

DROGUES, ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ET VIE PRIVÉE

**Deuxième volet de l'étude qualitative
sur les usagers intégrés en milieu
professionnel**

**Astrid FONTAINE
et Caroline FONTANA**

Drogues, activité professionnelle et vie privée

**Deuxième volet de l'étude qualitative
sur les usagers intégrés
en milieu professionnel**

Astrid Fontaine et Caroline Fontana

Octobre 2003

CONTEXTE, INTRODUCTION ET PRESENTATION DE LA RECHERCHE	9
La médecine du travail	10
Un contexte sociopolitique.....	12
La consommation de psychotropes en population générale.....	12
Les enjeux liés à la population étudiée : la question du dépistage en entreprise.....	13
Présentation de la recherche	16
Choix du sujet.....	16
Méthode et déroulement de l'enquête.....	18
Modalités de contact pour les entretiens	19
Les usagers de médicaments.....	20
L'entretien	21
Les calendriers de consommation.....	22
Profils des personnes rencontrées.....	23
Caractéristiques sociodémographiques.....	23
Rythme de travail.....	24
Fréquences de consommation.....	25
MODES DE CONSOMMATION	29
Rapport aux produits et effets recherchés par les usagers de psychotropes illicites.....	29
La recherche de plaisir.....	30
L'introspection	30
Vie sociale et désinhibition.....	31
« Vivre doublement »	32
Mieux vivre, s'adapter, se soigner	31
Décompresser	32
Mieux vivre, s'adapter.....	33
Se soigner	33
Usages thérapeutiques, usages de confort	33
Prescriptions de médicaments, usages autoadministrés et détournés - profils	34
Sur les effets des médicaments et leur action psychotrope	36
Usages thérapeutiques	38
La souffrance dépressive	39
Produits de maintien de soi, médicaments, cannabis.....	40
Se désensibiliser, alcool, cannabis, médicaments détournés	42
Agir sur la conscience, cannabis, LSD, ecstasy.....	42
Les opiacés, des médicaments « miracle » contre la douleur.....	44
Autres remèdes.....	44
Usages de confort	44
Médicaments et dépendance.....	44
Pharmacie familiale et automédications (psychotropes licites, illicites).....	46
Des remèdes du quotidien : médicaments psychotropes et cannabis	48
Les médicaments, des biens de consommation courante	48
Une thérapie du symptôme.....	50
Le médicament psychotrope : un anesthésiant social ?.....	51

Fréquences de consommation et types d'usage.....	52
L'usage sporadique.....	53
L'usage régulier.....	53
L'usage distancié.....	53
La dépendance et l'intoxication chronique.....	54
Limites à la consommation de substances illicites : le corps et la perte de contrôle.....	57
Usages prescrits.....	59
Usages licites, illicites, Deux types de consommateurs et de rapport aux psychotropes.....	60
Le rôle du médecin généraliste.....	62
Diagnostiquer.....	62
Des choix thérapeutiques.....	64
L'influence des laboratoires pharmaceutiques.....	65
Sur le pouvoir des médecins.....	67
La relation thérapeutique.....	68
Le médecin propose.....	69
L'usage est négocié, le patient responsabilisé.....	70
Le médecin est instrumentalisé.....	71
USAGES, VIE AFFECTIVE ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE.....	73
Vie affective.....	73
« La famille, le boulot et à la limite l'amour... ».....	74
« Noyer son chagrin dans l'oubli ».....	75
La libération sexuelle.....	75
Les drogues dans le couple.....	76
Articulation entre l'usage de psychotropes et la vie professionnelle.....	77
Ambivalence du rapport au travail : contraintes et valeurs positives.....	78
L'usage thérapeutique du travail. Drogue et travail, deux outils pour mieux vivre ?.....	81
Surinvestissement dans le travail.....	81
Le travail sous influence.....	83
Habitudes de consommation sur le lieu de travail.....	83
« Siffler en travaillant ».....	85
Confidentialité de l'usage et relation professionnelle.....	89
Produits rencontrés dans le contexte professionnel.....	90
Les fumeurs de cannabis.....	90
Cocaïne, la légende de la performance.....	92
Les usagers d'héroïne.....	93
L'alcool dans l'entreprise.....	94
LA DIMENSION SOCIALE DE LA CONSOMMATION.....	99
Cultiver sa vie professionnelle pour s'éloigner de l'identité du « drogué », se droguer pour s'éloigner de la norme.....	99
Image sociale, image de soi et regard de l'autre.....	101
Les effets des produits socialement acceptés.....	102
Facteurs culturels influents sur la consommation.....	103
Différentes façons de vivre la dualité.....	106
Refuser l'identité du « junky », aménager sa vie professionnelle en fonction de sa consommation.....	108
« Better life through chemistry », les drogues comme conditions de l'intégration.....	109
La dimension symbolique du secret, « jouer sur tous les tableaux ».....	111

« Garder sa place »	114
Pour tenir le coup.....	114
Le masque social.....	116
Lignes de fuite	123
SYNTHESE.....	125
CONCLUSION.....	135
PRESENTATION DES ENTRETIENS.....	139
ANNEXES.....	143
Profils des personnes rencontrées en 2002	144
Types de professions rencontrées.....	145
Hommes / Femmes sur 63 personnes rencontrées	146
Fréquences de consommation.....	147
Fiches des entretiens réalisés en 2002	149
BIBLIOGRAPHIE	157

Nous remercions tout particulièrement les personnes qui ont accepté de participer à cette étude, qui nous ont fait part de leur expérience et ont bien voulu nous accorder leur temps et leur confiance.

Nous remercions aussi les docteurs Christian Sueur et Eric Broneer pour leurs relectures.

Cette recherche a été soutenue et financée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

« Pour situer les conditions qui ont précédé et déterminé l'invention de la toxicomanie il faut aborder les effets de la science et de la pharmacologie dans la première moitié du XIX^e siècle. L'apparition de la seringue et le progrès de la chimie dans l'extraction d'alcaloïdes de la coca et du pavot ont donné lieu à une prolifération de produits de plus en plus puissants comme la cocaïne, la morphine, etc. Des produits dont les effets « miraculeux » et la capacité de manipulation des états de conscience seront largement célébrés par des personnages tels que Baudelaire, Poe, De Quincey, Moreau de Tours, Freud et d'autres. Pour sa part, la médecine commence à s'intéresser aux nouveaux syndromes produits par l'intoxication et établit minutieusement les tableaux cliniques de l'alcoolisme, du morphinisme, du cocaïnisme, etc. C'est la période de la découverte et de l'étude des effets de l'intoxication sur le corps.

Progressivement, ces nouveaux produits originaires du monde médical s'introduisent dans la vie sociale. Tout d'abord, ils sont consommés par les médecins et par les malades « accrochés » à leur traitement, puis par les femmes, à qui l'alcool est interdit, puis par les militaires et finalement, à grande échelle, par les classes populaires déshéritées par l'industrialisation. Mais c'est sans doute la reprise du discours de la science par le capital et l'organisation débutante du marché des stupéfiants qui ont le plus contribué à l'expansion de la consommation des drogues. L'introduction en Europe des excédents du commerce anglais de l'opium ou les efforts des grandes industries pharmaceutiques comme Bayer, par exemple, pour commercialiser l'héroïne, soeur de l'aspirine, peuvent illustrer cette affirmation.

À la fin du XIX^e siècle la prise de stupéfiants est considérée ouvertement comme un fléau par une partie de la population. Elle devient alors une nouvelle maladie de la civilisation comme le choléra ou la syphilis, qui se propagent principalement dans la misère. Le *pharmakon* des grecs, médicament et poison à la fois, se montre maintenant sous son aspect mortifère. Dans le langage médical le morphinisme devient morphinomanie, puis le cocaïnisme, cocaïnomanie et ainsi de suite. À la notion d'intoxication s'ajoute maintenant celle de la manie, de la folie et de la passion morbide. Le consommateur de drogues est imaginé socialement comme un être dégénéré et livré à ses appétits. La mise en évidence de ce qui est supposé être la jouissance procurée par la drogue, devient maintenant menaçante pour l'ordre social¹. »

¹ RUBIO (G.), *Le toxicomane : un homme de parole*, Versions du symptôme, Champs lacanien, Journée du 11 juillet 1999.

Introduction, contexte et présentation de la recherche

« En fait, le type qui s'est mis dans une position d'intégration sociale au niveau économique, de son travail etc., ce type là c'est que déjà quelque part il veut pas être décalé, il veut pas être en marge. Et pourquoi ? parce qu'il a peur du lendemain, parce qu'il veut se protéger, de toute façon la marginalité ne l'intéresse pas, donc forcément il va gérer sa consommation de drogues de façon à ce qu'elle ne mette pas son statut, son intégration en danger. Et donc ce qui est très dangereux sur une politique répressive efficace, si ça se mettait en place en France, ce que je ne crois pas, mais si ça se mettait en place en France ça serait très dangereux, parce que tout d'un coup on pourrait imaginer que tous ces gens pourraient être finalement, d'un coup tomber et se retrouver alors là totalement... »

Stigmatisés ?

Oui, et alors là ça pourrait avoir des conséquences absolument terribles. » (Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, entretien 57)

Les usagers engagés dans des processus identitaires ou de précarisation ont constitué jusqu'il y a peu l'essentiel des études portant sur la consommation de psychotropes illicites, parce qu'ils sont, du fait de l'illégalité de leur pratique et de son éventuel rattachement à des modes de vie « à risques », associés à des problèmes de santé publique ou de troubles de l'ordre public. Ces populations sont donc pour la plupart rendues visibles par le comportement « a-normal », « déviant² », qu'elles adoptent, ainsi que par la répression dont elles sont l'objet ou les soins dont elles bénéficient.

Reconnaître qu'il existe des usagers exerçant, parfois depuis de nombreuses années, une activité professionnelle, rappelle que l'usage problématique de substances psychotropes, sur lequel l'attention est toujours portée, n'est certes pas le seul usage possible. La consommation et la fréquentation du milieu dans lequel elle se déroule ne sont pas forcément des éléments centraux dans la vie de la personne. Et lorsqu'ils le sont (ou le deviennent par moments), l'usager parvient à « gérer » cette consommation de telle sorte que son statut social ne soit pas mis en péril et qu'il ne se trouve pas confronté aux institutions répressives ou sanitaires. Ces usagers restent donc « cachés » des statistiques institutionnelles existantes sur la consommation de psychotropes illicites. De plus, par le maintien de leur insertion professionnelle, ils témoignent d'une adhésion à un certain nombre de valeurs et de normes largement partagées.

Les usagers qui travaillent ne se définissent pas et ne se revendiquent pas en tant que « milieu » ou « sous-culture ». Rien, *a priori*, ne les regroupe, ni en terme d'âge, ni de type d'activité exercée, ni de loisirs pratiqués. Dès lors, on peut considérer que cette catégorie est définie avant tout par les chercheurs, dans le but de la distinguer des catégories plus « marginales » que représentent les usagers de substances illicites décrits jusqu'ici par les sciences humaines.

² « Déviance. Dérivé de dévier, emprunté au latin *deviare* « s'écarter du droit chemin ». Non-respect des modèles idéologiques et comportementaux institutionnellement agréés. Sachant que toute collectivité sociale est associée à un répertoire de représentations et de comportements explicitement ou implicitement prescrits, recommandés, désapprouvés ou prohibés, donc à des normes plus ou moins contraignantes, plus ou moins nouées de sanctions positives (approbation tacite, éloge, récompense...) ou négatives (signes de réprobation, raillerie, demande d'excuse ou de réparation, châtement corporel...), la *déviance* peut se définir – par opposition à la *conformité* – comme transgression des normes, violation des interdits, manquement aux obligations ou du moins adoption de postures contrevenant aux usages, esquivant ou défiant les injonctions des foyers d'autorité, déjouant les attentes de l'entourage... La déviance se distingue donc du champ juridique de la délinquance et de la criminalité parce qu'elle peut accueillir des manifestations déliées de toute codification formelle et de toute sanction pénale (certaines formes d'excentricité vestimentaire par exemple) et, plus fondamentalement, parce qu'elle est comme la simple marque en creux d'une norme, cette norme fût-elle propre à un sous-groupe géographique, professionnel, culturel. », *Dictionnaire de sociologie, Le Robert*, éditions du Seuil, 1999.

À travers la thématique des usagers intégrés à un milieu professionnel se croisent différentes problématiques concernant :

- la définition de cette population jusqu'à présent à l'écart des statistiques sanitaires et pénales sur la consommation de psychotropes illicites ;
- les questions inhérentes au contexte professionnel : rentabilité, productivité et sécurité dans le cadre de l'entreprise, rôle du médecin du travail, impact des conditions de travail sur la santé des travailleurs, impact de l'usage de drogues sur l'absentéisme, les accidents du travail, la productivité ;
- le coût social des drogues³ ;
- les questions éthiques soulevées par la pratique éventuelle des tests de dépistage des drogues dans le contexte professionnel, les atteintes aux libertés individuelles et la stigmatisation d'une population jusqu'ici préservée, la fiabilité discutée des méthodes de dépistage ;
- l'enjeu commercial que représente la diffusion des tests de dépistage proposés par l'industrie pharmaceutique ;
- l'évolution de la consommation de psychotropes en France, tant licites qu'illicites ; la banalisation des prescriptions de médicaments psychotropes pour des troubles mineurs.

Du fait de la complexité de ce thème particulier, nous avons préféré présenter ces différents éléments avant d'exposer les résultats de cette étude.

LA MEDECINE DU TRAVAIL

La santé dans le monde du travail est régie dans sa grande majorité par des services inter-entreprises de médecine du travail⁴, payés par l'employeur. Certains corps de métier (fonctionnaires, agriculteurs, métiers de la mer, etc.) possèdent leur propre système de santé et enfin, les entreprises de grande taille peuvent être dotées d'un « service médical autonome », recruté et rémunéré directement par l'employeur. Le médecin du travail a notamment un rôle de conseil auprès de l'employeur, visant l'amélioration des conditions de travail et la prévention de pathologies professionnelles ou d'accidents du travail.

Plusieurs études témoignent d'un durcissement des conditions de travail entraînant un accroissement du stress lié à l'activité professionnelle. Cette souffrance mentale reste difficile à identifier et à prendre en compte du fait de la subjectivité de son évaluation.

Une récente enquête de l'Insee fait le point sur l'évolution des conditions de travail et sur la « charge mentale » liée à l'activité professionnelle :

« Les nouvelles formes d'organisation des entreprises renforcent l'autonomie des salariés. Les entreprises font plus que par le passé appel à l'initiative de leurs salariés pour mieux répondre à la demande des clients et pour améliorer leur productivité. La contrepartie de cette plus grande responsabilisation et de cette plus forte implication dans l'entreprise est un accroissement relatif de la charge mentale au travail. Cette charge apparaît comme le coût d'un certain enrichissement du travail et elle n'est pas nécessairement le signe d'une dégradation des conditions de travail. Cependant, les dernières enquêtes sur les conditions de travail font état, entre 1991 et 1998, d'une augmentation générale des facteurs de pénibilité mentale et psychologique, alors même que les pénibilités physiques n'ont pas régressé. L'intensification des rythmes de travail en est le principal facteur. Tous les salariés sont de plus en plus contraints dans l'exercice de leur activité par les délais à respecter, ou des normes de production, ou par rapport à la clientèle. Les nouvelles marges d'initiative laissées aux salariés n'ont pas non plus diminué le contrôle hiérarchique. Or la progression de la pénibilité mentale au travail naît principalement du

³ KOPP (P.) et FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, OFDT, 2000.

⁴ Associations loi 1901 rassemblant plusieurs médecins, chacun étant affecté à plusieurs entreprises.

cumul de ces contraintes. L'intensification des rythmes de travail pourrait alors contrarier les effets bénéfiques d'une plus grande autonomie des salariés. Toutefois, à la croisée des facteurs individuels et des nouvelles contraintes d'organisation des entreprises, le lien entre charge mentale et santé reste ambivalent⁵. »

Le témoignage d'une sociologue mandatée par les CHSCT⁶ met également en avant la souffrance mentale parfois fortement éprouvée dans le contexte professionnel.

A. Z., sociologue mandatée par les CHSCT, CF entretien 12

« Les gens sont en souffrance mentale. J'ai pu constater ça oui, que dans certains services il y a plus d'absentéisme que dans d'autres. Tu vois vraiment des services avec un taux d'absentéisme hallucinant avec 3 personnes dans l'année parties pour dépression, alors que dans d'autres pas du tout. Ce sont des services où la pression est énorme, tu le vois, la pression temporelle, les objectifs de productivité à atteindre, des systèmes de prime... Par exemple sur les plateaux téléphoniques c'est barjot. T'as un objectif de réponse aux appels, un nombre d'appels à répondre dans la journée mais il faut quand même que la qualité de l'appel soit bonne parce qu'il y a des enquêteurs qui t'appellent pour savoir si tu fais bien ton taf, pour contrôler. Tu as le casque toute la journée sur les oreilles, le coach qui te dit « allez ! allez ! on y va... »

Un entretien réalisé avec un médecin du travail exerçant depuis près de 30 ans dans un service interentreprises de la vallée du Rhône permet d'appréhender les différentes attitudes adoptées par les employeurs à l'égard de la santé de leur personnel.

Entretien avec un médecin du travail, AF entretien 30

On ne peut pas dire que la médecine du travail soit très bien perçue, c'est plutôt perçu comme une charge

Une contrainte ?

Une contrainte... pas toujours très efficace

Ce qui est vrai ?

Ce qui est vrai en partie... C'est vrai qu'il faut déjà arriver à s'introduire dans les entreprises, à se valoriser et à montrer qu'on peut avoir un rôle actif et utile... parce que bien sûr, il y a le fait de gérer la santé des employés mais l'employeur, lui, il raisonne surtout aussi en question d'argent, de bilan, de rendement etc. Donc il faut parfois arriver à lui prouver qu'en ayant des meilleures conditions de travail, il aura lui aussi forcément une meilleure rentabilité... Alors certains sont très ouverts à ce genre de choses, d'autres sont assez réticents, même très réticents, ou ils ne comprennent pas ou que ça n'intéresse pas, qui ne veulent pas comprendre

Ça leur est égal ?

Pour certains oui

C'est aussi une question d'individualités en fait ?

C'est surtout une question d'individualité. J'ai des exemples où c'est le jour et la nuit ! Un patron qui est absolument ouvert à la sécurité dans son entreprise, tu le vois tout de suite parce que quand tu arrives il vient vers toi, il t'accueille, il te présente l'entreprise, il te dit « vous n'êtes pas là que pour ne faire que des visites, on attend autre chose de vous ». Donc là tu vois tout de suite

qu'il y a une volonté d'évoluer et surtout de faire évoluer les conditions de travail, de faire qu'il y ait le moins d'accidents possible, qu'il y ait les meilleures conditions de travail possible, parce qu'ils ont quand même compris qu'au bout du compte ils vont être bénéficiaires aussi...

Et t'en as d'autres qui...

Pour d'autres c'est travail-travail, dans la mesure où tu vas mettre en jeu des choses pour la sécurité, ça peut être une contrainte, « ça ne sert à rien etc., on ne peut plus travailler etc. », on a parfois ce genre de discours oui...

(...)

Donc il y a la sécurité physique des employés, les produits chimiques, les façons de se tenir etc. mais y'a aussi le confort psychologique ou au niveau de l'ambiance relationnelle ou des stress psychologiques que peuvent subir les personnes au sein de l'entreprise...

Disons que c'est un côté très important parce que dans la mesure où tu as une ambiance détendue, les gens sont détendus et travaillent mieux et sont beaucoup moins malades et beaucoup moins absents n'importe comment. Donc là aussi tout le monde s'en ressent, malheureusement ça c'est aussi quelque chose que certains ont beaucoup de mal à comprendre. Maintenant il est certain que depuis quelques années il y a une augmentation du stress dans les entreprises, ça c'est évident

Depuis quelques années ? Tu le situerais où et comment ?

Je le situerais au moins à 5-6 ans...

⁵ HAMON-CHOLET (S.), ROUGERIE (C.), La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés, Economie et statistique n°s 339-340, INSEE 2000 – 9/10, p. 243-255.

⁶ Comités Hygiène, sécurité et conditions de travail.

Et qui serait due à quoi ?

Qui serait due à quoi, je ne sais pas, au problème de marché... à un durcissement de l'économie générale avec des prix qu'il faut tirer au maximum donc un rendement qu'il faut augmenter donc une pression qui augmente dans les entreprises et qui s'en ressent sur les gens, ça c'est évident. On demande le même travail en beaucoup moins de temps donc il y a une pression beaucoup plus importante

Et t'as pu constater des conséquences de ce fait par rapport à la santé des gens ?

Des conséquences sur un plan psychologique c'est certain oui, des gens qui s'arrêtent plus souvent, des dépressions, des fatigues anormales. Et qui se ressentent évidemment quand en plus... quand les gens ont un milieu familial équilibré ils arrivent à gérer leur stress au travail, si le milieu familial est déséquilibré c'est la catastrophe totale et les gens ne tiennent pas le choc. »

UN CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE

La consommation de psychotropes en population générale

L'usage de psychotropes illicites par des personnes intégrées à un milieu professionnel constitue un champ de recherche très récent en France. La définition la plus large donnée de cette population est la suivante : « *Usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale ou non repérés par le dispositif d'application de la loi*⁷. » Elle n'inclut donc pas la notion de travail et insiste sur le fait que ces usagers ne sont pas recensés, n'ont pas d'existence « officielle ».

Les données statistiques disponibles concernent essentiellement la consommation de drogues illicites en population générale et ne traitent pas des liens entre ces usages et l'activité professionnelle :

« En 1999, la drogue illicite la plus souvent expérimentée en France est de loin le cannabis : entre 15 et 75 ans, plus d'un Français sur cinq en a déjà pris au moins une fois au cours de sa vie. Cette prévalence s'avère très supérieure aux expérimentations mesurées pour les autres drogues illicites : moins de 3 % pour les produits à inhaler (colles, solvants, etc.), entre 1 et 2 % pour le LSD, les amphétamines et la cocaïne, moins de 1 % pour les autres produits (dont l'ecstasy et l'héroïne). »

« Toujours plus élevés pour les hommes que pour les femmes, ces taux d'expérimentation dépendent étroitement de l'âge des répondants : entre 15 et 34 ans, 4 personnes sur 10 ont déjà pris du cannabis au cours de leur vie, contre 1 sur 10 entre 35 et 75 ans. »

« En raison de la rareté de l'expérimentateur de drogues illicites à partir de 45 ans, seuls les expérimentateurs de 15 à 44 ans peuvent être étudiés en détail. [...] Entre 26 et 44 ans, on observe une surreprésentation des hommes et des habitants des grandes unités urbaines parmi les expérimentateurs de drogues illicites. Dans cette tranche d'âge, ces expérimentateurs sont plus jeunes que la moyenne et vivent plus souvent seuls. Il leur arrive aussi plus fréquemment d'être au chômage ou de vivre avec des ressources matérielles faibles, à l'exception notable des expérimentateurs de cannabis qui semblent mieux intégrés socialement. Comme entre 15 et 25 ans, les 26-44 ans qui ont déjà pris une drogue illicite se distinguent par un usage élevé de tabac et d'alcool. »

« Quel que soit l'âge, la proportion d'expérimentateurs de cannabis est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Pour toutes les drogues illicites, à l'exception des amphétamines pour lesquelles la différence selon le sexe n'est pas significative, les hommes sont, proportionnellement, 2 à 3 fois plus nombreux que les femmes à en avoir consommé au cours de leur vie⁸. »

On connaît aussi les usagers de drogues à travers les recensements effectués au sein des institutions sanitaires et répressives. Les statistiques concernant les décès liés à la consommation de psychotropes sont difficiles à interpréter du fait des biais inhérents au recueil des données. On peut tout de même souligner l'écart important entre les décès imputés à l'alcool (environ 20 000) et au tabac (environ 60 000) et ceux imputés aux autres substances illicites (une ou plusieurs centaines).

⁷ Rapport TREND, OFDT, mars 2000.

⁸ BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Drogues illicites : pratiques et attitudes*, in *Baromètres Santé 2000*, vol. 2, Résultats, éd. CFES, sous la direction de P. GUILBERT, F. BAUDIER, A. GAUTIER, 4^e trimestre 2001, p. 237-274.

« Le nombre de décès par surdose des usagers de drogues recensés par les services de police et de gendarmerie a fortement diminué depuis 1994, passant de 564 à 143. La part des surdoses mortelles à l'héroïne est en diminution, celle des surdoses aux médicaments est en augmentation. Ces décès ne sont recensés que dans les cas où les services de police interviennent et le nombre de décès liés à l'usage de drogues illicites est vraisemblablement sous estimé. (...) »

On estime à plus de 23 000 les décès liés à l'imprégnation éthylique chronique. Par ailleurs, la présence d'une alcoolémie illégale était décelée dans un tiers des accidents mortels de la route en 1995. Les autres causes de décès mentionnées dans le cas des drogues illicites (décès provoqués par des accidents domestiques, du travail, homicides) ne sont pas non plus mesurées de façon précise pour l'alcool. À la fin des années 90, la consommation de tabac est considérée comme responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf⁹. »

D'après le Baromètre Santé 2000 (CFES-OFDT), il y aurait 9,5 millions d'expérimentateurs de cannabis (personnes qui l'auraient expérimenté une fois dans leur vie), 3,3 millions d'usagers occasionnels (qui en consomment au moins une fois dans l'année), 1,7 millions de personnes qui en ont un usage répété (plusieurs fois dans l'année) et 280 000 personnes qui en consomment quotidiennement.

Il y aurait également 8,4 millions d'usagers occasionnels de médicaments (qui en consomment au moins une fois dans l'année), 3,8 millions de personnes qui en ont un usage répété (plusieurs fois dans l'année), 2,4 millions de personnes qui en consomment quotidiennement.

D'après les chiffres rapportés par Patrick Lemoine¹⁰, chaque année les Français consomment 80 millions de boîtes de tranquillisants, ce qui représente un milliard de francs, et 67 millions de boîtes de somnifères, ce qui représente 721 millions de francs.

Au bout de 7 mois, 45 % des sujets continuent à consommer des anxiolytiques et 25 à 30 % des consommateurs actuels de benzodiazépines le sont depuis au minimum un an.

En 1997, les anxiolytiques restent les plus vendus (68,9 millions d'unités) devant les hypnotiques (63,5 millions), les antidépresseurs (47,6 millions) et les neuroleptiques (20,9 millions). Entre 1991 et 1997, les antidépresseurs ont progressé de 42,5 %.

Les prescriptions de benzodiazépines émanent dans 80 % des cas de médecins généralistes.

Les enjeux liés à la population étudiée : la question du dépistage en entreprise

Les résultats de différentes enquêtes menées en entreprise (dépistage anonyme) confirment le fait que si la consommation de substances illicites existe bien dans la population active, elle reste tout de même un phénomène minoritaire.

La prise en charge de la consommation d'alcool et de produits psychotropes en entreprise pose toujours la question de l'atteinte potentielle à la liberté individuelle, de la stigmatisation d'une population jusqu'ici préservée et du manque de fiabilité des tests proposés par l'industrie pharmaceutique. Par ailleurs, les professions à risques sont déjà encadrées localement et bien souvent des tests sont pratiqués pour ce type de postes dans certaines entreprises telles que Air France, la SNCF, la RATP, etc.

⁹ Extrait du site internet de l'OFDT (www.ofdt.fr).

¹⁰ Revue *Toxibase* n° 1, mars 2001. Il se réfère en partie aux chiffres rapportés par Edouard Zarifian en 1996 dans *Le prix du bien-être*, éd. Odile Jacob.

Les préoccupations d'une entreprise confrontée à la consommation de psychotropes touchent avant tout la sécurité, la rentabilité et la productivité. La question de l'usage de substances psychotropes pose essentiellement question à propos :

- des postes à risques ;
- des accidents du travail ;
- des arrêts maladies et de l'absentéisme. On remarque que paradoxalement, l'absentéisme semble moins concerner les usagers d'alcool qui se montrent souvent très investis dans leur travail, mais est souvent la conséquence des souffrances mentales éprouvées dans le cadre professionnel.

En 2002, la médecine maritime a consacré un colloque aux conduites addictives dans ce corps de métiers particulièrement concerné par l'occupation de postes à risques. Certaines interventions décrivent le cadre éthique dans lequel se déroulent les tests de dépistage :

« Des tests rapides pour le dépistage des substances psychoactives dans les urines existent actuellement. Ce dépistage apparaît essentiel dès lors qu'un salarié doit occuper un poste ou occupe un poste à risque, c'est-à-dire : « Toute activité, exercée par une ou plusieurs personnes, susceptible d'entraîner ou de créer des risques pour eux-mêmes ou pour les autres personnes, qu'elles soient extérieures ou intérieures à l'entreprise. » C'est au médecin du travail qu'il incombe, dans le cadre de la détermination de l'aptitude, de mettre en place un dépistage en dehors de toute pression de l'employeur. Tenu au secret médical il n'a, en aucun cas, à justifier auprès de ce dernier les raisons médicales qui ont motivé sa décision d'aptitude ou d'inaptitude. S'il est libre « d'évaluer l'opportunité de pratiquer ou non un test de dépistage, il en demeure seul détenteur et interprète du résultat », il ne peut entreprendre d'investigations à l'insu du salarié et doit respecter le secret professionnel qui s'impose à tout médecin. Le test ne peut avoir pour effet que de faire cesser une situation dangereuse et non de faire le constat d'une faute¹¹. »

« Alcootest et alcoomètre : ils peuvent être utilisés par du personnel non médical uniquement pour faire cesser une situation potentiellement dangereuse. »

Tests urinaires de prise de drogue : de pratique courante parmi les équipages des navires pétroliers, chimiquiers et gaziers, ils nécessitent d'être réalisés avec un protocole particulièrement rigoureux. En effet, la prise de certains médicaments peut induire de fausses réactions positives. Un dépistage positif doit entraîner une deuxième recherche de confirmation afin d'éliminer ces faux positifs. Les résultats doivent être systématiquement interprétés par un médecin et non par l'armement de la compagnie. Ce médecin devrait répondre à l'armement en signalant que tel marin a passé ces tests et que les résultats ne remettent pas en cause son aptitude à assumer ses fonctions à bord.

Par ailleurs, l'attention des compagnies doit être attirée sur les limites de ces tests quant à la détection des marins potentiellement usagers de drogues. L'usage détourné de certains médicaments comme les benzodiazépines (Rohypnol® par exemple) ou les traitements de substitution ne pourront être mis en évidence. Certains moyens permettent par ailleurs de fausser ces réactions¹². »

Enfin, les initiatives des laboratoires pharmaceutiques pour introduire sur le marché français les tests de dépistage remontent à déjà plusieurs années, comme en témoigne ce rapport du Comité Consultatif National d'Éthique sur les sciences de la vie et de la santé ; il est probable qu'à l'heure actuelle ils redoublent d'efforts pour diffuser des tests de moins en moins coûteux. Compte tenu du fait que les corps de métier comportant des activités à risques prennent déjà l'initiative d'effectuer des tests de dépistage des drogues, on peut supposer que l'éventuelle mise en place d'une extension de cette pratique, sur le mode américain, est en partie motivée par des intérêts économiques.

¹¹ Dr DUCLOUX (M.), « Conduites addictives et aptitudes médico-professionnelles », in Actes du colloque 8^e journée de la médecine des gens de mer. Les conduites addictives et les métiers de la mer, décembre 2002, ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer.

¹² Dr SAUVAGE (T.), « Le milieu maritime face aux conduites addictives », in Actes du colloque 8^e journée de la médecine des gens de mer. Actes du colloque Les conduites addictives et les métiers de la mer, décembre 2002, ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer.

Avis sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise. Rapport n° 15 - 16 octobre 1989, (c) 1997, Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé

Madame Catherine Trautman, Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies, sollicite l'avis du Comité consultatif national d'éthique sur ce projet qui lui a été soumis par le laboratoire Syva-bioMérieux. Il concerne un moyen de dépistage urinaire des toxicomanes, proposé, je cite, « aux entreprises soucieuses de se préserver des risques générés par l'usage des drogues (substances illicites) ». La charte a été élaborée à la demande de Syva-bioMérieux par un groupe d'experts lyonnais dans le but de garantir le bon usage de ce test au sein de chaque entreprise. (...)

Cependant, un certain nombre de points concernant l'initiative de ce laboratoire et le texte de la charte doivent être soulignés et notamment :

- la forte probabilité d'un enjeu commercial de grande envergure à l'origine de cette démarche ;
- l'absence de précisions sur la composition du groupe d'experts responsable de la formulation de cette charte ;
- l'absence totale de données scientifiques sur le test de dépistage ;
- le caractère très flou de désignation des entreprises et des sujets à risques ;
- la gravité de ce problème dans le contexte de la liberté du travail, et le danger de l'extension possible de telles mesures de dépistage (et donc de discrimination et d'exclusion) à d'autres groupes que celui des toxicomanes. (...)

Il existe bien un enjeu commercial considérable dans cette proposition de dépistage. À titre d'exemple, aux USA où ce test est appliqué dans de nombreuses entreprises (60 à 70 %), chez les fonctionnaires, dans l'armée, etc., le marché total est de 100 millions de dollars dont 60 pour Syva-bioMérieux. En France, l'estimation du marché serait de 0,5 million de dollars, soit plus de 3 millions de francs en première estimation. Chaque test rapporte 40 F au laboratoire et est facturé 170 F à Fernand-Widal. De plus, et selon le Pr. Bourdon, d'autres laboratoires et, en particulier, Abbott et Dupont de Nemours souhaitent également investir dans ce marché potentiel en France. Enfin, il faut savoir que, dans la CEE, des pays tels que la RFA, l'Espagne ou l'Italie ont adopté la même politique de dépistage systématique dans les entreprises que ne l'ont fait les USA. (...)

Actuellement, ce test est utilisé en toxicologie d'urgence pour identifier le type d'intoxication ; dans les centres de cure de désintoxication pour s'assurer du sevrage ; et enfin dans quelques entreprises. Air France est la première qui ait employé ce test à titre systématique, aussi bien pour le personnel volant que pour le personnel au sol, et ceci depuis trois ans et demi. À l'embauche, on a dénombré dix cas positifs par an. En juin 1986, un examen par surprise du personnel au sol a décelé une positivité dans 18 % des cas, et aussi chez un pilote. D'autres entreprises, et notamment la SNCF, la RATP, EDF-GDF, ont également le désir d'instaurer ou ont déjà entrepris l'utilisation de ce test de dépistage. Béatrice Descamps-Latscha (...)

Rapport éthique

Sur le plan éthique et juridique, deux questions se posent :

- en premier lieu, peut-on admettre que tout candidat à un emploi quelconque dans une entreprise puisse être systématiquement soumis à un test de recherche de toxicomanie ?
- en second lieu, y a-t-il des emplois pour lesquels l'usage de drogue présente un risque particulier justifiant la mise en œuvre de tests de dépistage ?

1. La réponse à la première question, qui préoccupe tout particulièrement les services compétents du Ministère du Travail, est commandée par des considérations voisines de celles qui ont amené le Comité d'éthique à se prononcer à propos de la séropositivité au VIH. À l'égard de cette séropositivité, il a été affirmé qu'aucune discrimination n'était admissible à l'encontre des personnes séropositives lors de leur embauche. De là, l'interdiction d'un examen systématique à l'embauchage de tous les salariés, quel que soit l'emploi auquel ceux-ci seraient appelés. Pierre Laroque

Les travaux de Renaud Crespin¹³ sur le processus d'intégration et de régulation publique des tests de dépistage des drogues en entreprise aux États-Unis sont de ce point de vue très instructifs. Près de la moitié des salariés des états fédéraux¹⁴ américains est aujourd'hui contrôlée à l'embauche et durant l'année. Cette pratique concerne aussi les entreprises de moins de 50 personnes. Elle a dans un premier temps été appliquée dans l'armée, puis chez les fonctionnaires, puis dans les transports. L'auteur met également en exergue la mobilisation de l'expertise scientifique à des fins de

¹³ Communication orale au séminaire du CESAMES, 28 avril 2003, CRESPIN R., *Entre prévention et répression : création et diffusion des tests de dépistage des drogues aux États-Unis*.

¹⁴ Équivalent de nos fonctionnaires.

légitimation d'une action publique, en l'occurrence le dépistage des drogues, et la partialité des études visant à démontrer un lien entre l'usage de drogues et l'absentéisme ou les accidents du travail. Ces argumentaires politiques ont débouché non pas sur une législation claire obligeant les entreprises à dépister leurs employés mais sur des stratégies d'incitation liant l'obtention de contrats et les attestations de dépistage.

PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Cette étude, qui ne donne pas lieu à une ethnographie au sens strict, se situe à la croisée de l'anthropologie, de la sociologie et de la psychologie. Une place prioritaire a été donnée aux *savoirs des usagers*. Ces savoirs, qu'ils concernent les représentations sociales, la connaissance des produits, les stratégies de gestion individuelles et collectives ou le sens donné à l'usage de drogue, sont essentiels pour qui cherche à comprendre ces pratiques.

Choix du sujet

L'expression « usagers intégrés à un milieu professionnel¹⁵ » sous-entend que ces personnes parviennent à gérer l'usage de substances illicites tout en préservant leur statut et leur image sociale, qui plus est sans avoir recours à des structures ou à des institutions spécialisées dans le domaine de la consommation de psychotropes et sans s'exposer aux sanctions judiciaires que peut engendrer leur pratique.

Comment gérer le fait d'être considéré à la fois comme quelqu'un qui travaille et assume éventuellement de lourdes responsabilités, et comme un élément potentiellement déviant de la société ? Quelles sont les contreparties et les conséquences potentielles de cette situation particulière ?

Quelques études ont été réalisées à l'étranger, les pays anglo-saxons ainsi que la Suisse et les Pays-Bas explorent depuis peu cette thématique¹⁶. Les principaux travaux liés à l'usage de psychotropes illicites dans la population active traitent essentiellement des difficultés méthodologiques liées à l'accessibilité à ces populations dites « cachées », à la construction des échantillons et à leur représentativité.

Parmi les études anglo-saxonnes (américaines¹⁷ notamment), on distingue deux principaux types d'approches concernant cette population :

- une approche économique, qui se place du point de vue de l'employeur et vise à évaluer l'impact de l'usage de substances psychoactives en terme de rentabilité, d'efficacité des employés au travail et de coût financier (coût social et/ou coût pour l'entreprise, en lien avec les accidents du travail, l'absentéisme, etc.),
- une approche épistémologique, qui porte sur la définition du terme « populations cachées », le positionnement du chercheur, les dérives possibles concernant l'interprétation et/ou l'utilisation des données collectées sur ces populations.

¹⁵ Expression qui nous a semblé la plus représentative de la situation des personnes que nous avons rencontrées, même si cette définition demande à être discutée et réfléchie.

¹⁶ Se référer à la bibliographie p. 161.

¹⁷ Rappelons qu'aux États-Unis les tests d'urine à l'embauche visant à détecter la présence de psychotropes illicites sont déjà pratiqués depuis quelques années.

Les études suisses et hollandaises envisagent l'usage de psychotropes illicites par des personnes insérées sous deux angles principaux :

- une approche sociosanitaire, épidémiologique, en vue d'une estimation de la demande de soins par ce type d'usagers et d'une éventuelle adaptation des structures de soins existantes,
- une approche ethnographique, qui cherche à décrire et à comprendre les problématiques propres à la situation de ces usagers.

Une enquête nationale sur l'usage de drogues chez les médecins, les pharmaciens et les avocats canadiens a été réalisée en 1994, portant sur 1 500 personnes. Elle montre que les célibataires, séparés ou divorcés ont tendance à consommer plus de psychotropes que les personnes vivant en couple. Aucune relation étroite n'a été observée entre le stress au travail, la satisfaction à l'égard de la profession et l'usage de drogues parmi les membres de ces trois professions. Les auteurs concluent que « de toutes les drogues considérées, c'est l'alcool qui était à l'origine du plus grand nombre de conséquences sur les plans social et professionnel, suivi du tabac, de la caféine et des benzodiazépines. Les opiacés et les drogues illicites n'ont pas fréquemment été associés à des conséquences professionnelles¹⁸. »

Enfin, une enquête¹⁹ basée sur des tests de dépistage réalisés anonymement a été conduite dans le Nord-Pas-de-Calais :

« Une étude portant sur les urines anonymisées de 1976 salariés du Nord-Pas-de-Calais quasi représentatifs de la population salariée régionale, a été réalisée en 1995 en vue d'appréhender par recherche immunoenzymatique de la consommation de cannabis, opiacés, amphétamines, cocaïne, propoxyphène, alcool, benzodiazépines et barbituriques. Les médecins préleveurs n'ayant pas le résultat des urines confiées au laboratoire, l'éthique était respectée car aucune conséquence n'était à craindre sur l'aptitude des salariés enquêtés à leur insu : le conseil de l'ordre des médecins avait d'ailleurs donné son accord préalable.

Le pourcentage de salariés consommant au moins une substance psychoactive était de 17,6 %, mais au niveau des postes de sûreté/sécurité atteignait 40 % ! Depuis, d'autres travaux ont été réalisés en particulier dans le monde du transport routier, et dans diverses entreprises, travaux dont une synthèse sera tentée²⁰. »

Une attention particulière a été portée, dans le second volet de cette recherche, sur les usages de médicaments psychotropes, prescrits ou détournés, dont l'objectif n'est pas seulement de soigner mais aussi de s'adapter à des contraintes sociales, professionnelles. La population considérée – usagers de psychotropes intégrés à un milieu professionnel – se prêtait particulièrement à l'étude concomitante des usages de produits licites et illicites. Plusieurs facteurs ont perturbé, ces dix dernières années, la frontière entre médicament psychotrope et drogue illicite²¹.

Parmi ces facteurs on peut relever :

- l'existence de médications « de confort », prescriptions renouvelées pendant des années voir des dizaines d'années, dont la finalité thérapeutique est discutée, et les comportements dépendants associés à ces médications ;
- le développement de l'automédication, favorisé par l'entrée massive des médicaments psychotropes dans la pharmacie courante ;

¹⁸ BREWSTER (J.-M.), *L'usage de drogues chez les professionnels canadiens*, Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Ontario, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

¹⁹ Nous ne présentons pas une liste exhaustive des enquêtes de ce type.

²⁰ FONTAINE (B.), « Substances psychoactives et travail. Approche épidémiologique. », in *Annales de Toxicologie Analytique*, vol. XIV, n° 1, 2002, p. 10-14.

²¹ Pour une approche approfondie des enjeux soulevés par cette nouvelle configuration, se référer aux travaux d'Alain Ehrenberg.

- d'un autre côté l'observation des usages thérapeutiques de produits illicites dont le chef de file est le cannabis, sa finalité thérapeutique étant revendiquée ;
- enfin, la publication de rapports scientifiques démontrant la dangerosité des drogues licites qui remet en doute la classification juridique des psychotropes.

Ces différentes constatations ont ouvert une brèche, dans un système d'observation jusque-là figé par la réalité juridique, culturelle et sociale des psychotropes, vers un point de vue plus distancié. Notre approche des usages de médicaments est exploratoire, ce terrain était nouveau pour nous, elle a pourtant la particularité d'être appréhendée avec les mêmes clefs que celles que nous utilisons pour les consommations de drogues illicites.

Le rapport aux produits psychotropes interroge le rapport à soi et aux autres, à l'image de soi, mais aussi le rapport à la société et au pouvoir. Comment l'usager perçoit-il ses propres pratiques et comment se situe-t-il par rapport à la loi et aux pouvoirs politique, médical ? La comparaison entre usagers de produits illicites et usagers de médicaments prescrits permet de questionner les liens entre le profil psychoactif²² des personnes et leur positionnement social.

Méthode et déroulement de l'enquête

L'échantillon des personnes interrogées ne prétend pas être représentatif mais nous avons cherché à couvrir au mieux la variété des situations possibles. Les critères de sélections ont été affinés au fur et à mesure des rencontres pour approfondir les thématiques émergentes.

La recherche que nous avons menée est entièrement qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs intégralement retranscrits. Elle s'est déroulée en deux temps : de février à décembre 2001, 41 entretiens ont été réalisés dans le cadre de TREND, répondant aux critères suivants : « *Travailler depuis plus d'un an et consommer au moins 12 fois par an des substances illicites autres que le cannabis.* » 15 personnes devaient exercer une profession dans le « milieu du spectacle », 15 autres dans le « milieu de l'informatique » et 10 autres dans des domaines professionnels divers. Cette recherche exploratoire a donné lieu à la publication d'un rapport²³ qui a permis d'orienter différemment la suite de l'étude.

Dans ce domaine si peu exploré, nous avons d'abord souhaité conserver des critères d'inclusion larges sans délimiter trop précisément le champ de l'étude. Les entretiens et la première analyse menés en 2001-2002 ont permis de dégager de nombreux axes de réflexion. En 2002-2003 nous avons opté pour un approfondissement de certains champs.

Cette nouvelle étude portait sur les modes d'usage de produits psychotropes, qu'ils soient licites ou illicites, chez des personnes exerçant une activité professionnelle régulière. Elle questionnait les stratégies de gestion mises en place par des usagers soumis à des contraintes sociales conséquentes, la perception de cet usage dans les différentes sphères de l'existence (vie sociale, professionnelle, affective). L'observation de cette population, pour laquelle l'usage ne se pose pas comme un facteur déterminant d'exclusion, nous permettait d'aborder les usages de psychotropes sous un angle autre que celui de la déviance. Elle conduisait en particulier à interroger les représentations de l'intégration, le rapport à la société comme à l'interdit, les aménagements entre vie privée et image publique.

Les usages sociaux des psychotropes ont donc été particulièrement investis, usages fonctionnels et usages dits thérapeutiques qui, au-delà du champ de la maladie, recouvrent une série de pratiques de gestion quotidienne du bien-être.

Pour mieux cerner les facteurs qui influencent les consommations de psychotropes, il nous est apparu nécessaire d'avoir une approche plus globale pour ce deuxième « volet » de la recherche, en considérant ce qui appartient à la vie privée, sociale et culturelle des personnes, et non plus seulement leur vie professionnelle.

²² Type de produits consommés et plus particulièrement usage dominant de produits licites ou illicites.

²³ FONTAINE (A.), *Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire*, OFDT, juillet 2002.

Critères d'inclusion. Extrait du projet de recherche (novembre 2001)

- Il s'agit d'usagers réguliers (au minimum une douzaine d'épisodes de consommation par an) de substances psychoactives (à l'exception du cannabis, de l'alcool et du tabac comme principal produit de consommation). Une attention particulière sera portée désormais aux usages de médicaments psychotropes, licites et détournés. Nous privilégierons les usagers ne consommant pas uniquement en contexte festif.
- Les personnes interviewées devront exercer une activité professionnelle régulière depuis plus d'un an dans n'importe quel champ d'activités.

En 2002, 26 entretiens ont été réalisés répartis comme suit²⁴ :

Médicaments psychotropes	6 femmes et 1 homme
Produits illicites²⁵ et médicaments	2 femmes et 5 hommes
Produits illicites exclusivement	3 femmes et 8 hommes
Non usagers	Docteur M., médecin du travail Docteur G., médecin généraliste Docteur K, médecin généraliste A. Z., sociologue mandatée par les CHSCT ²⁶ J., 31 ans, gérant d'un bar, marié, 2 enfants

Modalités de contact pour les entretiens

Nous avons dans un premier temps envisagé d'utiliser un système d'annonces pour contacter les personnes répondant aux critères d'inclusion pour les entretiens. Plusieurs éléments nous ont conduit finalement à revoir ce procédé. D'une part l'échantillon défini pour cette étude est trop peu important (26 personnes) pour mettre en place un système d'annonces vraisemblablement lourd à gérer. Ensuite, l'objectif de cette recherche ne concernait pas directement les modalités de contact de populations dites « cachées », thème fréquemment exploré dans les recherches à l'étranger.

Enfin, et parce que nous travaillons depuis plusieurs années avec les usagers de drogues, nous n'avons pas rencontré de difficultés réelles pour trouver des personnes correspondant aux critères d'inclusion de l'enquête et appartenant à des réseaux différents. Peu de personnes ont refusé l'interview.

Les modalités de contact pour les études pilotes ou qualitatives portant sur les populations cachées se font généralement par l'intermédiaire d'interlocuteurs privilégiés, par la méthode « boule de neige » ou encore par des dispositifs plus expérimentaux tels que le recrutement par internet. Nous avons essentiellement utilisé le bouche à oreille²⁷ pour contacter les personnes correspondant à ces critères d'inclusion. Une grande majorité d'entre elles a été rencontrée dans des lieux publics ou nous a été présentée par un de leur proche, usager ou non. Les entretiens ont nécessité une ou plusieurs rencontres préalables, puis une ou plusieurs rencontres après la retranscription intégrale de l'interview.

²⁴ Voir la présentation des entretiens en annexe, p. 153.

²⁵ Usagers de produits illicites ayant connu un ou plusieurs épisodes de consommation de médicaments.

²⁶ Comités Hygiène, sécurité et conditions de travail.

²⁷ La méthode « boule de neige » peut impliquer que les personnes interviewées appartiennent à un même réseau d'usagers, ce qui n'est qu'exceptionnellement le cas dans notre échantillon.

L'entretien ethnographique doit être envisagé comme une photographie d'une situation et d'une perception à un moment donné. La subjectivité du vécu y est prépondérante, même si les questions posées par l'enquêteur permettent, dans une certaine mesure, de retracer les faits qui jalonnent les trajectoires individuelles. 63 entretiens ont été réalisés entre février 2001 et février 2003. Toutes ces personnes ont accepté de participer bénévolement et anonymement à cette recherche, après que les objectifs et la manière de procéder leur aient été exposés et nous les remercions de la confiance et du temps qu'elles nous ont accordé.

Le travail d'anonymisation et de relecture a été effectué sous la direction des interviewés quand ils le jugeaient utile ou en accord avec eux. Il nous paraît essentiel de mentionner que les temps de discussion et de questionnements que nous avons partagés avec les principaux intéressés, hors du temps d'enregistrement, ont également contribué à faire évoluer une réflexion encore naissante sur le sujet.

Les principaux objectifs de cette étude exploratoire étaient d'apporter des éléments nouveaux pouvant contribuer à une meilleure connaissance des évolutions récentes de l'usage de psychotropes dans la population active et de dégager des pistes de recherche sur ce sujet encore méconnu. L'analyse s'est construite à partir des discours recueillis, sans autre problématique préalable que l'exploration de l'articulation entre consommation de psychotropes et vie professionnelle.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte dans la façon dont nous avons construit notre échantillon :

- les critères d'inclusion précités, établis à partir des rares publications existantes sur le sujet ;
- le mode de contact avec les personnes : plusieurs enquêteurs dispersés géographiquement ont permis de rencontrer des personnes issues de réseaux tout à fait différents ;
- les besoins du commanditaire : deux catégories professionnelles ont initialement été explorées, le « milieu du spectacle » et le « milieu informatique ». Nous avons cependant jugé utile d'élargir notre échantillon à des personnes exerçant une activité dans d'autres champs professionnels. Pour une même activité, les conditions de travail varient énormément selon les structures, les entreprises. La lecture des entretiens incite plutôt à observer les similitudes en terme de gestion des consommations par rapport au rythme et aux conditions de travail plutôt que sous l'angle des catégories professionnelles.

Les usagers de médicaments

Contrairement aux usages de drogues illicites qui donnent naissance à des cultures (fondées par des rites, un langage, des connaissances partagées), les usages de médicaments ne fondent aucun savoir élaboré, aucune pratique collective. On ne peut pas les associer à un contexte, ni même à un profil, à une catégorie sociale ou démographique.

Absence de groupe social homogène, absence de terrain d'observation délimité dans l'espace, pour comprendre ce qui se joue nous avons donc essentiellement recueilli des paroles, paroles informelles dans un journal et discours formalisés dans des entretiens semi directifs. Notre angle d'approche était l'inscription de ces pratiques de consommation dans les trajectoires des personnes, les liens entre usages, vie affective et vie professionnelle. Les mêmes thématiques d'entretien ont été abordées avec les usagers de médicaments et avec les usagers de psychotropes illicites.

Cette étude a donc pris la forme d'une enquête exploratoire, les personnes rencontrées l'étant de façon aléatoire puisque notre seule contrainte était d'interroger des personnes qui travaillent régulièrement, en multipliant le plus possible les réseaux de rencontre.

Au-delà des trajectoires individuelles des personnes, de leur culture familiale, le contexte idéologique et économique joue un rôle important dans le développement des usages de psychotropes. Mais le flou qui entoure les autres acteurs en jeu (acteurs économiques, producteurs, trafiquants...),

l'illégalité des pratiques, font qu'on observe plus souvent le consommateur²⁸. Les pratiques de consommation de médicaments sont soumises à l'offre thérapeutique des médecins, elle-même conditionnée par l'industrie pharmaceutique. Rencontrer quelques médecins prescripteurs²⁹ nous a permis de rendre intelligibles les discours des usagers exclusifs de médicaments rencontrés. À travers leurs points de vue et les récits des usagers, nous avons pu questionner la relation entre consommateurs et médecins prescripteurs qui déterminent de bien des façons ces pratiques.

L'intégration, pour cette étude, de témoignages d'usagers exclusifs de médicaments (et éventuellement d'alcool et/ou de tabac) a nécessité un investissement dans de nouveaux réseaux. Le contact avec les usagers de produits illicites pose surtout une question de confiance. Pour rencontrer des usagers de médicaments prescrits, on se situe dans un cadre légal, ce qui est très différent, et la seule méfiance qui est apparue chez les personnes interrogées était celle de voir porter sur leurs pratiques un jugement moral, qui consisterait à les qualifier de dépendance.

Les personnes interrogées l'ont été le plus souvent après une ou plusieurs rencontres informelles. Toutes ont accepté facilement l'entretien enregistré. L'une d'entre elles, Julien, s'est montré particulièrement volontaire dans sa participation. Son engagement ne portait pas sur la diffusion d'une connaissance des usages de psychotropes mais sur la transmission de son vécu de la dépression et, à travers son histoire, du ressenti intérieur qui semble la caractériser, celui-ci ayant souffert, comme d'autres, de la difficulté à communiquer cette expérience à des personnes qui ne l'ont pas déjà éprouvée.

Les usagers de médicaments interrogés n'ont jamais demandé à vérifier le contenu de leur entretien retranscrit mais souvent à lire le rapport après sa publication.

L'entretien

L'entretien est un moment particulier, dont se servent aussi les personnes qui l'acceptent. La plupart ont d'abord eu l'impression qu'elles n'avaient « rien à dire » puis ont été surprises par la retranscription de leurs propos. Les mots écrits ont tout de suite plus de poids que des paroles énoncées oralement, et la retranscription du langage parlé peut aussi apparaître comme trop imparfaite dans sa forme.

Plusieurs usagers de produits illicites ont fait remarquer qu'ils n'auraient pas accepté l'entrevue s'ils avaient été dans une phase de consommation intensive. D'autres témoignages mettent l'accent sur l'effet réflexif de l'entretien, qui n'avait pas toujours été anticipé par les interviewés. D'autres enfin avaient simplement envie de parler et trouvaient ainsi leur compte dans le jeu de l'entretien.

D'une façon générale, les entretiens ayant une orientation *narrative*, ils se sont souvent déroulés sur un mode très personnel (abordant des questions qui relèvent de l'intimité des personnes). Ceux réalisés avec des usagers de médicaments abordaient les thématiques du mal-être, de la dépression, souvent remuantes (d'autant plus quand les épisodes dépressifs étaient récents).

Pour explorer les trajectoires des personnes, nous avons réalisé des entretiens basés sur des questions ouvertes (du type « pourriez-vous me décrire... »), de manière à encourager le récit. Des questions relatives à des épisodes charnières (premier épisode de consommation, arrêts...) visaient à questionner les liens entre ces événements et la vie affective, professionnelle, des personnes, pour comprendre ce qui peut déterminer les usages.

Cette approche nous a permis globalement d'appréhender les consommations de psychotropes dans une *dynamique de vie*, même si les témoignages des personnes reflètent un regard posé sur leur vécu à un moment donné. L'analyse des croisements entre trajectoires psychoactive, professionnelle et

²⁸ Qui peut être revendeur.

²⁹ Et bien que cette investigation n'ait pas pu être approfondie dans le cadre de cette étude. Nous avons réalisé seulement deux entretiens formels avec des médecins généralistes, le docteur G, 55 ans (qui n'a pas souhaité être enregistré) et le docteur K, 35 ans.

affective³⁰ s'est révélée fastidieuse et n'apportant pas grand-chose tant les déterminants de la consommation sont nombreux et individualisés. Ils appartiennent à la fois au contexte (culture, entourage...) dans lequel évolue la personne et à son vécu personnel, ce vécu étant constitué d'éléments imbriqués les uns dans les autres et s'équilibrant les uns les autres.

Les entretiens³¹ ont été retranscrits intégralement. Les extraits cités, dans un souci de clarté, ont subi des allègements pour une lecture plus fluide du langage parlé.

Les calendriers de consommation

Nous avons dans un premier temps envisagé d'expérimenter un nouvel outil dans le cadre de certains entretiens, qui visait à préciser la réalité quantitative de la consommation de produits. Nous avons donc proposé à plusieurs personnes de remplir un calendrier, une sorte de « journal intime » de leur consommation.

Nous espérons ainsi trouver de nouvelles pistes permettant d'éclairer les facteurs influents sur les cycles de consommation, la notion de limites, le décalage entre la perception de sa consommation et sa réalité, le rôle de la représentation symbolique et de l'identification à un type de consommateur dans la gestion de la consommation et dans sa perception.

Proposer de tenir un « journal » de sa consommation n'est pas chose facile, d'une part parce que cette démarche est relativement contraignante, d'autre part parce qu'elle est aussi susceptible de déstabiliser la personne en l'obligeant à constater qu'il existe une différence entre l'idée qu'elle se fait de sa consommation, la manière dont elle la présente aux autres et la réalité de ses pratiques.

Plusieurs personnes ont finalement refusé de se prêter à l'expérience, réagissant parfois violemment. Bruno a par exemple refusé de remplir le calendrier, trouvant que la démarche était « malsaine », qu'elle lui procurait des « mauvaises sensations ».

Trois personnes ont accepté de remplir un calendrier permettant de consigner quotidiennement et de manière précise leur consommation sur une durée de 7 mois pour William, de 6 mois pour Charles et de 3 mois pour Caïn. Un entretien court concernant le remplissage et la perception de leur consommation au cours de ces derniers mois a été réalisé avec chacune de ces personnes.

Charles a accepté sans problème, sa consommation étant régulière et modérée (environ un ecstasy par mois avec sa compagne), il trouvait simplement fastidieux de noter sa consommation quotidienne de vin et de tabac.

Lors de l'entretien William a spontanément fait le récit de sa vie, un peu comme on écrit sa propre histoire. Il est relativement lucide sur sa consommation (se dit dépendant au cannabis), a élaboré depuis longtemps une structure intellectuelle qui rassemble et rend cohérentes les différentes facettes de sa vie. Personnalité forte, il se surnomme lui-même « William Morose ». Il a adhéré à la démarche du calendrier de consommation qui recoupe des préoccupations qui lui sont propres. Il dit aujourd'hui s'être senti comme un « cobaye ».

Dans un premier temps, tenir le « journal intime de sa consommation » lui est apparu très contraignant et pénible. Dans un second temps il s'est mis à le remplir « par habitude ». Dans un troisième temps, il a commencé à mesurer la difficulté de l'expérience, lire noir sur blanc les quantités de psychotropes (alcool, cannabis, médicaments) devenait douloureux. Il écrit : « Et Astrid dira : il notait scrupuleusement les quantités qui l'ont tué » (souligné).

Lorsqu'il m'a rendu le carnet, il était à la fois soulagé d'arrêter ce « cercle infernal », avait rencontré une amie qui l'incitait à moins boire et évoquait lui-même le désir de mettre un frein à toutes ses consommations. Étrangement, le fait de remplir chaque jour le carnet lui manquait. Sa compagne lui a proposé de lui en offrir un.

³⁰ La « trajectoire affective » était appréhendée non pas frontalement, par des questions directes, mais d'une manière plus diffuse, au gré des entretiens, certaines personnes livrant plus que d'autres cet aspect de leur vie.

³¹ Tous enregistrés, excepté celui de l'un des médecins généralistes qui a refusé.

Caïn enfin, a longtemps hésité avant de prendre timidement le calendrier, me précisant qu'il ne pouvait me promettre de le remplir :

« J'ai repensé à ton histoire de carnet

Oui je te l'ai amené (rires) tu penses que c'est dur à faire ?

Non c'est pas ça, c'est que moi j'ai quand même une culpabilité énorme par rapport à mes consommations de drogues et je me demande ce qui va prendre le dessus, à savoir si je vais continuer à noter ou bien si je vais continuer à me droguer (rires) Qu'est-ce qui va prendre le pas sur le... à la rigueur je veux bien garder le carnet et je vois après comment ça... Franchement j'aurais pas la culpabilité, j'ai quand même une culpabilité relativement forte sur mes consommations, j'aurais pas cette culpabilité là j'aurais pas hésité une seconde

Mais c'est vrai que c'est contraignant et puis c'est vraiment se mettre en face...

De la réalité oui...

Bon je te le laisse de toute façon...

D'accord... je suis pas contre... »

Il m'a depuis contacté pour me dire qu'il le remplissait et que l'effet était celui qu'il avait anticipé : il a tendance à moins consommer pour moins remplir le carnet.

La consommation, lorsqu'elle devient problématique, est très fréquemment niée par la personne qui tend à minimiser la fréquence des prises et les quantités de produits absorbées. Comptabiliser sa consommation peut donc s'avérer désagréable lorsqu'il est difficile de regarder les choses en face.

Les usagers qui ont accepté de remplir le calendrier sont ceux qui se montrent le plus lucides sur leur consommation. L'idée initiale qui était de comparer ce que les usagers déclarent et ce qu'ils consomment réellement n'a donc pas fonctionné.

En revanche, les réactions des personnes que nous avons rencontrées suggèrent que le calendrier pourrait peut-être, dans un certain cadre et pour certains usagers, constituer un outil pour maîtriser sa consommation.

PROFILS DES PERSONNES RENCONTREES

Caractéristiques sociodémographiques³²

Entre 2000 et 2002, 63 entretiens³³ semi-directifs ont été réalisés auprès d'usagers de produits licites et/ou illicites exerçant une activité professionnelle depuis plus d'un an.

Sexe

63 entretiens ont été réalisés avec 46 hommes et 16 femmes.

Âge

La moyenne d'âge des 7 usagers³⁴ exclusifs de médicaments psychotropes s'élève à 46,4 ans. La moyenne d'âge des usagers d'autres substances est de 34 ans.

Le sujet le plus jeune est âgé de 24 ans et le plus âgé a 57 ans.

36 personnes ont entre 26 et 35 ans, 18 ont entre 36 et 45 ans, 5 ont plus de 46 ans et 4 ont moins de 25 ans.

³² Voir les tableaux présentés en annexe.

³³ 2002 : 22 entretiens. Age moyen : 36 ans ½

12 Hommes. Moyenne d'âge : 35 ans

10 Femmes. Moyenne d'âge : 38 ½

2000 – 2002 : 41 entretiens. Age moyen : 32 ans

34 Hommes. Moyenne d'âge : 33 ans ½

7 Femmes. Moyenne d'âge : 29 ans

³⁴ Dont un homme.

Situation matrimoniale

Sur 63 personnes 40 sont célibataires (ou séparées) et 23 vivent en concubinage (dont un couple est marié).

22 personnes ont un ou plusieurs enfants.

Revenus

À peine plus d'un tiers des personnes rencontrées gagnent plus de 150 000 F par an. Les femmes sont globalement moins bien rémunérées que les hommes et occupent des emplois qui demandent souvent un investissement moins important.

Moins de 7 500	2
7 501 à 15 000	23
15 001 à 23 000	13
23 001 à 30 000	9
30 001 à 45 000	7
45 001 à 75 000	3
+ de 75 000	2
Non renseignés	4

Types de contrat

La moitié des personnes rencontrées occupe un emploi stable. Un peu moins de l'autre moitié occupe un emploi permettant à la personne de se sentir autonome (indépendant, intermittent).

23 personnes sont en Contrat à durée indéterminée

13 personnes ont le statut d'intermittent du spectacle

11 personnes sont déclarées en indépendants

4 sont fonctionnaires

3 ont des contrats dans le secteur public

2 personnes sont en Contrat à durée déterminée

2 personnes sont en Contrat aidé

1 personne est intérimaire

1 personne est gérant et actionnaire d'une entreprise

Autres : 2

Non renseigné : 1

Rythme de travail

22 personnes ont un rythme de travail régulier.

21 personnes ont un emploi du temps irrégulier, comprenant des temps de récupération, des périodes d'inactivité. 8 hommes ont un travail irrégulier et régulièrement soutenu.

9 hommes ont en emploi du temps soutenu (environ 70 h par semaine³⁵).

Un rythme *irrégulier* peut correspondre à plusieurs situations. Nous incluons dans cette définition le travail de nuit, qui fait que le nombre d'heures effectuées dans une semaine est inférieur à 30, mais implique un « décalage » par rapport au rythme de la majorité des personnes qui travaillent de jour du lundi au vendredi. Le travail de nuit peut aussi inclure une présence le week-end. D'autres activités imposent ou permettent des aménagements horaires ou, comme c'est souvent le cas pour les intermittents, incluent des périodes d'inactivité (pas forcément reposantes puisqu'il est impératif de retrouver des contrats) alternées avec des périodes de travail intensif.

³⁵ Voir Surinvestissement dans le travail / articulation travail – produits, p. 83.

Par *soutenu* nous entendons un travail qui demande un grand investissement personnel, un temps de présence important parfois sur le long terme et très régulièrement, qui dépasse les 40 h et atteint 70 h pour certaines des personnes interviewées.

Par *régulier* nous entendons des horaires fixes de type « 8 h-18 h » ou 35 h par semaine, généralement dans un même lieu.

Fréquences de consommation

Les fréquences de consommation évoluent au cours de la vie et les usagers sont souvent passés par plusieurs des phases décrites ci-après. Même s'il permet de retracer partiellement la trajectoire psychoactive, l'entretien constitue avant tout une photographie de la situation décrite par la personne à un moment donné. De façon à faciliter la description des types d'usages rencontrés, nous utilisons quatre principales fréquences de consommation :

- la consommation quotidienne liée à une dépendance psychologique et/ou physique. Même lorsque l'usage est quotidien, il arrive régulièrement que la personne passe quelques jours « sans le produit », qu'il s'agisse d'une difficulté passagère pour s'approvisionner ou d'une stratégie de gestion ³⁶ ;
- la consommation hebdomadaire est généralement, mais pas exclusivement, associée à « la fin de semaine » et est souvent circonscrite au contexte festif. Elle peut également concerner un usage régulier sur le lieu de travail comme c'est le cas pour Michel, régisseur d'une salle de concerts ;
- la consommation mensuelle implique l'existence de 10 à 20 épisodes de consommation par an, ceux-ci pouvant être répartis de manière inégale ; Bruno a, par exemple, pris de la cocaïne quotidiennement sur son lieu de travail pendant trois mois, puis cessé complètement cette consommation (en même temps qu'il trouvait un autre emploi) pendant six mois, avant de « rencontrer » à nouveau le produit dans des circonstances festives qui l'ont amené à en consommer un ou deux week-ends par mois. Dans ce cas, nous qualifions sa consommation de mensuelle, même si cela ne rend pas compte des variations dans la fréquence de l'utilisation du produit sur une ou plusieurs années ;
- la consommation annuelle implique que les produits sont consommés de manière occasionnelle, entre 5 et 10 fois par an environ, que ce soit parce que la personne ne cherche jamais à s'en procurer mais se trouve parfois sollicitée ou qu'elle n'en achète que dans des circonstances exceptionnelles (fêtes annuelles par exemple).

Dans les deux derniers cas (consommation mensuelle et annuelle), l'usage de psychotropes est rarement planifié, prévu et organisé sur le long terme. Les produits sont une composante de la vie de la personne, mais les circonstances de leur consommation sont variables et bien souvent irrégulières.

La consommation hebdomadaire implique par contre une certaine régularité dans l'approvisionnement, une organisation plus structurée tant au niveau financier qu'au niveau des temps de prise. L'usage de drogues est plus clairement intégré à la vie de la personne, y joue un rôle plus important.

Cette classification permet finalement plus de saisir le rapport qu'entretient la personne avec le(s) produit(s) au moment de l'entretien, la distance plus ou moins grande qu'elle instaure avec eux, que de décrire exactement la réalité de sa fréquence de consommation.

La consommation de médicaments est nécessairement très régulière lorsqu'elle est prescrite.

Les antidépresseurs sont toujours prescrits quotidiennement en début de traitement et leur usage peut diminuer en fin de traitement (un jour sur deux ou sur trois). Ils ne sont quasiment jamais détournés³⁷.

³⁶ Liée par exemple au phénomène de tolérance, l'arrêt momentané de la consommation pouvant permettre de ne pas augmenter trop souvent les doses.

³⁷ Exceptés dans les témoignages des entretiens 9 et 33, voir le rapport 2002 « Usages de drogues et vie professionnelle ».

La consommation de benzodiazépines est prescrite le plus souvent quotidiennement (la posologie peut diminuer ensuite pour les besoins du sevrage), ou encore indiquée « en cas d'angoisse » ou « en cas d'insomnie » et est dans ce cas occasionnelle (1 fois par semaine à une fois par jour).

En automédication l'usage de benzodiazépines peut être occasionnel (pour prendre l'avion, se rendre à un rendez-vous...), mensuel (Mireille sur le Lexomil® « un petit plaisir une fois de temps en temps »), hebdomadaire (Sharon pour passer une bonne nuit de sommeil, William), un jour sur deux (Caïn), régulier ou périodique (Victor).

Cannabis

- 4 hommes ne fument pas de cannabis et n'en apprécient pas les effets.
- 6 femmes fument occasionnellement en petite quantité et n'en achètent jamais.
- 3 personnes fument régulièrement à une fréquence située entre mensuelle et hebdomadaire.

Enfin, 32 personnes consomment quotidiennement du cannabis. 4 degrés peuvent être distingués dans la consommation quotidienne :

- 6 ne fument que le soir en rentrant du travail (1 à 2 joints par jour), un peu plus le week-end ;
- 8 fument 5 joints le soir en rentrant du travail ;
- 16 fument 5 à 10 joints par jour, le soir ou au travail ;
- 2 fument plus de 10 joints par jour³⁸.

Cocaïne

- 6 n'en consomment pas³⁹ ;
- 14 en consomment occasionnellement à une fréquence située entre mensuelle et annuelle⁴⁰ ;
- 22 ont régulièrement recours à la cocaïne, à une fréquence située entre mensuelle et hebdomadaire.

Henri consomme quotidiennement de la cocaïne.

Armand vient d'interrompre une consommation quotidienne qui aura duré environ 3 ans.

Eddy a été dépendant de la cocaïne pendant environ 10 ans, avant d'être dépendant de l'alcool puis de l'héroïne.

Ecstasy

- 10 n'en consomment pas ;
- 12 en consomment occasionnellement à une fréquence située entre mensuelle et annuelle ;
- 23 consomment régulièrement des ecstasy, à une fréquence située entre mensuelle et hebdomadaire.

Héroïne

- 5 hommes ont été dépendants de l'héroïne pendant plusieurs années, un d'entre eux en consomme encore occasionnellement ;
- 1 homme et 1 femme ont consommé de l'héroïne dans le passé sans jamais en être dépendant ;
- 3 personnes sont actuellement dépendantes et consomment de l'héroïne en alternance avec le Subutex® ;
- 10 personnes consomment occasionnellement de l'héroïne, dont 2 sont vraisemblablement dépendants mais ne le verbalisent pas ;
- 13 personnes ont goûté (entre 1 et 10 fois) de l'héroïne ou des opiacés naturels.

³⁸ Eddy compense son récent arrêt de l'héroïne par une consommation intensive de cannabis et d'alcool et Alex fume à cette fréquence depuis 15 ans.

³⁹ Dont Eddy (a cessé de consommer après 10 ans d'usage quotidien), William (réaction allergique à la cocaïne) et Yann (deux prises anecdotiques).

⁴⁰ Dont Bruno qui consomme par « sessions », peut alterner 3 mois d'usage quotidien et plusieurs mois d'abstinence.

Médicaments psychotropes

- 14 personnes interrogées en 2002⁴¹ mentionnent un usage de médicaments antidépresseurs, anxiolytiques et/ou hypnotiques dans leur trajectoire, dont 6 consomment aussi des produits illicites. 12 personnes consomment/ont consommé des antidépresseurs, 9 consomment/ont consommé des anxiolytiques, 2 personnes consomment/ont consommé des hypnotiques ;
- la moitié d'entre elles a connu plus d'un épisode de consommation de médicaments ;
- 10 personnes consomment des médicaments au moment de l'entretien dont 5 consomment des anxiolytiques uniquement (4 en autogestion), 1 consomme un antidépresseur prescrit uniquement, 4 ont des traitements prescrits associant anxiolytique et antidépresseur.

- 2 personnes consomment/ont consommé des dérivés amphétaminiques vendus comme des médicaments coupe-faim, quotidiennement et sans prescriptions ; plusieurs usagers en ont également utilisé ponctuellement dans un contexte festif,
- 2 personnes utilisent des médicaments opiacés contre la douleur.

Alcool, tabac

- sur 22 usagers interrogés en 2002, 7 consomment occasionnellement, 7 régulièrement et 8 quotidiennement de l'alcool. Tous les usagers que nous avons rencontrés en consomment,
- Sur 22 usagers interrogés en 2002, 3 ne consomment pas de tabac (dont deux usagers de produits illicites), 2 en consomment occasionnellement, 17 quotidiennement (de 4 cigarettes à deux paquets par jour).

⁴¹ Les entretiens réalisés en 2001 (avec des usagers de produits illicites) ne portaient pas sur l'usage de médicaments et ont été exploités ici dans une moindre mesure. En 2001, 11 personnes mentionnaient un usage de médicaments anxiolytiques et hypnotiques, 4 un usage d'antidépresseur, 7 de médicaments opiacés de substitution, 9 personnes enfin une consommation, ancienne le plus souvent, d'amphétamines. La plupart de ces usages étaient détournés. Deux personnes seulement avaient obtenu des médicaments sur prescription.

Dans une première partie seront déclinés les différentes modalités de consommation et les principaux effets recherchés par les usagers rencontrés.

Dans une deuxième partie, nous aborderons la question de l'articulation entre la consommation de drogues, la vie affective et l'activité professionnelle à travers le rapport au travail, les modalités de consommation pendant le travail et les types de produits les plus fréquemment rencontrés dans le contexte professionnel.

Le troisième chapitre traitera plus spécifiquement de la dimension sociale de la consommation de drogues : comment les usagers de produits illicites gèrent la dichotomie entre pratique illégale et intégration dans un milieu professionnel ; comment l'usage de psychotropes, potentiellement source d'exclusion, peut dans le même temps représenter un outil d'adaptation sociale et professionnelle.

Modes de consommation

Les usagers que nous avons rencontrés gèrent depuis plus d'un an et pour certaines depuis quinze à vingt ans une pratique interdite et d'ordre privé et leur inscription dans un environnement professionnel. Ils ont dans l'ensemble développé une bonne connaissance des produits qu'ils utilisent, d'eux-mêmes et de leurs réactions. Ils prennent en compte leur sensibilité individuelle⁴², réfléchissent sur leur consommation et la décrivent parfois comme un moyen de conserver un équilibre nécessaire à leur vie intérieure comme à leur vie en société.

RAPPORT AUX PRODUITS ET EFFETS RECHERCHES PAR LES USAGERS DE PSYCHOTROPES ILLICITES

La relation aux produits est souvent décrite comme ambivalente, mêlée de plaisir et de sensations désagréables. Thomas qui a été dépendant de l'héroïne pendant plusieurs années, interprète aujourd'hui positivement cette expérience de vie : « la came m'a permis de me voir tel que j'étais ». Victor dit avoir retrouvé « la formule du bonheur » lors de sa première prise d'ecstasy et Caïn résume ainsi la palette des effets qu'il recherche : « de la détente la plus simple à l'abrutissement le plus total ».

Ce qui frappe à la lecture des entretiens c'est la diversité des comportements de consommation, la singularité des aménagements et du sens donné à l'usage. On peut tout de même distinguer trois types d'attitude à l'égard des produits :

- l'usager veut toujours rester maître de lui-même et n'a pas d'attirance pour les produits trop forts ou trop dangereux ; même si la consommation est régulière, les doses absorbées sont faibles⁴³, « je prends des doses homéopathiques » ;
- l'usager cherche à partir vraiment, à déconnecter, à *se défoncer*⁴⁴ (« se tarter », « se mettre bien à l'envers », « se mettre cher », « switcher ») ;
- certains usagers ont un fort ascendant sur les produits (William, Henri, Eddy) ; ils peuvent absorber d'importantes quantités de produits sans être jamais « ivre mort », sans jamais *partir* complètement.

William, 40 ans, fonctionnaire, entretien 43

Qu'est-ce que ça t'apporte les produits ?

Disons que ce que je vais rechercher en grande partie aujourd'hui, ça va être une forme d'ivresse... donc l'ivresse cannabique ou... donc c'est plutôt l'euphorie en fait qui m'intéresse et puis je suis vachement intéressé par tout ce qui développe les facultés cérébrales... l'ouverture de la tête qui s'évapore partout, les perceptions, le bien-être physique que ça apporte aussi, soit un sentiment de lourdeur mais de bien-être soit de légèreté, que tu ressens aussi bien avec l'alcool, l'alcool est vachement physique aussi, tu titubes t'es très... Alors dans l'alcool faut savoir arrêter parce qu'après t'es très perturbé, j'aime pas cette phase, que je connais comme tous les gens qui boivent, la période où tu te souviens plus de ce que tu as fait.

⁴² Préoccupation moins présente chez les adolescents et dans le cadre des émulations collectives rencontrées en milieu festif.

⁴³ Un quart d'ecstasy par prise par exemple.

⁴⁴ Dictionnaire historique de la langue française, *Le Robert* : « À fond (1656) : intensif, reprend métaphoriquement l'idée d'extrémité. Défoncer : v. tr. (XIV^e s.), « briser par enfoncement » dans divers emplois techniques, a pris dans l'argot de la drogue (v. 1960) le sens de « provoquer un état hallucinatoire », en parlant d'un hallucinogène – de là vient Défonce n. f. (1972) – et par extension, à la forme pronominale *se défoncer*, celui de « se donner à fond à une tâche, etc. »

Bourré ?

Non, pas bourré, malheureusement et par bonheur je ne suis jamais bourré... Alors avec la drogue aussi je n'ai jamais été malade, sauf avec l'héroïne qui m'a rendu profondément malade mais c'est la seule drogue qui m'ait rendue malade, la seule drogue qui m'ait vraiment donné du dégoût c'était l'héroïne, les opiacés... Donc j'ai jamais été malade, l'alcool m'a jamais fait vomir sauf adolescent et ça m'a sevré de certains alcools comme je te l'ai dit, mais cette ivresse là, être bourré, c'est-à-dire... je ne suis jamais réellement bourré c'est-à-dire que...

C'est toujours maîtrisé ?

C'est toujours maîtrisé, pourtant en ayant bu des quantités énormes tu vois je me suis retrouvé à avoir bu énormément, je ne sais pas ça peut être... j'ai pu avoir bu une bouteille de gin dans une soirée, seul, plusieurs verres de vin, plusieurs digestifs derrière, ressortir, boire encore des verres en boîte... et sans être malade et sans forcément avoir de gueule de bois le lendemain... le seul truc c'était les problèmes digestifs tu vois que ça pouvait avoir, alors diarrhées ou ce genre de trucs là voilà, sur les alcools forts...

Trois fonctions sont régulièrement attribuées aux produits par les usagers, quand on les interroge sur ce qu'ils recherchent à travers les expériences d'état modifié de conscience. Il s'agit de la recherche de plaisir, la recherche de la désinhibition et de la stimulation, ou pour reprendre une expression d'Alain Ehrenberg, le « dopage des sociabilités » et enfin l'automédication. Ces trois fonctions interviennent successivement ou simultanément et sont plus ou moins prépondérantes dans la trajectoire d'une personne.

La recherche de plaisir

Le plaisir est systématiquement et spontanément évoqué dans les entretiens. La prise de drogues fait partie « des expériences agréables, enrichissantes de la vie ». Victor explique : « Je ne fais pas ça pour effacer les souffrances, je fais ça pour qu'à côté des souffrances, il y ait aussi du bonheur ou du plaisir supplémentaires ».

Ce plaisir est associé à plusieurs éléments :

- s'évader, faire la fête, jouer, communiquer avec les autres ;
- la curiosité, l'envie de savoir, de connaître ;
- un temps pour soi, privé, un plaisir personnel ; Olivier parle de sa consommation comme d'un loisir qui se pratique en groupe comme le cinéma ;
- la découverte, l'introspection, se connaître, s'expérimenter ;
- se construire, faire ses expériences, penser par soi-même ;
- « Voyager », rencontrer des sphères sociales différentes ;
- abaisser ses défenses, s'ouvrir (aux autres, à la lecture, la musique etc.).

L'introspection

La dimension intérieure est évoquée mais ne semble pas prédominante, excepté peut-être pour Samuel qui prend plaisir à observer ses comportements lorsqu'il est sous l'effet du haschisch et revendique ce droit à faire des expériences sur lui-même. La connaissance de soi est présentée comme un bénéfice tiré *a posteriori* de la consommation, ressenti à plus long terme.

S'expérimenter, s'observer et apprendre à maîtriser ses émotions, trouver sa manière personnelle de consommer, s'éprouver, se connaître, font partie de l'expérience des états modifiés de conscience. Pour Goupil, 30 ans, enseignant, l'une des fonctions importantes de l'usage de drogues touche à la possibilité de « se retrouver », de se couper pour un temps des influences extérieures pour entretenir ce qui est propre à soi, *être soi* et/ou *se sentir soi*. Ce temps accordé à soi-même, ce *pour soi*, est ressenti comme positif, y compris dans la relation à l'autre.

Samuel, 30 ans, enseignant, entretien 61

« T'as l'impression d'être hors de ce que t'apprécies pas chez toi ou t'as l'impression d'être quelqu'un d'autre ?

Dans l'aspect je me déchire la tête... là je deviens vraiment différent au sens où se déchirer la tête c'est ça, donc c'est l'aspect fuite... est-ce que je deviens différent ? On peut pas dire que mes processus changent

mais c'est un petit suicide... puisque je vis au ralenti et je plane un peu et puis je rentre dans des sortes de rêves éveillés qui peuvent tourner au scotchage... Je me concentre vraiment sur une question éventuellement sans intérêt enfin... donc c'est un peu ce processus des pensées qui explorent leur petit domaine, qu'a un côté très masturbatoire et... donc j'imagine que c'est une forme d'autoérotisme enfin tu vois je connais pas très bien ces mots-là mais quand je lis ça dans le vocabulaire

psychanalytique, je me dis ça doit être un truc comme ça, le fait de se masser et tout... Bon, et donc là je suis pas grand-chose, là je ne suis plus moi au sens où j'essaie de... de me ramener à l'époque préreptilienne où on était des espèces de gros vers grouillants sur Terre (*rires*) enfin nous au sens de la vie sur Terre (*rires*)... Mais ça c'est un aspect des choses, y'a des fois où je suis différent au sens où je n'ai plus mes barrières habituelles et puis y'a des fois enfin, où je suis différent, tout est plus ou moins là dans différentes proportions mais... et puis y'a aussi cette espèce de... je vais dire de voix mystérieuse de manière métaphorique mais... À la limite les personnes qui entendent des voix c'est peut-être des phénomènes comme ça à des degrés plus poussés qui se produisent, enfin des choses qui remontent d'on ne sait où et voilà donc t'as une métaphore de l'inconscient que tu peux utiliser si ça t'amuse et j'ai l'impression d'avoir continué à élever mon degré de conscience, alors j'aime pas ce mot là mais... parce que vraiment y'a une connotation New Age bouddhiste je sais pas quoi qui me plaît pas du tout (*rires*) mais y'a quand même un truc quoi, « degré de conscience » ça exprime bien ce que je veux dire... ouais j'ai l'impression d'être conscient de plus de choses... que quand j'avais 20 ans ou 23 ans même... Ou même que l'année dernière... ouais d'avoir laissé tomber des barrières ou des trucs comme ça

Et...

Donc ça m'a quand même aidé à progresser... donc y'a cette idée de devenir ce qu'on est inconsciemment enfin devenir soi en ce sens là... alors finalement je deviens quelqu'un d'autre (*rires*) je deviens une instance différente

Tu changes de point de vue en fait ?

Je reste moi mais à un niveau plus profond... enfin je sais pas si on peut vraiment décrire avec des mots ce genre de... choses...

(...)

Et ça c'est des choses que je peux faire uniquement quand j'ai fumé (*se laisser porter par une histoire, adopter le point de vue de chaque protagoniste*)... C'est vraiment une idée de lâcher les barrières et en fait de travailler le sens de l'analogie, bon je fais ça pour d'autres choses que pour la Bible hein... mais alors ça si tu veux le faire il faut que t'aie le minimum de défenses possible... et en fait les jours où je suis fatigué, là j'ai des périodes où je dors mal, je sais pas pourquoi mais en fait ça peut être des périodes où je me sens bien à côté de ça, parce que je me sens plus fatigué, mes défenses sont tombées et puis finalement il se passe des choses... Je suis pas vraiment dans un état second mais... Alors les pétards ont changé d'effet aussi, alors c'est comme une drogue dont les effets ont changé au fur et à mesure que je changeais quoi c'est intéressant... alors là cette année j'ai eu des trips parano, que j'appellerais pas des bad trips enfin... Parce que ça m'intéressait de voir ces trips parano quand même (...)

Alors quelque part y'a vraiment l'aspect thérapie par... narcothérapie mais c'est aussi une démarche très scientifique, là je revendique franchement le droit à l'avoir... qui est celle de perturber le système que je suis pour essayer de savoir qui je suis, ça c'est la base de l'expérimentation scientifique en fait... c'est j'essaie de comprendre ce qui se passe, je ne sacralise pas mon corps, donc sacralisé au mauvais sens du terme c'est-à-dire en faire quelque chose de sacré, que je n'ai pas le droit de toucher, donc qu'il y aie un dogme qui me dit que je ne dois pas le toucher. »

Vie sociale et désinhibition

Jouant toujours sur une ambivalence, la prise de psychotropes tient autant du repli sur soi que de l'ouverture à l'autre. La fonction de « sociotransmetteurs⁴⁵ » des drogues est bien connue. Certaines d'entre elles favorisent particulièrement la communication et la compréhension de l'autre et sont consommées de manière conviviale, l'alcool en est l'exemple le plus courant. Une majorité d'utilisateurs insiste sur les propriétés désinhibantes des produits psychotropes, qu'ils apprécient particulièrement dans un contexte festif.

Pour beaucoup, la consommation de psychotropes intervient pour lutter contre une timidité et une tendance au repli sur soi, pour se donner les moyens d'être sociable, convivial. Nicolas explique que les produits lui permettent de « sortir de soi et de moins subir le regard des autres ». La désinhibition est aussi recherchée pour sortir du carcan des conventions sociales, les bousculer, « se lâcher sans complexe », « faire le con », « devenir fou ». La timidité et le repli sur soi sont vécus comme des traits de caractères handicapants dans les relations sociales et dans une société où l'affirmation de soi est valorisée⁴⁶. Jean-Patrick décrit les moments de fêtes comme une sorte de trêve, de temps illusoire mais durant lequel on a la sensation « que pour une fois les gens sont contents d'être ensemble ».

⁴⁵ Terme employé par A. Morel et coll., *Prévenir les toxicomanies*, éd. Dunod, 2000.

⁴⁶ EHRENBURG (A.), *Le culte de la performance*, éd. Calmann-Lévy, 1991.

Sébastien, 38 ans, directeur informatique, entretien 60

« Vous sortez quoi, une fois par semaine ?

Là en ce moment c'est une fois par semaine... ce qu'on trouve un peu trop fréquent... enfin en même temps on adore ça alors c'est difficile

Pourquoi trop fréquent ?

Parce que moi je me mets la tête... Rachel aussi, c'est-à-dire que Rachel elle se met la tête à la coke, moi j'adore les ecstasy donc je me mets la tête aux ecstas, à la coke aussi, à l'alcool à tout mais bon les ecstas faut quand même du temps pour t'en remettre derrière

(...)

Bon par contre moi j'aime bien me lâcher de façon concentrée je... enfin j'ai jamais fait la fête ou je suis jamais sorti sans me mettre la tête... je connais pas...

C'est vachement associé

C'est vachement associé et je me vois pas du tout, même à l'heure actuelle, je me vois pas sortir sans boire un verre ni faire quelque chose qui va me mettre dans un état un petit peu (*geste*)

Second ? décalé, je sais pas comment t'appelles ça ?

Décalé... ouais...

Qu'est-ce qui te plaît en fait là-dedans, qu'est-ce que ça t'apporte ?

(réflexion)

J'imagine aussi que ça doit dépendre des produits ?

Ouais mais ce que ça m'apporte, ça m'apporte... Je ne sais pas, c'est lié à la fête et... l'amusement quoi je m'amuse, quand je me défonce je m'amuse

T'es ailleurs, tu penses plus à rien ?

Non c'est faire le con surtout, faire le con... c'est ne plus avoir vraiment de contrôle et en fait c'est une façon de me libérer... oui de me libérer

Par rapport à un jeu social qui faut tenir le reste du temps ?

Par rapport à... comme je suis assez discret etc. je peux être assez renfermé et c'est une façon de s'ouvrir

C'est la désinhibition que tu cherches ?

Sans doute ouais... en même temps je me pose pas trop de questions donc... enfin je suis assez (*geste*) je fonce et sans me poser de questions... donc j'aime bien et ça m'apporte... Du bien-être, enfin du bien-être, c'est faire les cons et s'amuser avec ses potes... c'est plus ça, c'est pas du bien-être parce que je me sens bien dans ma vie. »

« Vivre doublement »

Utiliser des produits psychotropes illicites c'est être intégré à un réseau d'utilisateurs qui offre non seulement la possibilité de se procurer les produits mais aussi celle, primordiale, de trouver un cadre pour les consommer et par là même de construire une existence sociale en dehors du cadre professionnel.

Enfin, les produits interviennent comme des *dopants*, qui permettent de disposer du « double d'énergie » sans laquelle il semble parfois impossible d'assumer les heures de travail, le temps de repos et le temps « pour soi ». Disposer ainsi d'un supplément d'énergie donne l'impression de disposer du « double de temps » ou tout au moins de vivre intensément. Il n'est pas non plus inutile de rappeler qu'avoir une vie extraprofessionnelle épanouissante est souvent considéré par l'employeur comme un signe de « bonne santé sociale » et « d'équilibre personnel⁴⁷ ».

Ken, 24 ans, commercial, entretien 8

Tu prends tout ça en cocktails ?

En ce moment, c'est plutôt 10 g de shit ou herbe par semaine, et puis le week-end, c'est 5 ecstas sur le week-end et un petit gramme de cocaïne... Faut que ça cabre ! Je dors la journée pendant le week-end en fait. Et du coup, je suis décalé dans mon rythme de sommeil. En semaine, je suis couché entre 1 et 3h, et levé entre 7 et... ça dépend (*rires*). J'ai un peu de marge le matin

(...)

Quels effets tu recherches avec les produits ?

Justement pouvoir tenir le décalage par rapport à la semaine, pouvoir vivre la nuit. Et puis les paradis artificiels, normal ! (*rires*)

(...)

Pour sortir, c'est bien de mélanger les effets des produits suivant les moments. Il faut gérer cocaïne et ecstasy... sinon moi je tiens pas... je peux pas aller me coucher à 9 h du matin alors que je me suis levé toute la semaine... Je passe la nuit debout à boire des coups toute la nuit, à danser... Sans produits, physiquement, c'est pas possible de tenir sur la longueur. Tu peux le faire, mais pas plusieurs jours d'affilée. Tu peux tenir sur une nuit, mais pas 3 nuits. »

⁴⁷ Ken, 24 ans, commercial, entretien 8 ; Une consommation « en conséquence du travail », avoir une vie sociale en dehors du travail.

Mieux vivre, s'adapter, se soigner

Le recours aux produits intervient fréquemment dans la gestion d'un excès d'énergie ressenti comme troublant et éventuellement nuisible, d'une pression trop lourde par moments ou simplement pour « souffler » après une journée de travail, comme une grande part de la population active a recours à un usage modéré d'alcool.

Pour d'autres cet aspect de la prise de psychotropes répond d'abord à un besoin de *soigner* des maux psychosociaux, initiative assimilable à une véritable tentative⁴⁸ *d'autogestion de la santé mentale*. Ce choix découle en partie de la volonté de « s'en sortir seul », de la connotation parfois négative du *travail sur soi* dans un cadre formel mais aussi d'une certaine méfiance à l'égard du corps médical et des prescriptions de médicaments.

De nombreux usagers parlent de leur consommation comme une pratique/technique de détente, d'apaisement des tensions psychologiques⁴⁹ qu'ils ressentent parfois fortement. D'une manière générale, ils appréhendent la consommation de psychotropes mal vécue non pas comme une cause du « mal-être » mais comme sa conséquence directe, voire comme une réponse efficace à un moment donné.

Un médicament « de confort » permet de mieux supporter un mal mais ne le soigne pas. Il apporte une aide, une assistance morale. Le terme « confort » n'est pas non plus dénué d'une connotation péjorative et l'expression « produit de confort » peut, dans certaines circonstances, être entendue comme une chose *dont on pourrait se passer* et qui n'aurait pas d'efficacité réelle. Inversement, un usage « thérapeutique » suggère à la fois nécessité et efficacité pour soigner une maladie. Mais dans le domaine des maux psychologiques et sociaux il est souvent difficile d'y voir clair, entre ce qui est passager, chronique, surmontable ou handicapant.

Ces notions font référence à un état difficile à cerner y compris pour les thérapeutes. La frontière entre la déprime, l'anxiété et la dépression, entre un mal-être passager et un trouble plus profond et durable n'est pas toujours aisée à déterminer. Dans *La fatigue d'être soi*, A. Ehrenberg aborde notamment le flou qui entoure la définition de la dépression :

« Les états dépressifs sont [done] dépourvus de toute spécificité, leurs symptômes sont d'une diversité étonnante ; le terme "dépression" est vague, désignant sinon une humeur triste, du moins une altération "anormale" de l'humeur pour laquelle on n'a trouvé aucun marqueur biologique, le tout aboutissant à cette bizarrerie qu'on ne sait pas ce qu'on traite, mais qu'on la soigne mieux. Qu'est-ce que la dépression ? Un invisible fantôme ? Une incroyable illusion collective ? On ne peut se contenter d'une réponse aussi simpliste⁵⁰ .»

⁴⁸ Aucun élément ne nous permet de dire si cette tentative réussie ou échoue.

⁴⁹ Contraintes sociales, questionnements existentiels, problèmes quotidiens...

⁵⁰ EHRENBURG (A.), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, éd. Poche Odile Jacob, 2000, p. 100.

Décompresser

Les produits interviennent comme une « soupape », un exutoire⁵¹, un moyen de soulager une pression excessive. Plusieurs personnes font un parallèle entre la consommation solitaire de cannabis et le fait de regarder la télévision en buvant éventuellement un peu d'alcool. Si l'on peut effectivement repérer des points communs dans les effets procurés par ces deux activités (se détendre, évacuer les soucis de la journée, se changer les idées, somnoler), la télévision évoque une passivité quand la consommation de substances illicites implique plutôt de « sortir du train-train quotidien », la fréquentation d'un réseau social (approvisionnement, partage des connaissances et des expériences) et l'expérimentation d'états modifiés de conscience.

Goupil, 30 ans, enseignant, entretien 14

« C'est toujours le côté festif hein, moi c'est pas... je sais pas bon, parfois par exemple j'ai les boules, j'ai vraiment les boules, je vais fumer un buzzz mais ça arrange pas les choses. Je prends toujours des trucs pour faire la fête c'est ça quoi en fait. Ou bien quand c'est plutôt du type coke, bon la coke c'est mieux pour faire la fête mais par exemple les amphétamines... il y a eu des moments où j'ai pris des amphétamines parce que je devais bosser et là je devais speeder. Comme je l'ai dit aussi parfois pour les plans cul ou d'autres trucs. Mais le plus important c'est ça avec les drogues : c'est savoir comment les faire venir et comment les accueillir en soi et comment les faire évoluer, et là ça devient sympa, c'est ça pour moi le truc. Moi je sais que je pourrais pas vivre sans drogue, c'est pas possible, ça c'est absolument clair. Je me vois pas du tout finir ma vie sans drogue et j'en ai pas du tout l'intention et je trouverais toujours un truc.

Tu te ferais trop chier ou...

Oui je crois que bon, maintenant j'ai développé quelque chose en moi qui est un peu difficile à arrêter premièrement. Et oui je crois qu'il y aurait très rapidement une espèce d'ennui morose qui s'installerait ou en tout cas un énervement certain. Parce que j'aime bien changer d'état et j'y arrive pas naturellement, je peux pas créer mes propres endomorphines. Parfois j'ai des montées, parfois j'ai picolé, je vais avoir des montées ou des trucs comme ça et je sens que j'ai fait monter quelque chose qui peut être proche des effets de la coke ou de certains trucs et finalement j'ai rien pris et je peux le faire remonter. On peut créer naturellement à certains moments un état mais...

La vie aussi, urbaine, super speed, avoir plein de boulot, bon je donne quand même 34 h de cours par semaine ce qui est monstrueux parce que 34 h de cours c'est de la préparation, c'est des exams, c'est du stress et des rapports boulots chiants, bon t'accumules quand même pas mal de stress je crois et t'as besoin d'un truc pour te vvvvovuit, pour te décontracter, pour te faire voyager un peu et moi je suis pas du tout télé par exemple. Parce que pour moi la télé c'est la même chose, c'est une grosse drogue, c'est « allez collez vos yeux » et vvvvovuit. C'est un peu dans le même truc. Quand je regarde la télé je veux pas juste regarder un film ou quoi que se soit mais je veux juste être là devant l'écran, un peu scotcher devant l'écran, tu vois ce truc un peu en déperdition, cette tension de l'écran, de l'image, c'est exactement la même chose je crois, c'est se couper un peu finalement c'est clair, faire « clic », entrer dans un autre truc et hop, oublier un peu le quotidien. Moi aussi parfois je me dis « ouais je prends de la drogue et tout, ça y est je suis vachement plus... conscient, acerbe et rigolo et marrant », mais ça aussi bon, c'est plutôt une synergie de choses que finalement la drogue en elle-même. Donc ça... Mais pour moi je te dis la télé ou la drogue c'est pareil, ou le sexe ou les trucs comme ça, on peut avoir des rapports obsessionnels vis-à-vis de ce genre de choses ou... moyens de communication parce que finalement la drogue c'est de la communication aussi, la télé c'est de la communication, le sexe c'est de la communication, tout ça c'est un peu de voir comment on peut accrocher l'autre. La drogue je crois aussi que c'est l'autre, le rapport à l'autre, la recherche de l'autre ou une certaine manière de savoir comment appréhender l'autre. »

⁵¹ Dictionnaire historique de la langue française, *Le Robert* : exutoire « Le mot a d'abord désigné en médecine ancienne un ulcère artificiel destiné à entretenir une suppuration locale. Depuis le début du XIX^e siècle (1825) il se dit plus couramment au figuré de ce qui permet de soulager, de se débarrasser (d'un besoin, d'une envie). Par analogie, le mot désigne en technique (1870) un dispositif (égout, canal, etc.) servant à évacuer des eaux usées, polluées, et ensuite ce qui sert à écouler un excédent. »

Mieux vivre, s'adapter

Prendre des produits pour « décompresser », pour canaliser ou étouffer un surplus d'énergie pouvant conduire à une déstabilisation et à des troubles de l'humeur⁵², pour soulager des maux psychologiques ou encore pour anesthésier certains symptômes comme la nervosité ou l'insomnie, concerne à la fois un bien-être quotidien, *ordinaire* et un bien-être plus profond, nécessaire à la survie et à l'équilibre de l'individu⁵³. L'usage de drogues a donc sa place dans la recherche ou le maintien d'un équilibre mental général qui touche aussi l'inscription de l'individu dans la sphère sociale.

Yves, 30 ans, chargé de production TV, entretien 20

« Par contre, tu vois, on a parlé de tous les produits, tout ça... Mais le cannabis, pour moi, c'est une nécessité.

C'est-à-dire ?

Je pourrais, je sais, vivre sans. Mais... ça me fait chier de vivre sans, et ça gêne personne que je vive avec ! Donc je vois pas... À la limite, à qui ça va faire plaisir que j'arrête de fumer, puisque de toutes façons, ça n'a de conséquences sur personne ? ça va faire plaisir à personne et ça va me faire chier moi... donc voilà... Et en plus de ça, je trouve un certain équilibre là dedans... et surtout, par rapport à l'alcool (*il a été alcoolique*)... j'ai suffisamment de stress, et je suis concentré toute la journée sur un boulot... qui est une chance, que j'ai voulu pendant longtemps, que j'ai maintenant, et que je veux pas perdre... Et donc je suis tellement appliqué à ne pas retomber dans tout ce que j'ai pu vivre, que le soir, j'ai besoin de pfffouffff... souffler tu vois... Y'a les mecs qui rentrent et qui se font une bière devant la télé où je sais pas quoi... moi, j'ai arrêté de boire, etc. et moi, c'est mon buzz. Tu vois, j'ai l'impression de tout relâcher d'un seul coup... »

Se soigner

Enfin, les produits illicites peuvent être plus directement utilisés pour soigner, en particulier pour lutter contre les conséquences d'un stress. Plusieurs éléments sont très fréquemment mentionnés :

- troubles du sommeil, difficulté à s'endormir ;
- angoisse, anxiété, déprime, nervosité⁵⁴ ;
- rupture sentimentale, deuil, supporter la solitude (William, Eric, Judith).

USAGES THERAPEUTIQUES, USAGES DE CONFORT

Si de précédents travaux dans les milieux festifs techno ont mis en avant la recherche de sensations comme un élément déterminant les usages de produits psychotropes, cette dernière étude, qui porte sur des personnes exerçant une activité professionnelle régulière et consommatrices de produits licites et illicites, a laissé une place importante aux usages dits *thérapeutiques*.

Un large éventail d'usages ont une finalité thérapeutique, de la consommation de médicaments prescrits, dont la légitimité est de plus en plus établie juridiquement et socialement mais dont les limites sont encore questionnées, à l'usage de médicaments sans prescription et/ou de produits illicites comme le cannabis ou encore l'ecstasy, dont l'intérêt thérapeutique apparaît souvent au second plan dans les discours qui valorisent la dimension hédoniste et festive des consommations.

Les pratiques que l'on peut qualifier de thérapeutiques au sens large⁵⁵ sont très diverses, usages pour apaiser une souffrance, gérer un stress, une anxiété, calmer une angoisse, ou encore pour retrouver le sommeil, oublier, ne plus penser, se désensibiliser, se détacher, prendre des distances...

⁵² Comme c'est le cas pour Fab, ouvrier de 38 ans ou encore Alex, chanteur de 35 ans.

⁵³ Cette question s'inscrit directement dans le débat international sur la *définition de la santé*. La proposition de l'Organisation mondiale de la santé est la suivante : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (1946)

⁵⁴ Romane avec l'héroïne, Emmanuel avec l'ecstasy, William avec l'alcool, le cannabis et les médicaments, Judith avec le cannabis, parfois l'alcool et les médicaments, mais aussi le travail.

⁵⁵ L'expression *usages thérapeutiques* désigne ici les pratiques destinées à soigner un mal physique ou moral ou à supprimer/atténuer la souffrance qui l'accompagne.

Ils sont ponctuels ou réguliers, peuvent s'étaler sur quelques mois, quelques années voire des dizaines d'années, associent dans certains cas produits licites et illicites.

L'utilisation de ces remèdes comme une assistance quotidienne, alors qu'ils ne permettent pas à eux seuls de guérir les personnes, pose la question des limites de l'intervention médicale et pharmacologique, celle aussi du rôle social des psychotropes, prescrits ou prohibés.

Prescriptions de médicaments, usages autoadministrés et détournés - profils

Parmi les personnes consommatrices de médicaments psychotropes rencontrées en 2002, 5 femmes et un homme consomment exclusivement des médicaments psychotropes prescrits, ainsi que d'autres produits licites (tabac et/ou alcool)⁵⁶.

2 femmes et 5 hommes consomment ou ont consommé des médicaments antidépresseurs et/ou des anxiolytiques/hypnotiques qui leur ont été prescrits⁵⁷ ainsi que de l'alcool et/ou tabac et des produits illicites⁵⁸.

2 femmes exclusivement consommatrices de produits illicites mentionnent des usages détournés, sans prescription, de benzodiazépines⁵⁹.

Parmi les usagers de substances psychotropes illicites interrogés en 2001, 11 personnes mentionnent un usage de médicaments anxiolytiques/hypnotiques dans leur trajectoire dont un seulement dans un cadre médicalisé⁶⁰ ; 4 personnes rapportent un usage de médicament antidépresseur dont deux dans le cadre d'une prescription⁶¹.

Sur 11 usagers de produits illicites interrogés en 2001 ayant déjà consommé des benzodiazépines, un seul les avait obtenues sur prescription. Il s'agissait le plus souvent d'usages ponctuels⁶².

Victor, comme Yves, passe d'un usage encadré par le médecin à une autogestion de ses stocks de médicaments. Caïn, à l'inverse, se fait prescrire des médicaments après en avoir consommés longtemps sans prescription, mais il est associé par son psychiatre à la gestion de cet usage et le détourne. Pour William enfin, la prescription est uniquement un moyen de se procurer des produits dont il a un usage détourné.

⁵⁶ Les entretiens correspondant sont les 46, 47, 48, 51, 53, 63. Ces personnes (Ghislaine, Marie, Monique, Julien, Mireille, Anne) sont présentées p. 153.

⁵⁷ Caïn se procure aussi des médicaments par d'autres biais que la prescription.

⁵⁸ Les entretiens concernés sont les 49, 50, 62, 59, 54, 29, 43. Ces personnes (Judith, Yann, Lucie, Henri, Victor, Caïn, William) sont présentées page 153.

⁵⁹ Et deux femmes ont/ont eu un usage autogéré de dérivés amphétaminiques vendus comme des médicaments coupe-faim.

⁶⁰ Entretien 20 Yves.

⁶¹ Entretiens 7 David, 38 ans, Travail en milieu carcéral, célibataire sans enfant. Usager de cannabis, d'héroïne, et de Subutex® en substitution et en alternance avec l'héroïne. Son médecin qui lui prescrit le Subutex® lui prescrit peu avant l'entretien un antidépresseur.

Entretien 20 Yves, 30 ans, chargé de production télévisée, célibataire, 1 enfant.

Consommation dans le passé régulière de cocaïne (actuellement occasionnelle), d'ecstasy. Période de dépendance à l'alcool. Dépression il y a 3 ans, maison de repos, HP et cure de sevrage (alcool). Se fait prescrire du Prozac® et du Lexomil® alors qu'il est suivi en psychiatrie, actuellement ne boit plus d'alcool, fume du cannabis quotidiennement.

⁶² Les entretiens réalisés en 2001 ne portant pas sur les usages de produits licites, les témoignages mentionnant ce type de consommation de psychotropes n'ont pas toujours été approfondis ni questionnés et seront utilisés ici dans une moindre mesure.

William, 40 ans, fonctionnaire, entretien 43

« En fait à chaque fois que j'ai eu, pas forcément des dépresses mais... un peu de mal-être ou des choses comme ça, j'ai toujours demandé des médocs au toubib... Enfin toujours, ça m'est arrivé plusieurs fois dans ma vie... alors ça a été du Lexomil®, du Témesta®, j'ai détourné des barbituriques, Halcion®... »

Donc en fait tu te faisais prescrire le médicament pour une déprime mais toi tu en as un usage...

J'en ai un usage détourné en fait voilà... Parce que d'abord je n'ai jamais été ni déprimé ni dépressif réellement. »

Les médicaments antidépresseurs sont toujours prescrits quotidiennement par les médecins. Ils agissent sur le long terme. Leur usage n'est quasiment jamais détourné⁶³.

Les médicaments anxiolytiques (benzodiazépines essentiellement) sont prescrits quotidiennement le plus souvent ou encore « en cas de besoin », ceux-ci ayant un effet immédiat. Ils sont aussi utilisés hors prescription à des doses qui peuvent être supérieures aux doses ordinairement administrées, quelquefois en association avec d'autres produits (alcool surtout). Les personnes se procurent des anxiolytiques chez le médecin, par des proches ou encore grâce à un pharmacien « bienveillant ».

Les médicaments psychotropes consommés

Médicaments antidépresseurs		Prozac® (Inhibiteur sélectif du recaptage de sérotonine, IRS, Lilly France) 5 usagers Deroxat® (IRS - Smithkline Beecham) 3 usagers Zoloft® (IRS - Pfizer) 2 usagers Athymil® (Organon S.A.) 2 usagers, Effexor® (Wyeth Lederle) Ixel® (Pierre Fabre Médicaments) Anafranil® (Novartis Pharma) Séropram® (IRS - Lundbeck) Stablon® (Servier)
Médicaments anxiolytiques	Benzodiazépines	Lexomil® (Roche) – 6 usagers, Xanax®(Pharmacia-Upjohn)-4 usagers Rivotril® (Roche)-3 usagers Tranxène® (Sanofi-pharma)- 3 usagers Lysanxia® (Parke Davis) 2 usagers Témesta® (Wieth-iederle) – 2 usagers Valium® (Roche) Librium® (Roche) Urbanyl® Halcion®
	Antihistaminique	Atarax®
anxiolytique, antipsychotique	Neuroleptique	Tercian®
Médicaments hypnotiques	benzodiazépines	Stilnox® Normison®
Médicaments contre la douleur opiacés		Zumalgic®, Topalgic®, Sophidone® Paracétamol codéiné à fortes doses ⁶⁴

⁶³ Olivier, entretien 33, rapporte un épisode unique de consommation au travail et Didier, entretien 9, une période de consommation détournée de Prozac® suite à son passage dans un hôpital militaire lorsqu'il se fait réformer.

⁶⁴ Les usages de médicaments opiacés dans le cadre d'une substitution ou en alternance avec un usage d'héroïne ne seront pas abordés ici.

Sur les effets des médicaments et leur action psychotrope

« Au musée, la douleur persista durant toute ma visite et atteignit son paroxysme au cours des quelques heures qui suivirent lorsque, de retour à l'hôtel, je m'affalai sur mon lit et restai là les yeux fixés au plafond, virtuellement paralysé par une transe marquée par une extrême souffrance. D'ordinaire dans de pareils moments, toute lucidité désertait mon esprit, d'où le terme de transe⁶⁵. »

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« C'était quand la période où ça n'allait pas du tout ?

La période où ça n'allait pas du tout ? Septembre 91, crise de panique...

Suite à un événement particulier ?

Absolument pas. Je jouais dans un piano bar, je sentais que ça me submergeait et j'ai prévenu le guitariste. On a commencé un morceau, je lui ai dit « je ne sais pas si j'arriverai à finir celui-là », je ne sais pas pourquoi. Et puis, je me suis jeté dehors, à un moment c'est monté trop fort, comme une poussée d'adrénaline que tu ne contrôles pas. (...) C'est-à-dire que tu sens que ça monte, c'est vraiment le terme, ça part de la nuque et ça monte jusqu'à la tête et là, non, tu ne peux pas le gérer, ça explose ! Donc c'est « j'ai besoin d'air », « je suis en train de crever », etc. Ou bien « je suis en train de devenir fou », ça dépend des cas, enfin cette première fois là c'était « je suis en train de crever », d'ailleurs je le faisais tout simplement, je disais au revoir à mes potes qui étaient autour de moi pendant que j'étais allongé par terre dans la rue. Je disais « voilà, je ne peux plus tenir, je m'en vais... »

Julien décrit ses « crises de panique », dont celle-ci fut la première d'une telle intensité, comme des états de conscience non ordinaires qui se traduisent par une angoisse d'autant plus oppressante qu'elle est incontrôlable et qu'il n'en connaît pas l'élément déclencheur. L'angoisse est associée à un rythme cardiaque très élevé et accompagnée de sensations d'enfermement, de claustrophobie. Julien croit qu'il va mourir ou devenir fou ou encore qu'on l'a ensorcelé, qu'on lui a « jeté un sort ».

Après cette première crise aiguë, il entre dans un état d'une grande fragilité émotionnelle, secoué par des moments de « profonde déprime » comme par des états (« plus rares » dit-il) d'euphorie inexplicable. Sa peur de basculer à nouveau est telle qu'il écarte tout élément qui pourrait le déstabiliser, consommation d'alcool, de cigarettes, de café pendant deux ans, évitement des contextes de foule, d'enfermement, d'altitude : « Et tu rajoutes à ça la claustrophobie, le vertige, l'agoraphobie... les environnements bruyants, les environnements peuplés donc, la peur de la violence, la peur de plein de choses. Pas un truc devant lequel tu ne te retranches »

Dans les témoignages entendus, les états de souffrance les plus aigus, états de dépression ou d'angoisse, sont décrits comme des états de conscience modifiés et souvent associés à une perte d'identité : on n'est plus soi-même, on ne se reconnaît plus, on croit que l'on devient fou. Julien a le sentiment d'être « décentré, désaccordé ».

Les descriptions de ces expériences douloureuses rappellent les témoignages de « bad trip » d'usagers de LSD, qui associent état anxieux (et très souvent angoisse de mort), sentiment de dépersonnalisation et quelquefois délire avéré⁶⁶.

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« Ça n'a pas diminué tes capacités, ton écoute ?

Non les médicaments non, la maladie oui mais les médicaments non. Au contraire. Les médicaments ne m'ont jamais mis dans un état second, je ne me suis jamais senti dans un état second avec les médicaments, je me suis simplement senti dans un état un peu plus proche de mon état normal. Mais ça ne m'a jamais fait la même chose que de l'alcool. »

Alors que certains psychotropes illicites sont utilisés pour les modifications de l'état de conscience qu'ils induisent, les médicaments de la famille des benzodiazépines, réputés peu modificateurs de l'état de conscience, sont consommés en cas de crise d'angoisse aiguë, tout comme les neuroleptiques dans les cas de psychose, pour ramener les personnes dans un état supportable, proche de la réalité ordinaire. Produits *de descente*, les usagers de produits illicites s'en servent aussi pour gérer les effets secondaires d'autres psychotropes. Caïn consomme des benzodiazépines pour effacer les effets

⁶⁵ STYRON (W.), *Face aux ténèbres Chroniques d'une folie*, éd. Gallimard Folio 1999.

⁶⁶ *Usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance-pills, amphétamines...)*, Rapport de recherche action coordonné par Christian Sueur, Médecins du Monde 1999, p. 322.

secondaires de la cocaïne et en particulier les états de paranoïa, Victor pour « réguler la machine (...) en fin de parcours de consommation de produits illicites ». L'état de « dépression biologique⁶⁷ » qui succède, bien souvent, la prise d'ecstasy de quelques jours, est considéré par Victor comme léger comparativement aux états dépressifs qui l'assaillent régulièrement : « ça a complètement dédramatisé les produits pour moi parce que j'ai considéré que les effets négatifs n'avaient rien à voir et n'avaient rien en commun avec les effets négatifs de ma vie⁶⁸. »

Les antidépresseurs permettent aux personnes en proie à la dépression de sortir du figement qui la caractérise, état qui peut s'apparenter à une transe⁶⁹. Il s'agirait, là aussi, de ramener le fonctionnement psychique d'une personne dans un état proche de la normale. Le docteur G. nous dit que les antidépresseurs sont « efficaces et non dangereux » puisqu'ils permettent à une personne de « se sentir mieux tout en restant elle-même ». Pourtant « L'état obtenu n'est jamais qu'un compromis entre la disparition de symptômes gênants et la création d'un nouvel état cognitif⁷⁰. »

Les effets des médicaments psychotropes semblent très variables d'une personne à l'autre. La façon dont ils sont reçus est très subjective et leur efficacité en particulier est ressentie et évaluée différemment selon les personnes.

Si l'efficacité des médicaments sur l'anxiété, sur les symptômes de la dépression, est démontrée dans des études versus placebo, il n'en demeure pas moins que « plus de 40 % des états dépressifs d'installation récente sont susceptibles d'une amélioration symptomatique par le seul effet du placebo⁷¹ ». Dans le cas de Julien, on constate que la relation qui se noue avec le médecin influe sur l'efficacité du remède prescrit⁷². Celui-ci décrit le Séropram® comme un produit miracle alors qu'il présente peu de différence avec les antidépresseurs qu'il a consommés auparavant⁷³. L'efficacité présumée de cet antidépresseur tient selon lui à sa rencontre avec un spécialiste des « attaques de panique » qui a su poser un nom sur ses crises d'anxiété et qui lui a prescrit un médicament spécialement indiqué pour ce type de trouble puisqu'il portait, précise-t-il, l'indication « attaques de panique » sur sa notice d'utilisation.

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« Et puis, un jour, tu rencontres un médecin qui te dit « non non, vous n'êtes pas fou ! Ne vous faites pas de soucis, je connais le problème. » « Ah bon ? Mais je suis en train de crever alors ? », « Non non, non plus » Et là ça va mieux.

C'était au bout de combien de temps ?

Ben malheureusement c'était au bout de 6, 7 ans. (...) Et la première fois que j'ai vu *attaque de panique* marqué sur une indication de médicament [le Séropram®], ça m'a fait autant de bien que si je les avais pris. Rien que de savoir qu'on n'est pas fou ni en train de crever ni tout ça. »

La présentation du médicament et en particulier la « publicité » qui en est faite, en d'autres termes la stratégie de commercialisation du laboratoire qui le fabrique, peut avoir une influence sur son efficacité. Le nom générique « attaque de panique » a été introduit par la classification anglo-saxonne des troubles psychique (le DSM) pour décrire un état d'anxiété aigu. Ce nouveau concept apparaît en indication spécifique de certains médicaments qui ne sont pas nouveaux mais relookés à l'intention de consommateurs potentiels. Ainsi l'utilisation du Séresta® pour les problèmes d'alcoolisme « sans

⁶⁷ « L'ecstasy, et surtout, plus on rapproche les prises, plus on augmente les doses, produit une sorte de vidange de la sérotonine intra cérébrale, et une sorte de dépression biologique quelques jours après la fête, ce que les raveurs appellent le blues du mercredi », Christian Sueur, *Trip, speed and taz*, Journée « Usages, abus, et dépendances aux drogues de synthèse », Paris, ministère de la Santé, 13 décembre 2002.

⁶⁸ Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54.

⁶⁹ État particulièrement bien décrit par William Styron dans l'extrait cité en épigraphe.

⁷⁰ ZARIFIAN (E.), *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, éd. Odile Jacob, 1996.

⁷¹ TIBON-CORNILLOT (M.), « L'état toxique. Penser les toxiques ou les effets toxiques d'un objet de pensée », *Transition* n^{os} 63 et 64.

⁷² Michel Tibon-Cornillot *op. cit.* montre même que la conviction du médecin sur l'efficacité présumée d'un remède a une influence sur la façon dont le patient le reçoit et donc sur son efficacité réelle.

⁷³ Il a consommé les anxiolytiques suivants : Lexomil®, Témesta®, Valium®, Tranxène®, Xanax®, Rivotril® ; et ces antidépresseurs : Anafranil®, Prozac®, Déroxat®, Zoloft®, Seropram®, Stablon®.

aucune raison particulière mais parce que le laboratoire a décidé de le commercialiser pour ça⁷⁴ ». Ainsi le Rivotril®, qui semble avoir une bonne image auprès du public, présenté par plusieurs usagers comme un produit particulièrement efficace alors que son action est celle d'une benzodiazépine ordinaire, proche du Valium® plus connu⁷⁵.

Les effets des benzodiazépines, contrairement à ceux des antidépresseurs, sont immédiats. Le plus souvent ils sont décrits comme calmants et relaxants. Un effet euphorisant est mentionné par quelques usagers.

Certaines benzodiazépines comme le Témesta® sont utilisées traditionnellement⁷⁶ pour dormir, d'autres davantage pour leur effet anxiolytique, comme le Lexomil® qui serait moins somnifère alors que plusieurs usagers lui attribuent une réelle efficacité pour retrouver le sommeil. Le Xanax®, selon William, aurait un effet euphorisant. Les benzodiazépines sont souvent associées à des sensations de bien-être (Mireille sur le Lysanxia®, Caïn et William sur le Xanax®...) Prises à des doses abusives et/ou avec de l'alcool, elles sont consommées pour modifier fortement l'état de conscience.

Les différences entre benzodiazépines semblent assez subtiles. Elles dépendent de leur pharmacodynamique mais aussi de l'investissement imaginaire qu'on leur porte, comme le montrent les témoignages, très hétérogènes.

L'antidépresseur, stimulant, annule les symptômes les plus handicapants de la dépression (perte d'appétit, manque d'entrain et difficulté à agir) mais ne procure pas de plaisir. Mais là encore, les effets semblent variables⁷⁷ et si certaines personnes ne les ressentent pas du tout (Mireille par exemple), d'autres, particulièrement sensibles ou ayant davantage l'expérience d'états de conscience modifiés, pourront éprouver un sentiment d'euphorie comme Caïn avec le Prozac®. Certains antidépresseurs enfin, comme l'Athymil® ou Anafranil®, sont davantage « sédatifs » et utilisés le soir pour les troubles du sommeil très souvent associés à la dépression.

Usages thérapeutiques

« Toutes les substances agissant sur le système nerveux central, alcool, drogues interdites, médicaments psychotropes, produisent, chacune à leur façon, des états modifiés de conscience, il s'agit d'une modification fonctionnelle labile et réversible du fonctionnement physiologique cérébral ; ces modifications expliquent également leurs potentialités thérapeutiques symptomatiques (baisse de l'angoisse, diminution des phénomènes psychotiques (délire, hallucination), atténuation de la souffrance dépressive, équilibration normothymique, stimulation "dopante"⁷⁸ ...) »

Chez les personnes que nous avons rencontrées, la prise de médicaments psychotropes répond le plus souvent à une souffrance psychologique, dans peu de cas à une douleur physique. Mais la dépression, l'angoisse, peuvent se manifester par des dysfonctionnements physiques, et, à l'inverse un dysfonctionnement physique est souvent générateur d'angoisse, voire de dépression.

La dépression, maladie la plus souvent invoquée pour justifier une prise de médicament, recouvre une série de symptômes d'intensités variables, identifiables dans les témoignages ensemble ou isolément. « Déprime », « mal-être », « dépression », « état dépressif », sont autant d'expressions utilisées pour qualifier des états de souffrance à l'origine d'un traitement avec médicament

⁷⁴ Docteur K, 35 ans, médecin généraliste, CF13.

⁷⁵ Peut-être parce que le Rivotril® est utilisé en neurologie, peut-être aussi parce qu'il a été préconisé dans la presse médicale pour faciliter le sevrage aux benzodiazépines.

⁷⁶ Par une vieille habitude de prescription et surtout de consommation, en particulier pour un grand nombre de femmes âgées qui en sont dépendantes.

⁷⁷ « C'est complètement variable d'un patient à l'autre. On va dire dans le cas général c'est comme ça mais le cas général c'est 20, 30 % des patients... » Docteur K, médecin généraliste, entretien CF13.

⁷⁸ DR SUEUR (C.), « Haschischin », revue DERADE (à paraître).

antidépresseur, associé ou non à des anxiolytiques. La dépression peut aussi induire un accroissement de l'usage d'alcool ou de cannabis, dans d'autres cas encore des formes d'autothérapie avec des produits fortement modificateurs de l'état de conscience.

« Anxiété », « crise d'angoisse », « attaque de panique » mais aussi « insomnie » sont attachés à une prise d'anxiolytique. Les états d'angoisse aigus sont dans tous les cas rencontrés associés à une dépression. L'anxiété en revanche, est quelquefois isolée. Elle donne lieu à des prescriptions de médicaments anxiolytiques, et/ou à toutes sortes d'automédications avec des produits illicites (en particulier cannabis et opiacés) ou de l'alcool.

La souffrance dépressive

La dépression apparaît comme une perturbation générale du système émotionnel. La sensibilité des personnes dépressives est exacerbée (réactions démesurées aux événements extérieurs) et, en même temps, les témoignages expriment une absence d'enthousiasme plus ou moins généralisée : fatigue, sentiment de vide, l'impression d'agir « comme une machine », diminution de la libido, difficulté à faire face à ses responsabilités. Le figement du corps et de la pensée constitue, nous dit Daniel Widlöcher⁷⁹ « l'épuisement de l'incitation à agir » caractéristique de la dépression.

Cet état « pesant » semble insurmontable. Il s'accompagne d'une grande tristesse, permanente ou qui alterne quelquefois avec un sentiment d'euphorie inexplicquée, aussi d'une perte de la confiance en soi (sentiment d'infériorité, peur d'affronter les autres), dans les cas les plus sévères de pulsions de mort.

Les causes de la dépression sont toujours perçues comme anciennes, l'état de dépression comme un état latent qui s'exprime à l'occasion d'un événement particulier, le plus souvent une rupture dans la vie affective et/ou professionnelle : « Ton corps résiste un certain temps et puis après il lâche⁸⁰. »

« (...) le modèle expérimental de Seligman, dans son acceptation complète, offre une explication intéressante du phénomène clinique d'épuisement. Ce qui stimulerait notre activité serait le constant renforcement positif qui la "récompense". Cela ne signifie pas, évidemment, que toutes les actions entreprises se soldent par le succès et par une expérience de satisfaction, mais il suffit qu'un nombre important d'entre elles soit de la sorte récompensée pour que l'ensemble se trouve en permanence active⁸¹. »

Plusieurs témoignages mettent en avant des carences ou problèmes affectifs comme étant à l'origine de leur dépression (poids de la solitude ou du célibat exprimé par Ghislaine, William, Monique, Judith ; rupture affective pour Yann ; relations familiales difficiles ou absentes – Ghislaine), d'autres des problèmes dans le travail (problèmes relationnels, dévalorisation, perte de statut⁸²...). Le docteur K. met l'accent sur l'importance du travail dans le déclenchement de la dépression ou d'un mal-être :

Docteur K, 35 ans, médecin généraliste, entretien CF13

« Et dans les causes exprimées par les personnes de leur mal-être est-ce qu'il y a des choses qui ressortent ?

Souvent le boulot, c'est un truc que j'ai retrouvé pas mal à Paris. Il y avait la famille, à un moindre degré, mais plus quand même le boulot qui était considéré comme l'élément déclencheur d'une dépression ou d'un mal-être. C'est-à-dire des gens qui, tous les jours, quand ils partaient au boulot, ne se sentaient pas bien. Ça faisait des années que ça durait et à la faveur d'un truc qui est ridicule, boum ! Ça bascule complètement ! Il y a des histoires de harcèlement, des choses comme ça, qui sont assez patentes. Bon, moi je ne vois que ce qui est dit par le patient, je ne sais pas exactement quelle est la situation. Ce que j'ai cru remarquer, par rapport au travail, c'est manifestation des situations de gens qui étaient mis sous pression à cause de la précarité, avec ce truc là à la clef, et qui se retrouvaient souvent pas bien à cause de ça. Il y avait beaucoup de gens de l'administration aussi qui se retrouvaient dans un milieu absolument infect avec des petits chefs au-dessus qui étaient imbuvables, etc. »

⁷⁹ WIDLÖCHER (D.), « Psychogenèse de la dépression et mode d'action des médicaments antidépresseurs » dans *La maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, éd. Odile Jacob, 2000.

⁸⁰ Julien, 39 ans, musicien, entretien 51.

⁸¹ WIDLÖCHER (D.), *op. cit.*

⁸² Voir la partie « Garder sa place », p. 118.

À ces déterminants « extérieurs » s'ajoutent des caractéristiques propres aux personnes, des terrains seraient particulièrement favorables à la dépression (Ghislaine, comme Victor, se dit dépressive depuis l'enfance, Julien met en avant sa « sensiblerie », Anne son problème d'hyperthyroïdie...). Des problèmes de santé physique peuvent être à l'origine d'un mal-être psychologique, surtout lorsque l'origine du dysfonctionnement ressenti n'est pas connue.

La dépression de Judith est consécutive à une rupture amoureuse mais plusieurs autres épisodes dépressifs lui ont succédé qui suggèrent un mal-être plus ancien.

Judith, 28 ans, médiateur culturel, entretien 49

« Et j'aimerais que tu me décrives, si tu peux, ce que c'est pour toi qu'un état dépressif, la dépression ?

C'est le culte du vide, ça part d'une passion absente, tu aimes l'absent, donc tu le vois tellement partout que tu ne peux pas le sortir de ta tête, c'est... ça te martèle, ça t'obsède... Pour enlever cette obsession tu bois, tu fumes, ce qui est une erreur parce qu'au contraire tu y penses encore plus, tu pleures encore plus, tu es encore plus malheureux, encore plus mal parce que ça fait mal aussi physiquement. C'est un état de tristesse permanent. (...) Tous les jours j'y pensais, j'y pensais, j'y pensais, même quand je marchais, tout ce que je faisais, j'y pensais et je ne me sentais pas libre. Tu n'es pas libre, tu es totalement enchaîné et c'est un truc qui te pèse, qui te pèse sur la tête, quoi, et qui est LOURD, c'est un truc lourd, c'est des crises d'angoisse, c'est une remise en question de toi-même : t'es moche, t'es con, tu n'as rien à dire, t'es qu'une pauvre merde, de toutes façons t'es tellement con que personne ne veut te parler donc tu restes toujours dans la légèreté, dans la représentation. (...) Je me roulais joint sur joint, je fumais et je regardais les gens comme ça et j'étais malheureuse, j'étais malheureuse ! Et je voyais les gens s'amuser et je n'avais pas envie. Tu n'as pas envie de vivre. J'ai eu envie de me tuer mais bon, comme je suis un peu peureuse, je ne l'ai pas fait. J'ai eu des crises colère aussi ! Je suis restée des après-midi assise par terre, à réfléchir, à écrire, je n'arrivais pas à lire mais j'écrivais beaucoup, à parler toute seule aussi, je parlais toute seule parce qu'il fallait que ça sorte, que ça sorte ! À dormir, je fumais l'après-midi j'étais un peu comme ça alors j'allais me coucher... Je me réveillais vers 6, 7 h, je filais au bar boire, je me bourrais bien la gueule, je rentrais chez moi vers minuit j'étais bien soûle, je ne pensais plus à rien, je dormais et le lendemain rebelotte. »

Produits de maintien de soi, médicaments⁸³, cannabis

Aucun usager ne dit que les médicaments l'ont guéri. Ils ne permettent pas non plus de supprimer la souffrance de la dépression mais l'atténuent, aident les personnes à se sentir mieux, leur permettent de fonctionner. Dans les cas de dépression les plus sévères, ils apparaissent comme une solution de survie, maintenant les personnes dans une souffrance simplement supportable.

Le médicament antidépresseur agit sur la « régulation des humeurs ». Il amène une stabilisation. Par ses propriétés stimulantes, il est aussi utilisé pour retrouver un entrain minimal (une énergie, un goût de vivre) sans lequel aucun processus de guérison n'est possible : « Il arrive qu'il soit nécessaire de prescrire avant [d'amener la personne à faire une psychothérapie] parce qu'il peut arriver qu'elle n'ait pas l'énergie nécessaire et, cette énergie, on va la lui fournir pharmacologiquement⁸⁴. »

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« C'est-à-dire que, si tu veux faire un graphique avec une ligne horizontale qui représenterait le 0 émotionnel, au lieu de te faire descendre très bas et monter très haut des crises d'euphorie (qui d'ailleurs n'ont pas lieu d'être mais sont beaucoup plus rares que les crises d'en bas) ça te compresse un petit peu tout ça. C'est-à-dire que tu descends moins bas, tu montes moins haut aussi... La courbe de la descente, quand tu ne prends pas de médicaments, elle descend très très bas et met énormément de temps à remonter donc forcément, quand tu prends un antidépresseur qui te relève et qui t'empêche de descendre si bas, tu vas descendre mais tu vas rebondir beaucoup plus vite et ça va remonter beaucoup plus vite. Ce qui fait que la crise de déprime, de dépression ou de malaise, au lieu de durer sur 15 jours et d'atteindre un creux impossible, elle dure sur 3 jours et t'as un creux beaucoup moins important. Pour moi, les antidépresseurs, ça a surtout servi à ça et à reprendre un petit peu confiance en soi, c'est-à-dire pouvoir disposer à nouveau de mon cerveau. »

L'antidépresseur a aussi une action préventive. Il réduit les risques de crise et la peur qui y est associée, offre ainsi un répit aux personnes, un moyen de reprendre confiance. Cet effet « boule de neige », peut dans certains cas avoir une efficacité thérapeutique directe :

⁸³ Antidépresseurs, anxiolytiques mais aussi opiacés de substitution ; voir la partie « Garder sa place », p. 118, qui traite de l'usage de psychotropes pour se maintenir socialement.

⁸⁴ Docteur K, médecin généraliste, entretien CF13.

Docteur K, médecin généraliste, entretien CF13

« (...) Le médicament porte le patient, le met de bonne humeur, on peut espérer un effet boule de neige positif : il a moins une image de merde de lui, donc il commence à faire des choses, petit à petit ces choses vont agir sur sa propre perception de ce qu'il est, etc. petit à petit ça peut aller mieux, pourvu qu'on garde l'antidépresseur suffisamment longtemps, la vie de la personne peut changer un peu, parce que pharmacologiquement on lui a donné l'impression que les choses allaient mieux. »

Les médicaments anxiolytiques, dans les cas d'angoisse aigus, permettent aussi aux personnes d'assumer leurs fonctions quotidiennes ou encore de retrouver un sommeil nécessaire. L'anxiété, fréquente dans les cas de dépression, et qui masque volontiers ce déficit de la motivation à agir, est souvent le premier symptôme traité par les médecins, d'autant plus que le médicament antidépresseur, selon certains d'entre eux, peut avoir des effets anxiogènes et/ou désinhibiteurs en début de traitement.

Mireille dit du Lysanxia® qu'il l'aide à assumer ses fonctions professionnelles et à s'occuper de ses enfants, à faire face à ses responsabilités :

Mireille, 42 ans, professeur de lettres, entretien 63

« C'est vraiment quand je sens que j'ai la gorge serrée. Quand je sais que je ne vais pas pouvoir être soit bien avec mes enfants, soit bien avec mes élèves, soit dormir. C'est juste en perspective de ça ou alors vraiment quand je vois que je vais passer la journée à ne rien pouvoir faire parce que je suis trop angoissée. C'est la gorge serrée c'est ça, c'est un nœud. »

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« [Les médicaments] ça te « zenifie » un peu et quand t'es tout le temps sur les nerfs comme je l'étais, tu n'as qu'une seule envie, c'est de te recroqueviller dans la position du fœtus en attendant que les muscles veuillent bien se détendre, et que ton cœur veuille bien ralentir et que la boule que t'as dans la gorge veuille bien s'en aller et que l'angoisse que t'as au ventre veuille bien partir. Ça, ça l'atténue beaucoup. »

Après un discours sur les usages fonctionnels du cannabis dans le cadre de ses activités professionnelles, Yann évoque l'effet « antidépresseur » du cannabis, dont il ne pourra, dit-il, se passer que lorsqu'il sera complètement guéri de sa dépression. Le cannabis joue, pour certains usagers, le rôle d'un modulateur de l'humeur⁸⁵. Par ses propriétés euphorisantes, il peut apporter un soutien psychologique. Dans le cas de Yann, comme dans celui de Samuel qui souffre d'un « mal de vivre », l'usage de cannabis comble un manque, c'est un palliatif, un moyen de « corriger » une réalité dans laquelle ils se sentent mal, de « lutter contre l'absence de plaisir de vivre⁸⁶ ».

William comme Yves utilisent le cannabis pour supporter la pression sociale⁸⁷, pour se maintenir, rester « dedans » tout en jouant avec les règles du jeu⁸⁸. Si le médicament mobilise, stimule l'action, le cannabis peut tendre au contraire à réduire la mobilisation sociale des personnes. Il induit une *distanciation* et peut avoir un effet secondaire, que les médecins qualifient d'« amotivationnel⁸⁹ ».

⁸⁵ Voir aussi les témoignages d'usagers dans FONTANA (C.), « Des usages thérapeutiques du cannabis et de l'automédication », *Psychotropes*, vol. 6, n° 3, 2000.

⁸⁶ Samuel, 30 ans, professeur en lycée, entretien 6. Dans le même sens, Mireille dit du Lysanxia® : « L'idéal c'était que je n'en prenne pas mais il faut aussi que j'arrive à vivre... »

⁸⁷ D'autres produits illicites sont utilisés dans un cadre festif, de fin de semaine, pour décompresser après une semaine de travail.

⁸⁸ Voir « Lignes de fuites » p. 126.

⁸⁹ Cf. FONTANA (C.), « Des usages thérapeutiques du cannabis et de l'automédication », *Psychotropes*, vol. 6, n° 3, 2000.

Se désensibiliser, alcool, cannabis, médicaments détournés⁹⁰

L'alcool, comme le cannabis, est utilisé à des doses importantes à des fins anesthésiantes, sédatives « pour oublier », pour « fuir ». Judith noie son chagrin d'amour dans l'alcool, Yves « plonge dans l'alcool » par impuissance, par désespoir, alors qu'il ne peut plus faire face à ses obligations familiales et sociales.

L'alcool est associé quelquefois aux médicaments et/ou au cannabis. L'effet recherché est une désensibilisation extrême, souvent qualifiée de « défonce », qui a un versant thérapeutique et un versant hédoniste.

Judith, 28 ans, médiateur culturel, entretien 49

« Il y a différentes façons de boire, moi j'ai bu pour oublier et j'ai bu pour des raisons tout à fait... simples, entre copines autour d'un bon repas, etc.

Mais l'alcool ça peut aussi être un remède... ??

Ça a été, à un moment donné moi je buvais carrément en plein après-midi un calva. Comme je ne me drogue pas plus que ça, enfin je ne prends pas de coke, (...) ni cachetons, ni héroïne ni rien, donc j'associe facilement alcool et shit pour me défoncer un peu. Après, j'augmente les doses si je veux vraiment m'enterrer mais...

Des périodes « pour oublier » tu peux décrire un peu...

J'en ai eu une sale hein ! Qui a duré bien deux ans ! C'est long deux ans. Chagrin d'amour inconsolable donc habitude apéro. Bon généralement, l'apéro tu sais à quelle heure ça commence, tu ne sais pas à quelle heure ça finit, pour peu que tu ne manges pas, tu manges 4 cacahuètes et trois chips, l'alcool monte un peu plus vite, pour peu que tu fasses un peu des mélanges, pour peu que tu sois un peu... que tu aies envie de te libérer, c'est une façon de se libérer aussi, parce que tu ne veux pas penser à tes soucis, parce que tu ne veux pas réfléchir, parce que tu ne veux pas voir la vérité en face, alors c'est une façon de se masquer, de se voiler la face, et moi je savais que je faisais ça pour ça mais je le faisais parce que je n'avais pas d'autre moyen.

Et c'est une période pendant laquelle tu buvais plus que

De raison oui, oui. J'étais carrément soularde, je rentrais à la maison, je vomissais, je n'étais pas bien et le lendemain j'allais bosser.

C'était... ??

C'était il y a deux ans, ça a commencé à 26 ans exactement.

Donc à cette période là c'était quotidien ?

Oui (...)

Est-ce qu'il y a des périodes que tu considères comme abusives par rapport à ta consommation de cannabis ?

Pareil, quand j'étais en dépression, je fumais pour me défoncer. Alors je mettais Jeff Buckley à fond, je pleurais bien, j'étais avec Jeff Buckley en haut et j'étais contente. Voilà.

Tu fumais davantage ?

Ouais, je fumais beaucoup, je fumais en journée je fumais quasi tous les jours et je fumais pour me défoncer, c'était la raison. Ce n'était pas pour le plaisir. Moi je croyais que c'était du plaisir mais voilà... »

Yves, 30 ans, chargé de production TV, entretien 20

« Et je suis parti en couilles mais graaaave ! J'ai commencé à faire un peu de vol à l'arrachée, des mauvais plans, taper mes potes... des trucs pas cool du tout... Tout en picolant tout le temps. Et là, j'ai plongé dans l'alcool mais profond. C'était un peu comme un sérum de désespoir en fait... que j'ingurgitais à longueur de journée. Avec mon fils en plus, là-dessus, que je n'arrivais pas à assumer... enfin la totale... et je suis tombé en enfer... Mais vraiment... De novembre 99 à février 2000, j'ai vécu ce que je ne souhaite à personne de vivre.

Je suis parti en vrille de XXX... jusque dans le XXX. Quand je suis arrivé, j'étais seul, et j'avais uniquement un toit. Et j'ai tout recommencé progressivement. En arrêtant l'alcool d'abord : je suis parti en cure un mois, j'ai arrêté complètement l'alcool à partir de ce moment-là, j'ai commencé à chercher du taf... »

Agir sur la conscience, cannabis, LSD, ecstasy

Les médicaments sont utilisés pour atténuer, voir supprimer les effets négatifs de troubles psychologiques (angoisse, perte d'entrain, idées noires...). Cette fonction, à la fois anxiolytique et euphorisante, qui est aussi celle du cannabis sur beaucoup d'usagers, permettrait, selon un point de vue médical dominant, une stabilisation favorable à un rétablissement. Mais le cannabis, parce qu'il facilite la réflexion, est aussi utilisé dans certains cas pour faciliter une introspection : « Perturber le

⁹⁰ L'héroïne peut aussi être consommée pour la désensibilisation qu'elle apporte. À doses modérées, elle apaise et soulage des douleurs physiques et des malaises psychologiques, place l'individu dans un état de bien-être général.

système que je suis pour arriver à savoir qui je suis⁹¹. » Cette dernière forme d'utilisation, dans le cadre d'une « narcothérapie » selon le qualificatif employé par Samuel, passe, à l'inverse de la première, par une déstabilisation du sujet.

On rencontre, à travers le témoignage de Victor, cette même forme d'autothérapie qui consiste à accentuer une déstabilisation initiale pour obtenir un éclairage nouveau sur la situation⁹², un nouveau point de vue perçu comme une lucidité retrouvée. Victor utilise l'ecstasy et le LSD⁹³ pour tenter de soigner son mal-être qu'il qualifie de « psychose chronique ». Il part de l'hypothèse que les drogues hallucinogènes créent des effets psychotiques transitoires qui pourraient agir sur la propre psychose.

L'ecstasy induit un excès d'émotions et de bien-être qui l'amène à éprouver un état de bonheur qu'il n'avait pas ressenti depuis longtemps et, dit-il, « de retrouver la formule d'être heureux ». Tom, de façon assez similaire, évoque l'ecstasy comme une « thérapie » qui induit une prise de conscience dont l'utilisateur peut bénéficier à long terme.

Tom, 28 ans, assistant de réalisation, entretien 37

« J'ai une très belle expérience avec les ecstas... Il faut que je t'en parle de ça... J'ai une tendance à être très nerveux. Je me bouffe les ongles... très tendu, très nerveux... Et j'ai découvert sous ecsta que je n'étais plus du tout nerveux... C'est-à-dire que j'ai découvert quelque chose que je ne connaissais pas de moi. Alors ça, c'est le côté vachement positif... j'ai comme l'impression, j'en suis persuadé, que l'ecstasy peut... être une thérapie, peut aider des gens, dans des cas très précis... Peut être par rapport à des gens qui sont très timides... par rapport à des gens très introvertis... moi je sais que ça m'a fait du bien. Parce que je me suis découvert à pouvoir passer une soirée sans être nerveux ou me tripoter les doigts... J'ai jamais les boules quand je suis sous taz... j'ai un peu découvert quelqu'un d'autre, ça a été la grande surprise. Et vraiment alors, c'est un truc 100 % positif (...) une vraie révélation. Ça m'a fait parler avec plus de gens, ça m'a enlevé un peu de nervosité. Et la conscience de ça, elle se fait même hors du produit. C'est-à-dire que tu peux te rendre compte de certaines choses sous les effets, et deux jours après, quand tu n'es plus sous effets, tu peux commencer à corriger des choses dans ta vie, parce que t'en as pris conscience... Moi, ça m'a donné des clefs. J'ai vraiment cette impression. Mais ce n'est qu'avec l'ecsta que je peux te dire ça. Sur mon comportement vis-à-vis des gens, de moi-même, ma nervosité, des choses se sont libérées. Pour moi, c'était du 100 % bénéfique. C'est-à-dire que je me suis même dit que c'était dommage que je n'aie pas connu ça plus tôt... Peut-être que ça m'aurait ouvert autrement. Je le pense vraiment ! »

L'expérience de Victor avec le LSD intervient après une période de surmenage pendant laquelle il se dit au bord du suicide. Elle marque, dans son récit, le début de son rétablissement.

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54

« Je n'arrivais plus à lire par exemple, j'avais perdu l'usage de la lecture, je n'étais plus capable de lire des livres, les phrases, je perdais le sens de l'un sur l'autre, j'étais... hanté par des créatures, enfin c'était vraiment absolument insupportable et donc j'ai fait... "on va quand même essayer quelque chose avant" et ça a été le début de ma remontée (...) Je me rappelle une nuit donc, c'était en décembre 2000... où je me suis dit "d'abord faut que je sois BIEN". J'ai commencé, je me suis pris 2 tazes dans la tête... et là, en effet, pendant quelques heures, j'ai été bien et après je me suis mais gavé, gavé, gavé de champignons hallucinogènes.

Tu as poussé le truc ?

Ah oui, oui, j'ai poussé le truc à fond et je me suis retrouvé dans un délire... dissociatif, où je me suis en fait retrouvé fragmenté en 5 types de personnalités... et, quand j'étais petit, je faisais des jeux de rôles... et j'ai attribué à chacune de ces 5 personnalités un rôle et moi qui étais en même temps les 5 personnalités diffractées, le maître de jeu... Donc je me rappelle avoir construit tout ça pendant les heures du trip jusqu'à arriver à... à faire vivre une aventure à ces personnages qui étaient à la fois moi, programmés à la fin, avec des enregistrements magnéto c'est-à-dire j'avais enregistré des trucs sur cassette.

Carrément ?

Et à un moment donné je m'envoyais des informations pour que ça agisse sur mon délire.

Ah oui ?

À un certain moment donné, une opération magique était censée... scinder les 5 personnages en un seul pour devenir quelque chose, une seule et même entité, ce que j'avais déjà vu dans un roman plus tôt. Et donc, j'ai fait cette mise en scène sur moi-même et ça a assez bien marché. C'est à partir de ce moment-là que j'ai commencé à prendre des décisions radicales. »

⁹¹ Samuel, 30 ans, professeur de lycée, entretien 61.

⁹² Ces psychotropes peuvent permettre de faire remonter des émotions refoulées.

⁹³ Pour avoir un aperçu des recherches existantes sur l'utilisation des substances hallucinogènes dans la thérapie des psychoses, voir l'article de SUEUR (C.) et coll. : Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques, revue documentaire *Toxibase*, n° 4, 1999 et n° 1, 2000, sur www.drogues.gouv.fr rubrique documentation/toxibase.

Les opiacés, des médicaments « miracle » contre la douleur

Deux usagers témoignent d'une grande efficacité des médicaments opiacés contre la douleur physique, mais notent, à fortes doses, des effets sédatifs et une accoutumance aux produits à long terme.

Anne, 51 ans, comptable et formatrice, entretien 53

« Je peux prendre 6 Doliprane® dosés à 1000 par jour et ça ne me fait rien alors qu'un de ces trucs là [Zumalgic®, Topalgic®] ça me calme pour quelques heures. »

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 61

« Je crois qu'avec 2 voire 3 comprimés d'aspirine codéiné le pire des maux de tête était stoppé dans l'heure alors que j'ai passé, quand j'en restais à l'aspirine, j'ai passé des journées entières dans le noir sans bruit en silence à me gaver d'aspirine sans que ça me fasse beaucoup d'effet et d'être neutralisé pendant une journée, toute une nuit etc.

C'est handicapant quand même.

Ah oui, non, ça la codéine c'est un miracle !... (...)

Plusieurs usagers témoignent aussi de l'efficacité de l'héroïne pour des douleurs physiques. Charles évoque la fonction antalgique du cannabis, utilisé contre des douleurs dentaires.

Autres remèdes

Toutes les personnes interrogées évoquent des éléments autres que les psychotropes qui ont pu contribuer à leur rétablissement : le suivi d'une psychothérapie, le dialogue, la reprise d'un travail (Judith), les rencontres amoureuses (Anne), la pratique de la moto de compétition (Julien).

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« Et qu'est-ce qui a fait que ça a été mieux alors au bout de 5 ans ?

C'est un petit peu indescriptible. Un jour tu te rends compte que tu as été louer une tondeuse et que t'as tondu ton jardin. Tu te dis « tiens ! Pourquoi j'ai fait ça ? » C'est uniquement pour mon confort personnel, pour le plaisir de mes yeux, pourquoi est-ce que, d'un coup, je n'ai plus envie que ce soit le bordel autour de moi ? Tu te dis que c'est bien, et puis tu arrives à te remonter un peu le moral tout seul comme ça. À te dire tiens ! Tu rencontres une autre petite nana. Tu fais l'amour avec elle, parce que de toutes façons au début tu fais toujours plus l'amour qu'après, et du coup tu retrouves des fantasmes, des désirs, des envies que t'avais plus du tout. Donc c'est vrai que les rencontres de femmes, les quelques initiatives personnelles, le fait de faire de la moto, c'est des petites initiatives comme ça qui sont parties de petites envies et qui se sont transformées en passion parce que je me rends compte que c'est ça qui m'aide à m'en sortir. (...)

Moi ce que je recherche maintenant, après avoir vécu ça, c'est le frisson mental, d'où ma compétition de moto, d'où la scène.

Tu as repris goût à ça ?

Oui parce que je veux bouffer du lion ! Même si quelquefois je suis encore entravé par des angoisses, je veux y aller. Il faut y aller !

Et tu te fais violence par rapport à ça ?

Oui mais de moins en moins... en espérant qu'un jour je le fasse vraiment avec 100 pour 100 de plaisir et 0 pour cent de contrainte. »

Usages de confort

Médicaments et dépendance

« Les femmes, il y a 30, 40 ans, souvent on leur prescrivait assez facilement des psychotropes, pour le blues, les difficultés de sommeil, on était très interventionnistes en France il y a 40, 50 ans, on se disait que tout pouvait être réglé par une petite pilule... Le problème c'est que la pharmacologie a un peu explosé à ce moment-là et on a commencé à avoir des tas de molécules, efficaces sur ces symptômes il n'y a pas de doute – ça calme l'angoisse, ça aide à retrouver le sommeil –, mais le problème c'est que ces personnes ont pris ces médicaments pendant 40 ans et maintenant on est dans la situation où des personnes qui ont 60 ou 70 ans ont pris ces médicaments pendant 40 ans.

C'est une question que les médecins ne s'étaient pas posée à l'époque, celle de la continuité de ces traitements à long terme...

« Ça été renouvelé sans se poser de questions pendant longtemps et ces questions-là on se les pose finalement depuis assez récemment, probablement depuis moins de 10 ans » Docteur k, médecin généraliste, entretien CF13.

Dans les entretiens réalisés, sur 15 personnes ayant consommé des médicaments psychotropes dans le cadre de prescriptions, 7 ont connu plusieurs épisodes de consommation. Pour un traitement de la dépression, les prescriptions de médicaments se prolongent quelques mois, quelques années⁹⁴, voire des dizaines d'années, d'autant plus que les médecins constatent, dans bien des cas, un retour des symptômes de dépression à l'arrêt des traitements. Beaucoup de personnes âgées consomment des benzodiazépines depuis 30 ou 40 ans et l'utilisation de médicaments à long terme, même s'ils ne permettent pas de *guérir* les personnes, est légitimée par certains médecins dans des cas qualifiés par le docteur G de « dépression chronique » ou quand les personnes « ne peuvent pas vivre sans⁹⁵ ».

La question de l'arrêt d'un traitement médicamenteux est très sensible pour Ghislaine et Julien qui ont connu des états de dépression majeure et/ou des crises d'angoisse. Les médicaments ont pour eux une fonction préventive dont ils se passent difficilement. Julien dit que les médicaments sont pour lui des « garde-fou ». Pendant longtemps, il a peur d'arrêter d'en prendre et d'aller mal à nouveau.

Ghislaine considère aujourd'hui qu'elle a toujours été une personne dépressive, cette dépression « chronique » justifiant l'emploi de médicaments pour prévenir la récurrence de ses crises d'angoisse. Elle consomme depuis 7 ans anxiolytiques et antidépresseur, aujourd'hui Prozac®, Urbanil®, Lexomil® et qualifie sa consommation « d'usage de confort » :

Ghislaine, 57 ans, secrétaire, entretien 46

« Et suite à une première prise c'est vous qui en avez redemandé ?

Oui.

Là, depuis presque 10 ans, c'est quotidien. Il y a des moments où ça va mieux j'imagine ?

Oui, quand même.

Est-ce que vous n'avez pas eu envie d'arrêter par moment ?

Si, il y a certainement des moments où j'ai arrêté et il a fallu que j'en reprenne. Mais, bon, je pense que c'est un confort pour moi, de savoir que j'ai ces médicaments pour m'aider même si ce n'est pas réel.

Et à chaque fois que vous avez arrêté, qu'avez-vous ressenti ?

Ça dépend si j'étais bien, vous comprenez... Il y a eu des périodes dans ma vie où j'ai quand même été très bien, je n'ai pas tout le temps été mal et ces périodes-là, je n'avais besoin de rien.

Et quand vous allez commencer à aller mieux vous envisagez d'arrêter ces traitements-là ?

Bien sûr, bien sûr. Oui, dites, je ne suis pas... le jour où je vais sentir que j'en ai plus besoin, où je vais être bien dans ma tête, bien sûr... mais pour l'instant, je ne peux pas... Mais bien sûr ! Je ne vais pas prendre ça à vie !

Mais là, ça fait quand même pas mal d'années que vous prenez ça ?

Ah oui, je suis d'accord avec vous, j'en aurai peut-être toujours besoin.

Quand vous dites que c'est un confort, ça montre que ce n'est pas seulement un traitement pour vous... ? ? ?

Oui, donc, j'en suis dépendante, c'est ça que vous voulez dire ?

Non, non, non, j'essaie juste de comprendre ce terme de « confort »

Moi je dis que c'est un confort parce que ça m'évite d'avoir des crises. Vous ne pouvez pas vous imaginer ce qu'on est mal quand on a ces crises d'angoisse parce qu'en fin de compte, ces crises de tachycardie que j'ai eues, ce sont des crises d'angoisse. »

L'usage de médicament pour Ghislaine a surtout une fonction *sécurisante*. Elle n'éprouve pas le besoin d'en changer (sauf quand les effets secondaires sont trop importants), ni d'augmenter les doses dans le temps. Le médicament a ici une fonction d'amulette, il préserve du mal, son effet placebo est sans doute important. Caïn, qui utilise les médicaments anxiolytiques et hypnotiques pour s'endormir, remarque que 2 semaines d'usage quotidien suffisent pour qu'il devienne dépendant de *ce geste qui le rassure*. Monique, qui consomme un antidépresseur depuis 3 ans (Athymil® 30 puis Athymil®10), considère aujourd'hui qu'elle ne le prend plus pour la « déprime » mais pour sa fonction somnifère, la fonction sédatrice de ce médicament est pourtant plus faible que celle d'un hypnotique.

⁹⁴ Voir la présentation des personnes interrogées p.21. 50 % des personnes qui consomment des antidépresseurs en consommeraient depuis plus d'un an. D'après une enquête SOFRES, 1994, dans ZARIFIAN (E.), *op. cit.*

⁹⁵ Docteur G, médecin généraliste, entretien CF8.

Monique, 40 ans, chargée de mission en contrôle gestion, entretien 48

« Au début, j'avais pris l'Athymil 30® qui est un réel antidépresseur, beaucoup plus que somnifère, et ensuite j'étais passée au 10, non pas parce que la déprime perdurait mais parce qu'il y avait cet aspect somnifère. Donc je continue à le prendre pour ça.

D'accord. Depuis combien de temps ?

Celui-ci ça fait 3 ans que je le prends. Enfin, d'abord le 30, puis après le 10. Ça fait trois ans. Et je l'ai pris parce que... avant de le prendre, justement, je ne dormais pas, donc ça devenait trop invivable (...) Lui [le psychiatre] me l'a conseillé parce que j'en étais arrivée à un tel point d'insomnie, si tu veux, que la déprime elle allait avec... (...)

Les généralistes l'appellent le "traitement de fond", tu vois... c'est un antidépresseur somnifère il n'y a pas d'ambiguïté sur la question mais ce n'est pas un médicament de choc, c'est un médicament régulier, que tu prends tous les soirs, qui est une béquille, un soutien à l'endormissement certain. Donc... J'ai même un généraliste qui me dit "c'est un bon médicament", tu vois ! Personne ne saute au plafond ! »

Julien, à l'inverse, recherche un médicament efficace qui pourra le sauver. Il est très attentif aux effets et change régulièrement de produit, conseillé par son médecin. Dès que l'efficacité d'un médicament décline du fait d'une accoutumance, il augmente les doses ou en change.

À travers les cas de Ghislaine et Monique d'un côté, d'Anne et Julien de l'autre⁹⁶, on voit apparaître deux formes de dépendances aux médicaments psychotropes, dont la première, qu'on pourrait qualifier de dépendance psychologique, est une *dépendance à l'objet* médicament, dont les doses ne sont pas augmentées, qui a un effet placebo certain, et la seconde est une *dépendance aux effets psychotropes* des médicaments, effets euphorisants et/ou antalgiques. Elle s'accompagne d'une forte accoutumance à ces effets.

Pharmacie familiale et automédications (psychotropes licites, illicites)

Après l'arrêt d'un traitement, les médicaments – et c'est particulièrement vrai des benzodiazépines – entrent dans la pharmacie courante et pourront être réutilisés ponctuellement. Ainsi Monique, après son premier traitement au Lexomil®, garde les boîtes de médicaments et en fait un usage ponctuel en automédication « en cas de crise d'angoisse ingérable ». Ainsi cette personne qui me confiait qu'après avoir suivi un traitement comprenant antidépresseur et anxiolytiques⁹⁷, elle avait gardé précieusement toutes les boîtes de médicaments sans pourtant les utiliser : « ça me rassurait de les avoir à la maison au cas où ». La présence des médicaments psychotropes dans la pharmacie courante va favoriser leur diffusion hors prescription, médication « familiale » (Mireille prend le Lexomil® de son mari...), dons à des amis (pratique non exclusive mais particulièrement courante chez les usagers de produits illicites⁹⁸).

Des problèmes de sommeil, associés à une anxiété ou consécutifs à des rythmes irréguliers (horaires décalées imposées par l'activité professionnelle par exemple) peuvent aussi justifier une prise de médicaments anxiolytiques ou hypnotiques, de sédatifs illicites, ou encore de produits licites et illicites associés... D'efficacité immédiate, les benzodiazépines se prêtent effectivement à des usages ponctuels, autoadministrés : Victor comme Caïn utilisent des benzodiazépines pour gérer des crises d'angoisse, des insomnies, quand ils doivent modifier leur rythme de sommeil ou encore pour dormir après une prise de stimulants. William utilise du Xanax® ponctuellement pour se détendre, pour que « tout aille bien », que « tout coule ». Parmi les usages fonctionnels des anxiolytiques, on note des prises ponctuelles pour prendre l'avion, pour se rendre à un rendez-vous⁹⁹.

Le cannabis est aussi utilisé de façon ponctuelle pour « se détendre », « gérer un stress », ou pour retrouver le sommeil, ses propriétés anxiolytiques sont souvent recherchées par les usagers. Il est aussi utilisé pour apaiser certaines douleurs :

⁹⁶ Ainsi que Mireille, dans une moindre mesure, avec le Lysanxia®.

⁹⁷ Xanax® et Lexomil® pendant un an.

⁹⁸ Sur 11 usagers de produits illicites interrogés en 2001 ayant déjà consommé des benzodiazépines, un seul les avait obtenues sur prescription.

⁹⁹ Voir FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHERE (C.), VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, OFDT, février 2001.

Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, entretien 57

« Alors avec une exception, je te parlais du hasch, il m'arrive d'être très fatigué, il m'arrive de pas pouvoir dormir etc. etc., j'accumule et vraiment, quand j'en arrive à un point où il faut absolument que je dorme, là je vais prendre genre ½ joint de hasch, s'il n'y en a, je n'irai pas en chercher mais, éventuellement, je vais prendre ½ joint de hasch parce que c'est mieux de prendre ça qu'un somnifère et que ça marche super bien avec moi, c'est radical.

Tu tombes ?

Je tombe, immédiat donc... ou à un moment, j'avais des problèmes de douleur de dents mais très très sérieuses et donc j'utilisais ça effectivement comme médicament (...)

Le tabac enfin a aussi, pour certains usagers, une fonction anxiolytique :

Lou, 39 ans, visiteuse médicale, entretien 55

« Ça te détend [le tabac] ?

Ouais, ça me donne envie de dormir.

Ah oui ?

Ouais ça me détend... quand je fume une cigarette le matin après un stress ou autre tu vois, des fois j'ai un stress, paf, là je vais avoir envie de prendre une cigarette et là ça me donne comme un coup de barre.

Une petite baisse d'énergie ?

Carrément quoi, j'irais presque m'allonger... comme un pet'...

Les médicaments anxiolytiques sont quelquefois associés à l'alcool pour un effet plus radical. Comme le dit Caïn, l'usage d'anxiolytiques va « de la détente simple à l'abrutissement le plus total » selon la quantité administrée et les produits associés. L'association des benzodiazépines et de l'alcool est fréquente.

Caïn consomme des benzodiazépines pour « s'abrutir et dormir ».

Yves utilise le Lexomil® pour « s'assommer » en descente de cocaïne.

William recherche l'anesthésie, l'effet sédatif produit par des consommations soutenues de cannabis et d'alcool, produits auxquels il ajoute le Xanax® quand il a envie « de se défonce un peu plus », d'être dans un état proche de la léthargie. L'état de « défonce » lui permet d'apaiser ses peurs et d'être ailleurs, de se désensibiliser et de s'échapper d'une réalité ordinaire perçue comme oppressante. Il souligne comme Caïn le plaisir que procure l'anesthésie recherchée¹⁰⁰.

William, 40 ans, fonctionnaire, entretien 43

« Comme je te l'ai dit, j'en prends [du Xanax®] associé avec de l'alcool pour me défonce, pour être dans un état qui me semble intéressant... Et surtout je considère que c'est un comportement, d'abord qui se justifie dans la société ? On vit dans un truc vachement agressif, il y a toutes les raisons de flipper, d'avoir envie d'être ailleurs justement dans ce monde. Si vraiment tu t'intéresses à ce qu'il se passe ou que tu as un minimum de réflexion, vraiment c'est dur quoi... Mais sans avoir de justification tu peux simplement prendre du plaisir à le faire, plein de gens prennent des médocs, on est parmi les plus gros consommateurs... »

Ces différents modes de consommation des psychotropes (médicaments, cannabis, mais aussi tabac, alcool) : usages de longue durée pour prévenir une crise, pour se rassurer ou pour se maintenir durablement dans une humeur acceptable, usages ponctuels pour se détendre, maîtriser son sommeil, être plus performant, peuvent être qualifiés *d'usages de confort*.

Victor défend l'utilisation de « béquille chimique » dans différents domaines de sa vie, pour mener toutes ses activités professionnelles, étudiantes et militantes de front, pour faire la fête et pour redescendre de produits illicites. Les produits licites dit-il, sont « un soutien à mes activités ».

Monique défend aussi l'utilisation de médicaments psychotropes (Athymil®) comme une béquille, un soutien, non pas ponctuel mais régulier. William défend l'assistance chimique des médicaments comme un confort quotidien.

¹⁰⁰ Mais, contrairement à Caïn qui recherche cet état anesthésiant pour dormir ou pour des activités relativement passives comme « regarder la télé », William peut être actif et créatif dans ces moments de « défonce ».

Monique, 40 ans, chargée de mission en contrôle gestion, entretien 48

« Aujourd'hui, dans la mesure où je fais un travail en parallèle si tu veux, de psychanalyse, je ne le conçois pas comme un truc que je vais prendre forcément à vie... Je n'en sais rien mais en attendant, je le fais comme un soutien qui m'aide aussi bien dans ce travail de psychanalyse qu'au boulot, que dans la vie courante... »

William, 40 ans, fonctionnaire, entretien 43

« Better life in chemistry », une meilleure vie grâce à la chimie... oui oui, je pense que... je crois vraiment aux drogues du futur »

Des remèdes du quotidien : médicaments psychotropes et cannabis

La dépression ne se communique pas, elle est souvent vécue dans l'isolement. Sa gravité, la souffrance qu'elle engendre, ne sont pas mesurées par les autres et les personnes qui en souffrent, dans l'incapacité de partager leur ressenti (sauf éventuellement avec d'autres qui l'auraient vécue aussi), s'en cachent le plus souvent. Ils dissimulent aussi leur usage de médicaments qui constitue, et plus particulièrement l'usage d'antidépresseurs, un indicateur. Cet usage est perçu comme « dégradant », souvent non pas comme un besoin réel mais comme une dépendance. Aussi, les personnes dépressives ont tendance à considérer que les médicaments les stigmatisent et elles préfèrent garder le secret.

Pourtant, l'usage de médicaments psychotropes tend à se normaliser. 8,6 % des femmes et 11,3 % des hommes consomment régulièrement des psychotropes¹⁰¹. Des médicaments sont prescrits pour des troubles mineurs, ils ne sont plus nécessairement associés à des problèmes de santé mentale. Leur utilisation, non pas pour guérir mais pour un *confort de vie*, est de plus en plus légitimée, usages fonctionnels, sociaux, pour tendre vers un mieux-être, améliorer la gestion des troubles de l'humeur...

À l'inverse, l'usage de cannabis qui revêt, dans bien des cas, une fonction de *remède du quotidien* similaire à celle des médicaments, reste interdit et ses qualités thérapeutiques commencent tout juste à être reconnues en France dans des cas très particuliers.

Les médicaments, des biens de consommation courante

« C'est la première chose à faire pour se remettre debout. C'est obligatoire. C'est comme le décompte dans un match de boxe. Le mec, il te compte parce que même si tu reprends le combat après, t'as besoin de ces huit secondes là, les médicaments c'est ces huit secondes-là. Si tu ne les as pas, l'arbitre reprend le combat et tu te fais écraser la gueule. Il n'y a aucun problème là-dessus, ça ne peut aller qu'en empirant et puis ça peut conduire au suicide, ça j'en suis persuadé. » (Julien, 39 ans, musicien, entretien 51)

Le recours aux médicaments, dans les cas de dépression majeure, n'est jamais contesté. La dépression, on le sait, peut mener au suicide et les médicaments permettent, comme l'exprime ce dernier témoignage, de « se remettre debout ». Marie dira dans le même sens qu'ils servent à « limiter les risques, à éviter de faire des bêtises ». Les médicaments on l'a vu, assurent cette fonction de *maintien de soi*. Et, comme le rappelle le docteur K, « ils ont quand même permis à beaucoup de gens de sortir de l'hôpital ».

Mais si les formes les plus sévères de dépression exposent au risque suicidaire, tout suicide ne s'inscrit pas dans le cadre d'un syndrome dépressif ou anxieux¹⁰² et les médicaments ne permettent pas à eux seuls de résoudre les conflits, internes ou externes. Les personnes interrogées sont très mesurées quant à leur efficacité, même lorsqu'elles en consomment pourtant, comme Ghislaine, depuis des années :

¹⁰¹ BERAUD (C.) « Le médicament : aujourd'hui remède à la souffrance demain garant de la performance », source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2000.

¹⁰² ZARIFIAN (E.), *op. cit.*, p.212-215 Le taux de suicide augmente régulièrement malgré l'utilisation croissante de médicaments et on connaît, d'autre part, l'importance des déterminants sociaux (comme le taux de chômage) dans les taux de suicide (réf. Prescrire « les données sociales sur le suicide en France », 1995, n° 147).

Ghislaine, 57 ans, secrétaire, entretien 46

« *Qu'est-ce que vous ressentez comme effets positifs ?* »

Comme effets positifs ? Et bien, aujourd'hui je n'en sens pas beaucoup mais c'est normal, tant que ce ne sera pas clair dans ma tête, je crois qu'il n'y aura pas vraiment d'effets positifs ! Le fait d'en parler me fait beaucoup de bien mais ça m'énerve en même temps...

Mais sur les effets des médicaments ?

Je suis un peu moins angoissée, enfin je ne suis pas anxieuse à la limite ça, ça va, mais il suffit que je m'imagine retourner là-bas [au bureau] pour que je sois anxieuse

Enfin si vous les prenez c'est que ça a un effet quand même ?

Oui, ça a un effet c'est évident mais n'empêche que ça ne m'empêche pas d'avoir des idées noires ; et c'est pour ça que ma décision d'essayer de faire une transaction, je pense que, si je ne l'avais pas prise, j'aurais fait une connerie parce que, bon, « pourquoi t'es sur terre ? Il n'y a personne qui a besoin de toi... Il serait bien de retourner dans le trou... » Ça c'est vraiment la déprime. Alors le Prozac® doit m'aider mais la cause réelle... est-ce qu'elle se soigne par médicament ? Je ne crois pas. »

Les médicaments psychotropes apaisent la souffrance, ils sont aussi une assistance au fonctionnement des personnes (soutien à l'endormissement, aide pour assumer certaines obligations sociales, avoir un comportement conforme). Leur efficacité porte sur la qualité de vie. Si leur utilisation tend aujourd'hui à être banalisée, c'est, d'une part, que notre rapport à la souffrance a changé, et, d'autre part, que notre conception de la thérapie au sens de – tendre vers un mieux-être général – porte en grande partie sur l'utilisation de ces outils.

L'évolution des tendances de consommation de médicaments psychotropes reflète en partie l'évolution des perceptions sociales de la souffrance psychique et de la douleur : « Toutes les sociétés définissent implicitement une légitimité de la douleur qui anticipe sur les circonstances réputées physiquement pénibles¹⁰³. » Même si la relation à la douleur est intime et singulière, elle est influencée par les conditions sociales et par la culture, aussi par le progrès technique, scientifique...

Ainsi à la question de savoir comment est-ce qu'il fait la différence entre déprime et dépression et où se situe la limite du « pathologique », un médecin généraliste nous répondait de façon significative que « la déprime même est pathologique puisqu'elle n'est pas *normale* ». La dépression et les états qui l'accompagnent, le mal de vivre, sont perçus aujourd'hui comme des anomalies un peu honteuses, comme si l'homme moderne pouvait faire l'économie de la souffrance, d'une angoisse de vivre (et de mort) qui l'accompagne pourtant depuis l'aube des temps. « La douleur est aujourd'hui une scorie que le progrès se doit de dissoudre, un anachronisme cruel qui doit disparaître. (...) La douleur est aujourd'hui un non sens absolu. Elle traduit l'irruption du pire que la mort dans une société qui n'intègre plus ni la souffrance ni la mort comme des données de la condition humaine¹⁰⁴. »

Docteur K, médecin généraliste, entretien CF13

« Effectivement les gens, de plus en plus, vont considérer comme pathologique des choses qui sont le déroulement normal de la vie, avec des moments où ça va, et des moments où ça ne va pas. Normalement, le médecin s'adresse à la dépression, c'est-à-dire des moments où ça ne va pas mais où ça fait des mois et des mois que ça dure et sans aucune perspective d'amélioration... (...) c'est quelquefois plus simple de gober un médicament qui gomme l'angoisse plutôt que d'aller fouiller la merde pour savoir pourquoi elle est là cette angoisse. Parce que la psychothérapie ça peut être un peu remuant, c'est aussi s'affronter soi-même donc prendre des médicaments, c'est plus simple. »

Le témoignage de Victor constitue un contrepoint au discours dominant des usagers qui tendent à considérer les états de mal-être comme « pathologiques », puisqu'il tend vers une acceptation de la vie dans sa globalité c'est-à-dire dans un équilibre « bonheur/tristesse » :

¹⁰³ LE BRETON (D.), « Réflexions sur la Médicalisation de la douleur », in *L'ère de la médicalisation*, sous la direction de Pierre Aïach, Daniel Delanoë ; *Ecce homo sanitas*, Anthropos 1998, p. 159.

¹⁰⁴ LE BRETON (D), *op. cit.*

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54

« Pour garder un certain équilibre il faut les montées et les creux, les descentes, alors après on gère, on équilibre tout ça mais je pense qu'il faut avoir des deux, que c'est ça qui nous permet de... de saisir et d'accepter la vie dans sa globalité, de continuer à être actif et de pas sombrer dans des illusions en effet de bien-être ou de mal-être... Je crois qu'il faut les deux, les deux intensités, c'est Tolstoï hein ! Comment pourrions-nous apprécier les sommets du bonheur sans l'abîme de la tristesse... »

Les remèdes proposés par la pharmacologie apparaissent aujourd'hui, de bien des façons, comme la seule thérapie efficace. La médecine ne semble plus exister qu'à travers l'usage de médicaments. Ainsi la centaine de nouveaux produits apparus depuis quarante ans¹⁰⁵ et la tendance des médecins en France à prescrire et à renouveler beaucoup plus que leurs collègues étrangers¹⁰⁶. Le docteur G appuie son diagnostic et ses choix de prescription sur sa connaissance du DSM, outil réputé « scientifique et fiable¹⁰⁷ ».

Les médicaments, validés par des essais contrôlés, sont entourés d'une aura scientifique qui explique certainement en grande partie la croyance dont ils sont l'objet. Pourtant, nos connaissances biologiques sur les modes d'action réels des médicaments psychotropes demeurent limitées¹⁰⁸. On a vu en revanche, l'importance du statut symbolique de ces médicaments et le rôle joué par l'effet placebo. Cette foi en la pharmacologie, qui serait capable de contrôler les comportements et l'humeur, fait qu'elle apparaît quelquefois comme le premier recours, pour le médecin et aussi pour le patient qui lui délègue ses questions existentielles. L'industrie pharmaceutique joue dans cette évolution des représentations et des pratiques un rôle de premier plan, sensibilisant les personnes à des problèmes de mal-être ordinaires, leur laissant croire qu'il existe une réponse médicale et pharmacologique à ces problèmes :

Docteur K, Médecin généraliste, entretien CF13

« D'autre part, il y a des moyens détournés, c'est-à-dire que les laboratoires vont faire une campagne de pub sur le sommeil par exemple. Donc un laboratoire, qui fabrique par ailleurs un hypnotique... il y a eu une campagne récemment, où on voyait "*L'insomnie, ce n'est pas une vie*", c'est Synthé Labo qui faisait ça, avec un numéro vert, "parlez-en à votre médecin", et ce sont eux qui fabriquent le Stilnox®... Comme ils n'ont pas le droit de faire de la publicité grand public, ils y arrivent par des moyens détournés. On a vu ça dans la migraine aussi... Le labo fait ça en espérant avoir un retour. Les gens vont en parler plus à leur médecin parce qu'on leur laisse croire qu'il va y avoir une réponse pharmacologique à leur problème. "Parlez-en à votre médecin", sous-entendu "demandez-lui donc une ordonnance pour un médicament pour dormir", et, si derrière il y a une grosse campagne commerciale via les visiteurs médicaux et bien forcément, ils vont avoir un pourcentage de prescriptions en plus. »

« Le médicament recrute ». Comme le démontre Philippe Pignarre, la médiatisation du nouveau concept de dépression, la publicité vantant les mérites des psychotropes, les rapports d'experts, ont conduit à un formatage de la plainte des personnes et à une banalisation de la prescription de médicaments psychotropes. C'est le développement d'une offre nouvelle de médicaments, dans un contexte de société de consommation, qui a pu rendre légitimes et ordinaires ces usages de confort. La rencontre d'une offre nouvelle de l'industrie pharmaceutique et d'un acheteur potentiel formaté à la consommation.

Une thérapie du symptôme

« Un très fort pourcentage de malades, certainement pas inférieur à 30 % chez la majorité des spécialistes et plus proche de 50 % chez les médecins généralistes, consulte pour des symptômes qui ne sont pas en rapport avec une maladie ». Les médecins, bien souvent, visent les symptômes faute de pouvoir déceler et traiter les problèmes à l'origine de ces symptômes, ainsi ces nombreuses prescriptions qui visent à supprimer l'anxiété.

¹⁰⁵ BERAUD (C), *op. cit.*

¹⁰⁶ LEMOINE (P.), « Médicaments psychotropes : le big deal ? » revue *Toxibase* n° 1, mars 2001.

¹⁰⁷ Entretien CF8.

¹⁰⁸ PIGNARRE (P.), « Qu'est-ce qu'un psychotrope ? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression », in *Ethnopsy* n° 2, mars 2001.

Pourtant « le stress est une réaction physiologique de l'organisme qui prépare l'individu à faire face aux imprévus de la vie »¹⁰⁹. »

Claude Legrand¹¹⁰ constate que quelques articles seulement, depuis 1985, « mettent en scène un déprimé dont le comportement dépressif est posé comme une stratégie du sujet pour lutter contre sa propre souffrance ». Ils posent la question de la légitimité de cette logique de suppression des symptômes : « Va-t-on se demander à quoi sert l'anxiété posée jusqu'ici comme aberrante et invalidant le sujet ? »

Un certain nombre de psychiatres mettent en évidence que l'état dépressif n'est pas seulement négatif mais possède une valeur, que la crise existentielle qui l'accompagne peut se transformer en ressource¹¹¹. L'approche conflictuelle de la pathologie mentale, (le médicament soulage un symptôme qui signale un conflit), comme nous le rappelle Alain Ehrenberg, est largement représentée par la psychanalyse. « Une chose semble certaine, dans ce modèle conflictuel : le bien-être n'est pas la guérison, parce que guérir, c'est être capable de souffrir, de tolérer la souffrance. Être guéri de ce point de vue, ce n'est en effet pas être heureux, c'est être libre, c'est-à-dire retrouver un pouvoir sur soi permettant « de se décider pour ceci ou pour cela »¹¹². » La médecine homéopathique¹¹³ impose, dans ce débat, un tiers point de vue intéressant puisqu'il constitue, à travers une conception plus globalisante de la santé et de la thérapie, une alternative à ces deux premiers positionnements dont l'un tend à l'évitement du sujet, l'autre à l'évitement du corps. Pour l'homéopathie, corps et esprit sont dépendants et complètement liés et la maladie touche d'emblée la totalité de l'individu. Aussi, la thérapie homéopathique a pour but de guérir le malade et pas seulement l'affection, sans supprimer les symptômes. Le remède homéopathique accompagne l'expression du symptôme, son efficacité repose sur une réaction de l'organisme stimulé. Le remède est celui d'une personne à un moment donné.

Le médicament psychotrope : un anesthésiant social ?

Alors que l'utilisation de médicaments psychotropes est remise en cause lorsqu'elle ne répond pas à une nécessité thérapeutique flagrante, les usagers de produits illicites à l'inverse, valorisent toujours la dimension hédoniste des usages au détriment de leur dimension thérapeutique. Ainsi Caïn, qui insiste sur le caractère ludique de sa consommation de médicaments :

Caïn, 28 ans, production événementielle, entretien 29

« Et c'est uniquement le soir pour dormir ou ça peut t'arriver à d'autres moments ?

Non, non, non, ce n'est vraiment pas... C'est toujours un usage détourné, sauf les somnifères mais sinon c'est toujours un usage détourné c'est-à-dire que c'est jamais... ce n'est quasiment jamais pour lutter contre l'angoisse... ça m'est arrivé de lutter contre l'angoisse parce que, parfois, c'est vrai que quand t'es trop à bloc de coke le matin... il m'est déjà arrivé de me prendre des p'tits... des p'tits délires parano etc. où le ½ Lexo fait du bien mais globalement non, c'est toujours dans l'usage d'aller se coucher derrière donc c'est plutôt un usage détourné parce que ce qui est vrai c'est que tout ce qui est Xanax®, Valium®, etc., au départ ce n'est pas des somnifères mais il n'empêche que ça t'abrutit suffisamment pour que tu t'endormes très bien et que hummmm... tu sois bien dans tes draps et sous ta couette et que tu n'aies plus envie de bouger, voilà... c'est un usage super ludique ouais, clairement...

C'est le dessert quoi.

Ouais ouais, le dessert, 2 bières ½ Lexo et boom, t'as du mal à te traîner jusqu'au lit, tu t'écroules et voilà mais ça n'a rien de nécessaire

Ça représente quoi ? (coupé)

Mais de toutes façons je crois que ma consommation de drogues est assez euh ludique... j'ose l'espérer même si ce n'est pas toujours vrai... »

¹⁰⁹ BERAUD (C), *op. cit.*

¹¹⁰ LEGRAND (C.), « Les modes de légitimation de la prescription de médicaments psychotropes en médecine générale dans la presse professionnelle depuis 1950, in *La maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, éd. Odile Jacob, 2000.

¹¹¹ Magazine littéraire juillet-août 2002, *La dépression De la mélancolie à la fatigue d'être soi.*

¹¹² EHRENBURG (A.), *La fatigue d'être soi : dépression et société*, éd. Odile Jacob, 2000.

¹¹³ Pratique thérapeutique alternative reconnue en France puisqu'elle donne lieu à des remboursements par la sécurité sociale.

Les usagers de produits illicites critiquent le plus souvent le recours aux médicaments pour des usages de confort et se refusent à en consommer, sinon pour des usages très limités dans le temps ou de façon détournée. Ils sont aussi méfiants vis-à-vis des discours médiatisés sur le bien fondé des thérapies médicamenteuses, parce qu'ils ont une connaissance personnelle des psychotropes, et insistent souvent sur le potentiel addictif des médicaments.

Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, entretien 57

« À un moment j'avais des problèmes de douleur de dents mais très très sérieux et donc j'utilisais ça [le cannabis] effectivement comme médicament et d'ailleurs c'est une pratique à mon avis très saine c'est-à-dire qu'il faudrait encourager, surtout en France où résultat on fait dépendre les gens de médicaments qui sont ultra dangereux hein, quand je vois, je connais, je ne sais pas... au moins 6 ou 7 personnes autour de moi qui sont au Xanax ou au Prozac tous les jours depuis des années, attends c'est... Là il vaut mieux quand même être dépendant d'un... il vaut mieux fumer des joints, si t'as un choix à faire entre les deux faut pas hésiter »

Les représentations négatives des médicaments psychotropes relevées dans leurs discours¹¹⁴ peuvent être mises en parallèle avec les représentations de l'ecstasy de consommateurs exclusifs de drogues hallucinogènes, l'ecstasy associé au confort, au bien-être, ne possédant pas la dimension expérimentale (au sens d'expérience de soi) ni la dimension ordalique (au sens d'épreuve, de dépassement de soi) des drogues hallucinogènes. Dans les deux cas apparaît la distinction entre d'un côté produits de confort et de l'autre produits utilisés pour l'expérimentation, distinction finalement entre usage passif et usage actif des psychotropes, entre l'« anesthésiant social » et le psychotrope qui éveille les consciences. Ainsi, le cannabis est préféré aux médicaments parce qu'il possède une dimension hédoniste, ludique et aussi expérimentale que les médicaments n'offrent pas. Il conduit à une rupture avec la réalité et stimule la réflexion. Pour des usagers comme William qui se nourrit de la dimension transgressive que lui apporte cet usage, le cannabis apparaît comme une échappatoire possible. Il offre une *ligne de fuite* à des usagers qui, exerçant une activité professionnelle régulière, ont, comme lui, fait le choix de l'intégration.

FREQUENCES DE CONSOMMATION ET TYPES D'USAGE

« C'est donc dans Malaise dans la civilisation que Freud circonscrit trois usages des drogues. Il énumère d'abord leur usage circonstanciel, faisant notamment référence aux « briseurs de soucis », ensuite il évoque leur utilisation qui comporte une signification plus globale, lorsque par exemple, des peuples entiers peuvent avoir recours à des stupéfiants afin de supporter leurs conditions de vie, et enfin, il note le cas particulier de l'intoxication chronique. (...) Parmi ces sédatifs, indispensables nous dit-il, la drogue est située précisément du côté d'une protection, d'une insensibilisation, parmi les méthodes permettant d'approcher le bonheur et constituant un évitement de la souffrance. (...) La consommation de drogues n'est pas considérée par Freud comme pathologique en tant que telle, mais le devient à certaines conditions. Conditions qui sont d'une part la chronicité de la consommation et d'autre part l'échec à trouver une satisfaction substitutive dans la maladie nerveuse. Autrement dit, il s'agit de l'échec du compromis cherché par le sujet entre interdit et jouissance en quoi consiste tout symptôme névrotique. (...) C'est parce que le sujet ne peut construire un symptôme satisfaisant pour lui qu'il choisit la voie de la consolation de l'intoxication chronique¹¹⁵. »

Quatre types d'usages ont été repérés dans les témoignages recueillis :

- l'usage sporadique, qui peut être intensif mais est suivi de longues périodes d'abstinence ;
- l'usage régulier, qui recouvre trois types de rapport aux produits ;
- l'usage distancié, modéré tant dans la fréquence des prises que dans les quantités absorbées ;
- enfin, la dépendance et l'intoxication chronique.

¹¹⁴ Voir FONTAINE (A.), *Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire*, OFDT, juillet 2002.

¹¹⁵ PANDOLFO (A.), « Les drogues : du principe de plaisir à la faille épistémologique », *Versions du symptôme, Champs lacanien*, Journée du 11 juillet 1999.

L'usage sporadique

L'usage sporadique¹¹⁶ se déroule en contexte festif mais peut aussi intervenir pendant le temps de travail. Ces cycles ou sessions de consommation interviennent de manière irrégulière dans les trajectoires de la plupart des personnes concernées.

Cet usage peut être planifié en sessions, c'est le cas de Lionel qui consomme régulièrement (parfois quotidiennement) durant les vacances scolaires.

D'autres donnent plutôt l'impression de saisir une occasion de consommer, sans forcément chercher à la provoquer. Ces périodes de consommation peuvent être relativement longues, comme pour Bruno qui consomme quotidiennement de la cocaïne pendant 3 mois sur son lieu de travail, avec son employeur avant de changer d'emploi. Les périodes d'abstinence, qui peuvent également durer plusieurs mois, sont vécues sans problème.

L'usage régulier

L'usage régulier se déroule essentiellement en contexte festif avec quelques épisodes anecdotiques de consommation sur le lieu de travail. L'usage de médicaments prescrits est presque toujours régulier. L'usage régulier de produits illicites et l'usage détourné de médicaments recouvrent trois types de rapport aux produits :

- l'usage dans un contexte festif est régulier mais pas systématique. Les quantités absorbées sont réduites, visant à stimuler légèrement ou au contraire à se calmer, ou simplement à partager le produit avec des amis¹¹⁷. Ce comportement permet à l'utilisateur de toujours maîtriser les effets des produits ;
- les substances interviennent comme des stimulants de la sociabilité et se priver de sortir le week-end serait mal vécu. Au bout de quelque temps faire la fête sans produits n'est plus envisageable, une forme d'addiction au couple « substances/sorties » peut se mettre en place ;
- l'usage est excessif à chaque prise. La personne recherche une véritable déconnexion, une sensation de « défonce ».

L'usage distancié

L'usage de substances psychotropes est occasionnel¹¹⁸, sans régularité, sans excès, sans systématisme. Il a toujours lieu en contexte festif¹¹⁹. Plusieurs mois d'abstinence s'intercalent entre de courtes périodes de consommation ou des prises ponctuelles. À l'exception du cannabis, aucun n'est consommé sur le lieu de travail. Plusieurs ont déjà connu des phases de consommation intensives de divers produits (héroïne, cocaïne, ecstasy, kétamine, etc.).

Gaby consomme occasionnellement et en petite quantité. Elle a aussi choisi de ne pas travailler le lundi pour récupérer de ses sorties du week-end. Il y a encore quelque temps elle fréquentait régulièrement les free parties et a consommé pendant 5 mois de la kétamine quotidiennement. Revenue de cette expérience elle s'investit aujourd'hui beaucoup dans son travail et maintient une distance avec les produits sans difficulté. Enrichie de ce vécu dans le contexte des free parties, elle a une bonne connaissance des produits, de leurs effets positifs et négatifs et de ses propres limites.

Lucie concentre sa consommation sur deux périodes dans l'année, au moment des fêtes de fin d'années (qu'elle juge éprouvantes) et à l'arrivée de l'été. Pendant un à deux mois elle sort tous les week-ends pour « s'amuser, s'évader », « se retrouver dans autre chose que le travail ». Le reste de l'année, elle sort peu et consomme uniquement de l'alcool à l'apéritif ou au cours des repas.

¹¹⁶ Dictionnaire historique de la langue française, *Le Robert* : «Ce qui se produit de temps à autre, irrégulièrement, en particulier des événements violents (révoltes, émeutes, soulèvements). »

¹¹⁷ Comme l'alcool et le cannabis participent de la convivialité.

¹¹⁸ Fréquence située entre mensuelle et annuelle.

¹¹⁹ Notion de contexte qui circonscrit les prises mais ne donne pas d'indication sur le rapport aux produits.

La dépendance et l'intoxication chronique

Les personnes qui sont entrées dans un rapport de dépendance au(x) produit(s)¹²⁰ ont tendance à ne pas le reconnaître et à se réfugier dans le déni. Même Robert et Sébastien qui n'ont pas pris d'héroïne depuis environ 10 ans évoquent avec difficulté leur expérience de la dépendance. Les mots qui y sont associés¹²¹ sont évités, remplacés par un vocabulaire plus flou, polysémique ou par la négation pure et simple de cette terminologie : le mot « glauque » est employé à la place du mot « manque », la déclaration « je n'ai jamais été dépendant » est fréquemment suivie du récit des premières crises de manque qui ne sont jamais décrites comme telles, ou encore « j'ai peur d'être dépendante même si je ne sais pas si je le suis ou pas ».

Henri¹²² évite à plusieurs reprises les mots « problèmes », « dépendance », qu'il n'hésite pas à employer pour décrire son rapport aux horoscopes. À aucun moment de l'entretien il n'évoque sa consommation quotidienne de cocaïne comme un éventuel problème. Au détour d'une question portant sur ses croyances religieuses, il parle de sa relation aux horoscopes comme d'une « véritable addiction ». Ce passage, qu'il introduit en disant « ça n'a rien à voir avec les drogues », synthétise son rapport aux produits sans pour autant les mentionner.

Henri, 38 ans, journaliste TV, entretien 59

Et l'anecdote ?

Non mais ça n'a rien à voir avec les drogues d'ailleurs enfin je ne pense pas. Je suis accro (*appuyé*), mais vraiment accro, c'est une vraie addiction pour le coup, aux horoscopes.

Aux horoscopes ??

Ce qui est quand même totalement tordu quand tu vois mon parcours.

Tu passes pas une journée sans lire ton horoscope ?

Oui, mais pas 1 horoscope, je ne passe pas une journée sans lire 3-4 horoscopes... C'est juste une anecdote mais c'est venu progressivement (...) je me suis amusé à lire les horoscopes, chose que je ne faisais jamais, et puis je suis tombé dedans et là c'est gravissime. C'est-à-dire que le premier geste que je fais en me levant le matin c'est de prendre mon téléphone portable, SMS horoscope et de lire mon horoscope et je ne peux pas dire que ça ne m'influence pas, je serais menteur de dire ça...

Tu fais des choix par rapport à ça ?

(hésite)...

De façon consciente, comme ça, je te dirais non mais évidemment. Enfin je pense que quand tu fais ça... et puis ça a été progressif parce que pour le coup c'était un peu, un peu plus, encore un peu plus mais je prends pas ça très au sérieux et puis là c'est non seulement je le prends mais je le lis et je me dis merde fait chier enfin tu vois (*rires*) Bon c'est pas très grave mais c'est... vraiment une came, à tel point que j'achète parfois, bon ça va pour le moment j'ai pas encore sombré, j'ai pas

encore totalement basculé mais j'achète quand même des trucs à gratter Astro (*rires*).

Mais tu t'intéresses à l'astrologie d'une manière générale ou... ?

Non. Je m'y intéresse quand même mais non, c'est vraiment le petit truc...

C'est un peu rituel ?

Ouais c'est mon petit rituel du matin, du midi et en plus je suis super contaminant comme mec, je réussis à contaminer les gens et (*rires*) Mais en tout cas, que j'y accorde une importance de façon consciente je ne crois pas, mais en tout cas je constate que ça a une vraie importance dans ma vie... C'est pas quantité négligeable quand tu en es réduit à ça... bon... ça nous éloigne un peu des drogues mais peut-être pas tant que ça finalement parce qu'il y a le côté un peu irrationnel, un peu la recherche de quelque chose que tu ne maîtrises pas, tu vas chercher un truc qui est un peu en dehors de toi... donc c'est pas intimement lié mais bon... Je le relie plus au sentiment religieux, cette espèce de sentiment qu'on a autre chose autour de nous et qu'il y a autre chose qui se joue... L'horoscope est pour moi un moyen, en ce moment, immédiatement accessible, facile, ludique etc... addictif mais sans danger on va dire, de probablement aller plus loin, je crois. C'est ce que je suis en train de me dire, c'est qu'en fait je cherche un truc et qu'effectivement la réponse je la trouve là-dedans parce qu'elle est facile... C'est comme les dopes, il vaut mieux quand même commencer par fumer un joint que de commencer par shooter, je crois quand même que c'est mieux d'y aller par étapes.

¹²⁰ À l'héroïne tout particulièrement mais aussi à la cocaïne.

¹²¹ Manque, accroc, dépendance, junky, problème...

¹²² Usage quotidien de cocaïne depuis 4 ans, usage quotidien de cannabis, hebdomadaire d'ecstasy, occasionnel d'héroïne.

Un autre type de dépendance existe, que nous préférons nommer intoxication chronique, qui correspond à un usage quotidien de substances n'ayant pas, à la différence de l'alcool ou de l'héroïne, un fort potentiel addictif. Le cannabis en est le plus courant exemple.

Au bout de plusieurs années d'une consommation plus ou moins régulière l'usage de drogues est décrit par certaines personnes comme une « seconde nature¹²³ », en tout cas comme une composante importante¹²⁴ de leurs habitudes de vie, de leur personnalité et de leur identité. Alex et Fab, par exemple, disent « ne pas se reconnaître » lorsqu'ils ne sont pas sous l'influence d'un produit pendant quelques jours. L'abstinence n'est, dans leur cas, ni envisagée ni envisageable et apparaît comme une *rupture d'équilibre* qui ne trouverait pas de justification à leurs yeux. On peut certainement ici parler d'intoxication chronique ou de *dépendance psychologique*, notion abordée ici par A. Ehrenberg :

« En effet, cette dépendance [la dépendance psychologique] suppose l'idée d'une relation au produit, indépendamment de ces caractéristiques pharmacologiques : on peut être dépendant du cannabis, on peut consommer occasionnellement de l'héroïne, y compris par injection. Mais la dépendance psychologique a également une autre conséquence : en relativisant l'emprise pharmacologique du produit, elle désigne un rapport pathologique, qu'il s'agisse d'un produit, d'une activité ou d'une personne. La dépendance est un comportement pathologique de consommation quel que soit l'objet¹²⁵. »

L'intoxication chronique au cannabis est souvent décrite comme un moindre mal par les usagers qui répondent ainsi à un besoin, plus ou moins facile à réguler, de s'extraire du monde en modifiant leur état de conscience. Ces usagers pensent qu'en l'absence de cannabis, ce besoin trouverait vraisemblablement une satisfaction dans la consommation d'autres produits estimés plus dangereux. Le cannabis apparaît finalement comme un recours salutaire et « à moindre coût », pour plusieurs raisons :

- il est très disponible et relativement peu cher ;
- rencontré dès l'adolescence¹²⁶ et d'usage très répandu¹²⁷, le cannabis est la substance la plus communément employée. Les usagers ont acquis une bonne connaissance et par conséquent aussi une bonne maîtrise de ses effets et méfaits et les informations officielles sur ce produit ne manquent pas ;
- les risques sanitaires liés à une consommation régulière et les effets négatifs du cannabis (syndrome a-motivationnel, éventuellement « parano », etc.) sont également connus des usagers, mais ils les perçoivent comme équivalents voire moins dangereux que ceux liés au tabac et à l'alcool ;
- c'est une substance socialement bien acceptée et plus valorisante à leurs yeux que les médicaments psychotropes ;
- les propriétés du cannabis rendent son usage possible dans de nombreuses situations, dans de nombreux contextes : il se fume seul ou en société et est compatible avec certaines activités professionnelles ;
- enfin, il peut être utilisé comme substitut à d'autres substances comme l'alcool et moins fréquemment le tabac et semble représenter pour certains une véritable alternative à l'abstinence.

Deux formes de dépendance aux médicaments psychotropes apparaissent dans les entretiens. La première pourrait être qualifiée de dépendance psychologique, c'est une *dépendance à l'objet* médicament, dont les doses ne sont pas augmentées et qui a un effet placebo certain. Elle concerne des personnes qui utilisent le/les mêmes médicaments régulièrement depuis plus d'une année à faibles doses. Dans leur cas, le médicament a surtout une fonction rassurante, il s'inscrit dans un usage de

¹²³ Expression employée par Fab, 38 ans ouvrier spécialisé.

¹²⁴ Mais plus rarement prépondérante dans le cas de cette population spécifique que dans les autres communautés d'usagers répertoriées, même lorsqu'il s'agit d'un vécu de dépendance.

¹²⁵ EHRENBURG (A.), *La fatigue d'être soi*, éd. Poche Odile Jacob, 2000, p. 168-169.

¹²⁶ Une grande partie des usagers de cannabis que nous avons rencontrés fument depuis 15 à 20 ans.

¹²⁷ Ce qui signifie aussi un grand nombre de personnes à qui s'adresser pour en parler, échanger des informations.

confort. La seconde est une *dépendance aux effets psychotropes* des médicaments, effets euphorisants et/ou antalgiques. Elle s'accompagne d'une forte accoutumance à ces effets, comme en témoignent Anne et Julien.

Anne, 51 ans, comptable et formatrice, entretien 53

« J'ai commencé en 1999, au printemps (...). Donc, à l'époque, je prenais une goutte de Rivotril® le soir et 1/8^e d'Athymil® (10mg). Et là, je suis à presque 6 gouttes, 5 bonnes gouttes de Rivotril® et 1 Athymil® tous les soirs. (...)

Athymil® et Rivotril®, pourquoi est-ce que tu as dû augmenter les doses ?

Parce que ça ne le faisait plus. Donc j'ai attendu assez longtemps, j'ai mis plus de trois ans à passer de une goutte à plus de 6 gouttes. Mais même quand je suis très fatiguée, un soir on fait la bringue on rentre à pas d'heure et cetera, ça peut m'arriver d'oublier le Rivotril® et l'Athymil®, et si je ne les prends pas dans la nuit je sais que je ne les ai pas pris parce que deux heures après j'ai les jambes qui... Donc, même dans un état où j'ai bien fait la fête, fumé, bu, je le sais. Ce n'est pas que dans ma tête, quand j'oublie, ça me rappelle que je ne l'ai pas fait quoi. C'est là que je me dis que je ne peux pas m'en passer. »

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« Sur un moyen terme tu deviens accoutumé, donc ça n'a plus les effets escomptés, du coup...

Tu parles pour quel produit en particulier ?

Ah tous sans exception ! Ça devient un truc qui te procure... c'est comme l'alcool qui te procure des sensations de planer tout ça pendant un moment, et puis une fois que t'es devenu alcoolique et bien t'en a besoin tout simplement pour garder ton état normal. Les médicaments c'est exactement la même chose. Enfin pour moi... Au début quand on te prescrit du Prozac®, pendant... disons le temps que ça fasse effet, parce que ça met quand même quelques jours à ce que chimiquement ça rentre dans ton corps, tu crois que t'es guéri, carrément tu crois que t'es guéri ! Pendant une semaine. Au bout d'une semaine, tu crois que t'es guéri pendant une semaine. Et puis après ton corps reconnaît la molécule. Il dit ah ben oui c'est ma petite dose de tous les jours et... Donc t'as la possibilité, comme l'alcoolique, d'augmenter les doses pour retrouver cette sensation que t'avais au départ avec un verre mais bon...

Au bout d'une semaine ? C'est rapide l'accoutumance ! Ton corps au bout d'une semaine s'est déjà habitué ?

Non j'exagère un peu. Au bout d'une semaine, il a assimilé de truc et il me fait aller mieux. Bon c'est la première semaine et puis après, il me fait aller bien pendant un mois, deux mois, six mois pour les meilleurs et puis après il me faut autre chose. »

Julien consomme au moment de l'entretien 1/2 Séropram® et un Rivotril® (2mg) par jour, ainsi qu'un Xanax® à 0,25. Quand il était au plus mal, il a consommé jusqu'à 8 Rivotril®, 2 Séropram® et 6 Xanax® à 0,5. Il considère que l'escalade des quantités de produit absorbées est plus limitée que pour une dépendance alcoolique parce qu'augmenter la quantité de médicaments ne permet pas nécessairement d'en accroître les effets :

« Non le Prozac® et tout ça de toutes façons il arrive un moment... contrairement à l'alcool justement, ces trucs-là tu peux en prendre 5 ça ne changera pas. Quand tu bois de l'alcool, tu accumules les grammes par litre de sang si tu veux, mais quand tu prends trois Prozac® au lieu d'en prendre un, ça ne fait pas d'effet. Ça ne fait pas plus d'effet qu'un seul malheureusement. Malheureusement, mais d'un autre côté heureusement parce que, sinon, j'en serai à 10 par jour et puis après, pour te sevrer de ça, c'est aussi dur que de l'alcool. Je dis ça par rapport aux gens que je connais qui ont été alcooliques. »

Le sevrage aux médicaments, en particulier aux benzodiazépines, doit être très progressif « parce que si tu l'arrêtes d'un coup, ce que j'ai essayé de faire l'année dernière, tu deviens fou ou tu replonges... ». Le Rivotril® en goutte est utilisé pour faciliter le sevrage :

« Le Rivotril® que je prends c'est du 2 mg, c'est la dose de Rivotril® normal, c'est du 2 mg et pour en arriver au sevrage, au lieu de le prendre en pastilles je le prends en gouttes. Il faut 20 gouttes pour faire 2 mg, et pendant un mois, deux mois je prends 19 gouttes, et 18, et 17, et puis 15, et puis 12... »

Aujourd'hui Julien considère qu'il est « guéri mentalement » mais il doit se sevrer des médicaments, ceux-ci ne lui apportent plus de plaisir mais leur manque crée du déplaisir :

« Disons que je ne pense plus avoir besoin des médicaments pour me sentir bien. J'ai besoin de médicaments pour ne pas me sentir mal parce que j'y suis habitué, maintenant ce n'est plus qu'une question entre les médicaments et moi, ce n'est plus une question entre ma maladie et moi, et mon état d'esprit (...) Tout se paye et le petit bonheur que tu as eu au début et bien après il faut apprendre à s'en séparer tout en gardant les limites dans lesquelles tu as eu l'habitude de vivre avec. »

LIMITES A LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ILLICITES : LE CORPS ET LA PERTE DE CONTROLE

« Je me laisse accrocher à l'alcool assez facilement... j'y prends du plaisir et autant je ne serais pas dépendant à l'héroïne, une drogue pour laquelle il faudrait que je fasse des kilomètres pour me la procurer, alors que pour l'alcool c'est vachement plus simple... et par contre je veux bien envisager, avec grand bonheur, d'être alcoolique. Pour moi ce n'est pas une perspective qui m'effraie... Je pense que l'intégration c'est aussi ça. Si tu as un minimum de lucidité sur toi, sur ton produit, sur comment tu le consommes, comment tu le gères, comment tu vas le négocier avec les autres, comment est-ce qu'ils peuvent comprendre ton euphorie, comment tu peux essayer de la faire passer sans dire que tu es défoncé ou autre tu vois... c'est pas du tout inenvisageable, alors je ne sais pas si c'est le discours que je tiendrais encore dans 10 ans quand je serais vraiment complètement miné, parce que je me sens encore en bonne santé, mais par contre il ne faudrait pas que je tombe malade c'est clair, ça serait la hantise mais... (...)

Donc c'est pas un usage médical que j'en fais en fait... comme je te l'ai dit, je n'ai jamais été vraiment déprimé ni dépressif... Ce besoin je ne le considère pas comme quelque chose de grave, de pathologique en soi... ça pourrait simplement relever de la psychanalyse éventuellement... Je n'ai pas fait de psychanalyse par exemple et je ne suis pas de la génération où les gens se sentaient culpabilisés de ne pas en avoir fait, qui était la génération précédente... mais si j'avais eu quelque chose à dire à mon psy, c'est "je me drogue, voilà", c'est en gros tout ce que je pourrais lui dire, ce serait tout à fait suffisant pour lui. » (William, 40 ans, fonctionnaire, entretien 43)

L'important pour les usagers que nous avons rencontrés est de maîtriser leur rapport au(x) produit(s) pour en subir le moins possible les effets secondaires¹²⁸. Cette limitation des « risques » est plus présente dans cette population que chez les usagers plus jeunes¹²⁹. On remarque tout de même une tendance, même pour des usagers plus âgés et intégrés à un milieu professionnel, à présenter sa consommation « sous un jour favorable », en mettant parfois de côté les éléments susceptibles de générer une peur et éventuellement de motiver une diminution ou un arrêt de la consommation.

Les limites posées à la consommation ont essentiellement trait au corps. La première limite évoquée est la sensibilité individuelle, une attention portée aux réactions physiques : pour Tom, « être raisonnable c'est par rapport à ce que je ressens », Goupil dit « je connais mon corps, je modère » ; Eric parle d'un « instinct de survie » lorsqu'il éprouve une profonde sensation de dégoût à l'idée de prendre un ecstasy. Les nausées ressenties lors des premières prises d'héroïne sont fréquemment interprétées comme un rejet du corps et s'avèrent pour certains suffisamment dissuasives.

Chaque usager se pose ses propres limites, en terme de fréquence, de quantités et de type de produits absorbés mais aussi de contexte de consommation, en fonction de sa sensibilité individuelle et des effets qu'il recherche dans la prise de produits. Les états parfois désagréables consécutifs à la prise de produits sont connus et gérés comme des « gueules de bois¹³⁰ », selon les personnes en restant au calme, en se reposant, en s'isolant ou au contraire en restant avec ses amis. Etre à l'écoute de son corps (plaisir, dégoût), s'aménager des temps de récupération, éviter une consommation trop régulière, être attentif à son image, sont autant d'éléments qui viennent circonscrire l'usage de psychotropes.

La peur de l'accident¹³¹ ou de l'apparition de problèmes de santé est plus souvent exprimée par les femmes. Gaby dit entretenir volontairement cette peur qui lui sert de « garde-fou¹³² ».

¹²⁸ Troubles de l'humeur, fatigue physique et psychologique, stigmates visibles, problèmes de santé, éventuellement commettre des erreurs ou « se faire prendre » dans le cadre du travail.

¹²⁹ Dans le milieu techno notamment, où la prise de risques est valorisée. Voir FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHERE (C.), VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, OFDT, février 2001.

¹³⁰ Olivier.

¹³¹ Mauvaise réaction physique ou mentale liée à une prise de produit et éventuellement irréversible.

¹³² « Parapet, balustrade, que l'on met au bord d'un fossé, d'un pont, d'un quai, d'une terrasse, pour empêcher les gens de tomber. » Définition donnée par *Le Robert*.

D'une manière générale, transformer un usage récréatif en une intoxication chronique, quotidienne, est perçu comme inquiétant. Cet argument est souvent utilisé pour justifier la méfiance ressentie à l'égard des médicaments psychotropes licites. Paradoxalement, on peut noter que le cannabis conserve un statut à part et qu'aux yeux des usagers, il n'est pas excessif de fumer 1 ou 2 joints par jour.

La peur de la dépendance est partagée par la grande majorité des personnes rencontrées. Elle est essentiellement associée à l'héroïne (l'usage quotidien de cannabis semble bien vécu) et à l'injection qui est rejetée par tous, à l'exception de Momo qui dit la pratiquer occasionnellement. L'injection d'héroïne symbolise la perte de contrôle et constitue la limite à ne pas franchir : « mon corps et mon esprit ne le supportent pas¹³³ ».

Thomas a été dépendant de l'héroïne pendant plusieurs années. Il la consommait en sniff jusqu'à ce que, ayant perdu son emploi, il se trouve contraint de retourner vivre chez ses parents. C'est à cette période seulement qu'il commence à s'injecter le produit, geste qu'il interprète rétrospectivement comme suicidaire, comme un « appel au secours ».

On peut également souligner le poids des représentations¹³⁴ dans la gestion de la consommation et dans la constitution des limites que l'individu s'impose. Dans la logique des usagers qui travaillent, le maintien d'un usage stratégique et contrôlé est valorisé. Instrumentaliser les produits est pour eux l'indice d'une consommation saine, qui les différencie de la personne assujettie aux produits. Le crack, l'héroïne et la kétamine (que peu d'entre eux connaissent) restent associés à la décrépitude du « toxicomane », désocialisé, méprisé. Les usagers de drogues illicites peuvent aussi exprimer un certain dédain à l'égard des usagers de médicaments prescrits, les considérant généralement comme des « drogués qui s'ignorent ».

Les effets négatifs induits par la prise de produits sont moins spontanément évoqués dans les entretiens. Ils représentent parfois des motifs suffisants pour diminuer ou stopper une consommation. Les femmes mettent plus souvent en avant ces effets secondaires et semblent d'une manière générale plus soucieuses de leur santé, de leur corps et de la rigueur dans leur domaine professionnel. Elles évoquent aussi plus facilement que les hommes les malaises psychiques et physiques qu'elles ressentent. Cette tendance a notamment été relevée dans une récente enquête de l'Insee sur la santé :

« Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer anxieuses, tendues ou stressées souvent ou très souvent dans leur vie quotidienne. Elles ont également plus de problèmes d'endormissement ou d'insomnie. (...) Parmi les personnes ayant souvent ou très souvent des problèmes de stress, de sommeil ou de solitude, les femmes déclarent en avoir parlé plus souvent à un tiers que les hommes (61 % contre 47 %). Les femmes prennent plus souvent des somnifères, des médicaments contre l'anxiété ou des antidépresseurs : 17 % des femmes adultes au cours des sept derniers jours contre 9 % des hommes. De même, 15 % des femmes prennent au moins une fois par semaine depuis six mois au moins ce type de médicaments contre 8 % des hommes¹³⁵. »

Les effets négatifs liés à la consommation de produits illicites les plus couramment cités sont :

- les troubles de l'humeur (nervosité, irritabilité) ;
- la fatigue, les troubles du sommeil ;
- une fragilité générale de l'organisme, gripes, maux de gorge ;
- des périodes de déprime qui suivent une consommation régulière¹³⁶ ;
- parfois une baisse du désir sexuel.

¹³³ Olivier.

¹³⁴ Voir la dimension sociale p. 103.

¹³⁵ ALIAGA (C.), « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », INSEE – Première, n° 869, octobre 2002.

¹³⁶ L'ecstasy est la substance la plus fréquemment citée.

Martine, 25 ans, consomme tous les week-ends de la cocaïne et des ecstasy. Elle énumère de nombreux effets négatifs : effets des mauvais produits, fatigue, nervosité, crises de larmes, maux de ventre, nausées les lendemains de prise, conflits familiaux à propos de son mode de vie, cloisonnement dans une sphère sociale restreinte et difficulté à communiquer avec les non usagers.

Franck, 32 ans, ingénieur en génie climatique, consomme tous les week-ends de la cocaïne et de l'ecstasy depuis plusieurs années. Il explique que pour lui, les produits sont moins la cause que le révélateur d'un état parfois dépressif.

Jean-Patrick, 43 ans, cadre infirmier en hôpital psychiatrique, consomme tous les week-ends des ecstasy depuis 7 ans. Au moment de l'entretien il déclare vouloir mettre un terme à sa consommation :

Commentaires de l'enquêteur :

Il tient des propos assez contradictoires en ce qui concerne sa décision d'arrêter l'ecstasy. D'un côté il m'explique qu'il a mûrement réfléchi depuis quelque temps (pour preuve, il en a même parlé à son médecin traitant ce qu'il n'avait jamais fait auparavant) et qu'il est temps pour lui de se calmer, de stopper. D'un autre côté, juste avant notre rendez-vous, il vient de se faire livrer 30-40 ecstasy et il me dit qu'il sait que de toute façon, malgré ses bonnes intentions, il en goûtera au moins un pour juger de leur qualité. Il faut savoir que jusqu'à présent, il dealait en amateur pour pouvoir assurer sa consommation personnelle (usage-revente pour consommer gratuitement) et également pour être certain d'avoir des produits de bonne qualité, fiables.

En fait, son discours et ses actes ne sont pas du tout en harmonie. Est-ce que ma présence l'incite à tenir un discours, à prendre une position arrêtée, alors qu'au départ l'idée d'arrêter semble relever plus d'un embryon de réflexion, d'une succession de constats : il est au début d'un processus de requalification de sa consommation.

Ce qui le pousse à arrêter :

- le fait que son dealer stoppe le business (il n'aura plus de bons produits ou bien cela implique de refaire toutes les démarches pour trouver un dealer fiable et de confiance) ;
- ses pertes de mémoire ;
- son âge (il pense qu'il faut qu'il s'occupe davantage de lui, de son corps) ;
- l'avis de son médecin ;
- la peur à des effets à long terme (découverte récemment), des conséquences physiologiques de l'ecstasy et qui sont encore inconnues (pas d'études scientifiques sur la question).

Ce qui lui fait peur :

- il ne sait pas ce que ça fait d'arrêter (physiquement et psychologiquement) et à peur de ça,
- il se trouve irritable et un peu colérique.

USAGES PRESCRITS

Les entretiens que nous avons réalisés avec des usagers exclusifs de médicaments prescrits ont été menés d'après la même grille thématique que celle que nous utilisons avec les usagers de psychotropes illicites, questionnant leur rapport au produit, leurs modes de consommation, la façon dont cet usage s'inscrit dans leur vie sociale, en particulier dans leur vie professionnelle et dans leur vie affective.

Ce qui frappe d'emblée, lorsque l'on compare ces deux types d'usages et d'usagers, c'est la quasi-absence de discours des usagers exclusifs de médicaments sur les effets des psychotropes qu'ils consomment. Les usagers de psychotropes illicites, parce qu'ils développent une pratique d'observation de soi – observation des effets du produit sur le corps et la conscience –, et aussi parce qu'ils ont l'habitude d'en parler, ont un discours plus élaboré sur le sujet. Ce qui renvoie à une seconde différence notable, la consommation de psychotropes illicites est inscrite dans des circuits de sociabilité, elle se réfère souvent à un groupe de pairs, mise sur des partages ritualisés, alors que l'usage de médicaments est complètement individualisé et solitaire, n'implique bien souvent en terme de relation sociale que les échanges avec le médecin prescripteur, relation hiérarchisée qui se met en place dans la situation de consultation.

Usages licites, illicites, deux types de consommateurs et de rapport aux psychotropes

L'usage de psychotropes illicites, passé le stade des consommations occasionnelles, s'accompagne du développement d'un savoir sur les produits et leurs effets. Ce savoir est souvent transmis, en tout cas initié par des pairs, il fait partie de l'intégration d'une culture et est d'autant plus recherché que la personne fonde son identité sur son appartenance à un groupe d'utilisateurs¹³⁷. Le développement de ce savoir s'apparente le plus souvent à une tentative de maîtrise des règles du jeu. Pour développer son champ d'expérimentation (ouverture à des produits nouveaux, à de nouvelles associations de produits, à des modes d'administration nouveaux), pour améliorer l'efficacité des produits, l'utilisateur a besoin d'en connaître la nature, les effets sur soi, de maîtriser les techniques de préparation et de prise, voir les filières d'achat. Ce savoir n'exclut pas les comportements « à risque » mais peut favoriser le développement d'une connaissance de ses propres limites et l'élaboration de stratégies de gestion.

En ce qui concerne les usages prescrits, le plus souvent les personnes s'en remettent à la prescription du médecin qui va gérer leur consommation. Elles attendent avant tout une efficacité du produit (et de la prescription médicale) sur leur problème (l'objet de sa consultation) et ne s'en écartent pas. Les médicaments étant des remèdes, les personnes évaluent leur efficacité en terme de mieux-être mais sont assez peu attentives aux modifications induites par ces psychotropes sur leur ressenti et sur leur état de conscience. D'ailleurs, les médicaments sont souvent décrits comme peu actifs, peu efficaces, alors même qu'ils sont consommés depuis des années et que la personne n'envisage pas d'interrompre son traitement. Les effets induits par les produits sont quelquefois confondus avec les symptômes de la dépression. Ainsi, l'apathie est quelquefois perçue comme un effet secondaire des médicaments ; Marie ne prend presque plus de médicaments et remarque qu'elle ressent toujours cette apathie. Caïn témoigne d'un sentiment d'euphorie qu'il attribue au Prozac® :

« Après le discours de ma psy, par exemple, c'est aussi que ce n'est pas forcément des... Enfin voilà, qu'est-ce qui découle réellement pharmacologiquement du produit et qu'est-ce qui découle en fait psychologiquement de la sortie de la dépression ? »

Les utilisateurs de médicaments prescrits développent peu de connaissance sur les produits utilisés. Ils ne connaissent généralement pas leur nature. La dangerosité des médicaments et le risque d'accoutumance ne sont pas systématiquement évoqués.

Caïn, Victor et William, qui sont par ailleurs polyusagers de produits illicites, décrivent plus précisément les effets des médicaments¹³⁸. Ils proposent des comparaisons entre produits¹³⁹, échangent sur leurs qualités comme ils le feraient sur des produits illicites nouvellement expérimentés. Leur usage s'inscrit dans une logique hédoniste d'amateurs de substances psychotropes. Et, beaucoup plus que les utilisateurs exclusifs de médicaments, ils s'en méfient parce qu'ils sont disponibles¹⁴⁰ et d'autant plus s'ils procurent du plaisir. Leur connaissance des psychotropes illicites les amène à rester vigilants sur les temps et rythmes de consommation et à s'informer précisément sur les médicaments qu'ils utilisent, méfiance que n'ont pas nécessairement les personnes qui consomment des psychotropes pour la première fois.

¹³⁷ Avec la banalisation de l'usage de ce produit, on voit pourtant beaucoup d'utilisateurs de cannabis, comme Yann, n'accorder aucune importance à la connaissance du produit et des rites qui y sont associés.

¹³⁸ Le docteur K, médecin généraliste, témoignait de cette même précision dans le discours de patients utilisateurs de drogue qu'il a pu recevoir en consultation dans le cadre de thérapies de substitution, sur les effets des benzodiazépines.

¹³⁹ Victor compare Lysanxia® et Lexomil®, William Xanax® et Lexomil®, le premier préférant le Lexomil® pour ses effets sédatifs, le second au contraire le Xanax® pour son effet « euphorisant ».

¹⁴⁰ La même méfiance existe envers le tabac et l'alcool.

Henri, 38 ans, journaliste TV, entretien 59

« Tu en as eu besoin, tu en as pris... ? »

Voilà, je les ai pris, et enfin clairement demain je serais dans le même état j'en reprendrais sans aucun problème, en sachant qu'il faut faire super gaffe, que, tu vois, je ne rentrerais pas dans un cycle médicamenteux lourd parce que c'est pour moi une addiction qui vient très vite aussi et dans laquelle tu peux plus t'en sortir. Je serais hyper vigilant sur le rythme, sur les prescriptions, le temps de prescription et puis donc j'entamerais en parallèle un boulot comme ce que je fais de façon un peu décousue quand même, je dois bien l'avouer, mais, quand même, ce que je fais à côté pourrait peut-être m'éviter de retomber là-dedans... »

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54

« Si je le fais par contre, je me surveille aussi parce que j'ai des amis médecins et puis nous sommes ici dans une université avec une fantastique bibliothèque de médecine donc je suis devenu un pro de la pharmacocinétique, la pharmacocinétique étant la science qui étudie combien de temps les produits restent dans le sang... Parce que, en particulier quand je faisais des tests de médicaments, c'était des choses qui me préoccupaient quand même, je voulais bien prendre des risques mais c'était des risques qui étaient, autant que je pouvais le faire, contrôlés, donc je m'étais renseigné sur qu'est-ce qui se repère, où, comment, etc. Donc la preuve c'est que je suis là à peu près, à peu près en bon état... »

Caïn montre du plaisir à consommer du Prozac® et décide d'arrêter sa consommation par crainte de la dépendance et de l'accoutumance. Pour gérer son usage de médicaments anxiolytiques (obtenus sans puis avec prescription), il change de produit régulièrement¹⁴¹ et se pose aussi des limites en terme de quantité : s'efforce de ne pas prendre des médicaments pour dormir tous les soirs, s'impose des périodes d'arrêt de la consommation si celle-ci devient trop régulière.

Caïn, 28 ans, production événementielle, entretien 29

« Je me suis toujours débrouillé pour, au moins, tourner sur 2-3 substances à la semaine en fait (...) Je sais que, dans les bonnes semaines, j'en avais 5 différents (...) »

Je peux prendre des trucs forts mais par contre jamais deux, tu vois, Lexo, si je dois me lever le lendemain matin, je ne dépasse pas le ½ on va dire... parce que je sais très bien que sinon, le lendemain matin, je suis dans la vase total (...)

De moi-même, si tu veux, si en 30 nuits consécutives je ne me suis pas endormi sans rien, j'arrête... J'arrête parce qu'après j'ai peur de rentrer dans un cycle de dépendance... vis-à-vis du sommeil. (...)

Globalement, là, si je devais résumer ce que j'ai à côté de mon lit, je dois avoir une plaquette de Rivo, une plaquette de Stilnox® et du Xanax® ou en tout cas du générique de Xanax®... et puis y'a des soirs où j'ai l'impression que je vais m'endormir bien, je ne prends rien, et si au bout de ¾ d'heure je ne dors pas... en fait ça m'évite les problèmes d'endormissement, si au bout de ¾ d'heure je vois que je suis toujours pas endormi maintenant au lieu de me retourner pendant 3 h dans mon pieu, je prends mon ½ machin ou... En général c'est du ½ comprimé en usage comme ça, voire du ¼ de comprimé pour le Rivotril®, et voilà... et je dirais, globalement, j'aimerais bien descendre mais à l'heure actuelle, je dois être à une nuit sur deux. »

Chez les usagers (exclusifs) de médicaments interrogés, la consommation ne semble pas maîtrisée. On note chez plusieurs d'entre eux un décalage entre limites théoriques et pratiques de consommation. Cette attitude, qui peut apparaître globalement comme passive, doit être nuancée. La responsabilisation des patients est fonction de leur connaissance préalable des produits psychotropes et aussi de la nature de la relation qui est établie avec le médecin. Ses recommandations quant à la posologie sont généralement respectées mais elles ne s'accompagnent pas toujours d'une mise en garde sur les risques d'une consommation à long terme. Le rapport au produit dépend à la fois de la façon dont les personnes perçoivent le rôle du médecin et son autorité et aussi de l'attitude thérapeutique de ce dernier qui va favoriser ou non l'autonomisation de ses patients.

C'est une constante des psychotropes non prescrits, produits illicites, tabac, alcool, que d'être partagés. L'échange « participe à la construction de l'épisode de consommation¹⁴² ». Le groupe influence la consommation, par un effet d'entraînement mutuel, mais peut aussi constituer un étalon, une référence, quelquefois une garantie, réelle ou imaginaire, contre les risques d'addiction.

¹⁴¹ On peut supposer que cette manière d'utiliser les médicaments est aussi chez Caïn motivée par l'expérimentation des effets psychotropes des différents produits.

¹⁴² FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHERE (C.), VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, OFDT 2001, p. 27.

L'intégration dans un groupe permet à l'individu de questionner ses usages, de déployer des stratégies de gestion mais aussi de se situer par rapport à l'expérience des autres.

Les médicaments, s'ils peuvent être donnés en dépannage¹⁴³, ne sont jamais partagés. Les usages sont individualisés et peu discutés¹⁴⁴. Ainsi, la seule référence pour se situer par rapport à cet usage est apportée par le médecin prescripteur. C'est d'ailleurs très souvent par l'infirmier ou le médecin du travail (ou encore dans le cas de Judith la pharmacienne) que les personnes sont informées de la fréquence du recours au médicament au sein de l'entreprise.

Le rôle du médecin généraliste

Les généralistes jouent aujourd'hui un rôle de premier plan dans le traitement de la dépression et de l'anxiété. Il est désormais acquis, et d'autant plus qu'ils ont aujourd'hui à leur disposition des outils – les antidépresseurs – d'une grande maniabilité, que la souffrance psychique et les troubles mentaux mineurs peuvent être traités par la médecine générale.

S'ils sont formés au traitement des grands syndromes psychiatriques, à la pharmacologie des troubles psychiques, les généralistes le sont beaucoup moins sur « la petite psychiatrie de tous les jours¹⁴⁵ ». Et si des « habitudes de prescription » leur ont été enseignées, leur formation se fait évidemment davantage sur le tas.

Les généralistes français prescrivent et renouvellent beaucoup plus que leurs collègues étrangers¹⁴⁶. « Selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 15 % des ordonnances de médecine générale contiennent au moins un tranquillisant et 7 % un hypnotique ; 17 % recèlent des benzodiazépines majoritairement prescrites au long cours¹⁴⁷. » Cette situation semble attribuable à différents facteurs : « un contexte de minimisation voir de dénégation des molécules¹⁴⁸ » qui conditionne depuis des années les habitudes de prescription des médecins ; l'influence aussi de la presse professionnelle médicale, favorable à une conception « scientifique » du diagnostic et de l'acte thérapeutique, celle des laboratoires pharmaceutiques.

Diagnostiquer

« Les cures miracles censées soigner les innombrables problèmes humains ne relèvent donc pas de la morale mais de la technique et surtout de la médecine. Pour être soulagé de ses souffrances, le patient n'a pas besoin de faire le moindre effort ; en fait, il vaut mieux qu'il ne fasse rien du tout, sinon se livrer, pieds et poings liés, à l'expert¹⁴⁹. »

Claude Legrand, qui explore deux revues professionnelles à l'attention de généralistes¹⁵⁰, pour saisir les modes de légitimation de la prescription de médicaments psychotropes en médecine générale, met en évidence plusieurs constantes dans la perception de l'acte thérapeutique dont l'une est que « seul le médecin détient et énonce le sens du pathos ». Cette légitimité établie du médecin à comprendre et à agir sur la souffrance a pour pendant une perte d'autonomie des personnes qui relèguent à une autorité extérieure la maîtrise de leur corps et ont tendance à ne plus se fier à leur propre écoute, à leur propre observation de leurs dysfonctionnements internes, pour s'en remettre à l'avis du ou des experts.

¹⁴³ Sharon donne occasionnellement du Lexomil® à ses amis, Caïn aussi en trouve chez des amis, Jeanne (entretien 0) témoigne de pratiques de dons de Lexomil® au travail, Mireille prend ceux de son mari.

¹⁴⁴ Certaines personnes témoignent de l'image négative qui pèse sur ces usages thérapeutiques qui, en conséquence, restent souvent dans le secret.

¹⁴⁵ Propos du docteur K, 35 ans, médecin généraliste.

¹⁴⁶ LEMOINE (P.), « Médicaments psychotropes : le big deal ? », *Toxibase* n° 1, mars 2001.

¹⁴⁷ LEMOINE (P.), *op. cit.* p. 6, référence à Senon et al., 1995.

¹⁴⁸ LEMOINE (P.), *op. cit.*

¹⁴⁹ SZASZ (T.), « Le mythe de la drogue », *L'esprit frappeur* n° 32, 1998.

¹⁵⁰ *La revue du Praticien* de 1953 à 1994, *Le Concours médical* de 1957 à 1994, « les auteurs sont toujours des psychiatres qui s'adressent aux généralistes qu'ils souhaitent guider ».

Ghislaine, 57 ans, secrétaire, entretien 46

« Quand je prenais l'Effexor® et que je me plaignais des problèmes de transpiration, elle m'a dit : "Je ne vous l'arrête pas parce que, si je vous l'arrête, je vous retrouve comme une carpette dans peu de temps", c'est le généraliste qui me disait ça. Là, la nutritionniste que je suis allée voir en septembre, quand je n'arrivais pas à me discipliner pour faire un régime – je me levais la nuit pour manger, je faisais une espèce de boulimie... – un jour, je lui ai dit : "j'en ai marre, je suis fatiguée..." Elle m'a dit : "Attendez, vous êtes fatiguée... Pourquoi ? Parce que vous êtes dépressive, vous êtes DEPRESSIVE, il ne faut pas vous voiler la face, vous êtes DEPRESSIVE" (...)

Le Lexomil® vous en prenez la même quantité depuis le début aussi ?

Là elle me donne du Lexomil® parce que je me plains de ne pas bien dormir et elle ne veut pas me donner de somnifère pour pas justement que je m'accoutume.

D'accord.

Elle a l'air de penser que je me passerai plus facilement du Lexomil® que des somnifères. »

Pour asseoir son pouvoir, le médecin s'appuie aujourd'hui plus que jamais sur la science. Ainsi l'influence de l'association américaine de psychiatrie et de sa classification des maladies mentales, le DSM, qui tend à imposer sa représentation de l'acte thérapeutique et du diagnostic, un diagnostic fondé sur des symptômes et des syndromes répertoriés et qui nie le vécu ainsi que la relation particulière qui se noue entre un médecin et un patient. Jacques Gasser et Mikaël Stigler¹⁵¹ montrent que cette conception perd la connaissance du sens du symptôme, qui s'inscrit pourtant dans un contexte particulier, et qu'elle ne prend pas en compte l'unicité et la subjectivité des personnes qui le ressentent.

Le DSM est aujourd'hui entré dans l'enseignement psychiatrique même des futurs médecins généralistes comme en témoigne ce jeune médecin :

Docteur K, 35 ans, généraliste, entretien CF13

« Je n'arrive pas trop à voir les limites de la dépression aujourd'hui ?... »

Une dépression, normalement, il y a une définition assez précise mais, en pratique, un médecin qui ne s'est pas formé régulièrement va déjà ne plus tellement savoir...

Normalement il est formé ?

Oui, normalement, on est censé avoir des enseignements de psychiatrie et savoir qu'il y a des critères qui permettent de parler de dépression, enfin de dire qu'on est dans le cadre dépression.

Les critères américains, le DSM ?

Voilà, exactement. C'est un groupe de psychiatres qui ont fait un bouquin pour essayer de clarifier un peu les symptômes, pour dire « voilà, si vous avez 4 symptômes parmi les 5, alors on peut parler de dépression ». En fait, ces critères sont surtout utilisés pour que l'on sache bien de quel patient on parle quand on fait des études et donc pour ne pas inclure tout et n'importe quoi et on s'en sert aussi pour le diagnostic, même si l'objectif n'est pas exactement le même. Ça sert en tout cas pour savoir que quelqu'un de dépressif ce n'est pas seulement quelqu'un qui a un peu d'angoisse et du mal à dormir, ça ne suffit pas pour parler de dépression... Il faut aussi avoir les idées noires, aussi avoir des ruminations etc. ça demande d'avoir été bien formé initialement et puis aussi de revoir ces trucs-là régulièrement. »

Alors que l'objectif premier du DSM était de poser un langage commun entre chercheur et clinicien, il est aujourd'hui conseillé pour aider au diagnostic¹⁵². Ainsi le docteur G, qui exerce depuis une trentaine d'années, met en avant le DSM IV pour légitimer ses choix thérapeutiques. Il existe un tableau, dit-il, des critères capables de « mesurer l'humeur des personnes et leurs symptômes », le DSM IV, qui permet de « quantifier et de mesurer l'évolution des symptômes dépressifs ».

¹⁵¹ GASSER (J.), STIGLER (M.), « Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM », in *La maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, éd. Odile Jacob, 2000.

¹⁵² Jacques Gasser, *op. cit.*

Des choix thérapeutiques

« Jusqu'au milieu du vingtième siècle, les connaissances biologiques, biochimiques, ou biophysiques des médecins étaient d'un niveau modeste, mais leur formation clinique était très suffisante pour exercer leur profession. Ils écoutaient les plaintes de ces patients, leur prescrivait quelques potions magistrales et magiques. Les troubles allaient et venaient mais pouvaient être exprimés auprès d'un médecin de famille qui connaissant ses limites et n'ignorant pas les difficultés familiales, financières, affectives de ses clients, pouvait les accompagner et les aider à vivre.

Depuis 1950, les attitudes médicales et les comportements des malades ont considérablement évolué. Les médecins disposent de connaissances biologiques d'un niveau élevé et surtout de moyens diagnostiques et thérapeutiques, chaque année plus nombreux et plus précis. Les techniques d'exploration du corps humain permettent de reconnaître rapidement les anomalies morphologiques et fonctionnelles liées aux maladies, qui sont facilement identifiées et d'année en année plus accessibles à des thérapeutiques efficaces (même si les progrès diagnostiques sont beaucoup plus évidents que les avancées thérapeutiques). Si les moyens diagnostiques sont de plus en plus performants, les médecins ont de plus en plus de difficultés à maîtriser leur usage, c'est-à-dire à les proposer aux malades dans les seuls cas où leur réalisation est scientifiquement justifiée et pourrait être utile¹⁵³. »

Le docteur G considère que les médicaments psychotropes sont « efficaces et non dangereux ». Il peut les conseiller pour un problème récurrent dans le travail comme en témoignage l'une de ses patientes. Certains médecins généralistes sont plus prescripteurs que d'autres. Mireille consulte chez un médecin qui lui prescrit des médicaments « au bout de cinq minutes » alors qu'il la voit pour la première fois. À l'inverse, le docteur K insiste sur l'aspect relationnel de la thérapie, sur le temps passé avec le patient, et préconise une attitude de « bonne conduite » par rapport à la prescription de médicaments. L'antidépresseur, de son point de vue, a pour rôle essentiellement de stimuler l'action et la démarche thérapeutique des personnes dépressives lorsque la dépression est caractérisée par une forte inertie.

Docteur K, médecin généraliste, 35 ans, entretien CF13

« C'est pour ça que mon optique est une optique de "bonne conduite" entre guillemets, c'est de ne pas prescrire d'antidépresseurs d'emblée, sauf si le cas est grave mais si le cas est grave je dirais que ce n'est même plus du ressort du médecin généraliste, sauf si le patient refuse d'être hospitalisé, auquel cas on fait au mieux. Souvent, j'ai été amené à prescrire des antidépresseurs, ce n'est jamais à la première consultation, ni à la deuxième, ni à la troisième, c'est : on fait un premier entretien, on revoit la personne si il faut, une semaine plus tard, on essaie les petites méthodes à droite et à gauche, on fait déjà un entretien psychothérapeutique même si on n'a pas de formation psychothérapeutique et on essaie de voir dans quel sens ça évolue. Si on sent qu'il y a une espèce de vieux fond dépressif qui vient de loin et qu'on ne va pas réussir à débrouiller du premier coup et bien, il faut proposer une psychothérapie et peut-être éventuellement aider pharmacologiquement la personne à tenir la route pour ne pas sombrer bêtement.

(...) Surtout, quand une personne se présente avec des symptômes d'angoisse ou des difficultés à dormir, il ne faut pas céder à la tentation un peu facile du traitement anxiolytique ou somnifère et voir si, éventuellement, il n'y a pas d'autres solutions. Comme essayer de mieux contrôler le sommeil, ne pas faire de sieste pendant la journée, recadrer un petit peu, essayer les tisanes, des tas de petites choses qui peuvent, dans la mesure du possible, reculer l'échéance, voir ne pas passer par le traitement anxiolytique. »

La nécessité d'un « diagnostic approfondi » (aller au-delà de l'explication physiologique des symptômes, pour entrer dans une recherche des causes du malaise¹⁵⁴) pour prendre en charge des états de mal-être se heurte au fonctionnement même de la profession. Le médecin généraliste est payé à l'acte et prescrire un médicament, renouveler une ordonnance, c'est aller au plus rapide, aussi au plus lucratif. Cette réserve à l'égard de la prescription, considérée comme une facilité, semble être celle d'une nouvelle génération de médecins, comme Lucie – et même si celle-ci ne prescrit pas –, qui ont pu voir les effets de prescriptions généreuses de leurs aînés sur le long terme et tendent à une plus grande méfiance vis-à-vis des médicaments.

¹⁵³ BÉRAUD (C.) « Le médicament : aujourd'hui remède à la souffrance demain garant de la performance » *Transition*, (en ligne sur le site de l'ANIT), pour une description des comportements médicaux face à ce nouveau type de demandes.

¹⁵⁴ BÉRAUD (C.), *op. cit.*

Docteur K, 35 ans, médecin généraliste, entretien CF13

« Il faut voir que nous on est payés à la pièce, c'est-à-dire que plus on voit de patients, et plus ça rapporte. Combien de temps ça met d'écrire Prozac® et Lexomil® sur une ordonnance ? Ça met 10 minutes donc, si on veut faire beaucoup de patients, c'est plus simple de prescrire Prozac® et Lexomil® et de faire le suivi de ça, renouveler les ordonnances bêtement, plutôt que de passer ½ heure ¾ d'heure à causer avec le patient pour voir si il n'y a pas une autre solution. »

Lucie, 35 ans, médecin en milieu hospitalier, entretien 62

« Et les médicaments ?

Jamais, jamais.

Tu en as quelle perception en tant que médecin, tu en as prescrit déjà ?

Oui bien sûr... Je pense que les médecins ne savent pas prescrire tout ce qui est psychotrope enfin, en tout cas, tout ce qui est anxiolytique et antidépresseur... encore les antidépresseurs avec ceux de la nouvelle génération, je pense que ça se passe mieux, même si tu ne sais pas trop... les antidépresseurs actuels ne sont pas comme les gros antidépresseurs de base que tu mets dans une dépression grave donc je pense que ça peut le faire mais, par contre, je pense que les gens ne sont pas conscients quand même de... de l'intoxication aux anxiolytiques... pour moi c'est plus qu'être accro je veux dire c'est...

C'est à vie ?

Oui, et ça, je pense que y'a une mauvaise régulation, soit par mauvaise perception de l'anxiété de la personne ça c'est clair.

Ils se trompent ou... ?

... ou ils ne veulent pas aller au fond du truc et c'est plus facile pour eux de dire : "je vous prescris ça", il y a aussi la demande du patient parce que c'est quand même aussi quelque chose qui joue beaucoup... Je pense que c'est un problème de formation et de gestion de la prescription... Tu peux prescrire quelque chose comme ça, mais il faut savoir absolument gérer. »

Si les médecins ont une autorité quasi absolue quant au diagnostic, on constate souvent que ce sont les gens qui décident eux-mêmes de l'arrêt de la consommation ou encore des renouvellements de leur prescription. La question du suivi est donc peu ou mal posée par le médecin généraliste et c'est la maîtrise même de l'usage de médicaments psychotropes qui semble lui échapper à long terme, certainement du fait d'un manque de formation et d'information sur laquelle les laboratoires, qui entretiennent une vision du médicament psychotrope efficace et sans danger, ont la main mise.

L'influence des laboratoires pharmaceutiques

« (...) De toutes façons le laboratoire pharmaceutique et le milieu de la santé c'est quand même deux mondes qui n'ont strictement rien à voir... enfin rien à voir si, parce que l'un a besoin de l'autre, c'est le commerce d'un côté et l'individu de l'autre donc ça pose pas mal de soucis ça c'est sûr... d'un autre côté... Je pense que pour les médecins généralistes qui sont dans leur cabinet, tu vois, et qui n'ont pas nécessairement le temps, c'est pas mal de leur présenter les nouveaux produits, donc je pense que ce métier il est plus légitime en tout cas en ville parce qu'en ville, le médecin fait aussi son commerce, entre guillemets... » Lucie, 35 ans, médecin, entretien 62

L'information thérapeutique produite par les laboratoires et relayée par les visiteurs médicaux¹⁵⁵, est censée consister en une présentation du produit, les posologies indiquées, ses effets indésirables. Comme le dit Lou, « on est un peu le Vidal ambulante ». Elle relève en réalité, le plus souvent, de l'information promotionnelle¹⁵⁶.

Docteur K, 35 ans, médecin généraliste, entretien CF13

« Et-ce qu'il n'y a pas une influence des laboratoires pharmaceutiques sur les médecins et leurs habitudes de prescription ?

Si énorme, absolument énorme, colossale. Beaucoup de représentants bien sûr, sont complètement formatés pour parler de leurs médicaments d'une certaine façon ; ils ne parlent pas des effets indésirables, ils majorent les effets bénéfiques du médicament, ça s'est épouvantable ! »

¹⁵⁵ Edouard Zarifian note qu'on dénombre environ 15000 visiteurs médicaux en France, in *Le prix du bien-être*, éd. Odile Jacob, 1996.

¹⁵⁶ ZARIFIAN (E.), *op. cit.*

Lou, 39 ans, visiteuse médicale, entretien 55

« En principe, les médecins que je fréquente, c'est des médecins généralistes donc les produits que je présente c'est de la prescription courante, je vois par rapport au Deroxat®... de toutes façons ils savent bien que dans la dépression il faut prescrire quelque chose... et puis c'est des médicaments qui se prescrivent pratiquement à vie aussi...

Ah oui ??

Oui, ils le font ponctuellement mais il y a toujours un moment où le patient revient et puis, tu sais, quelqu'un qui est dépressif... Il va être bien pendant un moment et puis après... C'est comme les dépressions saisonnières par exemple, t'as des patients qui, 2 fois par an, vont déprimer, 2 fois dans l'année...

Ah oui ?

On appelle ça les dépressions saisonnières donc ça, le patient qu'est atteint de ça il n'y a rien à faire... par contre, pour la dépression réactionnelle, c'est-à-dire... une épreuve dure à passer, un deuil, une rupture... Là c'est différent. Les patients vont être traités sur un an, 6 mois/1 an et puis après, de toutes façons, le temps fait le reste.

Et tu sais quel type de dépression est le plus courant ?

Ah ! C'est la dépression réactionnelle. La plus dangereuse c'est la dépression mélancolique, la dépression mélancolique alors là c'est la personne elle est comme ça (*appuyé*) et il n'y a rien à faire... Alors là c'est tous les gens qui picolent et tout ça, ce sont des dépressifs hein ! »

Ce dernier témoignage nous montre que les stratégies commerciales et médiatiques menées par les laboratoires ont pu contribuer à un élargissement du concept de « dépression » et des symptômes traités pharmacologiquement comme tel. E. Zarifian annonçait en 1996 l'explosion advenue de la consommation d'antidépresseurs, après les anxiolytiques, et en particulier l'accroissement des IRS :

« L'encadrement très serré de l'opinion médicale, la parfaite collaboration du milieu académique avec l'industrie pharmaceutique, vont favoriser cette situation dont tous les aspects sont déjà contrôlés¹⁵⁷ (...). »

Lou, usager occasionnel de cocaïne et d'ecstasy qui par ailleurs témoigne de son métier de visiteuse médicale, nous apporte un éclairage sur le marché des médicaments et l'aspect commercial de sa profession :

Lou, 39 ans, visiteuse médicale, entretien 55

« T'es payée... t'as un fixe ou t'as un % ?

Non j'ai un fixe, j'ai un fixe de... de 11 500 F avec des forfaits repas tous les midis. J'ai 90 balles pour bouffer, j'ai mon essence qui est remboursée, donc, tu vois, j'ai un niveau de vie qui est sympa quoi, je gagne quand même le double d'une vendeuse... plus des primes...

De déplacements ?

Non, des primes par rapport aux résultats et aux produits qu'on vend.

Ok.

Donc si t'atteins tes objectifs, ils te fixent des objectifs au départ en disant "bon voilà, il faut qu'il sorte, je ne sais pas, 2 500 boîtes de Deroxat® au mois de septembre, 3 000 boîtes au mois d'octobre", tu vois ? Et puis, après, eux ils calculent et si tu dépasses les objectifs fixés t'as une prime.

Donc ça motive...

Oui ça te motive, ça te double ton salaire... (...)

Mais maintenant c'est quand même difficile aussi de s'avancer dans ses tournées... le métier s'est durci.

Ah oui ?

Ben t'as de plus en plus de labos, de plus en plus de délégués, évidemment, et puis les médecins ils mettent un peu des barrières quoi, ils se disent « aujourd'hui je reçois que 2 labos, 3 labos.

Parce qu'ils sont trop sollicités ?

Oui... »

L'industrie pharmaceutique influence l'opinion publique par la mise en place de campagnes publicitaires ; elle maîtrise l'ensemble de la presse médicale¹⁵⁸ et aussi les recherches sur les médicaments : « Ce flot d'informations orientées qui inondent le monde médical ne rencontre aucun contre discours. Les universitaires et les leaders d'opinion pourraient les tenir, mais ils ne le font pas, car ils sont les relais de cette information par les relations quelquefois étroites que, pour la plupart, ils entretiennent avec l'industrie pharmaceutique. On ne voit pas non plus grâce à quelle tribune un

¹⁵⁷ ZARIFIAN (E.), *op. cit.*, p. 220.

¹⁵⁸ Qui, « très largement dépendante des annonceurs pharmaceutiques », ne possède qu'une « très relative liberté d'expression », Cf. E. Zarifian, *op. cit.*

contre discours pourrait s'exprimer, les revues, les colloques, les congrès étant, comme on l'a vu, organisés ou sponsorisés par les laboratoires¹⁵⁹. »

L'influence de l'industrie pharmaceutique sur les usages de psychotropes de synthèse n'est pas nouvelle. Ainsi l'héroïne, lancée à grand renfort de publicités par Bayer en 1898 ou la cocaïne par Parke-Davis et Merck qui utilisèrent le nom de Freud, alors considéré comme une autorité mondiale sur le sujet¹⁶⁰.

Sur le pouvoir des médecins

« Quand tu prescris un médicament et que tu vois le patient qui change, si tu as l'esprit un peu mal tourné, ça peut te donner un sentiment de pouvoir, le pouvoir de changer les gens... En plus ils vont t'être reconnaissants... La relation au produit va être forcément biaisée par le médecin, par celui qui a le pouvoir de prescription. C'est quand même tout à fait particulier le rôle du médecin là-dedans » Docteur K, médecin généraliste, entretien CF13

Thomas Szasz considère que c'est pour préserver ce pouvoir que la médecine moderne a tourné le dos à l'opium « comme sédatif et comme remontant¹⁶¹ », ce remède naturel qui ne nécessite « ni chimiste, ni industrie pharmaceutique, ni médecin » :

« (...) L'opium et la sorcière rappellent tous deux au médecin ses basses origines, lui qui aspire plus à régner sur son patient qu'à le guérir. Pis encore, ils le menacent de le remplacer par le guérisseur local, par la médecine populaire, et même par les efforts du malade pour se soigner selon les méthodes qu'il choisit seul. Il n'y aurait plus besoin de médecin ! C'est aussi l'une des principales raisons qui font que le médecin a désormais adopté les sédatifs et antidépresseurs synthétiques : le Darvon® ou le Valium® ne sauraient exister sans les pharmaciens, les industries chimiques et les médecins qui les prescrivent ! Ils font apparaître le médecin moderne comme un scientifique et non un magicien ; ils le rendent indispensable puisqu'il protège le malade du charlatan, ainsi que de lui-même¹⁶² ! »

Outre leur pouvoir de prescripteur de psychotropes, il apparaît effectivement, dans des entretiens réalisés avec des usagers de psychotropes illicites, que certains médecins exercent une autorité morale sur leurs patients lorsqu'ils produisent un discours alarmiste sur l'usage de substances illicites comme l'ecstasy dont on n'a pourtant pas prouvé la dangerosité :

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54

« Et par rapport au corps médical est-ce que tu parles à des médecins de tes consommations de produits illicites ?

Oui... alors j'en ai parlé à... à 2. J'en ai parlé à un qui est un espèce de professeur fou yougoslave qui faisait les tests médicaux dont je t'ai parlé et une fois je lui ai dit à lui, je lui ai fait « quand même, je prends un peu d'ecstasy, etc. »... Il me fait "vous en prenez combien ?" Je lui fais "je ne sais pas, ça doit être l'équivalent de 1 tous les 2 mois à peu près, 1 ou 2 tous les 2 mois" et il me fait "pff ! ça va, ça va..." Il me fait "vous savez, les médecins sont quand même extrêmement réactionnaires et ils confondent... Ils utilisent leur capacité, leur autorité scientifique pour renforcer leur autorité morale", donc il me dit "il ne faut pas écouter tout ce que les médecins vous racontent sur le mal-être etc. et l'essentiel, dites-vous que pour le meilleur comme pour le pire on-ne-sait-pas (appuyé) donc on peut vous faire des études en vous disant ceci cela mais de fait on ne sait pas". »

Lucie, 35 ans, médecin, entretien 62

« Je ne me sens pas... c'est marrant ça parce que je me sens pas du tout toxicomane... enfin dans le sens où les gens peuvent l'entendre mon dieu... Je suis une usagère de drogues oui, mais ça ne m'empêche en rien de faire tout ce que j'ai à faire... et ça, les gens je ne sais pas s'ils en ont réellement conscience... Et que justement les effets, c'est comme les effets de tout, des médicaments ou quoi, ça a une durée déterminée et après voilà, tu te retrouves quand même comme avant et tu peux assumer tout ce qui se passe dans le reste de ta vie... Donc on dit tellement de conneries après que... Bon je ne dis pas non plus que sous ecsta je ferais des kilomètres en voiture parce qu'effectivement ça peut être dangereux, il y a quand même des notions que j'ai aussi, des risques mais je veux dire le risque c'est aussi sortir de chez soi et traverser la rue... donc... »

¹⁵⁹ Voir ZARIFIAN (E.) *Le prix du bien être*, éd. Odile Jacob, 1996.

¹⁶⁰ ESCOHOTADO (A), *Histoire élémentaire des drogues des origines à nos jours*, éd. du Lézard 1995, p. 98-100.

¹⁶¹ Comme au cannabis et à ses propriétés thérapeutiques.

¹⁶² SZASZ (T.), « Le mythe de la drogue », *L'esprit frappeur* n° 32, 1998, p. 33.

Est-ce que tu ne trouves pas que les médecins sont aussi un peu hypocrites par rapport à ça ?

Complètement, et d'ailleurs par rapport à la toxicomanie, je veux dire les messages d'information, on n'a pas trouvé le bon créneau en tout cas... je crois qu'on sait pas encore communiquer sur ce truc-là... Mais le problème je crois que c'est... même si c'est de la santé publique c'est très propre à l'individu et à la façon de réagir de l'individu et donc de faire du message collectif alors qu'en fait après c'est un individu qui est concerné par la consommation, c'est vraiment complexe. »

En détournant aujourd'hui l'usage des médicaments psychotropes, certains patients, le plus souvent ceux qui ont l'habitude de gérer eux-mêmes des remèdes illicites, se réapproprient ce pouvoir. On verra en effet que cette relation n'est pas toujours vécue dans le sens d'un ascendant du médecin sur son patient, mais qu'elle peut miser sur le dialogue, ouvrir sur une négociation, voir tendre à une autonomisation des personnes ; elle peut aussi être totalement renversée lorsque le médecin est instrumentalisé pour son seul pouvoir de prescripteur.

La relation thérapeutique

« Ce tour d'horizon sur la problématique de la relation thérapeutique met en évidence la diversité des approches qui néanmoins peuvent se résumer en quatre dynamiques possibles : celle induite par le malade qui est à la fois client, consommateur et patient ; celle induite par le médecin qui est à la fois professionnel parmi ses confrères, expert pour la société, détenteur d'un savoir et d'un pouvoir face aux malades ; celle induite par la société qui délimite les rapports de droits et d'obligations ; celle induite par le développement des différentes technologies de soin. » Anne Biadi-Imhof, L'usage des psychotropes en psychiatrie.

Sur 15 personnes que nous avons entendues en 2001 et 2002 qui consomment ou ont consommé des médicaments psychotropes prescrits, 7 ont connu plusieurs épisodes de consommation.

- 11 ont ainsi reçu des prescriptions de généralistes¹⁶³,
- 10 des prescriptions de psychiatres¹⁶⁴.

Trois personnes seulement n'ont jamais vu de psychiatre. Ces chiffres ne sont pas représentatifs de la réalité statistique des prescriptions en France puisque 70 à 75 % des prescriptions d'antidépresseurs émaneraient de généralistes et 75 à 80 % des prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques¹⁶⁵.

Parmi les 5 personnes qui ont eu, dans le cadre de leur dernier épisode de consommation, des prescriptions de généralistes, deux suivent une psychothérapie avec un psychiatre en parallèle. Parmi celles qui ont un psychiatre prescripteur, deux suivent actuellement une psychothérapie avec un psychiatre qui n'est pas le psychiatre prescripteur.

Dans deux cas, la première « réponse thérapeutique » est la prescription de médicaments :

- Ghislaine entame une psychothérapie 5 ans après le début de son traitement, de sa propre initiative (conseillée par une amie),
- Mireille se voit conseiller par son psychiatre prescripteur, tout de suite après le début de son traitement, un autre suivi psychothérapeutique.

Deux autres personnes ont d'abord entrepris une psychothérapie avant de prendre des médicaments :

- Judith suit une psychothérapie depuis mai 2000 et, en 2001, va voir un généraliste pour qu'il lui prescrive des médicaments, qu'elle prend pendant un an,

¹⁶³ À noter, Mireille, à qui un médecin généraliste prescrit des médicaments trop rapidement à son goût, et qui va voir un psychiatre pour « confirmer » le diagnostic (qui suivra l'évolution de son traitement par la suite). William qui se fait prescrire entre autres du Xanax® par son cardiologue, David un antidépresseur par le médecin qui lui prescrit le Subutex®.

¹⁶⁴ Ghislaine se fait prescrire une fois des médicaments par un psychiatre en hôpital (dépression majeure), Yves se voit aussi prescrire des médicaments dans le cadre d'un séjour hospitalier.

¹⁶⁵ ZARIFIAN (E.), *Le prix du bien-être*. Psychotropes et société, éd. Odile Jacob, 1996.

- Monique commence une psychothérapie en 1996 et, 3 ans après le début de son traitement, consulte un psychiatre qui lui prescrit un antidépresseur (toujours consommé au moment de l'entretien, à moindres doses).

Marie enfin, avant même de démarrer son traitement prescrit par son généraliste, reçoit du Lexomil® de l'infirmière de son entreprise, pratique qui semble courante (témoignage identique de Ghislaine qui est dans la même entreprise).

Anne Biadi-Imhof, à partir des récits de soignants en psychiatrie qu'elle a pu recueillir et de la synthèse de travaux scientifiques, indique que la relation thérapeutique se construit selon quatre grandes dynamiques que l'on peut résumer ainsi :

- dans le premier schéma, le malade se comporte comme un « client », c'est lui qui est en demande et il attend une réponse du médecin à travers un diagnostic et des outils thérapeutiques (médicaments ou autre) ;
- dans le deuxième « c'est la société qui fait le diagnostic et désigne le malade qui sera adressé au médecin ou à l'institution psychiatrique ;
- dans un troisième axe, la relation médecin-patient qui s'établit est une relation de confiance et le soignant établit un projet thérapeutique autour d'un échange avec le patient ;
- dans un quatrième schéma, c'est l'outil médicament qui va construire l'espace social de son intervention. Les laboratoires pharmaceutiques, qui définissent des stratégies commerciales à l'attention de consommateurs potentiels, construisent une demande. Et le prescripteur dans ce dernier cas est « porté par l'air du temps ».

Cette thématique apparaît de façon décousue dans nos entretiens, essentiellement du point de vue des « patients ». Deux médecins généralistes¹⁶⁶ seulement ont été interrogés sur leur pratique de prescripteurs, ils apportent un éclairage supplémentaire sur les logiques qui peuvent influencer le choix thérapeutique des médicaments.

Qui est à l'origine de la prescription ? Qui la gère ? Les personnes interrogées témoignent d'une grande variété de situations, la relation au médecin prescripteur évoluant souvent avec le temps.

Dans un premier cas de figure, le médecin propose et tend à plaider en faveur d'une prescription de médicaments alors que le patient n'a pas cette demande. Il est détenteur d'un pouvoir et en même temps conditionné par « l'air du temps » comme le note Anne Biadi-Imhof dans son dernier schéma, souvent influencé par la publicité détournée des laboratoires pharmaceutiques.

Dans un second cas de figure, le médecin négocie avec son patient, ce qui semble correspondre à la deuxième situation exposée par Anne Biadi-Imhof, il tend même quelquefois à le rendre autonome par rapport à sa consommation de médicaments.

Dans un troisième cas de figure enfin, le médecin est instrumentalisé, parce qu'on vient lui demander une prescription dans l'urgence ou un renouvellement qu'il ne peut pas refuser ou encore parce que la demande est destinée à être détournée. Ces situations correspondent au premier schéma décrit par Anne Biadi-Imhof, le patient se comporte comme un « client ».

Le médecin propose

Dans le cas de Marie, c'est un médecin qu'elle voit depuis des années qui lui propose à plusieurs reprises de suivre un traitement médicamenteux et elle refuse plusieurs fois avant d'accepter sa proposition.

Mireille refuse de prendre le traitement qu'un généraliste, qui ne la connaissait pas, lui a prescrit « au bout de 5 minutes » et elle ne retourne pas le voir. Elle va consulter par la suite un psychiatre qui lui a été conseillé et qui lui prescrit le même traitement, qu'elle prendra cette fois.

¹⁶⁶ Interroger ceux qui prescrivent les médicaments, et en particulier les généralistes qui sont peu entendus, nous semble essentiel ; cet aspect de l'étude demande à être approfondi.

Le médecin le plus souvent, fait preuve d'une implicite autorité et lorsqu'il conseille un traitement avec médicaments psychotropes, les personnes, même si elles sont a priori réticentes vis-à-vis de ce type de pratique, reçoivent favorablement sa proposition.

Ainsi Monique « j'étais contre mais comme mon psy me l'a conseillé... ». Pour la rassurer, son médecin généraliste vante les mérites du médicament prescrit par le psychiatre et tend à en banaliser l'usage :

Monique, 40 ans, chargée de mission en contrôle gestion, entretien 48

« Les généralistes l'appellent le "traitement de fond". C'est un antidépresseur somnifère, il n'y a pas d'ambiguïté sur la question, mais ce n'est pas un médicament de choc, c'est un médicament régulier, que tu prends tous les soirs, qui est une béquille, un soutien à l'endormissement certain. Donc... j'ai même un généraliste qui me dit "c'est un bon médicament", personne ne saute au plafond... Si tu parles de Tranxène® de Lexomil®... encore que Lexomil® c'est entré aussi dans les mœurs... »

Le médecin joue quelquefois sur la peur pour asseoir son autorité : « Je ne vous l'arrête pas parce que, si je vous l'arrête, je vous retrouve comme une carquette dans peu de temps » (propos de son généraliste à Ghislaine).

Il est indéniablement influencé par les promotions des laboratoires, comme en témoigne Julien qui en a vu beaucoup.

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« J'arrêtais directement, du jour au lendemain, celui que je prenais avant, pour me consacrer au nouveau dont les molécules étaient à peu près similaires sauf "oh ben j'ai un nouveau truc !" Tu sais comment sont les médecins ! "J'ai un nouveau truc, ça vient de sortir, c'est justement très bien pour vous..." Bon et puis en fait, t'as quelque chose c'est presque la même chose que ce que tu prenais avant. »

L'usage est négocié, le patient responsabilisé

Alors même que la décision de prendre des médicaments est initiée par le médecin, l'arrêt ou la modification d'un traitement est le plus souvent négocié. Avec Ironie, un médecin généraliste soulignait que si les malades avaient une tendance à la passivité par rapport à leur usage, beaucoup étaient difficiles à convaincre quand il s'agissait d'arrêter un traitement. Du fait de phénomènes d'accoutumance et de dépendance, et en particulier avec les benzodiazépines, l'autorité thérapeutique peut progressivement échapper à celui qui était initialement désigné comme l'expert. Ainsi Julien qui dit qu'il en a fini de la dépression mais pas avec les médicaments.

À l'inverse, dans un nombre de cas notable, c'est le patient lui-même qui propose un arrêt de la consommation, soit parce qu'il pense qu'il n'en a plus besoin, soit parce qu'il ressent des effets secondaires désagréables¹⁶⁷. Dans ce cas le médecin, le plus souvent, propose un arrêt progressif du traitement ; quelquefois il conseille d'attendre un moment plus propice.

Caïn, qui se fie à sa propre connaissance des psychotropes et de ses limites, a un rôle actif dans sa relation thérapeutique. Sa psychiatre lui laisse une large marge de manœuvre en ce qui concerne la posologie et c'est lui-même qui décide d'arrêter le Prozac® après 4 mois de consommation parce qu'il craint de s'accoutumer.

Caïn, 28 ans, production événementielle, entretien 29

« J'en garde un excellent souvenir du Prozac® c'est pour ça que j'ai demandé assez rapidement à l'arrêter, je me suis dit "bon stop maintenant on va remettre les pieds sur terre !" donc j'ai demandé assez rapidement à m'en passer (...)

Et pour arrêter ce n'était pas... ?

Non, non, non surtout que je le prenais, si ça peut t'aider, je le prenais à 10 mg, ce qui est ½ comprimé par jour, le matin, donc pas méga dose... Si, à un moment elle m'avait dit passez à 1 comprimé si vous le voulez, alors ma psy a très bien

¹⁶⁷ Parmi les effets secondaires des médicaments psychotropes mentionnés, peu nombreux, apparaissent l'effet cotonneux, les difficultés d'expression, les sudations, la baisse de libido.

compris assez rapidement à quel point j'aimais faire joujou avec tout ça, donc elle m'avait dit un jour, si vous voulez en prendre un par jour allez-y, essayez, donc j'ai dû monter à un par jour pendant 2-3 semaines et puis, je suis redescendu tout seul et c'est moi qui ai dit que j'allais arrêter (...)

Et donc au niveau des interactions parce que pendant les 4 mois où tu prenais du Prozac tu continuais à consommer ?

J'ai continué à prendre un peu de tout, enfin de tout, un peu d'ecsta et un peu de coke en lui demandant justement si, pour elle, il y'avait interaction et elle m'a dit que, a priori, ça ne posait pas de problème.

Ah oui ?

Elle m'a dit un jour qu'elle chercherait sur le net, je ne sais pas si elle l'a fait ou pas.

Il n'y a pas grand-chose sur la question quand même...

Ouais, mais pour elle il n'y avait rien de réellement contre-indiqué.... »

La plupart du temps, la posologie des anxiolytiques, comme celle des antidépresseurs, est journalière. D'action immédiate, ce type de médicament peut pourtant, dans certains cas, être prescrit « en cas d'angoisse » ou « en cas d'insomnie ». L'utilisateur est alors responsabilisé et davantage préparé par le médecin aux risques de dépendance, comme Anne pour sa consommation de médicaments opiacés et de Rivotril® ou encore Mireille pour sa consommation de Lysanxia®. Son psychiatre lui conseille de ne pas passer à une consommation journalière et l'informe de l'importance des « fenêtres thérapeutiques ». Quand le médecin délègue son pouvoir, le souci de gestion des usagers de médicaments est plus présent.

Mireille, 42 ans, professeur de lettres, entretien 63

« Et par rapport à la prise de Lysanxia® ?

C'est elle qui m'a expliqué ça la dernière fois, que comme c'est du Lysanxia® 10, visiblement ce n'est pas une dose énorme, elle m'a dit que, pour que ça continue à faire de l'effet, il fallait de temps en temps arrêter, elle m'a dit : « là, par exemple, vous partez en vacances, n'en emmenez pas une cargaison, vous allez voir des copines, ça va vous changez les idées tout cela... » Elle pense que je n'en aurai pas besoin. Voilà, qu'il faut arrêter un jour ou deux, essayer de ne pas en prendre tous les jours mais que si j'en ai besoin que j'en prenne. C'est ce que je fais.

Et donc c'était quelle posologie le Lysanxia® ?

Oh ! Ça a toujours été un ou deux par jour la posologie mais c'est si besoin.

Au début tu n'en prenais pas régulièrement ?

Non, au début j'en prenais... je n'en ai jamais pris tous les jours. L'idéal c'était que je n'en prenne pas mais il faut aussi que j'arrive à vivre...

Tu es toujours restée au Lysanxia® 10 ?

Oui. En général, je n'ai jamais dépassé un par jour.

Tu n'en as jamais pris deux ?

Si, non, j'en ai peut-être pris une ou deux fois deux... Il m'est arrivé d'en prendre... En fait j'en ai pris deux et même une fois 3, mais là c'était vraiment une grosse crise affective, amoureuse. Mes gros moments d'angoisse. »

Le médecin est instrumentalisé

« En tant que médecin généraliste qui voit un patient occasionnellement, tu ne peux pas arrêter les anxiolytiques que les personnes prennent depuis 40 ans sans t'exposer à des risques pour la santé des personnes. Donc, soit tu proposes un éventuel sevrage, et en général c'est en milieu hospitalier, surtout si ça fait 40 ans qu'ils consomment ou bien tu renouvelles, parce que tu n'as pas tellement le choix, mais il faut reprendre le temps à chaque fois de discuter de la pertinence du traitement (...) » (Docteur K, médecin généraliste, 35 ans, entretien CF13)

Quand il ne parvient pas à proposer un sevrage assisté, le médecin à qui un patient demande un renouvellement d'ordonnance pour des benzodiazépines peut difficilement refuser, parce qu'il ne peut pas lui imposer un arrêt brutal qui serait trop dangereux pour sa santé. Il se retrouve alors dans une situation d'acceptation passive peu confortable¹⁶⁸.

Mais c'est dans les situations d'usages détournés que l'instrumentalisation du médecin prescripteur, à son insu même, est la plus totale. Les témoignages de Victor, William et, dans une moindre mesure, de Caïn, en rendent compte.

William utilise les médecins pour obtenir ce qu'il veut.

¹⁶⁸ Anne Biadi-Imhof note que « prescrit dans ces conditions de contrainte, [le médicament] se révèle bien souvent inefficace et décevant, pour ne pas dire inadéquat ».

Caïn se sert du médecin pour alimenter une consommation qu'il gère lui-même. La prescription lui donne aussi accès à des médicaments qu'il parvenait difficilement (le Lexomil® par exemple) ou pas du tout à se procurer par lui-même, voire à des produits qui lui étaient jusqu'alors inconnus comme le Rivotril® qu'il apprécie particulièrement.

Victor, suite à une seconde prescription de médicaments (antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique) décide de ne pas aller au bout de son traitement et passe à l'automédication. Il gère ses stocks de médicaments prescrits dans un premier temps puis pratique le nomadisme médical pour obtenir les produits qui lui conviennent.

Victor utilise le savoir scientifique des médecins mais, comme William, refuse leur autorité morale et ses pratiques sont des actes d'insoumission, elles s'inscrivent dans un positionnement volontairement transgressif. À l'inverse, pour Caïn, le passage à une consommation prescrite (même si elle est détournée) lui permet de s'inscrire dans un cadre licite et de se déculpabiliser.

William, 40 ans, fonctionnaire, entretien 43

« J'ai toujours demandé des médocs au toubib (...)

J'en ai un usage détourné en fait voilà, j'ai jamais... parce que d'abord j'ai jamais été ni déprimé ni dépressif réellement

C'est des périodes de vague à l'âme...

Exactement, de spleen on pourrait plutôt dire... mais pas réellement de déprime, en tout cas pas qui justifiait cette pharmacopée-là tu vois, un traitement particulier (...)

Alors euh... normalement on ne t'en prescrit pas pour plus de 6 semaines... moi j'ai rusé avec mon cardiologue... je vais voir un cardiologue parce qu'on m'a trouvé de la tension artérielle... (...)

Je lui ai dit que j'aimerais bien avoir du Xanax®, connaissant le produit, en ayant déjà entendu parler par des copains comme étant quelque chose de sympa à prendre pour qu'au moins... pour que tout coule sur toi, tu vois, les soucis, les problèmes, vraiment c'est un truc vachement efficace. »

Caïn, 28 ans, production événementielle, entretien 29

« Sinon, bien évidemment, à l'époque où on s'était vus je "galérais", entre guillemets, pour choper à gauche à droite mes comprimés de Lexomil® et autres, j'écumais les pharmacies dans les soirées ou chez les amis et là [voir un psychiatre], ça m'a donné accès à plein de choses directement mais dans un cadre, une fois de plus, moi à partir du moment où c'est encadré comme ça par quelqu'un, entre guillemets, de « compétent », ça déculpabilise complètement ma consommation, il suffit que demain on me dise que l'ecsta est autorisé pour que je n'ai plus aucune culpabilité à le consommer, donc en fait ça... ça m'a donné accès à des nouveaux produits... notamment le Rivotril® (...). »

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54

« À cette époque là, quand j'étais donc sous traitement – psychiatre, médecins, etc. –, j'ai très vite pris en main ma propre médication, j'ai fait exactement tout ce qu'on m'avait dit de ne pas faire, c'est-à-dire qu'à un moment donné j'ai fait "bon, ça suffit", je m'estime guéri, et j'ai arrêté tout en bloc, alors que j'avais des traitements qui étaient censés durer sur 18 mois en truc dégressif et moi j'ai fait non ! Au bout de 6 mois, j'ai dit ça suffit, c'est moi qui commande, en continuant quand même à récupérer les médicaments, en me disant qu'un jour ou l'autre ça pouvait me servir pour moi-même donc c'est pour ça que j'ai encore des boîtes (...)

À cause de tous ces systèmes-là, de mes problèmes de santé mentale, de ceci, de tests de médicaments, de vouloir avoir les produits que je veux comme je veux, il ne faut pas que j'aie un médecin de famille, sinon le mec il péterait les plombs alors... pour ça il y'a des systèmes très bien ça s'appelle les dispensaires où on est gérés comme des grosses vaches là, où on attend à 50 000 dans les... dans les salles d'attente, et où on fait "Monsieur X ! médecin n° 3..." Donc, selon les heures et les jours, tu sais très bien que tu n'auras pas le même médecin donc comme ça tu tournes, tu pipotes chacun et tu lui dis ce que t'as envie de te faire prescrire, tu le connais un petit peu donc tu sais ce qu'il va te dire et ce que tu vas avoir etc. et... tu repars avec ce que tu veux (...)

Et donc en fait, finalement, tu n'es pas suivi...

Je ne suis pas vraiment suivi, à part par mon psy qui sait tout, qu'est psychanalyste et qu'est fou de rage mais tenu par le secret professionnel... Après, personne ne peut te dire... un médecin va te dire que j'ai eu un ulcère à l'estomac, l'autre va te dire que j'ai eu des problèmes de psychose mais personne n'est capable de te dire que j'ai fait des tests de médicaments et que j'ai fait tout ça à la fois... raconter ça, ça fait un peu aventure. »

Usages, vie affective et activité professionnelle

La dimension affective, qui implique la vie amoureuse mais aussi l'entourage familial et amical, n'avait pas été directement abordée dans les 41 entretiens réalisés en 2001¹⁶⁹. Elle était cependant apparue comme un élément important dans la trajectoire psychoactive des usagers, qui l'évoquaient spontanément. En 2002, il s'est avéré difficile de rencontrer des usagers intégrés à un milieu professionnel et vivant maritalement ou sous le même toit.

Sur 63 personnes rencontrées, 23 vivent en concubinage non formalisé et un couple est marié. Près d'un tiers est célibataire. 22 personnes ont un ou plusieurs enfants.

VIE AFFECTIVE

Il est difficile d'évoquer la dimension affective et l'équilibre général de l'individu sans faire appel à un vocabulaire psychanalytique ou psychologique, que par ailleurs nous maîtrisons mal. Les entretiens tentaient de situer la place tenue par les psychotropes dans la vie de personnes qui par ailleurs vivent en couple, ont parfois des enfants et maintiennent une activité professionnelle. Les témoignages évoquent dans un premier temps le principe des vases communicants entre la vie professionnelle, la vie privée et la consommation de psychotropes. Les produits apparaissent, entre autre, comme un moyen de compenser les déboires amoureux et parfois professionnels.

L'individu, pour maintenir une stabilité émotionnelle et une bonne estime de soi, cherche des satisfactions à travers le travail, sa vie sociale et sa vie affective. Si l'un ou l'autre de ces aspects fait défaut ou procure plus d'angoisse que de plaisir, il va plus ou moins consciemment tenter de compenser ce manque en s'investissant dans les autres sphères. Les produits ont donc leur place dans cette recherche d'équilibre, abordée ici par le Pr. B. Roques sous l'angle purement biologique :

« Au-delà des activités de survie, chaque individu subit fréquemment des variations de son état émotionnel (joie, peur, colère, plaisir). Le passage d'un état agréable à un état désagréable, à l'occasion d'un stress par exemple, conduit à la mise en route automatique du système de régulation qui rétablit un certain équilibre au niveau du cerveau ; c'est "l'homéostasie", que l'on pourrait définir comme un retour à la satisfaction d'être. Elle est régie par le système hédonique. La consommation des substances psychoactives ou les comportements compulsifs comme la pratique pathologique du jeu, la boulimie, etc. peuvent déboucher sur un processus addictif, besoin irrépressible de réitérer en permanence le comportement de consommation par exemple qui suractive ce système hédonique¹⁷⁰. »

Selon l'hypothèse freudienne, la confrontation du principe de réalité et du principe de plaisir requiert un principe d'homéostasie, lequel module le désir selon la place qu'occupe le réel, entraînant simultanément la satisfaction qu'exige le principe de plaisir et l'adéquation au réel, assurant le maintien de la vie. De cette dynamique d'échange entre idéalisation et réalité, subjectivité et objectivité, du jeu de l'opposition entre les deux termes naît la recherche permanente de compromis, en vue de l'adaptation. La notion freudienne d'*économie libidinale* constitue une lecture possible de la consommation de psychotropes :

« L'action des stupéfiants donc le combat pour le bonheur et le maintien à distance de la misère est à ce point appréciée comme un bienfait que les individus, comme les peuples, leur ont accordé une solide position dans leur économie libidinale. On ne leur sait pas gré seulement du gain de plaisir immédiat, mais aussi d'un

¹⁶⁹ 35 personnes étaient célibataires.

¹⁷⁰ Pr. Bernard Roques, « La dangerosité des drogues », La documentation française - Odile Jacob, Paris, 1999, extrait tiré du site de la MILDT.

élément d'indépendance ardemment désiré par rapport au monde extérieur. Ne sait-on pas qu'avec l'aide du « briseur de soucis » on peut se soustraire à chaque instant à la pression de la réalité et trouver refuge dans un monde à soi offrant des conditions de sensation meilleures¹⁷¹ ? »

« La famille, le boulot et à la limite l'amour... »

Plusieurs personnes ont rompu une relation amoureuse après 10 à 20 ans de vie commune, sans que la séparation soit directement liée à la consommation de psychotropes. Robert, Lucie et François revendiquent leur indépendance, tandis qu'Eric, Caïn et Samuel évoquent une instabilité relationnelle, une appréhension à l'idée de s'engager dans une relation stable et une difficulté à vivre le quotidien. Par ailleurs, il est fréquent que les deux partenaires consomment ou aient consommé des produits psychotropes. Plusieurs usagers ont précisé qu'ils ressentaient moins le besoin de prendre des produits lorsqu'ils vivaient une histoire d'amour ou qu'ils aimeraient s'en passer. Les difficultés d'ordre affectif sont contournées et parfois surmontées par un accroissement de la consommation ou encore par un surinvestissement dans le travail, comme c'est le cas pour Victor, Yann et Judith.

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54

« Donc en fait les produits illicites c'est plus une recherche de plaisir facile et certaine parce que tu sais où tu vas, tu le planifies etc., plus qu'un évitement d'un mal-être ou d'une souffrance, alors que les produits licites... »

Oui et non, je sais pas... ça dépend, enfin de toute façon... j'assume, j'accepte... et je programme presque des moments pénibles dans ma vie... parce que je tente des choses alors que je sais que je vais échouer... je vais dans des endroits alors que je sais que ça va être moche et je prends des produits dont je sais qu'après y'a un effet négatif qui vient... donc ça j'accepte à un moment donné... les produits illicites me permettent d'enrichir cette vie là de moments positifs et agréables, un peu plus que je n'en ai de ma dose particulière... c'est-à-dire que je ne fais pas ça pour effacer les souffrances, je fais ça pour que à côté des souffrances il y ait des moments aussi de bonheur ou de plaisir supplémentaires.

Oui donc pourquoi s'en priver ?

Voilà et en plus qu'il faut... pour garder un certain équilibre il faut aussi un... il faut les montées et les creux, les descentes alors après on gère, on équilibre et tout ça, mais je pense qu'il faut avoir des deux, que c'est ça qui nous permet de saisir et d'accepter la vie dans sa globalité, de continuer à être actif et de ne pas sombrer dans des illusions en effet de bien-être ou de mal-être... je crois qu'il faut les deux, c'est les deux intensités c'est Tolstoï hein : comment pourrions-nous apprécier les sommets du bonheur sans l'abîme de la tristesse ? »

Goupil, 30 ans, enseignant, entretien 14

« Parce que moi j'ai quand même un truc vachement important c'est que dans...dans la vie... je vais faire vieux conservateur, mais t'as trois trucs finalement, c'est toujours la même chose, bon t'as trois truc qu'il faut essayer d'assurer : bon t'as la famille, t'as le boulot et à la limite l'amour. Mais il faut essayer d'assurer un de ces trucs là, il faut essayer au moins d'en assurer 2 sur 3, faut essayer. Moi déjà j'ai un truc, c'est les nanas, l'amour j'ai un peu zappé parce que ça m'a pris un peu la tête, j'ai eu des histoires qui m'ont pas... qui n'ont pas été convaincantes, qui m'ont assez déçu donc si tu veux je compte pas trop là dessus. Bon la famille j'ai des bonnes relations avec ma famille. La famille je parle dans le sens de famille élargie même, plutôt tribu dans le sens de proches. Moi ma famille ce sont les gens avec qui j'habite aussi, bien évidemment y'a ma famille de sang aussi mais ils sont beaucoup plus éloignés. Mais celle avec qui je suis maintenant c'est ma famille là : les potes les copines les copains, avec qui on peut échanger le vécu et surtout tous les liens affectifs qui manquent finalement quand on est à l'étranger, quand on est très loin et on a une coupure affective qui est... par rapport aux parents par rapport à tout ça qui est assez forte dans le sens où oui t'es loin, t'as personne sur qui te reposer. Donc il faut que tu reconstruises des réseaux très rapidement et donc voilà... c'est ça qu'est important. Pourquoi je parlais de ça d'ailleurs je me rappelle plus... »

Le médecin du travail que nous avons rencontré travaille depuis près de 30 ans dans les mêmes entreprises. Elle a pu observer différentes réactions aux stress professionnels, selon que la personne peut ou non se reposer sur son milieu familial :

¹⁷¹ FREUD (S.), *Le malaise dans la culture* (1930) ; 1^{re} traduction française *Malaise dans la civilisation*, 1943), Quadrige / PUF, 2000, p. 21.

Entretien avec un médecin du travail (AF entretien 30)

Et tu disais ils ont toujours une raison de boire, est-ce que t'as pu avoir un aperçu un peu des raisons qui les poussent à boire ?

Les raisons y'en a plusieurs. Il peut y avoir des problèmes familiaux, c'est quand même relativement fréquent. Qui sont pas forcément flagrants mais qui sont... qui entraînent une certaine dévalorisation de l'individu.

C'est-à-dire ?

Ils se sentent... Comment dire... Infériorisés des fois. Donc pour eux c'est une manière de cacher leur angoisse, ça commence comme ça, tout doucement. Parfois c'est simplement un facteur de société, culturel, avec un milieu familial qui est déjà un petit peu alcoolisé au départ. Et puis c'est un facteur relationnel important, de convivialité et puis petit à petit on passe de la convivialité au buveur excessif et puis après malheureusement au moindre pépin à la dépendance.

(...)

Et des gens très désinvestis... et puis ceux qui ne consomment rien, comment ils font pour gérer les déprimés du quotidien, les pressions diverses ?

Quelqu'un qui est investi dans son travail, s'il a vraiment des problèmes de pressions ou d'ambiance de travail ou de surcharge de travail, s'il est investi, il va avoir une pathologie, c'est obligé pratiquement.

Que ce soit un ulcère...

Que ce soit un trouble nerveux, que ce soit... il va forcément se passer quelque chose. Alors soit il va essayer de gérer ça comme ça, de se soigner et d'aller cahin-caha et de subir (*appuyé*), soit il va complètement se désinvestir de son travail, donc il vient mais enfin il s'investit pas trop donc il subit pas trop les aléas. Mais ça il va pouvoir le supporter uniquement s'il a un milieu familial porteur. Parce que s'il a pas envie de rentrer chez lui parce que sa femme l'emmerde, ses gosses l'emmerdent et tout, forcément qu'il va péter les plombs, c'est pas possible de gérer les deux, c'est pas possible. Par contre quelqu'un qui a un milieu familial bien équilibré, il va s'investir dans son milieu personnel familial et bah le travail il va gérer comme ça, ma foi hein je viens travailler et puis voilà et puis c'est pas le principal et il en fait quelque chose de secondaire qui lui permet de vivre et puis c'est tout. »

« Noyer son chagrin dans l'oubli »

Les produits sont aussi décrits comme des « médicaments pour le coeur » et interviennent dans plusieurs situations. Alex parle du principe des « vases communicants » et perçoit sa consommation comme un moyen de compenser un manque affectif. Plus couramment, l'usage de produits¹⁷² intervient pour soigner une rupture, « noyer son chagrin dans l'alcool ». William évoque aussi sa consommation quotidienne d'alcool et de cannabis comme une façon de meubler et de supporter la solitude qui fait suite à une vie commune de 13 ans. D'autres comme Samuel ou Franck éprouvent une gêne à aborder leur vie sentimentale.

La libération sexuelle

Les produits peuvent aussi être utilisés pour leurs facultés à lever les inhibitions, dans le cadre de relations sexuelles, pour vaincre une timidité excessive, pour tenter de résoudre des problèmes relationnels avec son partenaire (Emmanuel) ou encore pour expérimenter de nouvelles pratiques sexuelles (pratiques de groupe, échangisme). L'ecstasy est particulièrement utilisé dans ce but (notamment par Goupil, Charles, Henri et William) mais on rencontre aussi l'alcool, la cocaïne, le poppers (Caïn).

Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, entretien 57

« Comme une bulle, pour être à deux tu vois et on va prendre 24h et ces 24h on se les donne à chacun de l'autre et l'ecstasy sert à ça. Bon je pense pas que c'était sa fonction quand on s'est rencontré, donc ça a évolué avec la relation qui a évolué, ça répond un peu à ton histoire de sexe, c'est-à-dire que je pense qu'à certains moments oui, de notre relation, et puis à d'autres moments pas forcément, c'est... bon ceci dit en plus c'est un accélérateur, c'est aussi un inventeur, c'est pas forcément un danger d'ailleurs parce que finalement ce qu'on invente existe donc... et puis en même temps si ça existe mais que c'est pas très important ça n'existe pas longtemps je veux dire que on s'en aperçoit très facilement mais c'est clairement en tout cas un accélérateur surtout par rapport à des gens qui... Notamment pour les femmes qui sont soumises à un discours social, à un conditionnement social quand même très très fort qui les inhibe énormément, particulièrement en France hein, où effectivement je pense que ça peut jouer, bon mais ceci dit ça a des effets très très différents sur les personnes hein, très très

¹⁷² Notamment d'alcool pour Judith, de Lexomil® pour Monique, de substances illicites pour d'autres.

différents, je te dis moi c'est un truc effectivement de partage, plutôt un truc à deux etc., y'a des gens qui prennent ça de façon très festive pour danser toute la nuit truc, moi je vais te dire physiquement, je suis quelqu'un qui danse toute la nuit sans rien prendre, avec l'ecsta j'ai plutôt envie d'être cool, allongé tu vois. »

Les drogues dans le couple

Il est fréquent que les deux partenaires consomment ou aient consommé des substances illicites. La façon de consommer de l'un influe souvent sur celle de l'autre et réciproquement. La consommation de Caïn a évolué depuis qu'il s'est engagé dans une relation amoureuse stable il y a huit mois : c'est en janvier 2001, au moment où il entame cette relation, qu'il diminue la cocaïne et reprend une consommation hebdomadaire d'ecstasy après sept ans d'arrêt. Thomas rencontre Sara alors qu'il n'a plus de travail, est retourné vivre chez ses parents et tente une fois de plus d'arrêter l'héroïne. Elle consomme très rarement et est amenée à lui poser un « ultimatum » qui le fait effectivement réagir et cesser complètement sa consommation d'héroïne. L'arrivée d'un enfant constitue également une motivation pour diminuer sa consommation de cannabis. Éric évoque le rôle des produits et de la cocaïne en particulier dans ses aventures sexuelles. La seule année de stabilité affective qu'il a connue dernièrement correspond à un arrêt de sa consommation. Il reprend un usage intensif de cocaïne et d'alcool peu après la rupture.

Johnny et sa compagne sont tous deux usagers réguliers d'héroïne. Ils vivent ensemble depuis plus de 10 ans et travaillent tous les deux à temps plein. Un de leurs salaires est consacré à l'achat de ce produit, qu'ils consomment en alternance avec le Subutex®.

Sébastien tenait ses distances avec l'héroïne jusqu'à ce qu'il épouse une héroïnomane. Elle perd son travail, le couple se couvre rapidement de dettes, et retourne vivre chez leurs parents. Il travaille toujours sans cesser de consommer. Au bout de 3 ans il décide de divorcer, coupe les ponts avec son ex-femme et leur entourage et met un terme à sa consommation d'héroïne. Peu de temps après il rencontre Rachel, plus jeune et méfiante à l'égard des produits. 3 ans après la naissance de leur fils, ils reprennent ensemble une consommation festive de cocaïne en petite quantité pour Rachel, d'ecstasy (2-3 par prise) pour Sébastien.

La consommation de psychotropes, tout comme la dépression, peut avoir des conséquences néfastes sur la vie de couple, en inhibant le désir sexuel (Ricky, Rachel) ou en perturbant l'humeur des partenaires ce qui augmente les sources de conflits (Claire, Rachel), voire de ruptures (Armand).

Ghislaine et Julien ont divorcé suite à une dépression, qui a débouché sur un traitement médical. Yann s'est surinvesti dans son travail, ce qui n'a fait qu'accélérer une rupture, déclenchant une dépression. De la même façon, l'activité professionnelle peut s'avérer difficilement compatible avec une relation durable. Yann, Achille mais aussi Armand évoquent des problèmes de couple liés à leurs horaires de travail.

L'usage régulier de cocaïne¹⁷³ est souvent cité comme perturbateur de la vie de couple. La « nervosité » et la « suffisance » du cocaïnomanne semblent difficilement conciliables avec le maintien d'une relation stable. Pour certains, la perspective de mettre en péril leur couple est une raison suffisante pour arrêter leur consommation.

La naissance d'un enfant peut être une source supplémentaire de conflits dans le couple et est vécue différemment par les femmes et les hommes. Les femmes arrêtent généralement de consommer des psychotropes pendant la grossesse et même avant. Elles évoquent l'aspect structurant de la maternité, un équilibre affectif et un bénéfique « social ».

¹⁷³ Nous n'avons pas rencontré d'usager exclusif d'alcool.

Si pour certains hommes l'approche de la paternité est un motif suffisant pour ralentir leur consommation, pour d'autres la perspective de cette responsabilité semble plutôt angoissante. Claude commence une consommation d'héroïne en injection au moment de la naissance de son deuxième enfant : « Je me sentais vraiment prisonnier de la vie ». Quant à Caïn, qui « ne se sent pas la fibre paternelle », il vit le désir d'enfant de sa compagne comme une contrainte à laquelle il tente d'échapper.

Eddy, 48 ans, gérant d'un restaurant-bar-concert, entretien 32

« J'ai 48 ans, célibataire...

Sur le papier ou effectivement ?

J'ai quelqu'un, mais on peut dire célibataire... En plus de ça, par rapport à cette question, tu te défonces différemment quand tu es célibataire ou en couple.

Ouais ?...

Oui, très souvent, de deux choses l'une : soit c'est l'une des deux personnes, et c'est très mal vécu dans le couple, soit le couple le vit à deux, et là c'est un enfer... De toutes manières ça vient perturber la relation... je connais très peu de bonnes femmes qui acceptent que son mari soit cocaïnomane ou héroïnomane et pas elle. »

Henri, 38 ans, journaliste TV, entretien 59

« Et le fait d'avoir ton fils justement tu ne le prends pas comme une contrainte par rapport à tes sorties ?

Non non non non c'est pas une contrainte, au contraire... c'est un plaisir, d'abord, hallucinant, enfin vraiment mon fils c'est... et non non non, je te dirais même que... c'est aussi mon garde-fou, c'est lui qui me permet complètement de savoir que je suis équilibré, c'est-à-dire que je me dis ça va, ce truc-là il est tout le temps là, je sais que automatiquement... Mais quand je suis avec lui je n'ai pas envie de consommer, je n'en éprouve pas le besoin, je n'en ai pas l'envie, je diminue... Et puis mon corps ne le réclame pas... je n'en ai pas envie donc à partir de là, c'est même pas une question de besoin... est-ce que j'ai besoin (*appuyé*) de prendre des drogues ? Non. Mon envie elle est de passer du temps avec mon enfant... »

La relation amoureuse elle-même peut aussi être vécue comme une addiction. C'est le cas de Mireille, 42 ans, professeur de lettres classiques, engagée dans une relation destructrice qui l'amène à consommer des antidépresseurs :

Commentaires de l'enquêteur

À 39 ans, elle rencontre un homme dans son cadre professionnel. Cet homme « cultivé » et « brillant » est alcoolique. Il la fait beaucoup souffrir et elle vit cette relation comme une véritable dépendance dont elle ne se sent pas encore aujourd'hui complètement sevrée. Elle commence à prendre des médicaments en mars 2001 mais assume toujours ses fonctions professionnelles. Après un an, elle se décide à le quitter ; elle est alors mutée dans un lycée difficile. Fragilisée, elle ne parvient plus à travailler et se fait arrêter 3 mois après la rentrée pour toute l'année, commence une psychothérapie mais continue à le voir. À la rentrée 2002, elle interrompt définitivement sa relation avec cet homme, décide d'arrêter les antidépresseurs dont elle pense ne plus avoir besoin. Elle a repris un poste dans des meilleures conditions et ne se sent plus déprimée mais des angoisses fréquentes l'amènent à accroître sa consommation d'anxiolytiques (d'occasionnelle cette consommation est devenue quotidienne). Elle s'efforce aujourd'hui de maîtriser cette consommation par peur d'être dépendante.

ARTICULATION ENTRE L'USAGE DE PSYCHOTROPES ET LA VIE PROFESSIONNELLE

Les témoignages recueillis mettent toujours l'accent sur l'ambivalence qui caractérise tant le rapport aux psychotropes que le rapport au travail, éléments qui interviennent tour à tour dans la vie des personnes comme des facteurs structurants ou de vulnérabilité.

La consommation de psychotropes sur le lieu de travail reste un comportement minoritaire, même chez des usagers réguliers. Nous verrons plus en détail les pratiques des usagers qui travaillent sous influence. Enfin, certains produits sont plus fréquemment consommés dans un contexte professionnel : le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et les produits licites.

Ambivalence du rapport au travail : contraintes et valeurs positives

Toutes activités professionnelles confondues, rares sont les personnes qui disent trouver un réel épanouissement à travers leur travail. Celui-ci est globalement vécu comme une contrainte¹⁷⁴, même si la grande majorité lui accorde aussi une valeur positive. Il peut aussi être vécu comme un cadre sécurisant.

Avoir un « bon » travail revêt différentes significations pour les personnes que nous avons rencontrées. L'expression peut faire référence :

- à la réussite professionnelle, au résultat attendu de l'ambition ;
- à l'autonomie, à l'indépendance à la fois financière et hiérarchique ;
- au plaisir de pratiquer une activité, au fait « d'aimer son métier » ;
- à la reconnaissance sociale qui, comme le dit Ricky, permet de ne pas « être rien », et à l'inscription dans un réseau social ;
- à un « bon salaire ». Le pouvoir d'achat permet d'afficher socialement une réussite professionnelle, le confort de vie est la résultante concrète et matérielle des efforts fournis, des contraintes acceptées.

Le travail représente pour tous une sujétion, plus ou moins librement consentie, une concession. Le rapport au travail, comme le rapport aux produits, est très ambivalent dans les discours recueillis. Marcus en parle à la fois comme un véritable esclavage et comme une activité qui lui permet de se construire et sur laquelle il s'appuie. William considère que son travail n'est « pas plus valorisant que balayeur » mais qu'il est « quelqu'un de sérieux au boulot » et que travailler le sécurise.

Elsa oppose le travail « cool » au travail « tradi¹⁷⁵ ». Par « cool » elle entend une activité intéressante, qui correspond à ses compétences et autorise leur expression, mais surtout qui ne s'exerce pas sous un contrôle hiérarchique trop important. Le travail « tradi », conventionnel, évoque un environnement « vieillot » pour reprendre l'expression de Sarah, structuré par les relations de pouvoir, contraignant d'un point de vue formel, vestimentaire et comportemental. Exercer une activité professionnelle avec plaisir reste considéré comme une chance.

Globalement les personnes rencontrées donnent l'impression d'être attachées à leur travail et le font avec sérieux. Il est décrit alternativement comme :

- un cadre, un repère ;
- une activité obligatoire et uniquement rémunératrice ;
- une source de plaisir, une activité stimulante et gratifiante qui procure le sentiment d'être utile ;
- une source d'aliénation librement consentie ;
- une source d'aliénation subie, gérée au mieux ;
- une source de stress, il est en particulier le lieu de l'expression de problèmes relationnels¹⁷⁶ ;
- il permet de développer une existence sociale, de « rencontrer des gens ».

¹⁷⁴ Celle-ci est, bien sûr, plus ou moins lourde selon les secteurs d'activité et selon les postes occupés.

¹⁷⁵ « Tradi » pour traditionnel.

¹⁷⁶ Notamment Henri, Ghislaine, Monique et Marie.

Samuel, 30 ans, enseignant, entretien 61

Et ça représente quoi pour toi ton boulot, l'insertion dans la société ?

En plus, c'est une question qu'on pose souvent aux chercheurs comme moi, donc tous ces machins théoriques dont on ne voit pas l'application directe. C'est vrai qu'on demande souvent aux chercheurs à quoi servent leurs recherches... Mais ce genre de question, tu es forcé de te la poser et c'est vrai que moi je n'avais pas de rapport au concret au départ... pour moi le boulot c'est... Qu'est-ce que c'est idéalement et qu'est-ce que c'est actuellement. Qu'est-ce que c'est idéalement... C'est quelque chose qui va m'apporter beaucoup de satisfaction et c'est quelque chose que je vais pouvoir faire et où je vais pouvoir me sentir bien en le faisant, sans beaucoup plus de précisions sur ce que ça doit être. Donc si je dois beaucoup bosser mais que je m'en sens bien c'est pas un problème... Enfin c'est un peu évident tout ce que je dis mais...

Non, enfin concevoir le travail comme un plaisir c'est pas forcément le cas de tout le monde...

Plaisir c'est pas franchement le mot, tu sais le plaisir c'est souvent associé à l'idée que tu fais un truc spécial, que tu vas te lâcher un peu ou n'importe quoi

Oui alors que là c'est un plaisir lié plus à la discipline que tu t'imposes ?

Voilà donc plutôt un plaisir de vivre quoi.... Un plaisir profondément enraciné dans le monde et je pense que mon boulot doit pas être incohérent avec ça, enfin idéalement... alors... bon, quelque part le boulot je pense que ça doit être ça. C'est-à-dire que pour que je puisse en tirer de la satisfaction c'est une occasion d'exprimer qui je suis, dans un cadre si possible utile à d'autres gens etc.

Etre reconnu ?

Pas reconnu mais dont je vois bien qu'il participe au monde du moment... Parce qu'évidemment c'est toujours gratifiant d'aider les autres, enfin de faire quelque chose qui s'insère dans...

Dans une dynamique ?

Voilà, alors par contre le fait que ça soit reconnu en soi... ça ne doit pas être ça la question parce que je suis capable, moi tout seul comme un grand, d'essayer de savoir si ce que je fais c'est bien ou si ce n'est pas bien (...)

Et le travail tel que tu le fais actuellement alors ?

Le travail tel que je le fais actuellement c'est... Des fois c'est dur et j'ai du mal à l'assumer. C'est dur au sens où je ne suis pas satisfait de ce que ça donne, parce qu'on m'a confié une tâche assez difficile je trouve... et puis ça me force à faire face à mes imperfections...

(...)

C'est stressant quand même comme boulot ?

Oui et non c'est... du fait que je suis à temps partiel ça va parce que j'ai le temps de laisser passer deux jours avant d'avoir à nouveau des cours donc je peux complètement me déconnecter. Mes cours c'est lundi-mardi en général et une semaine sur deux j'ai le jeudi aussi donc c'est quand même... ça va quoi

Oui c'est pas hyper stressant (rires) ce rythme ?

Et en plus c'est des classes qui demandent très peu de préparation.

(...)

Et un salaire important est-ce que ça serait une motivation pour toi ?

Ah non, à la limite à un moment j'avais dans l'hypothèse d'essayer de vivre au RMI parce que pendant un moment je me disais je n'ai pas envie de continuer ça et puis prof ça ne m'attirait pas... je me suis dit, essayer de vivre avec un RMI c'est intéressant aussi, enfin c'est intéressant je sais pas mais est-ce que je peux le faire ? Tu vois j'ai une sorte de vague attrait pour la vie de clochard mais que je pense que je serais incapable de mener (rires) je ne vois pas du tout pourquoi est-ce que je ferais ça en fait mais... (rires) non mais les mecs qui vagabondent absolument sans le sous et qui font le tour du monde, je ne sais pas comment ils font et je crois que j'aimerais savoir que je peux le faire... mais je pense que si j'essayais j'irais au casse-pipe (rires). »

Claude garde un bon souvenir de son entrée dans la vie active qu'il interprète comme un passage à l'âge adulte, « je suis devenu un monsieur ». Martine évoque surtout la reconnaissance sociale, la crédibilité et la confiance en soi qu'elle acquiert par le travail, l'ouverture sur d'autres sphères sociales qu'il représente. Pour Yann, chef d'entreprise, le travail est une source d'épanouissement, « un autre moyen de se griser intellectuellement », « je me sens très bien, je suis mon propre patron, je suis libre ».

Sébastien n'a jamais cessé de travailler et se définit comme « rebelle en suivant le carcan ». Travailler lui a toujours servi de cadre dans la vie et par rapport à sa consommation. Il souhaiterait aujourd'hui pouvoir changer d'orientation professionnelle, éventuellement se mettre à son compte mais considère que ce projet n'est pas réalisable dans l'immédiat. Son activité professionnelle lui procure tout de même une certaine satisfaction, lui assure un bon salaire et une relative indépendance.

Si certains usagers se trouvent dans un fonctionnement qui consiste à cultiver leur vie professionnelle pour s'éloigner de l'identité du « drogué » et à se droguer pour s'éloigner de la norme, d'autres comme Lou se montrent très attachés à l'idée de normalité. Lou se sent socialement diminuée quand elle est au chômage et associe l'activité professionnelle à un « besoin d'être comme tout le monde ».

Le fait d'éprouver du plaisir à faire son travail ne semble pas non plus un facteur réellement déterminant par rapport à la consommation, c'est le rapport aux produits qui prime. Parmi ceux qui se disent clairement satisfaits de leur activité professionnelle on trouve aussi bien des usagers modérés (Charles, Sarah et Alice) que des usagers plus réguliers (Henri, Alex et Martine). Alice précise aussi que la satisfaction qu'elle éprouve dans son travail fait qu'elle ressent moins besoin de consommer pour « pallier à une semaine chiante ».

Pour certains, le travail représente exclusivement une activité alimentaire, dans laquelle il n'est pas possible de trouver satisfaction. Dans ce cas il semble nécessaire pour l'individu de s'exprimer et de s'investir dans une autre activité, dans un loisir. Fab est ouvrier spécialisé depuis quinze ans. Il consomme depuis une quinzaine d'années des psychotropes¹⁷⁷ en contexte privé essentiellement et à certaines périodes sur son lieu de travail. Il consacre chez lui beaucoup de temps à l'informatique, domaine dans lequel il semble avoir atteint un certain degré de compétence. Il ne souhaite cependant pas en faire un travail rémunérateur. Il ne voit finalement dans le travail qu'une source de revenu tandis que son hobby et la consommation de psychotropes constituent des sources de plaisir et d'épanouissement personnel. Ce point vient souligner le fait que l'inscription dans un réseau social est parfois vécue, reconnue ou recherchée plutôt dans la sphère privée que dans la sphère du travail. Les produits viennent aussi en compensation des inconvénients spécifiques à sa profession et lui permettent de « se donner les moyens » de travailler.

Au-delà du rapport qu'entretient l'utilisateur avec les produits et du comportement qu'il choisit d'adopter sur son lieu de travail, certains types d'activités comportent des éléments qui, selon les individus, peuvent favoriser la consommation de psychotropes ou contribuer à la limiter.

Les métiers basés sur l'expression corporelle sont décrits avec plus d'enthousiasme que les autres. La notion de plaisir est immédiatement mise en avant et la discipline quotidienne, l'hygiène de vie qu'ils exigent sont perçues comme des atouts plus que comme des contraintes, y compris par rapport à la consommation de produits.

Les métiers de la communication, où il faut jouer sur les apparences (relationnel, vente, certains milieux de l'art contemporain, etc.) semblent plus éprouvants psychologiquement et nerveusement.

Le milieu de la restauration « nocturne » peut rassembler plusieurs facteurs susceptibles, pour certains usagers, de favoriser la consommation sur le lieu de travail :

- la proximité avec le monde de la nuit, de la fête ;
- des temps de travail importants dépassant les 45 h par semaine ;
- la relation commerciale qui exige d'être attentif, organisé, rapide, à la fois cordial et distancé ;
- l'omniprésence de l'alcool et du tabac.

Le milieu de la nuit est à la fois usant et intense, excitant. Un peu comme l'usage de drogues, il est vécu comme hors norme et présente l'avantage d'être socialement valorisant. Il donne la sensation de « ne pas faire comme tout le monde », de vivre intensément et d'échapper à l'aspect « déshumanisant » du travail. L'inconvénient majeur de ce type d'activité reste la fatigue accumulée sur le long terme, fatigue qui génère irritabilité, susceptibilité, perte de patience, troubles de l'humeur. D'après les usagers, le recours aux produits intervient fréquemment pour contrer ces effets.

Eddy, 48 ans, gérant restaurant-salle de concerts, entretien 32

« J'ai beaucoup bougé, je suis un boulimique de nouveautés... au début, je bossais dans des boîtes américaines, dirigées à l'américaine. C'est-à-dire qu'on considère que tu dois bouger de postes en postes... On considère qu'au bout de 2, 3 ans tu dois être capable de faire mieux, ou autre chose, ou sinon "au revoir"... C'est ce qui m'a permis d'accéder à ces postes... Par contre, à un moment de ma vie, quand je me sentais dans la force de l'âge, entre 25 et 35 ans, c'est vrai que t'as des envies très fortes, et c'est comme ça que tu te retrouves sur des postes sièges éjectables, à risques... Mais c'est les postes les plus

¹⁷⁷ Du cannabis quotidiennement, de l'héroïne une fois tous les deux mois environ, après une phase de consommation plus assidue.

intéressants... T'as pas envie de train-train, t'as envie de bouger, surtout dans ces métiers de l'artistique... c'est excitant de vivre ces... Les années 80, je les ai vécues à 200 à l'heure... Le jour où je mourrais, j'm'en fous, j'aurais eu pratiquement deux vies... Tu vois, ce parcours, ça représente aussi des voyages, ça représente des fêtes, des palaces, des limousines..., etc. le bonheur total... Quand t'as envie de vivre et que t'as 30 ans... »

L'usage thérapeutique du travail. Drogue et travail, deux outils pour mieux vivre ?

Pour certains la relation au travail est aussi décrite comme une forme de thérapie¹⁷⁸. Marcus va jusqu'à dire qu'il se sert du travail, tout comme des psychotropes, pour détourner son attention de l'angoisse qui le hante, pour sortir de lui-même, « être absorbé » par un élément extérieur.

Confronté très tôt à la consommation de drogue et à un mode de vie marginal, Éric a toujours souhaité « réussir dans la vie », ce à quoi il est tout à fait parvenu. Mais finalement, c'est moins dans la reconnaissance sociale que dans « l'énergie du travail » qu'il trouve le plus de gratification et d'estime de lui-même.

S'investir dans son travail, réussir une carrière professionnelle, *s'accrocher* au travail, s'y absorber, y consacrer son énergie dans un effort volontaire, sont également des moyens de maintenir un équilibre général, voire de lutter contre la dépression comme le souligne Judith : « reprendre une activité m'a sauvé la vie ».

Surinvestissement dans le travail

9 hommes ont un rythme de travail soutenu (environ 70 h par semaine). 7 d'entre eux sont célibataires et 2 vivent en concubinage¹⁷⁹ ; 3 ont un ou plusieurs enfants. Tous sont relativement indépendants dans leur travail et tous ont connu plusieurs phases de consommation intensive de divers produits. 2 sont dépendants de l'héroïne.

Victor, 28 ans, est universitaire. Il dit compenser la pauvreté de sa vie sentimentale par un surinvestissement dans le travail et n'hésite pas à recourir aux produits licites stimulants pour augmenter sa durée de travail.

Franck, 32 ans, est ingénieur en génie climatique. Il consomme tous les week-ends de la cocaïne et/ou de l'ecstasy et du cannabis quotidiennement. Il a repris des études après sa première expérience professionnelle dans le but d'avoir un travail plus confortable et où il ait plus de responsabilités. Après s'être investi « corps et âme » (jusqu'à 70 h par semaine), il demande une augmentation qui lui est refusée. Sa réaction est de reprendre des horaires réglementaires et de s'absenter régulièrement en attendant de trouver un autre emploi.

Ken, 24 ans, est commercial et fait beaucoup la fête, le week-end comme la semaine. Les produits lui servent essentiellement à tenir ce rythme de vie éprouvant. Il évoque une consommation « en conséquence du travail ».

Emmanuel, 28 ans, est gérant d'une SARL dans le domaine culturel. Comme Caïn et Nicolas, il travaille dans un environnement festif qui lui permet de consommer régulièrement et pendant le travail. Il associe sa consommation de substances à la gestion des difficultés sentimentales et professionnelles.

Caïn, 30 ans, travaille dans un environnement festif. Il passe plusieurs nuits blanches par mois dans le cadre de son activité professionnelle. Il consomme de la cocaïne pour rester éveillé, des ecstasy lorsqu'il fait la fête et des médicaments psychotropes¹⁸⁰ pour trouver le sommeil et gérer les descentes.

¹⁷⁸ Voir FONTAINE (A.), *Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire*, OFDT, juillet 2002.

¹⁷⁹ La compagne de Johnny, 40 ans, consomme comme lui de l'héroïne en sniff et à une fréquence hebdomadaire-quotidienne. Ils travaillent tous les deux et dépensent un de leur salaire dans l'achat de ce produit. Quant à Caïn, 30 ans, il vient d'emménager avec son amie qui consomme également de l'ecstasy, de la cocaïne, du cannabis et de l'alcool. Ils pratiquent l'usage-revente dans un cercle de proches et cultivent de la marijuana à la campagne.

¹⁸⁰ Qu'il se procurait jusqu'à il y a peu dans les pharmacies de ses amis également usagers.

Henri, 38 ans, est journaliste à la télévision. Usager quotidien de cocaïne, il consomme également d'autres substances quand il sort le week-end ou en semaine. Les périodes de « rush » (10 jours par mois de travail intensif) s'accompagnent d'une augmentation générale de sa consommation.

Armand, 49 ans, évolue dans le milieu de l'art contemporain. Il vient de mettre un terme à un usage quotidien de cocaïne¹⁸¹ et insiste sur le lien entre la rupture d'avec la mère de son fils et la perte de contrôle de sa consommation.

Eddy, 48 ans, est gérant d'un restaurant et d'une salle de concert. Il travaille depuis 25 ans à un rythme soutenu, dans le milieu du spectacle et de la restauration. Il a été dépendant à la cocaïne, puis à l'alcool puis à l'héroïne, qu'il vient d'arrêter. Il compense actuellement par un usage régulier de cannabis et d'alcool.

Johnny, 40 ans, est maraîcher indépendant. Dépendant de l'héroïne depuis de nombreuses années et séropositif, il alterne entre l'héroïne et le Subutex® depuis environ 4 ans.

D'autres personnes enfin ont un rythme relativement soutenu ou sont très investis dans leur travail et ne consomment pas pour autant de substances psychotropes ou font appel à la pharmacie légale pour supporter la charge mentale que représente le travail. C'est le cas de Charles, Monique et Olivier qui s'exclame : « Le travail ça représente 80 % de ma vie, je suis corps et âme dedans. »

Pour Marie enfin, le stress psychologique généré par des relations conflictuelles alors qu'elle s'investit énormément dans son travail, l'amène à consommer des médicaments psychotropes. Ces problèmes professionnels « occupent toute sa vie » et « l'empêchent de dormir ».

La relation au travail, comme la relation aux produits, évolue dans le temps et diffère selon les individus, leur parcours personnel, la nature des activités qu'ils pratiquent. La plupart des personnes rencontrées tiennent un discours mitigé et parfois très négatif à son encontre, en rapport avec le stress qu'il génère.

Les sources de stress les plus fréquemment évoquées sont¹⁸² :

- dans les structures traditionnelles, les rapports de force et de pouvoir sont très présents. Toutes les personnes que nous avons interviewées disent s'estimer heureuses lorsqu'elles travaillent dans une structure au sein de laquelle la hiérarchie n'est pas trop pesante ou lorsqu'elles occupent un poste qui leur permet de prendre des initiatives et de gérer leur temps de travail ;
- les périodes de « rush », les activités éprouvantes d'une manière générale, physiquement mais surtout psychologiquement ;
- le manque d'intérêt pour le travail effectué (emplois précaires, fastidieux, répétitifs, peu gratifiants, etc.) ;
- les contraintes horaires et les efforts souvent indispensables de présentation et de participation à la vie interne de l'entreprise (politesse, bonne humeur, attention portée aux collègues de travail) ;
- la sensation de « perdre sa vie à la gagner ». Le travail peut être ressenti comme une entrave au développement personnel, par ailleurs très valorisé dans notre société.

Un surinvestissement dans le travail ou des conditions de travail psychologiquement difficiles peut aussi se révéler pathogène (anxiété, repli sur soi, sentiment de dévalorisation).

¹⁸¹ Qui aura duré 3 ans.

¹⁸² Voir à ce sujet BAYAD (M.), « En quête de performance, le mythe de Sysiphe », in *Dopage et société*, LAURE P. (dir), éd. Ellipses, 2000, p. 32-43.

« L'enquête ESTEV a pu établir chez les employées administratives, un lien entre la prise de médicaments psychoactifs et le fait de devoir toujours se dépêcher, y compris lorsqu'elles ne jugent pas cette contrainte "difficile". (...) L'enquête STED relie la santé et certaines contraintes organisationnelles : des rythmes élevés accroissent nettement le risque de déclarer des troubles du sommeil, mais aussi un état de fatigue ou d'anxiété (Doniol-Shaw, 1998)¹⁸³. »

Le travail sous influence

Ces 63 témoignages, s'ils brossent déjà un portrait des différentes situations rencontrées, ne sont pas pour autant représentatifs de tous les types de consommation sur le lieu de travail. En particulier, nous n'avons guère croisé de personnes se situant dans un usage purement utilitaire, « dopant » pourrait-on dire, au sens sportif du terme. La lecture de nos entretiens incite plutôt à mettre l'accent sur la recherche de la modification des perceptions et de la conscience, aux côtés du caractère stimulant des substances consommées au travail.

Ainsi, nous n'avons pas recueilli de témoignage allant dans le sens du reportage publié dans *Technikart* (n° 72, mai 2003), qui titre : « Défonce à la Défense. Ce n'est pas parce qu'on travaille à la Défense dans des sociétés au-dessus de tous soupçons que l'on y effectue ses trente-cinq heures complètement clean. Coke, antidépresseurs, café gitan : derrière les bureaux briqués, on se défonce comme on peut pour carburer au rythme de l'entreprise¹⁸⁴. »

Globalement les personnes que nous avons rencontrées disent n'éprouver aucun « plaisir à se défoncer au travail » et évitent cette situation. Une grande majorité ne consomme donc pas pendant son temps de travail ou le fait très occasionnellement. Les témoignages de ceux qui ont pour habitude de consommer au travail font apparaître 6 types de situations :

- la tolérance développée par l'utilisateur fait qu'il peut consommer sans que ses facultés soient trop altérées (Franck, William avec le cannabis) ; les produits deviennent en quelque sorte la condition de son intégration sociale ;
- l'habitude de consommer lorsqu'on travaille chez soi comme Mario (avec le cannabis) ;
- le contexte professionnel est ouvert à l'usage, qui n'est pas stigmatisé et ne semble incitateur que pour les personnes ayant déjà une propension à abuser des produits ;
- la consommation a lieu occasionnellement sur le lieu de travail, lorsque l'emploi du temps le permet (fin de semaine, périodes de calme) ;
- les produits visés sont consommés pour tenir éveillé au travail pendant de nombreuses heures ;
- pour une raison relationnelle, « faire partie d'un groupe », d'une « élite ».

Habitudes de consommation sur le lieu de travail

Certains produits sont, du fait de la nature des effets qu'ils procurent, absolument incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. C'est principalement le cas de l'ecstasy et du LSD, bien que des expériences anecdotiques de consommation sur le lieu de travail nous aient été rapportées¹⁸⁵. D'autres substances s'avèrent compatibles du fait de la tolérance développée par l'utilisateur, tandis qu'ils ne seront pas gérables pour des usagers occasionnels. Enfin, on peut faire la liste des produits qui permettent l'exercice d'une activité professionnelle et peuvent même la favoriser : le tabac, l'alcool, la cocaïne, les amphétamines et les médicaments psychotropes.

¹⁸³ HAMON-CHOLET (S.), ROUGERIE (C.), « La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés », *Économie et statistique*, INSEE, n°s 339-340, 2000 – 9/10, p. 243-255.

¹⁸⁴ Dossier Société par Lorenzo Toporovski.

¹⁸⁵ Par Thomas, William, Cornélius et Charles notamment.

Une tendance générale consiste à séparer nettement les temps de travail des temps de consommation de psychoactifs, pour plusieurs raisons dont celles-ci :

- les tâches professionnelles apparaissent incompatibles avec les effets engendrés par les prises de produits psychotropes (activités requérant de la concentration et de la précision notamment, ou impliquant une responsabilité importante) ;
- le plaisir lié à l'activité professionnelle suffit en lui-même (activités favorisant l'expression personnelle notamment) ou encore l'activité est suffisamment gratifiante et « confortable » pour que l'utilisateur accorde de l'importance au fait de ne pas perdre sa place ;
- les fonctions et/ou le rang au sein de l'environnement professionnel imposent un effort de présentation ou « de donner l'exemple » (fonction de représentations notamment, dans le cadre du contact avec la clientèle ou de l'encadrement d'une équipe) ;
- la sensibilité individuelle, ceux qui ont développé une tolérance ont l'habitude de consommer au travail et sont moins perturbés par les effets des produits ;
- quelles que soient les conditions, l'utilisateur n'envisage pas de consommer sur son lieu de travail parce que son cadre de référence et son système de valeurs ne le lui autorisent pas.

Pour Yann le cannabis est incompatible avec l'aspect relationnel de son activité professionnelle. Il ne fume que lorsqu'il travaille le soir chez lui, pour se relaxer et réfléchir, libérer son imagination. Olivier ne consomme de l'alcool qu'en compagnie de ses clients et ne fume du cannabis que lorsque son emploi du temps le lui permet. À propos de l'utilisation des psychotropes pendant le temps de travail il dit : « Je n'ai pas cette habitude, je ne ressens pas ce besoin et quand bien même, je n'aurais pas les moyens de le faire. » De nombreux usagers considèrent qu'il leur est impossible de travailler sous l'influence d'un produit et aménagent leur consommation en fonction de cette donnée.

Sébastien considère son activité professionnelle comme prioritaire, elle lui sert de cadre, de limite à sa consommation. La « fatigue du lundi » trouve une compensation dans la satisfaction d'avoir passé une bonne soirée et il ne sort jamais en semaine par crainte de ne pas assumer son travail le lendemain.

Thomas évoque ses premières années de dépendance à l'héroïne : « Au début je n'en prenais pas la journée parce que dans ma tête ce n'était pas compatible » ; au bout de quelque temps il commence à ressentir un malaise le matin au réveil et, sur les conseils de son dealer, se met à prendre une petite quantité d'héroïne avant d'aller travailler. Après 7 ans de dépendance, il rencontre Sara et parvient à cesser cette consommation. Aujourd'hui investi et intéressé dans son travail, il évite de sortir le week-end lorsqu'il travaille le lundi, « je ne peux plus me le permettre ».

Yves, Mario et d'autres parlent des stratégies de gestion qu'ils ont naturellement mis en place. L'expérience, la conscience professionnelle, l'organisation et l'autodiscipline font partie de leur vie quotidienne et prennent le pas sur l'usage des produits. Elsa qui travaille pourtant dans un environnement très tolérant à l'égard de la consommation de psychotropes, opère une nette séparation entre les temps de consommation et les temps de travail et souligne : « Je ne veux pas qu'on m'accuse de négligence ou de faute professionnelle. »

L'expérience acquise au cours de plusieurs années de consommation et de travail permet aux personnes d'aménager leur consommation en fonction de leur activité professionnelle. De nombreuses stratégies sont élaborées pour contrôler et réguler la consommation, témoignant de l'existence d'un usage responsable qui s'inscrit dans le respect des règles en vigueur dans l'environnement professionnel :

- le développement d'une rigueur et d'une autodiscipline qui consiste à compenser la consommation de cannabis par l'organisation et l'anticipation ;
- l'aménagement de temps de récupération. On note que les personnes qui ont la possibilité d'aménager leur temps de travail (35 h aménageables, journée libre le lundi, etc.) sont plus rarement que les autres confrontées aux effets résiduels et à la fatigue qu'entraînent les sorties du week-end ;

- l'espace des prises quand la charge de travail est trop importante ou comme Elsa au moment où elle entame une activité professionnelle stable ;
- le maintien d'une consommation strictement circonscrite aux week-ends et aux vacances qui détonne avec une vie très réglée en semaine.

Les usagers de médicaments psychotropes se trouvent dans une situation très différente, du fait de la légalité de leur pratique et de la nature des produits qu'ils consomment.

Les prises de médicaments psychotropes étant la plupart du temps quotidiennes et régulière, l'influence est permanente. Dans quelques cas pourtant, les benzodiazépines, d'effet immédiat, sont prescrites pour lutter contre l'angoisse ou encore dans le cadre d'un usage détourné ils sont utilisés ponctuellement.

Mireille par exemple, éprouve souvent le besoin de consommer du Lysanxia® avant d'aller travailler parce qu'elle se sent angoissée.

Victor consomme des médicaments pour prévenir des « crises » qui le discréditeraient dans son milieu professionnel.

« Siffler en travaillant »

L'usage « dopant » à proprement parler, qui vise à augmenter sa capacité de travail et à lutter contre la fatigue, ne concerne que les stimulants licites¹⁸⁶. L'usage de psychotropes illicites ou d'alcool n'a jamais pour unique but de se doper (au sens sportif du terme) et est toujours lié à la recherche d'un état modifié de conscience. Il peut exceptionnellement être motivé par des raisons relationnelles (Ricky) mais vise essentiellement, non pas à être plus performant mais à obtenir un état d'esprit qui permet à la personne de bien vivre, d'accepter plus sereinement de se plier aux règles du travail, « juste pour être un peu raide » comme dit Thomas. Pour la majorité des personnes rencontrées qui consomment dans le cadre de leur travail, la prise de psychotropes permet de « mieux supporter le travail », de « mieux supporter les autres », de « tromper l'ennui », de « ne pas voir les heures passer » ou encore de « mieux se supporter au travail ». Il s'agit de troubler volontairement ses perceptions pour travailler non pas forcément mieux ou plus, mais pour « se donner les moyens de le faire » (Lionel) en étouffant une nervosité, une irritabilité ou simplement une mauvaise humeur, qui peuvent considérablement affecter les relations professionnelles.

Emmanuel et Caïn, 30 ans, travaillent tous deux dans le secteur culturel et sont amenés à passer régulièrement des nuits blanches. Ils évoquent l'un comme l'autre un usage de cocaïne et d'ecstasy pour tenir éveillé mais aussi pour être efficace relationnellement (désinhibition et confiance en soi) et faire face à des difficultés professionnelles. Caïn précise qu'il consommerait d'autant plus s'il devait travailler dans un environnement conventionnel.

Enfin pour d'autres comme William qui se dit « dopé » au travail, la consommation de cannabis est une condition pour aller travailler et se montrer sociable dans ce contexte : « Je vais pas bosser si j'ai pas fumé », « sans le cannabis, tout me deviendrait insupportable. »

Seul Victor dit consommer des produits licites dans le but d'augmenter ses capacités de travail. Les produits illicites restent pour lui attachés à un contexte festif ou expérimental.

¹⁸⁶ Amphétamines et autres stimulants, Guronzan®, guarana, café, tabac.

Henri, 38 ans, journaliste TV, entretien 59

Et au niveau de l'efficacité t'en penses quoi ? Est-ce que penses que ça rend vraiment plus efficace ?

Je crois qu'il n'y a pas de règle, je crois que vraiment tu n'as pas de règle

Des fois t'es inspiré et...

Voilà, des fois tu es inspiré, des fois ça va t'aider, des fois ça ne va pas t'aider. Je pense que des fois ça m'aide vraiment, la cocaïne en période de bouclage, ça m'aide. Je ne dis pas que c'est génial, peut-être que je prendrais plein vitamine C ça serait pareil, mais quand tu as besoin de tenir un peu plus le coup, quand tu as besoin d'être un peu plus vif et que le cocktail je fume mon joint, j'ai pris mes lignes, je suis à la fois vif et un peu créatif, pas parce que le joint te rend plus créatif, tu n'est que ce que tu es mais ça t'ouvre, ça te désinhibe un peu. De même que des fois c'est pareil, je vais manger le midi, je sais que je suis en période de rush, au lieu de me prendre un verre ou deux verres de rouge je vais me prendre ½ boutanche que je vais me tordre, donc il y a mes 3-4 verres, un joint, de moins en moins quand même le midi je dois dire, mais je vais me prendre 2-3 lignes, je vais être un petit peu (*geste*), mais un tout petit peu tu vois et je sais que c'est plus facile. Parfois par contre je sais que je rame. Je pense qu'il n'y a pas de règle et vraiment moi je le fais... je le fais vraiment plus par plaisir, parce que je suis quelqu'un qui aime la jouissance, qui aime le plaisir, et les drogues me procurent du plaisir et je ne veux pas me refuser ça.

(...)

J'essaie en tout cas de le gérer donc je fais d'abord une séparation très... forte entre la consommation de cocaïne festive, purement festive, que j'associe donc à toutes les autres drogues, éventuellement à un trait d'héroïne, éventuellement à du MDMA, de l'ecstasy, du

shit, de l'alcool etc. ou des amphétamines quand y'en a mais bon, c'est une galère d'en trouver. J'aime beaucoup les amphétamines mais c'est une galère pour en trouver, impossible.

Ah bon tu préférerais les amphétamines ?

Oui, même pour bosser j'aime bien, oui pour bosser j'aime bien les amphétamines.

(...)

Dans le travail par contre...

Non dans le travail si tu veux c'est une succession... comment te dire ? C'est des associations de drogues, je suis d'accord avec toi, mais c'est plus une question d'addition. Quand c'est une orgie c'est aussi une addition mais c'est une addition instantanée, c'est-à-dire que je vais me faire un trait de coke et puis un rail de MDMA, ou gober, je vais prendre tout en même temps, je vais faire un mélange, un vrai mélange. Au boulot je ne vais pas faire un vrai mélange, je vais faire un mélange mais qui sera réparti dans la journée... C'est pas tout à fait la même chose pour moi. Et chaque produit va correspondre plutôt à un état, à ce que j'ai envie d'avoir à ce moment-là. Et puis effectivement le midi je vais commencer à boire un peu, un peu plus prenons l'exemple peut-être de la période des 10 jours où c'est le moment où j'ai ma plus grosse consommation, je vais boire un peu plus pour commencer à être un peu zzzzz, enfin être un petit peu grisé simplement et puis après je vais commencer à prendre de la coke pour être à la fois grisé et un peu speed et puis après je vais arrêter, je vais avoir fini ma journée et je vais commencer à fumer des joints. J'aurais re-bu un peu pour recommencer et puis après je vais me prendre un peu de MDMA pour commencer à partir donc tu vois c'est plus des associations qui sont liées à des moments, alors je vais décompresser avec ça, je vais relancer avec ça. »

Le recours aux psychotropes pour une meilleure adaptation au travail est présenté par ces usagers comme une solution souvent efficace, pour plusieurs raisons. L'action des psychotropes décrite dans les entretiens à travers le prisme de l'activité professionnelle concerne trois types d'effets étroitement liés, interagissant, mais que l'on peut décomposer ainsi :

la *désinhibition*. Elle inclut l'effet euphorisant, une plus grande facilité pour communiquer, une tendance à extérioriser les pensées et les émotions, une plus grande confiance en soi, un certain détachement, et enfin une « parano » latente chez certains ;

l'*altération de la notion de temps*. Commune à toutes les substances quoique à des degrés divers, l'altération de cette perception est liée à l'intensité de l'instant présent et favorise l'enthousiasme ;

la *concentration*. Elle se trouve facilitée ou entravée par la prise de produits, car si être détaché des stimulations extérieures permet d'être absorbé par une activité, le risque existe toujours de se trouver absorbé par son « intérieur ».

Effectivement, lorsque l'on est concentré sur et absorbé par une activité qui procure un certain plaisir (ce qui nécessite une disponibilité d'esprit et donc une évacuation des problèmes et des soucis parasites), on ne voit pas le temps passer.

La sensation euphorique, qui doit rester subtile et relativement intériorisée est alors plus recherchée que l'ivresse profonde. Il s'agit de *se faire plaisir en travaillant*, de trouver le moyen de s'enthousiasmer *malgré tout* et *parce que c'est nécessaire*, quitte à se leurrer volontairement en modifiant son état de conscience et en jouant sur les effets de distanciation, de changements dans la

perception du temps, sur les effets apaisants et/ou stimulants des produits. Pour ceux qui utilisent les produits dans le cadre de leur activité, les psychotropes interviennent souvent pour lutter contre la fatigue, l'ennui, la mauvaise humeur et la démotivation, qui sont les pires ennemis du travail.

Achille, 32 ans, serveur dans un bar de nuit, parle du rôle de sa consommation d'alcool dans son travail :

Achille, 32 ans, bar-concerts, entretien 13

« *Quel lien tu fais entre les drogues et le boulot ?* »

L'alcool... en fait je me suis rendu compte que je le faisais aussi un peu pour... pour supporter parfois les gens ou le boulot. C'est-à-dire que ça m'est arrivé une fois où... – ça m'est arrivé peut-être plus de fois, mais une fois où je m'en suis rendu compte où j'me suis dit "je bois pas du tout". Je me suis donné tu vois une limite, j'me suis dit "ce soir je ne bois rien". J'ai bu un verre de blanc je crois. Ce jour-là j'étais exécrable. Tu vois je prenais la mouche tout de suite, un mec qui me faisait chier je rentrais dedans tout de suite... bon ce soir-là y avait vraiment que des glauques aussi j'veux dire là c'était... y avait ça aussi qui jouait, mais alors y avait une bande, y z'était une dizaine, y avait pratiquement personne dans le bar et tous ceux qu'étaient là c'étaient des nazes, mais vraiment des nazes, des gros nazes. Et là putain pfff... là j'me suis dit "bon j'crois qui vaut mieux que je boive". Mais en fait je commence à boire, j'vais arriver à 6 h j'vais boire une cachaça, 6 h, 6 h et demi, 7 h enfin quand j'ai le temps, mais je vais en boire une assez tôt. J'vais peut être en boire une 1 h après, 2 h après et y a un moment où j'vais en boire peut être deux/trois en même pas une heure et y a un moment où j'me dis "bon ça suffit", je sens la limite, après je sens que celle d'après elle va être plus dure à gérer donc je laisse et pis à la fin si je sens que ça va je peux en reboire une. Je le gère en fait. »

Le « bonus »

Lorsque la modification de l'état de conscience n'est pas perçue comme quelque chose d'aussi « nécessaire », la prise de produits peut être présentée comme le « bonus », le « petit plus » dans une journée de travail. Michel, 38 ans, régisseur d'une salle de concert, parle « d'allier le travail à l'agréable ».

Les usagers que nous avons rencontrés se montrent souvent suspicieux à l'égard de ce type d'usage, qu'ils identifient comme un comportement potentiellement dangereux se rapprochant du « prendre pour prendre ». Cette consommation irréfléchie qui consiste à succomber à la tentation « dès que l'occasion se présente » et se construit au fil des envies plutôt qu'autour d'un choix « raisonnable », est globalement mal perçue et considérée comme un indice de non contrôle de son rapport au produit.

Achille explique plus haut qu'il utilise l'alcool de manière modérée au travail pour être plus sociable et que s'en passer nuirait à la qualité relationnelle exigée dans le métier de serveur. La cocaïne en revanche intervient plus rarement dans sa trajectoire professionnelle et dans un contexte très différent :

Achille, 32 ans, bar-concerts, entretien 13

« *La coke c'est pour quoi ?* »

C'était parce que c'était un boulot quand même super speed donc y a des moments où c'était super dur de gérer vraiment... parce que quand tu... enfin c'était un bar où vraiment... je sais pas comment te dire... on avait pas de fixe rien du tout, on était qu'au pourcentage, on avait 11 % sur ce qu'on vendait, on arrivait quand même des fois à se faire 1 500 balles, donc on était douze serveurs on faisait 1 500 balles chacun, tu te représentes ce que ça fait comme débit... c'est impressionnant. Donc un boulot très très dur au début parce que pas de carnet tout de tête avec un rang à prendre et puis y fallait envoyer. Par contre une fois vraiment que tu connaissais bien ton boulot que tu gérais bien ton truc et pis que t'arrivais à gérer même quand c'était très très speed, tu prenais un rail de coke par-dessus c'était un bonus. C'est-à-dire que là c'était... y peut rien t'arriver, tu gères sans problème, tu speed, t'as la pêche, t'es avec deux/trois potes où t'es sur la même longueur d'onde, c'était excellent. »

Le « carburant »

La notion de « carburant » est également utilisée pour qualifier l'usage de produits dans le cadre du travail. Eddy (48 ans) travaille dans la restauration et les milieux de la nuit depuis une vingtaine d'années durant lesquelles il a connu plusieurs phases de dépendance, à la cocaïne d'abord, à l'alcool ensuite, puis à l'héroïne. Il n'a quasiment jamais cessé de consommer sur son lieu de travail. Il parle

de son corps comme d'une « machine » qu'il faut « relancer » avec un « carburant ». Achille parle aussi du « coup de fouet ». Dans le langage populaire, le verbe « carburer » est utilisé à la fois dans le registre du travail (« aller bien ou mal, marcher, fonctionner ») et dans celui de la consommation d'alcool (« carburer à la vodka, au whisky, en boire de manière habituelle¹⁸⁷).

Les produits comme « carburant » pour alimenter le « moteur » d'un « corps-machine » apparaissent comme des représentations courantes parmi les usagers intégrés à un milieu professionnel. Le corps est un véhicule, à la fois porteur de l'image sociale, transmetteur des molécules chimiques destinées à modifier *l'esprit*, la *conscience*, producteur de la *force de travail* et *payeur* des risques pris et des dommages subis tout au long de la vie.

Henri, 38 ans, journaliste TV, entretien 59

« Et donc t'augmente ta consommation de coke par rapport à ces temps de travail ?

Ecoute... j'augmente pas que ma consommation de coke, bizarrement les 10 jours de rush je pense que c'est les jours où je me défonce le plus, mais pas seulement en cocaïne, c'est-à-dire que c'est le moment où je prends le plus d'ecsta, c'est le moment où je... C'est aussi tous les moments où je peux décompresser, où je peux entre guillemets décompresser. Evidemment tu décompresses pas vraiment quand t'es blindé aux ecstas ou au MDMA, où en plus tu sors, tu fais la foire, tu bois enfin bon bref... Donc non, c'est le moment où j'augmente toute ma consommation, cannabis, tout enfin tu vois... pendant les 10 jours où vraiment je suis en charrette on va dire, c'est le moment où je carbure, je carbure à l'alcool, je carbure à la clope, je carbure à toutes les drogues... »

Eddy, 48 ans, restaurant et salle de concerts, entretien 32

« Comment tu gères ça par rapport à ton activité professionnelle ? C'est compatible ?

C'est non seulement compatible, enfin, c'est l'impression que j'ai... Je pense que la clientèle, l'entourage, employeur compris, que personne n'a jamais rien vu. Les seuls moments où les gens ont pu se douter de quelque chose, c'est malheureusement la période où j'essayais d'arrêter... Puisque j'étais mal ! Mais... dans un métier comme je fais, enfin au rythme où je le faisais... malheureusement, c'était devenu le moteur... C'est-à-dire que c'est ce qui me faisait lever le matin, ce qui me faisait démarrer.

Tu pouvais pas bosser sans ?

Ah non, tu peux pas... Quand tu t'arrêtes, tu peux plus marcher, tu peux plus rien faire, t'as mal partout. Donc... tu rentres dans ce processus, et... comme je te le disais, à moins d'avoir du temps pour faire un break... et si tu peux pas, t'en as pour jusqu'aux prochaines vacances. [...] Tu sais... l'intérêt de l'héroïne en fait c'est de... contrairement à la cocaïne qu'on appelle du rapide, l'héroïne, c'est ce qu'on appelle du lent...

C'est-à-dire ?

Ça veut dire que c'est une drogue qui tient au corps... C'est-à-dire que si tu te fais une belle ligne d'héro... sans aller jusqu'à te mettre dans l'état de piquer du nez, de tomber, l'héroïne ça te dure plusieurs heures, si tu le gères bien... Tu te lèves à 16 h, tu relances la machine, à

22, 23 h t'es toujours sous les effets. Sinon, pratiquement, c'est pas quelque chose de compliqué à gérer au boulot... je veux dire qu'aller pisser, tout le monde peut y aller. Enfin moi, j'ai jamais shooté, j'ai toujours sniffé. Donc en fait, ça demande pas une préparation... ça se fait très rapidement. [...]

Quels effets ça te procurait ? En dehors de rendre « normal » ?

C'est quelque chose de très dynamisant, c'est quelque chose qui efface énormément la fatigue... Qui te permet de te concentrer, par exemple quand je suis sur l'ordinateur, qu'y a un boulot à faire... tu te plonges dedans, et 4 h après, tu te rends compte que tu viens d'y passer 4 h. Tu es concentré, mais sans le speed de la cocaïne... qui fait que t'as toujours envie de passer à autre chose. Là, non. Tu te concentres, t'es bien dans ta peau, t'as pas de malaise... Donc tu vois, pour moi, c'est quelque chose de très dynamisant, un peu euphorisant, qui te permet de te concentrer... Et puis... je sais pas... également des effets que... que j'aime bien oui. Un état général que j'apprécie. Mais pour le boulot, c'est le côté dynamisant et euphorisant... Là, par exemple, j'étais sur un travail assez physique... c'est quelque chose (héroïne, ndr) qui me permettait d'oublier la fatigue. Comme tu peux prendre d'autres médocs pour oublier la fatigue. Là comme en plus de ça, je te disais, ça te tient bien au corps... et sur les journées de 14 ou 15 h, ça te permet de pas voir les heures passer. T'as des problèmes de sommeil après... mais c'est autre chose. »

¹⁸⁷ Définitions données par *Le Petit Robert*.

Confidentialité de l'usage et relation professionnelle

« Le contrôle de l'information portant sur l'identité exerce un effet particulier sur les relations. Celles-ci, en effet, exigent souvent que l'on passe un certain temps ensemble, et, plus ce temps est long, plus l'information dépréciative risque de filtrer. De plus, nous l'avons dit, toute relation oblige ceux qui l'entretiennent à échanger une quantité convenable de détails intimes sur leurs personnes, en signe de confiance et d'engagement réciproque. Par suite, les relations étroites que l'individu avait avant qu'il n'ait quelque chose à cacher se trouvent nécessairement compromises, manquant d'information partagée¹⁸⁸. »

La majorité des personnes rencontrées ont pour principe de ne pas parler de leur vie privée dans un contexte professionnel. Même lorsque les conditions le permettent¹⁸⁹, parler de drogues revient à instaurer une intimité, une familiarité qui n'est pas toujours possible, souhaitable et surtout prudente. Le risque légal fait que sur tous les lieux de travail, même dans les entreprises les plus tolérantes à l'égard des usages de drogues, la consommation visible reste mal perçue et cachée aux personnes de l'extérieur.

Au-delà de la distance automatiquement instaurée entre des personnes amenées à travailler ensemble, c'est la nature de la relation de travail¹⁹⁰ qui détermine l'attitude adoptée par l'utilisateur, son choix de se livrer ou de rester sur sa réserve, voire de jouer un rôle conforme à ce que l'on attend de lui. Chez toutes les personnes que nous avons rencontrées, on remarque non seulement une tendance générale à cacher sa consommation à l'entourage professionnel mais aussi l'adoption de positions différentes selon le degré de proximité avec tel ou tel collègue de travail. La clientèle et les personnes extérieures à la structure en revanche, sont systématiquement et sans exception tenues à l'écart de ces pratiques, même s'il s'avère que certaines consomment également des produits interdits.

Au sein d'un groupe de personnes qui travaillent tous les jours ensemble, on remarque une relative tolérance à l'égard du « plus vieux » comme du « plus jeune ». Thomas, Martine et Cornélius entre autres témoignent de la position confortable que peut être celle du « stagiaire » ou de « la petite jeune ». Les excès et les « dérapages¹⁹¹ » sont non seulement acceptés par le personnel et le(s) supérieur(s) mais portent souvent à rire, puisqu'il est considéré comme « normal » voire « sain », entre 15 et 25 ans, de sortir et de faire la fête, de vivre intensément sans trop se soucier du sérieux de son travail.

La consommation de psychotropes est pratiquement toujours cachée aux supérieurs hiérarchiques. Il arrive cependant que le degré de proximité entre les employés et les dirigeants soit important¹⁹², la pratique peut alors être avouée, voire même concrètement partagée, comme c'est le cas pour Caïn et, dans une moindre mesure, pour Emmanuel et Cornélius.

Inversement, lorsqu'il se trouve que l'utilisateur occupe un poste à responsabilités, qu'il encadre ou supervise une équipe dans une structure où l'usage n'est pas toléré, il est extrêmement périlleux pour lui d'avouer sa pratique ou de se laisser surprendre. D'une part, il prend le risque d'être dénoncé, de perdre un emploi « avantageux » et éventuellement de briser sa carrière. D'autre part, du fait de sa fonction, il est tenu de « montrer l'exemple » et ne peut généralement pas s'autoriser à cautionner les infractions à la loi et aux règles en vigueur dans l'entreprise du fait de sa pratique personnelle.

Lors de l'entretien réalisé avec Thomas, son amie Nathalie, qui ne consomme pas de produits psychotropes, raconte comment trois semaines avant de signer un CDI dans une grande chaîne de télévision, elle a perdu son emploi après avoir surpris par hasard son supérieur hiérarchique avec une boîte de Subutex®.

¹⁸⁸ GOFFMAN (E.), *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps* (1975), éd. Minuit, Paris, 1989 p. 106.

¹⁸⁹ Tolérance au sein du milieu professionnel, usage notoire chez un collègue ou un supérieur, éléments qui peuvent « mettre en confiance » l'utilisateur ou lui laisser penser que le risque de perdre son emploi parce qu'il se dévoile est faible.

¹⁹⁰ Et pas uniquement le fait que l'interlocuteur consomme ou ne consomme pas de substances illicites.

¹⁹¹ Retards, absences, signes de fatigue évidents au travail, etc.

¹⁹² En terme d'âge, d'affinités personnelles, de centres d'intérêt, d'activités extraprofessionnelles, etc.

Enfin, l'ancienneté dans une entreprise procure aussi un certain confort, puisque la personne « a fait ses preuves » depuis longtemps et est généralement acceptée telle qu'elle est ou tout au moins telle qu'elle paraît être. Si les « dérapages » et la perte de contrôle ne sont guère acceptés chez l'adulte confirmé, Eddy, 48 ans et Fab 38 ans, soulignent le fait que leurs collègues sont habitués à les voir depuis tellement longtemps « sous influence » que vraisemblablement, c'est en arrivant au travail sans avoir fumé un joint ou pris un trait d'héroïne qu'ils risqueraient d'éveiller leur attention¹⁹³. En définitive, leur comportement et leur état finissent, avec le temps, par apparaître comme *normaux* aux yeux des *autres* avec qui ils travaillent.

Eddy, 48 ans, restaurants-bar-concerts, entretien 32

« En plus de ça, je vais te dire une chose... quand les gens sont habitués à une personne avec un certain comportement, ils ne sont choqués que quand tu changes de comportement... Donc, les gens, s'ils m'avaient réveillé à 10 h le matin, au moment où tu commences à être pas bien, etc. Là, ils auraient été choqués... en me disant t'es malade, etc., mais comme ils te voient toujours au moment où t'as relancé la machine... Ils te trouvent bien, ils te trouvent normal... Donc oui, c'était une consommation journalière régulière, et donc au boulot aussi, et... je dépensais... ces derniers temps entre 300 et 600 balles par jour [d'héroïne]. »

Produits rencontrés dans le contexte professionnel

Les fumeurs de cannabis

4 hommes ne fument pas de cannabis et n'en apprécient pas les effets.

6 femmes fument très occasionnellement en petite quantité et n'en achètent jamais.

3 personnes fument régulièrement à une fréquence située entre mensuelle et hebdomadaire.

Enfin, 32 personnes consomment quotidiennement du cannabis. Quatre degrés peuvent être distingués dans la consommation quotidienne :

- 6 ne fument que le soir en rentrant du travail (1 à 2 joints par jour), un peu plus le week-end ;
- 8 fument 5 joints le soir en rentrant du travail ;
- 16 fument 5 à 10 joints par jour, le soir ou au travail ;
- 2 fument plus de 10 joints par jour¹⁹⁴.

Concernant l'usage très répandu du cannabis, et plus particulièrement dans la population étudiée, il paraît intéressant de relater une anecdote, observée dans un passage couvert très commerçant de Paris :

« Lors d'une première prise de contact pour un entretien qui n'a finalement pas eu lieu, une jeune mère de famille me donne rendez-vous à la pause de midi près de son lieu de travail. Nous déjeunons rapidement dans une sorte de self-service, elle ne dispose que de 1 h 30. Je lui propose d'aller boire un café en sortant, mais elle préfère m'inviter à fumer un joint, ce qu'elle a l'habitude de faire avant de retourner travailler à 14 h. Elle me conduit dans un recoin du passage couvert, où se retrouvent après le repas quelques-uns des commerçants fumeurs de joints du quartier. Plusieurs corps de métier sont représentés : des graphistes, des vendeurs et vendeuses de vêtements, un bijoutier, un coiffeur, pour les autres je ne sais pas (nous sommes une dizaine en tout). Ils se connaissent tous et semblent entretenir des relations semblables à celles qu'on peut avoir dans un café que l'on fréquente tous les jours, la complicité de « l'acte illégal » en plus. Les joints tournent, certains s'échangent des boulettes, on se plaint du boulot tout en parlant de ses projets pour le week-end. » (AF, carnet de terrain, novembre 2001)

L'alcool comme le cannabis sont fréquemment consommés pendant le temps de travail. Les fumeurs les moins assidus ne fument jamais en travaillant car les effets les affectent trop¹⁹⁵. Certains fumeurs réguliers, qui peuvent par ailleurs s'autoriser à consommer de l'alcool ou de la cocaïne sur

¹⁹³ Voir : Les effets des produits socialement acceptés, p. 106.

¹⁹⁴ Eddy compense son récent arrêt de l'héroïne par une consommation intensive de cannabis et d'alcool et Alex fume à cette fréquence depuis 15 ans.

¹⁹⁵ Gaby, Yann et Tom par exemple.

leur lieu de travail, évitent le cannabis parce que ses effets sont trop repérables, qu'il marque trop les yeux et le visage¹⁹⁶. Les usagers les plus assidus¹⁹⁷, qui fument dès le réveil, ont visiblement développé une tolérance à ce produit qui fait que les effets du cannabis les affectent moins, tant mentalement que physiquement.

La notion de responsabilité professionnelle est également souvent évoquée comme un frein à la consommation de cannabis¹⁹⁸ et conduit à un aménagement du temps de consommation en fonction du temps de travail : ne fumer que le soir, pendant les périodes de calme ou encore une porter une attention particulière à la vérification du travail effectué ou à sa planification.

Lorsque les usagers travaillent plusieurs années dans une même structure et y côtoient les mêmes personnes, une certaine familiarité s'instaure entre les collègues, qui permet d'aborder des pans de la vie privée dont fait partie la consommation de cannabis. Celle-ci demeurera cependant soigneusement cachée aux personnes extérieures à cette sphère (clients, visiteurs, dirigeants, public, etc.).

Même lorsqu'elle a lieu pendant le temps de travail, la consommation de cannabis reste généralement discrète. Comme les fumeurs de tabac, les fumeurs de joints se mettent souvent à l'écart et sont soucieux de ne pas déranger leurs collègues ou de ne pas « se faire remarquer », en fumant à l'extérieur des locaux. Ils s'autorisent à fumer essentiellement pendant et après la pause déjeuner, en fin de journée ou encore pendant des périodes professionnellement calmes.

Les propriétés apaisantes et relaxantes du cannabis semblent les plus directement recherchées. Son effet sédatif peut concourir à anesthésier une énergie trop grande ou encore à étouffer une nervosité. Il est consommé pour répondre à différents stress, pour « décompresser » après le travail, se relaxer, calmer une angoisse ou une déprime passagère, parfois pour tromper l'ennui. Fumer un joint c'est prendre un moment pour « ne rien faire », prendre un moment pour soi. Très fréquemment fumé après une journée de travail, la prise de cannabis concorde avec ce temps qui marque la transition, le passage entre la sphère professionnelle et la sphère privée. Il permet de changer d'état, de se décontracter rapidement.

Le travail intellectuel semble particulièrement propice à sa consommation. Samuel, William et Yann évoquent cet aspect sous l'angle de la faculté à se concentrer, à stimuler l'imagination, abaisser ses défenses pour se projeter dans une lecture, un personnage, une réflexion, une situation, faculté à se laisser absorber par une activité intellectuelle.

Fab, 38 ans, ouvrier spécialisé, entretien 15

Et ça t'arrive de consommer du shit, ou de l'héro, ou n'importe quelle drogue au boulot ?

Oui ça m'arrive oui (*rires*). Ça m'arrive de fumer un petit joint de temps en temps. Ça m'est arrivé de consommer de l'héroïne au boulot sûrement dans cette période-là, même plutôt dans celle-là (*il montre le plateau du graphique*). Mais ça reste plus qu'occasionnel. Et puis ça reste style, bon maintenant il est plus là, mais y avait un petit jeune qui grattait avec moi, qui était bien cool aussi. Et de temps en temps, tu sais je touche une bonne came, un truc... j'amenais un petit képa pour lui faire goûter, on tapait un petit trait au boulot pour la goûter mais ça en restait là. C'est pas j'emmène ma came au cas où j'en ai besoin quoi. Négatif. C'est la même raison pour laquelle j'emmène pas de shit quand je vais bosser. Pas que je sais très bien que si j'emmène un bout de shit, je vais le fumer, c'est clair. Donc j'en emmène pas, et j'attends de rentrer du boulot pour me faire mon premier.

Mais le shit comme l'héroïne, y aurait pas de contre-indications avec le travail ? Ça t'empêche pas de travailler ?

Non. Parce que j'ai l'habitude de travailler dans cet état donc... et puis j'ai pas vraiment de gros gros risques ni pour moi ni pour les autres dans ce que je fais, donc... Je suis très prudent aussi au boulot. Je suis du genre à me dire c'est vraiment con de se blesser alors en plus se blesser pour le boulot heu... si je vois un truc qui tombe, y en a un qui va essayer de le rattraper moi je vais faire trois pas en arrière et je vais le regarder tomber tu vois... »

¹⁹⁶ Achille, Martine et d'autres.

¹⁹⁷ C'est le cas de Franck, William et Alex notamment.

¹⁹⁸ Par Olivier, Yves, Fab, Mario, Gaby, Claude, Fab, etc.

Cocaïne, la légende de la performance

6 n'en consomment pas¹⁹⁹ ;

14 en consomment occasionnellement à une fréquence située entre mensuelle et annuelle²⁰⁰.

22 ont régulièrement recours à la cocaïne, à une fréquence située entre mensuelle et hebdomadaire.

Henri consomme quotidiennement de la cocaïne.

Armand vient d'interrompre une consommation quotidienne qui aura duré environ 3 ans.

Eddy a été dépendant de la cocaïne pendant environ 10 ans, avant d'être dépendant de l'alcool puis de l'héroïne.

Les effets de la cocaïne présentent l'avantage de ne pas trop altérer l'état de conscience²⁰¹ et d'être peu perceptibles par les autres. Ils peuvent même contribuer à une amélioration de l'image sociale, être perçus de manière positive.

Les expériences de consommation de cocaïne sur le lieu de travail qui nous ont été relatées concernent différents milieux professionnels : art contemporain, haute technologie, ingénierie, journalisme, presse écrite et multimédia, métiers de communication, relationnel et commercial, marketing, milieu de l'audiovisuel (télé, cinéma), milieu de la nuit, environnements de travail « semi-festifs », milieu des techniciens du spectacle, restauration...

Au-delà des propriétés stimulantes du produit, la cocaïne reste dans les représentations « la drogue du Star System », de la « hype », de l'élite. Yves et Ricky expliquent que sur leur lieu de travail, « c'était en fait mieux d'en prendre que de pas en prendre, ça permettait de rentrer dans un cercle ». D'après les témoignages, la cocaïne n'est réellement efficace au travail que dans certaines conditions : travaux physiques et logistiques, parfois créatifs, mais ce point est nuancé par un artiste plasticien, ce qui incite à penser qu'il peut s'agir d'une des images mythiques de la cocaïne.

Une majorité d'utilisateurs explique que plus qu'une réelle augmentation des capacités, il s'agit de l'*illusion* d'être efficace ou plus efficace qu'à l'habitude. Les discours de type « j'avais l'impression de travailler » sont récurrents. La cocaïne apparaît comme la *drogue de la performance* dans l'imaginaire des usagers et des non-usagers, alors qu'elle semble plutôt correspondre dans la réalité à la *drogue de l'image de la performance*. En effet, pour beaucoup l'usage de cocaïne vise à tenir éveillé mais aussi à améliorer son image plus qu'à augmenter ses capacités cérébrales ou physiques. Les effets de la cocaïne sont non seulement peu repérables par des personnes extérieures, ils sont aussi trompeurs, dans le sens positif du terme. La plupart des personnes que nous avons rencontrées parlent d'un produit qui « remet en état », qui permet « d'avoir l'air frais », « clair » « éveillé ». Son utilisation est particulièrement appréciée les lendemains de nuits blanches. En d'autres termes, l'utilisateur de cocaïne peut aussi apparaître comme un être vif d'esprit, énergique et en bonne santé.

Henri, 38 ans, journaliste TV, entretien 59

« Ouais ouais j'en achetais pour travailler (de la cocaïne)

Pourquoi, parce que tu faisais la fête ?

Parce que je faisais la fête énormément à côté, donc déjà à partir de ce moment-là, ça me permettait d'être... dès le matin donc je partais, je me faisais un trait, après j'arrivais j'étais tranquille et voilà, parce que je m'étais couché... je sortais du boulot il était minuit, un truc comme ça, après j'allais faire un autre truc alors le matin tu t'es mis une baffé parce que t'as pris quand même ½ ou un ecsta ou deux ecstas ou autre chose, ou t'as pris encore 2 lignes ou 3 lignes, ou t'as bu énormément et puis bon avec la coke tu bois plus donc le matin, voilà... Et puis j'avais le sentiment quand même que ça m'aidait, ça m'a jamais rendu plus intelligent si tu veux, je savais juste que mes idées s'enchaînaient, les mêmes idées elles s'enchaînaient plus vite. J'étais plus vif tout simplement, c'était moi mais un peu plus vif... pas mieux hein je veux pas dire ça. »

¹⁹⁹ Dont Eddy (a cessé de consommer après 10 ans d'usage quotidien), William (réaction allergique à la cocaïne) et Yann (deux prises anecdotiques).

²⁰⁰ Dont Bruno qui consomme par « sessions », peut alterner 3 mois d'usage quotidien et plusieurs mois d'abstinence.

²⁰¹ Possibilité de vaquer à des occupations quotidiennes sous l'influence du produit.

Représentations d'un non-usager sur la consommation de cannabis et de cocaïne

Et au niveau effets en tant que non consommateur, en observant les gens de ton entourage sous cocaïne ou sous médicaments, qu'est-ce que tu ressens ? Est-ce que tu les vois vraiment différents ou est-ce qu'il y a des choses qui t'irritent ou...

Non. La pratique intensive du joint tu le vois. Tu le vois dans le sens où y'a une absence d'initiative je dirais, et d'allant (*ton las*). Moi je suis quelqu'un d'hyper impatient, je suis speed, je suis un hyper actif donc ça, ça m'irrite, oui. Sur la coke je vais te dire, tout dépend de l'utilisation qui en est faite. C'est... pourquoi est-ce que ça marche sur les gens qui sont les plus normalisés ou qui souhaitent être le plus normalisés, sur les gens les plus intégrés en fait professionnellement etc., parce que ça se voit pas, ça-se-voit-pas (*appuyé*)

Ça peut même contribuer à avoir une bonne image sociale ?

Oui, au contraire justement à la limite si t'as été, d'ailleurs c'est comme ça que c'est pris, t'as trop fait la fête, t'as trop picolé etc., tu prends de la coke et ça te permet au contraire de... En revanche effectivement si tu passes, ce qui m'est arrivé, genre tu rentres chez toi avec des amis, il est 5 h du matin, ils sont à la coke etc., à midi ils sont toujours à la coke et ils sont de plus en plus rasoirs quand même hein, c'est-à-dire que l'autre existe pas beaucoup hein, donc c'est pas très intéressant, ce qui est intéressant quand même dans la vie c'est l'autre, bon, donc là ça peut me faire chier assez vite aussi... Bon sur l'héroïne c'est un petit peu différent je veux dire... moi j'ai connu ça, j'ai partagé par exemple un appartement avec deux copains qui étaient des consommateurs occasionnels, ce qu'il est parfaitement possible de faire avec l'héroïne, contrairement aussi à ce qu'on raconte, et qui consommaient... bon ils s'injectaient pas aussi tu me diras mais... ils consommaient une fois tous les 2-3 mois à peu près, bon. Là je vais te dire, grosso modo, ils sont un peu aux abonnés absents, c'était un peu ça enfin moi mon observation, je les voyais régulièrement, bon y'avait 24 h et pas forcément à tous les stades etc. mais enfin bon c'était pas si visible que ça et pas tant un problème que ça. »

Les usagers d'héroïne

« Les drogues sont également une discipline. Cocteau le notait à propos de l'Opium et nombre d'enquêtes sociologiques et ethnologiques américaines sur l'héroïne le confirme. Robert Castel et Anne Coppel montrent que les situations les plus dramatiques, celles qui correspondent au stéréotype du toxicomane totalement désocialisé caractérise une population restreinte. Car la toxicomanie est fréquemment un passage et les drogués autocontrôlent souvent leurs consommations, ou naviguent entre des phases de dépendance complète et de décrochage. Une bonne partie d'entre eux s'en sortent d'ailleurs tout seuls – le cas des GI's américains, abandonnant l'héroïne en changeant de mode de vie à leur retour de la guerre du Vietnam, est de ce point de vue exemplaire. L'étiquetage "toxicomane" désigne donc ceux qui ne se contrôlent plus en ne contrôlant plus leur consommation, ceux qui sont arrivés à cette situation où le besoin devient monstre, comme dit W. Burroughs dans le Festin nu²⁰². »

Lorsque l'usage d'héroïne est abordé au cours de l'entretien le discours devient souvent opaque et il est parfois difficile de saisir la réalité de la consommation.

L'héroïne reste dans l'imaginaire des usagers le produit interdit, associé à l'image de la déchéance, ce qui peut contribuer à expliquer la récurrence du déni dans les discours recueillis. Le mode d'administration joue aussi sur la rapidité d'apparition des crises de manque et sur leur intensité. Seuls 4 hommes ont pratiqué l'injection. Parmi les 29 personnes concernées, 28 consomment ce produit en sniff et Momo dit pratiquer l'injection occasionnellement. Le fait que les symptômes de sevrage arrivent plus tardivement lorsque l'héroïne est sniffée sans excès alimente également le déni de la dépendance.

Lorsqu'une tolérance est déjà installée l'héroïne peut se gérer au travail, elle intervient alors comme un stimulant. Les usagers évitent cependant de consommer pendant leur temps de travail, préférant avoir recours au Subutex® dans ce contexte. Si la dépendance à l'héroïne a eu des conséquences néfastes pour les individus que nous avons rencontrés, elle les a rarement empêchés de travailler : David était déjà dépendant lorsqu'il a trouvé l'emploi qu'il occupe actuellement, Thomas cherchait des contrats alors qu'il était en manque et Sébastien n'a jamais cessé de travailler.

D'autre part, les témoignages recueillis indiquent non seulement que nombre de personnes ne sont pas attirées par ce produit même après l'avoir expérimenté mais aussi qu'il existe un usage maîtrisé et occasionnel d'héroïne.

²⁰² EHRENBERG (A.), (dir), *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, éd. Esprit, collection Société, 1991, p. 13-14.

Usage et dépendance passés (5²⁰³)	<p>Robert, Sébastien et Thomas (ont complètement arrêté)</p> <p>Eddy (vient d'arrêter une consommation quotidienne de 3 ans)</p> <p>Claude (en consomme encore occasionnellement)</p> <p>Yves (a eu une consommation régulière qu'il a arrêtée avant de devenir dépendant)</p> <p>Lucie (en a consommé par le passé sans jamais être dépendante)</p>
Dépendance actuelle (3)	<p>David, Johnny et Romane (tous alternent avec le Subutex®)</p>
Consommation occasionnelle²⁰⁴ (10)	<p>Claude Nicolas Fab Alice Mario Emmanuel Olivier Henri (très occasionnel en sniff depuis une overdose)</p> <p>Claire (« J'ai pas envie d'être dépendante même si je sais pas si je le suis ou pas »)</p> <p>Momo (dit en consommer occasionnellement en injection et en association avec de la cocaïne ; il est difficile de savoir s'il est actuellement dépendant du produit ou non)</p>
Ont goûté au moins une fois à l'héroïne, l'opium ou le rachacha (13)	<p>Armand (une prise d'héroïne) Bruno (une session de 3 semaines d'héroïne en usage quotidien à l'âge de 18 ans) Caïn (plusieurs prises de rachacha à l'étranger) Cornélius (une prise d'héroïne) Elsa (plusieurs prises d'opium avec des intellectuels étrangers) Eric (une prise d'héroïne et plusieurs prises d'opium avec des artistes) Franck (sa sœur a été dépendante, il a essayé une fois « pour voir » mais craint vraiment ce produit) Marcus (héroïne deux fois en injection, plusieurs prises en sniff) Michel (héroïne plusieurs prises en sniff) Mireille (une prise d'héroïne en injection il y a de nombreuses années) Sarah (une prise d'héroïne) Victor (une prise d'héroïne et une prise de Subutex® également en sniff) William (une prise d'héroïne il y a 20 ans)</p>

L'alcool dans l'entreprise

L'alcool apparaît comme l'un des psychotropes, pourtant fortement modificateur de l'état de conscience, les plus présents dans la sphère professionnelle. C'est un produit bien toléré à la condition que son usage soit géré. Une personne alcoolique peut ainsi passer inaperçue pendant des années dans son milieu professionnel. Mireille, qui a une relation amoureuse avec une personne qui était anciennement son collègue de travail, découvre son alcoolisme dans l'intimité et témoigne des deux facettes de cette personne qui ne laissait rien transparaître de cet usage au travail.

Le basculement d'un usage maîtrisé à une consommation abusive et non gérée est jugé insidieux tant sont nombreuses les incitations à consommer et l'habitude sociale de l'alcool, y compris dans certains milieux professionnels. Les occasions qui se présentent dans la vie de l'entreprise (déjeuners, repas d'affaire...), et aussi des usages coutumiers dans certains milieux professionnels (comme les

²⁰³ Deux ont eu une consommation régulière sans dépendance.

²⁰⁴ En sniff, souvent en association avec la cocaïne, à une fréquence située entre annuelle et mensuelle, avec de longues périodes d'abstinence. Momo dit pratiquer occasionnellement l'injection.

« pots » en fin de journée) peuvent contribuer à asseoir des habitudes de consommation. Les professions du spectacle, le monde de la nuit, le milieu ouvrier, l'armée sont cités comme des milieux dans lesquels l'incitation est forte. Les professions commerciales apparaissent aussi comme des professions qui ont tendance à favoriser l'usage d'alcool.

L'alcool est un produit du quotidien dont l'usage peut devenir plus intensif à l'occasion d'un épisode dépressif ou anxieux, ou encore d'une rupture amoureuse, comme en témoignent Yves, Judith, ou Romane. Le mode d'usage peut aussi être fortement lié à l'activité professionnelle, ainsi Eric, scénariste, qui, selon son activité professionnelle du moment, alterne des périodes d'abstinence (périodes d'écriture) et des périodes d'usage compulsif (activités de production, rôle de comédien).

L'alcool bénéficie d'une tolérance particulière dans le milieu de l'entreprise. Le déni qui caractérise les usages dépendants²⁰⁵, et *a fortiori* les usages de psychotropes licites, peut perdurer d'autant plus que ces usages ne sont condamnés par la société qu'en dernière instance, lorsque les personnes ne sont plus capables de se plier aux règles du jeu. Alors même qu'une personne qui ne maîtrise plus son usage d'alcool a un comportement déviant, celui-ci, dans certaines limites, peut être ignoré par ses collègues de travail, et même par ses supérieurs hiérarchiques.

AZ, sociologue mandatée par les CHSCT, entretien CF12

« Par rapport à l'alcool, il y a aussi je crois que, selon les métiers, c'est plus ou moins accepté. Je crois que pour les métiers difficiles physiquement, il est plus ou moins accepté que le collègue abuse un peu... qu'il ait la main légère... peut-être qu'on m'en a parlé une fois ou deux "oh oui, ce jour-là, il avait un peu trop forcé et il n'arrivait pas à faire ça..." , mais à la limite c'est léger la façon dont c'est narré.

Travail physique ?

Dans des conditions rudes, quand il fait froid, l'hiver... je ne sais pas, s'il faut par exemple que tu répare des lignes à haute tension, des choses comme ça. C'est une hypothèse, j'ai l'impression que dans certaines conditions de travail, c'est plus ou moins accepté, c'est naturel quelque part... Donc dénoncer quelqu'un qui boit, ou même se rendre compte soi-même que l'on a une consommation abusive, ce n'est pas dans les mœurs. »

AF entretien 30 avec un médecin du travail

« Donc l'alcool c'est quoi enfin, quand on parle d'un problème d'alcool en entreprise ce n'est pas un verre de vin aux repas, c'est un peu plus forcé ?

Il y a tous les stades, le verre de vin aux repas qu'on peut considérer comme normal et puis beaucoup sont des buveurs excessifs, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas encore tombés dans la dépendance mais qu'ils sont limite, donc ils ont quand même une consommation excessive, qui commence à être dangereuse et puis tu en as un certain nombre qui sont complètement alcoolo-dépendants

Et ça t'as vu une évolution sur tes 27 ans de travail ?

Alors, par rapport à il y a 30 ans, la grosse alcoolisation a diminué parce qu'il n'était peut-être pas rare de voir il y a 30 ans des gens qui buvaient 6-7 litres de vin par jour. Maintenant je pense qu'on le voit beaucoup moins.

C'est fou quand même 6-7 litres de vin par jour en travaillant ?

Oui, et puis je pense qu'il y a eu plus, c'est une moyenne ! Maintenant on ne voit plus de grosse

alcoolisation comme ça, surtout dans le milieu du travail parce que c'est quand même plus surveillé déjà... mais il y a quand même une alcoolisation importante. Et j'ai l'impression depuis quelque temps, il y a une augmentation chez les femmes (...)

Donc les alcoolisations importantes comme ça, tu t'en rends compte comment ?

Soit on s'en rend compte à l'examen clinique.

C'est-à-dire ?

C'est un tremblement, c'est une langue qu'on appelle saburrale et avec des tremblements, c'est... ça peut être un gros foie, ça peut être un ictère conjonctival, ça peut être un comportement...

De mec bourré ?

De mec bourré, une odeur caractéristique... ça c'est la clinique. Parfois c'est l'employeur qui le signale.

Donc il le sait ?

Oui.

Donc il t'appelle en te disant quoi ?

²⁰⁵ Dans le cadre de l'étude nous avons entendus plusieurs témoignages de personnes ayant un collègue dont il était notoire qu'il « abusait » de l'alcool, qu'il était « alcoologique ». Malgré nos tentatives, nous n'avons pu en rencontrer aucun, soit que les personnes n'arrivaient pas à lui en parler, même s'agissant d'une personne proche, soit que le collègue en question refusait catégoriquement de se prêter à l'entretien.

Il m'appelle en me disant que ce type-là boit beaucoup, que ça commence à poser des problèmes, que si ça ne s'arrange pas il va prendre la porte, en général c'est comme ça. Là ça veut dire, en fait, que tout le monde le savait mais que ça se sait de plus en plus et que ça commence à sentir franchement le roussi, c'est-à-dire qu'il a déjà un pied en dehors de l'entreprise.

En fait pas tellement par rapport à une augmentation du risque mais par rapport à la diffusion de la rumeur ?

Par rapport à une intolérance qui se produit au fur et à mesure que les jours et les années passent...

Donc c'est très social ?

C'est-à-dire que tout le monde le sait. Au début il y a une protection, que ce soit de la maîtrise ou de ses copains, et puis après ça commence à devenir un peu lourd pour tout le monde alors il commence à y avoir... un rejet, et puis, il va y avoir des erreurs professionnelles de faites ou un comportement agressif donc ça devient de plus en plus évident, tellement évident qu'à un moment donné ce n'est plus tolérable.

Donc en fait, le gars peut avoir la même consommation tout du long

Tout à fait, mais il arrive un moment où ce n'est plus tolérable pour l'entreprise. Et, dans le meilleur des cas, l'employeur nous appelle et là, il faut déjà avoir une bonne relation, une relation suivie avec l'employeur c'est-à-dire qu'il faut déjà être installé dans le secteur depuis quelque temps, t'être fait connaître etc. et puis dans d'autres cas, malheureusement peut-être plus fréquents, on attend que le gars fasse une erreur professionnelle pour le licencié. Le gars ou la femme parce qu'il y a des femmes aussi.

Et la personne est prévenue ? Il y a des avertissements ?

En principe il y a des avertissements mais... comme la plupart des alcooliques n'y croient pas ou nient le problème... En général, ça se termine par un licenciement en bonne et due forme.

Et donc toi par exemple, quand l'employeur t'appelle pour te dire ça, qu'est-ce que tu fais ? Qu'est-ce qu'il attend de toi et qu'est-ce que tu fais ?

L'employeur il attend beaucoup. C'est-à-dire qu'il attend qu'on lui règle son problème. Alors on commence par essayer de lui faire comprendre que c'est un problème qui concerne tout le monde (*appuyé*), c'est-à-dire que ce n'est pas une personne qui va régler le problème, c'est tout le monde (*appuyé*). Tout le monde le sait donc tout le monde prend en charge et il faut que tout le monde ait le même langage, c'est-à-dire l'employeur, les collègues de travail et le médecin du travail. En général, si on veut faire quelque chose d'efficace, on travaille en commun. Alors on ne peut pas dire qu'on transgresse le secret professionnel puisque, n'importe comment, c'est l'employeur qui te dit que la personne boit trop et en général tout le monde le sait. Donc, on se met bien d'accord là-dessus et puis je convoque la personne et je lui expose le problème clairement en lui disant que tout le monde le sait, parce que souvent la personne a l'impression que personne ne sait ou tout au moins fait comme si... Alors il faut lui exposer clairement que tout le monde est au courant et que, quand on en arrive là, c'est la porte ouverte au licenciement... Quand on en arrive à prévenir le médecin du travail c'est que ça sent vraiment mauvais et qu'il n'y a plus d'autre solution que de se soigner ou d'accepter un jour d'être licencié purement et simplement. Alors après, c'est un travail de

longue haleine parce qu'il ne faut pas les lâcher. Il faut prendre contact avec le médecin traitant, soit on est en cas de dépendance donc là il n'y a pas 36 solutions, il faut un sevrage et donc ça nécessite souvent une hospitalisation et après un suivi derrière (...) soit ils ne sont pas en état de dépendance et on essaie de leur faire comprendre où ils en sont, ce que c'est que l'alcool, ce que c'est que l'alcoolisation, pourquoi ils en sont là... essayer de discuter avec eux, discuter, discuter pour essayer de les remettre dans une alcoolisation à peu près tolérable

Donc dans ces moments-là, tu mets une inaptitude temporaire déjà ?

Pas forcément. Je mets une inaptitude si je sais que c'est une personne qui est dépendante, je lui fais une lettre pour le médecin, il doit se faire soigner et s'il ne le fait pas je le déclare inapte.

C'est une sanction ?

C'est une sanction à ce moment-là parce qu'en général il me dit "j'ai pas eu le temps d'aller chez le médecin" et je lui dis "Là, vous allez avoir le temps, voilà."

Donc l'inaptitude temporaire c'est une sanction mais alors on admet en fait que quelqu'un qui a une alcoolisation importante est capable quand même de travailler et de faire son boulot même si ça pose des problèmes aux alentours mais finalement il en est capable.

Alors en général les gens qui sont alcooliques au travail c'est des gens qui ont d'abord une grande conscience professionnelle, qui s'investissent beaucoup dans leur travail et qui en général le font très bien.

(...)

Est-ce que ça t'es arrivé de mettre une inaptitude pour des consommations de substances légales ou illégales ?

Des inaptitudes temporaires oui, essentiellement pour l'alcool.

Souvent ?

Non, on essaie de ne pas en arriver là.

Et est-ce que tu as déjà fait des prises de sang ?

Ça m'est arrivé oui, mais ça il faut être sur l'entreprise. Tu ne peux le faire que dans une grosse entreprise ou dans un service autonome, si tu es dans ton cabinet ou dans un camion c'est pas possible. Donc ça, ça peut se faire dans une entreprise où tu vas régulièrement, ça je l'ai déjà fait oui.

Et pourquoi ? de ta propre initiative ?

Je l'ai fait une fois parce que c'était un gars qui était arrivé "fatigué", comme disait son chef, "il est fatigué". C'était 9 h du matin et le chef me dit : "il est quand même pas bourré??", je réponds "non, non, il est malade". Bon, j'ai éjecté le chef qui se doutait quand même de quelque chose et puis on a donc fait une alcoolémie tout de suite, et en fait à 9 h du matin il avait 3 g d'alcool dans le sang.

C'est beaucoup.

Ah c'est énorme oui ! À 9 h du matin ! Il était au boulot depuis 5 h du matin, il travaillait en équipe.

Et donc ?

Je l'ai renvoyé chez lui et chez son médecin donc il est revenu le lendemain et on avait le résultat de la prise de sang. Je lui ai dit "voilà votre résultat d'alcoolémie, ou vous vous soignez, ou je vous mets une inaptitude à votre poste parce que vous travaillez sur des machines dangereuses". Et il m'a dit "je me soigne" et pour lui ça a

été un succès parce qu'il est parti se soigner, il s'est désintoxiqué immédiatement.

Il fallait que quelqu'un tape du poing sur la table

Voilà et ça faisait plusieurs fois que je lui disais « vous buvez » et il me disait « non ». Il m'a soutenu jusqu'au bout qu'il ne buvait pas. Donc il y a eu l'alcoolémie, là il n'a pas pu me dire « je ne bois pas » avec 3 g d'alcool. Et on l'a fait une autre fois, c'était sur une femme.

Tu as pris la décision de le faire pour...

Pour les mettre au pied du mur oui. Pour leur prouver que c'était bien ça. Bon, bien sûr, on ne transmet pas le résultat à l'employeur, ça reste entre nous.

(...)

Est-ce qu'il y a de l'alcool dans l'entreprise ?

Alors en théorie non, en pratique oui.

C'est-à-dire ?

Ça dépend des entreprises. On peut tolérer un peu d'alcool dans le réfectoire ou la cantine, en principe dans l'entreprise il ne devrait pas y en avoir mais il y a des entreprises où il y en a parce que les gens en amènent, le planquent.

Ils se font des pots ?

Ils se font des pots, qui sont des fois officiels, ça à la limite de temps en temps... et puis ils boivent entre eux dans les petits coins.

Donc ils se cachent quand même ?

Ils se cachent oui, quand même.

Tu vois des commerciaux aussi ?

Oui oui, il y a le côté officiel, à la signature d'un contrat, les pots officiels, et puis parfois tu as des entreprises qui le vendredi soir, offrent un petit pot à leurs employés, ça arrive aussi

Par plaisir ?

Par plaisir et puis ça permet de faire une cohésion au niveau du groupe.

Donc c'est aussi une stratégie de management ?

Oui, ça c'est aussi une question de personnalité du patron, c'est souvent des petites entreprises familiales où bon, on a fini la semaine, on va se boire un pot, se détendre.

(...)

Et est-ce que t'as trouvé que y'avait des types d'activités ou des secteurs d'activités qui sont plus concernés par la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues ?

(réflexion) Classiquement quand même dans le bâtiment, les travaux publics, les gens ont tendance à boire pas mal, probablement parce que c'est un métier relativement dur, qu'il y a les intempéries, tout un contexte peut-être culturel, traditionnel, qui fait qu'il y a quand même peut-être toujours une alcoolisation assez importante... Moindre, je pense que les gens boivent moins quand même qu'avant... Mais bon, tu en vois un peu dans tous les corps de métier, chez les cadres supérieurs tu as quand même une alcoolisation qui n'est pas négligeable non plus...

Chez les commerciaux ?

Ah les commerciaux c'est presque un facteur professionnel !

Donc ça t'a l'air assez équitablement réparti ?

Oui, à peu de choses près je pense qu'on en trouve dans tous les milieux. »

« En général les gens qui sont alcooliques au travail sont des gens qui ont une grande conscience professionnelle, qui s'investissent beaucoup dans leur travail et qui, en général, le font très bien.

Alors pourquoi ?

Je pense que pour eux c'est une manière de se valoriser le travail. Et quand ils sont pas trop atteints, parce que quand ils en arrivent à un stade vraiment atteints évidemment ils ne peuvent plus rien faire, mais ils ont quand même un comportement au travail qui fait que d'abord, eux, ils n'ont pas envie de s'arrêter, ils viennent au travail avec plaisir. Et puis finalement tant qu'ils ne font pas de grosse bêtise ça marche cahin-caha. Donc ils peuvent très bien assumer leur travail un certain temps, à condition quand même de pas occuper un poste dit de sécurité parce que quand même si c'est quelqu'un qui est cariste ou chauffeur poids-lourd et qu'il est bourré la moitié du temps, c'est quand même autre chose, ou qui travaille sur une machine dangereuse.

(...)

Et l'absentéisme est-ce que c'est en lien ?

Avec l'alcoolisme ?

Oui ou avec la prise de substances ?

Peut-être pas forcément énormément... Non, parce qu'en fait ceux qui sont alcoolisés d'une manière excessive n'ont pas tellement d'arrêts de travail, ils sont relativement assidus au boulot. Malheureusement des fois, parce qu'ils arrivent bourrés comme des coings (rires) et ils pointent quand même. Parce qu'en fait ils sont attachés à leur travail, on en revient toujours au même, ce sont des gens qui sont souvent investis dans leur travail.

Et des gens très désinvestis, ou ceux qui ne consomment rien, comment ils font pour gérer les déprimés du quotidien, les pressions diverses ?

Quelqu'un qui est investi dans son travail, s'il a vraiment des problèmes de pressions ou d'ambiance de travail ou de surcharge de travail, s'il est investi il va avoir une pathologie, c'est obligé pratiquement.

(...)

Et est-ce que t'as pu voir aussi des employeurs humainement... méprisants ou... est-ce qu'on peut voir aussi des conséquences sur les employés, sur leur état physique, psychologique ?

Sur leur état psychologique je pense oui parce que... ils se sentent quand même... dans la mesure où ils n'arrivent pas à se valoriser dans leur travail parce qu'on ne met pas leur travail en valeur, ils viennent travailler pour toucher la paye à la fin du mois mais ils ne peuvent pas s'investir dedans.

Parce qu'il n'y a pas de retour ?

Voilà. Et en fait c'est dévalorisant pour eux ça.

Donc finalement un patron qui n'est pas attentif à ses employés, c'est plutôt la porte ouverte à des comportements incluant éventuellement la consommation de produits ?

Oui sûrement, sûrement.

Et des toxicomanies diverses et variées ?

À la limite oui. Plus que le travail lui-même. Oui sûrement. »

Habitudes de consommation sur le lieu de travail Hommes/Femmes

	46 Hommes	17 Femmes
Situation matrimoniale	30 sont célibataires 16 vivent en concubinage 13 ont un ou plusieurs enfants	10 sont célibataires 7 vivent en concubinage ²⁰⁶ 8 ont un ou deux enfants
Âge	25 ou moins 2 26 à 30 14 31 à 35 14 36 à 40 11 41 à 45 3 46 à 50 2	25 ou moins 2 26 à 30 2 31 à 35 6 36 à 40 2 41 à 45 2 51 à 55 2 56 et plus 1
Santé	18 évoquent des problèmes de santé	7 évoquent des problèmes de santé.
Commentaires sur la consommation pendant le temps de travail	1 consommé exclusivement des médicaments psychotropes sur prescription médicale. 8 consomment régulièrement sur leur lieu de travail, 14 d'entre eux se l'autorisent parfois. Plus de la moitié d'entre eux consomment exclusivement dans un contexte festif.	5 consommé exclusivement des médicaments psychotropes sur prescription médicale. Seule Martine (25 ans) a pris 5 ou 6 fois dans l'année de la cocaïne pendant ses temps de travail, les lendemains de fêtes ; Lou (39 ans) a expérimenté les amphétamines et la cocaïne il y a quelques années, en usage quotidien y compris au travail ; Lucie (35 ans) a fait aussi quelques expériences de consommation sur le lieu de travail pendant ses gardes en médecine ; quelques rares anecdotes pour les autres ; Gaby (24 ans) ne travaille pas le lundi pour récupérer et Romane (27 ans) a recours à la substitution pour travailler.

²⁰⁶ Dont une entretient une relation stable sans cohabitation.

La dimension sociale de la consommation

«... dans tous les cas de stigmaté [...], on retrouve les mêmes traits sociologiques : un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Il possède un stigmaté, une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions²⁰⁷. »

« Comparé à l'état d'enfance, où toute représentation est aussitôt exprimée, où toute entreprise s'offre à tous les regards, le secret permet un extraordinaire élargissement de la vie, parce que la publicité totale empêche bien des contenus existentiels de se manifester. Le secret offre en quelque sorte la possibilité d'un autre monde à côté du monde visible et celui-ci est très fortement influencé par celui-là²⁰⁸. »

À l'adolescence, l'expérience de la transgression liée à des pratiques illégales peut jouer un rôle important dans le choix de consommer des psychotropes et parfois même de le revendiquer. Pour celui ou celle qui continue d'utiliser ces produits sans forcément inscrire sa pratique dans un cadre contestataire de la société dans son ensemble, se pose rapidement la question de la position à adopter face à ces *autres* qui ne partagent pas son goût pour les états modifiés de conscience. À cela s'ajoute le fait que l'usage de psychotropes est aussi passible de sanctions diffuses²⁰⁹ lourdes de conséquences pour l'individu, qui expérimente alors non plus le plaisir de la transgression mais le trouble de la discrimination. Porteur d'un *stigmaté* qu'il est possible de cacher, l'individu se sait tout de même discréditable. Ceci l'oblige à une gymnastique psychologique et sociale particulière, dont le but est d'éviter de s'exposer aux sanctions pénales et à l'opprobre, de se voir disqualifier à la moindre erreur qui sera immédiatement imputée à sa consommation si celle-ci est connue. Dès son entrée dans le monde professionnel, l'usager de drogues illicites se trouve donc confronté au *secret* et à la *dualité* propre à sa situation²¹⁰.

CULTIVER SA VIE PROFESSIONNELLE POUR S'ÉLOIGNER DE L'IDENTITÉ DU « DROGUE », SE DROGUER POUR S'ÉLOIGNER DE LA NORME

Pour certains, « avoir de l'ambition » ou avoir une « bonne situation » sert aussi à se différencier du « toxicomane », de celui qui ne peut pas avoir un bon travail puisqu'il organise sa vie autour des produits et de la marginalité qui les entoure. Même dans l'imaginaire des usagers engagés dans une pratique régulière, le « toxico » n'a pas de vie sociale décente, enviable, il n'est pas capable de trouver ni d'assumer un travail, encore moins d'occuper un poste intéressant. Il refuse l'intégration et les contraintes qu'elle exige. Par opposition, utiliser des produits en maintenant son intégration sociale par le travail peut permettre à l'usager d'échapper à l'image défailante du « drogué » pour s'identifier à celui du « super héros ».

²⁰⁷ GOFFMAN (E.), *Stigmatés. Les usages sociaux des handicaps* (1975), les éditions de Minuit, 1989, p. 15.

²⁰⁸ SIMMEL (G.), *Secret et sociétés secrètes*, éd. Circé, 1991.

²⁰⁹ « Ce type de sanction ne repose pas sur une codification explicite : elle se confond avec une réaction qui consiste, généralement, à signifier une désapprobation ou à stigmatiser les effets anticipés d'une inconduite. » in OGIEN (A.), *Sociologie de la déviance*, éd. Armand Colin, collection U, 1995, p. 17.

²¹⁰ Ce chapitre ne prend pas en compte les héroïnomanes.

La notion de « Français moyen » est employée par plusieurs des personnes interviewées pour faire référence, situer ou personnifier la *norme* socialement admise. Vivre selon les normes signifie pour eux obéir sans réfléchir, ne pas remettre en cause les règles de la société, être dupes des informations diffusées par les médias, se contenter des croyances populaires sans se soucier de leur adéquation avec une réalité. Martine a 25 ans, sort beaucoup et se dit satisfaite de son activité professionnelle. Rester en contact avec « le monde la nuit » et consommer des produits lui permet aussi de se démarquer du tant redouté et critiqué « métro-boulot-dodo », de ne pas être emprisonnée dans l'impression d'être « comme tout le monde », coulée dans le même « moule » que le « Français moyen ». Tom explique qu'il préfère fumer du cannabis en rentrant chez lui plutôt que comme « 40 % des Français regarder le Bigdil à 19 h ». Le regard porté sur les usagers par ce « Français moyen » est vécu comme infantilisant, accusateur et dominant. Il symbolise ces autres à qui on ne doit pas révéler sa vulnérabilité, ces regards qui menacent l'identité et tendent à la réduire à l'étiquette du « toxicomane », du « raté » que l'on méprise.

À l'inverse, les personnes dépressives ont pour souci, en consommant des médicaments psychotropes, de conserver une apparence de normalité et de ne pas « dénoter ».

Les non-usagers comme les usagers développent en revanche une conception commune du « junky », du « toxico ». Si pour les premiers ce stéréotype peut parfois être appliqué à toute personne consommant des produits illicites, pour les seconds il fait précisément référence à l'usage de drogues non maîtrisé, quelle que soit la substance en cause. Ne pas maîtriser sa relation au(x) produit(s), c'est faire état de sa « faiblesse », afficher son peu de volonté, son aliénation, mais aussi quelque part donner raison à ce « Français moyen » et risquer de voir sa confiance et son estime de soi fortement altérées. À cela s'ajoute la peur et le refus de la dépendance qui sont, d'une manière générale, très présents dans les discours des personnes que nous avons rencontrées.

Enfin, apparaît dans les entretiens une troisième figure, moins connue et propre cette fois aux usagers intégrés à un milieu professionnel, que l'on peut nommer le « Super Héros de la défonce ». Non content de mener une double vie, le Super Héros²¹¹ assume et contrôle toutes les facettes de son existence. Il est indépendant, gère intelligemment tant sa consommation de psychotropes que sa carrière sociale et professionnelle, en un mot il est *libre*, exigeant et doué, il soigne son look, est en forme, a bonne mine, fait du sport et est de bonne humeur, convivial, amusant etc. Il est même bon mari et bon père quand il n'est pas un grand séducteur. William s'identifie à un autre type de Super Héros, W. S. Burroughs, écrivain de la *Beat Generation*, « l'héroïnomane en costard-cravate ».

Ces personnages fantasmés, le « Français moyen, le « Junky » et le « Super Héros », semblent jouer un rôle primordial dans le vécu de la consommation. Au-delà même de la relation qu'entretient l'utilisateur avec le(s) produit(s), elles sont le lieu et l'expression de la *subjectivité*. Se percevoir ou non comme dépendant, accepter, craindre ou revendiquer le statut de « toxicomane », conditionne en partie et connote l'histoire de la personne avec les psychotropes. C'est donc aussi en s'appuyant sur ces productions symboliques que l'utilisateur, quel que soit son rapport au(x) produit(s) construit ses propres stratégies de gestion et qualifie sa consommation, en se mentant parfois à lui-même. S'identifier à la figure du toxicomane, sous l'angle du raté qu'on méprise ou du marginal qui conteste, c'est se préparer à le devenir. Cultiver l'image du Super Héros, y croire, c'est tenter de s'en rapprocher, intégrer et appliquer au moins en partie, le comportement qui définit ce personnage, même s'il reste fictif, rêvé.

Ces trois personnages ne sont pas non plus sans rappeler les deux types de consommateurs identifiés par M. Caïata ; d'une part le « toxicodépendant intégré par le produit », défini par l'auteur comme un individu anxieux et souffrant, soumis au risque de mal-intégration et dans la nécessité d'utiliser des béquilles chimiques pour pouvoir continuer à s'inscrire dans un système social difficile

²¹¹ Claude dépeint particulièrement bien ce personnage.

et d'autre part « le consommateur intégrant le produit », défini par l'auteur comme un être conquérant, qui produit son sens individuel à la pratique, en inventant sa propre normalité et en traçant personnellement les chemins à parcourir. M. Caiata précise également :

« On peut supposer que ces 2 figures ne soient pleinement compréhensibles que si mises en relation avec le contexte socioculturel dans lequel elles s'enracinent. Plusieurs sont en fait des indices qui encouragent à s'interroger sur les liens entre la modernité et cette forme d'usage de drogue. La relativisation des systèmes de référence et la décentralisation sur la personne d'obligations qui avant étaient prises en charge par les institutions font que l'individu est de plus en plus sollicité et encouragé à prendre des responsabilités, à trouver le chemin de sa propre réalisation, à s'autodéterminer (Ehrenberg, 1991). On peut alors se demander si ces deux figures n'incarnent pas les différentes façons de répondre à l'injonction à assumer sa propre construction personnelle et sociale et à s'autogouverner en ne se référant qu'à soi-même. La consommation intégrée de drogue, avec ses multiples facettes, illustrerait alors les tensions de la liberté moderne, source d'une part d'aliénation, parce qu'elle abandonne l'individu à son indétermination, et de l'autre de création, car elle permet une meilleure expression de sa propre individualité²¹². »

IMAGE SOCIALE, IMAGE DE SOI ET REGARD DE L'AUTRE

« Donc, ce que l'individu doit en partie finir par être pour lui-même est une personne dont les apparences peuvent être perçues par les autres comme normales. Son apparence inoffensive est profondément lui : il n'a pas de moi plus profond, bien que certains le soient autant. L'examen de cette tâche qui consiste à maintenir une image acceptable de soi-même nous fait voir une fois de plus que les sujets et leurs autres ont un souci commun, paraître normaux, quoique, peut-être, pour des raisons différentes²¹³. »

Avoir une « bonne image » aux yeux des autres, chercher à l'améliorer ou en tout cas éviter qu'elle se dégrade est un facteur important pour le bien-être de l'individu, tant sur le plan professionnel pour conserver une crédibilité que sur le plan personnel pour maintenir une bonne estime de soi. Le corps, qui constitue pour beaucoup la première limite à la consommation de drogues, est aussi l'outil qui permet de faire illusion, de correspondre aux attentes des autres.

Ken, commercial de 24 ans, comme Claude, 41 ans, qui travaille dans le secteur de la haute technologie, insistent sur l'avantage d'avoir « une bonne gueule », d'être « insoupçonnable ». De nombreux témoignages mettent l'accent sur l'importance de l'apparence physique dans les relations interindividuelles. Victor et Charles, qui n'ont pas la « gueule de l'emploi » de l'utilisateur de drogue, sont tout à fait conscients d'échapper, grâce à cette « particularité », à la répression et à la stigmatisation. Mario, Armand, Martine, Lou et Sébastien tiennent le même discours, se montrent soucieux de leur apparence physique et utilisent le respect inspiré par une tenue vestimentaire soignée et conventionnelle. Porter un costume donne une certaine prestance, une confiance en soi, qui permettent de se prendre au sérieux, de l'être dans le cadre du travail et de bénéficier ainsi d'une crédibilité professionnelle.

Sébastien, 38 ans, est directeur informatique et travaille depuis 15 ans. Même lorsqu'il était dépendant de l'héroïne, il ne s'est jamais vécu comme « toxico » et a pu stopper sa consommation sans trop de difficultés. Aujourd'hui atteint d'une hépatite C, il ne souhaite pas entamer un traitement du fait des effets secondaires des médicaments qui risqueraient de nuire à son activité professionnelle et l'obligeraient sans doute à déclarer sa maladie, communément associée au monde de la toxicomanie.

²¹² CAÏATA (M.), in FAUGERON (C.) et KOKOREFF (M.), (dir), *Société avec drogues. Enjeux et limites*, éd. Erès, coll. Trajets, février 2002.

²¹³ GOFFMAN (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1973, p. 263.

Monique, 40 ans, responsable en contrôle gestion, entretien 48

« Tu trouves que cet usage est difficile à gérer socialement ?

Et bien ça dépend de toi, ça... il y en a que ça ne gêne pas, ou qui n'ont pas conscience, ou qui sont tellement sous l'effet de médicaments que tu repères simplement en les voyant si tu veux, ensuite je pense que si ça t'arrive ponctuellement c'est acceptable, moi je sais que je n'ai pas envie de le gueuler sur les toits dans mon milieu professionnel par exemple. De toutes façons, je ne leur crie rien sur les toits, ils en savent rien, voilà. Mais voilà, c'est tout. Sinon L le sait (*amie commune*), même L des fois elle est violente avec ce genre de choses, les gens sont violents par rapport aux médicaments

Dans quel sens ? Parce qu'ils ont un jugement très négatif ?

Oui qui est complètement... faux dans le sens où ils projettent sur ça leurs propres incohérences, mais c'est quelque chose que les gens te balancent à la figure, dans un moment de tension c'est quelque chose qui t'est balancé à la figure. Ce n'est pas... je ne suis pas toxicomane mais enfin si j'étais toxicomane ce serait la même chose tu vois, c'est quelque chose qui est rejeté comme... envoyé à la figure comme dégradant, comme dépendance, comme...

Toi tu ne le perçois pas comme une dépendance ?

J'ai toujours refusé d'en prendre des antidépresseurs jusqu'au jour où effectivement j'ai rencontré le psychiatre qui LUI me l'a conseillé parce que j'en étais arrivée à un tel point d'insomnie si tu veux que la déprime elle allait avec quoi. Mais justement je ne voulais pas cette dépendance là mais je m'en créais d'autres, je m'en créais d'autres par les insomnies de toutes façons mais aujourd'hui dans la mesure où je fais un travail en parallèle si tu veux de psychanalyse, je ne le conçois pas comme un truc que je vais prendre forcément à vie, je n'en sais rien mais en attendant je le fais comme un soutien qui m'aide aussi bien dans ce travail de psychanalyse, qu'au boulot, que dans la vie courante quoi... Quand tu dors tu vas quand même mieux. »

Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, entretien 57

« Pourquoi telle personne prend 6 mois de prison et pas là ? Je pense que si je me fais arrêter moi, avec de la drogue sur moi, ça m'étonnerait que je risque grand-chose, franchement.

Ça t'est déjà arrivé ?

T'essaie de me demander si moi je suis consommateur ?

Oui, enfin je sais pas t'as pu l'être.

Je vais te dire, c'est très amusant, à une époque je vivais donc à Amsterdam et je faisais l'aller-retour tout le temps à Amsterdam, quasiment toutes les semaines. J'avais 23-24 ans à l'époque et j'étais habillé comme un jeune qui travaille pas et qui a 23-24 ans et je me faisais contrôler systématiquement dans le train, par les mêmes douaniers d'ailleurs qui me voyaient toujours, me contrôlaient à chaque fois etc. Bon. Un jour j'ai pris ce train et j'étais en costume-cravate, les douaniers, ils me connaissaient, c'est la seule fois où ils m'ont pas contrôlé. Donc je les ai appelé et je leur ai dit : vous avez pas essayé de me fouiller aujourd'hui, pourquoi ? Bon, en général il faut éviter un peu avec les douaniers de faire de la provo mais bon (*rires*) Mais en même temps ils me connaissaient bien, je le voyais à chaque fois, il avait fini par me connaître, alors bon, il m'a pas répondu bien sûr mais c'est tout à fait révélateur, mais quiconque sait très bien que si tu prends... tu vois moi j'ai un certain âge, je suis évidemment bourgeois, ça se voit, je fais jeune homme de bonne famille, si je me mets en plus en costume-cravate tu passes n'importe quelle frontière avec n'importe quoi, je me suis jamais posé la question d'ailleurs en plus comme tu te poses pas la question résultat évidemment t'es pas emmerdé. Bon ceci dit, je pense pas avoir transporté des quantités importantes de drogue, enfin comme je n'ai jamais ni fait de trafic si tu préfères (*rires*), ni même vraiment acheté, ça limite un peu hein mais il m'est arrivé quelques fois de traverser une frontière avec un peu de dope sur moi sans même le savoir tu vois, parce que je me pose même pas la question, j'ai pas l'ombre d'une angoisse ce qui est d'ailleurs assez intéressant quand même. »

Les effets des produits socialement acceptés

« Pour qu'une drogue soit, sinon tout à fait acceptable, en tout cas relativement présentable, son usage et ses effets doivent être culturellement compatibles avec le fonctionnement social dominant. Ce fut longtemps le cas de la cocaïne, plus bourgeoise, et volontiers présentée comme un adjuvant à la productivité²¹⁴. »

Fab a 38 ans. Depuis environ quinze ans il est ouvrier spécialisé dans la même usine et consomme régulièrement des produits²¹⁵. Alex a 35 ans et fume quotidiennement et de manière intensive du cannabis depuis maintenant vingt ans, avec des phases de consommation plus importantes d'autres substances comme la cocaïne et l'ecstasy. Il travaille depuis dix ans, s'occupe d'une chorale municipale, fréquente différents milieux (musique classique, concerts rock) et a jusqu'à présent

²¹⁴ MANGEOT (P.), « Penser, classer, exclure », in *Vacarme* n° 13, Dossier Minorités. Drogues. « Mais qu'allons-nous faire de tout ce savoir ? », avril 2000.

²¹⁵ Essentiellement au moment de l'entretien du cannabis quotidiennement et de l'héroïne de manière mensuelle.

toujours maintenu son statut d'intermittent²¹⁶. Quant à Eddy, âgé de 48 ans, il travaille sans interruption depuis vingt-cinq ans à un rythme qui reste soutenu tout au long de sa carrière. Il a connu une phase de dépendance à la cocaïne pendant dix ans, puis une phase de consommation d'alcool importante et vient d'interrompre une consommation quotidienne d'héroïne qui aura duré environ trois ans. Fab et Alex disent *ne pas se (re) connaître* lorsqu'ils ne sont pas sous l'influence d'un produit, ne serait-ce que du cannabis, et tous remarquent que les autres interprètent cet état comme étant leur *état normal*.

Fab, Eddy et Alex travaillent sous influence depuis dix à quinze ans, ont intégré les substances à leur personnalité et en gèrent les effets dans leur vie sociale, à tel point que leur entourage, ignorant leur pratique, pourrait trouver leur comportement étrange, a-normal, lorsqu'ils ne sont pas sous l'effet d'un produit. Ce constat vient à nouveau interroger, s'il en était besoin, le caractère insaisissable la notion de *normalité*. En effet, comment définir l'ordinaire dès lors que leur situation aboutit à cette bizarrerie qu'ils seraient vraisemblablement victimes d'une discrimination voire d'une incrimination si leur pratique privée et illégale était connue des autres. Et c'est précisément cette pratique, lorsqu'elle est tenue secrète, qui leur permet de revêtir l'apparence du comportement considéré comme normal²¹⁷, de jouer ce rôle aux yeux de ces mêmes autres. Martine, Caïn, Emmanuel et Armand parlent de la cocaïne comme d'un « cleaner », qui permet précisément de maintenir les apparences de l'individu vif et irréprochable, normal, en dépit de la fatigue accumulée lors des épisodes de consommation.

Plusieurs personnes expliquent que non seulement la consommation de psychotropes intervient parfois dans la gestion des contraintes sociales et des angoisses existentielles, mais aussi que les effets des produits peuvent être adaptés au monde du travail.

Romane, 27 ans, est approvisionneuse en prêt-à-porter. Engagée depuis quelque temps dans une consommation régulière d'héroïne, elle s'étonne elle-même de l'image sociale qu'elle véhicule, à savoir celle d'une fille « saine », « sportive », « motivée ».

Armand a 49 ans et évolue dans le milieu de l'art contemporain. Il a consommé quotidiennement et en quantité de la cocaïne durant ces trois dernières années, ce qui a suscité de fortes réactions de la part de ses proches. Cependant, avant que sa pratique soit plus largement repérée par son entourage, il a lui aussi bénéficié de ces effets inattendus de la prise de produits, à savoir une *amélioration de l'image sociale*, ce dont il parle avec un humour teinté de cynisme.

Facteurs culturels influents sur la consommation

L'entretien réalisé avec Charles, haut fonctionnaire qui a longtemps travaillé en Grande Bretagne, permet d'aborder la dimension culturelle des usages de drogues, point sur lequel nous manquons malheureusement de données. En France, nous constatons que mis à part le caractère illégal de la consommation de psychotropes, c'est la non-maîtrise de la relation au(x) produit(s) qui se trouve sanctionnée avant toute chose, dès lors que le comportement addictif est perçu par les autres. Comme on l'a vu, un usage régulier de produits comme la cocaïne ou l'héroïne, s'il est tenu secret, peut paradoxalement contribuer au maintien d'une apparente normalité. Cette norme sociale, qui n'est pas dénuée de conséquences sur les comportements et peut aussi contribuer à empêcher l'expression d'une difficulté à gérer sa consommation, semble inexistante en Grande Bretagne. La dimension socioculturelle des usages de psychotropes et du rapport au travail sont également des éléments à prendre compte dans la compréhension des pratiques qui structurent et entourent les modalités de consommation. Mario raconte une soirée en discothèque suivant une réunion professionnelle et insiste sur le discrédit engendré par la manifestation de l'ivresse en présence des collègues de travail. Parallèlement, Charles qui a travaillé de nombreuses années en Grande Bretagne, décrit des comportements bien différents de ceux que l'on peut observer en France dans le monde du travail. L'ivresse partagée avec les collègues le vendredi soir ou à d'autres occasions (fêtes de fin d'année,

²¹⁶ Ce qui signifie qu'il a toujours travaillé au moins 507 h par an.

²¹⁷ À savoir être sociable, de bonne humeur, détendu et actif, etc.

pots de départ, de fin de contrat, etc.) font intégralement partie de la vie de l'entreprise. Plus largement, Charles envisage aussi la consommation de substances psychotropes, tant licites qu'illicites, comme un outil de contrôle social. Dans une société particulièrement répressive telle que la Grande Bretagne et où les conditions de travail et de vie s'avèrent plus dures qu'en France, « l'intégration » de la consommation de drogues peut être interprétée comme un facteur de régulation sociale.

Très peu de données permettent actuellement d'étayer cette dimension culturelle des usages. Nous avons cependant jugé utile, même si ce propos repose sur un seul témoignage, de mentionner cette piste de réflexion.

Mario, 38 ans, programmeur-développeur en informatique, entretien 34

« Moi je suis allé à Saint-Tropez, on est allé en boîte et en boîte à un moment donné... c'est peut-être bizarre mais c'était même les deux commerciaux qui ont viré tu vois, à la fin ils étaient en extase, mais d'alcool, qui sait ce qu'ils avaient... ils étaient déchirés complets tu vois huhuhu avec la cravate et tout et tout : il faut pas le faire. Tu peux être le meilleur commercial et tout ça mais je t'assure qu'il faut pas le faire.

C'est mal vu ?

C'est mal vu... il y a deux parties, les mecs qui partent à trois heures du soir et les mecs qui partent à 6 de la boîte, bon tu peux partir à 6 et être correct putain, moi je suis parti à 6 et j'étais correct, j'ai bien géré l'alcool, bon c'est un alcool aussi que j'aime c'est... quand je vais en boîte ou des trucs comme ça, je bois pas de whisky, je bois de la tequila, parce que ça speed un peu plus, je bois beaucoup moins donc avec peu de quantité et tout ça j'essaie de garder un bon équilibre, à ne pas être raide en fin de soirée c'est ridicule, même si je suis avec des copains ou n'importe c'est ridicule, t'as perdu ta soirée si tu laisses l'alcool tout bouffer. »

Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, entretien 57

« Je suis convaincu que l'explosion de la consommation de drogues en Grande-Bretagne, surtout sa diffusion, sa diffusion sur une large base, est liée au développement du Thatcherisme et justement à la mise en place d'un système libéral au niveau économique. Et pour des tas de raisons mais... fondamentalement parce que je pense que la drogue joue en Grande Bretagne un rôle de soupape sociale et que donc elle est... alors je dirais qu'on ne peut pas imaginer, et dieu sait si je n'ai pas de parano ni de théorie de conspiration, mais on ne peut pas imaginer, quand on voit la facilité et la quantité de consommation en Grande-Bretagne, qui n'a rien à voir avec la France c'est-à-dire c'est... ça n'a absolument rien à voir puisque justement ça touche des milieux qui en France n'y touchent pas ou si quelqu'un à un moment donné y touche, il le cache hein, alors qu'en Grande-Bretagne absolument pas. C'est montré, dans le contexte professionnel les gens ne vont pas cacher leur consommation de drogues.

De toutes les drogues ? C'est quoi essentiellement de la cocaïne ?

Oui alors en Grande-Bretagne c'est selon les secteurs, on est dans le cliché classique de la City et la cocaïne, c'est vrai.

C'est un cliché mais en même temps c'est un peu une réalité quelque part ?

C'est quand même une réalité mais c'est pas tellement vrai sur Paris par exemple, même si ça l'a été.

Dans les années 80 plutôt ?

Oui dans les années 80, ce qui est très intéressant à ce niveau-là c'est que ce phénomène-là est arrivé en France et finalement il s'est arrêté. Mais il ne faut pas oublier que par exemple, on boit de l'alcool en Angleterre vraiment de la même façon qu'on prend de la drogue, alors qu'en France y'a une utilisation de l'alcool qui peut être celle-là mais qui peut être une autre. En France ça

peut être effectivement l'aspect du goût, l'aspect convivial, l'aspect surtout lié à la nourriture etc. Donc la consommation d'alcool en Grande-Bretagne elle est exactement à analyser comme la consommation de drogues illégales (...)

Je prends un exemple : les Christmas Party. Les Christmas Party, toutes les sociétés en Grande Bretagne organisent une soirée de Noël, d'accord ? C'est absolument indispensable. Et à la soirée de Noël, ne viennent jamais les conjoints quasiment, tout le monde boit. Mais boit de façon, c'est hallucinant à voir ! Tout le monde boit, donc la plupart des gens ne rentre pas chez eux – il ne faut pas oublier que beaucoup d'anglais ne vivent pas dans Londres – louent des chambres d'hôtels etc., etc. On considère qu'effectivement, probablement plus de la moitié des adultères en Grande-Bretagne sont commis ce soir-là hein. Il faut voir, ça a deux fonctions, je reviens sur mon histoire. En fait, à l'historique, c'est comme le carnaval. Plus les sociétés sont rigides, plus y'a un besoin justement, pour la stabilité, tu as besoin de créer une soupape. Tu t'aperçois que le carnaval avait une telle importance au Moyen Âge, parce qu'effectivement la société moyenâgeuse était extrêmement figée, et donc on avait une journée où on renversait tout. La Christmas Party c'est le carnaval de la société britannique, ça a exactement cette fonction-là et je dirais que l'alcool et les drogues ont cette fonction : chaque week-end, c'est carnaval en Grande-Bretagne.

Il faut voir que bon, après c'est une analyse personnelle, que t'es dans un système où à mon avis 80 % de la population se fait exploiter dans des conditions hallucinantes, hallucinantes hein alors... Et comment est-ce que ça tient ? De deux façons : 1 la presse, il y a 2 messieurs qui contrôlent en fait toute la presse et qui sont des gens qui défendent le système libéral et qui ont d'ailleurs contribué activement à la mise

en place de ce système. Il s'agit donc de Murdock et Black (*interruption téléphone*) Donc d'un côté ça tient par la presse, les tabloïd expliquent aux britanniques que les autres sont de toute façon complètement nuls, que c'est la merde partout ailleurs, que c'est l'anarchie, que rien ne marche, que tout est communiste en dehors de la Grande-Bretagne etc., ce qui fait donc penser à ces gens là qu'ils vivent quand même dans ce qu'il y a de mieux hein.

Et la population croit à ça ?

Oui oui absolument. La deuxième raison de ce qui fait tenir c'est de toute façon je dirais une condition historique. Ça a toujours été un pays très féodal et donc avec un phénomène d'acceptation, on ne remet pas en cause les choses etc. La troisième raison c'est que c'est un pays qui en même temps est beaucoup plus démocratique que la France, à un autre niveau, en terme de fonctionnement politique, ce qui veut dire que la personne ne se sent pas... il n'y a pas l'Etat et nous, il y a un sens civique qui est beaucoup plus développé donc ça, ça joue énormément et puis quatrième surtout, à mon avis, donc c'est la drogue et l'alcool... qui sont à mon avis une pierre essentielle du système.

Sans quoi on pourrait pas imposer tout ça.

Et son illégalité est absolument indispensable alors, d'une certaine façon. Même sur l'alcool y'a des politiques répressives beaucoup plus développées en Grande-Bretagne qu'en France c'est-à-dire que... 1, les pubs ferment à 11h, c'est important, deuxièmement tu ne peux pas acheter de l'alcool très facilement, il y a tout le système des licences etc. et c'est compliqué à partir d'une certaine heure, les mineurs ne peuvent absolument pas acheter de l'alcool, c'est vérifié, les cartes d'identités sont vérifiées dans les endroits où on en boit, c'est très strict. Donc ce contrôle existe et surtout les conséquences pénales si tu préfères des actes que tu pourrais avoir commis sous alcool sont beaucoup plus sévèrement sanctionnés en Grande-Bretagne qu'en France.

Et les drogues sont toujours illégales en Grande-Bretagne, ça commence à bouger sur le cannabis mais tu as quand même un cadre qui est répressif, plus répressif en tout cas que beaucoup de pays européens. Et en même temps tu as une consommation effrénée. E-ffréné-ée je te dis c'est... alors elle est plus ou moins cachée selon les circonstances mais elle s'est tellement développée si tu préfères que bon. Donc les gens le week-end se bourrent la gueule, ou ils se dopent, ou les deux. Tous les Anglais que je connais. De n'importe quel milieu. J'ai rencontré des anglais qui me disaient éventuellement "moi j'en prends pas", c'est un choix personnel mais tu peux pas *a priori* te dire ah ben tiens ces gens là, avec tout ce groupe là il ne faut pas en parler, jamais ils n'en prendront etc. En France oui hein, il y a toute une série de cercles avec qui tu ne peux pas te permettre d'en parler.

(...)

Et justement par rapport à ce que tu disais sur la culture d'entreprise en Angleterre, est-ce que les patrons anglais par exemple perçoivent la consommation de cocaïne comme un booster, qui peut peut-être améliorer l'efficacité, la rentabilité ?

Je ne peux pas te répondre. Je n'en ai pas parlé assez avec des patrons pour pouvoir te répondre. Ce que j'ai pu

voir en tout cas, à un autre niveau, c'est par exemple que... et ça c'est un fait hein... que des sociétés de la City par exemple, paient des allocations de drink. C'est comme au Japon d'ailleurs, c'est le même principe : le vendredi après-midi, les gens sont lâchés un peu plus tôt et puis ils ont une petite allocation pour aller boire. Pourquoi ? Parce qu'ils vont picoler ensemble, tu sais la pratique en Grande-Bretagne, tu vas picoler avec les gens qui travaillent. Tu es dans une société où les gens ont quand même un parapluie dans le cul d'accord ? Où on ne s'adresse pas directement aux gens, où on ne dit pas ce qu'on ressent etc. Donc en faisant ça, et c'est directement encouragé par la patron là, les gens échantent, ils se laissent aller et ça soude une équipe. Les japonais font la même chose.

C'est une société très dure aussi.

Voilà. Et donc c'est un parcours obligatoire, ça fait partie de la journée de travail du salarié, il sort après, il va picoler et il se rend complètement ivre, il chante le karaoké devant les autres, ce qui est une façon de t'humilier, de te ridiculiser donc de te rendre plus proche de l'autre etc. Donc chez les Anglais qui sont aussi une nation insulaire hein et assez rigide je pense que, sur la coke... ce serait intéressant de leur poser la question, j'aimerais bien connaître leur niveau d'hypocrisie sur la question (*rires*) Mais il faudrait vraiment être très très très hypocrite pour qu'ils nient la chose en Grande-Bretagne... pour qu'ils disent que ça leur pose un problème pour l'employé parce que quand même... ils ne peuvent pas ne pas savoir que là, tout le monde en prend hein, je veux dire en Angleterre tout-le-monde (*appuyé*) se dope.

Oui et puis tu tiens pas non plus des rythmes de travail pareil, des conditions de travail pareilles.

Mais oui ! Mais ils bossent deux fois plus que les Français hein et puis dans certaines professions on sait très bien qu'effectivement les professions à charrettes hein, comment est-ce que tu veux... ? Attends, tu ne peux pas faire travailler quelqu'un 48 h d'affilée sans rien, donc je ne peux pas imaginer que les mecs ne le savent pas...

(...)

J'ai l'impression que de ce côté là ça va plus loin que ça en Grande-Bretagne c'est-à-dire que... la police anglaise est 100 fois meilleure que la police française, c'est un pays totalement fliqué, mais réellement, c'est-à-dire qu'il s'agit pas du tout de rassurer le quidam il s'agit vraiment d'être répressif... Il y a 4 fois plus de monde en prison qu'en France, tout le pays est sous caméras, il y a 1 million 1/2 de caméras, en tant que patron tu peux mettre tes employés sous écoute, tu peux les mettre sous caméras, tous les fournisseurs d'accès Internet ont une boîte noire reliée à la police donc tu es dans un pays hein... et c'est particulièrement l'administration Blair qui a mis en place des mesures et je dirais que c'est un pays probablement le plus sécuritaire des pays occidentaux hein... et en même temps, la consommation de drogues est absolument, je veux dire que c'est ultra simple, très organisé, d'ailleurs la drogue est moins chère qu'ici, c'est le signe qui ne trompe pas... »

DIFFERENTES FAÇONS DE VIVRE LA DUALITE

« Si l'on admet qu'une personne peut être, à différents moments de la journée, employée obéissant aux directives d'un patron, chef de section syndicale donnant des ordres à des subordonnés, automobiliste prise en infraction, stagiaire d'une formation professionnelle, mère attentionnée, femme tyrannique, etc., la question se pose de savoir comment un même individu peut endosser successivement des rôles qui supposent l'intériorisation de registres de valeurs contradictoires²¹⁸. »

Les chapitres précédents montrent les différentes tensions avec lesquelles l'utilisateur de drogues qui travaille se trouve quotidiennement confronté d'une manière particulièrement ténue : tension entre le principe de plaisir et le principe de réalité, tension entre le désir de s'extraire du monde, de se déconnecter et celui de s'y intégrer, de s'y adapter, tension dans le passage d'une identité sociale à une autre parfois radicalement opposée, tension enfin entre la transgression et l'acceptation des normes.

L'usage de psychotropes illicites ne s'inscrit pas toujours dans un cadre contestataire de la société dans son ensemble et n'est pas forcément abordé sous l'angle de la transgression. La plupart des personnes rencontrées ne vit pas et ne se représente pas « en dehors » de la sphère sociale. Ils mettent parfois en exergue ce qu'ils considèrent être des indices d'une « bonne appartenance à la société », les gages qu'ils estiment donner pour avoir droit au respect de leur liberté, à une place et à un statut social. Beaucoup se considèrent comme des citoyens « respectables » et ne présentent pas leurs pratiques comme contradictoires avec leur insertion professionnelle.

Ken, 24 ans, commercial, entretien 8

« Par contre, en dehors de la fatigue physique « pure », y'a quand même surtout un stress par les objectifs... Enfin, je le vois moins comme un stress que comme une pression positive, une motivation... Si tu fais moins de 30 h, et que t'explores les chiffres x3 ou x4, on te dira rien... Mais il faut quand même aller les chercher ! Donc y'a toujours une pression, pas forcément une fatigue physique, mais une pression... pas continue, mais presque... C'est une forme de management aussi... (...)

Tu payes tes impôts ?

Ouais... Je paye MÊME mes amendes ! Mais je paye pas mon shit (*rires*). Non, mais voilà, c'est provocateur, mais tu comprends ce que je veux dire... J'ai payé ma taxe d'habitation, je suis citoyen, je raque mes impôts, mais je prends "quand même" des trucs, et pour m'assurer ma conso, quand je chope, je prends 50 g, je revends, et comme ça je fume 15 g gratos... D'un autre côté, dans mon boulot, je fais du conseil sur des choses comme les droits de succession, les législations fiscales, donc c'est plutôt être "dans" la loi, si c'est ce que tu cherches Monsieur le sociologue... (*rires*). Plus sérieusement... J'ai un boulot, un appartement, je paye mes impôts, mes amendes, je vote, mais quoi que je fasse je suis toujours forcément hors la loi... puisque je prends des trucs. Mais sinon, mes rapports avec la loi, l'État, le système, etc., ça va. Je me sens un peu déconnecté de tout ça. (...)

Et la loi ?

Quoi la loi ?

Tu es au courant que c'est interdit ?

Ah bon ? (*rires*). C'est interdit, mais c'est pas un risque pour moi... T'habites dans cette ville, t'as 3 ecstasys dans la poche, t'es pas un dealer. Ok, tu consommes des substances psychotropes, drogues illicites, dures de surcroît... Mais bon. Tu mets pas en danger la vie d'autrui, tu troubles pas la paix civile et l'ordre public, t'es pas gênant pour les gens... T'as pas de pouvoir, et tu brasses pas. Tu brasses pas de produits, tu brasses pas de gens, d'argent. À partir de là... si tu restes "honorable", ça n'a pas d'impact sur ta vie en société. Non, le risque, c'est la spirale infernale, c'est de tomber dedans. Et puis bon... faut pas être hypocrite, y'a des professions, heureusement qu'y a la coke, sinon ils tiendraient jamais... Les finances, les professions commerciales, les professions sportives, la politique même... C'est pas forcément de la cocaïne, mais bon, y'a plein d'autres substances qui sont utilisées pour marcher, par plein de gens. Mais la loi... bof... Je me sens pas dans un univers de drogue, libre et à tous les coins de rue, mais... je vois pas l'aspect négatif de la drogue. »

²¹⁸ OGIEN, 1995, p. 172.

Sébastien, 38 ans, directeur informatique, entretien 60

« T'as toujours séparé les deux (le travail et la consommation de produits) ?

... Pas toujours.

Ça fait combien de temps que tu bosses en fait ?

Ça fait... Ça fait 15 ans...

Quasi non-stop ou t'as eu des périodes de...

Non, non-stop.

T'as toujours bossé ?

Oui... enfin depuis que je suis sorti de la fac oui... j'ai bossé... avec un an à l'étranger... en bossant en vacances on va dire et puis après j'ai attaqué l'informatique... mais oui j'ai toujours bossé... et donc par rapport à la drogue au boulot... enfin oui c'est vraiment deux trucs distincts... enfin je suis plutôt un drogué du week-end on va dire, dans des ambiances festives... quand je sors... ou alors si, je fume tous les soirs mais... je fume un pétard tous les soirs.

Tu consommes pas sur ton lieu de travail ?

Non jamais.

Ça t'es jamais arrivé ?

Ça m'est déjà arrivé... à une époque où je prenais des drogues un peu plus dures que maintenant, enfin bon je t'expliquerai un peu mon parcours... ça m'est arrivé... un petit peu mais pas beaucoup... je prenais de l'héro et ça m'arrivait d'en prendre au bureau oui ou d'être défoncé... mais vraiment c'était marginal...

(...)

Et politiquement tu votes ? t'as un positionnement ?

Je vote oui, je considère que c'est important de voter... donc c'est rare que je rate une élection et ça me ferait un peu chier de la rater...

T'as toujours voté ?

Pratiquement oui pratiquement...

Et l'insertion, l'intégration sociale tu te sens faire partie de...

Moi je me sens complètement intégré socialement.

Tu te sens citoyen ?

Ah oui oui je me sens... bon en même temps je sais que je suis un peu en marge par rapport à la drogue, ça reste quand même interdit dans notre société... mais... mais je veux dire par rapport aux gens qui sont en dehors je me considère alors complètement égaux par rapport à eux quoi.

Et tu t'es jamais senti en refus de...

Non j'ai toujours eu un petit côté rebelle mais intégré... je suis pas revendicatif et contestataire et anti... je suis plutôt : bon la vie est comme ça autant prendre les bons côtés de ce qu'il y a et puis voilà, je me prends pas trop la tête. »

Trois entretiens ont permis d'approfondir plus particulièrement la question de cette dualité entre la pratique illégale et stigmatisée que représente l'usage de drogues et l'inscription dans une activité professionnelle. Charles, Henri et William travaillent depuis 10 à 20 ans et ont rencontré les produits à l'adolescence, leur parcours et leur discours permettent donc d'approcher leur gestion personnelle de cette situation sur le long terme.

Tous les 3 ont peur du lendemain, recherchent la stabilité et la sécurité à travers leur statut social et entretiennent parallèlement un rapport marqué avec la transgression, qui les concerne davantage que la marginalisation (mode de vie alternatif, économie parallèle, prise de risques, illégalité, dureté des conditions de vie, « désintégration sociale »).

Pour Henri et William les produits sont un facteur d'intégration, tout comme le travail.

Henri refuse l'identité sociale du « junky » et fait de sa consommation le terreau de son insertion et de sa carrière professionnelle. Il a fait le choix d'un cadre de travail tolérant, qui lui permet de conserver son mode de vie et d'assumer sa consommation.

William est fonctionnaire dans une institution répressive et cultive une forte dissociation entre le sérieux de son travail et l'excentricité de sa vie privée. Consommer des drogues fait de lui le « outlaw ». S'identifier à ce personnage lui permet de ne pas voir son identité réduite à son activité professionnelle, qu'il considère « pas plus valorisante que balayeur ».

Quant à Charles il trouve son équilibre dans la fréquentation de milieux sociaux totalement différents et joue avec la dimension symbolique du secret. Sa consommation de drogues est relativement limitée et associée au frisson de la transgression, de la double vie et des expériences sexuelles.

Refuser l'identité du « junky », aménager sa vie professionnelle en fonction de sa consommation

Henri a 38 ans, il est journaliste à la télévision depuis une dizaine d'années, a réussi à se faire un nom dans la profession, gagne bien sa vie et occupe des postes à responsabilités. Il consomme actuellement du tabac (un paquet par jour), de l'alcool (à table et lors des sorties), du cannabis et de la cocaïne quotidiennement, des ecstasy régulièrement, de l'héroïne en sniff à l'occasion et expérimente volontiers de nouvelles substances.

C'est à l'adolescence qu'il découvre le tabac, l'alcool, le cannabis, puis le trichlo, le LSD, les champignons, les amphétamines et enfin, la cocaïne. Il semble avoir toujours été dans une consommation qu'il qualifie de « boulimique », tout en ne dépassant jamais une certaine limite qui l'empêcherait de travailler et de mener une vie sociale. Pendant plusieurs années il consomme plusieurs fois par an de l'héroïne en intraveineuse, souvent en association avec de la cocaïne. Il tient cependant ses distances avec ce produit, qu'il ne prend aujourd'hui qu'en sniff et occasionnellement.

Il termine des études supérieures avec succès et fait son entrée dans le journalisme en semi-professionnel. Après plusieurs années où il exerce son métier en indépendant, il se diversifie et occupe chaque fois des postes avec de plus en plus de responsabilités. Il est bavard, curieux, séducteur, sort beaucoup et aime « briller » dans les soirées mondaines parisiennes. Les drogues font intégralement partie de sa vie et de sa personnalité. « Je l'assume, j'ai choisi mon métier en fonction de ça (...) Je ne m'en suis jamais caché, j'ai pas de problème avec les drogues, j'en prends. »

Son activité professionnelle lui offre la possibilité de ne pas renoncer à son mode de vie et d'assumer sa consommation : des horaires décalées, un environnement relativement ouvert sur la consommation, le sexe et les pratiques souvent considérées comme déviantes. Très investi dans son travail il est reconnu pour son efficacité et estime qu'il est aujourd'hui « là où il a envie d'être ».

Henri se situe dans un déni volontaire de la dépendance, tout en n'étant pas dupe. Il refuse de s'identifier au personnage du toxicomane et d'employer les termes qui servent à décrire un usage abusif de psychotropes. Hors enregistrement il dira : « Si j'ai été junky, c'est dans une autre vie. »

Henri, 38 ans, journaliste, entretien 59

En tout cas je me sens assez bien intégré dans la société, après je vais pas te dire que je suis fonctionnaire mais je dirais que je suis dans une marge intégrée, je suis une sorte de bobo... qui gagne à peu près correctement sa vie et qui assure quand même, qui s'occupe quand même de son fils alors qu'il a un boulot un peu prenant, qui est bien dans son boulot. Là de façon ponctuelle j'ai un rapport compliqué avec mon boss mais quand même de façon générale je peux dire que ça va bien tu vois. Et j'ai choisi... un environnement où c'est possible, où je peux prendre, où j'ai des horaires qui sont un peu plus souples que les autres, je me réveille parfois plus tard le matin donc ça me permet de me déchirer un peu plus... où l'alcoolisme mondain est totalement intégré, où effectivement t'es face à des gens qui sont un peu plus ouverts quand même, même si tu restes dans l'hypocrisie... Moi j'ai fait le choix d'être dans une situation donnée, pour moi les deux sont associés en permanence...

(...)

Et dans ton boulot ça t'a jamais posé de problème de... si ça t'a posé des problèmes de consommer de la drogue ou en tout cas d'en parler ?

Ecoute bizarrement...

D'en consommer peut-être déjà...

Dans mon boulot même ?

Ouais je sais pas des réflexions de tes supérieurs ou dans ton entourage.

Non non jamais. Et puis vraiment je te dis... à partir du moment où j'ai vraiment été intégré dans mon activité professionnelle, reconnu, bon.

(...)

J'assumais tellement ce que j'étais, pourtant c'est un groupe anglais, super straight tu vois.

C'est une ambiance de boulot

Voilà en open space à l'américaine enfin le truc pénible donc évidemment tu ne te drogues pas sur ton lieu de travail. Enfin en tout cas pas au vu de tout le monde. Mais les gens savaient que je prenais des drogues parce que je ne m'en cachais pas et jamais je ne m'en suis caché, y compris devant mon chef, je lui disais : "Ce soir je vais me défoncer", tu vois. Alors je ne lui disais pas forcément que je m'étais pris 3 lignes de coke dans la journée parce que c'est pas la peine non plus, mais je lui disais : moi j'ai pas de problème avec la coke, j'ai pas de problème avec les drogues, j'en prends.

Et t'as jamais eu de retours ?

Ecoute, peut-être qu'il y en a eu mais en tout cas moi je n'ai pas eu de retour direct. Indirect probablement, je ne suis pas naïf au point de croire... évidemment tu vois, mais direct non. Mais je suis méfiant quand même, je suis libre mais quand je sens que le mec peut peut-être utiliser ça contre moi je me dis ok, j'assume ce que je suis, maintenant c'est pas la peine d'en faire trop, mais je ne cache pas ce que je suis.

(...)

Et tu penses que c'est un truc qui fera partie de ta vie ?

Je crois que oui, je prendrais toujours des produits... »

« Better life through chemistry », les drogues comme conditions de l'intégration

William a 40 ans et est fonctionnaire depuis 20 ans dans une institution répressive. En un sens on peut dire que ce statut, qui implique un droit de réserve dans la vie privée, incarne une forme d'idéal de la norme socialement admise et valorisée.

Il découvre les produits à l'adolescence et dans le cadre de la culture Punk des années 80. Lorsqu'il passe ce concours de la fonction publique il joue dans un groupe de musique radicale et consomme essentiellement du LSD, des amphétamines, du cannabis et de l'alcool. C'est la « peur du lendemain » et la pression parentale qui l'amène à devenir fonctionnaire.

William se trouve dans l'ambivalence du rapport au travail qu'il vit comme un « esclavage sécurisant » et qui n'est supportable qu'à la condition de pouvoir s'en échapper et de développer une autre identité sociale. Il choisit de commencer le travail à 7 h le matin pour finir à 16 h, ce qui l'oblige à se lever tôt mais lui permet de se consacrer à d'autres activités, artistiques pour l'essentiel. À l'âge de 35 ans il rencontre avec sa compagne le milieu échangiste, qu'il fréquente pendant quelques années. Il consomme dans ce cadre de l'ecstasy mais apprécie peu les effets de cette substance hors d'un contexte sexuel.

William dit avoir besoin de se sentir lié à la transgression, sans pour autant chercher à être en dehors des lois. La crainte des risques judiciaires et de la perte d'emploi le poussent à se montrer plus discret que lorsqu'il avait 20 ans : « Aujourd'hui je n'ai pas envie de me faire remarquer. »

Les psychotropes représentent pour lui le moyen de se plier à la contrainte que représente le travail tout en lui offrant la possibilité d'affirmer une identité sociale autre. Pendant longtemps l'œuvre de Burroughs lui permet d'entretenir cette double identité, de développer un imaginaire et une culture autour du personnage de « l'héroïnomane en costard-cravate » qu'incarne l'écrivain.

« Ça justifiait tout le reste... j'aurais pas pu me reconnaître simplement en étant fonctionnaire dans cette institution, ou en étant simplement musicien, mais par contre en étant simplement drogué ça oui... de n'avoir plus que ça comme identité sociale, ça oui. »

À la dimension identitaire de sa consommation s'ajoute au fil du temps une dimension « thérapeutique ». Les psychotropes deviennent la condition de son intégration, ils lui permettent d'accepter le monde qui l'entoure, d'être adapté, assidu et sociable au travail, de répondre à ce que les autres attendent en terme de comportement : « Je me conduis mieux en étant défoncé » et sans les produits « tout me deviendrait insupportable. »

Il présente les psychotropes comme une béquille chimique qui lui permet de « lacer ses chaussures le matin » et prône un mode de vie qu'il résume ainsi : « Better life through chemistry. »

« Better life in chemistry, une meilleure vie grâce à la chimie... oui oui moi je pense que... je crois vraiment aux drogues du futur. »

William, 40 ans, fonctionnaire, entretien 43

Est-ce que tu crois que le milieu des fonctionnaires finalement exige pas tant que ça ?

Non, finalement.

C'est peut-être moins répressif que dans une entreprise où il faut attirer la clientèle ?

Ah oui c'est clair, au niveau vestimentaire, look, apparence physique et puis même délires dans sa tête... alors ce qui se passe c'est qu'on bénéficie d'un statut qu'on va qualifier aujourd'hui, entre guillemets, d'exceptionnel tu vois dans le contexte actuel... mais ça devrait être le statut de tout le monde, quand t'as un boulot c'est normal que tu le perdes pas sous prétexte que les entreprises perdent du pognon ou je sais pas quelle magouille... le droit au travail, bien que moi j'encense pas le boulot en tant que tel tu vois mais dans la société dans laquelle on vit, tel que c'est aujourd'hui on peut difficilement faire autrement et dans la fonction publique on a un statut qui fait que tu peux être vachement tranquille une fois que t'es rentré. J'ai vu quelques collègues se faire foutre dehors pour avoir fait des grosses conneries style vol tu vois, vol dans la caisse enfin bon ça relève de la malhonnêteté.

Du tribunal ?

Du tribunal oui donc du vol ou de la malversation quelconque mais en dehors de ce cas-là faut vraiment en faire des tonnes pour avoir des sanctions...

Finalement le statut de fonctionnaire...

C'est des droits et des devoirs.

En fait ça fait penser à un espèce d'idéal de la norme sociale quoi.

Complètement, ce serait difficile d'essayer de moins te couler dans un moule que ça effectivement y'a l'armée quoi... mais la fonction publique est hyper hiérarchisée...

(...)

Et tes horaires de travail c'est quoi ?

Alors ils ont changé avec les 35 h, mes horaires aujourd'hui c'est toute une galère, ce que je fais moi aujourd'hui, c'est que je travaille juste à côté de chez moi, je commence à 7 h 30 le matin, mais ça c'est un choix personnel hein.

Ah ouais ?

Oui, je pourrais commencer à 10 h si je veux... maintenant on a une pointeuse donc on doit faire un certain nombre d'heures dans une semaine, c'est nous qui choisissons le nombre d'heures qu'on veut faire dans la semaine en fonction du... ça, ça vient des 35 h, t'as le choix entre 4 forfaits d'heures, ça va de 36 h à 38 h 30 et en fonction du nombre d'heures travaillées par semaine t'as le droit à un certain nombre de jours de vacances (*détail des forfaits*)... et donc tu réparties comme tu veux entre 7 h 30 le matin et 19 h le soir... Donc je commence à 7 h 30, je prends $\frac{3}{4}$ d'heure à midi et je pars à 16 h donc c'est un choix personnel...

Ça te fait gagner du temps sur ta vie privée en fait ?

Oui forcément oui... je le perds en sommeil mais je m'aperçois depuis 3-4 ans que j'ai vachement moins besoin de sommeil qu'avant donc je dors moins, je m'en porte pas plus mal et en fait entre 7 h 30 et 9 h je suis vachement tranquille parce que je suis tout seul... et puis la journée passe vachement vite, à 16 h t'as fini ta journée et à ce moment là tu peux bosser, t'as du temps pour toi... Si je fainéantais le matin jusqu'à 9 h 30 au pieux le soir à 19 h je rentrerais crevé je ferais rien... Si je veux continuer à faire des choses et j'ai toujours fait des choses en dehors de mon boulot... Le boulot était toujours pour moi qu'un truc alimentaire, purement alimentaire... Je n'aime pas le boulot, je considère que c'est un vrai esclavage, je le dis à mes chefs hein.

(...)

Chaque fois qu'on me dit : mais c'est bien ce que vous faites, ça vous intéresse quand même ? non ça ne m'intéresse pas du tout, vous allez pas me faire croire une seule seconde que ce que je fais est plus intéressant que de passer le balai quoi. En plus c'est même pas plus valorisant, en plus ils peuvent même pas te dire : oui c'est plus valorisant que de passer le balai (*rires*) parce que là vraiment tu les scotches tout de suite tu vois.

Ouais socialement c'est pas valorisant.

Non c'est pas valorisant mais... moi je passerais le balai pour le même salaire.

Et alors pourquoi justement avoir choisi par rapport à ton positionnement politique est-ce que c'était un choix à un moment de rentrer dans la fonction publique ou dans tel secteur de la fonction publique ?

Ouais enfin c'est pas incompatible...

(...)

Je suis resté punk aussi parce que... je te dis l'argent mais en fait dans ma vie, vraiment, ça a été sex, drugs & rock'n'roll vraiment... avec la drogue dans tout ce qu'elle a d'ampli... c'est un délire quoi... qu'est pas totalement délirant parce que pour moi la drogue elle est le ferment de tout ça... on va dire que socialement c'est la seule chose illégale que je fasse... et j'ai encore besoin de me sentir...

Lié à la transgression ?

Oui, par la transgression. Alors quand elle est purement intellectuelle, culturelle ou autre, elle t'est totalement personnelle, elle est quasiment indivulgable, en tout cas pas dans mon milieu professionnel parce que dans mon milieu personnel les gens me connaissent maintenant donc ils s'effraient plus si tu veux, ils sont moins impressionnés qu'à une époque, et puis je suis vachement plus calme que j'ai pu l'être. Mais la drogue était vraiment ce qui faisait de moi le outlaws, le mec en dehors des lois... le renégat et tout ça... sans la drogue, d'abord j'y prends énormément de plaisir (*appuyé*) c'est surtout ça et je conçois les choses que dans le plaisir en fait, c'est vrai pour tout, c'est vrai pour la musique, d'ailleurs à chaque fois que quelque chose m'a vraiment fait chié j'ai arrêté et la drogue était vraiment... parce que je m'y suis plu dès le début dans ses effets, dans ce que ça avait de plaisant, de relaxant de... et puis

vraiment avec le haschisch j'ai trouvé ma défonce, pour moi c'est ma drogue à moi, c'est celle qui me convient le mieux, puisque j'ai à peu près tout goûté, je suis jamais tombé accro à autre chose... accro... parce que y'a quand même une dépendance, donc on peut dire accro à autre chose qu'au haschisch, si ce n'est à l'alcool depuis quelques années...

Mais pour la drogue, c'était vraiment le ferment du truc qui faisait que... ça justifiait tout le reste si tu veux. Alors que l'inverse était pas vrai... Si tu veux j'aurais pas pu me reconnaître simplement en étant fonctionnaire, ou en étant simplement musicien, mais par contre en étant simplement drogué ça oui... tu vois... de n'avoir plus que ça... qui fasse de moi...

Comme identité sociale.

Comme identité sociale, c'est celle-ci que je revendiquerais, clairement, parce que les autres tu les abandonnes... tu as aujourd'hui William Burroughs comme maître à penser mais tu gardes pas un gourou toute ta vie, enfin je dis gourou... alors qu'une drogue tu peux la garder longtemps (...)

Et William Burroughs a beaucoup écrit sur les drogues je me suis vachement reconnu dans ce qu'il écrivait là-dedans alors que je me reconnais pas du tout dans ce qui est écrit habituellement, lui c'était un héroïnomane, moi je me sens beaucoup plus proche d'un héroïnomane que d'un type qui prend du cannabis. »

La dimension symbolique du secret, « jouer sur tous les tableaux »

« Le secret place la personne dans une situation d'exception, il agit comme un charme dont la détermination est purement sociale, indépendant dans son principe du contenu qu'il protège : mais naturellement, ce charme croît dans la mesure où le secret que l'on détient en exclusivité est important et vaste. [...] Le secret est porté, lui aussi, par la conscience qu'on peut le trahir, et qu'ainsi on tient entre ses mains le pouvoir de changer le cours du destin, de provoquer des coups de théâtre, d'apporter la joie ou la destruction, quand bien même il ne s'agirait que d'autodestruction. C'est pourquoi la possibilité et la tentation de trahir tournent autour du secret, et au risque extérieur d'être découvert vient se mêler le risque intérieur de se découvrir, qui ressemble à la fascination du vide. [...] Nous en arrivons ici à un point décisif : le secret est un facteur d'individualisation de première importance, et avec ce double rôle typique – des relations sociales fortement personnalisées autorisent et exigent le secret dans une très large mesure, et à l'inverse, celui-ci engendre et amplifie cette différenciation²¹⁹. »

Charles a 40 ans et est haut fonctionnaire. Séparé de sa première femme, il s'occupe de son fils une grande partie du temps. Lui-même fils d'un diplomate opiomane aujourd'hui à la retraite, il a reçu une éducation bourgeoise traditionnelle et connaît bien le discours de « l'élite » sur la question des drogues. Il évoque aussi les avantages que présente le statut de « bourgeois » qui lui permet d'échapper tant à la stigmatisation qu'à la répression.

Amateur de bons vins qu'il consomme avec modération, il expérimente à l'occasion divers produits mais n'en apprécie guère les effets. Dynamique, dormant peu et travaillant à l'étranger, il a toujours aimé fréquenter les milieux de la nuit sans pour autant prendre des produits. Il aime l'idée de pouvoir être « à l'aise dans le bureau d'un ministre comme dans une *after* à 10 h du matin ». Charles est grisé par la fréquentation des milieux de la nuit et l'usage de drogues, il y trouve le frisson de la double vie et du secret, la sensation de pouvoir « jouer sur tous les tableaux », une possibilité aussi, même symbolique, de dépasser les obstacles créés par la condition sociale.

Il y a 8 ans il découvre l'ecstasy à New York : « c'est la seule drogue que je trouve intéressante. » Il garde depuis une consommation globalement mensuelle de ce produit, qu'il prend souvent chez lui avec sa compagne ou quelques amis.

Il apparaît que la dimension symbolique joue un rôle central dans les comportements de consommation, le vécu et la perception de ces pratiques et ce même s'il existe parfois un décalage important entre la réalité d'une consommation et la façon dont l'utilisateur se la représente et la présente à ses interlocuteurs.

Comme l'explique G. Simmel, et comme presque chacun d'entre nous a pu l'expérimenter, détenir un secret procure un certain plaisir, à la fois intérieur et aussi social, puisque le mystère produit un effet perceptible chez les autres. Ce plaisir existe parallèlement à l'angoisse (plus ou moins importante) ressentie à l'idée que le secret pourrait être dévoilé.

²¹⁹ SIMMEL (G.), *Secret et sociétés secrètes*, éd. Circé, 1991, p. 43.

Consommer des produits pendant son temps de travail mais garder secrète sa pratique dans cet environnement signifie aussi que l'usager accepte l'interdit, fait exister la loi, la confirme, et donc ne la transgresse pas. De plus le monde professionnel, la scène publique qu'il représente, peut être comparé à une forme de tribunal devant lequel l'usager comparaît secrètement et dont il se sert pour estimer sa capacité à gérer sa consommation, pour mesurer à quel point il est capable de bluffer, et par là même de garder la maîtrise, au moins en apparence, de sa relation au(x) produit(s).

Le secret n'est pas ce qu'on ne *peut* pas dire mais ce qu'on ne *doit* pas dire, ce qui ne doit pas paraître. Il s'agit avant tout de ne pas être vu tel qu'on est. Le sentiment de liberté se mesure au droit qu'on se donne de ne pas répondre, de ne pas être responsable, devant les autres et dans la sphère publique, de ce qui concerne l'intime, le privé, le personnel. Etre détenteur d'un secret c'est donc aussi rester solitaire et inaccessible, indiscernable et pourtant absolument différent, c'est se confondre avec les autres et confondre les autres, les abuser par le jeu du masque et du déguisement.

Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, entretien 57

Tous ces gens-là sont des bourgeois, ce sont des gens comme moi et ce qui caractérise le bourgeois, ce qu'on lui a inculqué dès l'enfance, depuis son plus jeune âge c'est la survie, la sainte survie et les clés pour réussir : c'est se protéger, c'est ne pas prendre trop de risques enfin etc. Et on est élevé, on est protégé, entouré, ce qui nous donne une confiance en nous-même et effectivement aussi un respect de soi-même et un plus grand amour de soi-même, etc., etc. qui fait qu'effectivement...

Il y a moins de difficultés à s'en sortir ?

Oui parce que quand on bascule on bascule moins facilement tu vois, à part les gens qui ont pour des raisons, je dirais, personnelles, de réels problèmes avec la drogue.

Une pathologie ?

Voilà, bon ça, ça existe partout et si c'est pas la drogue ça sera autre chose, ça sera les tranquillisants, si c'est pas les tranquillisants ça sera autre chose.

(...)

En fait le type qui s'est mis dans une position d'intégration sociale au niveau économique, de son travail etc., ce type-là, c'est que déjà quelque part il ne veut pas être décalé, il ne veut pas être en marge, et pourquoi ? Parce qu'il a peur du lendemain, parce qu'il veut se protéger, de toute façon la marginalité ne l'intéresse pas donc forcément il va gérer sa consommation de drogue de façon à ce qu'elle ne mette pas son statut, son intégration en danger. Et donc ce qui serait très dangereux sur une politique répressive efficace, si ça se mettait en place en France, ce que je ne crois pas, mais si ça se mettait en place en France ça serait très dangereux, parce que tout d'un coup, on pourrait imaginer que tous ces gens pourraient être finalement, d'un coup tomber et se retrouver alors là totalement...

Stigmatisés ?

Et alors là, ça pourrait avoir des conséquences absolument terribles, ça je pense que c'est un point très important à faire passer. Il est important de faire passer que la consommation de drogue est beaucoup plus diffuse, beaucoup plus répandue et surtout sur des couches de populations auxquelles on ne s'attend pas, beaucoup plus développée, ça c'est le premier point et deuxièmement qu'effectivement ça se passe comme ça parce que justement la répression ne fonctionne pas.

Alors je pense qu'elle ne sera pas efficace pour deux raisons. 1, parce qu'on n'est pas un pays démocratique et qu'on ne va quand même pas emmerder les bourgeois, fondamentalement hein, je crois sincèrement ça et deuxièmement parce qu'effectivement on a une police qui est extraordinairement inefficace et dont l'inefficacité ne va que se renforcer au fur et à mesure qu'on lui ajoute des moyens, elle ne peut qu'être de plus en plus mauvaise puisqu'on recrute de plus en plus de monde et donc fatalement on les forme de moins en moins. L'important de toute façon, le but de la police, c'est de rassurer la population et absolument pas effectivement d'avoir des résultats et d'ailleurs le discours sur la drogue c'est ça. C'est un discours, c'est important, ça fait partie d'une panoplie, ça te permet de te positionner. Jospin de toute façon, je ne pense que c'était sa conviction mais même si ça avait été sa conviction, en plus dans tout le débat qu'il y avait sur l'insécurité, etc., il ne pouvait pas se permettre de tenir un autre discours que celui qu'il tenait sur la drogue. C'est une figure imposée du discours politique et voilà, c'est une espèce de recours automatique, l'homme politique fait ça et puis il oublie, en fait il s'en fout, il s'en fout, d'ailleurs évidemment qu'on s'en fout parce que je dirais que bon...

(...)

Je ne dors pas beaucoup, je dors à peu près 4 h par jour et en plus je dirais qu'à la limite, ce que j'aime bien c'est être debout jusqu'à 7 h du matin, 8 h du matin, je dors très bien entre 7 h et 11 h du matin. Alors j'ai une vie maintenant qui ne me permet pas ça, mais c'est comme ça que je dors bien, donc j'ai toujours été quelqu'un de la nuit et je le suis toujours. Et j'ai traversé la nuit, c'est amusant parce que j'en parlais avec un autre copain, dans les années 80, sans rien prendre du tout, sans même d'ailleurs me poser la question tu vois. Alors que la nuit que je fréquentais, en plus, c'était effectivement le milieu Privilège, Bains Douches, etc., pas mal les milieux homo aussi et tout le monde était persuadé d'ailleurs que j'étais à la coke 24 h/24 comme je suis...

Vif ?

Voilà donc effectivement, mais je n'en avais absolument pas besoin, donc j'élimine au fur et à mesure, la coke donc résultat, il a pu m'arriver d'en prendre, moi je trouve que ça ne me fait strictement rien (*interruption téléphone*).

(...)

(*À propos de son expérience unique de travail sous ecstasy*)

Je ne suis tellement pas d'un tempérament angoissé que non je vais te dire en plus ça m'amusait, ça jouait sur une idée avec laquelle j'ai joué, un fantasme je dirais, sur lequel j'ai joué un peu toute ma vie et qui était justement social extrêmement bourgeois, mon père était diplomate, un milieu qui se veut aristo et tout ce genre de conneries tu vois, ultra catho et en même temps bon, ma copine quand je l'ai rencontrée, elle avait un piercing comme ça, elle est anglaise donc tu vois ça a toujours été...

Le contraste ?

Oui enfin non, pas le contraste, mais ça a toujours été mon idée qu'on pouvait mener tous les chemins en même temps et que effectivement on pouvait jouer sur tous les tableaux donc c'est évidemment une idée qui est en partie fausse, dans le sens où plus on vieillit moins c'est vrai et que quand même, quand je vois le milieu professionnel dans lequel j'étais par exemple, moi je me sentais parfaitement intégré mais j'étais quand même un peu atypique par rapport à certains de mes collègues, je n'ai pas lu les mêmes livres, je ne vais pas voir les mêmes films enfin bon, mais ceci dit j'arrivais quand même à le faire aussi, j'ai quand même suivi, j'ai fait des bonnes études.

(...)

(A propos d'une période d'augmentation de sa consommation d'ecstasy)

Je pense que quand j'étais en Grande-Bretagne, j'étais en train de me séparer de ma femme, premièrement, et professionnellement aussi j'étais dans un contexte très très dur puisque bon il y avait des problèmes d'éthique quand je suis arrivé, et que j'ai donc décidé effectivement de régler. Je me suis donc attiré un certain nombre d'inimitiés, que y'a donc eu, ça a été assez loin même, donc j'ai été sous pression à ce niveau-là, ça s'est bien réglé mais j'étais quand même sous pression, j'étais donc dans un contexte de très grosse pression au niveau personnel et au niveau professionnel, j'ai eu une période de 6 mois très difficile... j'étais en même temps dans ma relation déjà avec ma copine actuelle... et donc... j'ai eu une consommation à ce moment-là je pense plus fréquente que ce que j'ai eu avant ou après.

T'as ressenti un besoin ?

Finalement ça doit être ça... ça doit être ça, certainement ça doit être ça et je pense que... c'était à un niveau de consommation qui là pouvait avoir un impact négatif sur mon boulot, pas tellement sur la façon dont je le faisais parce que j'ai quand même pas mal d'énergie mais que quand même quelque part il y a eu une perception... je ne pense pas que mes collaborateurs se sont dits, parce que ça paraît impensable dans ce genre de contexte et ça paraît impensable qu'un mec qui a ce type de position puisse prendre, en France en tout cas hein... et d'ailleurs c'est quand même pas ultra fréquent, c'est plus fréquent qu'on le croit mais c'est quand même pas non plus ultra fréquent hein... mais je pense qu'ils se disaient bon, ils savaient pas ce qu'il se passait, c'était peut-être lié à ma situation personnelle même si je n'en parlais pas etc. mais ils pensaient qu'il y avait un problème si tu préfères.

Un désinvestissement, ou trop de distance ou... ?

Oui, oui c'est ça (*pas complètement convaincu*)
Moins engagé ?

Je ne sais pas parce que je suis quand même quelqu'un de très engagé mais... c'est vrai que je bossais

d'être quelqu'un qui soit... tu vois je suis peut-être quelqu'un qui est à l'aise dans un bureau de ministre, dans un *after* à 10 h du matin etc. Je viens d'un milieu

beaucoup mais en revanche éventuellement, je pouvais sauter une matinée, bon j'étais libre de mon temps tu vois *Moins rigoureux peut-être ?*

Voilà c'est ça, en fait c'est surtout ça, je dirais moins rigoureux. Et je pense qu'une pratique régulière d'ecstasy effectivement, bon alors les anglais font ça assez bien d'ailleurs, ils font ça le vendredi soir ou le samedi soir hein, le lundi est un peu difficile mais après et puis c'est tout et en fait quand tu le gères comme ça t'as pas de problèmes professionnels. Après il y a d'autres questions qui peuvent se poser sur les effets à long terme, même si on publie beaucoup de choses et un peu n'importe quoi parce que j'ai lu tout et son contraire, alors en tout cas c'est... je dirais que je suis pas un scientifique mais quand même j'ai... j'ai à peu près une idée de comment ça fonctionne bon, on fait des tas d'expériences qui n'ont pas de base scientifique je veux dire, le dernier truc qu'on vient de publier c'est sur 8 rats et sans utiliser de placebo enfin, etc. bon, je ne pense pas que ce soit inoffensif, je pense que ça vaudrait vraiment la peine de faire ces recherches de façon sérieuse... »

« GARDER SA PLACE »

« L'individu aujourd'hui n'est ni malade, ni guéri. Il est inscrit dans de multiples programmes de maintenance²²⁰. »

Les usages sociaux des psychotropes apparaissent au premier plan dès lors que l'on s'intéresse à des personnes exerçant une activité professionnelle régulière, en particulier à travers leur rapport au travail et les stratégies qu'elles mettent en place pour *se maintenir*. Les psychotropes interviennent dans l'aménagement des tensions entre individu et société à travers trois types de situations :

- ils peuvent aider des personnes à *tenir le coup* quand les conditions de travail se détériorent et que le jeu social devient trop coûteux ;
- ils permettent à des personnes de se conformer à l'attitude que l'on attend d'elles, en particulier dans le cadre professionnel ; elles revêtent alors un *masque social* ;
- ils offrent enfin des *lignes de fuite* – il s'agit alors de produits illicites – quand la logique sociale est trop étouffante.

Pour tenir le coup

« Les médicaments psychotropes sont assimilables à des pratiques de modification d'états de conscience d'individus poussés à être entièrement responsables de leur destinée. On ne les prend pas pour s'enivrer ou par plaisir, mais pour alléger la charge de la responsabilité quand elle se fait trop lourde²²¹. »

Le statut professionnel contribue grandement à la construction de l'identité des personnes. La valorisation sociale du travail, sa rémunération permettent en contrepartie de supporter toutes sortes de contraintes. En revanche une dégradation des conditions de travail, une perte de statut, un manque de reconnaissance, peuvent induire une « perte de sens au travail²²² » et une inclinaison de la disposition des personnes à « jouer le jeu », voire des comportements perçus comme relevant de la maladie mentale : « Quelqu'un qui n'est nullement un malade mental mais qui s'aperçoit qu'il ne peut ni quitter une organisation, ni la modifier fondamentalement, peut, pour une multitude de raisons, produire exactement les mêmes troubles que les malades²²³. »

La prise de médicaments psychotropes intervient bien souvent au moment où la pression de la structure professionnelle est trop forte et alors que la personne ne peut plus s'y maintenir. Ce choix d'une assistance chimique est *une alternative à la rupture* (quitter sa place, c'est-à-dire entrer ouvertement en dissidence par rapport à l'ordre établi ou démissionner).

Le cas de Marie en est un exemple. Son parcours professionnel est linéaire : peu de changements de structures, très peu de périodes d'inactivité. Elle travaille pour la même société de 71 à 85, puis fait partie des personnes « rachetées » avec cette société par une seconde. En 1988, elle est « louée à la société mère » du même employeur qui l'embauche à temps partiel et au même salaire. En 1992, suite

²²⁰ Ehrenberg (A.), *La fatigue d'être soi : dépression et société*, éd. Odile Jacob, 2000

²²¹ Ehrenberg (A.), *Le culte de la performance*, éd. Calmann-Lévy, 1991.

²²² Expression employée par A. Z., sociologue mandatée par les CHSCT, entretien CF12. Selon elle, la référence des entreprises, de plus en plus, à un niveau de décision européen qui échappe aux salariés, contribue à ce sentiment de « perte de sens au travail » : « En plus il y a une tendance générale aujourd'hui, dans toutes les grosses boîtes nationales, semi publiques... toutes les orientations de changement imposées du national, et même qui sont imposées par rapport à des remises à niveau pour l'Europe, ce sont des choses qui dégringolent, Europe, national, au niveau local, et que les gens ne comprennent pas du tout. Ils ne voient pas leur intérêt au niveau de leur boulot de tous les jours. Donc ça contribue à développer une perte de sens au travail et un manque de reconnaissance parce que, du coup, ils ont l'impression que les gens qui sont au-dessus d'eux ne voient pas ce qu'ils font et ce dont ils ont besoin pour faire un travail de qualité. »

²²³ GOFFMAN (E.), « La folie dans la place », in *La mise en scène de la vie quotidienne, les relations en public*, p. 335, Les éditions de minuit 1992.

à une décentralisation du service comptabilité, elle négocie un licenciement et trouve immédiatement un emploi dans une nouvelle structure, celle qu'elle quitte au moment de l'entretien.

C'est une personne qui accorde une grande valeur au travail, elle aime se sentir utile et s'investit sans limites, en terme de temps et aussi en terme de responsabilité. Elle est très consciencieuse, aime « le travail bien fait ». Cette attitude lui amène une reconnaissance professionnelle de la part de ses employeurs. Elle signe un CDI dans cette dernière structure en août 94 (à temps partiel) et son salaire, en 8 ans, progresse de 50 %.

Marie, 53 ans, responsable comptable, entretien 47

« Jusqu'à cet été j'ai toujours passé au minimum 10 h par jour et, en période d'arrêt, je faisais souvent 75, 80 h par semaine. Sauf cette année, cette année je n'ai rien fait. Enfin si, cette année je faisais 10 h quand même, j'arrivais à 8 h et je restais travailler jusqu'à 7 h et demi, jusqu'au dernier jour. »

En 1999, des changements de personnes (arrivée d'une nouvelle supérieure hiérarchique et mise en place de son équipe) débouchent sur des nouvelles méthodes de travail et de gestion du personnel. La recherche de rentabilité prévaut désormais, son coût est une dégradation notable des conditions de travail. Les nouvelles méthodes, jugées répressives (et que Marie est censée appliquer en tant que responsable d'équipe), se traduisent par un manque de considération pour les personnes et un mépris des nouveaux supérieurs hiérarchiques pour le travail effectué. Elles se soldent par de nombreux départs.

« Ça faisait déjà quelque temps qu'ils essayaient de virer toute l'ancienne équipe donc le fiscaliste avait démissionné, le juriste ils avaient mis quelqu'un à sa place donc il avait démissionné aussi, et puis F notre chef à nous, il s'est dit "c'est moi le prochain" donc il a préféré partir. Il est parti et ils l'ont remplacé par l'autre espèce de tordue... donc là c'était octobre... octobre 99. Au début elle ne s'est pas occupée de nous, elle ne s'est occupé que des autres services, elle a viré tout le monde de l'informatique, elle a viré tout le monde en contrôle de gestion. Puis après elle a commencé à s'attaquer à la comptabilité. (...)

C'était toute la journée "mais ce que vous faites, ça ne sert à rien, les X et Y ils étaient nuls, de toutes façons vous ne savez pas travailler, vous ne savez pas vous organiser !", sans arrêt, tout le temps, tout le temps, tout ce qu'on a toujours fait c'était nul. (...)

Après, ils ont voulu nous faire passer au forfait à temps plein, en nous payant la même chose, sans que l'on ne compte nos heures. Là ce n'était pas normal, donc on a refusé et ça a été... On s'est braqué contre la hiérarchie.

Ils ont supprimé tous les temps partiels à un moment. Ils ont supprimé tous les temps partiels et puis, de toutes façons, dès que quelqu'un avait un temps partiel parce que c'était un congé parental, elle n'avait plus de travail intéressant. Ça voulait dire qu'elle préférerait sa vie privée à sa vie professionnelle donc elle n'avait pas le droit d'avoir un boulot intéressant.

Voilà, ça c'est la mentalité. »

Marie perd le plaisir qu'elle avait à aller travailler mais choisit de rester à son poste, malgré les pressions psychologiques qui sont exercées à son encontre pendant plusieurs mois pour l'inciter à partir (mise à l'écart des processus de décision, stagnation de salaire).

« Ce travail prenait beaucoup de place dans ta vie, ne serait-ce que du fait du temps que tu y passais... ? ?

Oui, non, ce n'est pas ça, de toutes façons à la limite ça me prenait moins de temps quand ça me plaisait que maintenant... Jamais ça ne m'a coûté d'aller travailler alors que maintenant, travailler 10 h par jour c'est déjà...

Tu avais un travail intéressant et tu étais attachée à l'entreprise... ? ?

On était... comment on appelle ça ? Valorisés par le travail. »

La reconnaissance sociale, quand elle décline, amène une remise en cause de la place occupée et nécessairement une déstabilisation, d'autant plus forte que l'investissement dans le travail est important. Marie ressent les premiers symptômes d'une dépression mais refuse dans un premier temps de s'arrêter, même provisoirement. Elle reste à son poste malgré les départs de ses proches collaborateurs et les conseils de son entourage et du médecin du travail, de peur d'être dépassée, de peur aussi de ne pas retrouver sa place ailleurs. Elle se dit très attachée à l'entreprise. Au bout de quelques mois, à bout de forces, elle perd le contrôle d'elle-même et de la situation. Cette crise s'apparente à ce que Erving Goffman a pu qualifier d'*attitude sociale scissionniste*²²⁴.

²²⁴ GOFFMAN (E.), *La folie dans la place*, op. cit.

« Oui, je ne sais plus comment c'est arrivé l'année dernière... deux, trois fois, le médecin du travail m'a dit de m'arrêter je n'ai pas voulu parce que j'avais trop de travail et puis un jour j'ai... j'ai fait des choses dont je ne me souviens même pas, j'étais cinglée quoi, j'ai crié, j'ai... »

Au bureau ?

Oui et puis là le médecin du travail a fait le mot à [son médecin généraliste] pour qu'il m'arrête, qu'il me soigne.

Et tu m'avais raconté que le médecin du travail t'avait lui-même une fois donné du Lexomil®, non ?

Oui. Le médecin du travail, tu lui demandes ce que tu veux, il te le donne.

Donc tu lui as demandé quelque chose pour te calmer ?

Oui.

Donc en mars l'année dernière.

Et bien là j'ai commencé à prendre Xanax®, Zoloft® et... Stilnox®.

(...)

Tu avais plutôt une mauvaise opinion donc des gens qui en prennent [des médicaments] autour de toi et des effets des produits sur eux ?

J'ai refusé plusieurs fois avant d'en prendre vraiment mais bon... tu te dis qu'après tout tu refuses et que ça doit être une solution puisque tout le monde le dit. Je ne sais pas exactement pourquoi j'ai accepté. J'ai accepté parce que j'ai quand même... je me revois comme ça, par intermittence, avec la fille de la cantine qui me dit « ça va ? » et je lui dis « non », puis je me suis mise à pleurer, je suis repartie, j'ai balancé mon sandwich dans l'ascenseur puis j'ai crié, je me souviens que j'ai crié et après je ne me souviens plus de rien, je me souviens m'être retrouvée à l'infirmerie. Donc là, je me suis dit « il y a un truc qui ne va plus. »

Oui enfin, à ce moment-là, tu avais un peu tiré sur la corde.

C'était du surmenage, c'était du surmenage. Donc c'est vrai que je me suis fait un petit peu peur. »

Après six semaines d'arrêt de travail et la prise d'un traitement (antidépresseur, anxiolytique, hypnotique), Marie retourne travailler. Les médicaments, dont l'usage se prolonge, lui permettent de tenir le coup, l'aident à fournir les efforts nécessaires.

Il est difficile, comme le montre Erving Goffman, de qualifier une attitude ou un symptôme qui n'est pas nécessairement pathologique. « Les symptômes dits mentaux sont faits de la substance même de l'obligation sociale²²⁵. » Le médecin de Marie considère que les causes de sa dépression sont conjoncturelles et qu'il n'est donc pas nécessaire qu'elle entame une psychothérapie.

Pendant l'année qui suit, ses conditions de travail se dégradent encore mais Marie se refuse à partir. Son traitement aux benzodiazépines se prolonge quelques mois et, au moment de l'entretien, elle prend toujours mais à moindres doses l'antidépresseur (Zoloft®) et l'hypnotique (Stilnox®) : « ils m'embêtaient tellement que j'ai continué à en prendre un jour sur deux ». 15 jours avant l'entretien, on lui signifie clairement de s'en aller et Marie décide de prendre un avocat et de négocier son départ. Son médecin de famille l'incite à reprendre un traitement médicamenteux plus conséquent mais elle refuse cette fois, pense qu'elle sera plus à même de se battre sans médicaments.

« Aujourd'hui tu ne veux pas reprendre un traitement pourquoi ?

Parce que je pense que c'est efficace sur le moment mais quand un problème revient... De toutes façons là, dans la position où j'étais [elle négocie son licenciement], je me suis dit qu'il valait mieux quand même. J'avais besoin de me bagarrer, de bouger, de faire des trucs. Ce n'est pas en prenant des machins comme ça et en restant abruti que je vais... Non, j'ai pensé que ce serait peut-être plus difficile mais que j'y arriverais mieux sans ça. En me persuadant que de, toutes façons, c'était comme ça et puis c'est tout. Ce n'est pas des médicaments qui vont m'aider à comprendre les gens. »

Le masque social

« Une équipe de télévision envoyée par l'une des grandes chaînes attendait (elle aussi je l'avais oubliée), prête à m'emmener au musée Picasso depuis peu ouvert au public, où j'avais accepté de me laisser filmer en train d'admirer les œuvres et d'échanger quelques commentaires avec Rose. Ce qui s'avéra être, comme je l'avais prévu, non une promenade captivante, mais une lutte exténuante, une épreuve majeure. Le temps que nous arrivions au musée, et par suite des embarras de la circulation, il était quatre heures passées et déjà mon esprit était assailli par ses habituels tourments : panique, désintégration, sensation que mes processus mentaux semblaient peu à peu dans un flot délétère et innommable qui oblitérait toute réaction agréable au monde et à la vie. » William Styron, Face aux ténèbres Chronique d'une folie, Gallimard Folio 1993

²²⁵ GOFFMAN (E.), id.

Pour des personnes en souffrance, se maintenir dans un cadre professionnel demande des efforts incommensurables. C'est vrai de personnes atteintes de douleurs physiques, comme Anne, qui a besoin de médicaments pour dormir mais aussi pour se lever et aller travailler, comme des personnes en souffrance psychique (quelquefois assimilée, en terme d'intensité, à la sensation de douleur). Se conformer à un rôle social, dans l'accomplissement même de tâches très ordinaires, relève alors du défi. Julien, pianiste, part en tournée alors que la douleur associée à son état mental est à son paroxysme. Il n'a comme soutien médicamenteux que le Lexomil® qui, même consommé à des doses très au-dessus des recommandations ordinaires, ne lui est d'aucun secours :

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

« Et suite à la première crise, tu as essayé de voir un médecin, tu es allé voir un généraliste ?

Oui, bien sûr, qui m'a dit « vous manquez de Magnésium et de Calcium ». J'ai dit « bien Monsieur ». Et « je vais vous donner des Lexomil® au cas où vous ne vous sentiez pas bien à nouveau ». Et puis, justement, je partais en tournée mondiale 3 mois et demi. L'enfer. L'enfer. Là les pires moments de ma vie. Toutes ces années qui ont suivi et cette tournée. Infernal. Je me bouffais 8 barrettes de Lexomil® par jour ce qui en fait, comme ils sont sécables en 4, 8 fois 4, 32. Et puis j'étais de toutes façons aussi mal. C'était vraiment une atèle sur une jambe de bois, ça ne me servait à rien. (...)

Je ne savais pas si j'arriverais à monter sur scène. J'avais des crises de folie où, par exemple, j'étais dans un couloir et je me disais que je n'arriverais pas au bout du couloir à pieds parce que, tu te sens tellement pas bien, même pas dans ta peau, tu n'es même plus dedans ! Tu n'es plus vivant, tu regardes tes mains tu te dis ce n'est pas à moi... non... Tu deviens fou ! (...)

Les gens qui étaient en tournée avec moi allaient tous bien, d'après ce que j'ai pu comprendre, ou à peu près bien donc... je me serais heurté à un mur en en parlant et ça aurait fait boomerang, ça me serait revenu dans la tronche encore plus fort, ce n'était pas la peine. Donc je n'en parlais pas non plus. Et puis, je n'avais pas envie non plus de me faire congédier de la tournée donc je faisais avec le peu de lucidité qui me restait, je faisais semblant... Non pas d'aller bien parce que ça se voyait que je n'allais pas bien, mais je faisais semblant d'être capable d'assurer et donc j'assurais. Avec les mains qui transpiraient... avec de temps en temps une attirance énorme pour sortir de scène même en plein milieu d'un morceau devant 5 000 personnes, même en pleine... En me disant « ça y est, je repars, je craque... »

Mais tu as quand même réussi à gérer ton état ?

Oui, mais mal. Je trouve que j'ai mal joué que... bon, d'un autre côté il y avait beaucoup de figures imposées donc, sur les figures imposées, je m'en sortais mais, sur les figures libres, je n'avais pas d'inspiration, je n'avais qu'une envie c'était de me retrouver dans mon plumard et dans le noir. »

Monique, responsable en contrôle gestion, pour assumer son nouveau poste alors qu'elle est en « déprime » et a des problèmes de sommeil, commence un traitement antidépresseur avec Athymil® qui a aussi un effet sédatif. Elle parle très peu de l'objet de son état de déprime dans l'entretien mais surtout de son obligation professionnelle de réussite, incompatible avec un manque de sommeil.

Monique, 40 ans, chargée de mission en contrôle gestion, entretien 48

« Ah oui, quand j'ai pris les antidépresseurs, que j'ai commencé le traitement, ça correspondait avec le moment où j'ai pris ce boulot de responsable de service dans ce domaine où je ne connaissais vraiment rien du tout... j'avais vraiment tout, tout, tout à apprendre, à mettre en place, et il me fallait être en forme, il me fallait être reposée, je ne pouvais pas me permettre de faire plusieurs jours d'affilée des insomnies, d'être trop crevée quoi, donc, pour réussir, il fallait que je dorme ».

« Il semble que les personnes déprimées évaluent consciemment la quantité d'effort social qui est en fait nécessaire pour garder normalement sa place habituelle dans les diverses entreprises. Dès qu'un individu se sent un peu moins d'allant que d'habitude, il se peut très bien qu'une partie importante de son univers social s'atténue, ne serait-ce que parce que cet univers est en partie soutenu par un choix constant. »²²⁶.

Mireille, professeur de français, continue pendant des mois à exercer, avec le soutien d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, alors qu'elle est en dépression. Puis un changement de poste, une mutation dans un lycée difficile, modifie ses conditions de travail et elle n'est plus en mesure de cacher son état et d'assumer ses fonctions.

²²⁶ GOFFMAN (E.), *La folie dans la place*, op. cit., p. 359.

Mireille, 42 ans, professeur de lettres, entretien 63

« Et puis je suis venue à XXX. J'ai obtenu une mutation horrible. La dernière de mes mutations, et là, un lycée dans un lieu sinistre, ghetto, moche, une heure et demi de transport... J'allais au boulot, je mettais une heure et demi pour y aller, métro, RER, ensuite il fallait marcher 20 minutes à pieds le long d'une nationale. Et puis, là bas, je me suis retrouvée dans un endroit que j'ai trouvé vachement dur parce que je n'étais pas habituée au lieu, avec beaucoup, beaucoup d'immigration, une dureté que je n'avais pas connue en XXX, et puis en plus, j'étais vraiment fragilisée. Donc je pleurais dans les transports, je finissais par pleurer en classe... Bref, je me suis fait arrêter en novembre jusqu'en juin, c'est-à-dire jusqu'aux vacances. »

Victor prend des neuroleptiques pour prévenir et éviter les crises délirantes. Dans un contexte professionnel et dans la mesure où il n'interrompt jamais ses activités, quel que soit son état, la gestion de son image sociale est primordiale, pour ne pas ternir la confiance qu'on lui porte. Dans une société où l'expression des émotions personnelles semble avoir de moins en moins sa place, les médicaments permettent à une personne en souffrance d'être socialement adaptable. Grâce à ces outils, elle peut donner l'impression d'aller bien.

Victor, 28 ans, doctorant et consultant, entretien 54

« Par contre la journée tu n'as pas d'effets secondaires ? »

T'es crevé, t'es crevé... t'es crevé et t'es mou, ce qui est assez embêtant mais comme j'ai eu quand même quelques crises de délires assez problématiques et qui le devenaient d'autant plus quand elles avaient le malheur d'arriver en public, ce qui m'est arrivé 2 fois... Parce que moi je n'ai jamais arrêté, que ça soit mes activités professionnelles ou étudiantes, etc. Tu ne peux pas te permettre... À un moment donné, le bonhomme, il te voit dans un état... Qu'est-ce que tu veux qu'après il ait confiance en toi ! Enfin il ne te regarde plus de la même façon... donc t'es obligé d'avoir un truc qui te protège de ça, même si ça te rend mou, même si ça augmente tes besoins de sommeil

C'est moins négatif en terme d'image

En terme d'image, d'activités professionnelles ou sociales tout simplement, que de voir quelqu'un qui prend des spasmes en hurlant des trucs que tu ne comprends pas et qui tombe par terre, ça c'est plus embêtant... »

La médication de substitution s'impose ainsi à des personnes comme Romane qui dit qu'elle « tombe dans la substitution », après un épisode festif d'excès, parce qu'elle ne peut pas se permettre, du fait de ses obligations professionnelles, un sevrage qui la rendrait malade. La substitution intervient pour tous les usagers d'héroïne ayant une activité professionnelle que nous avons rencontrés comme une stratégie de gestion de la dépendance, alors même que le sevrage est voulu mais apparaît comme trop coûteux en terme de gestion sociale.

Romane, 27 ans, approvisionneuse en prêt-à-porter, entretien 5

« C'est comme si tu ne fais pas la fête pendant un mois et d'un coup, tu vas refaire la fête, ça se représente à toi et t'as du mal à refuser et, forcément, tu te remets dedans pendant quelques jours. Parce que ça ne peut pas durer un soir, tu vois, ça ne suffit pas.

Il faut doser un minimum ?

Ça ne te suffit pas par rapport à ton souvenir du plaisir de prendre ça, ce n'est pas pendant une soirée, c'est à longueur de temps comme ça. Donc c'est pour ça que tu as tendance à en reprendre sur plusieurs jours au départ.

Ca te fait quel effet sur cette longueur de temps ?

Ca fait que t'es dégoûté au bout de trois jours. T'arrêtes. Non mais c'est ça ! Le premier soir t'es tout joice et tout... Après, t'as la peur d'être malade donc tu retardes le moment où tu vas être malade, voilà c'est ça le délire, même si tu sais que ça va être pire. Tu n'as pas envie d'être malade, en plus tu ne peux pas te le permettre. Le truc quand tu travailles, c'est ça aussi, c'est que la substitution tu tombes dedans parce que t'es obligé d'aller bosser et que tu ne peux pas rester 2 jours au pieu à décrocher après un week-end de fête. »

Le Docteur K reçoit aussi des usagers d'héroïne qui viennent le voir pour arrêter l'injection parce qu'ils ne peuvent pas gérer cette pratique dans un cadre professionnel²²⁷. Si l'on considère, comme lui, que « toutes les conduites addictives ne sont pas pathologiques », on entend aussi que le médecin a pour rôle, quand il prescrit des médicaments psychotropes, opiacés, benzodiazépines ou autres, d'atténuer tout ce qui peut nuire au bon fonctionnement social de l'individu.

²²⁷ Il note que la prise de méthadone en général stoppe net cette habitude de l'injection.

L'obligation sociale de « cacher son jeu », pour ne pas dénoter et se conformer à une définition de la situation acceptée et reconnue de tous, s'accompagne, pour la plupart des personnes que nous avons rencontrées, d'une dissimulation de l'usage de médicaments psychotropes. Mais si cet usage, attaché à la maladie mentale²²⁸, peut encore être mal perçu, l'usage « de confort » (consommer des produits pour gérer un stress ou pour être plus performant, assumer un rythme décalé..) est intégré dans certains milieux professionnels qui y ont largement recours, comme en témoigne Victor pour le milieu de la publicité²²⁹.

Ghislaine, 57 ans, secrétaire, entretien 46

« Est-ce que votre usage est connu de votre entourage, est-ce que c'est quelque chose dont vous parlez facilement ?

Non. Je suis à peu près sûre que les gens au bureau, bon là oui, mais au début ils n'ont pas pu se rendre compte de comment j'étais. Même au moment du décès de maman, j'avais de la peine, ça ne se voyait pas, je pense que j'arrive assez bien à cacher mon jeu... (...)

C'est vrai que l'infirmière a des gens qui viennent la voir pour qu'elle leur donne des trucs pour les calmer, oui. Mais bon, c'est vrai que, entre nous, on n'en parle pas. Je crois que c'est assez mal perçu ! Vous dites à quelqu'un « je suis sous antidépresseurs, je prends des anxiolytiques » On vous regarde presque... c'est encore un sujet tabou hein ! Vous ne croyez pas vous ?

Je ne sais pas, j'essaie justement de savoir...

Je pense que c'est encore un sujet tabou oui, les gens ont un peu peur

Pourtant c'est consommé par beaucoup de gens aujourd'hui...

Oui mais on se dit les gens sont un peu... un peu...

C'est rattaché à des problèmes psychologiques.

Voilà, exactement. Moi je crois que c'est un sujet tabou. Bon chez XXX [nom entreprise] j'ai une collègue de bureau dont je me suis fait une amie, bon elle, oui, elle le sait, bien évidemment. Quand on se téléphone, tout ça, on sort en dehors du bureau... Donc elle sait, à la limite c'est même elle qui m'a forcée à faire certaines choses style thérapie, des choses comme ça. Bon elle, elle ne le dit pas, et c'est vrai qu'il y'a des fois des gens avec qui je déjeunais, des choses comme ça quoi, qui trouvaient que je n'étais pas... que je ne réagissais pas bien à certaines situations et tout ça.

Pas bien comment ?

Ben... Je ne sais pas, quand on parle à table des fois il y a des trucs, vous discutez, tout le monde n'est pas d'accord, bien évidemment, et c'est vrai qu'il m'est arrivé d'exprimer un petit peu violemment mes opinions mais bon... c'est tout, on disait « ben Ghislaine elle est pas marrante » mais Ghislaine elle a peut-être des problèmes que vous ne connaissez pas ! »

Ghislaine a peur de « faire peur » par son comportement, d'être mal jugée par les autres (ses collègues, sa famille...). Au moment de l'entretien, elle a pris la décision de quitter son emploi parce qu'elle ne se sent plus capable de faire face aux problèmes relationnels qu'elle y rencontre et elle souhaite négocier un licenciement. Annoncer cette décision aux seules personnes de sa famille avec qui elle reste en contact, alors qu'elle vit dans une grande solitude, est un enjeu de taille, générateur d'angoisse. Ayant déjà subi l'image d'une extravagante à leurs yeux, elle craint qu'ils aient peur d'avoir un jour ou l'autre à la prendre en charge. Le sentiment d'insécurité, en particulier dans le domaine professionnel, tend à favoriser un repli sur des petits acquis et à rompre les obligations de solidarité familiale.

« Donc on a repris des relations à peu près normales mais par contre, je suis angoissée de leur dire que je vais négocier mon licenciement parce que, pour eux, j'ai un emploi, il faut absolument que je garde mon emploi. Alors là c'est l'angoisse... (...)

Alors je fais tout, si vous voulez, depuis ce matin j'appelle les Assedics parce que j'aimerais pouvoir leur dire tout de suite combien je toucherai. (...) J'aimerais avoir des choses concrètes à leur dire avant de leur annoncer que bon ben, je négocie mon licenciement. Voilà. Je pense que leur gros souci, c'est qu'un jour, si je ne travaille plus ou un truc comme ça, ils soient obligés de subvenir à mes besoins. »

²²⁸ Plus spécifiquement l'usage d'anxiolytiques, neuroleptiques, ou même d'antidépresseurs, l'image des benzodiazépines étant moins connotée.

²²⁹ On remarque que si l'usage de confort tend à être intégré, alors que l'usage thérapeutique de médicaments psychotropes véhicule des peurs et représentations négatives, l'usage de confort est en revanche en théorie critiqué, alors que la légitimité des usages thérapeutiques est rarement remise en question (cf. « Des psychotropes, remèdes au mal de vivre »).

Quitter un emploi, sans autre perspective professionnelle, c'est déjà sortir du cadre. Une perte d'emploi peut être très déstabilisatrice, beaucoup d'usagers indiquent que la structure est nécessaire à leur maintien²³⁰. Le poids du regard social associé à cette situation, perçue comme un échec, est difficile à porter, il induit une forte culpabilité et ternit l'image de soi.

Le film *L'emploi du temps*, inspiré d'un fait divers, présente une situation dans laquelle un homme, licencié parce qu'inadapté à sa structure professionnelle, ment à ses proches et continue à faire comme s'il travaillait. Le film, comme le dit son auteur Laurent Cantet, peut être vu comme une vaste tentative d'évasion. Le personnage de Vincent ne souhaite pas changer de vie. Il veut seulement s'affranchir de toute capture économique et sociale. Il cherche sa place, sans parvenir à la trouver, une place qui ne lui soit pas assignée par son milieu et par les études qu'il a pu suivre, une place dans laquelle il pourrait *se reconnaître intimement*. Son rapport au monde est caractérisé par une distance. À la fin de l'histoire, la reprise d'un emploi est un renoncement, une résignation²³¹. Pourtant, « face au scénario, bon nombre de lecteurs voyaient dans le dénouement un happy end ! » Vincent était sauvé puisqu'il retrouvait un travail. Pour nous, au contraire, il était évident que la rencontre avec le DRH devait sceller le renoncement de Vincent. Mais personne ne semblait vouloir lire les didascalies pourtant on ne peut plus claires : « Vincent baisse les yeux tristement, il semble anéanti. Il est visiblement difficile de remettre en cause l'idée du travail comme valeur en soi²³². »

Cette représentation de l'idéal social peut induire des comportements addictifs dans le travail, ainsi Yann, chef d'entreprise, qui se maintient grâce à la satisfaction personnelle que lui apporte son activité dans laquelle il s'investit sans mesure. Ce surinvestissement dans le travail et son usage de cannabis masquent un état de dépression latent qui se manifeste à l'occasion d'une rupture affective.

Yann, 36 ans, chef d'entreprise, entretien 50

« Est-ce que le travail ça peut être une addiction pour toi aussi ? »

Je pense que ça a été une vraie drogue pour moi. Alors je le dis maintenant parce que je suis aussi dans une phase de digestion de ma rupture, qui me fait toujours mal et je ne dirai peut-être pas ça demain parce que le travail, ça m'a aussi permis de m'épanouir, de réussir socialement... Il ne faudrait quand même pas que je jette le bébé et l'eau du bain mais oui, je pense qu'il y a aussi des tas d'autres moyens de s'oublier, de se griser, que les stupéfiants. Au moins, avec les stupéfiants, on sait ce qu'on fait, on sait qu'on l'est, ça a au moins cette vertu-là !

(...)moi aujourd'hui, je veux un peu apprendre à vivre, retrouver le temps de faire des choses que je ne faisais pas ou que je ne faisais plus, regarder un peu le temps passer, simplement ça. »

« Le sentiment de ne pas être aussi fort qu'on le voudrait s'exprime souvent en terme de « fatigue », de même que le sentiment d'être moins stimulé qu'on ne l'aimerait²³³. » Il s'agit de se montrer « positif » mais aussi performant. Ainsi, comme en témoigne le docteur K., un grand nombre de personnes viennent consulter simplement parce qu'elles se sentent fatiguées.

Docteur k, généraliste, 35 ans, entretien CF13

« Ils sont fatigués et ne comprennent pas pourquoi ils sont fatigués. C'est vrai qu'on n'accepte plus ça, il faut être performant tout le temps... Les gens voudraient pouvoir être bien, tout le temps impeccables, peut-être parce qu'il y a une image qui est rendue par la télé ou par la pub je ne sais pas, qui montre toujours des gens bien portants... Mais bon, c'est une demande qui existe depuis toujours quand même. Peut-être qu'à une certaine époque on prenait plus sur soi et puis, il y avait moins le médicament, ce n'était pas la réponse à chaque fois. Maintenant, bien souvent, on se dit « c'est peut-être le corps, c'est peut-être une carence, des conneries comme ça. »

²³⁰ William, Yann, Judith qui sort de sa dépression lorsqu'elle retrouve un emploi, Lou qui dit de façon très significative « j'ai besoin d'avoir un cadre, de bosser, d'être comme tout le monde ».

²³¹ Dans la réalité, le personnage qui a inspiré le film de Laurent Cantet, fit croire à son entourage (épouse, enfants, parents, maîtresse, amis) pendant dix-huit ans qu'il était chercheur à l'O.M.S. alors qu'il ne travaillait pas et n'assurait son train de vie qu'à force de magouilles et d'arnaques de plus en plus alambiquées. Arrivé financièrement au bout du rouleau, il assassina sa famille et se suicida en janvier 1993.

²³² Propos de Laurent Cantet.

²³³ EHRENBERG (A.), *La Fatigue d'être soi*, p. 166, éd. Odile Jacob 2000.

Produits par excellence de la performance, les amphétamines sont consommées par de nombreux usagers dans le cadre d'usages dopants²³⁴, pour pouvoir tenir un rythme de travail soutenu, soit sous forme de speed, soit sous forme de médicaments détournés. « Les stimulants de type amphétaminique, selon la terminologie internationale, constituent d'après l'ONU, l'une des familles de drogues la plus répandue quantitativement dans le monde, avant les opiacés et la cocaïne réunis, après le cannabis et l'alcool. On estime à plus de 30 millions le nombre de consommateurs d'amphétamines dans le monde (essentiellement aux USA, en Europe et en Asie du Sud-Est)²³⁵. » Elles sont encore commercialisées aujourd'hui en France sous la forme de médicaments coupe-faim (le Médiator®, benfluorex, consommé par Sharon, serait un des derniers composés encore sur le marché²³⁶), et aussi à travers le Zyban® (bupropion ou amphébutamone), « adjuvant du traitement de la dépendance tabagique²³⁷ ».

Les médicaments coupe-faim permettent à des personnes d'accroître leurs performances dans le travail et aussi de se rapprocher de l'image du corps performant, *actif et svelte*.

Lou, visiteuse médicale, utilise Préfamone® pendant une période après en avoir vendu, pour ses vertus anorexigènes puis pour ses effets stimulants, à des doses supérieures aux doses prescrites. Elle est alertée des risques secondaires à un usage prolongé et arrête sa consommation au bout d'un an.

Sharon, responsable d'une agence d'intérim, consomme des médicaments coupe-faim depuis 20 ans (Isomeride® puis Médiator®) très régulièrement (en prend 3 mois, arrête trois mois... etc.) mais sans en augmenter les doses. Elle accorde une grande importance à sa « ligne », à son apparence physique, n'a pourtant pas de problème de poids visible. Globalement, elle est très satisfaite des médicaments et ne leur attribue pas d'effets secondaires. Un doute subsiste pourtant concernant le lien entre ses problèmes de sommeil récurrents et cet usage très régulier de médicaments coupe-faim²³⁸. Tous ces médicaments lui sont délivrés par son pharmacien sans prescription.

Lou, 39 ans, visiteuse médicale, entretien 55

« Le Préfamone® c'est... ?

C'est des amphétamines... comme le Dinintel® c'est pareil, c'est un Dinintel®

Et t'en as pris quand ?

J'en ai pris beaucoup... J'ai été au moins 1 an... j'adorais parce que, en fait, les amphétamines, ça te fait un peu un effet de cocaïne quoi, ça te speede la tête, t'es hyper active, ça, dans mon boulot... pendant 1 an j'ai essayé.

Tu t'en servais au boulot ?

Ouais j'avais tous les échantillons, j'avais tout à la portée de la main et je prenais au moins 2 gélules par jour

Ça fait beaucoup ? C'est quoi la dose prescrite ?

En principe c'est une par jour

T'en prenais une le matin non ?

Oui et puis après une à 4h-5h.

²³⁴ Cf. « Usage "dopant" en vue d'une meilleure adaptation au travail », « siffler en travaillant », p. 87.

²³⁵ SUEUR (C.), « Trip, speed and taz », texte de l'intervention de la Journée « Usages, abus, et dépendances aux drogues de synthèse », Paris, Ministère de la Santé, 13 décembre 2002, référence à LABROUSSE (A.) : Rapport annuel 1998 de l'Observatoire géopolitique de drogues.

²³⁶ SUEUR C., *op. cit.*, « Beaucoup de composés de la famille des phényléthylamines ont été prescrits tout au long du XX^e siècle : l'amfépramone (Ténuate®, Dospan®, Modéran® ou Anorex®), la benzphétamine (Inapetyl®), le clobenzorex (Dinintel®), le méfénorex (Pondinil®), le Fenproporex, le fenfluramine et la D-fenfluramine (Pondéral® et Isoméride®). En 1995, ce marché des anorexigènes amphétaminiques était estimé à 5 millions de boîtes par an. (...) Ces médicaments ont été enlevés de la pharmacopée, du fait de la survenue de troubles cardiaques, essentiellement semble-t-il, lors d'association malencontreuses avec des IMAO ; peut-être aussi parce que des dérives toxicomaniaques étaient de plus en plus souvent constatées, et des cas de psychoses amphétaminiques, qui sont décrites de longue date, et qui constituent l'un des principaux dangers de ces substances ». (Retrait de tous les lots d'anorexigènes amphétaminiques, Communiqué de l'Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé, 19 octobre 1999).

²³⁷ SUEUR C., *op. cit.*

²³⁸ Lexomil® est utilisé depuis dix ans régulièrement mais modérément pour des problèmes de sommeil.

Et t'as arrêté au bout d'un an ?

Oui parce que, c'est pareil, il y a un moment où... tu ne manges plus, j'étais grosse comme ça (montrant son petit doigt), je buvais de la bière à longueur de journée, du café au lait et puis voilà... mais j'avais trouvé ça sympa l'effet... et puis, après, t'as une accoutumance de toutes façons, après t'es obligé d'augmenter les doses et puis, tu te fais peur parce que tu te dis ohlala ! Attention... (...)

Tu prenais ça aussi pour faire la fête ou c'était plutôt la journée, la semaine ?

En fait, je m'en suis servi déjà pour maigrir parce que j'avais beaucoup grossi après ma grossesse et j'ai vu un résultat... J'ai perdu, je ne sais pas, peut-être 15 kg en l'espace de 4 mois...

Donc c'était efficace...

Et après grosse dépression quand t'arrêtes, hein !

Ah oui ?

Ouais... mais bon, comme je le savais, j'ai laissé passer... (...)

Donc en fait tu as pris ça au début pour maigrir et puis après tu as bien aimé l'effet que ça te faisait

Oui, j'aimais bien.

Et dans ton boulot, ça changeait quelque chose dans ta manière d'être ?

Non, rien du tout, non, c'est que je me réveillais beaucoup plus en forme. C'est vrai que ça me speedait donc je bossais plus, j'avais plus de motivation, plus de tchatche. »

Sharon, 43 ans, responsable d'une société d'intérim, entretien 52

« Et les médicaments ?

Alors j'ai commencé à prendre des médicaments il y a très très longtemps parce que je commençais à grossir et que je ne me supportais pas. Et quelqu'un m'a dit « écoute, il y a un médicament qui est génial ! » qui s'appelait Isoméride®. C'est un médicament au jour d'aujourd'hui qui est interdit à la vente, seulement vraiment à des cas... Parce que je crois qu'il y a eu des morts.

Ah oui ?

Oui, et il était génial ce médicament, j'ai perdu du poids en un rien de temps. C'est un médicament qui se vendait sur ordonnance.

C'était en quelle année à peu près ?

Disons 85.

Tu avais quel âge ?

J'avais 23, 24 ans.

C'est ton médecin qui te l'avait prescrit ?

Non.

Non ?

Non parce qu'il ne me l'aurait pas prescrit. Je l'ai eu par des gens qui connaissaient des... qui avaient des contacts là où je pouvais en avoir moyennant... Je payais bien sûr. Il était vendu sur ordonnance et moi j'y allais avec ordonnance.

D'accord. Et tu en as pris combien de temps, à quelles doses ?

Et bien, c'est un traitement de 3 mois. Et puis tu t'arrêtes, et puis tu reprends et tu recommences... Moi c'est continué, continué, sans cesse. Bon, évidemment, après Isoméride® a été interdit à la vente donc je n'avais plus droit d'en avoir et on m'a conseillé Mediator®. Et Mediator®, il fait moins effet qu'Isoméride®. Mais bon, mon pharmacien m'avait dit qu'à force de prendre des coupe-faim comme ça, longtemps, très très longtemps, ça ne faisait plus effet et, effectivement, quand j'essaie d'en reprendre, je ne maigris pas beaucoup...

Donc aujourd'hui ça t'arrive encore ?

Oui (...)

D'accord. Donc précisément en 85 tu as fait un premier traitement de 3 mois, c'était combien de comprimés par jour ?

Ça dépend du poids que tu veux perdre. Si tu as beaucoup beaucoup à perdre, c'est un comprimé matin midi et soir, moi je n'avais pas beaucoup à perdre, donc j'en prenais un le matin et un le soir. Pareil pour Mediator®, j'en prends un le matin et un le soir (...)

Ça a beaucoup modifié ta façon de manger de prendre des coupe-faim ?

Non. Enfin, évidemment, ça t'évite de prendre les choses qui te font grossir.

Et quand tu es sous traitement tu vas déjeuner quand même ?

Quand tu es sous traitement, tes envies tu ne les as pas. Le midi je ne déjeune pas beaucoup, c'est peut-être une petite barquette de crudités quelque chose comme ça... Je vais peut-être une fois dans la semaine au restaurant manger un plat. Mais un plat et un dessert jamais.

Tu ne manges pas beaucoup en général ?

Non, pas beaucoup. »

Lignes de fuite

« Les formes de légitimation policière sont diverses, or c'est la construction d'un sujet « déjà piégé » dans son émergence même par la transcendance de la loi qui nous semble caractériser plus que jamais nos sociétés de contrôle, construction qui agit comme une hypostase du pouvoir productif et immanent de la norme, c'est-à-dire constitutif du désir lui-même dans la construction du sujet social. (...) Les drogués, en prenant le risque dans leur expérimentation d'autres formes d'obéissance (aux substances et non plus à soi-même), ouvrent une véritable ligne de fuite par rapport à ce pouvoir d'assujettissement intériorisé²³⁹. »

Les médicaments, anxiolytiques, antidépresseurs, stimulants, permettent de s'adapter à une réalité sociale, de s'y conformer, de tenir le coup lorsque les obligations sociales sont difficiles à assumer, de garder sa place.

L'usage de psychotropes peut être un moyen d'assumer ce choix de l'intégration et aussi de mieux le supporter en ménageant des lignes de fuite, espaces, temps de liberté et de non-assujettissement à la loi, à la structure sociale. Certaines drogues permettent ainsi « de se rendre indépendant des contraintes sociales *tout en restant socialisé* »²⁴⁰, en priorité le cannabis ou l'alcool pour des usages quotidiens, les produits illicites pour des usages festifs, de fin de semaine.

William consomme quotidiennement du cannabis, de l'alcool, et très régulièrement du Xanax® pour « supporter l'agressivité de la société actuelle », pour « apaiser ses peurs », pour « s'échapper ».

Yves consomme aujourd'hui du cannabis quotidiennement pour supporter la pression professionnelle et tenir le coup :

Yves, 30 ans, chargé de production TV, entretien 20

« Par contre, tu vois, on a parlé de tous les produits, tout ça... Mais le teush, pour moi, c'est une nécessité. C'est-à-dire ?

Ben, je pourrais, je sais vivre sans. Mais... ça me fait chier de vivre sans et ça ne gêne personne que je vive avec ! Donc je ne vois pas... À la limite, à qui ça va faire plaisir que j'arrête de fumer, puisque de toutes façons, ça n'a de conséquences sur personne ? En plus de ça, je trouve un certain équilibre là dedans... et surtout, par rapport à l'alcool... j'ai suffisamment de stress, et je suis concentré toute la journée sur un boulot... qui est une chance que j'ai voulue pendant longtemps, que j'ai maintenant, et que je ne veux pas perdre... Et donc je suis tellement appliqué à ne pas retomber dans tout ce que j'ai pu vivre, que le soir, j'ai besoin de souffler, tu vois... Il y a les mecs qui rentrent qui se font une bière devant la télé où je ne sais pas quoi... moi, j'ai arrêté de boire et c'est mon buzz. J'ai l'impression de tout relâcher d'un seul coup... »

Contrairement aux médicaments psychotropes qui normalisent les comportements, les drogues illicites, qui ont des propriétés psychotropes plus prononcées²⁴¹ induisent un regard décalé sur le monde et offrent une possibilité de résistance au conditionnement social.

On peut supposer que si les usagers de produits illicites se représentent le plus souvent les médicaments psychotropes de façon négative²⁴², alors même qu'ils utilisent eux aussi des produits dans le but de se maintenir, de supporter la pression sociale, c'est que les drogues illicites, tout comme l'alcool, offrent aux usagers « intégrés », qui travaillent, une distanciation vis-à-vis de la société que ne peuvent pas complètement leur offrir les médicaments. D'une part parce que leur action sur la perception est limitée, peut-être aussi parce qu'ils sont produits et distribués par le système même dont certains veulent se rendre indépendants²⁴³.

²³⁹ « Le régime prohibitionniste s'installe dans les années 20 en France », nous rappelle Josep Rafanelli i Orra, « en même temps que les professions médicales acquièrent un rôle essentiel dans la gestion des population par Les États industriels », in RAFANELLI I ORRA (J.), « Drogues : une communauté impossible ? », *Ethnopsy* n° 2, mars 2001, p. 205.

²⁴⁰ EHRENBURG (A.), *Le culte de la performance*, p. 260, éd. Pluriel, 1996.

²⁴¹ À l'exception peut-être des amphétamines, substances peu modificatrices de l'état de conscience

²⁴² C'est le cas de la majorité des usagers de produits illicites rencontrés. Cf. FONTAINE (A.), *Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire*, OFDT, juillet 2002, et la partie « Usages thérapeutiques à usages de confort » du présent rapport.

²⁴³ Bien que l'usage de psychotropes ne s'inscrive pas toujours dans une revendication contestataire.

On peut en effet lire une forme d'insoumission chez certains usagers de produits illicites et de médicaments dans leur choix d'expérimenter eux-mêmes des produits qui n'ont pas été expérimentés à leur insu dans un laboratoire « visant à produire une certaine expérience de la maladie²⁴⁴ ». C'est une manière d'échapper à la normalisation produite par la construction sociale du médicament et des malades²⁴⁵ et de garder le pouvoir, en dernière instance, de choisir la façon dont ils vont modifier leur état de conscience, aussi de s'inscrire dans des logiques de déviance.

Le rapport aux psychotropes est toujours ambivalent. Ils peuvent combler un désir de liberté mais aussi conduire à de nouvelles formes de dépendance et d'aliénation. Parfois outils d'intégration, ils menacent les usagers qui ne sauraient gérer leur consommation d'une désintégration.

« Le drogué fabrique ses lignes de fuite actives. Mais ces lignes s'enroulent, se mettent à tourner dans des trous noirs, chaque drogué dans son trou, groupe ou individu, comme un bigorneau. Enfoncé plutôt que défoncé²⁴⁶. »

Docteur M, Médecin du travail, entretien AF30

« Et tu disais « ils ont toujours une raison de boire », est-ce que t'as pu avoir un aperçu un peu des raisons qui les poussent à boire ?

Les raisons, il y en a plusieurs. Il peut y avoir des problèmes familiaux, c'est quand même relativement fréquent. Qui ne sont pas forcément flagrants mais qui entraînent une certaine dévalorisation de l'individu.

C'est-à-dire ?

Ils se sentent... Comment dire ?... Infériorisés des fois. Donc, pour eux, c'est une manière de cacher leur angoisse, ça commence comme ça tout doucement. Parfois c'est simplement un facteur de société, culturel, avec un milieu familial qu'est déjà un petit peu alcoolisé au départ. Et puis c'est un facteur relationnel important, de convivialité et puis, petit à petit, on passe de la convivialité au buveur excessif et puis après, malheureusement, au moindre pépin à la dépendance. Parce qu'il arrive un moment où tu es juste à la limite du buveur excessif et de la dépendance, il y a une porte et, une fois que tu l'as franchie cette porte, c'est foutu, une fois que tu as franchi la porte de la dépendance, tu ne reviens jamais en arrière, ce n'est pas possible, il n'y a plus que deux solutions, ou tu acceptes de mourir précocement ou tu ne bois plus une goutte d'alcool, il n'y a pas de possibilité de retour en arrière, c'est impossible. La porte est franchie, elle se referme et elle ne se rouvrira jamais. Et c'est ça que j'essaie de leur faire comprendre parce qu'en fait, ne pas boire du tout c'est gênant au niveau de la vie sociale. L'alcool c'est quand même un facteur social de convivialité donc c'est très gênant. »

²⁴⁴ RAFANELLI ORRA (J.) « Drogues : Une communauté impossible ? », *op. cit.*

²⁴⁵ Référence à l'article de P. Pignarre « Qu'est ce qu'un psychotrope ? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression », *Ethnopsy*, n° 2, mars 2001, qui montre que le médicament « recrute », que la création de nouveaux médicaments a créé de nouveaux groupes de malades.

²⁴⁶ DELEUZE (G.) « Deux questions » dans *Où il est question de la toxicomanie*, Bibliothèque des Mots Perdus, 1978.

Synthèse

Contexte sociopolitique de la recherche sur les usagers intégrés

À travers la thématique des usagers intégrés à un milieu professionnel se croisent différentes problématiques concernant :

- la définition de cette population jusqu'à présent à l'écart des statistiques sanitaires et pénales sur la consommation de psychotropes illicites ;
- les questions inhérentes au contexte professionnel : rentabilité, productivité et sécurité dans le cadre de l'entreprise, rôle du médecin du travail, impact des conditions de travail sur la santé des travailleurs, impact de l'usage de drogues sur l'absentéisme, les accidents du travail, la productivité ;
- le coût social des drogues ;
- les questions éthiques soulevées par la pratique éventuelle des tests de dépistage des drogues dans le contexte professionnel, les atteintes aux libertés individuelles et la stigmatisation d'une population jusqu'ici préservée, la fiabilité discutée des méthodes de dépistage ;
- l'enjeu commercial que représente la diffusion des tests de dépistage proposés par l'industrie pharmaceutique ;
- l'évolution de la consommation de psychotropes en France et la banalisation des prescriptions de médicaments pour des problèmes mineurs.

Les résultats de différentes enquêtes menées en entreprise (dépistage anonyme) confirment le fait que si la consommation de substances illicites existe bien dans la population active, elle reste tout de même un phénomène minoritaire.

De plus, les professions à risques sont déjà encadrées localement et bien souvent des tests sont pratiqués pour ce type de postes dans certaines entreprises telles que Air France, la SNCF, la RATP, etc. La prise en charge de la consommation d'alcool et de produits psychotropes en entreprise pose toujours la question de l'atteinte potentielle à la liberté individuelle, de la stigmatisation d'une population qui en était jusqu'ici préservée et du manque de fiabilité des tests proposés par l'industrie pharmaceutique.

On peut donc supposer que les questionnements actuels sur une éventuelle extension de la pratique du dépistage en entreprise sont en partie motivés par des intérêts économiques.

Effets recherchés

Trois fonctions sont régulièrement attribuées aux produits par les usagers, quand on les interroge sur ce qu'ils recherchent à travers les expériences d'état modifié de conscience. Ces trois fonctions interviennent successivement ou simultanément et sont plus ou moins prépondérantes dans la trajectoire d'une personne :

- la recherche de plaisir ;
- le dopage des sociabilités ;
- l'automédication, de la détente à l'anesthésie.

Le plaisir est systématiquement et spontanément évoqué dans les entretiens. La prise de drogues fait partie « des expériences agréables, enrichissantes de la vie ». Victor explique : « Je ne fais pas ça pour effacer les souffrances, je fais ça pour qu'à côté des souffrances, il y ait aussi du bonheur ou du plaisir supplémentaires ».

Pour beaucoup, la consommation de psychotropes intervient pour lutter contre une timidité et une tendance au repli sur soi, pour se donner les moyens d'être sociable, convivial. Les produits permettent de « sortir de soi et de moins subir le regard des autres ». La désinhibition est aussi recherchée pour sortir du carcan des conventions sociales, les bousculer, « se lâcher sans complexe », « faire le con », « devenir fou ». La timidité et le repli sur soi sont vécus comme des traits de caractères handicapants dans les relations sociales et dans une société où l'affirmation de soi est valorisée.

Enfin, les produits interviennent comme des *dopants*, qui permettent de disposer du « double d'énergie » sans laquelle il semble parfois impossible d'assumer les heures de travail, le temps de repos et le temps « pour soi ». Disposer ainsi d'un supplément d'énergie donne l'impression de disposer du « double de temps » ou tout au moins de vivre intensément. Il n'est pas non plus inutile de rappeler qu'avoir une vie extraprofessionnelle épanouissante est souvent considéré par l'employeur comme un signe de « bonne santé sociale » et « d'équilibre personnel ».

Le recours aux produits intervient fréquemment dans la gestion d'un excès d'énergie ressenti comme troublant et éventuellement nuisible, d'une pression trop lourde par moments ou simplement pour « souffler » après une journée de travail, comme une grande part de la population active a recours à un usage modéré d'alcool.

Prendre des produits pour « décompresser », pour canaliser ou étouffer un surplus d'énergie pouvant conduire à une déstabilisation et à des troubles de l'humeur, pour soulager des maux psychologiques ou encore pour anesthésier certains symptômes comme la nervosité ou l'insomnie, concerne à la fois un bien-être quotidien, *ordinaire* et un bien-être plus profond, nécessaire à la survie et à l'équilibre de l'individu. L'usage de drogues a donc sa place dans la recherche ou le maintien d'un équilibre mental général qui touche aussi l'inscription de l'individu dans la sphère sociale.

Usages thérapeutiques, usages de confort

Un large éventail d'usages ont une finalité thérapeutique, de la consommation de médicaments prescrits, dont la légitimité est de plus en plus établie juridiquement et socialement mais dont les limites sont encore questionnées, à l'usage de médicaments sans prescription et/ou de produits illicites comme le cannabis ou encore l'ecstasy, dont l'intérêt thérapeutique apparaît souvent au second plan dans les discours qui valorisent la dimension hédoniste et festive des consommations.

La souffrance dépressive est la plus souvent invoquée pour justifier une prise de médicaments. Les antidépresseurs, aux propriétés stimulantes, sont prescrits pour permettre aux personnes de sortir du figement qui la caractérise et de se maintenir. On retrouve, dans les témoignages de certains usagers de cannabis, cette recherche d'une stimulation de l'humeur mais si le médicament antidépresseur mobilise l'action, le cannabis crée une distanciation. Favorisant la réflexion, il intervient dans des formes d'autothérapies introspectives (comme l'ecstasy ou encore le LSD) qui supposent, à l'inverse des thérapies médicamenteuses, une déstabilisation du sujet.

L'anxiété, fréquente dans les cas de dépression, donne lieu à des prescriptions de médicaments et/ou à toutes sortes d'automédications avec des produits illicites (en particulier cannabis et opiacés) ou avec de l'alcool. C'est souvent le premier symptôme traité par les médecins. Les médicaments anxiolytiques, dans les cas d'angoisse aiguë, permettent aux personnes d'assumer leurs fonctions quotidiennes ou encore de retrouver le sommeil. Alors que beaucoup de psychotropes illicites sont utilisés pour les altérations de l'état de conscience qu'ils induisent, les médicaments de la famille des benzodiazépines, réputés peu modificateurs de l'état de conscience, ramènent les personnes dans un état qui leur semble plus supportable et proche de la réalité ordinaire. Produits « de descente », ils sont aussi utilisés par les usagers de produits illicites pour apaiser les effets secondaires d'autres psychotropes.

Considérés comme des garde-fous par certains usagers, les médicaments psychotropes ont une fonction rassurante et leur utilisation à long terme, même s'ils ne permettent pas de guérir, est légitimée par des médecins (généralistes le plus souvent) qui reconduisent des prescriptions des

années, quelquefois des dizaines d'années. Après l'arrêt d'un traitement, ceux-ci – et c'est particulièrement vrai des benzodiazépines – entrent dans la pharmacie courante et pourront être réutilisés ponctuellement et diffusés hors prescription.

Si l'utilisation des médicaments psychotropes tend aujourd'hui à être banalisée, c'est d'une part que notre rapport à la souffrance a changé, et, d'autre part, que notre conception de la thérapie au sens de – tendre vers un mieux-être général – porte en grande partie sur l'utilisation de ces outils alors qu'ils ne permettent pas à eux seuls la guérison. Le recours aux médicaments comme une assistance quotidienne, pour gérer les comportements et l'humeur, pose la question des limites de l'intervention médicale et pharmacologique, celle aussi du rôle social des psychotropes. Il apparaît comme légitime alors même que nos connaissances biologiques sur les modes d'action de ces produits demeurent limitées, alors que l'on connaît le rôle important joué par le statut symbolique des médicaments dans leur efficacité. Cette croyance qui conditionne les pratiques est largement motivée par l'industrie pharmaceutique et semble être remise en question par une nouvelle génération de soignants.

L'usage de cannabis, à l'inverse, qui revêt pour beaucoup une fonction de remède du quotidien similaire à celle des médicaments, demeure interdit et ses qualités thérapeutiques revendiquées commencent tout juste à être reconnues en France pour des cas très particuliers. Les usagers de produits illicites y ont plus volontiers recours pour aménager leur confort psychologique.

Fréquences de consommation

Quatre types d'usage ont été dégagés à partir des témoignages recueillis :

1. L'usage sporadique. L'usage se déroule en contexte festif mais peut aussi intervenir pendant le temps de travail. Il a une régularité sur le long terme. L'usager saisit en fait toute occasion de consommer, sans forcément chercher à les provoquer. Ces périodes de consommation peuvent être relativement longues mais les périodes d'abstinence, qui peuvent également durer plusieurs mois, sont vécues sans problème.

2. L'usage régulier. L'usage se déroule essentiellement en contexte festif avec quelques épisodes anecdotiques de consommation sur le lieu de travail. Il recouvre trois types de rapport aux produits :

- l'usage dans un contexte festif est régulier mais pas systématique. Les quantités absorbées sont réduites, visant à stimuler légèrement ou simplement pour partager le produit avec des amis. Ce comportement permet à l'usager de toujours maîtriser les effets des produits ;
- les substances interviennent comme des stimulants de la sociabilité et se priver de sortir le week-end serait mal vécu. Au bout de quelque temps faire la fête sans produit n'est plus envisageable, une forme d'addiction au couple « substances/sorties » peut se mettre en place ;
- l'usage est excessif à chaque prise. La personne recherche une véritable déconnexion, une sensation de « défonce ».

3. L'usage distancié. La prise de psychotropes reste occasionnelle, elle n'est ni régulière ni excessive et se déroule toujours en contexte festif. Plusieurs mois d'abstinence s'intercalent entre de courtes périodes de consommation ou des prises ponctuelles. Plusieurs personnes ont déjà connu des phases de consommation intensives de divers produits (héroïne, cocaïne, ecstasy, kétamine, etc.).

4. La dépendance et l'intoxication chronique. Les personnes qui sont entrées dans un rapport de dépendance au(x) produit(s) ont tendance à ne pas le reconnaître et à se réfugier dans le déni. Même ceux qui n'ont pas pris d'héroïne depuis plusieurs années évoquent avec difficulté leur expérience de la dépendance. Les mots qui y sont associés sont évités, remplacés par un vocabulaire plus flou, polysémique ou par la négation pure et simple de cette terminologie.

L'intoxication chronique au cannabis est souvent décrite comme un moindre mal par les usagers qui répondent en fumant des joints à un besoin, plus ou moins facile à réguler, de s'extraire du monde en modifiant leur état de conscience. Ces usagers pensent qu'en l'absence de cannabis, ce besoin trouverait vraisemblablement une satisfaction dans la consommation d'autres produits estimés plus dangereux. Le cannabis apparaît finalement comme un recours salutaire et « à moindre coût ».

On peut distinguer, à travers les témoignages recueillis, deux formes de dépendances aux médicaments psychotropes, dont la première, qu'on pourrait qualifier de dépendance psychologique, est une dépendance à l'objet médicament, dont les doses ne sont pas augmentées, qui a un effet placebo certain, et la seconde est une dépendance aux effets psychotropes des médicaments, effets euphorisants et/ou antalgiques. Elle s'accompagne d'une forte accoutumance à ces effets.

Stratégies de gestion, limites posées à la consommation de substances illicites

L'expérience acquise au cours de plusieurs années de consommation et de travail permet aux personnes d'aménager leur consommation en fonction de leur activité professionnelle. De nombreuses stratégies sont élaborées pour contrôler et réguler la consommation, témoignant de l'existence d'un usage responsable qui s'inscrit dans le respect des règles en vigueur dans l'environnement professionnel :

- le développement d'une rigueur et d'une autodiscipline qui consiste à compenser la consommation de cannabis par l'organisation et l'anticipation ;
- l'aménagement de temps de récupération. On note que les personnes qui ont la possibilité d'aménager leur temps de travail (35 h aménageables, journée libre le lundi, etc.) sont plus rarement que les autres confrontées aux effets résiduels et à la fatigue qu'entraînent les sorties du week-end ;
- la modération, le contrôle des quantités absorbées à chaque prise, l'évitement de pratiques de consommation « dures » (injection notamment) ;
- l'espacement des prises quand la charge de travail est trop important ou comme Elsa au moment où elle entame une activité professionnelle stable ;
- le maintien d'une consommation strictement circonscrite aux week-ends et aux vacances qui détonnent avec une vie très réglée en semaine.

D'une manière générale, transformer un usage récréatif en une intoxication chronique, quotidienne, est perçu comme inquiétant. Cet argument est souvent utilisé pour justifier la méfiance ressentie à l'égard des médicaments psychotropes licites. Paradoxalement, on peut noter que le cannabis conserve un statut à part et qu'aux yeux des usagers, il n'est pas excessif de fumer 1 ou 2 joints par jour.

La peur de la dépendance est partagée par la grande majorité des personnes rencontrées. Elle est essentiellement associée à l'héroïne (l'usage quotidien de cannabis semble bien vécu) et à l'injection qui est rejetée par tous, à l'exception de Momo qui dit la pratiquer occasionnellement. L'injection d'héroïne symbolise la perte de contrôle et constitue la limite à ne pas franchir : « mon corps et mon esprit ne le supportent pas ».

On peut également souligner le poids des représentations dans la gestion de la consommation et dans la constitution des limites que l'individu s'impose. Dans la logique des usagers qui travaillent, le maintien d'un usage stratégique et contrôlé est valorisé. Instrumentaliser les produits est pour eux l'indice d'une consommation saine, qui les différencie de la personne assujettie aux produits. Le crack, l'héroïne et la kétamine restent associés à la décrépitude du « toxicomane », désocialisé, méprisé. Les usagers de drogues illicites peuvent aussi exprimer un certain dédain à l'égard des usagers de médicaments psychotropes prescrits, les considérant généralement comme des « drogués qui s'ignorent ».

Les effets négatifs induits par la prise de produits représentent parfois des motifs suffisants pour diminuer ou stopper une consommation. Les femmes mettent plus souvent en avant ces effets secondaires et semblent d'une manière générale plus soucieuses de leur santé, de leur corps et de la rigueur sur le plan professionnel. Elles évoquent plus facilement que les hommes les malaises psychiques et physiques qu'elles ressentent. Les effets négatifs les plus couramment cités sont :

- les troubles de l'humeur (nervosité, irritabilité) ;
- la fatigue, les troubles du sommeil ;
- une fragilité générale de l'organisme, gripes, maux de gorge ;
- des périodes de déprime qui suivent une consommation régulière ;
- parfois une baisse du désir sexuel.

Usages prescrits et rôle du médecin prescripteur

Les usages de médicaments prescrits sont individualisés et peu discutés. Le médecin prescripteur est bien souvent le seul référent des consommateurs qui ne développent généralement pas de savoir sur les psychotropes qu'ils consomment. Contrairement aux usagers de psychotropes illicites, ils sont assez peu attentifs aux modifications induites sur leur état de conscience. D'ailleurs, les médicaments, dont l'usage est banalisé, sont souvent décrits comme peu actifs, peu efficaces, alors même qu'ils sont consommés depuis des années.

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders) de l'association américaine de psychiatrie tend aujourd'hui à imposer aux médecins sa représentation de l'acte thérapeutique et du diagnostic, fondé sur des symptômes et des syndromes répertoriés. Cette conception favorise la prescription de médicaments et tend à nier le vécu des personnes ainsi que la relation particulière qui se noue entre médecin et patient. La nécessité d'un « diagnostic approfondi » exprimée par certains médecins, pour aller au-delà de l'observation physiologique des symptômes et rechercher les causes du mal-être, semble se heurter au fonctionnement même de la profession des généralistes qui sont payés à l'acte. Prescrire un médicament, renouveler une ordonnance, c'est aussi aller au plus rapide nous dit un médecin.

L'attitude du consommateur de médicaments prescrit, qui apparaît globalement comme passive, dépend de la façon dont les personnes perçoivent le rôle du médecin et son autorité mais aussi de l'attitude thérapeutique de ce dernier qui va favoriser ou non leur autonomisation. Si les médecins ont une autorité quasi absolue quand au diagnostic, on constate souvent que ce sont les gens qui décident eux-mêmes de l'arrêt de la consommation ou encore des renouvellements de leur prescription. Le suivi des traitements est peu ou mal géré par le médecin généraliste et la maîtrise des usages à long terme lui échappe comme aux patients eux-mêmes.

La relation du patient-usager au médecin prescripteur se décline, à travers les témoignages que nous avons recueillis, selon 3 grands schémas :

- dans un premier cas de figure, le médecin propose et tend à plaider en faveur d'une prescription de médicaments alors que le patient n'a pas cette demande. Il est détenteur d'un pouvoir et en même temps conditionné par « l'air du temps », souvent influencé par la publicité détournée des laboratoires pharmaceutiques.
- dans un second type de situation, le médecin négocie avec son patient et il tend à le rendre autonome par rapport à sa consommation de médicaments et l'informant au mieux sur la façon de la gérer.
- dans un troisième type de situation, le médecin est instrumentalisé. Le patient se comporte comme un « client » et se réapproprie le pouvoir du médecin prescripteur. Il vient demander un renouvellement d'ordonnance ou encore une prescription qui est destinée à être détournée.

Usages de psychotropes et vie privée

Les éléments permettant d'approcher les liens entre la vie affective et l'usage de drogues font apparaître trois points saillants :

- beaucoup d'usagers sont célibataires. Ils sortent peut-être plus fréquemment que les couples vivant maritalement et ayant des enfants ;
- les psychotropes ont leur place dans le système de compensation de l'individu et dans son économie libidinale (plaisir et décompression, estime de soi, désinhibition et communication, identité, etc.) ;
- ils peuvent aussi jouer un rôle dans les relations sexuelles.

Le travail sous influence

Globalement les personnes que nous avons rencontrées disent n'éprouver aucun « plaisir à se défoncer au travail » et évitent cette situation. Une grande majorité ne consomme donc pas pendant leur temps de travail ou le font très occasionnellement. Les témoignages de ceux qui ont pour habitude de consommer au travail font apparaître 6 types de situations :

- la tolérance développée par l'utilisateur fait qu'il peut consommer sans que ses facultés soient trop altérées (Franck, William avec le cannabis) ; les produits deviennent en quelque sorte la condition de son intégration sociale ;
- l'habitude de consommer lorsqu'on travaille chez soi comme Mario (avec le cannabis) ;
- le contexte professionnel est ouvert à l'usage, qui n'est pas stigmatisé et ne semble incitateur que pour les personnes ayant déjà une propension à abuser des produits ;
- la consommation a lieu occasionnellement sur le lieu de travail, lorsque l'emploi du temps le permet (fin de semaine, périodes de calme)
- les produits visés sont consommés pour tenir éveillé au travail pendant de nombreuses heures ;
- pour une raison relationnelle, « faire partie d'un groupe », d'une « élite ».

Certains produits sont, du fait de la nature des effets qu'ils procurent, absolument incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. C'est principalement le cas de l'ecstasy et du LSD, bien que des expériences anecdotiques de consommation sur le lieu de travail nous aient été rapportées. D'autres substances s'avèrent compatibles du fait de la tolérance développée par l'utilisateur, tandis qu'ils ne seront pas gérables pour des usagers occasionnels. Enfin, on peut faire la liste des produits qui permettent l'exercice d'une activité professionnelle et peuvent même la favoriser : le tabac, l'alcool, la cocaïne, les amphétamines et les médicaments psychotropes.

Une tendance générale consiste à séparer nettement les temps de travail des temps de consommation de psychoactifs, pour plusieurs raisons dont celles-ci :

- les tâches professionnelles apparaissent incompatibles avec les effets engendrés par les prises de produits psychotropes (activités requérant de la concentration et de la précision notamment, ou impliquant une responsabilité importante) ;
- le plaisir lié à l'activité professionnelle suffit en lui-même (activités favorisant l'expression personnelle notamment) ou encore l'activité est suffisamment gratifiante et « confortable » pour que l'utilisateur accorde de l'importance au fait de ne pas perdre sa place ;
- les fonctions et/ou le rang au sein de l'environnement professionnel imposent un effort de présentation ou « de donner l'exemple » (fonction de représentations notamment, dans le cadre du contact avec la clientèle ou de l'encadrement d'une équipe) ;
- la sensibilité individuelle, ceux qui ont développé une tolérance ont l'habitude de consommer au travail et sont moins perturbés par les effets des produits ;
- quelles que soient les conditions, l'utilisateur n'envisage pas de consommer sur son lieu de travail parce que son cadre de référence et son système de valeurs ne le lui autorisent pas.

L'usage « dopant » à proprement parler, qui vise à augmenter sa capacité de travail et à lutter contre la fatigue, ne concerne que les stimulants licites²⁴⁷. L'usage de psychotropes illicites ou d'alcool n'a jamais pour unique but de se doper (au sens sportif du terme) et est toujours lié à la recherche d'un état modifié de conscience. Il peut exceptionnellement être motivé par des raisons relationnelles mais vise essentiellement, non pas à être plus performant mais à obtenir un état d'esprit qui permet à la personne de bien vivre, d'accepter plus sereinement de se plier aux règles du travail, « juste pour être un peu raide ». Pour la majorité des personnes rencontrées qui consomment dans le cadre de leur travail, la prise de psychotropes permet de « mieux supporter le travail », de « mieux supporter les autres », de « tromper l'ennui », de « ne pas voir les heures passer » ou encore de « mieux se supporter au travail ». Il s'agit de troubler volontairement ses perceptions pour travailler non pas forcément mieux ou plus, mais pour « se donner les moyens de le faire » en étouffant une nervosité, une irritabilité ou simplement une mauvaise humeur, qui peuvent considérablement affecter les relations professionnelles.

Les fumeurs de cannabis

L'alcool comme le cannabis sont fréquemment consommés pendant le temps de travail. Les fumeurs les moins assidus ne fument jamais en travaillant car les effets les affectent trop. Certains fumeurs réguliers, qui peuvent par ailleurs s'autoriser à consommer de l'alcool ou de la cocaïne sur leur lieu de travail, évitent le cannabis parce que ses effets sont trop repérables, qu'il marque trop les yeux et le visage. Les usagers les plus assidus, qui fument dès le réveil, ont visiblement développé une tolérance à ce produit qui fait que les effets du cannabis les affectent moins, tant mentalement que physiquement.

La notion de responsabilité professionnelle est également souvent évoquée comme un frein à la consommation de cannabis et conduit à un aménagement du temps de consommation en fonction du temps de travail : ne fumer que le soir, pendant les périodes de calme ou encore une porter une attention particulière à la vérification du travail effectué ou à sa planification.

Cocaïne, la légende de la performance

Les effets de la cocaïne présentent l'avantage de ne pas trop altérer l'état de conscience²⁴⁸ et d'être peu perceptibles par les autres. Ils peuvent même contribuer à une amélioration de l'image sociale, être perçus de manière positive.

Une majorité d'usagers expliquent que plus qu'une réelle augmentation des capacités, il s'agit de *l'illusion* d'être efficace ou plus efficace qu'à l'habitude. Les discours de type « j'avais l'impression de travailler » sont récurrents. La cocaïne apparaît comme la *drogue de la performance* dans l'imaginaire des usagers et des non-usagers, alors qu'elle semble plutôt correspondre dans la réalité à *la drogue de l'image de la performance*. En effet, pour beaucoup l'usage de cocaïne vise à tenir éveillé mais aussi à améliorer son image plus qu'à augmenter ses capacités cérébrales ou physiques. Les effets de la cocaïne sont non seulement peu repérables par des personnes extérieures, ils sont aussi trompeurs, dans le sens positif du terme. La plupart des personnes que nous avons rencontrées parlent d'un produit qui « remet en état », qui permet « d'avoir l'air frais », « clair » « éveillé ». Son utilisation est particulièrement appréciée les lendemains de nuits blanches. En d'autres termes, l'usager de cocaïne apparaît souvent comme un être vif d'esprit, énergique et en bonne santé.

Les usagers d'héroïne

Lorsqu'une tolérance est déjà installée l'héroïne peut se gérer au travail, elle intervient alors comme un stimulant. Les usagers évitent cependant de consommer pendant leur temps de travail, préférant avoir recours au Subutex® dans ce contexte. Si la dépendance à l'héroïne a eu des conséquences néfastes pour les individus que nous avons rencontrés, elle les a rarement empêchés de travailler : David était déjà dépendant lorsqu'il a trouvé l'emploi qu'il occupe actuellement, Thomas cherchait des contrats alors qu'il était en manque et Sébastien n'a jamais cessé de travailler.

²⁴⁷ Amphétamines ou équivalents, Guronzan®, guarana, café, tabac.

²⁴⁸ Possibilité de vaquer à des occupations quotidiennes sous l'influence du produit.

D'autre part, les témoignages recueillis indiquent non seulement que nombre de personnes ne sont pas attirées par ce produit même après l'avoir expérimenté mais aussi qu'il existe un usage maîtrisé et occasionnel d'héroïne.

L'alcool

L'alcool apparaît comme l'un des psychotropes, pourtant fortement modificateur de l'état de conscience, les plus présents dans la sphère professionnelle et les occasions qui se présentent dans la vie de l'entreprise peuvent contribuer, dans certains milieux, à asseoir des habitudes de consommation.

L'alcool bénéficie d'une tolérance particulière dans le milieu de l'entreprise. Le déni qui caractérise les usages dépendants, et a fortiori les usages de psychotropes licites, peut perdurer d'autant plus que ces usages ne sont condamnés par la société qu'en dernière instance, lorsque les personnes ne sont plus capables de se plier aux règles du jeu. Alors même qu'une personne qui ne maîtrise plus son usage d'alcool a un comportement déviant, celui-ci, dans certaines limites, peut être ignoré par ses collègues de travail, et même par ses supérieurs hiérarchiques.

La dimension sociale de la consommation

Cultiver sa vie professionnelle pour s'éloigner de l'identité du « drogué », se droguer pour s'éloigner de la norme.

Trois figures apparaissent dans les représentations des usagers intégrés. Ces personnages fantasmés, le « Français moyen, le « Junky » et le « Super Héros », semblent jouer un rôle primordial dans le vécu de la consommation. Au-delà même de la relation qu'entretient l'utilisateur avec le(s) produit(s), elles sont le lieu et l'expression de la *subjectivité*. Se percevoir ou non comme dépendant, accepter, craindre ou revendiquer le statut de « toxicomane », conditionne en partie et connote l'histoire de la personne avec les psychotropes. C'est donc aussi en s'appuyant sur ces productions symboliques que l'utilisateur, quel que soit son rapport au(x) produit(s) construit ses propres stratégies de gestion et qualifie sa consommation, en se mentant parfois à lui-même. S'identifier à la figure du toxicomane, sous l'angle du raté qu'on méprise ou du marginal qui conteste, c'est se préparer à le devenir. Cultiver l'image du Super Héros, y croire, c'est tenter de s'en rapprocher, intégrer et appliquer au moins en partie, le comportement qui définit ce personnage, même s'il reste fictif, rêvé.

Avoir une « bonne image » aux yeux des autres, chercher à l'améliorer ou en tout cas éviter qu'elle se dégrade est un facteur important pour le bien-être de l'individu, tant sur le plan professionnel pour conserver une crédibilité que sur le plan personnel pour maintenir une bonne estime de soi. Le corps, qui constitue pour beaucoup la première limite à la consommation de drogues, est aussi l'outil qui permet de faire illusion, de correspondre aux attentes des autres.

Plusieurs personnes insistent sur l'avantage d'avoir « une bonne gueule », d'être « insoupçonnable ». De nombreux témoignages mettent l'accent sur l'importance de l'apparence physique dans les relations interindividuelles. Ainsi ceux qui n'ont pas la « gueule de l'emploi » de l'utilisateur de drogue, sont tout à fait conscients d'échapper, grâce à cette « particularité », à la répression et à la stigmatisation.

Par ailleurs, plusieurs usagers expliquent que non seulement la consommation de psychotropes intervient parfois dans la gestion des contraintes sociales et des angoisses existentielles, mais aussi que les effets des produits peuvent être adaptés au monde du travail.

Différentes façons de vivre la dualité

Les témoignages recueillis montrent les différentes tensions auxquelles l'utilisateur de drogues qui travaille se trouve quotidiennement confronté d'une manière particulièrement ténue : tension entre le principe de plaisir et le principe de réalité, tension entre le désir de s'extraire du monde, de se déconnecter et celui de s'y intégrer, de s'y adapter, tension dans le passage d'une identité sociale à une autre parfois radicalement opposée, tension enfin entre la transgression et l'acceptation des normes.

L'usage de psychotropes illicites ne s'inscrit pas toujours dans un cadre contestataire de la société dans son ensemble et n'est pas forcément abordé sous l'angle de la transgression. La plupart des personnes rencontrées ne vivent pas et ne se représentent pas « en dehors » de la sphère sociale. Ils mettent parfois en exergue ce qu'ils considèrent être des indices d'une « bonne appartenance à la société », les gages qu'ils estiment donner pour avoir droit au respect de leur liberté, à une place et à un statut social. Beaucoup se considèrent comme des citoyens « respectables » et ne présentent pas leurs pratiques comme contradictoires avec leur insertion professionnelle.

Trois entretiens ont permis d'approfondir plus particulièrement la question de cette dualité entre la pratique illégale et stigmatisée que représente l'usage de drogues et l'inscription dans une activité professionnelle. Charles, Henri et William travaillent depuis 10 à 20 ans et ont rencontré les produits à l'adolescence, leur parcours et leur discours permettent donc d'approcher leur gestion personnelle de cette situation sur le long terme. Tous les trois ont peur du lendemain, recherchent la stabilité et la sécurité à travers leur statut social et entretiennent parallèlement un rapport marqué avec la transgression, qui les concerne davantage que la marginalisation (mode de vie alternatif, économie parallèle, prise de risques, illégalité, dureté des conditions de vie, « désintégration sociale »).

Aménager sa vie professionnelle en fonction de sa consommation

Son activité professionnelle lui offre la possibilité de ne pas renoncer à son mode de vie et d'assumer sa consommation : des horaires décalées, un environnement relativement ouvert sur la consommation, le sexe et les pratiques souvent considérées comme déviantes. Très investi dans son travail il est reconnu pour son efficacité et estime qu'il est aujourd'hui « là où il a envie d'être ».

Henri se situe dans un déni volontaire de la dépendance, tout en n'étant pas dupe. Il refuse de s'identifier au personnage du toxicomane et d'employer les termes qui servent à décrire un usage abusif de psychotropes. Hors enregistrement il dira « Si j'ai été junky, c'est dans une autre vie ».

Les produits comme conditions de l'intégration professionnelle

William dit avoir besoin de se sentir lié à la transgression, sans pour autant chercher à être en dehors des lois. La crainte des risques judiciaires et de la perte d'emploi le poussent à se montrer plus discret que lorsqu'il avait 20 ans : « Aujourd'hui je n'ai pas envie de me faire remarquer ».

Les psychotropes représentent pour lui le moyen de se plier à la contrainte que représente le travail tout en lui offrant la possibilité d'affirmer une identité sociale autre. Pendant longtemps l'œuvre de Burroughs lui permet d'entretenir cette double identité, de développer un imaginaire et une culture autour du personnage de « l'héroïnomane en costard-cravate » qu'incarne l'écrivain.

La dimension symbolique du secret : le rôle de la transgression dans la construction de l'identité

Amateur de bons vins qu'il consomme avec modération, il expérimente à l'occasion divers produits mais n'en apprécie guère les effets. Dynamique, dormant peu et travaillant à l'étranger, il a toujours aimé fréquenter les milieux de la nuit sans pour autant prendre des produits. Il aime l'idée de pouvoir être « à l'aise dans le bureau d'un ministre comme dans une *after* à 10 h du matin ». Charles est grisé par la fréquentation des milieux de la nuit et l'usage de drogues, il y trouve le frisson de la double vie et du secret, la sensation de pouvoir « jouer sur tous les tableaux », une possibilité aussi, même symbolique, de dépasser les obstacles créés par la condition sociale.

Il apparaît que la dimension symbolique joue un rôle central dans les comportements de consommation, le vécu et la perception de ces pratiques et ce même s'il existe parfois un décalage important entre la réalité d'une consommation et la façon dont l'usager se la représente et la présente à ses interlocuteurs.

« Garder sa place », les médicaments comme outils d'intégration sociale

Les usages sociaux des psychotropes apparaissent au premier plan dès lors que l'on s'intéresse à des personnes exerçant une activité professionnelle régulière, en particulier à travers leur rapport au travail et les stratégies qu'elles mettent en place pour se maintenir.

Les psychotropes interviennent dans l'aménagement des tensions entre individu et société, dans trois types de situations :

Les médicaments peuvent aider des personnes à tenir le coup quand les conditions de travail se détériorent et que le jeu social devient trop coûteux. Le choix d'une assistance chimique est alors une alternative à la rupture (quitter sa place, c'est-à-dire entrer ouvertement en dissidence par rapport à l'ordre établi ou démissionner).

Dans une société où l'expression des émotions personnelles semble avoir de moins en moins sa place, les médicaments offrent aussi à des personnes en souffrance (souffrance dépressive, angoisse, douleur physique, dépendance) de revêtir le masque de la conformité, d'être socialement adaptables, en particulier dans un cadre professionnel.

La substitution intervient ainsi pour les usagers d'héroïne ayant une activité professionnelle comme une stratégie de gestion, alors même que le sevrage est voulu mais apparaît comme trop coûteux en terme d'image sociale.

Les amphétamines, produits par excellence de la performance, sont consommées dans le cadre d'usages dopants, pour pouvoir tenir un rythme de travail soutenu, sous forme de speed ou de médicaments détournés. Les médicaments coupe-faim permettent à des personnes d'accroître leur productivité et aussi de se rapprocher de l'image du corps performant, actif et svelte.

Certaines drogues permettent enfin « de se rendre indépendant des contraintes sociales tout en restant socialisé²⁴⁹ », en priorité le cannabis ou l'alcool pour des usages quotidiens, les produits illicites pour des usages festifs, de fin de semaine. L'usage de psychotropes est dans ce dernier cas un moyen d'assumer ce choix de l'intégration et de mieux le supporter en aménageant des « lignes de fuite²⁵⁰ », temps de liberté et de non assujettissement à la loi, à la structure sociale. Contrairement aux médicaments psychotropes qui normalisent les comportements, les drogues illicites offrent ainsi une possibilité de résistance au conditionnement social pour des usagers qui se nourrissent de la dimension transgressive de ces pratiques. Mais le rapport aux psychotropes est toujours ambivalent. S'ils peuvent combler un désir de liberté, ils peuvent aussi conduire à de nouvelles formes de dépendance et d'aliénation. Parfois outils d'intégration, ils menacent les usagers qui ne sauraient gérer leur consommation d'une « désintégration²⁵¹ ».

Facteurs culturels influents sur la consommation

Un entretien permet d'aborder la dimension culturelle des usages de drogues, point sur lequel nous manquons malheureusement de données. En France, nous constatons que mis à part le caractère illégal de la consommation de psychotropes, c'est la non maîtrise de la relation au(x) produit(s) qui se trouve sanctionnée avant toute chose, dès lors que le comportement addictif est perçu par les autres. Comme on l'a vu, un usage régulier de produits comme l'alcool, la cocaïne ou l'héroïne, s'il est tenu secret, peut paradoxalement contribuer au maintien d'une apparente normalité. Cette norme sociale, qui n'est pas dénuée de conséquences sur les comportements et peut aussi contribuer à empêcher l'expression d'une difficulté à gérer sa consommation, semble inexistante en Grande Bretagne. La dimension socioculturelle des usages de psychotropes et du rapport au travail sont également des éléments à prendre compte dans la compréhension des pratiques qui structurent et entourent les modalités de consommation.

²⁴⁹ EHRENBERG (A.), *Le culte de la performance*, p. 260, éd. Pluriel, 1996.

²⁵⁰ Terme employé par G. DELEUZE dans « Deux questions » dans *Où il est question de la toxicomanie*, Bibliothèque des Mots Perdus, 1978.

²⁵¹ *Op. cit.*

Conclusion

C'est après plusieurs années de recherche sur les usages de drogues en milieu festif²⁵² que nous avons souhaité aborder la question de la consommation de psychotropes par des populations non référencées et ne correspondant pas à l'image du « toxicomane », jeune, désinséré, vulnérable ou en voie de marginalisation. Ce thème – les usagers intégrés à un milieu professionnel – se trouve à la croisée de nombreuses préoccupations tant sociales que politiques et économiques. La population étudiée, plus âgée, ne se revendique pas en tant que groupe et n'offre pas la possibilité d'effectuer un *terrain* au sens ethnographique du terme. Notre angle d'approche, forcément partiel, visait avant tout à recueillir et analyser les discours de ces usagers, qui, en dépit de – ou grâce à – leur consommation de drogues, maintiennent durablement leur statut social et leur activité professionnelle, situation allant à l'encontre des idées préconçues qui fondent les représentations sociales autour de la question des drogues.

Les entretiens et observations réalisés avec des usagers du milieu festif, la plupart d'entre eux étant étudiants ou sans emploi et s'inscrivant dans un processus identitaire marqué, mettaient en exergue le fait que les drogues sont un sujet de conversation quotidien et intimement lié à une expérience de vie collective, effaçant même parfois l'aspect illégal de cette pratique. La recherche de la transgression, pour cette population, se situe dans l'adoption d'un mode de vie et l'adhésion (même transitoire) à des valeurs contestataires et non pas uniquement dans le fait de consommer des substances illégales. Ainsi peut-on remarquer une tendance à assumer publiquement la consommation, dans un réseau relationnel où la prise de risque se trouve être valorisée et participe en quelque sorte à un *rite de passage*.

Les entretiens réalisés avec des usagers intégrés à un milieu professionnel ont été nettement plus difficiles à obtenir. On comprendra sans mal que ces personnes, même si elles peuvent dans certains cercles assumer leur consommation, ne tiennent pas non plus à la rendre publique. Elles se montrent tout à fait conscientes du caractère socialement « déviant » de leur pratique et en connaissent les conséquences éventuelles, quand elles ne les ont pas personnellement éprouvées. Leurs discours laissent apparaître une problématique plus individuelle que collective et ce même si l'usage a lieu la plupart du temps avec d'autres usagers.

Notre guide d'entretien visait dans un premier temps à explorer les liens entre l'activité professionnelle et l'usage de drogues. Nous avons très rapidement constaté une attitude récurrente chez les interviewés qui consistait à dissocier complètement leur vie professionnelle et leur vie privée, ce qui s'exprimait dans un premier temps par une difficulté à saisir l'objectif de la recherche, puis par un changement de ton et de lexique selon que l'on abordait l'un ou l'autre de ces thèmes.

Le croisement des trajectoires professionnelle, affective et « psychoactive » explorées dans les entretiens, tendait à mettre en lumière des facteurs déterminant les consommations. Ces aspects sont imbriqués les uns dans les autres et peuvent difficilement être appréhendés séparément. Ils contribuent à la recherche d'un équilibre global, auquel l'usage de psychotropes participe. Ainsi, les drogues, mais au même titre que le travail ou les relations amoureuses, peuvent de manière plus ou moins prédominante selon les personnes, se révéler des facteurs « constructifs », positifs, procurant du plaisir ou des facteurs « pathogènes », sources de désordre psychologique, de déstabilisation, rendant l'individu vulnérable.

²⁵² Milieu des fêtes techno essentiellement.

La richesse de la matière recueillie, 63 témoignages d'usagers de psychotropes illicites et licites exerçant une activité professionnelle régulière, ne nous a pour autant pas permis de dégager des trajectoires types, tant les façons de consommer et les parcours sont diversifiés. Chaque histoire peut être figurée par une combinaison, variable dans le temps, de multiples éléments susceptibles d'influencer les choix de consommation : le vécu (affectif, relationnel, et professionnel), le contexte de vie et la plus ou moins grande disponibilité des drogues dans l'entourage mais aussi la personnalité, le sens donné à l'usage de psychotropes et la culture qui l'entoure, le rapport à l'interdit et le positionnement adopté dans une société qui prône la performance.

Parmi les facteurs intervenant dans les itinéraires de consommation, on a pu constater l'importance de la vie relationnelle et affective des personnes. Le fait de vivre seul ou en couple modifie les besoins et les modes de consommation, l'arrivée d'un enfant peut favoriser une diminution de l'usage ou influencer celui-ci. Certains cas montrent que la détérioration des relations professionnelles, l'isolement peuvent favoriser la consommation.

Les personnes que nous avons rencontrées semblent avoir dans l'ensemble développé une bonne connaissance des produits qu'elles utilisent, d'elles-mêmes et de leurs réactions, même si toutes ne parviennent pas à se limiter à un usage occasionnel. Les témoignages recueillis font également apparaître une réflexion critique parfois très élaborée autour de la consommation de drogues, que les usagers décrivent entre autres choses comme un moyen de conserver un équilibre nécessaire à leur vie intérieure comme à leur vie en société.

Le travail sous influence n'est pas une habitude pour les usagers de drogues illicites interrogés. Ils évitent la plupart du temps de consommer durant leur temps de travail. Le cannabis est parfois utilisé dans ce cadre par ceux qui en maîtrisent les effets. La cocaïne, dont les effets ne semblent pas incompatibles avec l'activité professionnelle, figure également parmi les produits les plus fréquemment rencontrés sur les lieux de travail. Les personnes dépendantes de l'héroïne ont dans ce contexte le plus souvent recours à des produits de substitution.

Plusieurs témoignages attestent de la présence de l'alcool dans l'entreprise. Du fait de son statut légal et de son caractère « traditionnel », mais aussi du rôle qu'il joue dans les sociabilités, y compris professionnelles, on observe une tolérance à son égard. Comme en témoigne un médecin du travail qui exerce en milieu ouvrier, une alcoolisation importante peut être relativement bien acceptée et n'engendre pas forcément d'absentéisme, ni même une inaptitude au travail, ce qui ne signifie pas qu'elle ne soit jamais en cause dans les accidents du travail²⁵³.

Les usagers de drogues illicites développent au fil du temps des stratégies individuelles de gestion de leur consommation qui combinent plusieurs éléments. On constate tout d'abord un évitement des pratiques associées à l'image du « toxico » (l'injection notamment) et la plupart du temps une attention portée au contrôle des quantités absorbées et à la fréquence de consommation des produits. Les personnes rencontrées attachent une grande importance à leur activité professionnelle et compensent fréquemment l'utilisation de psychotropes par une rigueur et une autodiscipline qui les poussent à aménager leur consommation en fonction de leur travail et non l'inverse. Enfin, l'identification à des modèles de réussite, l'adhésion à des valeurs communément partagées et la construction d'un discours sur leur pratique, les portent à considérer leur maîtrise des produits comme une priorité.

²⁵³ Il faut également souligner les intérêts économiques que représente le marché des tests de dépistage des drogues en entreprise. En effet, aucun indice sérieux ne met en avant une explosion de la consommation de psychotropes au travail permettant de justifier une extension du dépistage des drogues à toutes les activités professionnelles. Les entreprises comportant des postes dits de sécurité (transports, machines dangereuses, etc.) prennent déjà en considération le facteur de risques que constitue la consommation de psychotropes licites ou illicites en dépistant ces salariés. Une extension des pratiques de dépistage ne reposerait donc pas réellement sur des préoccupations sanitaires et sécuritaires.

La mise en place de ces limites s'accompagne d'une lucidité sur le rapport aux produits présente chez presque tous les consommateurs de produits illicites rencontrés ici. Elle est souvent acquise avec le temps à travers le développement d'une connaissance de soi, des réactions du corps et de sa propre sensibilité aux effets des psychotropes.

Les usagers de médicaments prescrits sont globalement moins autonomes dans leur façon de consommer. Même avec le temps, ils ne développent pas toujours de savoir sur les produits qu'ils consomment et s'en remettent souvent au médecin prescripteur qui lui-même, on le constate bien souvent, ne mesure pas les effets sur ses patients d'un usage à long terme. On remarque pourtant que ceux qui se découvrent un goût pour les propriétés psychotropes des médicaments (et qui ont tendance à s'y accoutumer), ont un discours plus élaboré sur les différents produits, leurs effets et les modifications qu'ils induisent.

Etudier les représentations des usagers de drogues exerçant une activité professionnelle permet d'aborder le rapport à la transgression face à la dichotomie entre une pratique illégale et l'adhésion à des normes et des valeurs, le rapport à la norme sociale. D'une manière générale, on observe une crainte à l'égard des sanctions pénales mais surtout une peur de la stigmatisation et un souci de « paraître normal », de répondre aux attentes des acteurs du monde professionnel. Trois grandes tendances peuvent être dégagées :

La drogue est l'un des plaisirs de la vie

Pour certains, l'usage occasionnel des drogues, dans un contexte le plus souvent festif, est considéré comme « normal ». Cet usage, toujours occasionnel, de produits illicites ou licites détournés, peut aussi être utilitaire²⁵⁴. D'autres, qui ne cherchent pas forcément à déclencher des épisodes de consommation, n'hésitent pas à saisir l'occasion de prendre des produits et n'ont pas *a priori* négatif sur ces pratiques. Ils peuvent se montrer excessifs lors de ces phases irrégulières de consommation.

La drogue comme pratique déviante

Pour quelques personnes, le caractère illégal de l'usage de psychotropes (au-delà des effets des produits) a son importance dans la construction d'une identité, aux côtés d'autres pratiques comme la fréquentation du milieu de la nuit ou les pratiques sexuelles non conventionnelles. Cet attrait pour la transgression est cependant contenu par une « peur du lendemain », par la recherche d'un sentiment de sécurité, d'un confort matériel et par la crainte des sanctions pénales, éléments qui témoignent de l'absence d'intérêt pour une véritable marginalité. Consommer des produits illicites leur donne ainsi la sensation de ne pas être réduits à leur identité professionnelle, garder cette pratique secrète leur permet en quelque sorte un « élargissement de la vie²⁵⁵ ».

Les produits comme condition de l'intégration

Pour d'autres encore, le caractère illégal des substances consommées a pu jouer un rôle important à l'adolescence mais a été supplanté par une nécessité d'un autre ordre : la drogue représente pour eux, comme pour les usagers de médicaments psychotropes, la condition de leur intégration. Elle devient la « béquille chimique²⁵⁶ » nécessaire à leur adaptation.

Les comportements déviants, les manifestations de « l'inadaptation », sous des formes diverses selon les époques et les sociétés, témoignent de la difficulté que rencontre tout être humain à assouvir ses désirs personnels tout en les réfrénant, contraint et forcé par la nécessité de vivre en société et donc d'en accepter (au moins en partie) les lois mais aussi les règles implicites, les normes et les valeurs. Les psychotropes semblent jouer un rôle non négligeable dans les stratégies d'adaptation, dans la dynamique existante entre le besoin de s'extraire, de se déconnecter, de bousculer les

²⁵⁴ Consommation de stimulants pour tenir éveillé sur de longues périodes de travail.

²⁵⁵ Expression employée par SIMMEL G.

²⁵⁶ Expression employée par EHRENBURG A. et MIGNON P.

conventions et la nécessité de s'intégrer, de s'adapter, de survivre. De toute évidence, au-delà même du plaisir immédiat qu'il procure, l'usage de drogues vise à supporter, à accepter le compromis nécessaire, parfois même à permettre l'intégration. La consommation de produits illicites peut répondre à un besoin de s'affranchir pour un temps des conventions sociales, pour mieux les accepter ensuite. Les médicaments, produits de l'intégration par excellence, permettent aux personnes de tenir le coup et d'assumer leurs obligations sociales lorsqu'elles se sentent fragilisées, de maintenir l'apparence d'une normalité, de se conformer à l'image sociale attendue.

Présentation des entretiens

Prénom, âge, profession	Code et Enquêteur ²⁵⁷
Johnny, 40 ans, maraîcher	Entretien 2 (AF 2)
Stéphane, 35 ans, agent de maîtrise, responsable d'équipe	Entretien 4 (SQ 1)
Romane, 27 ans, approvisionneuse en prêt-à-porter	Entretien 5 (RV 1)
Bruno, 32 ans, tour manager	Entretien 6 (AF 4)
David, 38 ans, travaille en milieu carcéral	Entretien 7 (AF 5)
Ken, 24 ans, commercial	Entretien 8 (CVV 1)
Didier, 30 ans, artiste plasticien	Entretien 9 (AF 6)
Sarah, 32 ans, comédienne	Entretien 10 (RV 2)
Seb, 32 ans, informaticien	Entretien 11 (JC 1)
Gaby, 24 ans, comptable/claviériste	Entretien 12 (RV 3)
Achille, 32 ans, directeur technique bar-concerts	Entretien 13 (RV 4)
Goupil, 30 ans, enseignant	Entretien 14 (RV 5)
Fab, 38 ans, ouvrier spécialisé	Entretien 15 (JC 2)
Cornélius, 27 ans, monteur-truquiste	Entretien 16 (AF 7)
Alice, 33 ans, danseuse	Entretien 17 (RV 6)
Salomon, 32 ans, technicien informatique	Entretien 18 (RV 7)
Armand, 49 ans, milieu de l'art contemporain	Entretien 19 (AF 8)
Yves, 30 ans, chargé de production TV	Entretien 20 (CVV 2)
Marcus, 33 ans, secrétaire de rédaction, écrivain/claviériste	Entretien 21 (AF 9)
Michel, 38 ans, régisseur salle de concerts	Entretien 22 (AF 10)
Jean-Patrick, 43 ans, cadre infirmier en hôpital psychiatrique	Entretien 23 (SQ 2)
Elsa, 33 ans, journaliste free lance pour des sites web	Entretien 24

²⁵⁷ AF : Astrid Fontaine
 CF : Caroline Fontana
 CVV : Charles Vallette-Viallard
 JC : Julien Chambon
 RV : Renaud Vischi
 SQ : Sandy Queudrus

Prénom, âge, profession	Code et Enquêteur²⁵⁷
	(AF 11)
François, 29 ans, ingénieur développement dans le secteur informatique	Entretien 25 (SQ 3)
Emmanuel, 30 ans, gérant d'une SARL dans le secteur culturel	Entretien 26 (SQ 4)
Gilles, 33 ans, intermittent du spectacle dans un cirque	Entretien 27 (SQ 5)
Nicolas, 29 ans, gérant d'une SARL dans le secteur culturel	Entretien 28 (SQ 6)
Caïn, 28 ans, production événementielle	Entretien 29 (AF 12)
Claude, 41 ans, haute technologie, prestataire vérification des normes de sécurité	Entretien 30 (CVV 3)
Bob, 33 ans, régisseur son et lumière	Entretien 31 (RV 8)
Eddy, 48 ans, gérant resto/salle de concerts	Entretien 32 (CVV 4)
Olivier, 30 ans, concepteur multimédia	Entretien 33 (RV 9)
Mario, 38 ans, programmeur-développeur informatique	Entretien 34 (RV 10)
Martine, 25 ans, chargée de produit, communication, produits dérivés, site internet	Entretien 35 (AF 13)
Éric, 35 ans, scénariste	Entretien 36 (AF 14)
Tom, 28 ans, Assistant de réalisation	Entretien 37 (CVV 5)
Thomas, 35 ans, photographe publicitaire	Entretien 38 (AF 15)
Alex, 35 ans, musicien et chanteur	Entretien 39 (AF 16)
Lionel, 26 ans, enseignant Éducation nationale	Entretien 40 (AF 17)
Ricky, 28 ans, technicien Lumière, intermittent du spectacle	Entretien 41 (CVV 6)
Claire, 31 ans, danseuse	Entretien 42 (SQ 7)
Entretiens réalisés en 2002	
William, 40 ans, fonctionnaire	Entretien 43 (AF 18)
Robert, 43 ans, instituteur	Entretien 44 (AF 19)
Momo, 31 ans, éclairagiste intermittent	Entretien 45 (CF 1)
Ghislaine, 57 ans, secrétaire	Entretien 46 (CF 2)
Marie, 53 ans, responsable comptable	Entretien 47 (CF 3)
Monique, 40 ans, chargée de mission en contrôle gestion	Entretien 48 (CF 4)
Judith, 28 ans, médiateur culturel	Entretien 49 (CF 5)
Yann, 36 ans, chef d'entreprise	Entretien 50 (CF 6)

Prénom, âge, profession	Code et Enquêteur²⁵⁷
Julien, 39 ans, musicien	Entretien 51 (CF 7)
Sharon, 43 ans, responsable d'une société d'intérim	Entretien 52 (CF 9)
Anne, 51 ans, comptable	Entretien 53 (CF 10)
Victor, 28 ans, doctorant et consultant	Entretien 54 (AF 20)
Lou, 39 ans, visiteuse médicale	Entretien 55 (AF 21)
Franck, 32 ans, ingénieur en génie climatique	Entretien 56 (AF 22)
Charles, 40 ans, haut fonctionnaire	Entretien 57 (AF 23)
Rachel, 32 ans, presse-édition	Entretien 58 (AF 24)
Henri, 38 ans, journaliste TV	Entretien 59 (AF 25)
Sébastien, 38 ans, directeur informatique	Entretien 60 (AF 26)
Samuel, 30 ans, professeur en lycée	Entretien 61 (AF 27)
Caïn, 30 ans, production événementielle, 2 ^o entretien	Entretien 29 (AF 28)
Lucie, 35 ans, médecin	Entretien 62 (AF 29)
Mireille, 42 ans, professeur de lettres	Entretien 63 (CF11)
Entretiens réalisés avec des non usagers	
Docteur M., médecin du travail	AF 30
Jack, 31 ans, gérant d'un bar	AF 31
Docteur G., médecin généraliste	CF 8
Mme Z., sociologue mandatée par les CHSCT ²⁵⁸	CF 12
Docteur K, médecin généraliste, 35 ans	CF 13

²⁵⁸ Comités Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail.

ANNEXES

Profils des personnes rencontrées en 2002 (ce tableau ne prend pas en compte la consommation de tabac et d'alcool)

Statut légal des produits consommés au moment de l'entretien ²⁵⁹	Nombre de personnes	Sexe et âge	Profession	Situation matrimoniale
Médicaments psychotropes	6 femmes et 1 homme	Femme, 53 ans Femme, 57 ans Femme, 40 ans Homme, 39 ans Femme, 43 ans Femme, 51 ans Femme, 42 ans	Responsable comptable Secrétaire Chargée de mission en contrôle gestion Musicien Responsable d'une agence d'intérim Comptable Professeur en lycée	Concubinage, 2 enfants Célibataire, 1 enfant Célibataire Concubinage Concubinage, 1 enfant Relation sans cohabitation, 1 enfant Séparée, 2 enfants
Produits illicites et médicaments	1 femme et 3 hommes ²⁶⁰	Femme, 28 ans Homme, 40 ans Homme, 28 ans Homme, 30 ans	Médiateur culturel Fonctionnaire Docteur et consultant Production événementielle	Célibataire Célibataire Célibataire Concubinage
Produits illicites exclusivement	3 femmes et 8 hommes	Homme, 31 ans * Homme, 36 ans * Homme, 43 ans Femme, 39 ans * Homme, 32 ans Homme, 40 ans Femme, 32 ans Homme, 38 ans Homme, 38 ans Femme, 35 ans * Homme, 30 ans ²⁶¹	Eclairagiste intermittent Chef d'entreprise Instituteur Vétérinaire Responsable en génie climatique Haut fonctionnaire Coordinatrice presse-édition Journaliste TV Directeur informatique Médecin Professeur en lycée	Célibataire Célibataire, 2 enfants Célibataire Célibataire, 1 enfant Célibataire Concubinage, 1 enfant Mariée, 1 enfant Célibataire, 1 enfant Marié, un enfant Célibataire, 1 enfant Célibataire

²⁵⁹ Les personnes qui ont également consommé des produits licites par le passé sont marquées d'un astérisque.

²⁶⁰ Dont 1 femme et 2 hommes qui ont connu un épisode de consommation de médicament sur prescription.

²⁶¹ Usage exclusif de cannabis.

Types de professions rencontrées

Milieu du spectacle	Milieu informatique	Autres catégories professionnelles
<p>Artiste de cirque</p> <p>Artiste-plasticien</p> <p>Assistant de réalisation</p> <p>Chargé de production TV</p> <p>Comédien</p> <p>Danseuse</p> <p>Directeur technique bar-concert</p> <p>Eclairagiste intermittent</p> <p>Gérant d'un restaurant et d'une salle de concert</p> <p>Gérant d'une SARL dans le domaine culturel</p> <p>Musicien</p> <p>Musicien/chanteur</p> <p>Photographe publicitaire</p> <p>Régisseur d'une salle de concert</p> <p>Régisseur son et lumière</p> <p>Technicien lumière</p> <p>Tour-manager</p>	<p>Chargé de production événementielle</p> <p>Chargé de produits dérivés d'une activité</p> <p>Comptable</p> <p>Concepteur multimédia</p> <p>Directeur informatique</p> <p>Enseignant en infographie</p> <p>Informaticien</p> <p>Ingénieur en développement</p> <p>Journaliste free lance sur Internet</p> <p>Monteur-truquiste</p> <p>Programmeur développeur</p> <p>Scénariste</p> <p>Secrétaire de rédaction</p> <p>Technicien informatique</p>	<p>Agent de maîtrise</p> <p>Approvisionneuse en prêt-à-porter</p> <p>Chargée de mission en contrôle gestion</p> <p>Chef d'entreprise</p> <p>Commercial dans le domaine des assurances et de la finance</p> <p>Comptable</p> <p>Consulting</p> <p>Coordinatrice presse-édition</p> <p>Doctorant et consultant</p> <p>Enseignant à l'université à l'étranger</p> <p>Fonctionnaire</p> <p>Haut fonctionnaire</p> <p>Haute technologie (normes de sécurité)</p> <p>Infirmier psychiatrique</p> <p>Instituteur</p> <p>Journaliste TV</p> <p>Marâcher</p> <p>Médecin</p> <p>Médiateur culturel</p> <p>Milieu carcéral</p> <p>Milieu de l'art contemporain</p> <p>Ouvrier spécialisé</p> <p>Production événementielle</p> <p>Professeur en lycée</p> <p>Responsable comptable</p> <p>Responsable d'une agence d'intérim</p> <p>Responsable en génie climatique</p> <p>Secrétaire</p> <p>Visteuse médicale</p>

Hommes/Femmes sur 63 personnes rencontrées

	46 Hommes		17 Femmes	
Situation matrimoniale	30 sont célibataires 16 vivent en concubinage 13 ont un ou plusieurs enfants		10 sont célibataires 7 vivent en concubinage ²⁶² 8 ont un ou deux enfants	
Santé	18 évoquent des problèmes de santé		7 évoquent des problèmes de santé.	
Types de contrat	CDI Indépendant Intermittent Fonctionnaire et assimilé CDD Intérimaire Gérant, actionnaire Non renseigné	15 10 11 5 2 1 1 1	CDI Indépendant Intermittent Fonctionnaire et assimilé Contrat aidé Autre	8 1 2 2 2 2
Revenus	50 000 à 100 000 100 001 à 150 000 150 001 à 200 000 200 001 à 300 000 300 001 à 500 000 Plus de 500 000 Non renseigné	16 9 7 7 2 2 3	Moins de 50 000 50 000 à 100 000 100 001 à 150 000 150 001 à 200 000 300 001 à 500 000 Non renseigné	2 7 4 2 1 1
Âge	25 ou moins 26 à 30 31 à 35 36 à 40 41 à 45 46 à 50	2 14 14 11 3 2	25 ou moins 26 à 30 31 à 35 36 à 40 41 à 45 51 à 55 56 et plus	2 2 6 2 2 2 1

²⁶² Dont une entretient une relation stable sans cohabitation.

Fréquences de consommation

Fréquence (sur 63)	Sexe	Âge	Situation matrimoniale	Type de contrat	Revenus	Santé	
Mensuelle – annuelle	4 Femmes	25 et moins	Célibataires : 7	CDI	50 à 100 000	6	2 mentionnent des problèmes de santé
	8 Hommes	26 à 30	Concubinage : 5	Indépendant	100 à 150 000	1	
12 ²⁶³ sur 63		31 à 35	4 ont un ou plusieurs enfants	Intermittent	150 à 200 000	2	
		36 à 40		Contrat aidé	200 à 300 000	3	
		41 à 45		Autre		3	
Mensuelle	3 Femmes	26 à 30	Célibataires : 5	CDI	50 à 100 000	2	3 évoquent des problèmes de santé
	5 Hommes	31 à 35	Concubinage : 3	CDD	100 à 150 000	2	
8 ²⁶⁴ sur 63		36 à 40	4 ont un enfant	Indépendant	200 à 300 000	2	
				Intermittent	+ de 500 000	1	
				Secteur public	Non renseigné	1	
Mensuelle hebdomadaire ²⁶⁵	3 Femmes	25 ou moins	Célibataires : 8	CDI	- de 50 000	1	2 ont des problèmes de santé
	10 Hommes	26 à 30	Concubinage : 5	Indépendant	50 à 100 000	6	
13 ²⁶⁶ sur 63		31 à 35	5 ont un enfant	Intermittent	100 à 150 000	3	
		36 à 40		Autre	150 à 200 000	2	
				Non renseigné	200 à 300 000	1	
Hebdomadaire	1 Femme	25 ou moins	Célibataires : 4	CDI	50 à 100 000	2	2 évoquent des problèmes de santé
	5 Hommes	26 à 30	Concubinage : 2	Fonctionnaire	100 à 150 000	2	
6 sur 63		31 à 35	Aucun n'a eu d'enfant.		150 à 200 000	1	
		41 à 45			200 à 300 000	1	
Hebdomadaire quotidienne	1 Femme	25 ou moins	Célibataires : 4	CDI	50 à 100 000	4	3 parlent de problèmes de santé
	6 Hommes ²⁶⁷	26 à 30	Concubinage : 3	CDD	100 à 150 000	1	
7 sur 63		31 à 35	Yann a 2 enfants.	Indépendant	200 à 300 000	1	
		36 à 40		Intermédiaire	Non renseigné	1	
				Fonctionnaire		1	
				Gérant		1	

²⁶³ 4 ont connu des phases de consommation intensive et 1 a été dépendant de l'héroïne. Une fume du cannabis et a déjà pris des antidépresseurs sur prescription.

²⁶⁴ 3 ont connu plusieurs phases de consommation intensives, 1 a été dépendant de la cocaïne.

²⁶⁵ De substances autres que le tabac, l'alcool et le cannabis. Tous fument quotidiennement du cannabis.

²⁶⁶ 4 ont connu plusieurs phases de consommation intensive et 2 ont été dépendants de l'héroïne.

Quotidienne (licites)	6 femmes 1 homme	36 à 40 41 à 45 51 à 55	2 2 2	Célibataires : 3 Concubinage : 4 5 ont des enfants	CDI Fonctionnaire 1 Indépendant Intermittent	4 1 1 1	- de 50 000 50 à 100 000 100 à 150 000 150 000 à 200 000 300 à 500 000 Non renseigné	1 1 2 1 1 1	5 évoquent des problèmes de santé relativement lourds
7 sur 63, médicaments exclusivement		Plus de 55	1						
Quotidienne²⁶⁸ (illicites)	5 hommes	31 à 35 36 à 40 41 à 45	1 3 1	Célibataires : 5 1 a 1 enfant	CDI CDD Fonctionnaire	2 1 2	50 à 100 000 100 à 150 000 300 à 500 000 Non renseigné	1 1 1 2	4 évoquent des problèmes de santé relativement lourds
5 sur 63									

Commentaires tableau²⁶⁹ :

Eric et Bruno n'ont pas été comptabilisés dans ce tableau car leur consommation se déroule par cycles (allant de 1 à 6 mois de consommation quotidienne) alternés avec des périodes d'abstinence (subie ou bien vécue avec cannabis et alcool). Armand et Eddy viennent d'interrompre une consommation quotidienne de cocaïne pour l'un, d'héroïne pour l'autre. Quant à Victor, il utilise quotidiennement des produits licites et des médicaments autoadministrés, et annuellement des produits illicites (ecstasy, lsd, speed).

Hebdomadaire-quotidienne (7 sur 63) :

Samuel et Yann consomment exclusivement du cannabis. 4 ont connu plusieurs phases de consommation intensive et Johnny et Romane sont dépendants de l'héroïne au moment de l'entretien.

Hebdomadaire (6 sur 63) :

5 ont connu plusieurs phases de consommation intensive. Tous occupent un emploi stable.

²⁶⁷ Un fume exclusivement du cannabis.

²⁶⁸ Henri : cocaïne et cannabis ; David : héroïne ; Robert : cannabis exclusivement ; William : alcool, cannabis, médicaments ; Alex : cannabis, cocaïne par périodes. Armand et Eddy, qui ne sont pas comptabilisés, viennent d'interrompre une consommation cocaïne d'environ 3 ans, de cocaïne pour l'un, d'héroïne pour l'autre. Ils sont tous deux célibataires et travaillent environ 70 h par semaine.

²⁶⁹ Ce tableau ne prend pas en compte les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis (excepté les deux fumeurs de cannabis exclusifs (2) et ceux qui consomment essentiellement du cannabis : Samuel, Yann et Judith qui sont classés respectivement dans « hebdomadaire-quotidienne » et « mensuelle – annuelle » et Robert en consommation « quotidienne ».

FICHES DES ENTRETIENS REALISES EN 2002

CF ENTRETIEN 1

Momo, 31 ans, éclairagiste intermittent, entretien 45

Célibataire au moment de l'entretien.

Produits psychotropes consommés : alcool et cannabis régulièrement, période Dinintel® Ordinator®, vie, période Héroïne quotidien puis occasionnel (injection occasionnellement), Subutex® et méthadone quelques fois, cocaïne, speed, ecstasy, MDMA, occasionnels.

Thèmes principalement abordés : usage « opportuniste », usage de psychotropes illicites dans le milieu du spectacle, usage et vie affective, l'injection comme mode de consommation occasionnel.

CF ENTRETIEN 2

Ghislaine, 57 ans, secrétaire au siège d'une grande entreprise, entretien 46

Divorcée, vit seule. Une fille et deux petits enfants.

Produits psychotropes consommés : tabac (quotidien pendant 20 ans, de 20 à 40 ans), alcool occasionnel, Usage de médicaments psychotropes : plusieurs épisodes de dépression aiguë dans sa trajectoire qui sont mis en relation avec des problèmes d'ordre affectif et donnent lieu à des prescriptions épisodiques de médicaments anxiolytiques (Librium®, Valium®). Depuis 7 ans, après un séjour à l'hôpital, traitement avec anxiolytique (Lexomil®, Urbanil®) et médicament antidépresseur associé (Effexor® puis Prozac®), sans augmentation des doses. Elle voit une psychothérapeute depuis août 2000.

Actuellement Librium®, Valium®, Prozac® quotidiennement.

Thèmes principalement abordés : Usage de confort, dépression, pression sociale, crises d'angoisse.

CF ENTRETIEN 3

Marie, 53 ans, responsable comptable, entretien 47

Concubinage depuis 22 ans, 2 enfants (20 et 31 ans) dont 1 d'un premier mariage. Vit avec le second.

Produits psychotropes consommés : tabac entre 18 et 20 ans 2,3 cigarettes/jour, alcool : vin quotidien régulier depuis 20 ans, cannabis 1 expérience, médicaments psychotropes :

Plusieurs épisodes courts avec anxiolytiques (Tranxène®, Lexomil®). Épisode de consommation de médicaments dégressif depuis un an, consécutif à des problèmes relationnels dans le cadre professionnel. Son médecin généraliste lui prescrit un médicament anxiolytique (Xanax®) arrêté au bout de quelques mois, un autre (Atarax®) pendant un mois, un antidépresseur (Zoloft®) consommé jusqu'à aujourd'hui de façon dégressive, et un somnifère (Stilnox®) consommé depuis un an de façon dégressive.

Actuellement Atarax® ½ le soir, Zoloft® 1 tous les 3 jours, vin à table.

Thèmes principalement abordés : Problèmes relationnels au travail, surmenage professionnel, usage de médicaments.

CF ENTRETIEN 4

Monique, 40 ans, célibataire, Chargée de mission en contrôle gestion, entretien 48

Produits psychotropes consommés : Tabac, alcool, a déjà expérimenté des produits illicites.

Médicaments : À 20 ans, épisode de consommation de Tranxène® 50 pendant un mois de « dépression forte » puis consomme du Lexomil® quotidiennement pendant 4 ans, deux épisodes de prise de Normeson , commence une psychothérapie en 1996 et prend un antidépresseur depuis 1999 (prescrit par un psychiatre), Athymil® (est passé du dosage 30 au 10 depuis 1999).

Actuellement tabac quotidien, alcool occasionnel, Athymil 10® quotidien.

Thèmes principalement abordés : Perception sociale de l'usage de médicaments psychotropes, usage de confort, usage de médicaments comme mode d'adaptation sociale, dépression, psychanalyse, pratiques d'automédication.

CF ENTRETIEN 5

Judith, 28 ans, célibataire, médiateur culturel, entretien 49

Célibataire

Produits psychotropes consommés : tabac, alcool et cannabis (consommations qui deviennent abusives en périodes de dépression), antidépresseur pendant 1 ans (Déroxat® 20 mg, 1 puis ½) pour soigner une dépression apparue suite à une séparation, prescription Atarax® 25 mg (quelques prises non suivies d'effet elle ne poursuit pas). Suit une psychothérapie depuis mai 2000.

Thèmes principalement abordés : Représentations des produits illicites, Stress, dépression et consommation d'alcool, de cannabis et d'antidépresseur, usages anesthésiants, rupture affective et consommation de psychotropes, le travail comme facteur d'équilibre, la prise de risque, dépendance au tabac.

CF ENTRETIEN 6

Yann, 36 ans, chef d'entreprise, entretien 50

2 enfants, séparé.

Usage dépendant de tabac, cannabis quasi quotidien dont l'usage est considéré comme thérapeutique. Dépression suite à une séparation. A consulté un psychiatre pendant un an qui lui a prescrit un antidépresseur, (Déroxat®) sur une période de 6 mois.

Produits psychotropes consommés : tabac et cannabis quotidiens, alcool très occasionnel, Déroxat® pendant 6 mois, 2 essais de cocaïne, 2 prises d'ecstasy récentes.

Thèmes principalement abordés : Surinvestissement dans le travail, le travail comme « anesthésiant », cannabis et stimulation intellectuelle, cannabis « antidépresseur », dépression et consommation de médicament antidépresseur.

CF ENTRETIEN 7

Julien, 39 ans, musicien, entretien 51

Vit en concubinage après un premier mariage et un divorce.

Usage de médicaments psychotropes depuis près de 10 ans pour des crises d'angoisses aiguës (« attaques de panique ») associées à une dépression. Accoutumance aux médicaments dont il change souvent. Actuellement se considère comme guéri mais poursuit un sevrage.

Produits psychotropes consommés : tabac, alcool, médicaments : Lexomil® rentabilité®, Valium®, Tranxène®, Xanax® (jusqu'à 6 comprimés par jour à 0,50); Anafranil®, Prozac®, Déroxat®, Zoloft®, Séropram®, Stablon®, Rivotril® (jusqu'à 6 ou 8 par jour).

Actuellement Tabac 1 paquet par jour, Xanax® un comprimé de 0,25 par jour, Ritrovil® 2 mg par jour, Séropram®1/2

Thèmes principaux abordés : pression sociale, crises d'angoisses et dépression, souffrance de la dépression, accoutumance et dépendance aux médicaments psychotropes, sevrage, prise de risque.

CF ENTRETIEN 8

Docteur G, médecin généraliste, 55 ans

(N'accepte pas l'enregistrement, prise de notes), exerce dans la même ville depuis 25 ans.

Thèmes principalement abordés : perceptions des médicaments psychotropes et de leur efficacité, Le DSM, perceptions des limites entre le « normal » et le pathologique et limites posées à l'intervention médicale, évolution de l'accès des généralistes aux prescriptions de psychotropes, évolution de la demande des patients depuis 20 ans, difficultés rencontrées avec les patients en substitution.

CF ENTRETIENS 9

Sharon, 43 ans, responsable d'une société d'intérim, entretien 52

Vit en concubinage depuis deux ans, une fille d'un premier mariage et grand-mère qu'une petite fille de quelques mois.

Produits psychotropes consommés : usage périodique régulier (en prend trois mois, arrête trois mois) de médicaments coupe-faim depuis 20 ans (Isoméride® puis Médiator®, dérivés amphétaminiques) ; Lexomil® régulièrement (1soir tous les 15 jours) depuis 10 ans.

Au moment de l'entretien, Mediator® (épisode à venir), Lexomil® régulier.

Thèmes principaux abordés : automédication, problèmes de sommeil ; rapport au corps ; image sociale ; représentations sur les psychotropes.

CF ENTRETIENS 10

Anne, 51 ans, comptable, entretien 53.

À un compagnon depuis 1 an mais ils ont chacun leur habitation, 1 fils.

Psychotropes consommés : Tabac, alcool,

Usage quotidien depuis 2,5 ans d'Athymil® et de Rivotril®, Nabucox® quotidien et Atepadene® régulièrement depuis 6 mois, périodiquement Zumalgic®.

Prescriptions de médicaments pour la douleur (anti-inflammatoire et opiacés) et, depuis 2 ans et demi, d'un antidépresseur (Athymil®) et d'un anxiolytique (Rivotril®), pour des problèmes neurologiques consécutifs à un traitement radiothérapie/chimiothérapie anticancéreux subi il y a 15 ans.

Thèmes principaux abordés : Rapport au corps, perceptions de la souffrance physique ; usage thérapeutique et usage pour se maintenir, accoutumance aux médicaments (anxiolytiques, antidépresseur, opiacés), le travail vecteur d'intégration, accoutumance au tabac.

CF ENTRETIEN 11

Mireille, 42 ans, professeur de lettres, entretien 63

Deux enfants, séparée de son mari.

Psychotropes consommés : tabac de 13 à 26 ans, cannabis quotidien pendant une année entre 17 et 18 ans, une expérience coke (sniff) + une expérience hero (injection) à 18-19 ans, ne boit pas que très occasionnellement, Lexomil® très occasionnel aussi dans le passé, antidépresseur Ixel® de mars 2001 à septembre 2002, Lysanxia® depuis mars 2001 consommation en augmentation, aujourd'hui quasi quotidienne. Psychothérapie depuis 3 ans.

Thèmes principalement abordés :

Dépendance aux anxiolytiques et gestion de la consommation, dépendance amoureuse, vie avec un conjoint alcoolique, relations professionnelles, vécu de la dépression et d'états d'angoisse, rapport au travail intellectuel.

CF ENTRETIEN 12

A. Z., Sociologue

Mandatée par les CHSCT, Comités Hygiène Sécurité et Conditions de Travail, par l'intermédiaire de l'association Émergence.

Thématiques : rythme de travail, passage au 35 h, cadre européen, perte de sens au travail, rupture des collectifs de travail, harcèlement moral, position des cadres dans l'entreprise, séparation CDI/intérimaire, souffrance au travail, « mesures compensatoires », discours sur les usages de médicaments, usages et professions intellectuelles supérieures, silence autour des usages d'alcool.

CF ENTRETIEN 13

Docteur K, médecin généraliste, 35 ans

Thèmes principalement abordés : décision thérapeutique, conception de l'acte thérapeutique, relation avec les patients, gestion de la prescription de psychotropes, formation des généralistes, subjectivité des effets des médicaments anxiolytiques, effet placebo, observation des demandes de psychotropes, demandes abusives, amphétamines, substitution.

CF ENTRETIEN 1

William, 40 ans, célibataire, fonctionnaire, entretien 43

Usage actuel : cannabis quotidien (75 g par mois), alcool quotidien, Xanax® hebdomadaire, Lexomil®, cocaïne et LSD ponctuel, phase de consommation régulière d'ecstasy aujourd'hui arrêtée.

Produits consommés : alcool, tabac, cannabis, LSD, ecstasy, cocaïne, champignons, amphétamines, héroïne, morphine, amphétamines (Dinintel®, Fraganor®), barbituriques, anxiolytiques (Lexomil®, Xanax®, Halcion®, rentabilité®), neuroleptiques. Le Xanax® lui est prescrit pour sa tension artérielle par une cardiologue. Son usage de médicaments, autogéré, est ponctuel, actuellement hebdomadaire pour le Xanax® et associé à l'alcool et au cannabis.

Thèmes principalement abordés :

Gestion de l'image sociale. Aménagement vie professionnelle, particularité de la fonction publique/vie privée. Evolution du rapport aux produits. Vie sentimentale, sexualité, période échangiste, rupture. Médicaments psychotropes, prescrits mais détournés. Relations avec le corps médical, santé. Consommation actuelle d'alcool, gestion. Représentations usage de psychoactifs licites, illicites, système de valeurs. Représentations et vécu sur les notions de toxicomanie, d'addiction, de santé. Représentations, relations avec le milieu professionnel.

AF ENTRETIEN 2

Victor, 28 ans, célibataire, doctorant et consultant, entretien 54

Usage actuel : ecstasy (1 à 2 comprimés tous les 2 mois), LSD (entre 3 et 5 expériences), cocaïne (quelques expériences peu concluantes), cannabis (tire sur des joints une fois par semaine, 2 expériences négatives en ingestion), speed (ingéré, sniffé, environ une fois tous les 2 mois, souvent en association avec l'ecstasy).

Médicaments : « J'ai commencé à me soigner pour la déprime j'avais 17 ans. »

Première prescription de médicaments anxiolytiques (Lexomil®, Tranxène®) + antidépresseur à 17 ans : épisode de 6 mois. À 26 ans, second épisode de consommation, traitement plus lourd (Lysanxia®, Lexomil®, antidépresseur, Tercian®, hypnotique) pour un état qu'il qualifie de « psychotique », pendant 6 mois puis passe à l'autogestion.

Aspirine codéinée quotidien (2 g) prescrite pour une névralgie pendant 6 mois, depuis consommation entre hebdomadaire et quotidienne en autoadministration pour des problèmes récurrents de migraine.

Thèmes principalement abordés :

Automédication, autogestion de la santé, produits licites/illicites. Surinvestissement de la vie active. Rapport au corps, à la santé, au corps médical. Stress et santé mentale. Dimension sociale. Dimension affective.

AF ENTRETIEN 3

Robert, 43 ans, célibataire, instituteur spécialisé depuis 5 ans, entretien 44

Thèmes principalement abordés :

Aujourd'hui fumeur exclusif de cannabis. Trajectoire professionnelle (a exercé de nombreux métiers), usage d'héroïne au travail par le passé, usage actuel de cannabis par rapport aux temps de travail.

AF ENTRETIEN 4

Lou, 39 ans, célibataire, 1 enfant, visiteuse médicale, entretien 55

Usage actuel : tabac (5 cigarettes par jour), alcool aux repas et apéro (alcool fort quand elle sort en boîte), cocaïne et ecstasy quand l'occasion se présente (mensuel-annuel).

Médicaments : usage de Prémamone® pour des problèmes de poids puis comme stimulant.

Thèmes principalement abordés :

Sa profession. Consommation d'alcool.

Gestion ; gérer = savoir dire non, choisir les occasions, ne pas chercher à s'en procurer, ne pas être obsessionnel.

Vie privée (le père de son fils était héroïnomanie et dealer), cycles et évolutions de sa consommation. Usage festif (périodes quotidiennes pour les amphétamines et la cocaïne). Usage détourné de médicaments et douleurs physiques.

Types de dépression rencontrées et traitées par les généralistes qu'elle est amenée à visiter.

AF ENTRETIEN 5

Franck, 32 ans, responsable en génie climatique, célibataire, entretien 56

Usage actuel : cocaïne et ecstasy hebdomadaire + alcool fort, cannabis quotidien et intensif, tabac un paquet par jour.

Thèmes principalement abordés : Cannabis (quotidien, toujours avant d'aller travailler, souvent dans la journée et intensif le soir et le week-end), tolérance, habitude, distanciation et détachement.

Trajectoire psychoactive (alcool, tabac pour apprendre à fumer du shit, LSD puis ecsta puis cocaïne).

Entrée dans la vie active, cannabis. Ecstasy. Héroïne (dépendance de sa sœur, perception).

Cannabis et activité professionnelle, vie quotidienne. Représentations travail/chômage. Activité professionnelle actuelle. Dimension affective. Santé, rapport au corps médical.

AF ENTRETIEN 6

Charles, 40 ans, haut fonctionnaire, 1 enfant, vit en concubinage, entretien 57

Usage actuel : ecstasy en moyenne une fois par mois avec son amie, chez eux ; très occasionnellement cocaïne mais n'apprécie pas les effets, une fois par an en cas d'insomnie « la moitié d'un joint ». Environ 5 cigarettes le soir, Vin à tous les repas. Ecstasy mensuel, cocaïne occasionnel. Consommation exceptionnelle de cannabis pour dormir, préfère au somnifère. Expérimentations kétamine, GHB.

Thèmes principalement abordés :

Représentations sociales sur la drogue, particularismes socioculturels. La presse et les drogues comme outil de contrôle social en Grande Bretagne. Comparaison des représentations/pratiques de consommation France/Angleterre, dimension sociale de l'usage, image... Impact social de l'usage d'ecstasy en Grande-Bretagne.

Usage de drogues et libéralisme.

Haute bourgeoisie et usages de drogues, représentations. Importance des apparences/répression, la bourgeoisie. Modes de consommation dans les milieux aisés.

Rapport aux produits. Perception usage nocif/toxicité des produits. Parcours personnel avec les produits (LSD, amphétamines, cannabis vers 17-20 ans).

Ecstasy, dimension affective, consommation actuelle. Expérience unique de consommation d'ecstasy au travail

Dimension symbolique, le secret, la double vie.

Stress professionnel et affectif/augmentation de la consommation d'ecstasy/impact sur l'activité professionnelle.

Expérimentation opium, consommation de son père diplomate, discours. Représentations médicaments.

Médicalisation de la souffrance, banalisation, société de consommation.

AF ENTRETIEN 7

Rachel, 32 ans, mariée (à Sébastien), 1 enfant, presse-édition, entretien 58

Usage actuel : cannabis quotidien (le soir en rentrant du travail), cocaïne quand elle sort (2 à 4 fois par mois)

Thèmes principalement abordés : La drogue et le couple, enfant.

Activité professionnelle. Enfant, couple/vie professionnelle. Mariage, enfant, grossesse, famille, culpabilité/enfant.

Parcours avec les produits, évolution des représentations et des pratiques, consommation dans l'entourage.

Représentations négatives de la prise de drogues, bad trips, peur de la dépendance. Reprise de la consommation après un break/enfant, le couple. Psychothérapie, problèmes de couple, image sociale du couple.

Cocaïne, consommation en fête, couple. Les drogues et le couple. Cocaïne/sociabilité, fête, couple, enfant, santé.

Vie sexuelle, vie quotidienne, enfant et cannabis.

Consommation et vie professionnelle de son mari.

AF ENTRETIEN 8

Henri, 38 ans, journaliste TV, 1 enfant, entretien 59

Usage actuel : tabac, alcool (à table et lors des sorties), cocaïne quotidien (en sniff, free-base occasionnel), ecstasy hebdomadaire, héroïne en sniff de temps à autre, expérimente volontiers les nouveaux produits.

Médicaments : Episode de consommation de médicaments pour une dépression, associe alors antidépresseur (Prozac®) aux produits de consommation courante (cocaïne, alcool). Psychothérapie associée.

Thèmes principalement abordés :

Activité professionnelle & consommation de psychotropes (cannabis, cocaïne, alcool pendant les repas sur le lieu de travail), dimension sociale. Rapport au travail, rythme. Perception de sa situation sociale, intégration/consommation, gestion.

Consommation actuelle. Représentations et vécu de la consommation de psychotropes, poly-usage, usage à la carte. Dimension financière. Limites, excès festifs, cocaïne utilitaire, fréquence de consommation. Perception de la dépendance.

Sexualité et consommation de drogues (principalement ecstasy).

Santé, rapport au corps.

Dépression, antidépresseur.

AF ENTRETIEN 9

Sébastien, 38 ans, directeur informatique, marié (à Rachel), 1 enfant, entretien 60

Usage actuel : entre ½ et 1 paquet de cigarettes lights par jour, 3 cafés par jour, 1 joint le soir, ecstasy (2-3 par sortie) et cocaïne (environ ½ gramme par sortie) hebdomadaire, ½ bouteille de vin chaque soir, 7-10 verres de whisky-coca ou champagne chaque sortie

Thèmes principalement abordés :

Trajectoire avec les produits, vie de couple

Insertion professionnelle

Limites et gestion de la conso

Usage festif

Fatigue du lundi

Séparation nette entre la vie privée et la sphère professionnelle

AF ENTRETIEN 10

Samuel, 30 ans, professeur de mathématiques, célibataire, entretien 61

Usage actuel : cannabis exclusivement (joints roulés avec des cigarettes sans tabac), alcool occasionnellement et modérément, fume le soir et le week-end

Thèmes principalement abordés :

Introspection. Déprime, mal être.

Trajectoire universitaire et professionnelle. Évolution du rapport au cannabis.

Rapport aux produits en général (méfiance, limites). Rapport au tabac.

Dimension sociale. Positionnement religieux.

AF ENTRETIEN 11

Médecin du travail, 54 ans

Exerce depuis 27 ans sa profession dans la région Rhône-Alpes. Elle rencontre entre 3 000 et 4 000 personnes par an dans différents corps de métier, la majorité de ses patients travaillant en milieu ouvrier.

Thèmes principalement abordés :

Trajectoire professionnelle

Formation et rôle du médecin du travail, implication dans l'entreprise, éthique

Relations avec les employeurs, relations avec les patients-employés

Evolution des conditions de travail sur 30 ans

Evolution observée sur 30 ans concernant la consommation d'alcool et d'autres substances

Evolution de la législation en milieu du travail

Attitude des employeurs/médecine du travail/sécurité des employés/consommation d'alcool

Pathologies physiques et psychologiques liées au travail

Rapport des employés au travail

Consommation de cannabis chez les plus jeunes

AF ENTRETIEN 12

Caïn, 30 ans, production événementielle, rencontré l'année dernière, entretien 29

Vit en concubinage avec son amie depuis un an (sont ensemble depuis 2 ans), également consommatrice d'ecstasy, alcool, cannabis, cocaïne.

Produits consommés (2001) : alcool, tabac, cannabis, opium, LSD, ecstasy, poppers, héroïne, cocaïne, champignons mexicains, amphétamines, morphine en comprimés dans le cadre d'essais thérapeutiques. Médicaments anxiolytiques auto-administrés, essentiellement pour gérer son sommeil et en descente de produits stimulants (Lexomil®, Valium®, Xanax®...)

Usage actuel (2002) : alcool (quotidien, 1 ou 2 bières chaque soir + 8 à 10 verres par sortie presque tous les week-ends), tabac (1 paquet par jour), cocaïne hebdomadaire festif et sur le lieu de travail, ecstasy hebdomadaire (festif essentiellement + « sur le lieu de travail » dans le cadre des soirées qu'il organise), poppers (festif et sexuel mais aussi pendant les pauses au travail). Depuis janvier 2002, usage prescrit par un psychiatre pour « syndrome dépressif », de Prozac® (arrêté au bout de 4 mois) et de divers médicaments anxiolytiques et hypnotique (Rivotril®, Stilnox®...).

Thèmes principalement abordés :

Evolution dans la consommation depuis août 2001. Consultation d'un psy, prescription d'antidépresseur, antispasmodique et somnifère. Relation avec la psychiatre, qualité du sommeil, problème d'endormissement, stress professionnel.

Dimension affective, vie de couple, vie sexuelle. Projets d'avenir.

Arrêt du tabac.

Dimension financière, usage-revente.

AF ENTRETIEN 13

Lucie, 35 ans, médecin, célibataire, 1 enfant, entretien 62

Usage actuel : Prend toujours de la cocaïne et de l'ecstasy quand elle sort (2 cycles de consommation régulière d'environ 2 mois tous les week-end dans l'année, sinon occasionnel). Cannabis uniquement en descente d'ecstasy ou de cocaïne. Episode de prise d'antidépresseur pendant 7 mois dans le cadre d'une psychothérapie.

Thèmes principalement abordés :

Parcours scolaire, rencontre des produits au lycée, à 14 ans (cannabis puis cocaïne et héroïne). Fac de médecine et consommation de produits (héroïne-cocaïne essentiellement), internat. Amphétamines pendant les études.

Activité professionnelle actuelle. Consommation festive actuelle. Dimension financière, cycles de consommation.

Tabac (se dit « toxico », plusieurs tentatives pour arrêter, un paquet de cigarettes fortes par jour, parfois plus).

Organisation consommation/travail/enfant. Vie de couple, séparation d'avec le père de sa fille.

Dimension sociale, consommation et fête/monde du travail, rapport au travail.

Positionnement politique et religieux.

Rapport à la santé (corps, alimentation) et au corps médical. Perception médicaments psychotropes/prescriptions, laboratoires pharmaceutiques. Sur la prescription de médicaments psychotropes + traitement de 7 mois avec psychothérapie (stress professionnel). Représentations de sa consommation, du toxicomane, dimension sociale.

Bibliographie

- BACHMANN (C.), COPPEL (A.), *La drogue dans le monde. Hier et aujourd'hui*, éd. Albin Michel, coll. Points Actuels, 1989.
- BAUMANN (M.), ALLA (F.), EMPEREUR (F.), *Psychotropes et dépendances*, OFDT, 2001.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors. Les usages de psychotropes licites entre 60 et 75 ans », *Tendances* n° 16, septembre 2001, OFDT.
- BECKER (H.S.), *Outsiders*, Paris, éd. Métaillié, 1985.
- BERAUD (C.), « Le médicament : aujourd'hui remède à la souffrance demain garant de la performance », *transitions*, extrait du site internet de l'ANIT.
- BIADI-IMHOF (A.), L'usage des psychotropes en psychiatrie, dans *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, éd. Esprit, 1998.
- BOLTANSKI (L.), *Les usages sociaux du corps*, Paris, Annales ESC, janvier-février, 1971.
- BOURGOIS (P.), *En quête de respect. Le crack à New York*, éditions du Seuil, coll. Liber, 2001.
- CABALLERO (F.), DUFOIX (G.), EPELBOIN (A.), EPHRAIM (A.), KIERZECK (B.), MAGOUDI (A.), MELMAN (C.), MEMMI (A.), SALVAIN (P.), SOLAL (J.F.), *Toxicomanies et recherche du temps perdu*, actes du colloque, Centre Saint-Germain-des-Prés, mars 1990.
- CASTEL (R.) *Les métamorphoses de la question sociale : Chronique du salariat*, Paris, éd. Fayard, 1995.
- CHATELET (F.), DELEUZE (G.), GENEVOIS (E.), GUATTARI (F.), INGOLD (R.), MUSARD (N.), OLIEVENSTEIN (O.), *Où il est question de la toxicomanie*, Bibliothèque des Mots Perdus, 1978.
- COPPEL (A.), *Peut-on civiliser les drogues ?*, éditions La Découverte, 2002.
- DE BRIE (C.), « Drogue, la guerre chimérique », *Le Monde diplomatique*, mai 1996.
- DE CERTEAU (M.), *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire*, éd. Gallimard, coll. Essais, 1990.
- DEJOURS (Ch.), *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, éditions du centurion, 1980.
- DIGNEFFE (F.), *Ethique et délinquance : la délinquance comme gestion de sa vie*, éd. Médecine et Hygiène, Méridiens-Klincksieck, 1989.
- DOISE (W.), PALMONARI (A.), (sous la direction de), *L'étude des représentations sociales*, Delachaux et Niestlé, 1996.
- DUBAR (C.) et TRIPIER (P.), *Sociologie des professions*, Paris, éd. Armand Colin, coll. U série Sociologie, 1998.
- DUPREZ (D.), KOKOREFF (M.), WEINBERGER (M.), *Le traitement institutionnel des activités illicites liées à l'usage de drogues*, rapport de recherche, Ifresi-Grass/GIP Justice.
- EHRENBERG (A.) (sous la direction de), *Individus sous influence*, éd. Esprit, 1991.
- EHRENBERG (A.), « L'individu sous perfusion, Société concurrentielle et anxiété de masse », in *Esprit* n° 152-153, juillet-août 1989, 36-48.
- EHRENBERG (A.), « Questions croisées » dans *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, éd. Esprit, 1998.
- EHRENBERG (A.), *La fatigue d'être soi : dépression et société*, éd. Odile Jacob, 2000.
- EHRENBERG (A.), *Le culte de la performance*, éd. Calmann-Lévy, 1991.
- EHRENBERG (A.), LOVELL (A.), « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? », dans *La maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, éditions Odile Jacob, 2000.
- ELIAS (N.), *La société des individus*, éd. Fayard, coll. Agora, 1987.

- ESCOHOTADO (A), *Histoire élémentaire des drogues Des origines à nos jours*, éditions du Lézard, 1995.
- ESCRIVA (J.-P.), SIMON (S.), CARRIER (C.), « Lectures sociologiques et cliniques du dopage », in *Toxibase* n° 3, septembre 2001.
- EYGUESIER (P.), *Comment Freud devint drogman*, Bibliothèque des Analytica, Navarin éditeur, diffusion Seuil, 1983.
- FAVRET SAADA (J.), *Corps pour corps*, Gallimard Folio Essais, 1993.
- FAVRET SAADA (J.), *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard Folio Essais, 1985.
- FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHERE (C.), VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, OFDT 2001.
- FONTANA (C.), « Des usages thérapeutiques du cannabis et de l'automédication », in *Psychotropes* Vol. 6, n° 3, 2000.
- FOUCAULT (M.), *Surveiller et punir : naissance de la prison*, éd. Gallimard, (1975) 1994.
- FREUD (S.), *Le malaise dans la culture*, Quadrige/PUF, 2000 (1930 ; traduction française de *Malaise dans la civilisation*, 1943).
- GASSER JACQUES, STIGLER MICHAEL, « Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM » dans *La maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, éditions Odile Jacob, 2000.
- GIERINGER, MIKURIYA, ROSENTHAL, « Les usages médicaux du cannabis », *L'esprit frappeur*, n° 44, 1999.
- GOFFMAN (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi, 2. Les relations en public*, éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1973.
- GOFFMAN (E.), *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps* (1975), éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1989.
- GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir), *Baromètre Santé 2000*, éd. CFES, 4^e trimestre 2001.
- INGOLD (R.), « Une rétrospective des tendances de la toxicomanie : de 1970 à l'an 2000 », in *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, OFDT, 1999.
- JOUBERT (M.), *Jalons pour une politique de prévention des toxicomanies*, Politique Santé n° 2, p. 33-37.
- KERGOAT (J.) (dir), *Le monde du travail*, Paris, éd. La découverte, 1998.
- KOUPERNIK (C.), *Les médications du psychisme*, éd. Hachette 1964.
- LABROUSSE (A.), *Drogues, un marché de dupes*, Observatoire géopolitique des drogues, éd. Alternatives, avril 2000.
- LAURE (P.) (coordination), *Dopage et société*, éd. Ellipses, Paris, 2000.
- LE BRETON (D.), « Réflexions sur la médicalisation de la douleur » dans *L'ère de la médicalisation*, sous la direction de Pierre Aïach, Daniel Delanoë – *Ecce homo sanitas*, Anthropos 1998.
- LE MOIGNE (P.), « L'usage chronique des médicaments psychotropes, problèmes d'analyse et de méthode », in *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, éd. Esprit, 1998.
- LE MOIGNE (P.), « *Anxiolytiques, hypnotiques Les facteurs sociaux de la consommation* », Laboratoire d'étude et de recherche sociales, Documents du GDR Psychotropes, Politique et Société, n° 1 janvier-mars 1999.
- LE PEN (C.), « Economie de la dépression », dans *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, éd. Esprit, 1998.
- LEGRAND (C.), « Les modes de légitimation de la prescription de médicaments psychotropes en médecine générale dans la presse professionnelle depuis 1950, dans *La maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, éditions Odile Jacob, 2000.
- LEMOINE (P.), « Médicaments psychotropes : le big deal ? » revue *Toxibase* n° 1, mars 2001.
- Magazine littéraire, juillet-août 2002, *La dépression, De la mélancolie à la fatigue d'être soi*.

- MANA, Revue de sociologie et d'anthropologie, *Drogues : nouveaux regards, nouveaux défis*, n° 8 second trimestre 2000, juillet 2001.
- MAUSS (M.), « Les techniques du corps », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1991.
- MILNER M., *L'imaginaire des drogues, De Thomas de Quincey à Henri Michaux*, Gallimard, 2000.
- MOREL Alain et coll., *Prévenir les toxicomanies*, éd. Dunod, 2000.
- MURARD N., Jaubert A., *Drogues, passions muettes*, Recherches, 1980.
- NAHOUM-GRAPPE (V.), *Histoire et anthropologie du Boire en France du XVI^e au XVIII^e siècle* in *De l'ivresse à l'alcoolisme*, Paris, Ed. Dunod, coll. Inconscient et culture, 1989.
- OGIEN (A.), « L'usage de drogue peut-il être un sujet de recherche ? », in *La demande sociale de drogues*, OGIEN (A.) et MIGNON (P.) (dir), La documentation française, DGLDT, 1994.
- OGIEN (A.), *Sociologie de la déviance*, éd. Armand Colin, coll. U, 1995.
- PATOUILLARD (V.), GRELET (S.), LALANDE (A.), MANGEOT (P.), SANCHEZ (G.), « Drogues, qu'allons-nous faire de tout ce savoir ? », dossier Minorités dans *Vacarme* n° 13, automne 2000.
- PERDRIAU (J.-F.), BACLE (F.), LALANDE (M.), FONTAINE (A.), « Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. Étude prospective de suivi de 95 patients » (approche quantitative – octobre 1998), publication OFDT, avril 2001.
- PERRIN (M.), « Positions symboliques et usage des drogues dans les sociétés de tradition orale », in *Le trimestre psychanalytique* n° 4, 1989, p. 115-123.
- PERRIN (M.), *Chez les Indiens la drogue structure, chez nous elle détruit*, Le temps stratégique n° 12, printemps 1985.
- PIGNARRE (P.), « Qu'est ce qu'un psychotrope ? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression », *Ethnopsy* n° 2, mars 2001.
- RAFANELLI I ORRA (J.), « Drogues : une communauté impossible ? », *Ethnopsy* n° 2, mars 2001.
- REYNAUD (M.), CHASSAING J-L., COUDERT (A-J.), *Les toxicomanies médicamenteuses*, PUF, 1989.
- SIMMEL (G.), « Digressions sur l'étranger » in *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, éd. Aubier, coll. Champ urbain, 1984 (p. 53 à 61).
- SIMMEL (G.), *Études sur les formes de la socialisation*, éd. PUF, coll. Sociologies, 1999.
- SIMMEL (G.), *Secret et sociétés secrètes*, éd. Circé, 1991
- SOLAL (J.-F.), « Les abus médicamenteux, toxicomanie licite, pharmacodépendance », in *Cahiers de l'Abbaye* n° 6, avril-juin 1984.
- SOLAL (J. F.), « Les médicaments psychotropes ou la dépendance confortable », in *Individus sous influence*, sous la direction d'Alain Ehrenberg, éditions Esprit, 1991, p 205-217.
- STYRON (W.), *Face aux ténèbres Chroniques d'une folie*, Gallimard Folio 1999.
- SUEUR C. dir. ; Mission Rave ; Médecins du Monde, *Usages de drogues de synthèse (Ecstasy, LSD, Dance-pills, amphétamines,...) : réduction des risques dans le milieu festif techno.*, Recherche financée par la Direction Générale à la Santé (DGS/SP3), Paris, Médecins Du Monde, 1999.
- SUEUR CHRISTIAN, « Trip, speed and taz », texte de l'intervention de la Journée « Usages, abus, et dépendances aux drogues de synthèse », Paris, Ministère de la Santé, 13 décembre 2002.
- SZASZ (T.), « Le mythe de la drogue », *L'esprit frappeur* n° 32, 1998.
- SZASZ (T.), *Les rituels de la drogue*, éd. Payot, 1976.
- TIBON-CORNILLOT (M.), « L'état toxique. Penser les toxiques ou les effets toxiques d'un objet de pensée », *Transition* n°s 63 et 64.
- WIDLÖCHER (D.), « Psychogenèse de la dépression et mode d'action des médicaments antidépresseurs » in *La maladie mentale en mutation Psychiatrie et société*, éd. Odile Jacob, 2000.

ZAFIROPOULOS (M.) et PINELL (P.), « Drogue, déclassement et stratégies de disqualification », in *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 42, avril 1982.

ZARIFIAN (E.), *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, éd. Odile Jacob, 1996.

Autour des populations « cachées »

ADLER (P.), *Ethnographic research on hidden populations : penetrating the drug world*, NIDA Res Monyr, 1990 (98), 96-112.

AQUATIAS (S.) (dir.), DESRUES (I.), LEROUX (M.), STETTINGER (V.), VALETTE-VIALLARD (C.), *Activités sportives, pratiques à risques, usages de substances dopantes et psychoactives : recherche sur la pratique moderne du sport*, association RESSCOM, octobre 1999.

ALYANAK (L.), « Abus de substances toxiques au travail. Offensive des secteurs public et privé contre l'abus d'alcool et de drogues au travail », *Travail* n° 30, juillet 1999, magazine de l'Observatoire international du travail.

BREWSTER (J.-M.), *L'usage de drogues chez les professionnels canadiens*, Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Ontario, 1994.

CAIATA (M.), (Fribourg), *Étude qualitative portant sur un échantillon de 30 usagers de cocaïne et/ou d'héroïne travaillant depuis plus d'un an et ne bénéficiant d'aucun traitement ou suivi médico-social*. Recherche en cours, non publiée, présentation publique au GDR Psychotropes, Politique et Société en mars 2000.

COHEN (P.), SAS (A.), « Usages de cocaïne chez les consommateurs intégrés à Amsterdam », in EHRENBURG (A.), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*, Paris, Centre d'études transdisciplinaires (CETSAH), éditions du Seuil, 1996.

FAUGERON (C.), KOKOREFF (M.), (sous la direction de), *Société avec drogues. Enjeux et limites*, éd. Erès, coll. Trajets, février 2002.

FITZGERALD (J.L.), « Hidden populations and the gaze power », *Journal of the Drug Issues* 26 (1), 005-021, 1996 (article sur la construction et l'utilisation de l'expression « populations cachées »).

FITZGERALD (J.L.), HAMILTON (M.), *Confidentiality, disseminated regulation and ethico-legal liabilities in research with hidden populations of illicit drug users*, *Addiction* (1997) 92, 1099-1107.

GRIFFITHS (P.), GOSSOP (M.), POWIS (B.), STRANG (J.), *Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers : methodological and practical issues*, *Addiction* (1993) 88, 1617-1626.

HAGUENOER (J.M.), HANNOTHIAUX (M.H.), LAHAYE-ROUSSEL (M.C.), FONTAINE (B.), LEGRAND (P.M.), SHIRALDI (P.), PAMART (B.), BRILLET (J.M.), BROUCK (N.), BAILLY (I.), FRIMAT (P.), *Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord-Pas-de-Calais*, groupe régional « Toxicomanies et travail », faculté de médecine, place Verdun, 59045 Lille cedex.

HANSON (B.) *et al.*, *Life with heroin*, Lexington Books, 1985.

KUEBLER (D.) et HAUSSER (D.), *Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne. Enquête exploratoire auprès d'une population cachée*, Lausanne, IREC-DA/EPFL, 1995 [KUEBLER (D.) et HAUSSER (D.), *The Swiss hidden population study : practical and methodological aspects of data collection by privileged access interviewers*, *Addiction*, (1997) 92 (3), 325-334].

NICHOLSON (T.), WHITE (J.), DUNCAN (D.), *Drugnet : a pilot study of adult recreational drug use via the WWW*, *Substance Abuse*, vol. 19, n° 3, 1998.

OCRTIS, « Interpellations pour usage de stupéfiants suivant la catégorie socioprofessionnelle de 1986 à 1999 (usagers simples et usagers-revendeurs) », FNAIS, ministère de l'Intérieur, octobre 2000.

Organisation internationale du travail, *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail*, Genève, BIT, 1996.

OGD, *Où va la cocaïne introduite en France et en Europe ?*, étude commandée par le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, OEDT et MILDT, décembre 1996.

PAMART-DENEUX (P.), EDME (J.L.), MIRABAUD (Ch.), ELOY (E.), FRIMAT (P.), *Consommation de psychotropes : résultats d'une étude épidémiologique effectuée auprès de 2 819 salariés du nord de la France*, Nervure, 1991, 4, 30-33.

PARKER (H.) (dir), ALRIDGE (J.), MEASHAM (F.), *Illegal leisure : The normalization of recreational drug use*, Routledge, 1998.

REDHEAD (S.), *Ecstasy : entreprise de plaisir et panique morale en Angleterre*, éd. Descartes (*Le Monde*), 1992.

SOULET (M.-H.), *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeu de conventionnalité*, éditions universitaires Fribourg, Suisse, vol. 15, 2002.

VAN DE GOOR (L.A.M.), GARRETSSEN (H.F.L.), KAPLAN (C.), KORF (D.), SPRUIT (I.P.) et de ZWART (W.M.), *Research method for illegal drug use in hidden populations : summary report of european invited expert meeting*, Journal of Psychoactive Drugs, vol. 26 (1), janvier-mars 1994.

WATTERS (J.K.), *The significance of sampling and understanding hidden populations*, The Haworth Press Inc., 1993.

WIEBEL (W. W.), *Identifying and gaining access to hidden populations*, NIDA, 1990, (98), 411.

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

105, rue La Fayette - 75010 Paris

Tél. : 33 (0)1 53 20 16 16

Fax : 33 (0)1 53 20 16 00

courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

Association LRSH**Laboratoire de recherche****en sciences humaines**

7, villa Stendhal

75020 Paris

lrsh@voila.fr

Citation recommandée

FONTAINE (A.), FONTANA (C.), *Drogues, activité professionnelle et vie privée – Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*, Paris, OFDT, 2003, 162 p.

Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)

Impression : Imprimerie Gerfau - ZI Cap 18 - 73 rue de l'Évangile - 75886 Paris cedex 18

Cette recherche est centrée sur les usagers de substances psychoactives (licites comme illicites), qui, en dépit de – ou « grâce à » – leur consommation, maintiennent durablement leur statut social et leur activité professionnelle, une situation loin des stéréotypes qui continuent de fonder la plupart des représentations sociales autour de la question des drogues.

Faisant suite à une première recherche exploratoire publiée en juillet 2002, ce nouveau travail est, comme le précédent, fondé sur le recueil et l'analyse des discours d'usagers. Au total, 63 interviews ont été menées, ce second volet (26 entretiens en 2002) portant une attention particulière aux usages de médicaments prescrits ou détournés, seuls ou en association avec des produits illicites.

Trois thèmes majeurs sont développés dans ce rapport. Les auteurs étudient tout d'abord les modalités de consommations et les effets recherchés (la recherche de plaisir, les usages en vue de performance ou d'adaptation sociale et la fonction thérapeutique). Un deuxième chapitre aborde ensuite la question de l'articulation entre consommation de drogues, vie affective et activité professionnelle. Enfin, dans un troisième temps, les auteurs traitent de la dimension sociale de la consommation : comment les usagers de produits illicites gèrent la dichotomie entre une pratique illégale et l'intégration dans un milieu professionnel ; comment l'usage de psychotropes, potentiellement source d'exclusion, peut dans le même temps représenter un outil d'adaptation sociale et professionnelle.