temps d'aborder tous ses soucis.

Quinze jours plus tard, elle ne vient pas à son entretien, par contre, elle était venue la veille car elle s'était trompée de jour. Quelques jours plus tard, elle reprend rendez-vous par téléphone pour la semaine qui suit.

3.3.1.6. La culpabilité, la honte et l'éprouvé de nudité psychique

Je l'accueille en lui faisant remarquer qu'elle a une heure et demie de retard. Incrédule, elle me dit qu'elle avait rendez-vous à 11h, mais je lui affirme que c'était 10h. Désolée, elle en conclue qu'elle a dû mal comprendre ce qu'on lui a dit au téléphone. Un peu contrariée, je lui dis que je vais la recevoir, mais comme j'attends quelqu'un d'autre (qui finalement ne viendra pas), je ne suis pas sûre qu'on ait beaucoup de temps.

Cécile est très angoissée (et de ce fait très confuse) car elle vient d'apprendre que ces filles ont toutes les deux l'hépatite C ; elle se demande comment elles ont été contaminées. Leur père les a emmenés à l'hôpital pour faire les analyses et elles n'ont donc pas pu lui rendre visite. Pleine de culpabilité, elle tente de s'en défendre en m'expliquant que leur père a été infecté avant elle, Cécile n'ayant été séropositive qu'après la naissance de sa première fille. De plus, toutes les analyses faites sur son deuxième bébé étaient négatives. Ces filles pensent qu'elles se sont contaminées en utilisant le rasoir de leur père ; ceci ne déculpabilise pas Cécile pour autant car elle se dit que, si elle avait été plus près, elle se serait occupée de leur procurer ce qu'il faut pour s'épiler. Elles ne peuvent pas trop compter sur leur grand-mère paternelle pour cela. Leur père leur donne de l'argent de poche, mais elles doivent s'acheter leurs produits de toilette, et Cécile estime que cet argent n'est pas fait pour cela. De même, pour leurs protections périodiques, elle pense que c'est le rôle d'une mère de les fournir à ses filles. Elle associe avec le fait qu'elle-même n'en a plus besoin depuis la naissance de sa deuxième fille ; l'accouchement s'était si mal passée qu'elle avait failli mourir d'hémorragie.

C'est ainsi qu'elle n'a pas pu avoir d'enfant avec son deuxième compagnon ; elle s'étonne qu'il ne se soit jamais aperçu qu'elle n'était plus réglée.

Cécile projette de vendre l'appartement que son père lui a laissé à Strasbourg¹⁹⁴, car elle voudrait utiliser l'argent pour s'installer de nouveau près de ses filles. Son ex-compagnon lui a proposé de l'aider en échange de la moitié de la somme ; elle ne se sent plus capable de s'en occuper seule. Cela lui rappelle la proposition qu'un cousin, vivant en France, lui avait faite d'aller chercher son héritage en Tunisie et d'en garder 60 % pour lui. Offusquée, elle lui avait répondu qu'elle voulait en récupérer au moins 50 %, mais ce marché douteux n'a finalement pas été conclu. Lorsqu'elle s'était rendue en Tunisie, elle avait fait confiance à son oncle par alliance qui lui avait proposé de tenir le garage de son père et de lui envoyer une partie de la location, mais elle n'a jamais rien vu venir. Elle pense qu'il a tout gardé pour son fils.

Lorsqu'elle habitait avec le père de ses filles à proximité de sa belle-famille, elle se sentait très surveillée, non par ses beaux-parents, mais plutôt par la fratrie de son compagnon ; lesquels la considéraient comme dangereuse pour leur frère car ils pensaient que c'était elle qui l'avait entraîné dans la consommation de drogue. De ce fait, à cette époque, elle ne sortait jamais pour échapper à cette surveillance, ce qui excitait encore plus la curiosité de la famille qui essayait de voir ce qui se passait dans sa maison.

Elle me reparle de son impression que les autres peuvent lire dans ses pensées. Par exemple, si, mentalement, elle profère des injures, elle a l'impression que les autres les entendent. Ainsi, il lui est arrivé plusieurs fois que d'autres lui disent ce qu'elle venait juste de penser. Elle me demande inquiète, si c'est possible. Je lui réponds qu'il est concevable d'avoir une idée de son état émotionnel en regardant les expressions de son visage mais que j'associe aussi son impression à ce qu'elle vient de me dire, à savoir qu'elle s'est sentie très surveillée à une certaine époque¹⁹⁵.

En fin d'entretien, elle me redemande un certificat car le SPIP lui a dit que les convocations signées ne suffisaient pas pour le juge ; elle ajoute qu'elle reviendra le chercher le lendemain. J'apprécie qu'elle me laisse, pour une fois, du temps pour le préparer. Je lui

¹⁹⁴ Elle m'explique qu'ils ont vécu un certain temps à Strasbourg car son père ne voulant plus partir à l'étranger était muté d'une région à l'autre en France.

¹⁹⁵ Il semble que l'emprise exercée par l'autre via son accusation culpabilisante entraîne non seulement un sentiment de honte, mais aussi un éprouvé de nudité psychique (selon le terme proposé par A Ferrant).

propose un nouveau rendez-vous quinze jours plus tard, auquel, elle ne viendra pas sans prévenir.

3.3.1.7. La violence du rejet

Trois semaines plus tard, elle demande un nouvel entretien et arrive avec près d'une heure de retard, l'air emprunté, comme marchant sur des œufs. Elle craignait probablement de se faire rejeter, mais je l'accueille avec un sourire en lui demandant ce qui lui arrive sur un ton de reproche feint. Elle évoque de nouveau sa difficulté à sortir de chez elle et les rituels qu'elle doit accomplir avant de pouvoir quitter son appartement.

Elle revient sur son souci de savoir ses filles porteuses du virus de l'hépatite C et du choc que le médecin lui a infligé en lui demandant si ces enfants se piquaient¹⁹⁶. Horrifiée, elle lui a répondu qu'elles étaient trop jeunes. Cependant, il l'a aussi un peu rassurée en lui disant qu'elles pouvaient être porteuse du virus sans qu'il soit actif, c'est-à-dire sans qu'elles soient malades.

Cécile évoque la façon dont elle est désavouée par le père de ses filles : elle l'a mis à la porte parce qu'il la battait mais lui proclame qu'il ne fait plus confiance aux arabes ; elle m'explique que sa belle-famille est "pieds noirs", ce qui ne facilite pas leur relation¹⁹⁷. Il lui reproche son accident de plongée¹⁹⁸ et dit qu'elle aurait mieux fait de mourir de son hémorragie lors de l'accouchement de sa deuxième fille. Son ex-compagnon est très soutenu par ses parents qui l'ont presque élevé en fils unique car il a beaucoup d'écart avec ses frères et sœurs aînés.

Elle se remémore aussi la séparation de ses parents provoquée par la maltraitance que son père infligeait à sa mère, tout en ajoutant qu'elle comprend malgré tout la violence de son père s'il réagissait ainsi, à cause de l'infidélité de sa femme¹⁹⁹.

Enfin, Cécile reste terrorisée par son séjour en prison. Elle m'explique que son incarcération s'est très mal passée car elle a d'abord été en cellule avec des arabes qui l'ont

¹⁹⁶ Elle-même a commencé à s'injecter l'héroïne à 19 ans.

¹⁹⁷ Son compagnon s'est probablement senti déshonoré d'être ainsi jeté dehors par une arabe, ce qui redoublait l'humiliation de cette famille rapatriée d'Algérie et la haine vouée aux expulseurs et à ceux, comme Cécile, qui leur sont assimilés.

¹⁹⁸ Je ne saurais plus s'il s'agit d'une réelle tentative de suicide ou d'un accident dramatisé pour garder Cécile sous emprise en lui faisant éprouver la culpabilité.

¹⁹⁹ Cette complaisance vis-à-vis du père, au détriment de la mère, est sans doute liée au rejet de Cécile par sa mère et à la haine que cela a pu susciter. Il s'agirait d'une identification au père restée active pour justifier la honte du père qu'il expulse par une décharge pulsionnelle.

rejetée à cause de sa "moitié" française. Elle me précise qu'arabes et françaises ne sont jamais mêlées en prison, pour éviter les explosions de violence. Cécile pense qu'elle était jalouée car elle était agressée et ses effets personnels étaient systématiquement détruits. C'est depuis son emprisonnement qu'elle a perdu le sommeil car elle s'empêchait de dormir pour pouvoir surveiller ses affaires. La promiscuité provoquait des tensions terribles ; les toilettes n'étant séparées que par un rideau du reste de la cellule, les codétenues s'incommodaient mutuellement et Cécile semble avoir été le bouc émissaire de la violence ainsi engendrée. Les choses se passaient tellement mal pour elle qu'on a fini par la changer de cellule pour la mettre avec des françaises. Elle conclut qu'il ne faut surtout pas qu'elle fasse de bêtises sinon elle retourne en prison. Sa vie étant difficile, elle reconnaît qu'elle éprouve le besoin d'avoir recours à l'alcool. Elle avoue même ne prendre son traitement de substitution que de temps en temps à la place de l'alcool. Cela m'inquiète, aussi je lui reparle de faire une cure. Elle me dit que le médecin a aussi évoqué cette possibilité et qu'elle serait d'accord, elle se sentirait moins seule puisque le traitement se fait en groupe. Elle me demande comment elle doit faire, si elle doit en reparler au docteur. Je l'y encourage et je noterai moi-même un mot sur son dossier à l'intention du médecin.

Cécile me dit avec inquiétude qu'elle est de nouveau sollicitée par sa famille paternelle. Une de ses tantes résidant en France voudrait lui faire signer une lettre de protestation commune contre son oncle de Tunisie qui s'est accaparé tout l'héritage familial. Mais Cécile a tellement peur d'être abusée qu'elle n'ose plus donner son accord pour quoique ce soit. Repensant au papier qu'elle avait signé à son oncle pour qu'il s'occupe du garage de son père, elle dit d'un air dubitatif : "S'occuper, ça ne veut pas dire vendre !?" Cécile m'explique rêveuse qu'elle et ses tantes ont des terres plantées d'oliviers en Tunisie et qu'elle aimerait bien y faire construire une petite maison pour y emmener ses filles. Son père ayant acheté une partie des terres de ses parents, il devrait donc lui revenir une grande part des terrains de ses grands-parents. Le père de ses filles l'avait accompagnée en Tunisie pour l'aider à régler ses affaires mais en vain, semble-t-il.

Cécile se plaint de nouveau de vivre avec seulement 200 € par mois ; elle aimerait bien aller chez le coiffeur mais comme il faut compter 50 €, elle ne peut pas se le permettre. Néanmoins, elle espère vendre bientôt son appartement de Strasbourg car la locataire va quitter les lieux à la fin du mois. Elle craint cependant que cette dernière fasse des dégâts avant de partir car elle n'était pas contente que son bail ne soit pas renouvelé ; elle aurait déjà

cassé le lavabo. Cette vente lui permettrait de payer toutes ses dettes et d'avoir un petit pécule pour vivre quelque temps.

A la fin de l'entretien, je lui demande quand elle veut revenir. Elle me répond, sur un ton plutôt enjoué, que pour la justice, il suffit qu'elle vienne me voir une fois par mois. Ayant des difficultés à entendre cela, je lui dis sur le même ton qu'elle viendra donc une fois par mois pour la justice, mais que pour elle, il faudrait qu'elle vienne plus souvent... Elle accepte un rendez-vous pour la semaine suivante, en se plaignant des efforts qu'elle doit faire pour sortir de chez elle, et bien sûr, elle ne viendra pas.

Elle reprend rendez-vous par téléphone à deux reprises au cours de l'été, probablement poussée par son éducatrice, mais ne vient pas. Cette dernière avait aussi appelé le centre une fois car elle était inquiète de ne pas réussir à joindre Cécile. Elle reste ainsi trois mois sans venir au centre et je me rassurais en pensant qu'elle était allée rejoindre ses filles dans le sud.

3.3.1.8. Honte paralysante et enveloppe toxique

Cécile arrive avec plus d'une heure de retard, le ventre débordant du pantalon et l'air confus. Son aspect pitoyable me laisse deviner sa grande détresse. Elle avait téléphoné la veille pour prendre rendez-vous et s'était fait houspiller par l'infirmière qui lui reprochait de ne jamais honorer les rendez-vous qu'elle lui donnait. Cécile avait protesté avec véhémence en lui disant qu'elle me rencontrait tous les mois... Je lui demande ce qui s'est passé pendant tout ce temps où elle n'est pas venue. Surprise, elle me dit qu'il n'y a pas si longtemps qu'on s'est vu. Je lui donne la date de notre dernier rendez-vous, elle me dit alors qu'elle est restée enfermée tout l'été ; elle ajoute, tristement qu'elle n'a pas vu ses filles. Elle ne sort plus pour ne pas faire de bêtises et, désormais, quand son éducatrice vient la voir, il lui arrive de ne pas lui ouvrir car il y a trop de désordre dans son appartement, elle n'a plus le courage de faire le ménage. Elle pense que son éducatrice doit bien apprendre par ses voisins qu'elle est chez elle et qu'elle ne veut donc pas lui ouvrir, ce qui augmente sa honte. D'ailleurs, ses voisins s'inquiètent de ne plus la voir sortir. Elle termine en disant qu'elle n'est sortie que pour venir me voir, elle a fait l'effort de se préparer à sortir seulement pour moi. Cependant, peu de temps après, elle me dit qu'elle a besoin d'un certificat qu'elle devra remettre au SPIP quinze jours plus tard. Elle ajoute qu'elle me le demande à l'avance car elle sait que je n'aime pas le faire à la dernière minute.

Les soucis actuels de Cécile concernent la vente de son appartement de Strasbourg. La régie lui réclame les clefs, sans doute pour le faire visiter aux acquéreurs potentiels, et Cécile ne comprend pas pourquoi ils n'ont pas récupéré celles de sa locataire. Elle ajoute que celle-ci a déjà retrouvé un appartement. Son ex-compagnon devrait bientôt venir pour l'accompagner à Strasbourg pour effectuer la vente. Elle me dit qu'ensuite, elle vendra l'appartement dans lequel elle vit à Lyon. Effarée par mon fantasme de la voir se clochardiser, je lui demande pourquoi. Elle m'explique qu'elle pourra ainsi retourner près de ses filles dans le midi car sa tutrice devrait prendre la plus grande partie du produit de la vente de son premier appartement pour rembourser ses dettes.

Cécile continue de boire de façon excessive. Le médecin, à qui elle demandait une cure de désintoxication, lui a dit de commencer par essayer le médicament qu'il lui a prescrit. Très désappointée, elle me dit que ça l'a rendu malade pendant une semaine mais elle ne l'a pas dit au médecin. Je l'encourage à le faire mais elle me rétorque qu'il ne connaît pas son histoire, qu'elle a honte de lui en parler et que de toute façon il ne lui laisse que peu de temps pour le faire. Elle ajoute que son éducatrice lui a conseillé d'aller voir un psychiatre mais elle proteste qu'elle n'est pas folle et n'a aucune envie d'y aller.

En fin d'entretien, je lui dis que je préparerai son certificat et lui redonne un rendez-vous pour la semaine suivante. Je l'incite à faire de même avec le médecin et elle me demande si je ne pourrais pas lui expliquer son histoire. Etant dans l'incapacité de le faire car nous n'intervenons pas les mêmes jours au CSAPA, je lui réponds qu'elle devrait y parvenir elle-même.

Cet entretien me laisse une grande inquiétude et un sentiment d'impuissance qui me conduisent à tenter de tisser des liens avec les autres intervenants (médicaux et sociaux) s'occupant de cette patiente. Réaction trop tardive puisqu'un mois plus tard, elle sera hospitalisée aux urgences dans un état comateux. Les soins hospitaliers qui durent trois semaines lui permettent de reprendre conscience puis d'améliorer sa décompensation hépatique mais elle décède une semaine après son retour à domicile.

3.3.1.9. Pour conclure

Au cours du premier entretien, cette patiente ramasse dans une grande confusion tout son mal-être et ses humiliations successives : sa culpabilité de ne pouvoir jouer son rôle de mère, sa colère d'avoir été dépossédée de l'héritage de son père, sa rage d'avoir été

abandonnée et sa déception d'avoir été manipulée par son compagnon. De tous cela émerge une honte silencieuse : honte primaire d'être né de parents sans désir d'engendrer, honte de ne pas savoir s'occuper de ses filles, honte de se comporter comme un enfant face à sa famille paternelle et honte d'être soumise à la perversité du père de ses filles.

La mère de Cécile semble éprouver de la haine à l'égard de sa fille, venue au monde sans être attendue. La seule période où elle semble éprouver de la compassion est lorsque Cécile est enceinte à son tour, ce qui la renvoie probablement à sa propre grossesse refusée par ses parents. Tentative de réparation narcissique ?

Lorsque Cécile se plaint à son père des mauvais traitements qu'elle subit de la part de sa mère, il ne peut pas l'entendre, se référant aux maltraitances auxquelles il a lui-même été soumis. Ces dernières constituent des traumatismes narcissiques non élaborables lui servant de point de fixation indépassable. Il ramène d'ailleurs sa fille chez ses propres parents qu'il avait fuis. Abandonnée de tous côtés, Cécile va vivre dehors et rencontre son compagnon et l'héroïne. Elle tombe enceinte et refuse l'IVG ; peut-être pour tenter de réparer narcissiquement le manque d'amour de sa mère avec ce bébé qu'elle attend.

L'héroïne va la protéger un certain nombre d'années de tous ces affects négatifs, ce qui lui permettra de travailler et de s'occuper de ses filles. Après la séparation difficile avec son compagnon, elle ira vers un traitement de substitution qui lui ôte la régulation émotionnelle assurée par l'héroïne, ce qu'elle va progressivement compenser par la prise d'alcool et la kleptomanie.

Ici se joue l'impossibilité de se passer de produits étouffants les affects effroyables engendrés par le rejet conduisant à l'exclusion et à la honte. Les quelques tentatives de soins ne se présentent que pour éviter la situation encore plus catastrophique de l'emprisonnement. La consommation d'alcool est déniée pour rester dans l'automédication des pensées et des émotions négatives et éviter l'effondrement psychique.

3.4. Solution antidépressive

A la vulnérabilité narcissique est fréquemment associée une vulnérabilité dépressive²⁰⁰ qui se présente comme une menace d'effondrement contre laquelle le sujet lutte, ayant découvert la consommation de produits psychoactifs comme solution la plus drastique.

La faille narcissique dont sont atteints les personnes en souffrance narcissique-identitaire conduit à parler à leur sujet de « personnalités dépressives » tant ils sont dans le manque et un vécu douloureux de dévalorisation qui appelle à des entreprises de compensation. Leurs capacités d'investissement sont généralement réduites ou superficielles. Mais la dépression peut être aussi masquée ou peut parfois être au premier plan dans une forme conjointe (Kaës, 2005) à la dépression maternelle comme nous le verrons dans l'exemple ci-dessous.

Dans la phénoménologie de la dépression se présente l'état d'ennui. Ennui vient du latin *in odio esse*, « être objet de haine » : l'ennui mortel suscite la haine de soi-même comme de l'autre. D'où vient cet ennui ? D'une absence de désir ? « *L'ennui chez l'enfant, côtoie de près la rêverie et peut être un tremplin vers la créativité, si tant est qu'on lui en laisse la possibilité.* » (Schniewind, 2014). Or, au-delà de ce qu'évoque l'auteur, « *les espaces propices à cette transformation de l'ennui par les enfants sont souvent menacés par l'intervention des adultes, tant l'ennui est un état qu'ils redoutent* », j'ajouterais que l'intrusion de l'objet peut aussi être suscitée par son besoin d'utiliser l'enfant comme prolongement narcissique, cet empiètement empêchant l'enfant de déployer sa capacité d'être seul en présence de l'autre, c'est-à-dire sa capacité de rêverie et sa créativité. Et en l'absence de ces aptitudes, le sujet devient dépendant de la présence de l'autre car il ne peut se différencier de l'objet. « *C'est seulement lorsqu'il est seul (c'est-à-dire en présence de quelqu'un) que, le petit enfant peut découvrir sa vie personnelle. Le terme pathologique de l'alternative est une existence fausse, construite sur des réactions à des excitations externes. Quand il est seul dans le sens où j'emploie ce mot, et seulement quand il est seul, le petit enfant est capable de faire l'équivalent de ce qui s'appellerait se détendre chez l'adulte.* » (Winnicott, 1958b).

²⁰⁰ Atger et al., Dépression, dépressivité et conduites de dépendance, p.230.

Pour aller plus loin, j'ajouterais que le faux self est un état où l'ennui peut survenir de façon insistante. *"Quand le temps devient long alors qu'on aimerait qu'il soit court, quand la langueur n'est plus douce mais seulement l'expression d'un vide insupportable, on réalise que l'empressement à trouver des passe-temps multiples n'est au fond rien d'autre que le fait de chercher par tous les moyens à fuir les différentes formes d'ennui."* (Schniewind, 2014). Le sujet est alors engagé dans la recherche de passe-temps, la recherche de sensation, la recherche de prise de risque pour se sentir exister.

"La dépression signifie la faillite des défenses" nous dit Winnicott (1959), la drogue peut alors constituer une solution antidépressive. L'héroïne permet d'atteindre la solitude lorsque l'aptitude à la solitude authentique n'est pas parvenue à se développer, mais elle permet aussi d'aller vers l'autre avec sérénité grâce au lien retrouvé artificiellement avec son vrai self qui permet d'être authentique. Effet désinhibiteur des drogues qui dans un second temps conduit au repli lorsque l'addiction s'est développée. C'est ce que nous montre l'exemple clinique qui suit.

Martin

Martin a 25 ans lorsqu'il vient consulter. Depuis 2 ans et demi, il est sous traitement Subutex dont il sniff une partie ; il ne se sent pas bien.

Martin vivait avec une compagne depuis 3 ans. Il l'a rencontré alors qu'il consommait de l'héroïne. De ce fait, il paraissait être agréable et de bonne humeur. Il ne le lui avoue pas de suite, mais seulement après quelques mois. Cela suscite sa démarche pour demander un traitement de substitution auprès d'un médecin généraliste. Ce dernier lui prescrit une dose insuffisante de Subutex, ce qui conduit Martin à sniffer son traitement et à se refermer sur lui. Il évoque que le sniff de Subutex provoquait un bouchon de mucus dans sa narine qui était pour lui le signal de la détente. C'était son seul moment pour se retrouver. Sa compagne ne percevait rien de son malaise et garde le projet d'avoir un bébé. Martin lui en veut d'être aussi démonstrative de son enthousiasme alors que lui-même est très mal. Une fois enceinte, elle pousse Martin à venir consulter le CSAPA, mais il n'y viendra qu'une seule fois, il y a un an. C'est elle qui est le moteur du couple tout en ayant du mal à s'apercevoir dans quel état dépressif se trouve son conjoint. Elle décide alors de retourner chez ses parents avec leur fils de 10 mois et elle donne la dédite de leur appartement. Elle n'en pouvait plus d'attendre que Martin arrête le Subutex. Il est resté assez désespéré. Il pense que lorsqu'il n'aura plus

d'appartement, il retournera chez ses parents. Il me dit cela sur un ton résigné, comme subissant, sans avoir l'idée de protester. Devenir père pour Martin n'a pas été évident. Il avait peur d'avoir un enfant, sans doute parce qu'il était pris dans sa dépendance aux opiacés et ne savait pas comment s'en sortir, pris dans son lien à sa mère ne sachant pas s'en défaire.

Martin est l'aîné d'une fratrie de 3 garçons. Son père est routier et donc souvent absent ; en plus, c'est un taiseux. Son frère cadet de 3 ans lui ressemble dans le fait qu'il est très renfermé et triste ; ils seraient comme leur mère. Par contre, son petit frère qui a 10 ans de moins est beaucoup plus enjoué selon lui, il ressemblerait plus à son père. Sa mère est très anxieuse ; elle le forçait à manger car elle le trouvait maigre. L'anxiété de sa mère a même induit un vomissement chez lui sur le chemin du village où il se rendait pour voir un spectacle. Il n'a aucun souvenir de ses Noël d'enfance, seulement les déceptions qu'il a pu avoir lorsque ses parents faisaient construire leur maison et n'avaient plus les moyens pour acheter les cadeaux de Noël ; puis, alors qu'il avait 14 ans, il n'a plus eu de cadeau parce que ça a commencé à mal se passer avec sa mère. Martin aimait aller chez sa grand-mère paternelle qui habitait à côté de chez eux, l'ambiance y était plus joyeuse et la cuisine meilleure. Sa mère faisait trop cuire la viande à cause du prion... Elle lui a appris à inhiber toutes ses émotions, à jouer l'indifférence vis-à-vis des attaques de l'autre. Il ne se souvient pas de s'être battu, ni avec ses frères, ni avec ses copains d'école.

A la fin du collège, sa mère aurait souhaité qu'il aille dans la filière générale, mais lui n'a pas voulu. Aussi elle a choisi pour lui une filière qui lui offrirait un large choix de métiers, à savoir l'électrotechnique. Il est électricien mais pourrait travailler aussi dans l'industrie électronique. Je lui demande si son métier lui plaît. Il me répond qu'il aurait préféré travailler le bois, être ébéniste. D'un autre côté, il ne veut pas changer d'employeur car ce dernier est très compréhensif. Un jour, il était sur un chantier avec des collègues avec lesquels il ne s'entendait pas ; il a demandé à son patron de changer de chantier en lui disant qu'il avait actuellement des problèmes de drogues et pas besoin de stress supplémentaire. Son patron a accepté ; de plus, il lui a donné sa journée pour se rendre au CSAPA.

Martin a commencé à consommer de l'héroïne à 19 ans. Il habitait chez ses parents et profitait de la voiture d'un de ses collègues pour se rendre au travail. Ce collègue sniffait de l'héroïne pendant le voyage et lui en a proposé. Il a accepté et s'est aperçu que l'héroïne lui permettait d'acquiescer la confiance en lui. Il avait plus d'assurance et il se sentait être lui-même. Quand il discutait, il pouvait aller jusqu'au bout de ses arguments, alors que sans héroïne, il se laissait influencer par son interlocuteur. Il est devenu dépendant assez

rapidement. Je lui dis qu'il ne devait pas être bien pour déclencher une dépendance aussi précoce ; j'ajoute que je le trouve déprimé. Je lui demande s'il y a des dépressions dans sa famille. Il me dit alors qu'avant qu'il débute sa consommation d'héroïne, un oncle maternel s'est suicidé, ce qui a entraîné chez sa mère une dépression importante. Comment s'autoriser à se faire plaisir quand les autres sont malheureux ? Comment risquer d'être joyeux quand les autres sont tristes ? L'héroïne a été sa porte de sortie.

L'histoire de sa branche maternelle est semée de trauma. Sa grand-mère maternelle a été placée comme fille de ferme à 16 ans, loin de sa famille nombreuse. Au cours de la deuxième guerre mondiale, elle perd son père, tué par les allemands, alors qu'elle a 17 ans. Elle souhaite retourner dans sa famille, mais la patronne lui cache ses sabots pour l'en empêcher. A 21 ans, elle tombe enceinte suite à une relation avec le fils de la patronne ; elle se marie alors avec lui, qui a 30 ans de plus qu'elle ; il a fait les deux dernières guerres mondiales. Ils auront 5 enfants, dont la mère de Martin, dernière-née, alors que sa mère a 40 ans et son père 70. Si bien que sa mère ne se souvient tristement que de visite à l'hôpital auprès de son père, lequel décède alors qu'elle a 12 ans. Par la suite, son oncle aîné, marié, attendait la naissance de jumeaux premiers-nés. Tandis qu'il était au travail, l'accouchement de sa femme s'est déclenché alors qu'elle était à la ferme ; cela s'est mal passé et a entraîné son décès. Ce qui s'est traduit par une rupture entre la grand-mère et son oncle qui lui reprochait de n'être pas venu en aide à son épouse lors de son accouchement. Martin a le souvenir de visite à sa grand-mère qui était couchée et restait muette. Il ressentait du dégoût à se rendre dans sa famille maternelle. Martin me dit sa colère d'entendre sa mère et sa tante parler de dépression comme dû à un gène familial. Il me parle d'un cousin, ingénieur, qui cherche du travail depuis 4 ans et « s'est tapé » une dépression, me dit-il. Cela signifie pour lui qu'il ne serait pas possible de trouver un traitement, que cette maladie durerait toute la vie.

Martin ne mange pas beaucoup et mal, ce qui lui fait ressentir des sensations de faim et de fatigue qu'il a tendance à assimiler à un manque ; il n'écoute pas ses signaux corporels ou les interprète mal. Il reconnaît que s'il a soif ou envie d'uriner, il n'assouvit pas ses besoins dans l'immédiat mais attend de longue heure avant de le faire. Quand il rentre du travail, s'installe une fatigue qu'il soulage en sniffant son Subutex ou, lorsqu'il habite chez ses parents, en partant bricoler avec son père pour s'occuper. Il emploie très fréquemment le terme d'occupation. Quand il a son fils, ça l'occupe. Le vide l'effraie et il organise un vide

contrôlé en ne mangeant pas pour s'en défendre. C'est probablement que « rien ne s'est passé alors que quelque chose aurait bien pu utilement se passer »²⁰¹ qui lui fait craindre le vide.

Pendant les deux ans qu'a duré son suivi, je verrais Martin vivre seul pendant les 3 mois de la dédite de son appartement. Mais quand il a la garde de son fils, il va chez ses parents avec lui. Il note qu'autant son père semble heureux de voir son petit-fils, autant sa mère lui paraît froide. Ensuite, il déménage chez ses parents (bien que sa mère craigne qu'ils ne sachent pas où mettre toutes ses affaires) ; il est soulagé d'être moins seul et de bénéficier d'être nourri et blanchi. Là va commencer à s'élaborer les différents avec sa mère qui s'occupe de tout de façon opératoire, mais qui fait aussi écho à l'absence du père qui dort la journée car il conduit la nuit. Sa mère se dit malade avec de l'hypertension et du cholestérol, d'où son impossibilité de garder son petit-fils, qu'elle trouve d'ailleurs capricieux. Mais Martin préfère ne pas le lui laisser de crainte qu'elle lui transmette son anxiété. Il aura aussi à travailler la séparation avec sa compagne. Au début, il espère se remettre avec elle, mais ensuite, il la sentira exercer une emprise sur lui par ses SMS incessants et de ce point de vue la comparera à sa mère. Il décide alors de la dédaigner.

A mi-parcours, il passera à la Suboxone qu'il ne sniff plus. Au cours de ce suivi, Martin parviendra à élaborer la haine qu'il ressent vis-à-vis de sa mère, à mieux écouter les messages corporels qui lui transmettent son état physiologique en mangeant avec plus d'appétit et à prendre son indépendance. Quelques mois après, il se trouvera un appartement où il ira vivre seul.

En consommant de l'héroïne, Martin se défend du noyau dépressif transmis par les deuils inaccomplis dans l'axe transgénérationnel, en particulier par l'insuffisance de l'investissement de sa mère à son égard. Son comportement de sniff du Subutex est-il une formation de compromis entre le désir de prise d'héroïne, c'est-à-dire de se faire plaisir tout seul, et le désir de se soigner ? Quoique qu'il en soit, son passage au traitement de substitution par voie buccale lui fait perdre son système défensif et il plonge dans la dépression qu'il tente de contrer en « s'occupant ». L'élaboration progressive des différents deuils familiaux lui permet de réinvestir son moi et d'aller vers une autonomie libératrice.

²⁰¹ Winnicott D., La crainte de l'effondrement, p. 42.

3.5. Bases neurobiologiques de la régulation émotionnelle par les drogues

Comme nous venons de le voir, l'addiction est un recours pour répondre aux excès d'excitation provoqués par le traumatisme, ou à la dérégulation engendrée par le défaut d'excitation à un moment où il aurait pu utilement se passer quelque chose. Les drogues viennent modifier l'état dans lequel l'homme se trouve, en tout premier lieu, pour faire la fête, aller vers l'autre, chasser les soucis qui le préoccupent. Ainsi, la raison première qui justifie la prise de drogue est le plaisir qu'elle est sensée fournir.

Les bases neurobiologiques des systèmes de plaisir du cerveau restent complexes. Il y a tout d'abord la notion de récompense (reward) qui est subdivisée en 3 composantes psychologiques : les réactions à l'impact hédonique (liking), le processus de motivation (wanting) et l'apprentissage par associations pavloviennes ou instrumentales (learning) (Berridge et al, 2009 ; Figure 12). Ces trois processus peuvent survenir ensemble à tout moment pendant le cycle du comportement de récompense, bien que la motivation tende à dominer la phase initiale appétitive, tandis que l'impact hédonique domine la phase consommatoire suivante qui peut conduire à la satiété. L'apprentissage survient tout au long du cycle car il inclut les associations, les représentations et les prédictions des récompenses futures basées sur les expériences passées.

Chez l'homme, les études d'imagerie montrent l'activation d'un circuit, similaire quel que soit le type de plaisir, incluant le cortex préfrontal ventro-médian, l'insula, le cortex cingulaire antérieur, le noyau accumbens, le pallidum ventral et l'amygdale. Cependant, ces études corrélationnelles ne permettent pas de décider si l'activation d'une structure est la cause ou la conséquence du plaisir. L'expérimentation animale permet d'aller un peu plus loin et de séparer les composantes de la récompense. La motivation semble soutenue par un circuit impliquant l'aire tegmentale ventrale (ATV), le noyau accumbens, le striatum, le pallidum ventral, l'amygdale, l'hypothalamus latéral, le noyau parabrachial et le cortex préfrontal (Figure 13) ; alors que l'hédonie n'implique que l'écorce du noyau accumbens, le pallidum ventral et le noyau parabrachial.

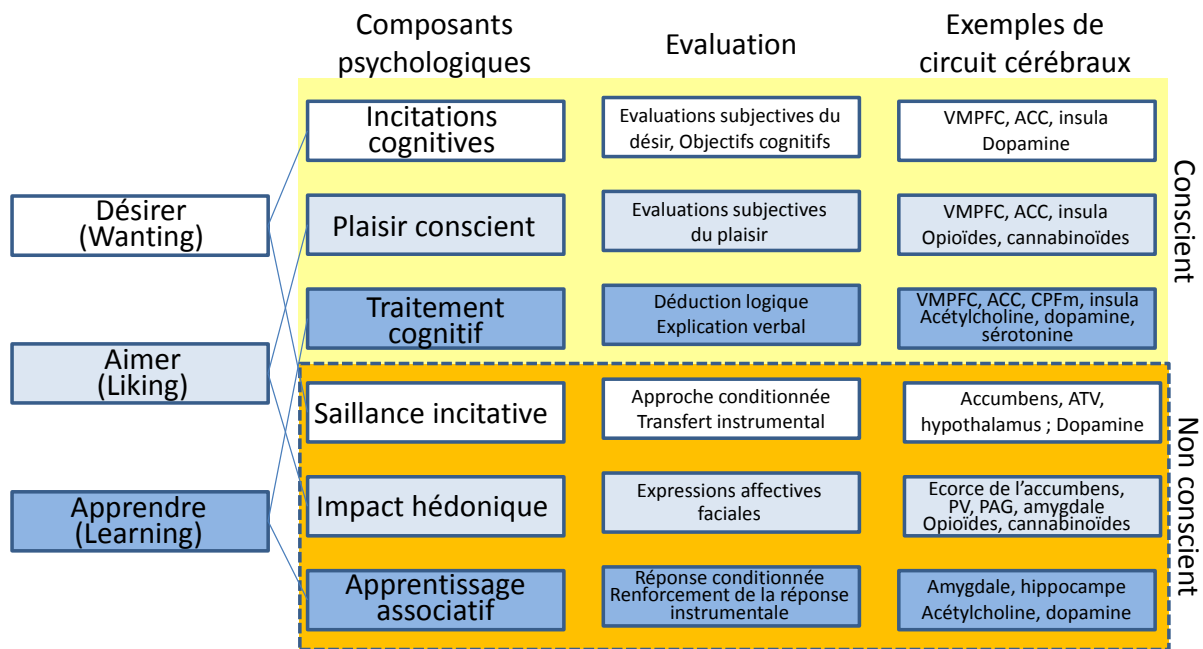


Figure 12 : La récompense

Les processus de récompense hédonique impliquent de multiples composants psychologiques. Les processus majeurs sont le désir (motivation en blanc), l'apprentissage (en bleu) et le plaisir (en bleu pâle). Chacun de ces processus comprend des éléments psychologiques explicites (jaune) et implicites (orange) qui interagissent constamment entre eux. Les processus explicites sont vécus consciemment, tandis qu'au niveau implicite les mêmes processus psychologiques sont potentiellement inconscients dans le sens où ils peuvent fonctionner à un degré pas toujours directement accessible à l'expérience consciente et doivent être traduits en sentiments subjectifs par d'autres mécanismes. ACC : Cortex Cingulaire Antérieur ; ATV : Aire Tegmentale Ventrale ; CPFm : Cortex PréFrontal Médian ; PAG : matière Grise PeriAqueducule ; PV : Pallidum Ventral ; VMPFC : Cortex PréFrontal Ventro-Médian (Berridge et Kringelbach, 2011).

Ainsi, le système dopaminergique de l'ATV intervient dans le processus de motivation mais pas dans les réactions hédoniques (Berridge et Kringelbach, 2015). Par contre, le système opioïde endogène est mobilisé par les réactions hédoniques, en particulier, dans le noyau accumbens et le pallidum ventral. Dans l'écorce du noyau accumbens existe un gradient rostrocaudal de valence allant du plaisir à la défense agressive selon le contexte environnant : dans un environnement serein l'inhibition de la majorité des neurones se caractérise par des réactions hédoniques, alors qu'en cas de stress, l'inhibition d'une grande partie de cette même région se traduit par du déplaisir et des comportements défensifs (Berridge et Kringelbach, 2015)²⁰².

²⁰² Il faut noter que la douleur utilise le même circuit neuronal et les mêmes neuromédiateurs (opioïdes et dopamine) et qu'une expérience douloureuse diminue le plaisir, alors qu'une expérience plaisante est analgésique (Leknes et Tracey, 2008).

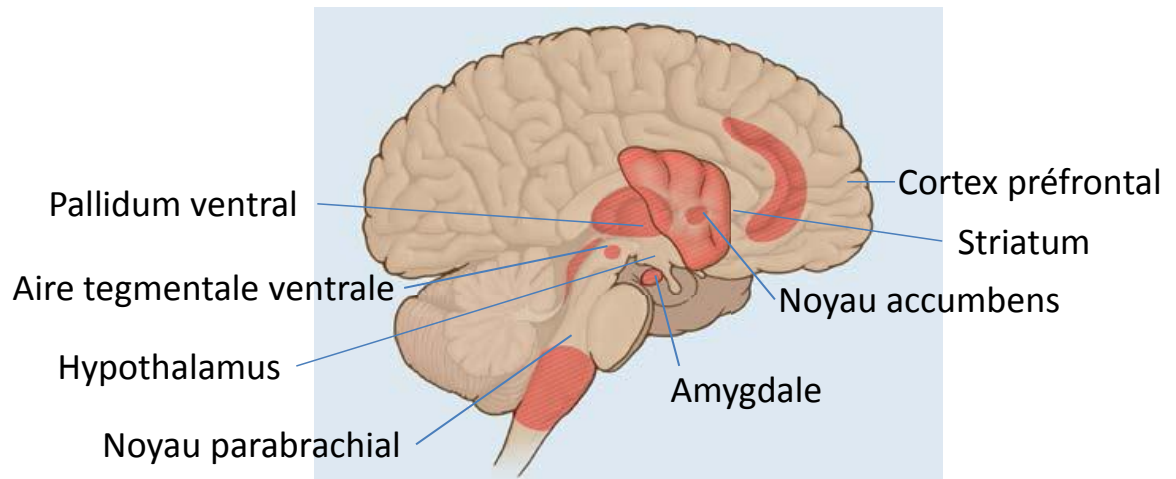


Figure 13 : Système de la récompense

Les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale projettent sur le noyau accumbens, le cortex préfrontal, l'amygdale et l'hypothalamus. Le noyau accumbens contrôle l'ATV et le pallidum ventral. Le cortex préfrontal et l'amygdale projettent sur le noyau accumbens.

Les drogues produisent toutes une augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens (Di Chiara et Imperato, 1988), ce qui augmente le désir de consommer la drogue en question. Par ailleurs, ce qui est sensé fournir le plaisir est la stimulation des récepteurs opioïdes, soit directement (héroïne), soit indirectement par la libération d'opioïdes endogènes (psychostimulants, Colasanti et al. 2012 ; cannabis, alcool, nicotine, Maldonado, 2010).

L'activité phasique des neurones dopaminergiques de l'ATV génère un signal d'apprentissage lorsqu'une récompense inattendue survient (Schultz et al. 1997), si bien qu'une drogue détourne ce système en générant un signal d'apprentissage qui ultimement conduit à une consommation compulsive de drogue. La prise de drogue répétée entraîne une sensibilisation de la voie dopaminergique (Leyton et Vezina, 2013) associée au désir croissant de consommer, mais une sensibilisation des voies noradrénergique et sérotoninergique est également observée (Lanteri et al. 2008) ; par contre, l'usage chronique de drogue produit une tolérance du système opioïde, c'est-à-dire qu'il répond moins et diminue sa capacité hédonique (Berridge et Kringelbach, 2015). Ainsi, au fur et à mesure que se prolonge la consommation de drogue, ses effets sont moindres, ce qui entraîne une augmentation de la fréquence et des doses et au final, l'apparition de symptômes de sevrage. La répétition de la prise de drogue est liée, en grande partie, au fait que la personne a besoin de contrôler son humeur, de l'améliorer, c'est-à-dire de faire face à sa vulnérabilité émotionnelle.

Ce facteur de vulnérabilité liée au sujet a été démontré chez le rat. Dans une population, deux sous-groupes ont été distingués : ceux répondant au stress par une plus grande activité locomotrice (HR : High Responder) et ceux répondant par une plus faible activité (LR : Low Responder). Les HR consommaient des plus grandes quantités de drogue, avaient une plus haute activité dopaminergique et sécrétaient plus de corticostérone en réponse au stress (Piazza et Le Moal, 1996). De plus, la stimulation des récepteurs aux glucocorticoïdes situés sur les neurones dopaminoceptifs du noyau accumbens participe à l'élévation de la motivation pour la cocaïne, probablement en augmentant la libération de dopamine (Ambroggi et al. 2009). Les neurones du noyau accumbens exercent, en effet, un contrôle sur les neurones dopaminergiques de l'ATV. Une augmentation de l'activité des récepteurs aux glucocorticoïdes par le stress, présent ou passé, semble être une des conditions de l'expression d'une vulnérabilité accrue aux drogues.

Au-delà de la vulnérabilité pour la consommation de drogue, il existe une vulnérabilité pour l'addiction elle-même, c'est-à-dire pour l'usage incontrôlée. Ce deuxième type de vulnérabilité s'accompagne d'une modification de la plasticité synaptique dans le noyau accumbens et le cortex préfrontal. Une prise de drogue répétée pendant 18 jours entraîne une perte de dépression à long terme (LTD pour Long-Term Depression) au niveau des synapses du noyau accumbens, laquelle réapparaît après 60 jours d'auto-administration de cocaïne chez les rats qui maintiennent une prise de drogue contrôlée. Par contre, chez les rats ayant développé un comportement d'addiction, la LTD est perdue de façon permanente (Kasanez et al. 2010) et s'accompagne également d'un déficit de LTD au niveau du cortex préfrontal (Kasanez et al. 2013). La plasticité synaptique représente la capacité du cerveau à renforcer ou déprimer la circulation de l'information dans certains circuits neuronaux afin de fournir des réponses adaptatives à tous changements dans l'environnement (Piazza et Deroche-Gamonet, 2013). La perte de ces modulations des connexions synaptiques perturbe cette flexibilité et peut potentiellement entraîner des comportements compulsifs.

Quoiqu'il en soit, la prise répétée de drogue entraîne des modifications de la plasticité synaptique dans plusieurs régions cérébrales, dont la mise en place et le maintien mettent en jeu l'expression et/ou la répression de nombreux gènes. Il est probable que des régulations épigénétiques participent à l'installation de ces adaptations persistantes comme l'ont montré plusieurs études (Zwiller, 2015). D'un autre côté, la persistance, jusqu'à l'âge adulte, des marques épigénétiques suscitées par un traumatisme se produisant dans les premiers jours de vie, sont responsable d'une vulnérabilité accrue aux drogues. Chez le rat, la séparation des

nouveau-nés de la mère pendant 3 heures par jour durant les 14 premiers jours de vie entraîne une baisse de l'acétylation des histones et une augmentation de la consommation de morphine (Tesone-Coelho et al, 2015). Ces données suggèrent que des régulations épigénétiques, qui subsistent pendant une bonne partie de la vie, sous-tendraient la trace d'évènements traumatiques précoces.

En résumé, la consommation de drogue, initiée au départ pour se procurer du plaisir, se transforme, après des prises plus ou moins nombreuses selon la vulnérabilité de l'individu, en un processus tendant vers l'habitude d'avoir recours à la drogue chaque fois que survient un affect déplaisant, allant de l'ennui à la détresse la plus profonde.

3.6. L'habitude addictive

Le toxicomane est confronté, plus ou moins rapidement selon les sujets et leurs rythmes de consommation, aux modifications des effets des produits qu'il s'administre en raison de l'adaptation des systèmes biologiques lorsque les prises sont répétées. En ce qui concerne l'héroïne, cette adaptation prend la forme d'une tolérance, c'est-à-dire que l'effet plaisant disparaît ; par contre pour les psychostimulants (cocaïne, amphétamine...), c'est une sensibilisation qui apparaît, accroissant l'effet psychomoteur. Mais ces adaptations s'accompagnent aussi d'une très grande sensibilité à tous le contexte "sensorimoteur" de la consommation. C'est-à-dire que non seulement la vue d'une poudre blanche, d'une seringue ou autres objets faisant partis de l'arsenal du toxicomane, sont capable de déclencher une envie intense de consommer, mais aussi, le geste de consommation (injection ou sniff), la sensorialité intéroceptive et proprioceptive. Trouver sa dose devient une préoccupation de tous les instants, s'installe alors l'addiction. L'addiction avec la honte qui l'accompagne ; honte de devenir dépendant, honte d'avoir recours à des moyens illicites, ce qui créé l'isolement. Mais quel que soit l'efficacité du produit ainsi consommé, il induit un abaissement des tensions et un retour au vrai self sensorimoteur, aux traces coenesthésiques de complétude dont certains, comme Mr M, sont incapables de se passer.

Je tenterai d'apporter des éléments de compréhension de ce phénomène aux niveaux biologiques et psychologiques et nous verrons que c'est cet aspect de l'addiction aux drogues qui constitue les mécanismes communs avec les autres addictions, en particulier celles qu'on nomme « sans produit » ou encore comportementales.

3.6.1. Niveau biologique

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux effets des drogues sur la mémoire et les systèmes d'apprentissage. Ils ont montré comment le passage d'un usage contrôlé de drogues (récréatif) à une consommation incontrôlée (addiction) avait un soubassement biologique probable. La mise en jeu de la dimension temporelle est importante dans ces phénomènes.

Dans les systèmes de mémoire, il faut distinguer deux formes majeures : la mémoire déclarative (connaissance de quoi, où et quand) qui peut être comprise en terme de souvenir conscient de faits et d'épisodes ; et la mémoire non-déclarative laquelle comprend la mémoire procédurale (connaissance de comment) qui est un processus sensorimoteur relativement inconscient (mémoire d'habileté ou apprentissage perceptuel), la mémoire émotionnelle et l'apprentissage d'habitude. Les drogues peuvent impliquer plusieurs aspects de ces systèmes de mémoire. Elles semblent recruter les systèmes nerveux qui normalement servent aux processus d'apprentissage et de mémoire mis en jeu dans la prise de nourriture ou la sexualité mais avec une force beaucoup plus grande (Robbins et al. 2008).

Dans un premier temps, les consommations de drogues mettent d'abord en jeu la mémoire déclarative pour, ensuite, passer à la mémoire émotionnelle et à l'apprentissage d'habitude, mémoire implicite inconsciente. La répétition constante de la consommation transforme la mémoire déclarative en mémoire implicite. La recherche de drogue peut ensuite être déclenchée par des stimuli environnementaux préalablement associés à la consommation de drogue. Les stimuli associés à la drogue suscitent la mémoire de la drogue, servent à prédire sa disponibilité et induisent une envie irrésistible pendant l'abstinence, ce qui précipitent la rechute. Ces observations impliquent des mécanismes d'apprentissage associatif inconscient, dans lesquels la drogue sert de stimulus non-conditionné. Elles impliquent aussi des processus psychologiques par lesquels de tels signaux peuvent être consolidés dans les systèmes de mémoire pour une récupération tardive et une mise en œuvre d'habitude de recherche et de consommation de drogue. En tant que renforçateur non-conditionné, la drogue vient soutenir l'apprentissage émotionnel par des conditionnements pavloviens et instrumentaux. Ainsi, dans le conditionnement pavlovien, un stimulus conditionné (seringue, poudre blanche, lieu de la consommation...) qui prédit un renforçateur non-conditionné, tel que la drogue, peut acquérir des propriétés motivationnelle ou émotionnelle similaire à celles qui peuvent accompagner d'autres renforçateurs comme la nourriture. Chaque fois qu'un stimulus conditionné est suivi par un stimulus non-conditionné, une connexion neuronale est

renforcée entre le stimulus et la réponse comportementale, jusqu'à ce qu'éventuellement le lien devienne suffisamment fort pour que le comportement s'ancre automatiquement. Ainsi, le conditionnement instrumental, où il y a contingence entre une action volontaire et son effet, peut amener à l'apprentissage d'habitude qui se rapproche de l'apprentissage procédural inconscient. En expérimentation animale, la drogue peut être auto-administrée par la réponse du rat à un stimulus prédictif (un flash lumineux par exemple) qui active une seringue reliée à un cathéter intraveineux contenant le produit ; ceci est fonctionnellement équivalent à un rat pressant un levier pour obtenir de la nourriture suite à la perception d'un signal prédisant sa disponibilité.

Les drogues affectent ainsi les mécanismes de base de la plasticité neuronale qui sous-tendent la formation de l'apprentissage associatif et de la mémoire. Des traitements avec de la cocaïne, de la morphine, de l'alcool ou de la nicotine, par exemple, produisent le phénomène classique de la potentialisation à long terme dans l'aire tegmentale ventrale (Saal et al. 2003).

La mémoire procédurale est constituée d'un ensemble de processus impliquant différents systèmes du cerveau : la signalisation, ou reconnaissance de stimuli rencontrés récemment, est une fonction des cortex sensoriels ; l'acquisition d'une palette d'états affectifs implique l'amygdale ; la formation de nouvelles habitudes motrices (et peut-être cognitives) requiert le striatum ; l'apprentissage de nouveaux comportements moteurs ou d'activités coordonnées dépend du cervelet. Au niveau anatomique, le striatum dorso-médian est essentiel pour l'acquisition et l'expression d'apprentissage instrumental dirigé vers un but (Yin et al. 2005), ainsi que le cortex préfrontal (Everitt et al. 2007). Cette dernière structure projette richement sur le striatum associatif dorso-médian et sur l'amygdale basolatérale, laquelle assure le processus d'association stimulus-récompense. Quant au noyau accumbens (striatum ventral), il est le site primaire des effets renforçant des drogues. Or, l'amygdale est une source majeure d'afférences vers le striatum ventral et spécialement vers le noyau accumbens (Wright et al. 1996), ce qui permet l'interaction entre ces deux systèmes (Figure 14). Pris ensemble, ces résultats montrent l'implication d'un circuit reliant l'amygdale basolatérale, le noyau accumbens, le striatum dorso-médian et le cortex préfrontal dans l'acquisition d'un comportement appétitif, comme la recherche de drogue, soutenue par un renforcement conditionné. Cependant, après une consommation de drogue intensive, une transition s'effectue entre le striatum ventral et le striatum dorsal. Les drogues induisent la libération de dopamine ; or des circuits en spirale via les projections des neurones dopaminergiques

permettraient aux processus du striatum ventral d'influencer les processus du striatum dorsal dépendant de la dopamine.

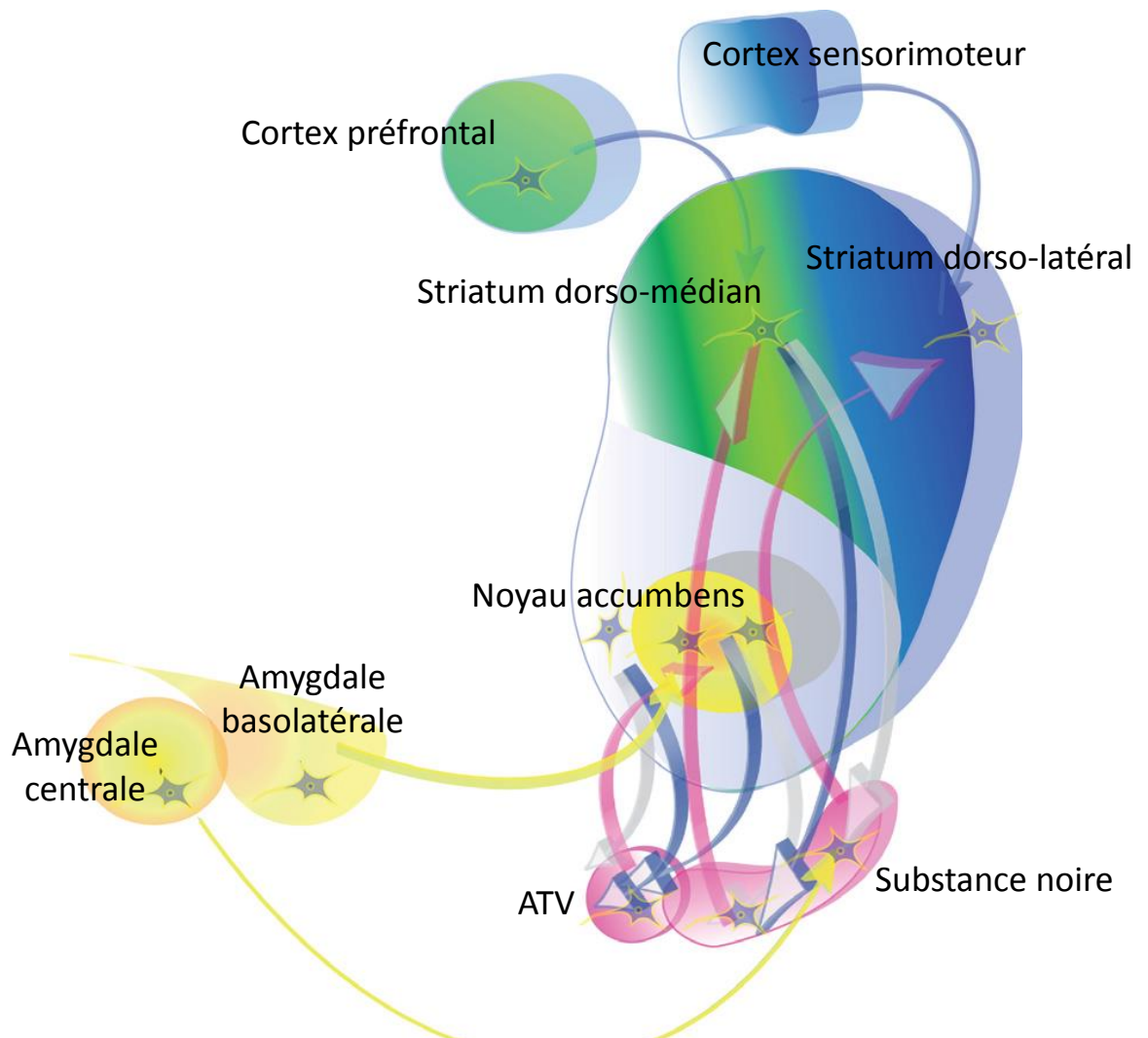


Figure 14 : Circuits neuronaux sous-tendant les comportements d'usage de drogue récréatif et addictif. ATV : Aire Tegmentale Ventrale (Everitt, 2014)

Ceci lierait le noyau accumbens au striatum dorso-médian, puis en final au striatum dorso-latéral par des connexions dopaminergiques allant progressivement de l'ATV vers la substance noire (Everitt et Robbins, 2013 ; Figure 14). Le processus associatif de l'amygdale basolatérale contrôle ce changement fonctionnel du striatum ventral vers le striatum dorsal par son innervation du noyau accumbens, mais c'est l'amygdale centrale qui maintient ce type de fonctionnement. Ainsi, tandis que l'amygdale basolatérale est nécessaire pour le recrutement du striatum dorso-latéral, l'amygdale centrale vient plus tard renforcer l'habitude de recherche de drogue impliquant le striatum dorso-latéral (Murray et al. 2015). De plus, il y a un changement dans l'équilibre du contrôle du cortex préfrontal sur le striatum dont la fonction

inhibitrice disparaît, ce qui entraîne un comportement compulsif de recherche de drogue (Chen et al. 2013). Ainsi, cette transition du striatum ventral vers le striatum dorsal, de l'amygdale basolatérale vers l'amygdale centrale et la perte de l'inhibition corticale induisent un comportement implicite inconscient et automatique de recherche de drogue. Une habitude addictive qui ne répond plus à la décision d'arrêter de consommer. Chez les patients vulnérables, l'intensification de la consommation de drogue peut transformer la recherche de drogue en habitude automatique.

C'est via ce fonctionnement que l'addiction sans produit pourrait s'expliquer. Chaque récompense provoque une libération de dopamine qui, lorsque cela se répète, va progressivement passer de l'ATV à la substance noire, c'est-à-dire d'un processus conscient à un processus inconscient qui se transforme en habitude réflexe.

Ce processus d'addiction met en jeu un système d'apprentissage associatif qui peut faire penser aux pictogrammes d'Aulagnier (1975), ou aux signifiants formels d'Anzieu (1987). Il y a une mémoire sensorimotrice de l'acte d'injecter et de la détente ainsi produite, une rencontre originaire seringue/système veineux établissant la seringue comme le prolongement du système veineux. Cette expérience sensorielle inaugurale prend la forme du prendre en soi le plaisant. Il s'agit d'un pictogramme de jonction qui représente un état d'indifférenciation entre zone érogène (la veine) et objet source d'une excitation du registre du plaisir (la seringue). En ce qui concerne les signifiants formels, c'est un éprouvé qui relève d'une impression corporelle qui ne suppose aucune distinction entre sujet et espace extérieur : c'est une sensation de mouvement et de transformation. L'enjeu des signifiants formels est une lutte pour la survie psychique. Il est limité à un sujet et à un verbe, avec une action se déroulant dans un espace bidimensionnel, sans spectateur. Ces signifiants formels sont constitués d'images proprioceptives, tactiles, coenesthésiques et kinesthésiques²⁰³. Ce processus pourrait correspondre à l'enregistrement d'une sensation de plaisir dans une mémoire sensorimotrice, mis en place à défaut d'une symbolisation primaire infantile du plaisir sein/bouche. Cette mémoire procédurale n'apparaît que durant sa réalisation. En cas de sevrage trop précoce (comme dans le cas de Mr M), la symbolisation primaire sein/bouche n'a pas pu se partager, ce qui crée un vide. Rien ne fait saillance dans

²⁰³ Roussillon R., Manuel de pratique clinique, p. 145

l'environnement. Par contre, l'injection de drogue fait saillance par sa fixation sur les récepteurs opiacés et l'effet de détente produit ; l'expérience se répète sans fin comme un ersatz de ce qui n'a pas eu lieu dans la prime enfance.

3.6.2. Niveau psychique

Au niveau psychique, le passage d'un usage récréatif de la prise de drogue à une consommation compulsive peut être compris comme l'apprentissage d'un rituel apportant la détente.

On peut voir la dépendance aux drogues comme l'héritière de la dépendance primitive. La relation première doit s'organiser sur un mode où l'objet accepte de jouer la fonction de miroir (Winnicott, 1971), sinon il y a rupture de la continuité d'être et l'expérience de satisfaction est atrophiée. La proposition de Roussillon (2004) de décomposer l'expérience de satisfaction première en plusieurs types de plaisirs-déplaisirs permet de comprendre quels « brins » de la « tresse » de la satisfaction fait défaut dans la consommation de drogue. Le premier plaisir serait celui lié à l'autoconservation. « Il correspond à l'abaissement de la tension organique induit par la manifestation des besoins somatiques »²⁰⁴. Dans le cas du recours à la drogue, le besoin est l'apaisement de tension psychique directement par le biais de la voie biologique. A l'intérieur du corps, la drogue va sur ses récepteurs et produit ses effets de détente. Cette tension psychique n'a pas trouvé d'autre solution pour se résoudre, elle se transforme en « pulsion d'autoconservation » qui se manifeste par un besoin de décharge. L'affect de besoin est d'autant plus présent lorsque le déplaisir s'accroît. La consommation de drogue répond à ce déplaisir de base.

Le deuxième brin, le plaisir lié à l'érogénité de zone, ouvre une autre possibilité. La bouche pour l'alcool ou les cachets, le nez ou la peau pour les autres drogues deviennent des zones érogènes, des zones de passage du dehors vers le dedans. Cette pulsion d'internalisation s'accompagne du plaisir de la stimulation de cette partie du corps. Ce bouchon de mucus que provoquait le sniff de Subutex était le signal de la détente chez Martin ; n'y avait-il pas là les traces du déroulé de ses prises de biberon ? Autoérotisme qui conduit à la sexualité pré-génitale. Perception hallucinatoire du plaisir à travers les signes sensorimoteurs de l'usage de drogue. La mise en jeu de processus hallucinatoires peut être pensé dans la consommation

²⁰⁴ Roussillon R., La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double », p. 426

d'opiacés n'apportant plus le plaisir connu lors des premières prises ; une forme d'investissement hallucinatoire du souvenir du plaisir semble perdurer dans l'acte d'usage de drogue (Le Poulichet, 1987). L'association forte entre les indices sensorimoteurs du comportement de prise de drogue et la détente induite constitue un véritable conditionnement qui amène à une consommation pour répondre à toute malaise somatique ou tension psychique dans la plus grande confusion des besoins du sujet.

C'est le troisième brin, le plaisir lié aux conditions de la rencontre avec la mère, dont dépend la dépendance primitive, qui pose problème. Dans la dépendance à la drogue, il n'y a pas de rencontre avec un autre sujet, il n'y a pas de partage de plaisir. Faut-il supposer que l'organisation du rapport premier avec l'objet s'est passée de façon chaotique, un objet déprimé ne reflétant pas l'état du bébé, un objet intrusif imposant son rythme et sa surveillance à un enfant se réfugiant derrière un faux-self, un objet aléatoire aux réactions variables face à un enfant présentant un processus prématuré de développement du moi ? Les gestes, mimiques et postures de l'objet viennent alors déprécier ceux du bébé, ses sensations corporelles. Cette ébauche première du lien renvoie à la protection qu'il faut assurer face à un objet inconséquent, s'élabore alors un lien non sécurisé. La vie pulsionnelle n'acquiert pas de valeur "messagère". « *Le "fond" de cette relation première reste présent [...] tout au long de la vie* »²⁰⁵, c'est pourquoi, lors de l'adolescence, se découvre l'usage de drogue comme un moyen narcissique de trouver le plaisir sans l'autre. Cet apprentissage ayant donné naissance au sentiment qu'il n'y a rien à attendre de l'autre, donne un plaisir sans satisfaction, une recherche uniquement narcissique.

Une deuxième possibilité est de rapprocher la consommation de drogue d'une habitude de procédés autocalmants (Smadja, 1993). Ces procédés font suite à n'importe quel comportement ayant, à un moment donné, procuré du plaisir. Cette activité, où le moi est à la fois sujet et objet de cette technique, n'apporte pas de satisfaction. Ils font appel à la motricité et à la perception et permettent de maîtriser les excitations. C'est une solution défensive qui protège le moi contre le retour du traumatique, procédé permettant de rassembler le moi autour d'un comportement répétitif, de canaliser les tensions et de les résoudre dans une activité motrice, évitant la pensée et l'effondrement somatique. Les procédés autocalmants sont en même temps des procédés auto-excitants qui combattent l'effondrement dépressif, l'hémorragie narcissique. Ces actions excitantes, compulsivement répétées, sont en fait des

²⁰⁵ Roussillon R., La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double », p. 430

stimulations provenant du monde extérieur dans le but de réprimer l'affect, de le désarticuler de la représentation (Denis, 1993). La prise compulsive de drogue peut se comprendre comme une stimulation externe exerçant une répression de l'angoisse et de l'affect dépressif, c'est-à-dire exerçant une régulation affective.