

## MÉMOIRE ORIGINAL

# Abstinence à la cocaïne après un parcours de dépendance

## *Abstinence from cocaine after long-term addiction*

B. Badin de Montjoye<sup>a,\*</sup>, P. Podevin<sup>b</sup>, P. Pharo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Centre Cassini méthadone, groupe hospitalier Cochin–Broca–Hôtel-Dieu, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

<sup>b</sup> Centre hospitalier Léon-Binet, route de Chalautre, 77160 Provins, France

<sup>c</sup> Université Paris Descartes, CNRS, CERSES, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France

Reçu le 27 avril 2010 ; accepté le 22 novembre 2010

Disponible sur Internet le 24 juin 2011

### MOTS CLÉS

Addiction ;  
Cocaïne ;  
Dépendance ;  
Abstinence prolongée

### KEYWORDS

Addiction;  
Cocaine;

**Résumé** Ce travail, issu d'un partage d'expériences par des professionnels de l'addiction venus d'horizons différents, s'est intéressé à l'impact de l'abstinence à la cocaïne chez des patients précédemment dépendants. Il repose sur l'hypothèse que les remaniements observés suite à une abstinence prolongée pourraient être standardisés dans une échelle des réajustements psychiques associés aux nouvelles pratiques. Le but de ce travail pluridisciplinaire centré sur des sujets anciennement dépendants à la cocaïne et ayant réussi à maintenir une abstinence d'au moins 12 mois a été de rechercher des similitudes dans leurs parcours individuels concernant les modes d'entrée et de consommation et les modes d'arrêt et d'abstinence. En second lieu, nous avons analysé les ajustements du fonctionnement psychique associés à l'arrêt de la cocaïne. Le concept repose sur l'établissement d'une analogie de fonctionnement psychique plus ou moins forte entre la prise de cocaïne et les nouvelles pratiques mises en place. Dans chaque cas, les propos ont été illustrés par des vignettes cliniques. Ce travail permet de dégager schématiquement quatre types de réajustements psychiques associés à l'arrêt de la prise de cocaïne chez des patients dépendants. Des études prospectives sont désormais nécessaires afin de standardiser et valider les critères cliniques. Celles-ci pourraient contribuer à mieux soutenir ces personnes vers la sortie du produit et dans le maintien de l'abstinence au produit. © L'Encéphale, Paris, 2011.

### Summary

**Background.** — Experimental data strongly suggest that in animal and probably in man, noradrenergic and serotonergic become uncoupled during repeated consumption of drugs of abuse, strongly suggesting that different drugs share common mechanisms for drug-dependence. Using cocaine-dependence as model of strong addiction we speculate that careful analysis of psychic

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [beatrice.de-montjoye@cch.aphp.fr](mailto:beatrice.de-montjoye@cch.aphp.fr) (B. Badin de Montjoye).

Drug dependence;  
Long term abstinence

adjustments in patients who experience prolonged abstinence could be a useful tool for patient's care.

*Aim.* — The aim of this retrospective study was first to establish similarities in patients' histories concerning modes of entrance, circumstances favouring the stopping, and modality of withdrawal. Secondly, we analysed the different ways used by subjects to substitute their cocaine-dependence.

*Patients and methods.* — Cocaine-dependent subjects who had succeeded in supporting abstinence for at least 12 months without consumption were evaluated retrospectively by a face-to-face interview.

*Results.* — We obtained a list of circumstances associated with entries and exit from cocaine-dependence. Second, when seeking for similarities in addictive behaviour, before and after, between cocaine users, we proposed to classify patients according to the strength in their addictive dominant trait between strong, moderate, mild, or absence of addictive behaviour. For didactic aims, purposes are illustrated by clinical vignettes.

*Conclusions.* — This retrospective study allows us to clear arbitrarily four types of psychical modifications associated with prolonged abstinence in cocaine-dependent patients. Prospective clinical studies are clearly needed to standardize and to validate these clinical criteria.

© L'Encéphale, Paris, 2011.

## Introduction

Tout spécialiste en addictologie appréhende cette discipline, aux multiples ramifications, à travers le prisme de ses connaissances. Par ailleurs, les personnes ayant expérimenté des produits psycho-actifs ont une connaissance pratique des produits. Ce vécu de consommation est hors de la portée des sens des non-consommateurs, mettant ainsi parfois les soignants en situation de vulnérabilité épistémique face à certains pans de cette discipline.

Ces réalités doivent inciter les soignants à partager les expériences, à confronter les savoirs, à renouveler les questionnements et surtout à développer des interfaces avec les autres domaines, en particulier les sciences humaines.

Ce travail dans lequel l'usage de la cocaïne a été pris comme modèle de produit associé à une forte dépendance psychique est le fruit d'un échange de savoirs, de connaissances et d'approches cliniques entre une psychiatre addictologue, un somaticien hépatologue et un sociologue. Le but de ce travail rétrospectif a été d'analyser les modes d'entrées et de sorties de la consommation de cocaïne, ce quels que soient les modes de prise du produit. Le prérequis repose sur le postulat que les personnes consommatrices de cocaïne ne sont pas différentes des autres individus. Comme chacun d'entre nous, elles cherchent tout simplement à avoir une bonne vie, à vivre des moments intenses et à tendre vers le bonheur. C'est ainsi qu'elles entrent dans la consommation de cocaïne, mais c'est aussi pour la même raison qu'elles tentent de revenir à des consommations « maîtrisées » ou à l'abstinence complète. Cependant, pour la sortie du produit, la démarche est le plus souvent longue et douloureuse, nécessitant un temps de maturation, de jugement sur les pratiques addictives, mais aussi un temps de mise en place et de réajustement psychique.

## Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a concerné des patients dépendants de la cocaïne selon les critères internationaux utilisés pour diagnostiquer la dépendance à une ou des substances

psycho-actives [12], (DSM IV R [2] et CIM 10) et, en particulier, dans cette étude: *craving*, perte de contrôle, obnubilation sur le produit, poursuite de la consommation malgré ses conséquences manifestement nocives.

Ces personnes ont été sélectionnées sur la base du volontariat. Leurs propos ont été recueillis dans le cadre d'un entretien médical suite à une demande de prise en charge, et lors d'entretiens en face-à-face dans le cadre d'une enquête sociologique effectuée à Paris et à New York sur la sortie de la dépendance [18,19].

Les entretiens médicaux ont été menés dans un centre médicosocial hospitalier, reconnu depuis 2010 en CSAPA. Il s'agissait de 20 patients issus de la file active du centre venus consulter pour une dépendance à la cocaïne, quel que soit le mode de prise et de présentation du produit (injection, inhalation, intranasal). L'origine de la demande de la prise en charge était variable (injonction thérapeutique, consultation consécutive à une complication somatique liée à la prise de cocaïne, demande spontanée); il pouvait s'agir également de patients suivis dans ce même centre pour une dépendance aux opiacés et traités par un traitement de chlorhydrate de méthadone. Les entretiens étaient non directifs et étaient réalisés par le même psychiatre. Chacun des entretiens avait pour but d'analyser les motivations à la prise du produit, ainsi que les circonstances d'arrêt du produit par les patients concernés.

En second lieu, un groupe de patients toujours suivis après 12 mois d'abstinence à la cocaïne, ce quelles que soient les modalités d'arrêt de la consommation (isolément, suivi médical, avec ou sans traitement psychotrope associé, suivi médico-social, groupes d'entraide...), a été étudié. L'entretien avait pour but d'analyser les réajustements de fonctionnement psychique mis en place depuis l'arrêt du produit. Pour cela nous avons évalué principalement l'existence possible de nouvelles dépendances comportementales ou à un autre produit, les nouvelles activités développées, les nouveaux lieux d'investissement, la nature et les liens avec l'entourage le plus fréquenté.

En ce qui concerne la file active issue du suivi en CSAPA, elle était composée de six femmes et quatre hommes, et

trois des patients étaient suivis par ailleurs dans le même centre pour un traitement par méthadone.

L'enquête sociologique, soutenue par la MILDT, l'Inserm et l'INCa, concernait une population plus large ( $n=25$ ) de personnes ayant arrêté depuis au moins un an un usage sévère de cocaïne, d'héroïne ou d'alcool, dont dix étaient orientées principalement cocaïne, sous forme inhalée ou injectée avec de l'héroïne (*speed-ball*). Les personnes de l'enquête étaient recrutées : à Paris, dans des groupes d'autosupport (narcotiques anonymes) ou par relations, et, à New York, dans des communautés de patients, (l'*Outpatient Program* d'un grand hôpital public et une organisation d'accueil d'usagers de drogues et de malades du sida). L'échantillon est dépourvu de représentativité sociologique ou clinique, mais il inclut des personnes de sexe différent dans des fourchettes d'âge de 30 à 55 ans, et dans des milieux sociaux divers (l'enquête à NY concernant des personnes de très bas niveau social).

Inspirés de la démarche de sociologie morale qui cherche à cerner les conceptions du bien et de la liberté des personnes enquêtées [17], les entretiens ont été conduits suivant une grille d'interrogation portant sur les circonstances d'entrée et de sortie et les modes de vie des personnes après l'interruption (emploi du temps, centres d'intérêt personnel, professionnel et de loisir, engagements sociaux, politiques ou religieux...), avec en particulier une série de questions précises sur les conditions du choix et le rapport au plaisir à l'entrée comme à la sortie.

## Moyens

Les auteurs se sont réunis régulièrement et ont mis en commun leurs dossiers et leurs impressions humaines dans leurs rapports avec les consommateurs de cocaïne rencontrés dans le cadre de leurs parcours professionnels : clinique ou enquête sociologique. Ces différents échanges ont permis de rapprocher les résultats des deux approches et d'élaborer la grille d'interprétation proposée ci-dessous. Lors des réunions, les cas individuels étaient présentés avec le maximum de détails et le souci, pour chaque cas, d'évaluer le niveau d'« émancipation » par rapport à l'addiction précédente, en passant en revue le caractère plus ou moins compulsif, voire à nouveau addictif, des pratiques et consommations nouvelles, dans la limite des informations dont on disposait.

Un des filtres majeurs de l'analyse était de rapprocher de façon ajustée à chaque cas l'évaluation sociologique (quel emploi du temps ? quelles activités ? quels projets ? quels types de relation sociales ?...) et l'évaluation clinique (douleur morale ? quête du regard de l'autre et dépendance interpersonnelle ? anticipation de l'avenir et priorité donner au futur ? difficulté à réguler les émotions ?...).

Un autre élément à souligner concerne le choix d'étudier la consommation de cocaïne, de préférence à d'autres produits. Cette consommation peut être responsable de comportements oscillant entre une hypervigilance avec tachypsychie et d'un ralentissement psychomoteur avec bradypsychie, d'une temporalité hachée, de ruptures d'humeur fréquentes, de parcours chaotique, de conduites compulsives liées à la recherche obsessionnelle qu'il est souvent aisé de repérer dans la trajectoire d'un consomma-

teur devenu dépendant. Cela peut dans un deuxième temps assez facilement servir de modèle de référence pour rechercher des similitudes dans les nouveaux comportements qui suivent l'interruption.

## Résultats

### Motivation initiale des consommateurs de cocaïne ?

Prendre ou reprendre de la cocaïne peut correspondre à la recherche d'un ailleurs, d'un autre monde. En début de consommation, avec la prise du produit, l'individu peut être à la recherche d'un plaisir immédiat. Il peut vouloir vivre une nouvelle expérience agréable telle un moment d'euphorie, le dépassement de soi-même, un vécu d'invincibilité ou une recherche d'amélioration des performances professionnelles.

Dans ce monde, tout semble facile : il n'y a plus d'obstacle, les ravins se combent, les monts s'aplatissent. Les relations sociales sont sereines, le discours est fluide et aisé. La fatigue n'accable plus. La faim ne tiraille plus... En même temps, l'individu a une grande confiance en lui, il croit en ses capacités de sociabilité, de travail et de réussite. Il se sent invincible, pense pouvoir se réaliser, voire se dépasser lui-même.

Il peut aussi chercher à oublier ses préoccupations, ses soucis du moment mais aussi parfois oublier sa désespérance, son absence de pouvoir et de reconnaissance [6]. Il peut aussi tenter de fuir un vécu qui le handicape, le restreint dans sa vie sociale comme une timidité extrême, un manque de confiance en soi, une difficulté à initier une conversation, voire même ne pas être confronté à une sensation de faim.

Après l'exhalation de l'humeur, un vécu de morosité, de détresse anxieuse, peut s'installer en devenant très invalidant. L'amplitude des émotions est alors extrême. Afin d'éviter un tel « contre-coup », les consommateurs sont alors poussés à réitérer la prise du produit et à éviter ainsi le vécu de « descente ». Se croyant invincibles et préservés de tout mal, ils prennent des risques, en particulier dans l'échange de matériel d'injection ou de *sniff*, avec les conséquences possibles de contamination virale. D'autres disent avoir du plaisir à consommer dans le même temps des substances plus sédatives, telles l'alcool ou la méthadone, pour atténuer cette deuxième phase. Passant ainsi d'un extrême à l'autre, il est difficile à la personne d'intérioriser les émotions et d'identifier les affects qui l'habitent réellement. Cette variété extrême de ressenti est parfois recherchée au début de la trajectoire de vie de ce consommateur. Il se dit alors non envahi par son vécu, non « dépendant » de ses émotions et d'un type de lien spécifique avec autrui. Il apprécie cette vie en plus ou moins, où le plus ne prend que plus d'intensité confronté au vide du moins.

Cependant, peu à peu, le contexte dans lequel l'individu a commencé sa consommation n'est plus suffisant, et progressivement les patients qui deviennent dépendants du produit en consomment « indépendamment de l'état contextuel originel » [22].

En effet, pour la cocaïne, comme pour tout autre produit ou tout autre comportement, nous savons bien que la dépendance — comme l'avait déjà bien précisé Aviel Goodman

en 1990 quand il avait défini le concept d'addiction – ne se limite pas à la recherche de plaisir immédiat, mais qu'elle repose également sur la recherche d'une échappatoire ou d'un soulagement à un malaise intérieur [12].

### Circonstances associées à l'arrêt de la prise de cocaïne

Les raisons d'arrêt du produit sont multiples et prennent source dans divers événements de vie.

La confrontation à la mort à cause du décès d'un ami consommateur de cocaïne également, ou bien la confrontation avec la maladie et le monde soignant suite à un souci de santé lié à la prise du produit par un proche, peuvent se traduire par un électrochoc incitant le consommateur à stopper sa consommation.

Pour l'utilisateur lui-même, des complications psychiques ou somatiques avec une polysémie des plaintes plus ou moins graves sont parfois citées comme facteur déclenchant l'arrêt. Elles objectivent en effet la dangerosité du produit et sa « contamination » au corps dans sa globalité. Il peut s'agir d'une symptomatologie d'un vécu de mort imminente lié par exemple à une tachycardie très sévère ou une hyperthermie maligne. Parfois le patient relate une expérience de délire paranoïde avec des thématiques autour de la poursuite, de l'envoûtement, de la dénonciation... après une prise de cocaïne. Le patient peut alors s'interroger sur sa normalité psychique et le risque qu'il encoure de sombrer dans la folie si sa consommation de cocaïne perdure.

Les complications somatiques, dues essentiellement aux propriétés vasoconstrictrices du produit, peuvent engendrer la peur d'avoir une maladie pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ces complications sont diverses et variées [4]. Elles peuvent être cardiovasculaires [15] – plus spécialement pour les patients consommant également du tabac, (douleur précordiale, infarctus du myocarde ou dissection aortique...) –, ORL (sinusite persistante, perforation de la cloison nasale...), neurologiques (accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, convulsions pouvant évoluer vers un état de mal épileptique...), complications vasculaires, voire dermatologiques [7].

Des difficultés financières ou sociales peuvent être responsables de confrontations douloureuses et angoissantes à la réalité (interdiction de chéquier, perte d'un logement, l'arrivée d'une lettre de huissier...). Elles peuvent parfois nécessiter l'intervention de la famille ou d'amis proches, ce que le consommateur redoutait antérieurement.

Une incarcération, une injonction thérapeutique, une garde à vue, peuvent être vécus, notamment pour ceux dont l'activité professionnelle nécessite une transparence judiciaire, comme un coup de semonce imposant sans tarder l'arrêt de la cocaïne ainsi que des autres produits, s'ils sont également à l'origine de sanctions judiciaires.

Pour d'autres patients, enfin, il peut s'agir de la prise en compte progressive de l'écart existant entre ce à quoi ils avaient aspiré au début de leur prise de produit et ce qu'ils vivent réellement. Cet écart est tel que la nécessité de s'arrêter s'impose à eux.

D'autres disent ne plus prendre plus goût aux vécus extrêmes et avoir perdu la saveur du quotidien ; de façon plus métaphorique, ils souhaitent réapprécier les nuances

des couleurs pastels et ne pas apprécier seulement les couleurs vives et parfois criardes. Ils évoquent aussi parfois la perte progressive de leur autonomie psychique à mesure que leur dépendance à la cocaïne s'aggrave.

Ailleurs, le chaos psychique et la confusion des sentiments inhérents à la prise de produit sont vécus comme très déstabilisants. Ils n'ont plus aucune certitude dans ce qu'ils savent d'eux-mêmes, dans ce qu'ils pensent d'autrui et dans ce à quoi ils aspirent.

Cependant, pour repérables que puissent être ces différentes circonstances déclenchant l'arrêt de la consommation, le maintien de l'abstinence nécessite d'abord un temps de maturation et de jugement sur les pratiques addictives puis la mise en place de remaniements psychiques avec des comportements appropriés pour « substituer » ce qui pouvait sous-tendre les motivations au comportement addictif [14].

### Analyse objective des modifications du fonctionnement psychique associées à l'arrêt de prise de cocaïne

Le modèle conceptuel proposé ici est celui de l'homologie et de l'analogie, utilisé en biologie du développement [11] pour distinguer des similitudes provenant d'une structure ancestrale commune (par exemple, l'aile de l'oiseau et le membre antérieur de l'homme sont homologues en ce sens) de similitudes liées à des structures fonctionnelles sans structure ancestrale commune (par exemple l'aile du papillon et l'aile de l'oiseau sont analogues en ce sens).

Bien entendu, notre usage dérivé de ce modèle concerne *uniquement* l'évolution de l'individu (à l'exclusion de son génotype) dont nous comparons les comportements avant et après l'interruption. Nous faisons l'hypothèse que, même si la structure neuropsychique individuelle héritée de la période de consommation n'a pas été modifiée (homologie), des similitudes fonctionnelles (analogies) plus ou moins marquées pourraient indiquer la possibilité d'une adaptation de cette structure ou la formation de nouvelles structures psychiques.

Ce modèle a donc pour but de rechercher les analogies de fonctionnement entre nouvelles et anciennes pratiques, en vue d'évaluer les remaniements psychiques associés à l'abstinence à long terme : en cas de forte analogie, on suppose que la structure psychique addictive antérieure reste dominante ; au contraire, si l'analogie est faible ou absente, on peut supposer un remaniement psychique important, même si la structure héritée (homologique) n'a pas disparu [3].

#### Homologie avec forte analogie

L'individu tente de substituer ses prises de cocaïne par la mise en place d'autres dépendances à d'autres produits (alcool, cannabis...), ou d'autres comportements (travail, sexe, jeux...). Ces nouvelles conduites sont souvent vécues comme les seules capables de procurer des moments intenses. La possibilité de mettre en mots ce nouveau vécu substitutif varie souvent avec la nature du « substitutif ».

En bref : la forte analogie est liée à une addiction substitutive caractérisée, avec un autre produit ou pratique.

André A., un homme de 42 ans, ancien sportif professionnel, a arrêté depuis deux ans sa consommation de cocaïne suite à des troubles psychiatriques ayant nécessité une hospitalisation du fait de l'idéation suicidaire très prégnante. Les relations qu'il entretenait avec les personnes avec lesquelles il consommait de la cocaïne lui convenaient de moins en moins. Il se sentait différent d'elles. Le groupe ne le portait plus. Il aspirait à une vie plus stable sans conduite délictueuse. Depuis son arrêt de cocaïne, il travaille dans la restauration, il travaille beaucoup. Pendant son temps libre, il se rend dans un club pour jouer au poker chaque jour en tentant de perdre le moins d'argent possible.

#### Homologie avec analogie intermédiaire

La consommation de cocaïne est ici « substituée » par un système de récompense alimenté par de nouvelles pratiques intenses et extrêmes (sport, sexe, surtravail...), ainsi qu'à une reconnaissance des amis, de la famille, des collègues... (reconnaissance sociale dans le travail ou une association syndicale, reconnaissance familiale dans un milieu où la demande d'abstinence était très prégnante, reconnaissance par d'autres sportifs dans une association de sport à haut niveau...). La confiance qu'ils retrouvent en eux-mêmes est alimentée par le renforcement et l'inflation narcissique trouvés dans les différents succès sociaux, la fierté restaurée par le groupe porteur et nourrie de l'abstinence de l'individu...

En bref : l'analogie intermédiaire est liée à des pratiques potentiellement addictives, sans pour autant que le sujet lui-même tombe clairement sous les critères classiques d'addiction appliqués à ces nouvelles pratiques.

Jean-Claude B., un cadre commercial de 45 ans, a arrêté de pratiquer les *speed ball*. Il a interrompu brutalement, sans aide particulière, après l'hospitalisation de son épouse, consécutive à une overdose. Il a fait part au sociologue de ses investissements familiaux, ses engagements politiques associatifs et la reconnaissance que cela lui procure. Par ailleurs, il dit rechercher et avoir besoin de moments intenses qu'il connaît par la pratique du sport de haut niveau et par des aventures et des liaisons affectives épisodiques.

#### Homologie avec peu d'analogie

Les individus de cette catégorie trouvent une reconnaissance sociale et une possibilité d'identification à leurs pairs grâce au système de parrainage et à la fraternité vécue au sein des groupes d'entraide d'anciens usagers, notamment ceux fondés sur « les 12 étapes » [9]. Ce système d'étalement les rend suffisamment sereins et confiants en eux pour maintenir leur abstinence. Ils peuvent recourir au soutien d'un membre du groupe là où ils s'estiment vulnérables. Ils ont mobilisé leur « savoir » autour des risques inhérents à la prise de cocaïne. Ils peuvent s'adapter aux nouvelles conditions d'existence. Ils évoquent facilement le déséquilibre qui existe entre les inconvénients liés à la prise du produit et les gains de la consommation de ce même produit.

En bref : la faible analogie est liée à des activités dont le caractère addictif ne satisfait pas les critères classiques et semble plutôt métaphorique, même s'il s'agit d'activités intenses et indispensables pour éviter la rechute.

Jacques C., âgé de 30 ans, vit à New York. Il a arrêté la cocaïne il y a six ans, à la suite d'une incarcération. Actuellement, totalement abstinent, il est très militant dans une association d'anciens toxicomanes, les narcotiques anonymes, où il est très investi.

#### Homologie sans analogie manifeste

Ces patients continuent à faire des « choix de cœur » par opposition à ce que l'on pourrait qualifier de « choix rationnels ». Ils vivent des moments intenses par leur vécu partagé avec autrui. La conviction avec laquelle ils vivent leurs engagements leur procure suffisamment de sérénité et d'unité psychique pour vivre des moments de plénitude (engagements spirituels, engagements dans des mouvements associatifs ou un fort investissement dans leur vécu de parentalité...).

En bref : l'absence d'analogie manifeste correspond à l'absence de pratique addictive au sens des critères classiques ou au sens métaphorique.

Michelle D. est une artiste de 40 ans. Elle a arrêté brutalement et sans aide particulière sa consommation de crack et de cannabis, après un problème de santé sévère de son mari, également consommateur. Elle a dix ans d'abstinence, elle se dit épanouie par ses activités artistiques et par sa vie de mère de famille.

Bernard E. est un journaliste de 37 ans, qui avait déjà arrêté le cannabis il y a huit ans, aidé par des consultations régulières pendant plusieurs mois. Quelques mois plus tard, il est entré dans une consommation de cocaïne pour tenter de fuir un vécu d'ennui au travail. En quelques semaines, il l'a arrêtée durablement après avoir été obligé de reprendre la garde de son fils à plein temps. Actuellement, il se dit heureux dans son travail et s'occupe de son fils avec beaucoup de plaisir.

#### Récapitulatif

Homologie :

- avec analogie forte : addiction substitutive caractérisée ;
- avec analogie intermédiaire : pratique addictive, mais sans addiction caractérisée ;
- avec analogie faible : pratique intense mais non-addictive (sauf en un sens métaphorique) ;
- sans analogie manifeste : pas de lien évident avec une addiction caractérisée ou une pratique addictive.

#### Discussion

Les recherches biomédicales sur les circuits neuronaux associés à l'usage et à l'arrêt de la cocaïne, menées pour la plupart à partir du modèle animal, sont très nombreuses, puisque ce sont elles qui ont permis historiquement d'élaborer les théories modernes de l'addiction [21], fondées notamment sur la connaissance des circuits de la récompense [10,13], ou encore sur les prédicteurs d'usage et d'interruption liés à des environnements plus ou moins stressants [1,5]. Mais si on met à part les travaux qui envisagent les substrats neuronaux des différents modes de sortie [20], ce sont surtout des recherches issues des sciences sociales qui s'intéressent aux conditions de la sortie, par exemple à partir de questions telles que la

spontanéité des arrêts [8] ou la possibilité d'un arrêt sans abstinence complète [23]. Et, à notre connaissance, ce sont les travaux de psychologie sociale qui envisagent le plus complètement les nouvelles formes de vie associées ou requises par l'abstinence, qu'elle soit complète ou partielle [16,23]. Notre propre démarche s'inscrit donc dans cette direction, mais à partir de la confrontation d'une approche médicale et d'une approche de sociologie morale, les deux approches étant centrées ici sur l'expérience personnelle de l'abstinence.

Le modèle que nous proposons (homologie supposée de structures psychiques entre l'avant et l'après, avec analogies plus ou moins fortes des pratiques effectivement observées) intègre certaines idées classiques sur l'addiction considérée comme « maladie incurable », suivant le modèle des alcooliques anonymes (et autres anonymes), ou comme dysfonctionnement neuronal très difficilement réversible [10].

Du point de vue où nous nous plaçons, nous ne nous risquons pas à nous positionner sur la question du caractère réversible ou irréversible, curable ou non curable de l'addiction. Toutefois nous ne pouvons pas exclure que des réajustements pratiques importants expriment des changements psychiques et donc, éventuellement, un affaiblissement fonctionnel de la structure héritée.

Un des intérêts que nous voyons à l'emprunt du modèle issu de la biologie du développement est de mettre l'accent sur la plasticité fonctionnelle des êtres vivants, et des humains en particulier, qui rend possibles, sous de nouvelles conditions, des réaménagements psychiques.

## Conclusion

Cette analyse biographique issue d'expériences vécues par des individus confrontés à la dépendance à un produit très fortement addictogène a permis de constater à quel point la sortie du produit implique pour les individus une confrontation à leur propre fragilité psychique, les expose à leur libre arbitre, à un conflit de volonté, et les contraint à repousser leurs limites physiques. Pour sortir du produit, ils ont su se mobiliser psychologiquement avec ou sans aide, ils ont cru suffisamment en leurs capacités à imaginer qu'ils pourraient vivre à nouveau des moments intenses et riches dans une vie sans produit.

Bien que parfaitement conscients des limites de la classification proposée et notamment de la difficulté à évaluer objectivement les ressemblances de fonctionnement entre les nouvelles pratiques d'abstinence et les anciennes pratiques addictives, nous pensons qu'une telle approche pourrait cependant être utile en pratique clinique. En raison de l'importance pragmatique de cette analyse, il nous paraît important de réfléchir à la mise en place d'une étude prospective destinée à valider des critères cliniques et de disposer d'un algorithme personnalisé permettant d'orienter et de soutenir le consommateur en demande d'arrêt vers la modalité de sortie la plus adaptée.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Alexander BK, Hadaway P, Coombs R. Rat park chronicle. *BC Med J* 1980;29:151–62.
- [2] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association (APA); 2000 [Text Revision].
- [3] Badin de Montjoye B, Pharo P, Podevin P. Cocaine and well-being: entries, exits. Poster CPDD, 71st Annual Scientific Meeting, Reno/Sparks, 2009.
- [4] Badin de Montjoye B. Blanche et mortelle !. *Neuronale*; 2008.
- [5] Bezard E, Dovero S, Belin D, et al. Enriched environment confers resistance to 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine and cocaine: involvement of dopamine transporter and trophic factors. *J Neurosci* 2003;23:10999–1007.
- [6] Bourgeois P. En quête de respect. Le crack à New York, 1995, tr. fr. Paris. Paris: Seuil Collection Liber; 2001.
- [7] Brewer JD, Meves A, Bostwick JM, et al. Cocaine abuse: dermatologic manifestations and therapeutic approaches. *J Am Dermatol* 2008;59(3):483–7.
- [8] Carrandié C. Sélection bibliographique sur les sorties de la toxicomanie. *Psychotropes* 2006;12(3–4):103–25.
- [9] Didier B. Facteur de résilience dans les toxico-dépendances. *Psychotropes* 2003;9:61–75.
- [10] Gardner EL, David J. The neurobiology of chemical addiction. In: Elster J, Skog OJ, editors. Getting hooked, rationality and addiction. Cambridge: U P; 1999.
- [11] Gilbert SF, Rolin S. Biologie du développement 2003, tr. fr. Bruxelles: De Boeck; 2004.
- [12] Goodman G. Addiction: definition and implications. *Br J Addict* 1990;85:1403–8.
- [13] Kalivas PW, Peters J, Knackstedt L. Animal models and brain circuits in drug addiction. *Mol Interv* 2006;6:339–44.
- [14] Lambrette G. Raison, raisons et construction du changement dans le champ des toxicomanies. *Psychotropes* 2009;2(15):99–122.
- [15] Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine use. *N Engl J Med* 2001;345:351–8.
- [16] Laudet AB. What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *J Subst Abuse Treat* 2007;33:243–56.
- [17] Pharo P. Morale et sociologie, le sens et les valeurs entre nature et culture. Paris: Gallimard folio; 2004.
- [18] Pharo P. Plaisir et intempérance, anthropologie morale de l'addiction. Paris: Rapport MILDT - Inserm; 2006.
- [19] Pharo P. Redevenir libre? Philosophie pratique de la drogue. Paris: MILDT - INCA - Inserm; 2009 [Rapport de recherche].
- [20] Peters J, Vallone J, Laurendi K, et al. Opposing roles for the ventral prefrontal cortex and the basolateral amygdala on the spontaneous recovery of cocaine-seeking in rats. *Psychopharmacology* 2008;198:319–26.
- [21] West R, Hardy A. Theory of addiction. Blackwell: Oxford; 2006.
- [22] Zufferey MC. Les sorties de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques. *Deviance Soc* 2005;29(4):423–43.
- [23] Zufferey MC. Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques. *Psychotropes* 2005;11:55–72.