

SUR L'IDENTIFICATION DE LA TOXICOMANIE

PAR

A.-J. CHARLES-NICOLAS *

RÉSUMÉ : La tentative d'une définition du champ toxicomaniac, nécessité à la fois théorique et pratique, se heurte à des difficultés inhérentes aux modes d'approche ainsi qu'au polymorphisme des toxicomanies.

Elles tiennent aussi à l'existence d'une consommation moderne de pilules aussi importante dans le cadre de la société instituée que dans ses franges « marginales », qui se situe dans ou hors du champ ; le critère pertinent étant ici l'augmentation progressive des doses. Les modalités d'utilisation ne suffisent pas à déterminer la toxicomanie : la substance-drogue doit posséder un tropisme pour le psychisme ; l'augmentation des doses d'un produit non psychotrope relève donc de l'hypocondrie et non de la toxicomanie. La voie d'administration occupe aussi une place privilégiée dans la mesure où la voie intraveineuse suffit à elle seule à marquer l'usage non médical d'une drogue du sceau de la toxicomanie. Ce sont les hallucinogènes qui, malgré l'absence de dépendance physique, posent le plus souvent la question de la définition de la toxicomanie du fait de la dimension rituelle et du sens transgressif de l'absorption de ces produits même à des doses relativement modérées, et ce d'autant que celle-ci émerge de lieux sous culturels fort proches de ceux dont est issue la toxicomanie paradigmatique : l'héroïnomanie intraveineuse. Cette dernière ne soulève pas de question de définition, mais elle organise autour d'elle un système référentiel toxicomaniac.

SUMMARY : There is a need to define the field of drug addiction from both the theoretical and the practical point of view, but any attempt to do so encounters difficulties that are inherent in the many types of approach as well as in the polymorphism of drug addiction.

The difficulties are also due to the present day consumption of pills which is very high both among members of our « square » society and in the marginal fringes, and occurs in and outside the field of drug addiction proper — the guide being here the progressive increase of doses. The modes of use are not sufficient to determine the presence of drug addiction : the drug substance must have a psychism-oriented tropism ; the increase in the dose of a non-psychotropic product is therefore a matter of hypochondria and not of drug addiction.

The means of administering a drug also occupies a privileged place, in so far as the intravenous method suffices alone to label non-medical use as drug addiction. It is the hallucinogens that, despite the absence of physical dependence, most frequently pose the question of the definition of drug addiction, in view of the ritual dimension and the transgressive significance of the absorption of these products, even at relatively moderate doses, and hallucinogens pose this

* Assistant du Centre Marmottan. Médecin-chef : D^r Olievenstein, 19, rue d'Armaillé, 75017 Paris.

question all the more since their use emerges from a sub-cultural environment that produces typical drug addiction, namely intravenous heroin addiction. The latter does not raise the question of definition, but is used as the basis for a drug addiction referential system.

Il y a bien des différentes opinions touchant l'essence du temps. Les uns disent que c'est le mouvement d'une chose créée ; les autres, la mesure du mouvement, etc... Aussi, ce n'est pas la nature de ces choses que je dis qui est connue de tous ; ce n'est simplement que le rapport entre le nom et la chose ; en sorte qu'à cette expression « temps », tous portent la pensée vers le même objet ; ce qui suffit pour faire que ce terme n'ait pas besoin d'être défini, ... car les définitions ne sont faites que pour désigner les choses que l'on nomme, et non pas pour en montrer la nature.

PASCAL (*Opuscles III. De l'esprit géométrique*).

Le terme de toxicomanie est si difficile à définir que l'Organisation Mondiale de la Santé y a finalement renoncé (1965). C'est que les choses que l'on désigne sous le nom de toxicomanie changent si rapidement avec le temps et avec les lieux que le rapport entre ce nom et ces choses n'est plus acceptable par tous et partout, et qu'à cette expression « toxicomanie » chacun porte la pensée vers des objets différents. Ne serait-ce pas d'ailleurs la nature même de ces choses qui a changé, et qui aujourd'hui, « mutation » ou « aberration », préfigurerait la « maladie du xx^e siècle » (14) ? Quoi qu'il en soit, elle reste encore mystérieuse ; en effet, « trop d'inconnues persistent sur le plan du biologique, de la structure psychologique, de la phénoménologie sociale du problème » (13), qui sous-tendent les malentendus et justifient les divergences ; la différence, pour ne prendre qu'un exemple, est importante entre 72 % de toxicomanies majeures prolongées au « cannabis » (8) selon une excellente statistique française et notre estimation inférieure à 1 % pour la même période en Centre Marmottan. Nous essaierons donc à la lumière de notre expérience, de préciser les limites de ce terme de toxicomanie tant il est vrai, surtout ici, que définir c'est « entourer d'un mur de mots un terrain vague d'idées » (Samuel Butler).

En 1955, l'O.M.S. écrivait que « l'abus du cannabis entraînait incontestablement dans sa définition de la toxicomanie » (9). Toutefois, deux ans plus tard, la distinction qu'elle établissait entre accoutumance et toxicomanie impliquait que le cannabis entraînait dans le cadre des drogues engendrant une accoutumance et non une toxicomanie, celle-ci se distinguant de celle-là par l'absence notamment de « l'invincible désir de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens ». (Rapport de 1957 du Comité des Experts). En 1965 (10, 11), le terme de « dépendance »

dance remplaçait les anciens termes de toxicomanie et d'accoutumance » ; puis en 1969 (12), on lui a préféré le terme de pharmacodépendance assorti d'une définition différente. Or, les publications continuent d'utiliser aussi largement qu'auparavant le terme de toxicomanie et les statistiques mentionnent parmi les drogues utilisées des pourcentages extrêmement divers d'un auteur à l'autre pour une même substance. Cette diversité dans l'appréciation du phénomène, alors même qu'il s'agit d'une démarche épistémologique, ne laisse pas d'entraver le travail dans ce domaine d'autant qu'à l'incertitude de la sémantique « psy » va s'ajouter celle des autres disciplines. Si le sociologue se demande « pourquoi tant de drogués ici et maintenant » ?, le médecin, lui, se demande si ce sujet qui est venu consulter est ou non un toxicomane ; et d'ailleurs il sait que ces statistiques sociologiques — qui révèlent par exemple que 8,3 millions d'Américains sont des consommateurs habituels de marijuana (Congrès des Etats-Unis, 22-3-72) — ne concernent pas la Toxicomanie bien que, dans le même temps, il n'oublie pas que parmi ces utilisateurs de haschich, il y a de véritables toxicomanes, au haschich, mais aussi à d'autres substances plus toxiques ; toxicomanes sur lesquels le diagnostic de toxicomanie pourrait faire l'unanimité des spécialistes... et des non-spécialistes. En quel nombre sont-ils dans ces 8,3 millions ?

L'expérience montre l'inadéquation d'une conception qui englobe tous les utilisateurs de drogues, fumeurs de marijuana, consommateurs de L.S.D., grands héroïnomanes, etc..., c'est-à-dire qui englobe usage et modes d'utilisation. En France, à l'heure actuelle, les fumeurs de marijuana, qu'ils soient « habituels » ou « occasionnels », ne sont pas *a priori* des toxicomanes. En aucun cas, des décrets administratifs (légalité ou illégalité de l'usage de la marijuana) ne peuvent fonder la toxicomanie. Ce sont les modalités de la consommation (fréquence, augmentation des doses, dépendance) qui établissent ou non un comportement toxicomane. Nous ne parlerons donc de toxicomanie à la marijuana que lorsque la répétition pluri-quotidienne des prises, l'augmentation de la consommation et la dépendance psychique nous autoriseront à le faire. Sinon, nous risquons de confondre un trait sociologique de la jeunesse d'aujourd'hui avec un symptôme pathologique. Compte tenu de ces limites, nous avons le sentiment qu'une longue distance continue de séparer les mythes des réalités du haschich toxicomane. Si les mythes (paradoxalement alimentés par la controverse scientifique sur l'innocuité du haschich) ne se décomposent que lentement, les réalités, elles, ont changé brusquement ; les jeunes ont, en quelque sorte, appris à utiliser le Cannabis. Nous ne voyons plus aujourd'hui de « retours de haschich », ces résurgences d'accès d'angoisse survenant plusieurs jours voire plusieurs semaines après le voyage, sans prise d'hallucinogène et qui motivaient une consultation sur 20 environ au cours des années 1971/1972 au Centre Marmottan. En même temps que

« le danger s'étend » (un quotidien parisien du matin a parlé à propos du haschich, de gangrène qui gagnait des couches de plus en plus nombreuses de la jeunesse), les incidents réels s'amenuisent en nombre absolu (4,5) et *a fortiori* en nombre relatif.

Bien entendu, ces remarques ne préjugent en rien l'importance de la transgression ni de l'escalade aux drogues dures. De fait, l'écho de la transgression dépend non seulement de l'information et du milieu (sous-culture de la drogue par exemple) mais aussi et, bien avant la marginalisation, de l'histoire personnelle du sujet. Mais ici, nous butons sur la « nature » de cette « chose » qui fait que certains s'engagent dans l'escalade, d'autres non.

Les toxicomanies aux sédatifs (héroïne, morphine, dextroramide, barbituriques, péthidine, méthaqualone) ne soulèvent pas de question de définition, elles correspondent aux définitions classiques et constituent un élément de référence. C'est probablement le caractère si typique de ces toxicomanies, de l'opium millénaire aux produits récents de la pharmacopée en passant par les morphinomnies du XIX^e siècle, qui a entretenu la confusion : drogue dure = Toxicomanie grave ; pour l'héroïne en particulier, qui représente la drogue la plus toxique (quinze fois plus toxique que la morphine pour le lapin ; chez l'homme, durée d'action de deux à trois heures contre six à huit pour la morphine) et la plus toxicomanogène. Un sujet vient consulter parce qu'il « a pris de l'héroïne » ; immédiatement se dresse le spectre de la dépendance astreignante et rapidement dégradante, on pense déjà à la cure de désintoxication tout en se précipitant sur l'exploration de sa structure de personnalité ; mais on lui demande cependant de préciser, et on s'aperçoit alors qu'il s'agit de quelques inhalations datant de plusieurs mois.

À l'opposé, des prises d'hypnotiques récentes, peu importantes en quantité et en fréquence, se marquent du sceau de la Toxicomanie dès lors que le sujet se les administre par *voie intraveineuse*. Le « flash » — si difficile à définir — que provoque l'injection, jouissance indicible et intransmissible, si archaïque et si instantanée, éclatement du temps, bouleversement fondamental de l'économie libidinale qu'il traduit et qu'il entretient, fait basculer le néophyte dans le paradigme toxicomaniacal ; la toxicomanie par voie intraveineuse est le modèle paradigmatique des toxicomanies quel que soit le produit d'élection, d'élation.

Les premières injections sont souvent pénibles ; elles entraînent vomissements et malaises ; certains pourtant recommencent, d'autres non... Pourquoi ?... nous n'en savons rien ; c'est qu'il ne s'agit plus là du « rapport entre le nom et la chose » mais bien de la « nature » de celle-ci. En réalité, la drogue dure quelle qu'elle soit, n'est pas un philtre magique, et la première prise n'entraîne pas inéluctablement la dépendance ; or, d :

même que des jeunes ont l'occasion d'essayer de l'héroïne une ou deux fois sans pour autant devenir héroïnomanes, de même un individu peut avoir à l'égard d'une drogue dite mineure un comportement de toxicomane majeur. On comprend ainsi pourquoi la classification drogues majeures-drogues mineures demeure au second plan par rapport à l'appétence toxicophilique pour ceux qui prennent en charge des toxicomanes. Ce n'est pas l'effet chimique sur le tissu cérébral qui détermine la toxicomanie, mais le comportement du sujet vis-à-vis de produits psychotropes qui permet de dire que ce sujet est toxicomane. Le désir de la drogue détermine la toxicomanie et l'effet de la drogue ne détermine que l'intoxication. Dans cet ordre d'idées, lorsqu'on considère le Phénomène Drogue, ce qui est variable, ce sont tout autant que la nature des produits utilisés, les modalités d'utilisation, qui varient à la fois chez le même individu, d'un individu à l'autre et d'une époque à l'autre ; le même opium millénaire est aujourd'hui écrasé, dissous et injecté dans des veines.

Ce que nous faisons présentement n'est pas autre chose que d'essayer de cerner le champ toxicomane autour de ce noyau exemplaire que constitue l'héroïnomanie par voie intraveineuse.

Pour ce qui est de la consommation de L.S.D., la question de la définition de la toxicomanie est moins simple ; la grande puissance d'action de ce produit qui, à très faibles doses, provoque des phénomènes de dépersonnalisation, incite à être moins exigeant sur les quantités absorbées ; de fait, cet hallucinogène a servi et sert encore, d'emblème à la sous-culture de la drogue. Ce qui fait donc la particularité de la « toxicomanie » au L.S.D., c'est qu'elle laisse dans l'ombre les notions de dépendance, de fréquence et d'importance des doses pour éclairer un aspect sociologique remarquable de la toxicomanie : son caractère fortement institutionnalisé ; le voyage se déroule en effet dans un contexte culturel, voire culturel sous la direction d'un « guru » ; c'est à propos de L.S.D. qu'apparaît avec le plus d'évidence la notion d'appartenance au groupe, ainsi que la référence à des religions initiatiques. En fait toute toxicomanie est rite. C'est peut-être là que se noue l'articulation avec les toxicomanies aux opiacés. Flash et voyage. Rite synchronodiachronique reproduisant dans l'instant la jouissance mythique en même temps que le plaisir autoérotique de la seringue, ou, ailleurs, l'avènement au monde en même temps que le « transfini » (C. Olievenstein), d'une existence immortelle par l'acide.

On sent bien qu'il y a là, même s'il est difficile de la définir une parenté de comportement sinon de « nature » ou de structure entre la consommation de L.S.D. et la consommation référentielle d'héroïne. Rite d'initiation qui, d'une part mime les anciens rites d'entrée de l'enfant dans le monde des adultes, d'autre part, ouvre l'accès à la société secrète des drogués et qui aussi permet d'accéder à la connaissance (connaissance de soi et communication avec l'Autre). Rite d'initiation mais aussi rite de possession au

cours duquel le sujet ne s'appartient plus, yeux hagards, l'air absent, prostré ou titubant, habité qu'il est par la poudre magique (héroïne) ou le cristal sacré (L.S.D.).

Compte tenu du fait que certains sujets présentent une importante dépendance psychologique au L.S.D. qui suffit pour en faire des toxicomanes, le consommateur de L.S.D. est souvent considéré comme toxicomane car les expériences de dépersonnalisation surviennent sur une personnalité prédisposée, fragilisée soit par une malformation structurale soit par le bouleversement de l'adolescence qui remet en cause l'identité, et qu'elles peuvent se cristalliser en un processus psychotique chronique. Le contenu de son discours est centré sur la drogue, le nombre de trips, la qualité des pilules et des cristaux ; il faut alors rester prudent dans l'intervention thérapeutique tant médicamenteuse que psychothérapique. L'important pour lui est tout autant de posséder l'auréole de prestige du drogué que de ne pas être malade mental. Il a choisi d'être toxicomane plutôt que d'être fou (les anomalies observées étant mises sur le compte de l'effet chimique de la drogue) et puis pour être non-fou (car il vit le statut de toxicomane comme étant exclusif de celui de fou : « Je ne suis pas fou puisque je suis drogué », nous a dit un jour Bernard L.), l'identité de toxicomane le protège de l'identité de fou et il faut la lui laisser.

Pour autant qu'une dépendance même « imaginaire » (il s' imagine qu'il est dépendant) puisse être évoquée, il ne faut pas hésiter à faire entrer ces cas dans une statistique de Toxicomanies.

Ces décompensations qui posent le problème de la fragilité des identifications du sujet peuvent donc aboutir à un morcellement psychotique, favorisé paradoxalement par la prescription « sauvage » (qui n'a pas tenu compte de la complexité du remaniement) de neuroleptiques. Prendre un médicament contre la folie, c'est être fou. L'identité de toxicomane est toujours en étroite relation avec la qualité de la drogue instituée. Le consommateur de L.S.D. est aussi considéré comme toxicomane, certes, à cause de son appétence polytoxicophilique mais encore parce que la prégnance de la notion anthropologique de rite ou d'appartenance au groupe évoque une espèce de dépendance psychologique à celui-ci, à sa sous-culture. Toutes réserves sémantiques faites, cette dépendance existe ; si bien que lorsque l'intoxication a cessé en fait, l'ex-consommateur de L.S.D. *ne brûle pas ce qu'il a adoré*, comme cela arrive beaucoup plus souvent chez l'ex-héroïnomane, mais reste attaché à son échelle de valeurs (connaissance de soi par les drogues, psychédélisme, drop out, route et voyage, philosophies orientales, musique pop, thème de refus, thème de l'élargissement de la conscience, etc...).

Bien entendu, le clinicien doit prendre en considération le tableau clinique dans son ensemble : les modalités rituelles de la consommation et le contexte existentiel en font partie intégrante ; mais ils ne peuvent fon-

der à eux seuls le diagnostic de toxicomanie ; la fréquence et l'importance de la consommation gardent leur place. En fait, l'expérience montre que lorsqu'existent les modalités rituelles et le contexte existentiel, ceux-ci ne vont pas sans une consommation relativement fréquente, au moins chez ceux qui consultent. Si, d'une façon générale, la dépendance s'accompagne toujours d'abus, l'abus peut avoir lieu en dehors de toute pharmacodépendance et par ailleurs donne lieu à des appréciations diverses, subjectives et relatives à une société à un moment donné ; par exemple l'usage même occasionnel de substance hallucinogène est actuellement considéré comme abusif dans nos sociétés, et est interdit par la loi. (Nous avons vu que la nature de la substance ne suffit pas à fonder la toxicomanie.)

Mais de l'autre côté, du point de vue du sujet usager, la nature de la substance est très présente dans son vécu. *Elle articule l'identification de la Toxicomanie et l'identité de toxicomane* ; à l'heure où l'on parle de toxicomanie, à la pop music ou à l'automobile simplement parce que la consommation qui en est faite est massive ou génératrice d'un plaisir particulier, il paraît opportun de rappeler le psychotropisme des produits utilisés, psychotropisme qui fait que le tableau clinique ne ressemble à rien d'autre. Il n'y a pas, en effet, de toxicomanie à la pénicilline ! (il y a des hypochondriaques qui abusent de la pénicilline). Voire, dans une même classe de produits psychotropes, les barbituriques, quand ils sont à longue durée d'action ne sont pratiquement pas utilisés dans un but toxicomane alors que les autres prennent une importance chaque jour croissante dans l'éventail des drogues toxicomanogènes. C'est là une évidence qu'il faut rappeler car la démarche qui tend à étendre l'acception du terme toxicomanie à toute conduite répétitive ou à des comportements hédonistes contient en elle-même la négation de la Toxicomanie.

Au total, l'usage des drogues hallucinogènes reste *sociologiquement* aux frontières de la toxicomanie. Nous avons dit que ce point de vue ne peut être transféré tel quel dans le cadre d'une consultation *médicale*, d'autant qu'il doit, à l'avance, être corrigé par les motivations qui font consulter le sujet : de tous les jeunes qui fument du haschich et absorbent du L.S.D., nous ne voyons qu'une faible proportion, dans laquelle justement certains ont à voir avec la toxicomanie en fonction des éléments que nous avons décrits.

OBSERVATIONS

Hervé, 18 ans, vient nous voir accompagné de son père qui avait prévenu le Centre par téléphone de sa visite. Ils revenaient tous deux d'un grand magasin où Hervé avait volé des disques ; son père raconte que le directeur du magasin lui a téléphoné, son fils avait été surpris en flagrant délit ; le père arrivé très vite sur les lieux, consent à « arranger l'affaire » à la condition qu'Hervé se rende au Centre Marmottan ! Les circonstances de la consultation, inhabituelles (sur dix patients qui se rendent à Marmottan, plus de neuf viennent spontanément

ment) témoignaient d'une absence de motivations qui laissait augurer un échec. L'idée de consulter avait été avancée par le père, cadre supérieur, deux semaines auparavant lorsqu'il s'était rendu compte que son fils, qui, jusque-là, fumait de temps à autre du haschich, s'était mis à se piquer à l'héroïne. Hervé avait refusé estimant qu'il n'y avait nullement lieu de s'affoler, qu'il n'était pas « accroché » et qu'il s'arrêterait dès qu'il le voudrait. Le père n'avait pas insisté. Resté seul avec nous, après le départ de son père, Hervé nous confirma sur un ton de surcompensation, tranquille, distant et sûr de lui ce que celui-ci venait de dire ; il s'était « déplacé » uniquement pour faire plaisir à son père à qui « il en avait fait voir des vertes et des pas mûres » ; il ajoute qu'« avec l'héroïne, il prenait son pied », que de toutes façons, il savait parfaitement à quoi s'en tenir sur les drogues, qu'il « restait lucide » à l'égard des « shoots d'héro » qui remontaient déjà à trois mois au rythme de deux à trois fois par semaine, pas davantage assurait-il ; quant à la signification du vol : « ce système pourri » le dégoutait certes, mais en fait, c'était « pour rendre service à un copain qui avait envie de ces deux disques-là et qui n'avait pas les moyens de les payer. Grand, mince, la chevelure très abondante, longue et très frisée, à l'afro, cachant ses oreilles, le visage enlaidi par une abondante éruption acnéique évolutive, Hervé restait sur son quant-à-soi.

Lors de ce premier entretien, nous avons laissé entendre que tout en nous dégageant de celui qui exigeait le traitement, nous ne pensions pas moins que « ça valait la peine de parler de tout ça », d'échanger nos impressions et surtout nos informations. Hervé revint (contre toute attente ?). Nous apprîmes au cours des deux entretiens qui suivirent qu'il dévalisait et saccageait de nuit les voitures garées le long des trottoirs uniquement par vandalisme ; « pas dans un but de récupération, ... pour détruire ». Il ne parlait plus de système pourri. Il avait fait l'année précédente une dépression qui avait nécessité deux mois et demi d'hospitalisation, à Sainte-Anne, au cours de laquelle il avait établi une « super-connection de haschich ». Vers l'âge de quatre ans ou plus tard, il ne s'en souvenait plus très bien, il avait subi une intervention chirurgicale pour « oreilles décollées ».

Hervé disparaît alors. Nous avons eu trois entretiens. Il revient cinq mois plus tard très dépendant de l'héroïne. Il était arrivé de Londres le matin même. « J'ai tout pour être heureux, je fais des trucs que j'aime (grâce à une relation de son père, il était sur le point d'être embauché comme assistant stagiaire d'un metteur en scène connu de télévision), j'ai des parents pas trop c.... ça pourrait rouler sur des roulettes, mais voilà, je pars en Angleterre et je me laisse bêtement piéger ! il faut me comprendre, je l'avais pour rien ! du brown sugar à l'œil, j'allais pas cracher dessus ! » Depuis cinq mois, il faisait deux injections, puis trois, puis quatre par jour tous les jours. Il avait en même temps gagné beaucoup d'argent dans le trafic d'héroïne.

Jubilant à l'évocation de notre échec thérapeutique, le toxicomane Hervé nous narguait tout en nous appelant à l'aide ; nous lui demandons alors pourquoi il se déteste tant, nous lui parlons alors de son acné dont il n'avait jamais fait mention, lui proposons de l'adresser à un ami dermatologue et à la fin de l'entretien, il est convenu qu'il viendrait se faire hospitaliser à Marmottan le lendemain après-midi.

Lors d'un entretien que nous avons eu avec lui au cours de son hospitalisation, il nous dit : « Je me suis retrouvé, d'une certaine manière ; j'ai découvert combien je m'étais perdu ; ... j'ai voulu encore me leurrer après m'être trouvé, mais ce qui s'est passé hier (scène d'agressivité d'un autre patient qui a cassé une assiette) m'a bien montré que c'était pas là qu'il fallait aller. Je ne supporte plus les situations d'agressivité ; l'agressivité, je la ressens d'une façon fantastique, dans mon corps même, et j'en ai peur. » D'une façon générale, il parle peu de sa mère ; les filles, elles, ne l'intéressent pas beaucoup. Sa sœur, quinze ans, qui s'était mise récemment à l'héroïne, avait un petit ami étudiant en médecine, plus ou moins dilettante, qu'admirait Hervé et qui représentait celui qu'Hervé aurait voulu être.

Il sort après dix jours d'hospitalisation, en bonne forme, bien décidé à ne plus s'accrocher à l'héroïne. « C'est sûr, j'y toucherai plus. »

Un an et demi après, il allait bien, avait réalisé un montage filmique destiné à l'information sur la drogue et travaillait dans un Centre de post-cure pour toxicomanes.

De cette observation intéressante, à bien des égards, nous retiendrons les notions de troubles du sentiment d'identité, d'une part, et de perte de l'estime de soi, d'autre part, chez un adolescent dont la libido narcissique, ainsi que la libido objectale sont profondément altérées (oreilles décollées cachées, acné, auto- et hétéro-agression, attitudes de surcompensation).

Le premier entretien, qui s'est passé sur le mode « d'égal à égal » lui a ouvert une possibilité identificatoire, [« rencontre identificatoire » (6)] ; l'autre terme (toxicomane) de l'alternative s'est imposé à Londres, et a permis une provisoire réparation de la blessure narcissique.

La tentation d'un trop cruel surmoi paternel (« mon père n'a pas tort de penser que je suis de la m... », avait-il dit à propos des dégradations nocturnes) a été progressivement écartée d'autant plus nettement qu'à Marmottan, il a trouvé dans le groupe des toxicomanes un Idéal du Moi. Cet idéal du Moi l'a protégé à la fois contre l'hyper-ascétisme et contre l'identification maternelle castrante. Dans un premier temps, il pouvait paraître identique à l'Idéal du Moi de Londres, mais il s'est, par à-coups, mué, l'identité de toxico-thérapeute remplaçant l'identité de toxicomane.

C'est au moment où cette identification lui permet de « se retrouver » que la mésestime de soi et l'agressivité qu'il retournait contre lui-même lui sont « apparues » ; de façon insupportable d'ailleurs. Il faut ajouter que dans le groupe des toxicomanes hospitalisés, les critères jusque-là magnifiés de grand junkie se retrouvent chez nombre d'entre eux. C'est-à-dire banalisés, aplatis ; assez désérotisés pour permettre à Hervé de remanier subtilement son attitude vis-à-vis des images parentales, en d'autres termes de résoudre son Œdipe.

L'identité de toxicomane est mise ou remise en cause à certains moments particuliers de la trajectoire toxicomane ; cette mise en cause peut prélude à un véritable travail de deuil consécutif à la *perte de la drogue*, travail de deuil dont la perspective effraie le toxicomane : il faut l'aider à l'assumer.

Plus souvent que ne le montre cet exemple, l'entourage familial, lorsqu'il apprend dans une atmosphère de catastrophe l'existence de la toxico-

manie, saisit, à travers l'enfant désormais perdu, l'identité *de* toxicomane telle qu'elle est véhiculée par les mass-média : « Ce n'est plus mon fils, c'est un drogué ».

Cette mutation provoque chez les parents une douloureuse résonance, eux qui sont souvent en proie à « la crise d'identité de l'âge moyen » (1), oscillent « entre les positions surmoïques de refus et de permissivité sans nuances, expression de leur désarroi » (2), et se défendent parfois en s'identifiant à l'image de la juvénilité.

Cette observation pose aussi, à travers l'idéal du Moi dans le groupe de toxicomanes, la question de l'identité *de* toxicomane par rapport à l'institution spécialisée dans le traitement des toxicomanes. On a reproché à l'institution spécialisée de créer un ghetto de toxicomanes. Il est pourtant évident pour tous ceux qui ont à connaître de près ou de loin des toxicomanes que le ghetto n'a pas été créé par l'institution spécialisée. En tout état de cause, nous ne voulons pas marginaliser mais permettre de rester marginal, témoigner que l'on peut être marginal sans être drogué (15). Le sujet qui n'a d'autre choix que l'hôpital psychiatrique est tenu de revendiquer constamment son identité de toxicomane, d'autant que l'atmosphère de l'hôpital psychiatrique confirme à l'adepte de la sous-culture que ce lieu ne lui est pas destiné ; tandis qu'à Marmottan, il vient en tant que toxicomane (3) ; cette revendication d'identité est *a priori* satisfaite. Mais l'identité de toxicomane n'est réalisée que lorsqu'elle est entérinée par autrui ; faut-il donc entériner ? Nous n'avons justement pas besoin d'entériner explicitement puisque nous nous situons clairement comme institution destinée à rendre au toxicomane sa liberté, sa neutralité à l'égard de la drogue.

Nous nous apercevons aussi, dans cet ordre d'idées concernant l'identité de toxicomane entérinée par autrui, qu'il n'existe pas de toxicomanie secrète, véritablement secrète ; on ne retrouve pas cette période dans l'anamnèse des toxicomanes. Ils montrent leur toxicomanie. De nombreux patients connus et suivis depuis longtemps viennent consulter en titubant ou téléphonent d'une voix pâteuse, sans que l'analyse puisse à aucun moment, ni à chaud ni *a posteriori*, confirmer l'interprétation d'« appel à l'aide ». Ils vont se promener après avoir absorbé des produits toxiques. « J'ai pris dix comprimés de Mandrax et je suis allé à Montmartre voir si je ne voyais pas quelqu'un que je connaissais... ». Cette dimension du regard de l'autre qui *identifie* la toxicomanie et reconnaît le toxicomane, éloigne celui-ci du portrait du toxicomane compulsif et culpabilisé se droguant en cachette. Ce théâtralisme ou au minimum cette montre constituent un symptôme constant de la clinique de la Toxicomanie juvénile actuelle. Ce dernier est à l'origine de nombreux diagnostics d'hystérie.

Stéphane S... hospitalisé au Centre depuis 15 jours a réussi à se procurer deux comprimés de Mandrax et lui qui, en d'autres lieux, aurait besoin d'avaler 15 comprimés pour pouvoir « sentir quelque chose » nous

laissa voir qu'il n'était pas dans son état normal. Ce sont de nombreux exemples analogues qui nous ont conduit, après avoir mis l'accent sur l'interdiction de prise de drogue, à insister sur *l'interdiction de « l'état de défonce »* dans le cadre de l'hospitalisation dans l'institution. L'état de défonce (qui évidemment n'est pas réductible au seul « regard de l'autre », et qui, chez les barbituromanes *per os*, en particulier, se substitue au plaisir, y a les mêmes fonctions dans « la répétition du besoin et le besoin de répétition » que le « flash » chez l'héroïnomane) scelle l'identité de toxicomane et renvoie ainsi à l'estime de soi.

CONCLUSION

L'utilisation des drogues n'est certes qu'un symptôme qui, à ce titre, prend des significations variées par exemple dans le cadre d'une lutte anti-dépressive (7) ; cependant lorsqu'elle perturbe par sa prévalence l'identité du sujet et son économie pulsionnelle, elle peut être érigée en entité, entité toxicomanie qui ne préjuge pas du soubassement structural. Avant la naissance des institutions spécialisées, celles que l'on pouvait proposer aux toxicomanes étaient exclusivement des Hôpitaux psychiatriques. Au cours de cette période psychiatrique de la toxicomanie, nous avons tendance à filtrer du discours du toxicomane sélectivement les arguments séméiologiques permettant de le classer dans une rubrique de la nosologie psychiatrique. L'effort de définir la Toxicomanie sans la rapporter à des structures psychopathologiques permet d'introduire un concept opératoire qui est l'identité de toxicomane. En extrapolant, à peine, on peut dire que le diagnostic est fait par le sujet et non par le médecin.

La notion d'identité de toxicomane constitue un fil conducteur qui permet de se retrouver tant dans la mouvance des signes que donne à voir un même sujet que dans la diversité des symptômes d'un sujet à l'autre. C'est une des focalisations possibles.

De nombreuses notions évoquées à propos des toxicomanes s'appliquent aussi bien à des non-toxicomanes, et d'ailleurs pas à tous les toxicomanes ; elles sont de nature structurale : oralité, mécanisme maniaco-dépressif (16), instinct de mort, prévalence du principe de plaisir, masochisme, etc... Celle d'identité de toxicomane a l'avantage d'intégrer la dimension anthropologique de groupe (l'escalade n'est-elle pas aussi le renforcement de la ritualisation de transgression et de la ritualisation de groupe marquant plus nettement l'éloignement de la société parentale ?) et de permettre l'articulation avec l'effet chimique de la drogue (« état de défonce »), avec l'évitement de l'œdipe, le clivage entre Moi toxicomane et Moi non-toxicomane, la transgression, le corps bon et mauvais objet... tout

en collant à la quotidienneté existentielle et au comportement du toxicomane, ainsi qu'à sa guérison... par la perte de l'identité de toxicomane.

L'important — dans ce domaine qui a donné lieu à des prises de position à l'emporte-pièce et qui reste un lieu de projection passionnelle — demeure la possibilité (encore virtuelle) d'un consensus sur les critères de l'identification de la Toxicomanie, sans lequel nous risquons d'avoir à défricher (déchiffrer) un terrain vague de mots entouré d'un bétonnage d'idées.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBY J. M. — Generation relationship condidentity crisis communication à la II^e conf. of English speaking psychoanalysts from European societies. Londres, 13-15-X-1972.
2. ALBY J.-M. — La crise d'identité de l'adolescent et la Réalité. *L'évol. Psychiat.*, 1973, XXXVIII, 3, 413-419.
3. CHARLES-NICOLAS A.-J. — La prise en charge institutionnelle des Toxicomanes. *Perspect. Psych.*, 1974, IV, n° 48, 223-234.
4. GAY-GEORGE R. — Drug Abuse : Street level emergency. *Journal of the American College of Emergency Physicians*, Jan./Feb. 1972.
5. HART J. BING, MACCHESNEY J. D., GREIF M., SCHULZ G. — Composition of illicit drugs and the use of drug analysis in abuse abatement. *Journal of Psychedelic Drugs*, vol. 5, n° 1, Fall, 1972.
6. KESTENBERG E. — L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psych. de l'enfant*, 1962, 5, 2, 441-452.
7. LEBOVICI S. — Quelques réflexions sur l'utilisation des drogues par les adolescents. *L'information Psych.*, vol. 47, n° 7, Lyon, septembre 1971.
8. LÔO H. — *Toxicomanies actuelles*. Thèse Paris, 1970.
9. O.M.S. — Comité d'Experts des drogues engendrant la Toxicomanie O.M.S. série de rapports techniques, n° 95, Genève 1955.
10. O.M.S. — Série de rapports techniques, n° 312. Comité d'Experts des drogues engendrant la dépendance, 14^e rapport, Genève 1965.
11. O.M.S. — Comité O.M.S. d'experts de la Santé mentale 1967, 14^e rapport. Services de prévention et de traitement de la dépendance à l'égard de l'alcool et des autres drogues. Genève (O.M.S. série de rapports techniques, n° 363), Genève 1967.
12. O.M.S. — Série de rapports techniques, n° 407. Comité d'experts de la pharmacodépendance, 16^e rapport, Genève 1969.
13. OLIEVENSTEIN Cl. — *La drogue*. Editions Universitaires, Paris 1970.
14. OLIEVENSTEIN Cl., CHARLES-NICOLAS J. — Clinique de la Toxicomanie. *Perspect. Psych.*, IV, 48, 1974, 251-256.
15. OLIEVENSTEIN Cl.-S., BRACONNIER A., CHARLES-NICOLAS A.-J., CURTET F., PADOVANI P. — Le temps, l'espace ou la prise en charge des toxicomanes. *La revue de Médecine*, octobre 1972, n° 33, 2177-2178.
16. ROSENFELD H. — De la toxicomanie. *Revue Franç. de Psychanal.*, XXV, n°s 4-5-6, 1961.