

LES ADOLESCENTS USAGERS

DE SOLVANTS VOLATILS

Organisme contractant : GERAL - Association pour la Promotion de
Recherche en Psychologie Clinique Individuelle et sociale

Sous la direction de :

P. ANGEL, M. BOTBOL, F. FACY

Avec la participation de :

S. BARBAS, D. BOMBARDIER, D. BROSSIER, L. CABANEL, S. DE BARBUAT,
A. GIAMI, V. GRENIER, C. ISSERLIS, F. PEQUIGNOT, L. PILLET,
M. RAMIREZ, C. REVAULT D'ALLONNES, N. SENTILHES,
C. SINGRE-CHASTANG, C. VASSEUR-FAUCONNET, M. VERRON.

Laboratoire de Psychologie
Clinique - U.E.R. Sciences
Humaines Cliniques
Pr C. Revault d'Allonnes

Laboratoire de recherche
sur les toxicomanies
Centre Médical
Marmottan

Unité 185 de
l'INSERM sur
les
Sociopathies

LES ADOLESCENTS USAGERS

DE SOLVANTS VOLATILS

Organisme contractant : GERAL - Association pour la Promotion de
Recherche en Psychologie Clinique Individuelle et sociale

Sous la direction de :

P. ANGEL, M. BOTBOL, F. FACY

Avec la participation de :

S. BARBAS, D. BOMBARDIER, D. BROSSIER, L. CABANEL, S. DE BARBUAT,
A. GIAMI, V. GRENIER, C. ISSERLIS, F. PEQUIGNOT, L. PILLET,
M. RAMIREZ, C. REVAULT D'ALLONNES, N. SENTILHES,
C. SINGRE-CHASTANG, C. VASSEUR-FAUCONNET, M. VERRON.

Laboratoire de Psychologie
Clinique - U.E.R. Sciences
Humaines Cliniques
Pr C. Revault d'Allonnes

Laboratoire de recherche
sur les toxicomanies
Centre Médical
Marmottan

Unité 185 de
l'INSERM sur
les
Sociopathies

ANGEL Pierre, psychiatre des Hôpitaux, docteur en psychologie.
Université Paris VII - Laboratoire de recherche sur
les pharmacodépendances
BOTBOL Michel, psychiatre des Hôpitaux, Intersecteur Marne Sud,
CMPP Epernay
FACY Françoise, épidémiologiste - INSERM U185

BARBAS Stéphane, psychiatre
BOMBARDIER Denis, psychologue
BROSSIER Dominique, éducatrice spécialisée
CABANEL Laurent, psychiatre
DE BARBUAT Sixtine, psychologue clinicienne
GIAMI Alain, chercheur en psychosociologie
GRENIER Véronique, secrétaire médicale
ISSERLIS Catherine, psychiatre des Hôpitaux
PEQUIGNOT Françoise, informaticienne
PILLET Lyne, Educatrice spécialisée
RAMIREZ Maria, psychologue clinicienne
REVAULT D' ALLONNES Claude, professeur de psychologie
SENTILHES Nicole, médecin-conseiller technique Ministère de
l' Education Nationale
SINGRE-CHASTANG Catherine, psychologue clinicienne
VASSEUR-FAUCONNET Charlyne, psychologue clinicienne
VERRON Michèle, documentaliste

Nous tenons à remercier de leur collaboration

- la Mission Interministérielle de lutte contre la toxicomanie
- l' Education Surveillée
- Madame le Docteur Delaval, Sous-Direction de la Maternité de
l'enfance et des actions spécifiques de santé
- François Petit, Direction Générale de la Santé, bureau 2D
- Sylvie Sternschuss-Angel, psychiatre responsable du Centre de
thérapie familiale Monceau
- Kammerer Etienne, médecin responsable de l'association Argile
- C. Jacob, psychiatre et F. Gandelot, psychologue
- A. Cordina et M. Calek-Dominguez, psychologues

CHAPITRE I - INTRODUCTION page 1 à page 11

CHAPITRE II - TOXICOLOGIE page 12 à page 72

I - LES PREPARATIONS COMMERCIALES SUSCEPTIBLES D'ETRE EN CAUSE DANS L'INHALATION VOLONTAIRE

II - L'INTOXICATION AIGUE

III - LES COMPLICATIONS A LONG TERME

A - NEUROLOGIE

B - NEPHROLOGIE

C - GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

D - CARDIOLOGIE

E - HEMATOLOGIE

F - PNEUMOLOGIE

G - O. R. L.

H - AUTRES ATTEINTES SOMATIQUES

I - PSYCHIATRIE

1) Les états confusionnels

2) les accès psychotiques

3) les psychoses chroniques et pharmaco-psychoses

4) les syndromes déficitaires

5) les troubles du comportement

a) les actes auto-agressifs

b) les actes hétéro-agressifs

J - MORTALITE

K - CONCLUSION

I - ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE L'USAGE DE SOLVANTS :

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

A - QUANTIFICATION DU PHENOMENE

B - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1) L'âge
- 2) Sex ratio

C - LE PRODUIT

- 1) Les produits les plus utilisés
- 2) Modes d'utilisation
- 3) Le contexte de la pratique
- 4) Les motifs invoqués
- 5) Premier contact avec les solvants
- 6) Les effets
- 7) Dépendance, tolérance et accoutumance

D - LE MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE D'ORIGINE

- 1) Approche du contexte socio-familial
 - a) la dissociation familiale
 - b) pathologie familiale
 - c) hostilité, violence et tension intra-familiale
- 2) Le rôle des pairs
- 3) L'échec scolaire et les difficultés de scolarisation

E - APPROCHE INDIVIDUELLE

- 1) L'approche psychologique
 - a) les fonctions cognitives
 - b) troubles de la personnalité

F - INVESTIGATION CLINIQUE ET COMPARAISON A D'AUTRES
GROUPES DEVIANTS

1) Autres toxicomanies

2) La délinquance

3) Le suicide

II - ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE FRANCAISE

A - USAGE DU SOLVANT

B - DESCRIPTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES USAGERS DE
SOLVANTS

C - ANTECEDENTS FAMILIAUX

D - ANTECEDENTS DU SUJET

E - DELINQUANCE

F - USAGE DE PRODUITS PSYCHOTROPES

G - CONCLUSION-DISCUSSION

TABLEAUX

BIBLIOGRAPHIE-EPIDEMIOLOGIE

I - REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE

A - LES DEPRESSIONS

- 1) La dépression d'infériorité
- 2) La dépression d'abandon
- 3) La dépression de deuil
- 4) L'appel à l'aide

B - AUTRES TRAITS PSYCHOPATHOLOGIQUES

- 1) L'ennui
- 2) l'immaturation
- 3) les tendances à l'agir

II - METHODOLOGIE

A - CLINIQUE DE LA RECHERCHE

B - HYPOTHESES DES CHERCHEURS

C - RECUEIL DU MATERIEL

D - TRAITEMENT DU MATERIEL

III - PRESENTATION DES RESULTATS

A - LE PRODUIT ET SES EFFETS

- 1) Les modalités du sniffage
- 2) Les effets du sniffage
- 3) Le sniffage : passage à l'acte et conduite de
risque

B - LE SUJET : REPRESENTATION DE SOI ET DES AUTRES

- 1) Analyse transversale
- 2) Analyse longitudinale
 - a) observation de Cécile
 - b) observation de Lucien

C - LES ENVIRONNEMENTS

- 1) L'école
- 2) Rapport aux institutions et aux autorités
 - a) police
 - b) justice
 - + les actes de délinquance
 - + le juge pour enfants
 - + la sanction
 - + la culpabilité
 - + la réparation
 - c) services éducatifs
- 3) La famille
 - a) les carences affectives précoces
 - b) les difficultés d'accès à la triangulation oedipienne
 - c) dépendance, séparation et rupture
 - d) la discontinuité
 - e) l'alcoolisme

CHAPITRE V - APPROCHE CLINIQUE FAMILIALE page 277 à 294

I - LE CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE MONCEAU

II - DE QUELQUES CARACTERISTIQUES DES FAMILLES D'USAGERS
DE SOLVANTS

III - OBSERVATION FAMILIALE

CHAPITRE VI - LE CONTEXTE page 295 à 347

I - INTRODUCTION

II - LE MILIEU SCOLAIRE ET L'INHALATION DE SOLVANTS

A - L'IMPORTANCE DU PHENOMENE

B - LES ACTIONS MENEES EN MILIEU SCOLAIRE

1) L'information

2) La formation des adultes

C - LES ACTIONS SPECIFIQUES LOCALES CONTRE LES
PROBLEMES DE SNIFF

D - LES ACTIONS MENEES EN MILIEU PARA-SCOLAIRE

1) Le personnel de santé

2) Les associations de parents d'élèves

a) l'information préventive

b) la formation des parents dans le cadre de la
politique d'adultes-relais de

l'établissement

E - ATTITUDES ET DIFFICULTES DE LA COMMUNAUTE SCOLAIRE
FACE A CE PHENOMENE

- 1) Une phase d'ignorance totale
- 2) Une phase d'attention
- 3) Une phase de sensibilisation

III - LES INSTITUTIONS POUR ADOLESCENTS EN DIFFICULTE

A - DESCRIPTION DE TROIS INSTITUTIONS

- 1) Institution A
- 2) Institution B
- 3) Institution C

B - ANALYSE INSTITUTIONNELLE

- 1) Le secret
 - a) la scotomisation
 - b) le déni
- 2) La révélation
- 3) Désignation et rupture
 - a) pourquoi cet adolescent ?
 - b) pourquoi le solvant ?
 - c) à quel moment de la vie institutionnelle
- 4) Le phénomène du bouc-émissaire

IV - LES MEDECINS TOXICOLOGUES

V - LES COMMERCANTS

VI - LES FABRICANTS

A - RENSEIGNEMENTS OBTENUS AUPRES D'UN FABRICANT

B - PROPOSITIONS DU SYNDICAT FRANCAIS DE LA COLLE ET
DES ADHESIFS

VII - ETUDE CHIMIQUE DE LA COMPOSITION REELLE DES PRODUITS

A - EXAMEN DES VAPEURS EMISES PAR LA COLLE DISSOPLAST

B - UNE ENQUETE CONCERNANT LE TRICHLORETHYLENE

VIII - ETUDE COMMERCIALE

A - PRIX ET CONDITIONNEMENT DES SOLVANTS

B - CONSOMMATION ET VENTE

IX - AUTRES AGENTS

CHAPITRE VII - DISCUSSION ET SYNTHESE page 348 à 423

I - SNIFFAGE ET TOXICOMANIE

A - LA DEPENDANCE PSYCHIQUE

1) la crise narcissique

2) la régression affective

3) le clivage et le déni de la réalité intérieure

4) l'externalisation

5) la destructivité

6) le plaisir

B - LE LABEL TOXOCOMANIE ; SON SYSTEME DE REFERENCE

- 1) le rapport à la loi
- 2) le rapport au plaisir
- 3) la définition comportementale
- 4) la définition somaticienne
- 5) la définition anthropologique : l'identité de toxicomane
- 6) définition de la toxicomanie par le critère évolutif : l'escalade
- 7) l'escalade de l'usage collectif à l'usage individuel
- 8) conclusion

II - LE CORPS

A - LE VECU CORPOREL

- 1) l'altération sensorielle
- 2) le risque
- 3) la provocation
- 4) l'altération de la conscience

B - SIGNIFICATION DU SNIFFAGE

- 1) signification du sniffage comme passage à l'acte
- 2) le sniffage comme mécanisme de défense mentalisé
- 3) le sniffage comme entrave à la mentalisation

C - SIGNIFICATION DU SNIFFAGE COMME CONDUITE DE
RISQUE

- 1) l'attaque du corps
- 2) le désir de meurtre des images internes
- 3) le châtement
- 4) la fuite
- 5) l'interaction, l'appel
- 6) l'ordalie

D - SNIFFAGE ET DETOURNEMENT DE LA RESPIRATION

E - SNIFFAGE ET HYPNAGOGIE

III - SNIFFAGE ET DEPRESSION

A - SNIFFEURS : ADOLESCENTS NORMAUX OU
PATHOLOGIQUES

B - LE SNIFFAGE COMME DEFENSE CONTRE LA DEPRESSION
D' ABANDON

- 1) lutte contre la dépression
- 2) lutte contre la séparation

C - LA QUESTION DU PRONOSTIC : SNIFFAGE ET REPRISE
D' UNE DYNAMIQUE MATURATIVE

CHAPITRE VIII - PREVENTION ET TRAITEMENT page 424 à 459

I - PREVENTION

A - MODIFICATIONS CHIMIQUES DU SOLVANT

B - SOLUTION LEGALE : INTERDICTION DE VENTE AUX
MINEURS

C - ACTIONS EDUCATIVES COMMUNAUTAIRES

D - SYSTEME D'ALERTE

E - PREVENTION SOCIALE

II - TRAITEMENTS

A - TRAITEMENT GENERAL

B - TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOTHERAPIQUE

1) Thérapies d'inspiration comportementaliste

2) Thérapies substitutives

3) Thérapies "occupationnelles"

4) Traitements institutionnels

5) Psychothérapies

a) revue critique de la littérature

b) nos propositions thérapeutiques

+ la prise en charge ou le soin

.le relai "par la toxicomanie"

.le relai "médical"

+ le traitement psychothérapeutique individuel

6) La thérapie familiale

CHAPITRE IX - ANNEXE page 460 à page 498

I - INSTITUTION A

II - INSTITUTION B

III - INSTITUTION C

CHAPITRE X - LES PUNKS page 499 à page 521

I - HISTORIQUE

II - REVOLTE ET PROVOCATION

A - MUSIQUE

- 1) Energie libérée - moyen d'expression
- 2) Satisfaction immédiate - notion de "no future"
- 3) Existe-t-il un message politique

B - RAPPORTS AVEC LA SOCIETE

- 1) Valeurs sociales
- 2) Corps et sexualité
- 3) Drogue

III - LE PHENOMENE PUNK EN ANGLETERRE, AUX ETATS-UNIS ET EN FRANCE A TRAVERS SES GROUPES MUSICAUX

A - L' ANGLETERRE

B - LES ETATS-UNIS

C - LA FRANCE

IV - CONCLUSION

CHAPITRE XI - CONCLUSION page 522 à page 536

CHAPITRE XII - BIBLIOGRAPHIE page 537 à 584

CHAPITRE I - INTRODUCTION

Après les Etats Unis, l'Amérique Latine, et plus récemment (1970) la Grande-Bretagne, l'inhalation volontaire de solvants volatils (sniffage) (a) s'étend depuis peu dans notre pays. Les "alertes à la colle" se sont soudainement multipliées mobilisant une opinion qui balance entre la dramatisation et la dérision. Cette mobilisation a conduit les pouvoirs publics à adopter récemment des mesures réglant la distribution des produits les plus en vue.

Pourtant, les informations sur les usagers de solvants, restent très fragmentaires : il n'existe en effet aucune étude publiée des caractéristiques de la population française concernée. Le contraste est ici manifeste avec la prolifération des publications étrangères sur ce thème, avec aussi la richesse de celles qui concernent la toxicomanie "classique" à laquelle nous renvoie inmanquablement le sniffage.

Cette assimilation à la toxicomanie et à son système référentiel n'est, sans doute, pas étrangère à la méconnaissance persistante de l'inhalation volontaire de solvants organiques en tant que phénomène spécifique.

(a) Nous ferons appel tout au long de ce texte à différents termes dont aucun ne nous satisfait pleinement : inhalation volontaire, sniff, sniffing, sniffage. Pour des raisons pratiques, ils seront indifféremment utilisés. Le terme de sniffage qui est un néologisme sera le plus souvent employé.

Notre expérience clinique, les données recueillies auprès d'enseignants, d'éducateurs et de médecins plaident pourtant en faveur d'une spécificité relative.

Ce travail se devait donc d'opérer un décentrement par rapport aux postulats implicites véhiculés par ce modèle. Il se devait aussi de prendre en compte la résistance anthropologique des milieux adolescents concernés. Dans le sniffage, cette résistance trouve un terrain d'exercice particulièrement favorable. Dans le dédale des caves (catacombes des cités modernes) s'exprime une pratique qui se marginalise. Cette situation est illustrée par le produit lui-même dans son ambiguïté : miasme inévitable d'une société synthétique, il n'est pas illicite mais détourné, et garde de ce fait un relent de dérisoire.

Seule, une approche multidimensionnelle intégrant les acquis récents de la toxicologie médicale, l'analyse des facteurs de la personnalité, les dysfonctionnements familiaux dans leur contexte socio-culturel et institutionnel nous semble de nature à cerner la complexité du phénomène "abus de solvants volatils". Seule une étude multicentrique pouvait permettre de réduire les biais inévitables liés au choix des échantillons.

Avec l'ambition de dégager des stratégies de prévention et de soins plus pertinentes à l'égard des adolescents sniffeurs et de leurs environnements familiaux et sociaux, ce travail réunit des praticiens et chercheurs, maîtrisant chacun une ou plusieurs des méthodologies préconisées, dans des contextes socio-professionnels diversifiés

-centres pour toxicomanes, foyers et consultations de l'Education Surveillée, dispensaires d'hygiène mentale, services hospitaliers généraux, consultations de thérapie familiale, etc...

Plusieurs approches ont pu être ainsi utilisées :

1 - une revue critique de la bibliographie quasi exhaustive sur le thème. Un contraste très marqué existe entre le nombre élevé d'études étrangères et le petit nombre de publications françaises.

Il est également à souligner que la plupart des travaux portent sur la toxicologie ou sur l'épidémiologie : le fait psychopathologique n'est pas pris en compte ainsi que la fonction du symptôme dans la dynamique familiale.

Rares sont les auteurs qui développent des points de vue théoriques à partir de données cliniques ou sociologiques. C'est la raison pour laquelle nous avons pris comme axe principal de recherche l'abord psychopathologique. Nous ne négligerons pas cependant les recherches en toxicologie qui font l'objet d'une synthèse approfondie dont la lecture risque d'être fastidieuse. Des résumés permettent de se faire une opinion sur la toxicité de ces produits et de disposer des informations de base nécessaires pour aborder les chapitres ultérieurs.

2 - une approche épidémiologique : pour cerner avec plus de précision ce phénomène de santé publique aux multiples incidences sociales, la démarche statistique représente une méthodologie pertinente même si la population qui est étudiée n'est certainement pas représentative de l'ensemble des usagers

de solvants volatils.

C'est d'ailleurs le cas pour toutes les recherches épidémiologiques portant sur les pharmacodépendances. Grâce à la participation de l'Unité 185 de l'INSERM, la première enquête épidémiologique en France sur ce thème a pu être engagée. Un échantillon plus important que prévu a été constitué car nous avons bénéficié du soutien de l'Education Surveillée qui a diffusé très largement notre questionnaire. La diversité des provenances des dossiers nous a permis de réduire sensiblement les biais statistiques. La rédaction du questionnaire effectuée en commun par les cliniciens et une épidémiologiste, F. Facy, a intégré des items ayant déjà été utilisés lors de précédentes enquêtes sur d'autres thèmes.

C'est pourquoi les données obtenues nous permettent d'effectuer des comparaisons valides et de situer les usagers de solvants par rapport :

- à la population générale adolescente
- à des jeunes toxicomanes examinés en centre de soin dans la région parisienne.
- à des adolescents examinés à l'hôpital après tentatives de suicide.

Nous avons mis l'accent, lors de l'enquête épidémiologique, sur plusieurs thèmes :

- les caractéristiques socio-démographiques des usagers ;
- l'histoire individuelle et familiale du jeune et son mode de vie ;
- les antécédents pathologiques individuels et

familiaux ;

- les rapports qu'entretient le jeune avec les psychotropes .

Nous avons tenu à respecter strictement l'anonymat et le caractère confidentiel des informations obtenues.

3 - Approche clinique

La diversité des situations rencontrées tant sur le plan des personnes et des groupes concernés que sur celui des prises en charge a conduit l'équipe de recherche à privilégier l'approche clinique.

Cette approche qui vise à "articuler en situation les multiples déterminants d'un vécu et d'un acte individuel ou collectif" (a), nous a permis d'accéder à des niveaux de profondeur variés (intrapsychique, individuel, interactionnel) importants tout en respectant la spécificité et la dynamique des situations rencontrées.

a) Sur le plan de la "recherche clinique", nous avons mis en place des dispositifs de production et de recueil du matériel de recherche visant de ce fait de façon primordiale des objectifs déterminés au début de notre enquête.

(a) REVAULT D'ALLONES C., BARUS-MICHEL J. La psychologie sociale. Bulletin de Psychologie, 349, 1981, pp. 239-246

L'entretien individuel n'est cependant pas un dispositif de recherche neutre surtout lorsqu'il est manipulé par des psychologues ou des travailleurs sociaux auprès d'une population dont on peut supposer qu'elle a déjà l'expérience de l'entretien à des fins thérapeutiques, policières ou autres.

L'analyse des difficultés, mais aussi des succès rencontrés lors de la réalisation de ces entretiens constitue l'essentiel d'une démarche clinique de la recherche. Elle porte notamment sur l'analyse du dispositif, des effets qu'il produit sur les personnes interviewées et sur les chercheurs, en même temps qu'il permet de "réfléchir" les limites induites par les contre-transferts des chercheurs.

Dans un tel contexte, l'analyse de l'hétérogénéité du matériel et de ses conditions de recueil a constitué une importante source d'information.

Par ailleurs, l'utilisation de l'entretien individuel à des fins de recherche a parfois donné des résultats surprenants : nous adressant à un adolescent, refusant toute prise en charge, qui s'est vu soudain valorisé par le récit de la singularité de son expérience, le contact verbal avec l'adulte a pu être ainsi rétabli.

De la recherche clinique à l'intervention, la distance peut ne pas être grande (b).

(a) E. N. D. R. (entretien non-directif de recherche) selon l'expression d'Alain Blanchet : L'entretien dans les sciences sociales, Paris, Dunod, 1985.

(b) GIAMI A. La recherche clinique au risque de l'intervention. Handicaps et inadaptations, 28, 1974, pp. 69-72.

b) L'approche familiale systémique se distingue essentiellement de la "recherche clinique" par la présence d'une demande d'aide émanant de certains membres du groupe familial. L'analyse de la demande et l'intervention occasionnée par cette demande permettent d'atteindre le niveau de processus intra-familiaux, dans un travail qui, loin d'être ponctuel comme l'entretien de recherche, trouve sa dynamique dans une évolution thérapeutique à court ou moyen terme.

La précarité des processus de séparation-individuation chez les adolescents, et tout particulièrement les usagers de toxique souligne la pertinence d'une méthodologie clinique privilégiant l'abord familial.

Un centre de thérapie familiale spécialisé nous a offert la possibilité de vérifier une hypothèse de base : la conduite de sniffage n'est pas uniquement le témoin de conflits intrapsychiques prévalents mais doit être également comprise comme la résultante de dysfonctionnements sévères des relations entre le sujet et ses environnements familiaux et sociaux.

L'approche systémique a permis de repérer l'importance dans la problématique des jeunes rencontrés dans ce cadre, des alliances transgénérationnelles et des inversions dans l'organisation hiérarchique familiale. Elle a permis aussi de clarifier la place du symptôme dans l'économie familiale.

Au-delà de leur spectaculaire et bruyante attitude de révolte, nombre de ces jeunes ne font qu'être conformes aux vœux les plus profonds formulés inconsciemment par leurs

parents (ou leurs substituts).

4 - L'approche "en étoile"

Ce type d'approche pourrait caractériser la spécificité de notre étude. Elle se trouve en effet au carrefour des différentes méthodologies que nous avons mises en oeuvre, et à l'articulation entre les dimensions intra et interpersonnelles.

Il s'agit d'une démarche en deux temps :

1) l'analyse du contenu thématique de l'entretien individuel du jeune permet de repérer le réseau relationnel dans lequel il se trouve impliqué. Les personnes qui sont nommées, celles qui sont absentes de ce discours ; les institutions auxquelles le jeune est confronté et la relation avec celles-ci. Ce premier temps de la démarche en étoile se situe résolument du côté du discours du jeune et de la représentation qu'il construit de la situation dans laquelle il est impliqué.

2) le repérage de la situation réelle et du réseau relationnel dans lequel le jeune se trouve effectivement impliqué permet de resituer les personnes (famille, enseignants, intervenants) et les institutions avec lesquelles le jeune a affaire.

Cette double approche permet de confronter les décalages et les articulations entre, d'une part, le vécu du jeune, la façon dont il construit, investit ou occulte son univers relationnel et, d'autre part, la composition, les

attentes et les projets de ceux qui constituent cet univers.

Cette approche n'a pu être effectuée au cas par cas comme nous l'aurions souhaité. Les difficultés liées à la réalisation des entretiens individuels mais aussi, parfois, les réticences des différents entourages nous en ont empêchés. Nous avons, par contre, tenté de reconstruire l'importance et la signification des constellations en comparant l'analyse thématique transversale des entretiens individuels et approches plus objectives des différents éléments du contexte (école, famille, institutions, culture punk) :

. Longtemps méconnue en milieu scolaire, l'inhalation de solvants fait l'objet actuellement d'une préoccupation suivie de l'Education Nationale. Si l'importance quantitative du phénomène ne peut être exactement appréhendée du fait de son caractère clandestin, certaines indications laissent à penser qu'il est en augmentation : décès par surdosage, signalements par les Services de Santé Scolaire, par les Chefs d'établissements, en particulier de collèges, par les parents d'élèves.

Nous rendons compte dans ce rapport :

- des actions menées en milieu scolaire pour informer enseignants et chefs d'établissement,
- des actions menées en milieu para-scolaire (Santé scolaire) par les praticiens,
- des attitudes et des difficultés de la communauté enseignante face à ce phénomène.

. Ces difficultés se retrouvent dans d'autres lieux de vie d'adolescents, tout particulièrement ceux qui ont la charge des jeunes en difficulté. L'abus de solvants renvoie les éducateurs à un sentiment d'impuissance insupportable, à un rejet plus ou moins massif. Il s'inscrit, en tous cas, dans la dynamique institutionnelle et, dans cette optique, se révèle particulièrement instructif.

. Dans la grande majorité des cas étudiés, l'inhalation volontaire apparaît comme une activité de groupe ou au moins référée aux pairs. Cette dimension dont on connaît l'importance habituelle à l'adolescence ne doit pas être négligée d'autant qu'ici le rôle du groupe s'affirme avec une force toute particulière.

. De façon plus originale, d'autres institutions (au sens large) sont sollicitées par l'abus de solvants. Ce sont les marchands distributeurs du produit, les fabricants de colle, les médecins toxicologues appelés à intervenir en cas d'urgence. Leur réactions devant le sniffage méritaient de trouver une place dans ce travail.

Plusieurs thèmes organisateurs seront développés dans le cadre d'une synthèse :

- l'abus de solvants et ses rapports avec la toxicomanie de référence, l'héroïnomanie.

- l'usager de solvants et son corps - la problématique corporelle peut-elle être chez ces adolescents un moyen

privilegié d'approche de leur vécu dans ses multiples dimensions : prises de risques - détournement de la fonction respiratoire, surinvestissement de la sensorialité et de la dissolution de la conscience ?

- la dimension dépressive, souvent manifeste, est-elle à l'arrière plan de la problématique psychopathologique de ces jeunes ? L'abus de solvants est-il une modalité défensive parmi d'autres suscitée par cette souffrance ?

La discussion de ces points introduira une double réflexion sur la prévention du phénomène "abus de solvants" et sur les conduites thérapeutiques qui nous paraissent les plus adéquates.

En tenant compte des acquis de ce travail, nous mettrons l'accent sur les principes de base qui doivent guider les intervenants sociaux confrontés au problème.

CHAPITRE II - TOXICOLOGIE

I - LES PREPARATIONS COMMERCIALES SUSCEPTIBLES D'ETRE EN CAUSE DANS L'INHALATION VOLONTAIRE

II - L'INTOXICATION AIGUE

III - LES COMPLICATIONS A LONG TERME

A - NEUROLOGIE

B - NEPHROLOGIE

C - GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

D - CARDIOLOGIE

E - HEMATOLOGIE

F - PNEUMOLOGIE

G - O. R. L.

H - AUTRES ATTEINTES SOMATIQUES

I - PSYCHIATRIE

1) Les états confusionnels

2) les accès psychotiques

3) les psychoses chroniques et pharmaco-psychoses

4) les syndromes déficitaires

5) les troubles du comportement

a) les actes auto-agressifs

b) les actes hétéro-agressifs

J - MORTALITE

K - CONCLUSION

L'approche multidimensionnelle que nous proposons intègre plusieurs paramètres : la nature du produit inhalé, la personnalité du jeune, son environnement familial et social.

A en juger par l'intérêt qu'il suscite dans la littérature internationale, le produit n'est pas loin d'être considéré par certains comme au centre de cette conduite déviante.

Sans partager à priori cette opinion un peu extrême, nous ne pouvons que reconnaître la nécessité de faire une juste place à cette dimension du problème.

Pour l'aborder, dans ses aspects toxicologiques, médicaux, il n'était d'autre moyen que de procéder à une revue critique et quasi exhaustive de la bibliographie.

C'est sur cette revue que se fonde l'ensemble des informations de ce chapitre.

Les solvants organiques utilisés par les "sniffeurs" ont en commun un certain nombre de caractéristiques générales ; Constituants de mélanges industriels complexes, ils partagent les cinq critères suivants :

1) Ils sont aisément accessibles aux publics de tous âges. Ils sont d'utilisation courante, toujours d'un coût abordable. Cette diversité les rend facilement remplaçables en cas d'interdiction locale.

2) Ils ont une action stimulante ou dépressante sur le système nerveux central (de par leur affinité pour les lipoides cérébraux en particulier), et sont recherchés par les sujets qui

nous intéressent ici, pour ces propriétés. Leur durée de vie plasmatique réduite, fait que cette action rapide (inhalation), reste brève (64).

3) Ils sont tous plus ou moins volatils, volontiers inhalés et absorbés dans le tractus respiratoire, selon des mécanismes divers.

4) Leur toxicité varie selon la nature du solvant lui-même ou de celle des différents produits qu'ils contiennent en un mélange complexe, souvent mêlé d'impuretés. La composition du produit varie quelquefois selon les lots de production. De plus, en France, leur composition est, sauf pour les cosmétiques, protégée par les secrets de fabrication. Il ne faut cependant pas exagérer l'importance de ce dernier point ; les centres anti-poison semblent se satisfaire de l'usage actuel, régulièrement respecté par les industriels, de la communication des composants toxiques de leurs produits.

Soulignons que dans les conditions mêmes qui sont décrites ici, l'abus de solvants a pu se révéler fatal dans un nombre restreint mais non négligeable de cas.

5) Ils ne sont pas illégaux, mais détournés de leur usage normal.

Au niveau méthodologique, la revue de la bibliographie, révèle plusieurs difficultés relatives au recueil d'informations toxicologiques sur les produits en cause.

D'abord, jusqu'à une époque récente, l'essentiel des informations provenait de la médecine du travail qui décrivait des sujets soumis à des conditions d'exposition, le plus souvent

très différentes de celles de l'intoxication volontaire, tant au niveau des doses en cause qu'à celui de la durée du contact, ou même du recul.

- Ensuite, il s'agit dans la plupart des cas, d'études sur des intoxications accidentelles en réaction à des produits relativement purs. Or des expériences récentes ont montré, au niveau toxico-dynamique (134), l'importance des associations dans les effets des produits en cause. Ces associations sont habituelles dans les produits livrés sur le marché. C'est dire la nécessité d'une étude fine de ces produits.

Le problème se complique encore du fait de la variabilité diachronique de ces associations, qui sont modifiées en fonction d'impératifs commerciaux et réglementaires. Certaines de ces variations, prenant au dépourvu des usagers habituels, ont été responsables d'épidémies neurologiques sévères. Bien plus, certains exemples (71) permettent avec certitude d'attribuer à des produits frelatés, certains accidents graves, tant est difficile le contrôle de la qualité réglementaire des produits de droguerie banals et abondants. Cette abondance ajoute à la difficulté. Les produits sont interchangeables : l'effet de mode (ou d'épidémie), est prévalent en la matière. C'est localement que s'élit tel produit plutôt qu'un autre. Le turn over est rapide, parfois insaisissable. C'est pour répondre à ces particularités, qu'a été prise, par le décret du 10 avril 1980, la décision d'institutionnaliser des centres de toxicovigilance. C'est, le plus souvent seulement dans l'après-coup au cas par cas, spécifiquement, qu'un savoir peut se dégager.

- Dernier point : comme pour les autres champs de cette étude, seuls sont le plus souvent pris en compte, les cas qui parviennent à la consultation des médecins et toxicologues. Ils ne constituent, on le verra, qu'une partie du phénomène, la partie émergée de ce qui, le plus souvent, reste encore masqué.

L'ensemble de ces difficultés pourrait être une des explications des contradictions, parfois impressionnantes, que la bibliographie nous livre. Elles n'ont pas échappé aux toxicologues, si l'on en croit leur intérêt croissant pour ce domaine de recherche et la multiplication récente d'études systématiques le concernant (4,246).

I - LES PREPARATIONS COMMERCIALES SUSCEPTIBLES D'ETRE EN CAUSE DANS L'INHALATION VOLONTAIRE sont extrêmement nombreuses si l'on envisage aussi bien celles déjà mises en cause, en France ou ailleurs, dans diverses publications que celles qui sont potentiellement détournables de leur usage normal. Elle répondent aux cinq critères précédemment dégagés.

LES COLLES semblent avoir actuellement en France la faveur des usagers : colles à rustine, colles à boyaux, colles pour plastique et cuir, colles industrielles, etc...

Elles contiennent de façon variable plusieurs des toxiques suivants (112):

- Toluène
- Acétone
- Chlorure de méthylène
- Acétate d'éthyl ou de polyvinyl
- Alcool méthylique

- Tricrésylphosphate
- Cyclohexane
- Essences spéciales (mélange d'hydrocarbures aromatiques, de toluène, de xylène, etc...)

Ces colles à solvant s'opposent aux colles à l'eau variablement aromatisées, qui sont globalement atoxiques, ne comportent aucun solvant volatil, et sont, de ce fait, exemptes des effets narcotiques habituellement recherchés par les usagers.

Notons cependant qu'au niveau sémantique, le signifiant "colle" reste parfaitement ambigu. Cette ambiguïté sémantique intervient, nous semble-t-il dans certains jugements concernant le problème.

LES DETACHANTS sont, eux aussi, bien placés dans le "hit parade" des usagers.

- eau écarlate, trichloréthylène, détachants en tube, etc..

Extrêmement répandus et de faible coût, ils contiennent de façon variable (112):

- Tous les hydrocarbures chlorés,
 - + Trichloréthylène
 - + Monochlorobenzène
 - + Trichloréthane
 - + Chloréthanol
 - + Tétrachlorure de carbone
 - + Chlorure de méthylène

- + Tétrachloréthylène
- Mais aussi des hydrocarbures aromatiques monocycliques,
 - + Benzène (généralement des traces)
 - + Xylène
 - + Toluène
- Ou même parfois,
 - + Acétone
 - + Ether
 - + Essences
 - + Alcool méthylique, éthylique
 - + Formol
 - + Nitrobenzène (rarement)
 - + Triéthanolamine
 - + voire du n-hexane (eau écarlate)

LES SOLVANTS DE PEINTURE ET DE VERNIS

- + Essence de térébenthine
- + Hydrocarbures aliphatiques -essences, white spirit-
- + Essences spéciales contenant un mélange d'hydrocarbures aromatiques -toluène, xylène, éthylbenzène etc..)

LES COMBUSTIBLES MENAGERS

- + Pétrole

LES DECAPANTS DE PEINTURE

- + Acétone
- + Pyridine
- + Chlorure de méthylène
- + Alcool
- + Nitrobenzène

LES PEINTURES ELLES-MEMES peuvent contenir :

- + Térébenthine
- + White spirit et essence
- + Solvants éthyliques
- + Hydrocarbures aromatiques (xylène, toluène)
- + Cétone (méthyl-éthyl-cétone)
- + Ester (acétate de butyl)

AUTRES PRODUITS D'ENTRETIEN

- Produits de lavage de vitres

- + Pétrole
- + Alcool éthylique et méthylique
- + Nitrobenzène
- + Formol
- + Trichloréthylène

- Les encaustiques

- + Térébenthine

+ White spirit,

avec parfois

+ Nitrobenzène et insecticides chlorés, malgré la réglementation.

- Les cirages, très utilisés en Amérique Latine

+ Térébenthine

+ White spirit

+ Trichloréthylène (le blanc d'Espagne)

+ Ethylène glycol

- Les désodorisants

+ Formol

+ Ethylène glycol

+ Chlorure de méthylène

PARMI LES COSMETIQUES

- les laques à ongles

+ alcool

+ acétate de butyl

+ acétate d'éthyl

+ toluène

- les délaquants

+ acétone

LES PRODUITS POUR AUTOMOBILES

- Carburants
 - + Essence
 - + Heptane
 - + Octane
 - + Plomb tétraéthyle

- Antigél
 - + Ethylène glycol
 - + Nitrites

LES EXTINCTEURS

- Surtout le bromochlorodifluorométhane.

LES ENCRES

- Celles des stylos feutres en particulier, contenant des essences spéciales (avec une proportion variable d'hydrocarbures aromatiques).

TOUS LES AEROSOLS

- par le Fréon propulseur qu'ils contiennent, gaz fluorés en particulier, ils ont surtout été mis en cause aux Etats Unis -où l'on sait leur usage extensif- plus rarement en Europe.

LES "CARBURANTS" ET AUTRES "GAZ" DE BRIQUET

assez utilisés, surtout en Grande-Bretagne :

- il s'agit de butane plus ou moins mêlé de propane.

Ajoutons pour finir,

LE NITRITE D'AMYLE OU DE BUTYLE (POPPERS)

utilisé spécifiquement dans les milieux homosexuels, ils sont actuellement en vente dans les sex-shops en France comme à l'étranger. Il s'agit à l'origine d'un produit à usage médical (anesthésie).

LES GAZ ANESTHESIANTS

Ils ne sont pas seulement détournés de leur usage par les personnels médicaux ou paramédicaux, ou obtenus par des actes délinquants, mais font l'objet, depuis peu d'une certaine vogue aux Etats-Unis où le protoxyde d'azote est vendu avec le matériel nécessaire dans les "head shops" de New York. Dans certains milieux "à la mode" il a remplacé la consommation traditionnelle de cannabis.

L'ETHER, autre substance médicale, largement détournée de son usage.

Soulignons cependant à la fin de cette compilation fastidieuse, les éléments suivants :

Les solvants sont partout : le plus souvent indispensables ; leur propriété sur le système nerveux central est

directement liée à leur qualité de solvants des graisses (affinité pour les lipides).

Devant ce foisonnement, on peut douter (au moins en théorie) de l'efficacité de la réglementation des ventes ou de l'usage de répulsif. Ces procédures risquent de n'avoir d'autre effet que d'accélérer la valse des produits "à la mode", au prix d'une ingéniosité accrue.

S'il s'agit d'un "mésusage habituel", peut-être faudrait-il en prendre acte, du point de vue toxicologique tout au moins. En même temps qu'un renforcement problématique des contrôles cette attitude impliquerait une mise à jour de la réglementation avec, en particulier, le remplacement systématique des solvants les plus toxiques par de moins dangereux, ce qui exige, de connaître précisément l'action toxique des produits, isolés et en association, en fonction des doses, des modalités du contact etc...

S'il l'on excepte l'éther, dont l'abus est connu et largement décrit depuis le XIXème siècle, l'intérêt des auteurs pour l'inhalation volontaire de solvants, est récente. La revue de la bibliographie ne montre un souci croissant des cliniciens pour ce sujet que depuis le début des années 60. Ce n'est en effet que progressivement, qu'il apparaît dans la littérature, comme un problème de santé publique inquiétant.

Si les contributions sont maintenant relativement abondantes, elles restent essentiellement d'origine anglo-saxonne, scandinave, ou plus récemment sud-américaine. On est frappé à cette lecture, par l'importance de certaines contradictions, dont nous reparlerons en même temps que nous soulignerons des points d'accord quasi unanimes.

L'extrême hétérogénéité des méthodes de recueil des données, n'est sans doute pas étrangère à ces contradictions. Les rapports d'épidémies locales côtoient des recherches systématiques de centres anti-poisons, des enquêtes sociologiques, des expériences de centres thérapeutiques de nature souvent impressionniste.

S'y ajoutent les éléments déjà évoqués : la complexité chimique, la diversité et la variabilité des substances désignées par le terme générique de "solvants volatils" et surtout les caractéristiques propres tant aux inhaleurs - peu enclins à consulter - qu'à l'inhalation volontaire - souvent banalisée, voire scotomisée -.

II - L'INTOXICATION AIGUE

Les techniques d'administration, variées, visent toutes à l'inhalation, à bonne dose, du composé volatil. La pratique la plus typique comporte l'usage d'un sac plastique, contenant le produit à inhaler, respiré en atmosphère confinée ; mais d'autres techniques sont possibles (fumigation, inhalation directe etc...).

Tous les auteurs soulignent la fréquence de l'usage en groupe par rapport à l'usage solitaire.

Les effets sont caractérisés par leur rapidité et leur variabilité en fonction des sujets, du contexte, des composés, de leur dose, de la durée d'exposition et de l'ancienneté de l'habitude toxique (32,246). Ces différents paramètres donnent exceptionnellement lieu à une évaluation rigoureuse. Le plus

souvent, seule la désignation générique du produit est prise en compte ; l'habitude et la technique ne sont que grossièrement évoquées.

Schématiquement s'associent, de manières diverses, trois types d'effets psychiques chronologiques :

Une phase d'euphorie et de désinhibition avec excitation psychomotrice (38, 75, 227, 229, 246).

Une phase psychédélique inconstante avec hallucinations visuelles plus ou moins riches et élaborées (226, 227, 268).

Une phase sédatrice pouvant conduire au sommeil ou au coma généralement réversible mais parfois mortel (38, 86, 246).

Ces effets sont susceptibles de contrôle de la part de l'utilisateur mettant à profit la souplesse de la voie d'administration respiratoire (175).

Notons que la tolérance ("état d'adaptation de l'organisme à une substance, traduisant l'obligation pour le système nerveux de maintenir son homéostasie et se manifestant par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets" -Jaffe 1980) est diversement appréciée.

Pour beaucoup d'auteurs (121, 225, 229), elle est manifeste avec des augmentations de doses de 7 à 8 fois la dose initiale après 2 ou 3 ans. Elle n'est retrouvée que chez la moitié des usagers par De La Garza Gutierrez. Son absence est par contre affirmée dans une étude neurophysiologique sur des rats (237).

Quant à la **DEPENDANCE**, si l'accord de tous se fait

sur la dépendance psychique, l'existence d'une dépendance physique est le plus souvent contestée. Le syndrome d'abstinence n'est pas retrouvé par Comstock (92) dans une étude portant sur des usagers chroniques depuis plusieurs années, hospitalisés dans le cadre d'un programme expérimental du NIDA (National Institute for Drug Abuse) (68). Il n'est décrit que pour 1/4 des patients étudiés par De La Garza Gutierrez (86) dans des conditions, il est vrai, beaucoup plus difficiles. Quelques douleurs abdominales, et crampes musculaires sont décrites. Sentilhes et Garnier (246) évoquent la probabilité théorique d'un syndrome confuso onirique type délirium tremens. Il a été rarement observé. Des symptômes psychiques de sevrage, ont par contre, été rapportés :

- Dysphorie,
- Anxiété,
- Compulsion,
- ruminations pénibles (85).

III - COMPLICATIONS A LONG TERME

A) NEUROLOGIQUES

Plusieurs auteurs rapportent la toxicité neurologique des solvants au SYSTEME PERIPHERIQUE (7, 110, 228, 250) restant, par là, en congruence avec le savoir dégagé par la médecine du travail.

Prockop (229) décrit une épidémie locale, apparue entre février et mars 1974 et attribuée à un changement récent dans la composition d'une laque que les sniffeurs utilisaient depuis plusieurs mois ou années sans dommage. Il est frappant de

constater que les cas rapportés par Towfight (271), sont survenus dans des conditions analogues (il s'agissait là d'une colle), conditions que nous retrouverons d'ailleurs plus loin.

Il s'agit d'une polynévrite de progression ascendante assez rapide, aboutissant au maximum de son extension en 4 ou 8 semaines, avec alors, impotence fonctionnelle complète, aréflexie, amyotrophie neurogène considérable et dans quelques cas, une atteinte bulbaire nécessitant une réanimation respiratoire transitoire. Chez certains sujets, il existait une atteinte du nerf optique avec baisse de l'acuité visuelle et scotome.

Il n'existait aucun signe d'atteinte centrale. L'EMG était évocateur d'une lésion neurogène.

Au point de vue histologique, on retrouvait dans les deux cas des lésions similaires, avec destruction axonale rétrograde et épaissement des fibres myélinisées.

Dans les deux cas, le solvant incriminé est le n-hexane. Son rôle est souligné dans d'autres publications (228, 250).

La récupération est lente, descendante. Elle dure plusieurs mois. La restitution ad integrum demande au moins 1 an, plus même dans une observation de Prockops. Il faut noter aussi un décès par pneumonie intercurrente à l'acmé de la maladie. Une observation de Towfight est particulièrement significative : dans un cas, la récupération se poursuit, malgré la reprise des inhalations de colle dès la sortie de l'hôpital mais avec un produit ne contenant pas du n-hexane.

Notons cependant que l'eau écarlate (contenant plus de 60% de n-hexane) largement utilisée en France, n'a jamais, à

notre connaissance, donné lieu à l'observation de polynévrite chez des sniffeurs. Cette contradiction reste pour nous inexplicable.

D'autres substances ont été accusées de toxicité neurologique périphérique -une observation pour le toluène par exemple (271). Quant au méthylbutylcétone, sa toxicité de ce point de vue est incontestable en médecine du travail.

Il reste que la rareté des observations et les contradictions ramènent à de justes proportions le risque neurotoxique périphérique des solvants en général. Cette constatation rejoint certains résultats d'enquêtes plus systématiques et globales dont les conclusions sont beaucoup plus optimistes, puisqu'aucun signe neurologique n'y est retrouvé.

L'atteinte du SYSTEME NERVEUX CENTRAL est encore plus contestée.

Elle est dite inéluctable à long terme dans l'article de l'E. M. C de Roux, qui cite Cohen (66). Elle est par contre considérée comme tout à fait discutable par de nombreux auteurs (38,86). Lewis (172), note même dans un article de 81 l'écart entre les prévisions pessimistes qu'avaient fait naître les premiers articles sur des encéphalopathies irréversibles, attribuées à l'inhalation de toluène (le plus utilisé des produits, en particulier dans les colles) et la rareté des publications sur ce thème, malgré l'accroissement de la littérature sur ce sujet. Il ne retrouve que 3 autres cas décrits (146,154,250) et cite de nombreux exemples d'abus important et prolongé (10 ans), sans aucun signe neurologique évocateur. Il rapporte cependant 2 cas d'inhalation abondante et

ancienne (14 ans et 18 ans), tous deux avec des troubles psychiatriques, et dans l'un des cas seulement, des signes évocateurs d'une lésion cérébrale dégénérative.

Le tableau décrit dans ce cas, est similaire à ceux décrits par Grabski (125) puis Knox (154), sous le nom "d'encéphalopathie dégénérative des utilisateurs chroniques de toluène".

+ Une symptomatologie proprement psychiatrique chronique, avec souvent une excitation, et un délire mégalomane non systématisé, parfois une confusion mentale d'allure korsakovienne, des rires immotivés, un regard fixe, des troubles du comportement avec menaces suicidaires.

+ Des troubles plus spécifiquement cérébelleux, tremblements, maladresses, troubles de la coordination, vertiges, dysarthrie, nystagmus horizontal, sans signes de lésions périphériques.

+ Un syndrome convulsif peut s'y associer (125).

+ Des troubles intellectuels importants :

- altération du cours de la pensée,
- ralentissement psychique avec persévération,
- troubles du jugement et de la concentration.

+ Un EEG globalement ralenti, avec pour Grabski, des signes irritatifs.

+ Au scanner, des signes non spécifiques d'atrophie.

Il s'agit, dans tous ces cas, de sujets jeunes (30 ans) inhalateurs habituels de toluène (sous forme de colle en général) depuis plus de 10 ans et présentant une personnalité antérieure mal organisée, qualifiée par Lewis de "border line".

Il avance deux arguments pour expliquer la rareté des descriptions de cette encéphalopathie irréversible :

- + L'étiquetage psychiatrique intempestif, négligeant l'étiologie organique du trouble.

- + Mais surtout, la rareté d'un abus de solvants à forte dose, prolongé plus de 2 ou 3 ans. Le sniffing, note-t-elle, reste tout à fait circonscrit au début de l'adolescence. La prévalence de l'intoxication diminue avec l'âge, après un pic autour de 12 ans. Nous reviendrons sur ce constat partagé par un grand nombre d'enquêtes épidémiologiques, mais que d'autres auteurs contestent.

Pourtant, une publication (149) décrit un syndrome neurologique persistant chez un enfant de 11 ans, usager depuis moins d'un an d'une colle contenant du toluène.

Ce syndrome associe :

- + des céphalées
- + des troubles du comportement modérés
- + des troubles du langage avec dysarthrie
- + une ataxie, des tremblements intensionnels, un nystagmus
- + sans aucune atteinte périphérique avec un EEG anormal.

Chez un sujet n'avouant pas spontanément la prise de toxique, qui n'est détectée que par l'analyse chromatographique du sang et la recherche d'acide hippurique dans les urines. 18 mois après sa découverte, le tableau est inchangé, malgré l'arrêt vérifié par le laboratoire, de toute intoxication.

Cette observation est à la fois inquiétante et

rassurante: Le toluène est en effet le produit le plus largement utilisé (tout particulièrement en Grande-Bretagne où cette observation est effectuée. Il est tout à fait frappant de constater l'unicité (ou au moins la rareté) de la description de ce syndrome, qui, notons-le, est très proche de l'encéphalopathie décrite précédemment.

D'autres suspicions planent sur le toluène avec les mêmes réserves : atrophie optique décrite dans un cas (166), troubles de l'équilibre chronique dans un autre cas (243), tous deux liés à l'usage au long cours de toluène.

La rareté évidente de ces descriptions, incite néanmoins à penser avec Massengale, déjà cité, qu'il s'agit là de cas (179) exceptionnels en rapport avec une sensibilité individuelle, une idiosyncrasie ou à l'existence d'impuretés exceptionnelles qui n'auraient pas été détectées.

Il reste en effet évident qu'un certain nombre d'auteurs ne retrouvent aucun signe neurologique patent, y compris chez des groupes d'adultes marginaux du Mexique, véritables toxicomanes de longue date (85). Restent sans explication, les plaintes si souvent avancées par les "sniffeurs", concernant les céphalées, les pertes de mémoire, les troubles de concentration, les troubles sensoriels divers, les tremblements, même à distance d'une séance d'intoxication, troubles, il est vrai, généralement réversibles (l'ensemble rappelle l'éthérisme chronique) (175). Ces cas, mériteraient d'être reconsidérés dans la perspective développée par Lindberg et Coll (173) à partir d'un échantillon de travailleurs, souffrant de troubles persistants, rapportés à une intoxication

chronique par les solvants : un examen psychothérapique sérieux, retrouve dans chaque cas, des troubles de personnalité (de type alexithymique ou psychosomatique) qui suffisent à expliquer les symptômes fonctionnels. Dans les cas traités dans cette optique l'amélioration est nette.

Au point de vue électrique, certains affirment l'absence de toute modification électrique à distance de l'intoxication aiguë (179). Dans les 10 jours qui suivent celle-ci, Brozovsky M. (cité par Prockop) (229) note cependant des altérations électriques importantes chez les enfants et les adolescents "sniffeurs".

Ces différentes informations posent la question de l'effet de ces produits dans une période où se poursuit la maturation cérébrale (cas d'une grande majorité des sujets ici concernés). Les chercheurs se sont en effet intéressés à l'étude des fonctions cognitives des "sniffeurs", par comparaison aux non usagers. Là aussi, les contradictions sont flagrantes.

Plusieurs notent les troubles sensoriels cognitifs et mnésiques dans les suites rapprochées d'une intoxication importante (63), parfois spontanément mis en avant par les usagers asthéniques (68).

Certains affirment que le quotient intellectuel des "sniffeurs" est nettement inférieur à celui des "non sniffeurs". A partir de tests psychométriques (Batterie de Halstead, WISC), Berry (27) retrouve par rapport à un groupe de contrôle rigoureusement équivalent, (en dehors de la variable inhalation), des résultats significativement plus mauvais pour les "sniffeurs". 40 % des inhaleurs sont côtés dans la bande des lésions organiques, aucun de ceux du groupe de contrôle.

Korman (157) corrobore ces résultats dans une étude plus récente : 60 % des usagers réguliers (mais modérés), sont cotés dans la bande des lésions cérébrales, alors que dans le groupe formé d'usagers expérimentaux, ou celui d'usagers d'autres drogues, celle-ci n'est atteinte que pour 30 % et 35 % des sujets.

Dans une autre enquête (156), il trouve une différence significative entre un groupe d'inhalateurs volontaires, et un groupe d'usagers d'autres drogues, par ailleurs équivalent, tous consultants des centres d'urgences psychiatriques :

- perte de la mémoire immédiate,
- plus grandes difficultés d'abstraction,
- plus grand déficit du jugement,
- plus faible insight. Moindre capacité d'apprentissage.

Notons que Comstock (68) retrouve en phase aigüe ou subaigüe, des troubles fréquents associant :

- erreurs de mémoire,
- difficultés de fixation
- acalculie.

Pour l'auteur, ces troubles évoquent une véritable lésion cérébrale.

Ce dernier exemple, mis à part, ces enquêtes ne résolvent pourtant pas la question essentielle ici, du sens du lien de causalité entre inhalation et performances intellectuelles.

Dans une enquête classique, Dodds et Sanstefano (90) sont en complète contradiction avec les conclusions précédentes

(études sur des usagers de colle). Ils adoptent un protocole rigoureux avec un groupe de "sniffeurs" délinquants et un groupe d'élèves de même âge, choisis au hasard dans un collège de la même région. Les tests psychométriques ne révèlent aucune différence au point de vue des fonctions cognitives des deux groupes (même si les "sniffeurs" délinquants sont en situation d'échec scolaire bien sûr).

De fort nombreuses études récentes, affirment elles aussi, l'absence d'altération du QI chez des sniffeurs tout-venant. Massengale (179), déjà cité, confirme cette opinion. Ce qui fonde le relatif optimisme de Boudreau et Black en ce domaine (38, 31).

Ces recherches contradictoires laissent dans l'ombre un certain nombre de paramètres. Outre les limitations de validité, tenant au faible nombre habituel des échantillons, on doit souligner les insuffisances méthodologiques : absence habituelle de groupes de contrôle et de précautions concernant la mesure des variables dépendantes. Il est exceptionnel que soient clairement indiquées la nature exacte du produit en cause, les doses et durées précises de l'inhalation, et surtout, l'existence d'associations toxiques. Ces précisions pourraient peut-être, à elles seules, lever certaines des contradictions constatées. Il reste qu'en l'absence d'études longitudinales systématiques et contrôlées, à valeur prédictive, rien ne pourra être tranché en ce qui concerne les liens de causalité, et plus particulièrement leur sens. Il s'agit pourtant d'un débat particulièrement important du point de vue pronostique.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre neurologique, sans évoquer la classique ENCEPHALOPATHIE AU PLOMB TETRAETHYLE des usagers d'essence. Il s'agit d'une encéphalopathie aiguë, souvent fatale, sinon réversible.

Le plomb tétraéthyle est volatil. Il accompagne le mélange de solvant qui est recherché par le "sniffeur". C'est là un exemple frappant de la toxicité d'un produit d'accompagnement. Le solvant n'est presque jamais seul dans les préparations mises en vente.

Les signes de début sont :

- l'irritabilité
- l'anorexie avec nausées
- la pâleur
- les tremblements

Rapidement apparaissent des signes psychiatriques avec :

- hallucinations visuelles, parfois onirisme
- incohérence des propos et du comportement Tandis que surviennent des mouvements choréo-athétosiques. Une dépression respiratoire peut conduire à la mort, d'autant plus fréquemment que s'associe :

- une pneumonie
- ou des spasmes bronchiques.

Le marqueur biologique de l'étiologie est l'augmentation importante de l'Alad (Acide aminolévulinique déshydrogenase) urinaire.

Enfin, quelques cas de MYOPATHIES, très rares,

associés à l'inhalation d'essence, sont cités : il s'agit d'une myopathie aiguë et récurrente avec myoglobinurie. Elle se manifeste brutalement, peu de temps après l'inhalation, par une douleur des extrémités et du dos, réduction de la force musculaire sans atteinte neurologique, avec élévation de la créatinine kinase et signes électromyographiques évocateurs. Elle est spontanément régressive en quelques jours mais récurrente lors de la récurrence de l'inhalation. Le constituant de l'essence responsable reste inconnu. Le plomb a été soupçonné. Surtout, la rareté de l'atteinte évoque une susceptibilité individuelle ou une myopathie latente (149, 238).

Pour résumer, la littérature est marquée, tout particulièrement en ce qui concerne la toxicité neurologique, par d'abondantes contradictions.

Des polyneuropathies périphériques sont retrouvées avec une certaine constance pour les produits contenant du n-hexane.

Le méthylbutylcétone est lui aussi mis en cause de manière incontestable par des observations de médecins du travail.

Dans tous les cas, il s'agit d'atteintes réversibles à plus ou moins longue échéance.

Quelques observations rapportent ces complications (avec le n-hexane surtout) aux Etats Unis. La littérature française, malgré l'utilisation certaine d'un produit riche en n-

hexane, l'eau écarlate, n'en fait pas mention.

Il y a là certainement matière à réflexion.

Quoiqu'il en soit des complications de ce type semblent bien devoir être attribuées, de façon limitative, à l'action spécifique de ces deux produits.

L'action neurologique centrale donne lieu à des controverses sans fin, inéluctables pour les uns, exceptionnelles pour les autres. Elles sont absentes du plus grand nombre des publications, malgré quelques exemples d'abus particulièrement importants et prolongés.

1) Le toluène (le plus utilisé des produits actuellement, en particulier dans les colles), a été accusé de provoquer une "encéphalopathie dégénérative irréversible" de survenue cependant exceptionnelle. Les quelques cas décrits concernent pour l'essentiel des toxicomanes de plus de 10 ans.

Cette suspicion de toxicité centrale du toluène dans l'usage qui nous occupe doit être néanmoins pondérée par les observations de plusieurs auteurs qui ne retrouvent ni troubles neurologiques, ni même modification électrique dans un très grand nombre de cas. Ce dernier argument doit faire reconsidérer l'attribution étiologique exclusive au toluène des troubles constatés. Le rôle d'associations exceptionnelles ou de prédispositions idiosyncrasiques mériterait de plus amples études.

L'existence d'un "syndrome subjectif" post-intoxication, fréquemment rapporté est attribuée par certains à

une organisation "psychosomatique" de la personnalité, et traité en conséquence.

Les contradictions se retrouvent dans l'évaluation des fonctions cognitives des jeunes inhalateurs. La majorité des auteurs ne retrouvent pas d'altération du quotient intellectuel mais un grand nombre décrivent des altérations des processus de pensée et de la mémoire, sans pouvoir affirmer s'il s'agit d'un facteur favorisant la prise ou d'une conséquence de celle-ci.

2) L'encéphalopathie au plomb tétraéthyl est par contre, tout à fait incontestable chez les "usagers" d'essence. Grave, elle peut être fatale mais sa réversibilité est assez fréquente. Exceptionnellement, chez le même type d'usager, se retrouvent des "myopathies aiguës récurrentes" évoquant par leur rareté une sensibilité individuelle (myopathie latente).

B) NEPHROLOGIE

Tous les auteurs soulignent le risque d'atteinte tubulaire rénale aiguë et réversible, chez les usagers réguliers de solvant. Elle est décrite pour les hydrocarbures chlorés :

- tétrachlorure de carbone (66, 197)
- trichloréthylène (16)
- toluène (192, 265).

Le cas rapporté par Will A.M. est particulièrement significatif (286). Chez un enfant de 13 ans, qui après un arrêt de 3 semaines, reprend l'usage de la colle à bonne dose (1/4 1/J). apparition rapide (après 2 jours), d'une hématurie avec

protéinurie, douleurs lombaires et fièvre. Rapidement, apparaissent oligurie et signes humoraux d'insuffisance cardiaque aiguë tandis que la tension s'élève à 14/8. Dans les 5 jours, sans traitement particulier, reprise de la diurèse et normalisation des facteurs sanguins. La normalisation urinaire demande 4 semaines. Après sa sortie, on assiste à deux récurrences suivant chaque reprise du produit avec, à chaque fois, une évolution également favorable. Will ne donne pas de précisions toxicologiques.

Conso (71) rapporte une épidémie d'hépatonéphrite, en 1979, avec au point de vue néphrologique, une insuffisance rénale aiguë brutale (avec protéinurie, oligurie, augmentation importante de la créatinurie, augmentation tensionnelle, prise de poids) chez des inhalateurs d'un trichloréthylène impur, riche en tétrachlorure de carbone. Dans plusieurs cas, une épuration extrarénale est indispensable. La reprise de la diurèse se fait 10 jours après le début de la maladie. Il est intéressant dans cette observation de rapporter les conditions de survenue du trouble rénal. Il s'agissait d'usagers réguliers de TCE, jusque là indemnes. C'est une modification de la formule de leur produit d'élection (avec addition de tétrachlorure de carbone), qui est responsable de l'épidémie. Pour Conso, qui cite Pebay-Peyrola (214), le TCE seul, n'est pas toxique pour le rein et le foie ; ce qui est en contradiction avec l'article cité plus haut.

Bien plus, d'autres enquêtes ne retrouvent aucune altération rénale dans des groupes systématiquement examinés. Watson (279), dans une étude de 132 cas, rend compte de nombreux

paramètres biomédicaux, ne décrit aucune modification humorale évocatrice ; il s'agissait là, d'usagers de colles, dont le composant essentiel était soit le toluène, soit l'acétone.

Toutes les enquêtes systématiques n'arrivent cependant pas aux mêmes conclusions et pour De La Garza Gutierrez qui s'intéresse à un échantillon d'inhalateurs réguliers de la banlieue de Mexico, sans aucune demande médicale, les atteintes rénales à bas bruit ne sont pas rares : elles sont fortement corrélées avec l'usage d'une colle plastique particulière (85):

5 cas de protéinurie sur 30 personnes

4 cas d'hématurie sur 30 personnes

Une fréquence anormale d'infections urinaires.

Cette étude, faite dans un milieu très défavorisé, ne comporte ni groupe témoin, ni analyse toxicologique des produits incriminés. En tirer des conclusions rigoureuses est donc difficile. Cette difficulté à conclure, est bien illustrée par les exemples de Massengale (179). Dans les deux cas, où il retrouve une hématurie - chez des "sniffeurs" de colle au toluène - une enquête complémentaire retrouve d'autres causes plus anciennes - congénitales dans un cas - à cette anomalie.

En résumé, des accidents rénaux aigus, liés à l'inhalation de solvants, sont incontestables (le rôle du tétrachlorure de carbone est évident et reconnu de longue date). Il reste difficile d'évaluer avec précision la prévalence de ces troubles dans le groupe des inhalateurs au long cours. La toxicité rénale de certains produits, est douteuse (TCE) ou mal établie (toluène). En l'absence d'études toxicologiques ou

épidémiologiques rigoureuses, le flou persiste pour une évaluation globale. Soulignons cependant que tous les auteurs considèrent les lésions rénales, lorsqu'elles surviennent, comme rapidement réversibles.

C) GASTROENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

Une gastrite avec brûlures, nausées, intolérance gastrique et vomissements, est commune chez les buveurs d'éther mais se retrouve aussi chez les inhalateurs (175). Il en est de même pour les autres solvants. Les plaintes abdominales, les troubles du transit, sont fréquemment mis en avant par ces sujets. Parfois ces plaintes ont une allure hypocondriaque (24).

L'anorexie, avec amaigrissement, est unanimement reconnue chez les usagers importants (24, 85, 172, 226, 230).

L'atteinte hépatique, qui peut être isolée ou associée à l'atteinte rénale est, elle, plus discutée. Dans l'épidémie au TCE frelaté, rapportée par Conso (71), on retrouve soit une hépatonéphrite, soit une hépatite toxique isolée avec ictère, vomissements, augmentation des transaminases. Conso incrimine le chloroforme, le dichloréthane et surtout le tétrachlorure de carbone, retrouvés tous trois dans la préparation utilisée. Il affirme l'innocence du TCE, on l'a dit. Sa toxicité hépatique est, par contre, affirmée par Baerg (16). Si là encore, Massengale (179), affirme l'absence d'altération hépatique dans le groupe de "sniffeurs" qu'il étudie, une enquête mexicaine (85), retrouve dans près de 70 % des cas, une augmentation des phosphatases alcalines mais il s'agit de sujets dénutris et

souvent alcooliques de surcroît : il n'existe là non plus, ni groupe témoin, ni précision toxicologique. Plusieurs auteurs retrouvent fréquemment une hypertrophie hépatique mais la BSP et les biopsies hépatiques, dans les rares cas où elles sont effectuées, sont normales (225, 227).

Aucune étude n'évalue l'évolution à long terme de ces lésions hépatiques qui semblent, dans l'immédiat, assez rapidement régressives. Rappelons la suspicion qui plane sur le TCE, accusé par le "food and drug administration" américaine, de favoriser les cancers hépatiques (à partir d'expériences sur les rats).

En résumé, si l'existence d'accidents hépatiques ne fait pas de doute pour certains produits, rien ne permet actuellement, d'évaluer, de manière sérieuse, la toxicité générale des solvants et les risques encourus par les usagers réguliers.

D) CARDIOLOGIE

Plusieurs centaines de morts aux Etats-Unis et ailleurs sont attribués à un arrêt cardiaque (10, 24, 267).

Dans la majorité des cas, ce sont les gaz propulseurs des aérosols qui sont mis en cause. Trichlorodifluorométhane (14), dichlorotétrafluoroéthane, dichlorodifluorométhane, largement utilisés, y compris dans les médicaments, sont en effet, dans les conditions dans lesquelles ils sont utilisés par les inhaleurs volontaires (cf plus haut), capables de provoquer une arythmie cardiaque avec réduction de la contractilité myocardique et réduction du débit cardiaque, associée à une

excitation neurovégétative par action directe sur la muqueuse respiratoire. L'arrêt cardiaque est alors possible. Cette action est favorisée par la présence de catécholamine et l'existence d'une hypercapnie, conditions généralement réunies dans l'intoxication avec usage d'un sac plastique. Le Sudden Sniffing Death Syndrom décrit par Bass survient par ces mécanismes. Nous le reverrons (24).

Les solvants chlorés ont eux aussi une toxicité cardiaque. Le trichloroéthane a été rendu responsable de plusieurs arrêts cardiaques dans des conditions analogues. Son action cardiaque est connue des physiologistes. Le trichloréthylène est accusé de déprimer la contractilité myocardique (10). Le moins toxique serait le chlorure de méthyle.

Citons enfin une éventualité rarissime, la cardiomyopathie non obstructive associée à l'abus de solvants. Un cas est rapporté d'un inhalateur régulier de cirage contenant du TCE.

En résumé, il n'existe ni étude systématique, ni étude au long cours concernant les atteintes cardiaques. Tout ce que l'on peut actuellement affirmer, c'est le risque non négligeable de mort par arrêt cardiaque, pour la plupart des gaz propulseurs des aérosols et pour le trichloroéthane, dans des conditions très particulières (cf chapitre suivant).

E) HEMATOLOGIE

Si l'intoxication chronique au benzène (rarissime du fait d'une réglementation draconienne) s'accompagne évidemment d'une aphasie médullaire (222), les autres solvants sont exceptionnellement mis en cause. Cependant, la plupart des hydrocarbures aromatiques contiennent du benzène comme impureté (jusqu'à 10 % pour le toluène) ; l'aplasie médullaire, l'anémie aplastique, la leucopénie sont donc tout à fait possibles chez des usagers au long cours. Les exemples d'atteinte hématologique restent cependant exceptionnels. Quelques cas d'anémie hémolytique ou d'anémie aplastique sont décrits par Press et Done (227). Mais Massengale (179) ne retrouve que quelques leucopénies modérées. La plupart des études biomédicales confirment ce résultat (85, 225).

F) PNEUMOLOGIE

Les plaintes des inhaleurs concernent souvent l'organe respiratoire, autour duquel s'organise parfois une véritable hypochondrie. Dyspnée, douleurs thoraciques vives s'associent à la toux et à l'hémoptysie qui inquiète.

Les examens radiologiques sont pourtant, généralement, parfaitement normaux avec cependant, une exception pour l'essence, le pétrole et le white spirit qui favorisent l'apparition de pneumonies récidivantes et traînantes avec parfois insuffisance respiratoire mortelle (34).

Les hémoptysies sont fréquemment rapportées avec tous les produits. Souvent anxiogènes, elles ne sont pas graves en l'absence d'œdème aigu du poumon sous-jacent. Comme lui, cependant, elles sont dues à la causticité muqueuse habituelle

des solvants généralement utilisés.

Des études hémodynamiques récentes (14), ont montré que les cétones avaient une action vasoconstrictrice sur les vaisseaux pulmonaires, provoquant de ce fait, une augmentation de la pression pulmonaire. Ils pourraient ainsi, du moins théoriquement, être à l'origine d'une hypertension chronique.

Par ailleurs, le toluène, le xylène et les fluorocarbones ont été accusés de provoquer des bronchospasmes qui pourraient être responsables de certains décès (10).

Aucune étude ne parle d'évolution vers la fibrose pulmonaire et l'insuffisance respiratoire chronique, sauf celles concernant la médecine du travail.

L'OAP, est par contre, une éventualité potentiellement importante, en raison de la causticité déjà évoquée. Rien ne permet, cependant, d'en déterminer les facteurs de risques. Il n'est pas si fréquemment décrit, même s'il est rendu responsable d'évolutions fatales. Interviennent sans aucun doute, la dose inhalée, les modalités de cette ingestion, le toxique considéré : les plus volatils ayant une prime de toxicité, les moins volatils (toluène par exemple) devant être moins souvent en cause.

Mais la causticité du solvant n'est pas le seul mécanisme en cause dans cet OAP lésionnel. Les régurgitations avec fausse route, à la faveur de la somnolence, de vomissements (fréquents), de l'atteinte du réflexe de déglutition sont une éventualité souvent retrouvée dans les causes de mort par inhalation (10). Il s'agit là d'un risque certain, reconnu pour tous. Indirectement lié au toxique, il est surtout le fait d'un mauvais usage, du mauvais usage de solvant.

G) O. R. L.

L'atteinte des voies respiratoires supérieures est tout à fait banale. Toutes les observations notent l'injection conjonctivale, la gorge rouge, la rhinorrhée irritative.

L'inflammation laryngée, elle aussi cliniquement observable, se traduit par une toux quinteuse, souvent émétisante.

On retrouve plus rarement :

- des ulcérations buccales
- de la muqueuse nasale avec épistaxis.

Les infections sinusiennes sont fréquentes et semble-t-il, favorisées par des carences vitaminiques (vitamine C) (9).

On a décrit :

- une rhinopharyngite benzolique avec état subfébrile,

dyspnée d'effort et bronchite asthmatiforme.

- rarement, un oedème glotto sous glotique avec tirage.

- exceptionnellement, une intoxication labyrinthique irréversible, avec atteinte cochléaire et rétrolabyrinthique.

H) AUTRES ATTEINTES SOMATIQUES

Terminons, en citant deux hypothèses non vérifiées :

- quelques articles, parlent de dommages chromosomiques pour les inhaleurs de solvants (surtout ceux utilisant des hydrocarbures aliphatiques chlorés).

- quelques exemples sont rapportés d'un "fetal gasoline syndrom", touchant les enfants de mères inhaleuses d'essence. Il associerait :

- un retard mental
- une hypotonie initiale suivie d'une hypertonie
- des modifications crâniennes
- des troubles de la croissance.

Il est certain, en tout cas, que les solvants passent la barrière placentaire et peuvent atteindre le foetus.

I) PSYCHIATRIE

On est d'emblée frappé par la rareté des contributions, concernant ce sujet.

Lorsqu'ils l'abordent, les auteurs ont, le plus souvent tendance à mettre en avant une des trois actions psychiques du produit, évoquées plus haut :

- effet psychostimulant :

- + excitation
- + agitation
- 1+ élation
- + expansivité
- + grandeur

- effet psychodysleptique :

+ hallucinations élémentaires ou plus élaborées en un onirisme vécu (dimension psychédélique) (42, 107, 268)

- effet sédatif :

- + somnolence
- + apathie
- + voire perte de connaissance
- + oubli
- + anesthésie affective... (54)

Tous se rejoignent néanmoins, pour souligner la destructuration de la conscience, les modifications comportementales...

Les effets de l'usage de l'éther sont eux nettement mieux connus, des médecins en tout cas. Citons la description de Loo ou la thèse de "princeps" de Beluze (25).

Si les effets immédiats sont inégalement connus et évoqués, du moins la littérature les concernant est elle suffisamment abondante et documentée pour permettre une connaissance relative du sujet. On est par contre tout à fait démuné, en ce qui concerne les effets à plus long terme, rémanence des images visuelles, état psychotique aigu, pharmacopsychose...

A cet égard, les controverses habituelles ne font pas défaut. Le solvant, incontestablement en cause dans certains troubles aigus contemporains de l'intoxication, est-il le déclenchant d'un état psychiatrique plus prolongé, ou un simple facteur favorisant sur une personnalité fragile (fragile, comme le prouverait le recours à des toxiques) ? Au maximum, abus de solvants et symptômes psychiatriques classiques, ne sont-ils que les deux faces d'une même psychopathologie ?

La comparaison avec les drogues psychédéliques en général, et le LSD en particulier, mise en avant par de nombreux auteurs, pourrait être là, instructive.

Une autre question, concernant le long terme, reste en suspens ; celle, déjà évoquée, de la détérioration liée à l'atteinte organique et consécutive à l'usage prolongé des solvants.

Il restera enfin à évoquer les liens de l'inhalation

volontaire avec la délinquance, ou les troubles du comportement. Quant à la question de la toxicomanie, elle sera évoquée plus loin.

Quelles sont donc les complications psychiatriques les plus couramment évoquées ?

1 - Les états confusionnels

La désorientation dans le temps et l'espace, la destruction de la conscience, font partie de la description habituelle de l'ivresse retrouvée par tous les auteurs, chez la plupart des sujets en cours d'intoxication. L'association à un onirisme vécu, agréable ou anxiogène (85), est beaucoup plus inconstante. Nombreux sont ceux qui ont recours au modèle du LSD et de la psychose expérimentale ("model psychosis") mais leurs descriptions évoquent plutôt, du point de vue de notre nosographie, une ivresse confusodélirante avec onirisme vécu et agi.

Toolan et Coll décrivent deux accès particulièrement impressionnants (268).

Au cours de l'intoxication, dans un état de rêve, apparaissent des illusions visuelles avec transformation des couleurs et des formes, des hallucinations microscopiques et des hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques, associées en un onirisme vécu et agréable. C'est cet effet qui est essentiellement recherché par les sujets présentés. Dans les deux cas, il persiste un flou mnésique concernant l'épisode

onirique. Dans un des cas, la régression du moment hallucinatoire est incomplète ; elle est suivie pendant plusieurs jours d'illusions auditives qui ne semblent entraîner aucune conviction et en tout cas, aucune structuration délirante. En même temps, on assiste à une prolongation a minima d'un certain flou de la pensée et des repères. Il est significatif de noter qu'un test projetif, fait à distance sur le sujet redevenu asymptôtique, est interprété comme probablement psychotique.

De La Garza Gutierrez (85), retrouve dans le groupe étudié dans un bidonville mexicain, une très grande fréquence des hallucinations élémentaires mais aussi une assez grande prévalence d'épisodes d'onirisme agi, épisodes de groupe. Il insiste, en effet, sur le contenu mythique de cet onirisme, faisant appel aux représentations cosmogoniques généralement partagées dans la sous-culture considérée (les serpents, les chimères...). Parfois, le thème reste lié aux préoccupations plus réelles de ces sujets très défavorisés, mais c'est alors pour se mouler sur une expression commune et partagée de cette problématique sociale.

L'auteur affirme par ailleurs la plus grande rareté d'hallucinations auditives.

Notons enfin, que pour quelques auteurs (189), le sevrage brutal du toxique aurait été responsable d'un véritable délirium tremens ; ces observations, semble-t-il isolées, sont sujettes à caution, dans la mesure où il s'agissait probablement de polyintoxiqués.

Ces états confusio-oniriques sont, bien sûr à l'origine de certains accidents intercurrents, à l'occasion de troubles du comportement favorisés par la destruction de la conscience, la panique anxieuse ou la mise en action de l'onirisme.

2 - Les accès psychotiques aigus

La différence peut être difficile à faire entre l'accès confusio-onirique et une BDA (bouffée délirante aigue) avec confusion. Cette dernière, pour nous, se caractérise par sa durée, bien au-delà de la période d'intoxication, et par le polymorphisme des mécanismes délirants dominant la symptomatologie proprement confusionnelle.

Comme pour les autres toxiques, elle pose le problème de sa signification psychopathologique, psychose toxique ou psychose aigüe, décompensation d'un terrain prédisposé à l'occasion du contact avec le produit dysléptique.

Sa description est connue (387) associant, au délire paranoïde flou et polymorphe, des sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation avec signes aigus de discordance et anxiété massive, source de troubles du comportement, parfois dangereux.

S'en rapprochent les "flash back", dénommés "retours d'acide" pour le LSD, résurgence de symptômes psychotiques très longtemps après la prise, phénomène d'interprétation encore plus difficile.

En ce qui concerne les solvants, la bibliographie, dans ce domaine, est pauvre. Une symptomatologie paranoïde est exceptionnellement retrouvée par De La Garza Gutierrez, dans l'enquête déjà citée (85). Black (29) rapporte le cas d'un patient de 15 ans, à la personnalité manifestement pathologique de longue date (personnalité schizoïde), inhalateur régulier de pétrole depuis 1 an et demi, avec des effets psychiques particulièrement intenses et prolongés (6 heures) ; cet adolescent présente un état délirant polymorphe avec quelques idées persécutaires mal systématisées, et probablement, un automatisme mental durant 3 semaines, malgré une hospitalisation s'assurant de l'absence de récurrence de l'intoxication. Après sa sortie, sans traitement, et un recul suffisant, aucune rechute n'avait été notée, ni dans l'intoxication, ni dans les symptômes proprement psychiatriques. Tash MJ (266) évoque l'observation analogue d'une psychose aiguë "schizophréniforme" chez un inhalateur régulier.

Abgrall (1), enfin, insiste sur la possibilité chez les usagers chroniques, de phénomènes de "flash back" à distance de la prise, phénomènes qu'il rend responsables d'accidents dramatiques que nous reverrons. Il rappelle les deux hypothèses explicatives de ces manifestations :

- l'hypothèse psychiatrique concernant la possibilité d'expérience délirante secondaire chez une personnalité prédisposée déstructurée par l'expérience toxique primaire ;

- l'hypothèse toxicologique, évoquant un relargage de toxiques accumulés dans les graisses, relargage spontané ou à la

suite d'un amaigrissement.

Soulignons cependant :

a) La rareté de la description de ces phénomènes pour les solvants ; cette rareté ne peut s'expliquer, cette fois, par la résistance à la pénétration médicale. Il s'agit, lorsqu'elles existent, de manifestations spectaculaires et prolongées qui, dans la majorité des cas, conduisent à une consultation spécialisée. Encore convient-il de ne pas négliger les cas où l'inhalation n'est pas spontanément avouée.

b) L'impossibilité de conclure, quant à la signification psychopathologique de ces épisodes psychotiques aigus. La plupart des cas, ici rapportés, montrent des troubles de la personnalité anciens, bien antérieurs à l'accès qui amène la consultation psychiatrique.

3 - Psychoses chroniques et pharmacopsychoses

Elles posent le problème (76) de l'influence du toxique dans la genèse ou même l'aggravation des symptômes psychotiques.

Elle est exceptionnellement évoquée comme telle dans l'inhalation chronique aux solvants.

Abgrall (1), dans la communication déjà citée, évoque, à propos du cas d'un schizophrène typique, la responsabilité de l'utilisation de la colle dans cet état psychiatrique : "il

semblerait que l'utilisation de colles en inhalation a renforcé, sinon déclenché, l'organisation psychotique interne, par la création d'expériences délirantes et hallucinatoires".

Rappelons par ailleurs, les manifestations psychotiques, décrites par Grabski (125), Knox (154), et Lewis (172) comme éléments d'un syndrome rapporté à une atteinte organique chez les usagers prolongés de toluène : "l'encéphalopathie dégénérative des usagers chroniques du toluène" ; il s'agit d'un délire mégalomane flou, accompagné de signes de discordance, apparaissant chez des adultes assez jeunes (entre 24 et 30 ans), usant depuis plus de 10 ans du toxique, et présentant en général les signes d'une pathologie de caractère, ou d'une structure "border line".

Ces signes psychotiques, que l'on pourrait intégrer dans un syndrome proprement psychiatrique (décompensation psychotique chez un sujet "border line"), s'accompagnent de signes, qui pour les auteurs, signent :

- l'organicité
- l'atteinte cérébelleuse
- la détérioration des fonctions supérieures
- l'altération électrique ou radiologique.

Quelles que soient les interprétations proposées de ces cas (organiques ou psychiatriques), il n'est pas mis en avant le diagnostic de psychose chronique toxique.

Pour finir de rendre à nouveau impossible toute

conclusion, rappelons la fréquence souvent rapportée de conduites d'inhalation diverses chez des psychotiques, avérés de longue date, dans des mouvements auto-médicateurs ou délirants, "addiction" à l'inhalation plus qu'à l'inhalé.

4 - Les syndromes déficitaires

L'amaigrissement, le désintérêt affectif, sont souvent décrits sans qu'on puisse éliminer qu'ils soient en rapport avec un état dépressif, plus ou moins masqué, plus cause que conséquence de l'intoxication.

On a évoqué la détérioration globale de l'encéphalopathie dégénérative au toluène, sa description exceptionnelle et les discussions qu'elle ouvrait (cf chapitre sur les effets neurologiques).

Au total, là aussi, se pose la question de personnalité de base du sujet intoxiqué ; l'importance de la dépression parmi les déterminations de cette conduite, l'incertitude des modifications intellectuelles, rendent impossible toute conclusion rigoureuse.

5 - Les troubles du comportement

Les troubles du comportement, liés à l'instabilité émotionnelle et thymique, sont la cause essentielle de la consultation en psychiatrie des usagers chroniques de solvants (252), tandis que la délinquance est plus souvent mise en avant dans le cas d'usagers périodiques.

C'est du moins l'expérience d'un des rares services de pédopsychiatrie à rendre compte de son expérience en la matière (les usagers chroniques sont les usagers quotidiens, avec au moins 2 tubes de colle par jour depuis au moins 6 mois, alors que les usagers périodiques n'utilisent, à quelques reprises, qu'un seul tube dans les 3 derniers mois).

Les troubles du comportement surviennent ,

+ soit dans la phase de désinhibition et d'euphorie de l'intoxication,

+ soit dans la phase hallucinatoire ; ils sont alors liés à une conviction délirante, à une panique anxieuse, à l'onirisme, et dans tous les cas, favorisés par la confusion (1).

Il s'agit :

a- D'actes auto-agressifs,

rappelant, pour Abgrall, les automutilations des schizophrènes, "essais de rupture de l'intégrité corporelle", coupures, brûlures, tatouages cicatriciels, coups dans les murs, morsures.

Favorisées par la perte du jugement confusionnelle et la désinhibition, des conduites de risque ont été décrites, rendues responsables d'un certain nombre de décès (29). Ce défi à la mort (rappel de l'ordalie) (54), peut être retrouvé dans la manière d'abuser du solvant, renvoyant par là au jeu toxicomane classique du "flirt avec la mort".

Une observation de Musclove (194) nous paraît particulièrement démonstrative de cet abus de l'abus : avec ce que son camarade de "sniff" décrit comme une rage mégalomane, un jeune homme de 16 ans prolonge une séance au-delà de la dose habituelle ; ne tenant aucun compte des avertissements et de l'arrêt des autres, il affirme vouloir aller plus haut et plus fort. La mort met fin à cette orgie ordalique, dans la "fureur de vivre" classique de l'adolescence.

De même, de véritables tentatives de suicide ont-elles été décrites chez des sujets déprimés, survenant, elles aussi, à la faveur de la désinhibition (283) ou cherchant à mettre à profit les caractéristiques toxiques, réelles ou supposées, du produit utilisé.

Enfin, la conviction délirante, liée à l'intoxication, peut être à l'origine d'accidents graves (classiquement décrits pour les dysléptiques), défenestration avec la conviction de voler par exemple (1).

Korman (157) affirme la plus grande fréquence des actes autoagressifs pour les usagers de solvants par rapport au groupe de contrôle constitué d'autres drogués. Le solvant est même la variable la plus prédictive d'une auto-agression dans l'ensemble du groupe des drogués.

b- D'actes hétéro-agressifs

Abgrall décrit deux meurtres liés à l'usage de toxiques (1):

+ un meurtre crapuleux, à la faveur de la désinhibition toxique, pour obtenir les sommes nécessaires à l'achat du produit.

+ un meurtre froid, chez un sujet manifestement schizophrène ayant utilisé des solvants.

Dans les deux cas, on le voit, le solvant n'est tout au plus, qu'un appoint. Il est difficile d'affirmer la responsabilité directe du toxique. Il reste que, pour de nombreux auteurs, l'association du sniffage aux troubles du comportement (crises clastiques, délinquance, éclats agressifs), est liée aux difficultés du contrôle émotionnel et à la désinhibition toxique (113), sans négliger les caractéristiques de personnalité antérieure des sujets en cause (cf chapitre personnalité).

L'association de l'inhalation aux éclats comportementaux et à l'impulsivité est en effet rattachée par de nombreux auteurs au sentiment d'invulnérabilité du "soi grandiose" (Kohut), souvent retrouvé chez ces sujets (291).

Au maximum, pour certains, l'inhalation volontaire ne serait elle-même, qu'un trouble du comportement parmi de nombreux autres, en rapport avec un déséquilibre caractériel. Le "sniffage" ne poserait pas de questions bien différentes de la délinquance juvénile à laquelle il devrait être assimilé d'après Framrose (108).

Ici encore, s'opposent et se contredisent les mêmes positions fondamentales.

+ Les tenants du toxique mettent en avant la valeur

explicative de ses effets, au risque d'oublier que ceux-ci s'exercent sur une personnalité, à laquelle cette rencontre même appartient.

+ Ceux qui ne le considèrent que comme un épiphénomène, mettent en avant les déséquilibres de personnalité, jusqu'à en oublier parfois, les effets du toxique les moins contestés.

Ce débat redouble celui non moins classique de la détermination socio-culturelle ou psychique de ces comportements.

J) MORTALITE

La mort liée à l'inhalation volontaire est une éventualité affirmée par de nombreux auteurs de façon indiscutable. Particulièrement dramatisée par son contexte de survenue, elle donne lieu souvent à des articles dans la presse publique ou spécialisée.

Par ses conséquences médico-légales, elle constitue un mode d'évaluation moins impressionniste du risque des pratiques qui nous intéressent ici.

Elle mérite donc un chapitre à part, même si, comme ici, ne sont pris en compte que les cas de décès au cours ou au décours immédiat d'une séance d'intoxication.

Une controverse domine la littérature. Ces morts sont-elles directement liées au toxique ? Ne sont-elles pas dues à une incompétence particulière de l'usager à mésuser du toxique ?

Très tôt, après l'émergence publique du problème dans le

début des années "60", plusieurs articles américains mettent en évidence des cas sporadiques de mort subite contemporaine de l'inhalation de solvants. L'impression qui se dégage alors, est qu'il s'agit de morts dues :

+ soit à une asphyxie par le sac en plastique - instrument habituel des "sniffeurs"- dans lequel certains sujets s'endorment en inhalant.

+ soit en rapport avec une régurgitation dans les voies respiratoires, rendue possible, à l'occasion d'un vomissement, par la perte du réflexe de déglutition, liée à la dépression du système nerveux central.

+ quelques cas sont mêmes reliés à des accidents intercurrents, secondaires à la désinhibition due à l'ivresse des "sniffeurs" ou à la panique liée à un état confuso onirique (279).

Seuls quelques produits étaient reconnus comme directement responsables des décès, tout particulièrement les dérivés halogènes des hydrocarbures aliphatiques : le tétrachlorure de carbone, par l'anurie bien connue qu'il provoque indiscutablement, mais aussi, très tôt, le TCE, déjà rendu responsable du décès de toxicomanes en 1956 (55 et les autres), de même que le tétrachloréthylène (265).

Les mécanismes mis alors en avant étaient :

- l'oedème aigu du poumon lésionnel fulminant avec ses conséquences rapidement asphyxiantes ;

- mais aussi, l'arrêt cardiaque, après des troubles de l'excitabilité myocardique ;

- ou même, l'association des deux mécanismes.

Ce n'est qu'en 1970, à l'occasion de l'étude de 110 morts soudaines d'inhalateurs volontaires au cours de leur pratique, que Bass a décrit et nommé "Le Sudden Sniffing Death (SSD) Syndrom" (24).

La description en est tout à fait précise. La mort est subite: au décours immédiat de l'inhalation rapide et profonde, elle survient directement après un stress. S'il y a usage d'un contenant, il n'est manifestement pas la cause directe du décès (sac non retrouvé autour du cou et ne gênant pas le flux respiratoire). Il n'y a aucun accident intercurrent. Bien plus, la description des témoins est éloquente. L'enfant inspire plusieurs fois profondément dans le sac pendant un temps variable ; tout à coup il se lève, et court, puis s'effondre... mort. D'autres fois, il montre simplement des signes de panique pendant quelques minutes, avant de perdre soudainement conscience. Dans tous les cas où elle est faite, l'autopsie ne retrouve aucune cause anatomique à la mort.

La confrontation avec les renseignements épidémiologiques et les expériences de physiologie animale, amène Bass à incriminer essentiellement deux types de produits dans cette "SSD".

- + les fréons des aérosols pressurisés;
- + les hydrocarbures aliphatiques chlorés et plus particulièrement, le trichloréthane (26 %) des détachants ou de certains aérosols.

En effet, d'une part, de nombreuses expériences de

physiologie, ont mis en évidence les propriétés arythmisanes cardiaques des fluorocarbones, du TCE, du trichloréthane (24).

Elles indiquent par ailleurs, l'effet aggravant de la présence de catécholamines (le stress) et d'une hypoxie (l'inhalation en milieu fermé).

D'autre part, l'étude approfondie des morts et des toxiques incriminés dans chaque cas, montre une prédominance et une croissance massive de ceux liés aux fluorocarbones, suivis par ceux en rapport avec les trichloréthanes dans "l'épidémie de SSD des années 60".

Les autres produits mis en cause, mais de façon numériquement marginale sont :

- l'essence, 6 %, dont l'usage est cependant particulièrement répandu dans certaines régions. La mort est alors liée à une encéphalopathie au plomb, ou à une pneumonie aiguë.

- le toluène, environ 8 % ; c'est pourtant de l'avis de tous, le produit le plus largement consommé. Les mécanismes du décès ne sont pas indiqués.

- le benzène, quelques cas, 5 % ; là aussi non détaillés.

Pour Bass donc, si la responsabilité directe du toxique est incontestable dans un nombre non négligeable de cas, elle est essentiellement le fait des fréons d'aérosols, et à un moindre degré, des hydrocarbures chlorés.

Anderson (10), dans une étude récente, apporte un complément de réponse au questionnement sur les risques de l'inhalation volontaire. Il enquête sur 140 morts survenues en

Grande-Bretagne entre 1971 et 1981 et liées à l'usage des substances volatiles. Ses sources sont multiples et hétérogènes - c'est l'un des biais soulignés de cette enquête -. Il n'a aucune certitude d'être exhaustif. Les résultats en sont néanmoins particulièrement instructifs :

+ Il note des accroissements récents en 1975 et 1980, qu'il attribue, au moins partiellement, à une sensibilisation croissante de l'opinion publique et professionnelle à ce problème et à l'amélioration des conditions de recueil de l'information. Il ne peut donc affirmer aucune tendance incontestable (pour la consommation).

+ Les 3/4 des décédés sont âgés de moins de 20 ans mais le premier cas est décrit chez un homme de 53 ans. 20 % sont âgés de moins de 15 ans ; il y a 13 fois plus de garçons que de filles . En 1981, le nombre total de décès représente 3 pour un million de garçons de 10 à 14 ans et 10 pour un million de 15 à 19 ans ; ils représentent néanmoins 1 % de décès des 10-19 ans, et 2 à 3 % des décès par accident ou empoisonnement des garçons. Des différences régionales sont retrouvées. Les métropoles urbaines sont significativement plus atteintes. Pour les plus âgés (au-dessus de 17 ans), toutes les classes sociales sont représentées à hauteur de leur importance dans la population en général, avec cependant une légère surreprésentation des classes sociales les plus défavorisées. Chez les moins de 17 ans, elle touche significativement plus ceux qui sont issus des milieux ouvriers ou sous-prolétaires. Aucun n'est issu de la classe la plus favorisée.

+ L'absence d'associations préférentielles de ces morts avec un jour particulier de la semaine, ou une période particulière de l'année, indique pour l'auteur qu'elles ne sont pas significativement liées à l'activité du groupe.

+ Dans 12 % des cas, une polyintoxication est retrouvée, avec d'autres solvants que celui considéré comme responsable du décès (7%), avec de l'alcool (3 %), des médicaments (1,5 %), du cannabis (0,5%) ; mais là aussi, rien ne permet de prétendre à l'exhaustivité.

+ Enfin dans 47 % des cas, les décès surviennent dans la chambre du sujet (usage solitaire ?) ; dans 77 % des cas, il s'agit d'inhalateurs déjà connus.

+ Les substances liées au décès sont les suivantes :

- le butane (surtout dans les recharges de briquets) 28%.

- le fréon des aérosols, 15%, auxquels il faut ajouter celui des extincteurs : le bromochlorodifluorométhane, 5%.

- le toluène (dans la colle), 16%.

- le trichloréthane (nettoyants industriels), 14%.

- le trichloréthylène (dans la colle), 1,5%, ou (les nettoyants), 3%, donc 4,5%.

- chloroforme, tétrachlorure de carbone, autre hydrocarbure, plus rarement.

+ L'étude de l'évolution relative des responsabilités depuis 1975, ne montre aucune tendance à l'accroissement (dans ce rapport au décès), d'une substance particulière.

+ Les mécanismes du décès sont eux aussi analysés (mais sur dossier, à postériori, et pas dans une démarche de recherche programmée et homogénéisée).

CAUSES INDIRECTES

8% sont attribuées à un traumatisme

19% sont attribuées à l'asphyxie par le sac

14% sont attribuées à l'inondation bronchique par le contenu digestif régurgité.

Au total, 41%.

CAUSES DIRECTES

49% sont liées à une asphyxie, dans laquelle on retrouve :

- des causes pulmonaires
- des causes cardiaques
- ou nerveuses centrales,

sans que puissent être données des informations rigoureuses les concernant.

Notons cependant :

- 4% d'OAP
- 8% d'atteinte du rythme cardiaque
- 2% d'atteinte centrale

Les autres causes étant laissées dans le flou, la seule chose affirmée étant l'action directe du toxique.

S'y ajoutent dans 1% des cas, une insuffisance hépatorénale, donnant 50% d'action directe du toxique reconnue.

Dans 10% des cas, aucune information concernant les mécanismes de la mort ne peut être retrouvée.

Un fait mérite d'être souligné :

+ Dans 56% des décès liés à l'usage de colles (dans lesquelles, le toluène est le solvant essentiel dans plus de 85% des cas), celui-ci est attribué à une "cause indirecte" (trauma, asphyxie par le sac ou régurgitation).

Cette proportion est de 45% pour le butane et de 28% pour les aérosols et extincteurs réunis, et du même pourcentage environ pour les autres produits.

+ Inversement,

38% des décès sont directement attribués au toxique pour les colles, environ 50% pour le butane et 71% pour les aérosols.

Si l'on retire les cas de polyintoxication, les chiffres sont encore plus éloquents :

- 27% pour la colle
- 40% pour le butane
- 65% pour les aérosols.

Cette enquête, malgré ses biais évidents :

- hétérogénéité des sources et des types des données recueillis,

- absence d'information précise concernant le produit toxique en cause et les mécanismes de la mort,

apporte un certain nombre de renseignements importants:

+ le sniffage, par la mortalité auquel il est attaché, est un problème de santé publique (1% des décès des garçons de 10 à 19 ans).

+ La mortalité ne semble pas liée à une activité de groupe, ce qui introduit une contradiction instructive avec les constatations habituellement retrouvées dans la littérature (cf chapitre épidémiologie) CEUX QUI MEURENT SERAIENT-ILS "DIFFERENTS" DES USAGERS "COMMUNS" ?

Le solvant, de l'avis de tous, le plus utilisé actuellement, y compris en Grande-Bretagne et en France, est le

toluène (dans les colles). Il n'est pourtant responsable que d'une faible proportion des décès, et dans un nombre significatif de cas, il n'est que cause indirecte de ceux-ci. Ce point rejoint la conclusion de Massengale (199), dressée près de 20 ans avant, aux Etats Unis, ainsi que celle de Bass en 1970. Il reste néanmoins, qu'incontestablement pour Anderson, des décès sont liés à l'usage de toluène, certains directement liés à son effet toxique.

Des produits apparaissent comme particulièrement dangereux (aérosols, trichloréthane, butane). Anderson confirme là, les éléments rapportés par Bass dans son "sudden sniffing death syndrom" en y ajoutant le "butane" d'utilisation spécifiquement anglaise dans cet usage.

Une information fait cependant défaut : qu'en est-il du risque, de son évaluation chiffrée, même approximativement, globalement, ou rapportée à un "groupe à risques" particulier ? Ce sont là pourtant les questions les plus souvent posées par les agents sociaux ou médicaux confrontés au problème et par un certain nombre d'usagers rencontrés.

Une certaine information sur le nombre de décès liés à l'inhalation volontaire, est, on l'a vu, possible avec les restrictions déjà avancées, l'absence de certitude, d'exhaustivité en particulier.

En Grande-Bretagne, 39 décès en 1981, 66 décès pour 1982 (149).

En France, 11 décès en 1981 (246) mais seulement 3 décès dénombrés pour 1983 (Madame Sentilhes).

Les tendances à l'accroissement, ne peuvent être formellement affirmées en l'absence d'informations précises sur les modalités pratiques du recueil des données. En France, l'existence de décès par inhalation, non déclarés comme tels, est certaine (nous avons un exemple de ces défaillances).

Surtout, l'évaluation du risque, nécessite une estimation fiable de l'extension du phénomène et, dans ce domaine, les renseignements sont encore plus rares et constestables, comme nous le reverrons au chapitre épidémiologique.

Cet état des choses rend d'autant plus précieuse la confrontation de deux enquêtes américaines globales qui nous semblent devoir trouver ici sa place :

+ Il s'agit, d'un part, d'une extrapolation, à partir des résultats d'un recueil d'agences d'épidémiologie et de populations, recouvrant 170 décès liés à l'inhalation volontaire de solvants pour l'ensemble du pays, dans l'année 1979 (24).

+ d'autre part, d'une évaluation globale du nombre général des inhaleurs volontaires.

10% des 12-17 ans et 16,5% des 18-25 ans

avouent en 1979, avoir utilisé des solvants, à un moment de leur vie. Pour l'ensemble de la population, 6 millions et demi à 8 millions et demi de sujets sont concernés. Sur cet ensemble, les auteurs estiment le nombre des utilisateurs récents ou actuels (les 6 derniers mois) entre un demi-million et 1 million et demi. Ils précisent par ailleurs, que 50% de ceux

qu'ils comptent comme utilisateurs, ne l'ont été qu'en une ou deux occasions.

Pour Watson (280), cependant, la mortalité par inhalation volontaire, n'est pas directement liée à l'importance en quantité et en durée de l'abus.

En soulignant les biais multiples de ces enquêtes, de cette confrontation (aucune différence n'est faite avec les inhalations volontaires à visée suicidaire manifeste, aucune assurance d'exhaustivité, recours à des évaluations grossières dans un domaine où l'enquête épidémiologique est difficile), on peut néanmoins en tirer l'approximation qui suit :

Aux Etats Unis, en 1979, on peut évaluer le risque de décès par inhalation volontaire de solvants entre

2 décès/10 000 usagers et 7 décès/10 000 usagers.

Soulignons à nouveau le caractère approximatif de ces chiffres qui ne sont donnés là que faute de mieux. Ils indiquent qu'il existe un risque léthal non négligeable chez les usagers de solvant.

K - CONCLUSION

En résumé, les accidents somatiques du sniffage sont incontestables. Leur prévalence est difficile à évaluer. Ils sont souvent le biais par lequel la médecine, si elle les reconnaît, peut aborder les inhaleurs. L'hétérogénéité des observations, l'imprécision des comptes rendus, les lacunes

épidémiologiques rendent cependant difficile l'estimation du risque. Une certitude : celui-ci varie en fonction du produit utilisé.

Trois types de situations peuvent être décrites :

- celles liées à des produits dont la toxicité est connue et prévisible. C'est le cas :

+ des polyneuropathies du n-hexane, du méthylbutylcétone,

+ des néphropathies du tétrachlorure de carbone,

+ des hémopathies du benzène.

L'évidence même de cette toxicité a conduit, sauf pour le n-hexane, à une réglementation draconienne de leur vente, ce qui limite d'autant le risque pour l'usage qui nous occupe ici.

- celles liées à des produits jusqu'ici considérés comme peu toxiques mais qui sont certainement responsables d'accidents dans les conditions ici décrites.

C'est le cas des accidents cardiaques mortels par :

+ les gaz fluorés propulseurs dans les aérosols

+ certains dérivés chlorés des hydrocarbures aliphatiques _ trichloréthane en particulier, TCE de façon plus discutée

+ le butane des gaz de briquet.

- celles où existent des soupçons plus ou moins discutés portant sur des produits dont la toxicité dans ce contexte reste mal connue :

C'est le cas :

+ des lésions neurologiques centrales pour l'usage au long cours du toluène

+ des lésions rénales ou hépatiques attribuées aux dérivés chlorés-(trichloréthylène en particulier) et au toluène.

Une présomption se dégage nettement : à l'intérieur même de la population des inhaleurs, un groupe à risques se singularise avec des traits psychopathologiques, et un rapport au toxique particulier.

Le risque mortel n'est pas négligeable.

Au total, les autres accidents somatiques sont le plus souvent réversibles.

CHAPITRE III - EPIDEMIOLOGIE

I - ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE L'USAGE DE SOLVANTS :

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

A - QUANTIFICATION DU PHENOMENE

B - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1) L'âge
- 2) Sex ratio

C - LE PRODUIT

- 1) Les produits les plus utilisés
- 2) Modes d'utilisation
- 3) Le contexte de la pratique
- 4) Les motifs invoqués
- 5) Premier contact avec les solvants
- 6) Les effets
- 7) Dépendance, tolérance et accoutumance

D - LE MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE D'ORIGINE

- 1) Approche du contexte socio-familial
 - a) la dissociation familiale
 - b) pathologie familiale
 - c) hostilité, violence et tension intra-familiale
- 2) Le rôle des pairs
- 3) L'échec scolaire et les difficultés de scolarisation

E - APPROCHE INDIVIDUELLE

- 1) L'approche psychologique
 - a) les fonctions cognitives
 - b) troubles de la personnalité

F - INVESTIGATION CLINIQUE ET COMPARAISON A D' AUTRES
GROUPES DEVIANTS

- 1) Autres toxicomanies
- 2) La délinquance
- 3) Le suicide

II - ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE FRANCAISE

A - USAGE DU SOLVANT

B - DESCRIPTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES USAGERS DE
SOLVANTS

C - ANTECEDENTS FAMILIAUX

D - ANTECEDENTS DU SUJET

E - DELINQUANCE

F - USAGE DE PRODUITS PSYCHOTROPES

G - CONCLUSION-DISCUSSION

TABLEAUX

BIBLIOGRAPHIE-EPIDEMIOLOGIE

I - ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE L'USAGE DE SOLVANTS :
ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE.

Nombreux sont les travaux qui dans une optique épidémiologique nous informent sur l'évolution et l'extension du phénomène "inhalation de solvants".

Les premiers articles suédois (41) et américains (68) relatant des abus de colle datent des années 50.

Au cours des années 70 a eu lieu un symposium où sont parues des revues critiques de la littérature. (6, 7, 66, 67) Le terme "glue-sniffing" a été reconnu comme entité définie dans l'Index Medicus en 1969.

C'est seulement de la fin des années 50 que date la prise en compte du phénomène comme problème de santé publique.

Dix ans plus tard, il s'était généralisé à travers le monde entier. Des enfants et adolescents "sniffeurs" sont apparus aux Etats-Unis, en Australie, au Mexique, en Amérique du Sud, au Japon et en Europe.

En France, mises à part quelques publications marginales rapportant des accidents toxicologiques chez des polytoxicomanes et les traditionnelles observations d'étheromanes, le phénomène n'est mentionné comme tel que vers le milieu des années "70", date à partir de laquelle plusieurs thèses de médecine y ont été consacrées (5, 14, 18, 28, 51, 65).

A - QUANTIFICATION DU PHENOMENE

Malgré les difficultés de recueil, on dispose à

l'heure actuelle de quelques informations.

Plusieurs enquêtes américaines en milieu scolaire et universitaire donnent des résultats proches.

La première enquête systématique, concernant l'usage de solvants, couvre l'ensemble de l'Etat de New-York. Elle trouve 5,2% de sujets, de 11 à 18 ans, qui reconnaissent avoir usé de solvants (86).

Celle du "Drug Abuse Council" indique que :

- 7% des 12-17 ans ont consommé au moins une fois et consomment lors de l'enquête.
- 9% des étudiants de collèges (18-24 ans) avec 0,5% qui en consomment lors de l'enquête.

En 1979, l'enquête de Fishburn (42) trouve les résultats suivants :

9,8% parmi les jeunes de 12-17 ans

16,5% parmi les jeunes de 18-25 ans

disent "avoir utilisé au moins une fois des solvants".

Pour l'ensemble de la population, on retrouve 6,5 millions de sujets, parmi lesquels seuls entre 1/2 million et 1 million seraient des utilisateurs récents.

Là aussi, des résultats en 1980 confirment partiellement les précédents (83) :

7 à 12% d'utilisateurs parmi les lycéens

4% d'utilisateurs réguliers.

Les résultats des enquêtes scolaires permanentes, réalisées par le NIDA entre 1975 et 1980, montrent que 64% des universitaires ont utilisé des drogues illicites, et pour 12,8% d'entre eux, des solvants volatils. En 1980, la prévalence totale d'inhalants atteint 12% (50).

Aux Etats-Unis, en 1975-1976, une enquête à partir d'interviews d'un échantillon de familles stratifié, trouve que pour l'ensemble du territoire :

- 8,1% de sujets de 12 à 17 ans disent avoir fait usage de solvants au moins une fois, parmi lesquels

1% d'usagers en cours.

- 3,4% des plus de 18 ans parmi lesquels 0,5% d'usagers en cours.

L'auteur note la similitude de ces taux avec ceux de l'utilisation du LSD et de la cocaïne.

Au Canada, une enquête faite en 1977 donne le pourcentage des usagers occasionnels de colles et solvants, dont l'ensemble représente 10,5% des jeunes d'âge scolaire (1).

Au Mexique, Medina Mora (62) a coordonné une enquête exhaustive dans 4 villes du pays, et elle trouve que :

- 0,4% des sujets utilisent des solvants et

- 0,3% régulièrement entre 14 et 24 ans.

Pour l'ensemble de la population, c'est quantitativement la deuxième drogue utilisée, après le cannabis.

En France, il n'existe pas actuellement d'enquête épidémiologique centrée sur l'usage de produits toxiques.

Cependant, certains indicateurs semblent inquiétants : la proportion de patients admis dans le service de Réanimation de Fernand Widal pour abus de solvants, atteint près de 15% du total des cas de toxicomanes (38).

Or, il faut souligner dès à présent les variations dans l'importance du phénomène, selon les lieux, les groupes considérés et le type de produit. Certains résultats des enquêtes locales soulignent des disparités considérables selon le quartier, le groupe ethnique. De plus, les couches sociales les plus défavorisées, et certains groupes particulièrement exposés, sont plus rarement accessibles aux institutions en général et à celles de soins en particulier.

Pour ces raisons et bien d'autres, le risque est grand que ces catégories soient sous-représentées dans les enquêtes larges, à partir d'un échantillon randomisé et stratifié. Cette situation évoque la possibilité d'une sous-évaluation de l'extension du phénomène. A cette première difficulté, CARROLL (21) en ajoute une autre : la disparité des questionnaires locaux empêche toute comparaison rigoureuse de leurs résultats. A l'inverse, dans les enquêtes partielles, l'intérêt porté particulièrement sur une population peut grossir le phénomène.

B - CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1) AGE

La plupart des auteurs s'accordent à penser que la majorité des usagers sont des préadolescents et des jeunes adolescents.

Pour PORTER, c'est la drogue la plus fréquemment utilisée (en dehors de l'alcool et du tabac) entre 11 et 13 ans (75). Notons qu'il s'agit là d'une étude en milieu scolaire, dans une zone défavorisée en Alaska.

Dans une étude réalisée par WATSON, en Ecosse, sur la période 1975-1981 (93), l'âge des usagers s'étale entre 8 et 18 ans ; la grande majorité ayant entre 13 et 15 ans. Ces résultats rejoignent ceux de WYSE (97), O'CONNORS (71) et d'autres.

Dans l'étude mexicaine, l'âge de début d'usage de solvants est plus précoce que celui du cannabis (62).

- 1,3% des réponses positives se retrouvent dans la tranche des 14-17 ans : ce pourcentage n'est que de 0,8% pour les 18-24 ans.

Cette tendance est exactement inverse pour le cannabis - 3,75% pour les 18-24 ans et 5 fois moins pour les 14-17 ans.

Dans une étude rétrospective faite en 1972 par KRAMER, celui-ci note que les solvants sont devenus la drogue d'initiation la plus fréquente des jeunes adolescents américains (57). Ces résultats rejoignent ceux de celle en France (26).

Dans son enquête récente (83), SHARP souligne que l'inhalation volontaire diminue considérablement avec l'âge, sans préjuger cependant du passage à d'autres drogues.

D'autres études vont dans le même sens : FISHBURN (42), GAY (45) et WATSON (92);

SENTILHES et GARNIER (82) rapportent que l'inhalation

des solvants organiques atteint en France les adolescents de 13 à 15 ans, mais aussi des enfants plus jeunes.

Pour KORMAN, l'unanimité des travaux à ce sujet, est au moins partiellement attribuable aux conditions même des enquêtes réalisées, le plus souvent, en milieu scolaire, puisqu'il est le milieu le plus visible et le plus pénétrable (55). Pour compléter ce point de vue, il étudie les inhaleurs volontaires, reçus aux urgences psychiatriques d'un hôpital général : il retrouve un nombre non négligeable d'adultes, usagers de longue date.

Il estime que c'est là un problème de santé publique pour les adultes aussi, problème dont il semble impossible de donner une quelconque évaluation numérique. Ces impressions sont confirmées par d'autres études (9), (27), (79). Cette facette du phénomène, probablement sous-estimée et en tous cas considérée comme marginale, est confirmée par l'enquête mexicaine (62), déjà évoquée, dans certains de ses résultats locaux. Elle retrouve une utilisation d'adultes particulièrement extensive, soulignant le rôle du confinement et de la promiscuité.

Dans une prison de Mexico, 50% des prisonniers reconnaissent l'usage actuel de solvants, le plus souvent dans le cadre d'une polytoxicomanie (90).

Plusieurs autres exemples rapportent l'implication d'adultes dans ces pratiques. Les méthodes de recueil posent beaucoup de difficultés en ce qui concerne leur validité ; elles appartiennent plus à l'approche ethnographique. Les groupes en cause sont des minorités avec des caractéristiques assez spécifiques.

Malgré certaines réserves, rappelons néanmoins que la quasi totalité des enquêtes confirme l'impression des équipes françaises de milieu ouvert : "l'inhalation de solvants volatils concerne surtout les jeunes de 12 à 18 ans".

2) SEX RATIO

L'inhalation volontaire de solvants concerne plus les garçons que les filles. C'est ce qu'affirme le plus grand nombre d'études.

ALTENKIRCH, CORLISS, GADEKE, PRESS et CARROLL font état d'une proportion de 10 garçons pour une fille (71).

Le pourcentage, dans le travail d'ANDERSON (4), est de 13 garçons pour une fille sur les 140 décès associés à l'usage de solvants volatils en Grande-Bretagne, entre 1971 et 1981. Celui de KING (53) trouve 3 garçons pour 1 fille parmi les patients admis dans un hôpital en Ecosse pour des troubles neurologiques consécutifs à l'usage de toluène.

L'enquête scolaire américaine, à New-York, ne confirme pas ces observations ; elle ne trouve aucune différence significative entre les taux de garçons et de filles d'usagers (86).

KORMAN (56) qui décompte aussi 3 garçons pour 1 fille, avance l'hypothèse d'une participation féminine plus grande aux comportements déviants d'une manière générale.

Une enquête dans les tribus Pueblo du Nouveau Mexique trouve même un sex ratio tout à fait inversé. Dans les collèges de ces tribus, on note 17% d'utilisateurs, avec 65% de filles et seulement 35% de garçons (78). Ceux-ci sont le plus souvent des alcooliques. L'auteur y voit la preuve que les sujets se servent

de ce qui est le plus accessible, le recours aux solvants ne se faisant que faute d'autres drogues "nobles" ou "dures" : héroïne, cocaïne et surtout alcool, plus facilement accessibles aux hommes dans cette minorité.

C - LE PRODUIT

1) PRODUITS LES PLUS UTILISES :

De nombreux chercheurs ont essayé de faire une liste des produits les plus utilisés par les usagers (3), (51), (65), (82) :

- les dissolutions à rustine (colles à rustine) conçues pour la réparation des chambres à air de bicyclettes.

Elles contiennent principalement du toluène, du trichloréthylène dont l'inhalation va déterminer les effets cherchés par les "sniffeurs". Ces dissolutions sont vendues dans les supermarchés et les plus vendues ici, en France, sont : la Dissoplast (qui est la plus appréciée...), la Velox et la Norlatex.

- d'autres colles : colles à maquette, colles à polystyrène, colles de papeterie, colles plastiques.

- les vernis et peintures.

- les détachants (eau écarlate, trichloréthylène)

- les diluants de peinture dont le white spirit.

- les carburants : essence (super, gazoil, kerosène)

- les aérosols.

- le gaz de briquet.

- les "poppers".

- les solvants à l'état pur : éther, acétone.

Tous ces produits ont en commun de contenir des solvants organiques.

2) MODE D'UTILISATION

Il y a différents modes d'inhalation :

- le sniffage direct

- le sniffage dans les mains

- le sniffage par l'intermédiaire d'un chiffon imbibé ou d'un tampon placé sous le nez

- le sniffage dans un sac en plastique, ce qui est le cas de la colle à rustine.

Cette modalité a deux conséquences : l'augmentation de la concentration des vapeurs qui provoque un effet plus intense et la privation d'oxygène qui peut être parfois très dangereuse.

- le sniffage des aérosols

- l'ingestion.

Bien que moins fréquente, elle constitue un autre mode d'utilisation, particulièrement au trichloréthylène.

3) LE CONTEXTE DE LA PRATIQUE

Selon la plupart des auteurs, le "sniffing" est principalement une pratique de groupe.

Dans une étude réalisée par WATSON (93), de 400 cas

d'inhalation vus dans un service d'urgence, 340 l'auraient fait en groupe, 40 en groupe et individuellement, et seulement 20 l'auraient fait d'une manière solitaire.

La pratique de groupe constitue un rituel de la bande lors de séances, et elle aurait, selon NURCOMBE (63), un rôle important dans la structure hiérarchique du groupe.

4) MOTIFS EVOQUES

Dans une compilation réalisée par Sidney COHEN en 1977, on retrouve comme motifs principaux (évoqués par les jeunes sniffeurs) (24) :

- L'influence du groupe de pairs : la colle devient une mode, un moyen d'entrer dans un groupe et de participer à la vie de ce groupe.

- Sa disponibilité dans le marché : on la trouve dans les libre-service et presque partout.

- Les avantages de sa présentation : "elle peut être cachée très facilement, même dans la poche".

- Les sensations provoquées : "parce que ça me plaît", "pour me sentir bien".

- Le fait que la grande majorité de ces produits (à la différence d'autres toxiques) est en vente libre dans la plupart des pays.

Brigitte COQUIDE retrouve ici, en France, que les motivations de la conduite de sniffage sont en corrélation avec les lieux où le jeune le pratique (28), ainsi les jeunes qui, par plaisir, se retrouvent au sein d'un groupe en des lieux

déserts, secrets pour ne pas être dérangés, interpellés ou découverts (terrains vagues, caves, etc.)

D'autres qui, par provocation, sniffent aux yeux de tous, en pleine rue, en pleine classe, en s'exhibant.

Enfin, ceux qui, par désespoir, s'isolent et inhalent en restant seuls dans un endroit (leur chambre par exemple). Ce serait ces derniers qui présentent les plus graves problèmes.

5) LE PREMIER CONTACT AVEC LES SOLVANTS

Le jeune est souvent motivé, selon SENTILHES et GARNIER (82), par une curiosité suscitée par la découverte de cette pratique au cours d'une conversation ou par la lecture d'un livre ou d'un journal.

Selon Jacqueline JOUGLARD, ces enfants découvrent le sniffage auprès d'un ou plusieurs copains et cette première expérience va lier la curiosité à la pression sociale du groupe en prenant une valeur d'initiation. Il est la condition nécessaire à l'appartenance au groupe, c'est comme une "épreuve" qui va donner le droit d'être comme les autres et traité comme quelqu'un du groupe (51).

Une grande quantité d'enfants va s'arrêter une fois la curiosité satisfaite, d'autres peuvent cependant continuer en groupe ou continuent parfois seuls.

6) LES EFFETS

Ceux-ci peuvent être physiologiques, psychologiques et sociaux.

Les effets sont très variables selon les individus, leur personnalité, la qualité et la quantité du produit inhalé, aussi bien que les conditions générales de la prise et l'expérience préalable.

Cependant, presque tous les auteurs soulignent la rapidité de ces effets. Ils s'étalent de l'intoxication légère à l'inconscience totale, voire la mort.

Pour les effets à court terme, on remarque : en quelques secondes apparaît un syndrome ébrieux, comparable à celui de l'intoxication alcoolique modérée.

On peut distinguer trois moments :

- Une excitation euphorique accompagnée d'une sensation de bien-être, de joie et de détente. C'est ce que les sniffeurs appellent "planer".

- Puis, si l'intoxication se poursuit, peuvent survenir des hallucinations, visuelles surtout, mais aussi auditives.

Dans une étude réalisée par BROZOWSKY et WINCKLER (16), elles apparaissent chez plus de 50% des usagers de solvants. Elles peuvent être agréables et kaléidoscopiques, mais elles peuvent être aussi terrifiantes avec des personnages diaboliques, fantômes, animaux sauvages, etc.

Il y a aussi une sensation de distorsion du temps et une véritable psychose chimique transitoire peut se constituer avec des troubles du comportement, parfois destructeurs, favorisant les accidents et même parfois la criminalité par levée des inhibitions. Cela peut être très dangereux (ANDERSON) (4).

- Suit après une phase dépressive marquée par une confusion mentale, une désorientation temporo-spatiale, une démarche d'ébriété, une somnolence et un sommeil en général paisible.

Au maximum apparaît la perte de conscience avec risque rare de coma et mort.

Au réveil, il y a en général une amnésie partielle ou totale.

En ce qui concerne les effets à long terme, on note :

- des troubles neurologiques : asthénie, anorexie, céphalées, troubles de la mémoire, troubles du sommeil, de l'attention et du jugement.

Ces effets sont en général réversibles, cependant si l'intoxication se poursuit, elle peut donner place à des lésions cérébrales définitives avec une diminution des performances intellectuelles, des troubles psychiques et des troubles neurologiques sévères (GRABSKY et DODSON).

Les effets à long terme entraîneraient aussi des changements profonds du comportement des usagers qui s'installeraient dans un état d'agressivité et d'hostilité permanentes vis-à-vis de leur entourage (MISSLEN) (65).

Des actes de vandalisme sont rapportés par plusieurs auteurs : ACKERLY, CORLISS, GLASER, MASSENGALE, PRESS...

Cette toxicité chronique entraînerait aussi un désintérêt affectif, une fatigue constante avec état dépressif et anorexie suivie d'amaigrissement (WYSE) (97).

TARSCH (89) et DE LA GARZA (37) ont observé des décompensations psychotiques aiguës et des comportements d'entrée dans la schizophrénie chez des sujets ayant une longue histoire d'usage des solvants.

Des psychoses chroniques ont été aussi décrites par ABGRALL (2), BERRIEL (8) et KORMAN (55).

Il faut signaler la difficulté pour déterminer l'influence du toxique dans la formation ou dans l'aggravation des symptômes psychotiques, ce qui ne permet pas d'établir facilement la signification psychopathologique de ces épisodes psychotiques, car la plupart de ces cas montrent des troubles de la personnalité anciens.

7) DEPENDANCE, TOLERANCE ET ACCOUTUMANCE

Selon SENTILHES et GARNIER, l'usage régulier des solvants crée une tolérance, c'est-à-dire qu'après quelques semaines ou quelques mois, il faut augmenter la dose pour obtenir le même effet. D'autres auteurs confirment cette position.

Pour PRESS (76), les risques d'accoutumance et de tolérance dépendent plus des quantités que du type de produit utilisé.

Ce qui s'avère certain pour presque tous les auteurs, c'est l'importance de la dépendance psychique : les usagers réguliers vont acquérir très vite une dépendance psychique du produit.

D - LE MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE D'ORIGINE

De nombreux travaux trouvent une forte corrélation entre l'usage de solvants et une origine socio-économique modeste (8), (16), (73).

Dans l'enquête mexicaine déjà évoquée (62), les "sniffeurs" appartiennent aux classes sociales les plus défavorisées et les moins éduquées. L'auteur cite une autre enquête mexicaine qui retrouve 18% d'usagers de solvants, parmi les chômeurs, au lieu de 2% parmi les étudiants et 1% parmi ceux qui ont un travail.

Le bas niveau social est retrouvé en Ecosse pour les inhaleurs de toluène hospitalisés en neurologie (94).

Il est présenté comme un problème essentiel pour BERRIEL Gonzalez et les Centres d'Intégration Juvenile de Mexico (8). Les conditions socio-économiques décrites ici comme dramatiques constituent un obstacle insurmontable au traitement

Dans l'enquête américaine (62), on note l'association significative de l'usage de solvants avec l'habitat dans les faubourgs défavorisés. Cet aspect est confirmé entre autres par l'enquête menée dans le Comté d'Avon en 1980 (45). Ce paramètre est introduit dans la définition clinique d'un groupe à risque.

STEPHENS (86) ne trouve pas de corrélation entre le statut socio-professionnel des parents et l'intoxication des fils scolarisés.

De même, la distribution sociale des consultants adressés au service de pédopsychiatrie de SKUSE (85) en Grande-Bretagne, est exactement le miroir du secteur d'intervention en cause. Quelle que soit la gravité de l'intoxication, le facteur socio-économique semble là de peu de poids.

De même pour GOSSET (47), l'extension du phénomène ne s'arrête pas aux lignes de partage socio-économique.

L'hétérogénéité sociale des usagers consultant les urgences psychiatriques d'un hôpital général est, elle aussi, notée par KORMAN qui trouve par contre une certaine influence de l'origine ethnique (considérée comme critère indépendant du niveau socio-économique). (55)

Les mexico-américains sont surreprésentés, les noirs sous-représentés; il reste que les études sur les tribus indiennes, Pueblo, Navajo, Cree, etc. celles concernant les aborigènes australiennes et celles se rapportant aux populations transplantées, rapportent une inquiétante prévalence de l'abus de solvants, le plus souvent chez les enfants, mais parfois, on l'a vu, avec la participation des adultes.

En France, à Marseille, J. JOUGLARD (51) rapporte la prédominance d'une population d'origine maghrébine dans l'échantillon d'usagers rencontrés.

Nous considérons qu'il faut être assez prudents dans l'interprétation de ces résultats. De plus, d'autres études font état d'un pourcentage plus élevé des cas d'origine non minoritaire, particulièrement au Royaume Uni. (35)

PADILLA (73) s'intéresse à une population marginale des faubourgs de Mexico. Au Mexique, l'exode rurale, particulièrement intense, amène régulièrement une immigration très importante dans la capitale, ce qui favorise l'extension des bidonvilles. Dans ces groupes qui restent marginaux au regard de l'idéologie dominante, la structuration est précaire. Elle commande une modification des règles culturelles les plus intimes, avec des conflits de valeurs à l'intérieur de la famille. Vivant dans des conditions socio-économiques déplorables, les enfants restent marginaux, malgré quelques acquisitions scolaires toujours insuffisantes.

Pour l'auteur, le facteur socio-culturel influence la pratique extensive de l'inhalation volontaire de façon directe et indirecte :

- directement : la marginalisation et le choc culturel imposent la création défensive d'un système de pairs suffisamment cohérent, avec construction d'une véritable sous-culture.

- indirectement : il favorise par les carences inévitables qui lui sont liées, la constitution de troubles du développement psychique. L'élection du solvant est directement en rapport avec son accessibilité et son faible coût. Il n'est cependant pas "instrument exclusif" mais souvent associé à la délinquance des groupes.

NURCOMBE (69) et EASTWELL (39) décrivent tous les deux des situations analogues dans la même communauté aborigène du Nord de l'Australie.

L'association pauvreté-anomie (absence de système de valeurs culturelles de référence) constitue un des stigmates les plus voyants du choc culturel, celui subi par tous les transplantés, sans même le secours du système défensif d'une culture établie.

D'après B. COQUIDE (28), l'inhalation de solvants s'est surtout répandue en France, dans les grands ensembles de la périphérie des villes où se concentrent les populations d'immigrés et des familles déshéritées.

Notons cependant, jusque-là, l'absence totale de travaux français sur les corrélations entre l'inhalation de solvants et l'origine socio-économique, domaine où les expériences étrangères sont peut-être les moins facilement extrapolables, comme le montre d'ailleurs leur hétérogénéité.

1) APPROCHE DU CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL

Les travaux rigoureux sur la famille des sniffeurs sont beaucoup moins nombreux que les études impressionnistes sur la question.

L'une des remarques générales que le NIDA fait à partir de différentes études réalisées aux USA au cours des années 70 est que : "les usagers chroniques proviennent, dans le cadre de la population concernée, des familles les plus instables et dissociées" (67).

La plupart des travaux portent leur regard sur certains indicateurs classiques du dysfonctionnement. Il s'agit de familles réunissant des facteurs habituels de la pauvreté urbaine : dissociation familiale, chômage, mauvaises conditions d'existence, violence et délinquance, alcoolisme. Certains auteurs ont même décrit une structure familiale typique pour l'utilisateur de solvants (43), (59)

a) la dissociation familiale

BROWN (15), MASSENGALE (60) entre autres, tendent à prouver la corrélation entre les "foyers brisés et l'usage de solvants".

DE LA GARZA GUTTIERREZ (34) constate l'absence d'un des parents par mort ou abandon dans les familles de la moitié des sujets de son échantillon.

MASSENGALE (60) décrit le même type de situations dans 75% des cas des parents.

PRESS et DONE (76) relèvent, eux aussi, la "fréquence de la désorganisation familiale", associée souvent à l'alcoolisme d'au moins un des parents.

MELOFF (63), dans une étude comparative, retrouve une dissociation familiale dans 50% des familles d'inhalateurs, et dans 25% et 9% des cas pour les sujets des groupes contrôlés.

BERRIEL GONZALEZ (8) et CAMPUZANO (19) soulignent la fréquence de l'absence du père. Les carences et "traumatismes" familiaux sont souvent mis en cause : le divorce des parents, la mort d'un parent assez proche, ainsi que le manque d'une figure masculine à la maison. BROZOWKY (16) retrouve dans l'échantillon analysé que, dans 57% des foyers, il y avait au moins l'absence d'un des deux parents. Cependant, ces études pèchent par leur absence de comparaisons avec d'autres groupes déviants. La variable inhalation volontaire n'y est pas mise en évidence dans sa spécificité.

D'autres travaux tentent de dépasser cette critique avec des résultats particulièrement instructifs.

DENDLE ne trouve pas de différences familiales significatives entre des groupes de délinquantes inhaleuses et non inhaleuses (35).

STEPHENS, dans l'enquête scolaire déjà citée (86), ne trouve pas la dissociation familiale mise en avant dans la littérature.

Pour lui, la grande majorité des usagers de solvants ne viennent pas de familles dissociées. Il insiste pour que cette variable ne soit pas considérée comme un facteur étiologique général. Ce qu'il remarque par contre, c'est l'influence du climat émotionnel, notant un accroissement de l'hostilité intra-familiale.

Cette position rejoint celle de KORMAN dans le contexte pourtant totalement différent du service d'urgences psychiatriques qu'il étudie (55).

b) Pathologie familiale

L'usage de l'alcool et d'autres produits psychotropes, par un ou les deux parents, est souvent associé à l'usage de solvants.

BROZOWSKY trouve que 42% des parents utilisaient l'alcool et 37% des familles présentaient des antécédents d'alcoolisme (16).

PRESS et DONE (76) et SCLARE en Ecosse (80) confirment cette fréquence. Dans l'étude de SHAUHOLTZ (81), l'alcoolisme était le trait prédominant d'un des parents dans 37% des familles, et BERRY, de son côté, note qu'un tiers des patients qu'elle suit ont des pères alcooliques (9).

Plusieurs travaux (46), (92), précisent cependant qu'il ne s'agit pas généralement d'une identification directe de l'enfant sniffeur à son père alcoolique, mais d'une influence indirecte de l'alcoolisme au travers du dysfonctionnement familial.

Il faut remarquer ici que l'analyse de la bibliographie ne permet pas de dégager d'autres éléments de pathologie familiale, comme le suicide ou les maladies physiques et psychiques des parents et de la fratrie.

c) Hostilité, violence et tension intra-familiales

Il s'agit ici du climat émotionnel, beaucoup plus difficile à étudier.

La fréquence des violences intrafamiliales est affirmée par presque tous les auteurs.

BERRIEL GONZALEZ (8) ne la limite pas aux parents mais l'étend à la fratrie. Plusieurs auteurs insistent sur la tension toute particulière entre le sniffeur et sa famille.

COMSTOCK (27) note un rejet par la famille plus massif chez le sniffeur que chez le toxicomane à d'autres substances.

Seulement, 31% des familles d'inhalateurs coopèrent au traitement contre 54% pour les autres usagers des autres substances.

KORMAN note dans son échantillon que l'inhalation de solvants suscite une réaction particulièrement négative de la part des parents : c'est là une spécificité notable qu'il n'explique pas (55).

SKUSE (85), qui trouve une dissociation familiale plus constante et profonde dans le groupe des usagers chroniques que dans celui des usagers occasionnels, avance sans vraiment le justifier que le rejet familial préexiste à l'usage.

En l'absence d'études longitudinales, cette question reste posée. Rien ne permet de distinguer les réactions parentales à l'inhalation de leur enfant, de leur inverse : inhalation = réaction de l'enfant au rejet parental.

Notons cependant qu'une étude originale a été entreprise par KORMAN et BORNHEIM (56), à partir d'études vidéoscopées des interactions dans les familles de sniffeurs, qui sont comparées à des familles d'autres drogués. Dans le groupe étudié, on découvre un climat significativement plus conflictuel et anxieux que dans le groupe des toxicomanes.

Les travaux cliniques informent de façon plus instructive sur les problématiques et la dynamique de la famille.

2) LE ROLE DES PAIRS

C'est la pression des pairs qui est généralement avancée par les usagers pour expliquer l'initiation à leur pratique.

L'enquête de l'Etat de New York (52) montre que la quasi totalité des pairs des usagers sont eux-mêmes d'ardents consommateurs de toxiques :

- 60% ont utilisé des solvants
- 80% ont utilisé le cannabis
- 94% ont utilisé l'alcool
- 60% ont utilisé les stimulants

Cette enquête, vérifiée sur ce point par la plupart des autres travaux citées, confirme l'importance de la pression des pairs, tout particulièrement dans le début de la pratique. La curiosité, liée elle aussi aux pairs, est la deuxième motivation la plus souvent citée pour le premier usage. Dans son enquête scolaire, RAMSAY (77) retrouve cette influence des pairs dans l'étude sur les moyens d'acquisition du produit : pour 40% des sujets, il est exclusivement fourni par les pairs ; seuls, 20% achètent directement le toxique.

Ces résultats étaient déjà visibles dans les modalités pratiques les plus fréquentes de l'intoxication. Pour tous les auteurs, il s'agit d'un usage généralement en groupe.

WATSON (92) trouve :

- 95% d'usage habituel en groupe
- 10% d'usage solitaire occasionnel
- 5% d'usage solitaire habituel.

Or, malgré les côtés négatifs de certaines de leurs manifestations, les activités de groupe ont gardé une fonction protectrice.

Pour GAY (45), qui confirme d'autres publications, l'usage solitaire est un indicateur important d'une vulnérabilité inquiétante du sujet. Il est un critère de délimitation du groupe à risques.

La confrontation avec le travail d'ANDERSON (4) est, de ce point de vue, instructive. Il remarque l'absence d'association significative des décès avec un jour particulier de la semaine. Ce constat contredit pour lui l'idée de leur liaison à une activité de groupe, qui devrait être influencée par cette variable. C'est dans l'usage solitaire que le risque est le plus grand.

3) L'ECHEC SCOLAIRE ET LES DIFFICULTES DE SCOLARISATION

Qu'elles soient attribuées à une altération organique supposée ou à des désordres psychologiques, les difficultés d'insertion sociale, scolaires en particulier, ont intéressé la majorité des auteurs (BARNES (6)).

STEPHENS (86) les retrouve à tous les niveaux de la scolarité. Il insiste sur la fréquence, significativement plus grande, des abandons scolaires précoces, et remarque que l'usage de solvants est trois fois plus répandu chez ceux qui disent ne pas espérer le diplôme sanctionnant la fin de leurs études.

Notons que, dans l'étude de GAY (45), 1/4 des usagers rencontrés lui est signalé à la suite de difficultés dans l'institution scolaire. De plus, c'est là un des critères de gravité qu'il retrouve dans le groupe à risques qu'il définit.

Prises en compte au titre de l'atteinte cognitive par le solvant, des difficultés sont trouvées dans de nombreuses publications (15).

KORMAN, dans une comparaison avec un groupe de polytoxicomanes non usagers de solvants, trouve même une désertion scolaire et professionnelle plus importante pour les sniffeurs (54).

MASSENGALE (60) souligne la mauvaise adaptation scolaire des sujets qu'il considère.

MELOFF (63) retrouve en moyenne un retard d'une classe pour les usagers de solvants par rapport à un groupe contrôle. Parmi les quatre variables les plus indicatives d'un usage de solvants, il décrit trois variables scolaires :

- les jours d'absence dans l'année qui précède l'enquête.

- la moyenne des notes scolaires.

- les attitudes scolaires, en général.

Ces difficultés scolaires, attribuées par les uns aux défauts cognitifs, par les autres à des troubles intellectuels, font sûrement intervenir une déficience du processus de socialisation.

Ces processus de socialisation mettent en cause la personnalité du sujet mais aussi les agents essentiels que constituent la famille et les pairs.

Plusieurs remarques doivent être faites à propos de ces travaux :

- Seuls sont pris en compte ceux qui sont repérés par une institution. A l'école, seuls seront considérés ceux qui échouent.

- L'usage de solvants est loin d'être une variable isolée ; comportement déviant, celui-ci s'inscrit avec d'autres dans les échecs sociaux.

E - APPROCHE INDIVIDUELLE

1) APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

L'évaluation des facteurs psychologiques liés à l'usage de solvants est une question considérée comme fondamentale par la plupart des auteurs, mais il faut noter qu'elle n'a pas encore été saisie dans sa spécificité.

a) Fonctions cognitives

Certains auteurs se sont intéressés à l'étude des fonctions cognitives des sniffeurs par comparaison aux non-usagers ; on retrouve des contradictions dans les résultats.

Dans les années 50 et 60, un certain nombre d'études qui ont été publiées, suggéraient une relation entre l'usage de solvants et la présence d'une lésion cérébrale aigüe ; à l'exception de l'une d'elles, ces études ont trouvé des EEG anormaux et les résultats des tests psychologiques montraient des difficultés dans les aires de mémoire et concentration.

TORRES RUIZ, en 1976, (90) a réalisé une étude avec

des usagers et il a trouvé de grands troubles de la mémoire ; néanmoins, la plupart de ces sujets avaient une histoire de polytoxicomanie, et cela ne permet pas d'établir si les troubles correspondaient seulement à l'usage de solvants.

De leur côté, BERRY, HEATON et KIRBY (9) ont trouvé qu'il y avait une diminution au niveau des connaissances accumulées (Q. I. verbal) chez les jeunes sniffeurs.

Cependant, DODDS et SANTOSTEFANO (36) publient un rapport sur la comparaison avec un groupe contrôle en utilisant le WISC et le test de maturité mentale de Californie. Les résultats dans les aires de concentration, attention et performance étaient strictement similaires.

BIGGS et COLL, en 1982, (10) ont réalisé une étude avec un protocole très rigoureux, et ils ne retrouvent aucune différence entre les résultats du groupe d'usagers délinquants et ceux des délinquants non usagers.

Dans l'analyse de ces résultats, il faut tenir compte de certaines limites : des précisions sur la nature exacte du produit, la fréquence et la quantité aussi bien que l'association à d'autres produits pourraient lever certaines des contradictions constatées.

b) Troubles de la personnalité

L'agressivité et l'impulsivité sont soulignées par de nombreux auteurs.

FRIEDMAN (44) note que dans le groupe global des drogués eux-mêmes plus enclins à la violence, les inhaleurs se

distinguent par leur agressivité et la fréquence de leurs passages à l'acte.

Ces passages à l'acte surviennent, soit dans la phase de désinhibition et d'euphorie de l'intoxication, soit dans la phase hallucinatoire.

KORMAN confirme dans son étude la fréquence de comportements agressifs dirigés contre soi et les autres chez les usagers de solvants (54).

Des conduites à risque favorisées par la perte de jugement et la désinhibition ont été rendues responsables d'un certain nombre de décès (12).

CARROLL signale un point commun entre le suicide et l'abus de drogue : ce serait l'intensité de l'acte et la manipulation de l'idée de mort (20).

La drogue serait un moyen d'aborder la mort en jouant avec elle, chez des sujets qui présentent une insuffisance des mécanismes de défense, des troubles de l'humeur (fond de morosité) et d'élaboration mentale.

D'ailleurs, des tentatives de suicide ont été décrites chez des usagers déprimés survenant, comme l'indique WATSON, à la faveur de la désinhibition.

Un travail réalisé dans la Moselle, souligne que la signification de l'usage de solvants est proche d'un comportement suicidaire.

Il faut cependant se demander si ces morts sont directement liées au produit ou si elles sont dues à l'incapacité du sujet à mesurer les risques du toxique.

ANDERSON enquête sur 140 morts survenus en Grande-Bretagne, et il trouve dans 50% des cas, l'action directe du toxique ; dans 10% des cas, aucune information concernant les causes de la mort ne peut être retrouvée (4).

Ces travaux font penser aux différents travaux réalisés sur le suicide chez l'adolescent.

Des actes délictueux liés au sevrage et à la nécessité de se procurer le toxique ont été rapportés par ABGRALL (2) ainsi que des actes criminels ayant abouti au meurtre.

La connotation dépressive chez le sniffeur est soulignée par une grande partie des auteurs (60), (61), (76), (85)

D'autres auteurs soulignent l'ennui, l'immaturité et la morosité de ces jeunes (14), (22).

Quelques auteurs se sont préoccupés de la corrélation entre le sniffage et la maladie psychiatrique avérée.

Ces travaux pèchent par l'imprécision et la diversité des repérages nosographiques utilisés. De nombreuses contradictions se dégagent de la confrontation de différentes études.

DE LA GARZA GUTIERREZ (34) constate :

- une dépression dans 40% des cas
- une crise d'adolescence dans 25% des cas
- une psychopathie dans 15% des cas
- une schizophrénie dans 6% des cas
- une personnalité schizoïde dans 6% des cas
- une débilité dans 6% des cas

COMSTOCK (27) dans son "étude sur des "inhalants sévères" note :

- une psychopathie dans 23% des cas
- une crise d'adolescence dans 45% des cas
- une dépression névrotique dans 23% des cas
- une schizophrénie dans 6% des cas.

Notons l'importance de la crise d'adolescence et de la dépression (toutes les deux cependant diagnostics particulièrement imprécis) au regard de la psychose.

ALAPIN (cité par MISSLEN) (65) trouve 1/3 des schizophrènes, dans ses enquêtes anglaises et polonaises.

BROSOWSKY parle, quant à lui, de 50% de schizophrènes sur un petit échantillon de sniffeurs (16).

F - INVESTIGATIONS CLINIQUES ET COMPARAISON A D'AUTRES GROUPES DEVIANTS

Pour limiter les biais divers, certains auteurs ont réalisé des études comparatives, rigoureuses, confrontant des échantillons d'inhalants à d'autres groupes de toxicomanes et à des groupes-témoins, en tentant d'isoler la variable "inhalation de solvants".

BERRY (9) évalue dans des conditions différentes (pas d'hospitalisation) un groupe d'inhalants, eux aussi, sévèrement atteints (5 ans 1/2 d'usage en moyenne) l'âge moyen de 18,3 ans (certains dès 7ans). 16% des sujets étant normalement socialisés (école ou travail), avec 5 arrestations en moyenne dans l'année qui précède la prise en charge, avec au moins deux

condamnations), à un groupe apparié en tous points comparable (mise à part, bien sûr, l'inhalation).

Le MMPI montre des scores encore plus pathologiques des usagers dans quatre des échelles :

- Dépression
- Psychasthénie
- Schizophrénie
- Introversiion sociale

Les sujets des deux groupes sont égocentriques, immatures et impulsifs.

Les inhalants sont cependant plus gravement perturbés psychiquement. Ils présentent :

- Plus de difficultés de pensée et de communication
- Plus d'insatisfaction par rapport à la vie
- Des facultés de jugement plus précaires
- Une tendance supérieure à la rumination psychique.
- Une plus grande méfiance envers autrui
- Des difficultés plus grandes à s'intégrer

socialement.

1) AUTRES TOXICOMANIES

Toute une série de travaux anglosaxons s'est attachée au rapport du sniffage et des autres toxicomanies

Cette question constitue d'ailleurs l'essentiel des travaux psychopathologiques sur l'inhalation volontaire de solvants volatils.

Dans son enquête déjà citée, STEPHENS (86) affirme l'importance de la polyintoxication.

- Seuls 24% des usagers de solvants n'utilisent que des solvants. (Il ne prend pas en compte l'alcool).

- 22% des usagers associent une autre substance psychotrope.

- 10% des usagers associent deux autres produits psychotropes.

- 11% des usagers associent trois autres produits psychotropes.

- 33% des usagers associent quatre produits psychotropes ou davantage.

Il précise cependant que dans ces cas, le solvant a été le produit d'initiation dans 53% des cas ; l'âge moyen de premier usage étant de 12 ans.

SKUSE (85) trouve une proportion non négligeable de polyintoxication régulière parmi les enfants (âge inférieur à 16 ans) qui lui sont adressés dans son service de pédopsychiatrie. 50% des usagers chroniques de solvants ont recours en association ou en alternance, à d'autres produits psychotropes.

L'alcool est utilisé par la quasi totalité de ces sujets, parfois à des doses impressionnantes. La marijuana, les amphétamines et les barbituriques sont eux aussi retrouvés, mais plus rarement. Tous sont des fumeurs réguliers.

Sur 22 sujets admis pour l'abus de solvants dans une institution spécialisée, COMSTOCK (27) retrouve que :

- 59% ont déjà utilisé des sédatifs ou des barbituriques.

- 40% ont déjà utilisé du cannabis
- 27% ont déjà utilisé des amphétamines
- 18% ont déjà utilisé de l'alcool
- 14% ont déjà utilisé des substances psychodéliques
- 14% ont déjà utilisé des psychotropes.

BERRY (9), utilisant le même terme "avoir déjà usé de", retrouve d'autres chiffres :

- 100% ont déjà usé de l'alcool
- 100% ont déjà usé du cannabis
- 73% ont déjà usé des amphétamines
- 54% ont déjà usé des barbituriques ou des hallucinogènes

- 38% ont déjà usé de la cocaïne
- 24% ont déjà usé de l'héroïne.

L'auteur souligne l'intérêt de comparer ces résultats avec un groupe contrôle (sujets n'ayant jamais utilisé de solvants) :

- Pour l'alcool :
 - 64% parmi le groupe contrôle
 - 14% parmi le groupe d'inhalants
- Pour le cannabis
 - 100% pour le groupe contrôle
 - 84% pour le groupe d'inhalants
- Pour les amphétamines
 - 64% pour le groupe contrôle

- 35% pour le groupe d'inhalants
- Pour les barbituriques
 - 18% pour le groupe contrôle
 - 19% pour le groupe d'inhalants
- Pour les hallucinogènes
 - 9% pour le groupe contrôle
 - 16% pour le groupe d'inhalants

Ces comparaisons doivent être considérées avec certaines réserves à cause des limites et des imprécisions dans la méthodologie utilisée.

KORMAN (54) étudie, quant à lui, trois groupes de consultants, distincts par leurs pratiques toxiques.

Tous les usagers de solvants vus en consultation dans un service d'urgence psychiatrique couvrant un comté, pendant une période de 24 mois, ont fait l'objet d'entretiens avec des psychiatres et psychologues qui ont noté des renseignements relatifs aux symptômes, aux antécédents, à l'état mental et au diagnostic. On a procédé à des évaluations de l'importance de 87 variables et examiné les cas de 162 usagers. Des groupes de contrôle ont été formés, à partir des urgences, appariés en fonction de l'âge, du sexe et de l'appartenance ethnique (un groupe de polytoxicomanes non usagers de solvants volatils et un groupe de non toxicomanes), N étant ainsi porté à 486. Plusieurs analyses statistiques ont abouti à 28 résultats significatifs, différenciant les trois groupes : I, P, ND (respectivement inhalants, polytoxicomanes et non drogués).

Le groupe d'inhalants montrait un comportement plus agressif envers soi et les autres, une gamme plus large de

déficits cognitifs et une rupture sociale plus profonde que les autres groupe.

En revanche, les usagers de solvants ne révélaient pas de différence significative en ce qui concerne les troubles émotionnels ; on a enregistré une augmentation significative du diagnostic de troubles de la personnalité et de dépendance de la drogue chez les usagers de solvants ; leurs difficultés avaient tendance à persister plus longtemps et ils avaient tendance à être hospitalisés plus fréquemment.

Ces résultats complètent ceux de l'étude réalisée en 1976 avec la même méthodologie clinique. KORMAN (55) trouvait que les inhalants et les polytoxicomanes sont significativement plus déprimés que les non drogués. Les sujets du groupe des polytoxicomanes verbalisent cependant nettement plus leur affect dépressif.

Dans ces deux groupes, on retrouve un taux équivalent de rupture avec les institutions. Leur comportement est marqué par une plus grande précarité du contrôle émotionnel, les rendant plus dangereux pour les autres et pour eux-mêmes.

Leurs problèmes de communication sont plus intenses, les problèmes interpersonnels plus importants. Il font montre d'une moindre capacité d'introspection (insight).

Dans le groupe des polytoxicomanes, on retrouve par contre plus d'anxiété, plus de pertes de mémoire, plus de troubles du sommeil, plus de désinsertion professionnelle et plus d'idées suicidaires.

KORMAN tente par ailleurs de délimiter et de comparer un groupe d'inhalants graves à un groupe d'inhalants légers ou

récents. Il note l'absence quasi complète de différences sur tous les critères précédemment soulignés. Il existe peut-être une plus grande froideur affective et une présentation plus altérée chez les sniffeurs graves.

COMSTOCK (27), dans son enquête en institution hospitalière spécialisée dans la désintoxication des sujets dépendants aux drogues autres que l'alcool et les opiacés, note les éléments suivants :

Son groupe d'inhalants est constitué de sujets hospitalisés pour usage chronique et prolongé de solvants divers, présentant une désinsertion sociale manifeste et des altérations patentes de la personnalité.

Il s'agit pour la plupart des cas de polytoxicomanes ; le solvant n'étant que la drogue principale.

- l'âge moyen est de 17 ans (13 à 26 ans)
- la durée moyenne de l'usage est de 4 ans (1 an à 11 ans)
- le produit le plus fréquemment utilisé est le toluène
- ces sujets ont, pour la plupart, peu de relations interpersonnelles en dehors de celles liées à leurs pratiques toxiques, qui occupent de 6 à 10 heures de leurs journées.

Le groupe de toxicomanes est comparable sur de nombreux points, y compris du point de vue socio-économique, et mis à part le produit principalement utilisé.

Pour les usagers et les toxicomanes, l'utilisation intense est associée à une désadaptation sociale et psychologique.

A l'examen clinique et psychométrique (MMPI) pratiqué à l'entrée, l'auteur retrouve significativement moins de tendances pathologiques pour le groupe d'inhalants.

A l'échelle de dépression de HALMITON, on confirme ces résultats moins pathologiques à tous les niveaux étudiés : l'anxiété, l'agitation, la dépression, les symptômes somatiques et les préoccupations suicidaires.

Cependant, une deuxième évaluation psychométrique effectuée à la fin du traitement, apporte quelques résultats surprenants : les résultats des examens cliniques restent moins pathologiques pour le groupe étudié, mais, significativement, moins qu'au début par rapport au groupe contrôle.

L'agitation, l'impulsivité, l'agressivité et les comportements anti-sociaux sont plus manifestes.

Deux hypothèses sont évoquées pour expliquer cette aggravation relative :

- l'arrêt de l'intoxication découvrirait une pathologie jusque là masquée et inhibée dans ses manifestations.

et/ou

- l'aggravation doit être attribuée à l'effet de confinement mettant en évidence une plus grande intolérance à la frustration de ces sujets.

2) LA DELINQUANCE

Les liens de l'inhalation volontaire avec des pratiques déviantes et sociopathiques font partie des opinions généralement partagées sur ce problème. L'identité des facteurs

psychosociaux les favorisant, lui donne une certaine consistance.

PRESS et DONE (76) retrouvent une activité délinquante pour le tiers des sujets qu'ils étudient.

MASTERSON et SCLARE (61) (80) affirment une forte fréquence de leur association.

Pour certains, l'inhalation volontaire devrait être considérée comme un acte délinquant comme les autres, conduisant à une réflexion du même type.

La fréquence de la délinquance parmi les inhalants reste cependant tout à fait impossible à évaluer. Il est probable que la grande majorité des usagers n'a jamais affaire avec la justice. La fréquence, avec laquelle la pratique de l'inhalation est décrite dans les institutions pour adolescents délinquants, n'est peut-être qu'une conséquence de la surveillance plus attentive dont ils font là, nécessairement, l'objet.

BIGGS, BENDER et FOREMAN (10) ont réalisé une étude comparative entre un groupe de délinquants "usagers de solvants" et un groupe de délinquants non usagers, avec des tests psychologiques, et ne retrouvent pas de différence significative entre les deux groupes.

Dans le Nouveau Mexique, REED compare 100 délinquants traités pour consommation abusive de solvants avec deux groupes de délinquants non consommateurs. Les consommateurs de solvants ont des difficultés scolaires, ont été arrêtés très jeunes, sont originaires de familles désunis à bas revenus. Ils ont commis davantage de délits plus violents et de crimes ; 1/3 sont directement liés à leur consommation. (78)

De son côté, DENDLE (35) réalise à Londres une étude comparative entre deux groupes d'adolescents dans un foyer d'éducation, l'un ayant eu recours aux solvants et l'autre non. Ce travail essaie d'établir des comparaisons entre les deux groupes en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques et psycho-familiales.

Les conclusions sont les suivantes :

- Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes, en ce qui concerne l'âge et l'habitat.

- En ce qui concerne l'origine ethnique, le groupe des filles qui inhalent sont presque toutes d'origine anglaise, ce qui contraste avec l'autre groupe beaucoup plus hétérogène.

- L'histoire délictueuse n'est pas différente entre les deux groupes ; il n'y a pas de différence en ce qui concerne le nombre de placements.

- Il est intéressant de voir que le groupe d'inhalants participe avec plus de fréquence à des activités sociales.

- Mais un goût pour la culture des "skinheads" est assez marqué dans ce groupe.

- L'auto-mutilation et les tentatives de suicide apparaissent plus fréquemment chez les filles qui utilisent les solvants.

Peu de filles qui "sniffent" font usage de drogues dures, mais une proportion assez considérable dans les deux groupes ont recours à des drogues dites "douces".

3) LE SUICIDE

- La tentative de suicide parmi les consommateurs de

drogues et les toxicomanes.

Des données statistiques de mort par suicide de toxicomanes sont rapportées par KRINGSHOLM, HARING et SUNDBY (87).

WARD (91) considère 155 polytoxicomanes et leur comportement suicidaire. Il distingue trois groupes : le premier n'a pas fait de tentative de suicide ; pour le second, la tentative de suicide n'a pas entraîné de surveillance médicale, et le troisième comporte des tentatives "sérieuses" (avec suivi médical).

L'analyse de résultats montre un taux élevé de tentatives de suicide : 31%. Les toxicomanes femmes font davantage de tentatives de suicide. La plupart des tentatives de suicide avaient reçu un diagnostic de sociopathie. Pour l'auteur, un facteur important pour une tentative de suicide est la dépression de la mère. De plus, il note une relation entre le produit consommé et le comportement suicidaire. Il va donner le pourcentage de toxicomanes usant de solvants : pour le premier groupe, 30% ; le second, 53% ; le troisième, 43%. Mais, il n'indique pas de différence significative entre les groupes quant à leur comportement suicidaire.

X. COLLE (25) note que les usagers d'éther et de psychostimulants sont plus fréquemment suicidants et surtout récidivistes.

DAVIDSON (31) trouve 16,8% de tentatives de suicide parmi 1030 jeunes interrogés. Le pourcentage de femmes ayant fait une tentative suicidaire est beaucoup plus bas que dans la

population en général. Les usagers d'éther représentent 7,5% de l'ensemble et 19% dans les tentatives de suicide.

Dans une autre étude, DAVIDSON (32) note la présence de tentatives de suicide dans trois groupes identifiés, mais surtout pour celui qui a le plus de caractéristiques psychopathologiques.

- La consommation de drogue par les suicidants.

Comparés à d'autres consultants en psychiatrie, ceux qui ont fait une tentative de suicide sont plus souvent des consommateurs importants d'alcool et de drogues.

Selon HAWTON (49), parmi les tentatives de suicide à Oxford, entre 1972 et 1980, 2,6% sont des toxicomanes.

MOTTO (65) suit une population de 3006 sujets, hospitalisés après tentative de suicide ou dépression. 758 répondent plus ou moins à la définition du toxicomane. Le risque de mort par suicide pendant la première année est plus élevé (5,7%).

BUGLASS (17), parmi les facteurs différenciant suicidants et récidivistes, note la dépendance à la drogue.

Au Danemark, parmi les 210 suicidants hospitalisés, alcoolisme et toxicomanie se retrouvent davantage chez les récidivistes (11%/6%).

Selon WEISSMAN (96), qui considère 384 suicidants dont 86 sont dépendants à la drogue, ce n'est pas tant la toxicomanie qui contribue significativement à la sévérité de la tentative que le sentiment de désespoir.

II - ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE FRANCAISE

Face à l'évolution du phénomène "solvants volatils", son ampleur nouvelle selon les éducateurs, et en même temps, la diversité accrue des produits utilisés, il a semblé intéressant d'entreprendre une étude de type épidémiologique des jeunes usagers de solvants, ce souci étant partagé par une équipe de chercheurs de l'INSERM spécialisés sur le thème des sociopathies et déviances du jeune, comme la toxicomanie, et par la Direction de l'Education Surveillée, de plus en plus confrontée à ces problèmes. Aussi une étude a été élaborée, à partir d'une collaboration entre :

- éducateurs spécialisés (Ministère de la Justice)
- cliniciens, universitaires (Censier - Laboratoire de Psychologie) et chercheurs épidémiologistes (INSERM), avec l'accord et l'intérêt de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie.

Les deux démarches, clinique et épidémiologique, ont été parallèles et complémentaires.

Les outils d'études ont été élaborés en commun, les analyses ont été faites séparément, mais l'interprétation des résultats est complémentaire. Dans l'approche épidémiologique, l'objet d'étude est le groupe, non plus l'individu comme pour les cliniciens. Les buts de l'épidémiologie sont :

- la quantification des phénomènes et la répartition des paramètres dans une population,

- la mise en évidence de corrélations pour infirmer, confirmer ou suggérer des hypothèses : de recherche vers la connaissance d'un phénomène ou d'action de prise en charge et traitement.

Les difficultés à satisfaire les exigences de la méthode épidémiologique sont grandes : il paraît impossible de constituer un échantillon représentatif de l'ensemble des jeunes usagers de solvants. Quelle serait la base de sondage, compte-tenu de la spécificité du phénomène et des individus concernés ?

Toutefois, un échantillon suffisamment important, provenant de sources diverses (lieux d'accueil pour usagers) semble être une base de données fiables pour une analyse statistique valable. D'ailleurs, la revue de la littérature montre que les rares études épidémiologiques sur le sujet (surtout américaines) sont très partielles aussi.

En France, l'usage de solvants est très mal cerné car aucune enquête épidémiologique n'a, jusqu'à présent, été menée sur ce thème. La proportion de parents admis dans le service de réanimation de Fernand Vidal, pour abus de solvants, atteint près de 15% du total des cas de toxicomanes. Les solvants volatils sont cités comme produit de début par plus de 5% des toxicomanes, suivis dans des centres de consultation parisiens (38). Ces chiffres justifient à eux seuls une réflexion de type épidémiologique sur le phénomène.

Les objectifs de l'étude sont :

- décrire des usagers de solvants et leur environnement socio-familial de façon chronologique depuis l'enfance, pour donner des éléments de discussion dans l'étude de la genèse de leur déviance et rechercher leur similitude (s'agit-il d'un groupe homogène ?)

- comparer à d'autres groupes du même âge, dans la population générale ou dans des groupes déviants comme les suicidants ou les toxicomanes, à partir des études épidémiologiques réalisées à l'INSERM par l'unité de recherches sur les sociopathies (Dr. DAVIDSON) pour définir leur particularité et mettre en évidence facteurs de risque et signes d'alarme d'une évolution vers la déviance (33),

- situer les usagers de solvants, décrits sur des grilles d'entretien approfondi et vus en consultation spécialisée par rapport à de jeunes usagers repérés par la Justice,

- confronter les outils d'investigation et les modes d'approche, clinique et épidémiologique.

L'outil épidémiologique élaboré pour le recueil des données est un questionnaire anonyme et confidentiel rempli par l'intervenant et dont voici les principaux thèmes abordés :

- la description socio-démographique du sujet
- l'usage de solvants (produit-emploi)
- l'histoire du sujet et son mode de vie
- les antécédents pathologiques familiaux et personnels.

Le recueil de données a été effectué sur une période de 6 mois en 1984, à partir de deux sources :

- des éducateurs contactés lors d'une réunion à l'échelle nationale au Ministère de la Justice. 23 départements ont participé effectivement.

- des thérapeutes appartenant à des institutions d'accueil et de traitement des jeunes en difficulté dans la région parisienne, et faisant partie du groupe de travail de Censier, au laboratoire de psychologie clinique.

Au total, 122 cas ont été étudiés, suivant le questionnaire épidémiologique.

Ainsi, pour l'analyse statistique, différents groupes comparatifs sont constitués :

- des jeunes usagers de solvants signalés par l'Education Surveillée (N1 = 81)

- des jeunes usagers de solvants signalés par des thérapeutes (N2 = 41)

- des jeunes lycéens issus de la population générale (N3 = 2088) âgés de 14 à 18 ans.

Les paramètres permettant la comparaison de ces groupes, d'âge moyen identique (16-17 ans), reprennent les différents domaines abordés dans le questionnaire. Pour les commentaires des observations faites sur les différents échantillons, le même plan que celui de l'analyse bibliographique est suivi. Ainsi, la lecture des données chiffrées et les références bibliographiques peuvent être mis en correspondance.

Il s'agit de considérer avec prudence les chiffres obtenus ; aucune représentativité par rapport à l'ensemble des usagers n'étant démontrée. Toutefois, la grande diversité de provenance des cas signalés dans plusieurs départements français, et dans plusieurs types d'institutions, donne une certaine valeur à cet échantillon, par rapport aux corrélations mises en évidence et aux prolongements que cette étude suggère.

A - USAGE DU SOLVANT

Pour situer l'usage de solvants tel qu'il est pris en compte dans l'étude, voyons les répartitions par produits :

- Nature du solvant:

- colle	44%
- trichloréthylène	14%
- colle trichloréthylène	16%
- dissolvant, essence	16%
- autres produits	10%

- Circonstances
 - isolé 37,5%
 - en groupe 37,5%
 - les deux 25,0%

(Nombre de prises journalières : 2 en moyenne)

- Autres produits psychotropes
 - aucun 58%
 - simultanément 24%
 - simultanément et
antérieurement 18%
- Réactions
 - physiques 83%
 - psychiques 89%

- Durée moyenne d'intoxication : 2 ans

Les hospitalisations pour usage de solvants concernent 31% des sujets. Le désir de cesser l'usage lors de l'entretien est nul ou peu net pour 68% des cas. 42% avaient arrêté et la moitié d'entre eux ont repris un usage :

- de solvants seuls 44%
- d'alcool 14%
- de cannabis 14%
- d'héroïne ou cocaïne 10%
- de plusieurs produits 18%

A la lecture de ces données, les cas se révèlent être des usagers lourds, de solvants ; l'usage occasionnel ou expérimental n'est pas pris en considération ici (cf WATSON et GAY)

B - DESCRIPTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES USAGERS DE SOLVANTS

L'échantillon sur le plan socio-démographique est composé de 74% de garçons. Ceci diffère de la population générale et est à rapprocher des toxicomanes (70% de garçons environ). Il n'y a pas de différence en ce qui concerne la nationalité des sujets, sauf pour la nationalité des parents. Ainsi, apparaissent les enfants d'immigrés, maghrébins pour la plupart (cf JOUGLARD).

La CSP du père est plus basse que dans la population générale avec 15% de chômeurs (56% sont en activité). La mère exerce aussi souvent une profession que dans la population en général.

Par contre, la situation matrimoniale des parents est très différente. Seuls, 45% des parents vivent ensemble. Le pourcentage de décès est par contre voisin (9% pour le père, 7% pour la mère). Il s'ensuit pour les sujets, usagers de solvants, un habitat plus fréquemment indépendant des parents, de 65%.

34% vivent en foyer ou internat contre 5% chez les lycéens.

Au sein de l'Education Surveillée, la proportion des garçons est plus importante encore chez les non usagers que chez les usagers. On retrouve les observations faites dans d'autres études quant au comportement féminin vis-à-vis de la déviance.

Parmi les jeunes usagers de solvants, les jeunes de l'Education Surveillée sont un peu plus souvent de nationalité étrangère (14%) que les autres (5%), alors que le pourcentage de parents étrangers est voisin. Ils habitent en ville (36%), plus souvent que les autres usagers (17%) : leurs parents sont séparés (60%), leur père est ouvrier (72%), au chômage (20%) et leur mère est sans profession (56%). (voir tableau A à la fin du chapitre)

Remarque : De cette analyse, il ressort nettement comme dans la littérature que ces jeunes, en majorité des garçons, appartiennent à des milieux minoritaires où niveaux socio-économiques bas (niveau professionnel peu qualifié ou chômage) et structure familiale instable sont souvent associés. Par rapport aux études évoquées dans la bibliographie, ils ne peuvent être comparés qu'aux usagers les plus anciens.

C - ANTECEDENTS FAMILIAUX

L'histoire familiale est marquée depuis l'enfance de nombreuses difficultés. Le couple parental apparaît très vite plus souvent dissocié que dans la population générale. (cf BROWN, ALLISON, PRESS, DONE...) (voir tableau B à la fin du chapitre)

Les relations familiales actuelles révèlent des carences affectives importantes où indifférence et hostilité fréquentes (cf Stéphens).

Les pathologies sont aussi plus massives : alcoolisme, maladies mentales et suicide.

(voir tableau C en fin de chapitre)

Ces données sont à rapprocher de celles observées sur des échantillons de toxicomanes : 30% pour l'alcoolisme du père et 9% pour la mère. Seul, l'usage prolongé de médicaments psychotropes par les parents ne semble pas plus important pour les usagers de solvants. Alors, que pour les toxicomanes, il concerne 34% des pères et 46% des mères.

Parmi les jeunes usagers de solvants, toutes ces caractéristiques familiales sont un peu plus marquées pour les jeunes de l'Education Surveillée, sans que des différences significatives apparaissent (en raison de la taille de l'échantillon, vraisemblablement).

Par contre, l'importance des problèmes sociaux dans la famille des usagers de l'Education Surveillée est significative (20%).

L'étude de la fratrie montre des difficultés importantes :

- toxicomanie	19%
- accidents	11%
- maladie ou handicap	19%
- problème d'ordre social	36%
- condamnation	26%

Pour les usagers de l'Education Surveillée, les relations familiales sont plus souvent marquées par l'indifférence. Par contre, les relations avec la fratrie sont bien meilleures (71% par rapport à 56% pour les autres usagers).

Remarque : Ainsi, comme dans d'autres études, l'hostilité familiale et les pathologies sociales sont manifestement corrélées à un usage important de solvants volatils.

D - ANTECEDENTS DU SUJET

L'usager a eu une scolarité plus souvent perturbée que les autres jeunes en général. L'absentéisme est fréquent. Les différences sont importantes avec les lycéens : 50% contre 10%. Les renvois concernent 2% contre 12% des usagers de solvants. Le niveau d'études est plus bas que l'échantillon témoin à âge égal. 1/4 seulement a poursuivi régulièrement des études. Toutes ces différences sont significatives (test du X² avec p 1%) (cf BARNES, STEPHENS).

Parmi les usagers de solvants, les jeunes de l'Education Surveillée sont plus souvent en apprentissage (23% contre 12%). Leur niveau d'études est plus bas (38% primaires contre 15%) et leur absentéisme est deux fois plus fréquent.

Les antécédents de difficultés sont nombreux chez les usagers de solvants et les rapprochent par là des toxicomanes pour lesquels on remarque :

- tentatives de suicide 56%
- accidents 37%
- troubles psychosomatiques 43%
- problèmes liés à leur sexualité 35%

Voir Tableau D en fin de chapitre.

E - DELINQUANCE

Au niveau de la délinquance, on note comme on pouvait s'y attendre, une fréquence importante de différents types de délits. (cf PRESS, DONE, REED)

Voir tableau E en fin de chapitre.

Cette tendance est renforcée par l'Education Surveillée.

D'après les statistiques obtenues en 1983 à l'Education Surveillée, 75% des mineurs sont concernés par des vols de différentes natures, mais surtout des vols de véhicules (61%). La toxicomanie est invoquée dans 2,4% des cas de sanctions judiciaires.

Les comportements délictueux envers les autres personnes semblent plus fréquents chez les usagers de solvants que chez les jeunes de l'Education Surveillée en général. Ces données sont à rapprocher des hypothèses faites à propos de comportements à risque associés à l'usage de produits psychotropes et notamment les solvants.

F - USAGE DE PRODUITS PSYCHOTROPES

La plupart des usagers de solvants consomment également des produits licites, plus particulièrement le tabac. (cf STEPHENS, SKUSE)

Cet usage est plus fréquent que dans la population générale, la différence étant plus marquée pour les psychotropes. Le recours à l'alcool est également plus fréquent que pour les autres jeunes, spécialement pour la bière.

Ces observations rejoignent les études évoquées dans la bibliographie, en ce qui concerne le mode d'utilisation irrégulier des produits vers la recherche ponctuelle d'ivresse et l'importance donnée aux voies respiratoires par le choix des produits inhalés : tabac et solvants volatils. Cette tendance est renforcée pour les jeunes usagers de l'Education Surveillée qui consomment autant de tabac mais moins d'alcool (2 fois moins en moyenne) que les autres usagers de solvants.

G - CONCLUSION - DISCUSSION

Les résultats obtenus, à partir de ces deux échantillons de jeunes usagers de solvants volatils, suggèrent quelques réflexions.

Tout d'abord, il s'agit de considérer avec prudence ces chiffres ; aucune représentativité par rapport à l'ensemble des usagers n'étant démontrée. Toutefois, la grande diversité de provenance des cas signalés, dans plusieurs départements français et dans plusieurs types d'institutions, donne une certaine valeur à cet échantillon, par rapport aux corrélations mises en évidence et aux prolongements que cette étude suggère.

Les jeunes usagers diffèrent significativement de la population générale scolarisée de même âge, au niveau de l'environnement socio-familial, du mode de vie et des difficultés personnelles antérieures et actuelles. La fréquence de ces facteurs, déjà identifiés pour les jeunes toxicomanes (11), est d'autant plus significative si on considère le cumul et la persistance des difficultés de tous ordres : sociales, familiales et personnelles.

Les facteurs d'environnement significatifs sont les conditions familiales et sociales difficiles, la consommation de drogue par les parents, l'influence des frères et soeurs. L'acculturation est aussi suggérée.

La description du jeune usager de solvants évoque plus souvent un garçon, âgé de 16 à 17 ans, de niveau scolaire bas et associant plusieurs types de consommation de produits psychotropes licites ou illicites. (cf BARNES)

Les différences observées sur les deux échantillons de jeunes usagers montrent l'importance d'un comportement de rupture sociale pour certains, tandis que pour d'autres, la problématique se situe plus au niveau de la psychopathologie. Ces deux tendances sont suggérées par LOCKART et RUTTER qui en déduisent des prises en charge diversifiées suivant ces catégories. Une typologie des toxicomanes (11) avait aussi identifié ces axes.

L'analyse du contexte de l'usage de solvants et la connaissance des dangers encourus par l'inhalation de tels produits amènent à considérer l'usage répété de solvants comme un authentique facteur de risques multiples ; santé physique et santé mentale peuvent être évoquées simultanément.

L'étude épidémiologique doit être poursuivie pour approfondir la comparaison des jeunes usagers à d'autres jeunes en difficulté, comme les délinquants par exemple.

De nouvelles études seraient à promouvoir pour approcher à la fois une meilleure représentativité des échantillons analysés et une investigation plus fine de la psychopathologie, qui soit réalisable sur le plan épidémiologique.

TABLEAU A

Socio-démographique	Lycéens N= 2 088	Usagers de solvants N= 122	Test X2
Age moyen	16 ans	17 ans	NS
Sexe masculin	53 %	74 %	***
Nationalité française	91 %	89 %	NS
Habitat indépendant des parents	19 %	65 %	***
Père français	90 %	71 %	***
Père maghrébin	4 %	29 %	***
Père ouvrier	35 %	67 %	***
Mère sans profession	52 %	52 %	NS
Parents séparés (décès inclus)	13 %	55 %	***

NS : Test de X2 non significatif ; * : test significatif à inférieure à 5% ; ** : test significatif à p inférieure à 1% ; *** : test significatif à p inférieure à 1 pour 1000

TABLEAU B

Entourage familial	Lycéens N= 2088	Usagers de solvants N= 122	Test X2
Parents présents simultanéments (âge de l'enfant) :	%	%	
- avant 3 ans	85	79	NS
- 3 - 6 ans	85	75	**
- 6 -10 ans	80	69	***
- 10 -14 ans	80	53	***
- après 14 ans	65	37	***
Père :			
- indifférent	9	19	***
- hostile	7	37	***
Mère :			
- indifférente	0,3	19	***
- hostile	5	19	***

NS : Test de X2 non significatif ; * : test significatif à inférieure à 5% ; ** : test significatif à p inférieure à 1% ; *** : test significatif à p inférieure à 1 pour 1000

TABLEAU C

(en %)

Pathologies familiales	Lycéens N= 2 088	Usagers de solvants N= 122	Test X2
Alcoolisme	%	%	
- père	4	33	***
- mère	0,3	8	***
Usage prolongé de médicaments psychotropes			
- père	10	6	NS
- mère	25	21	NS
Suicide et tentative			
- père	10	3,5)	**
- mère	10	12,5) 25,5	**
- fratrie	10	10)	**
Maladie mentale			
- père	7	4)	**
- mère	7	5) 16	**
- fratrie	7	7)	**

Tableau D

(en %)

Antécédents personnels	Lycéens N= 2088	Usagers de solvants N=122	Test X2
	%	%	
Accidents	17	29	**
Tentatives de suicide	2	30	***
Troubles psychosomatiques	16	37	***
Troubles somatiques	19	17	NS
Problèmes sexuels	Non disponible	35	

Tableau E

(en %)

Comportements sociaux

Usagers de solvants

N = 122

Délinquance :

- | | |
|------------------------------|----|
| - vol de véhicule | 59 |
| - vol dans des lieux habités | 38 |
| - vandalisme | 36 |

Bagarres	57
----------	----

Agression d'adultes	33
---------------------	----

Sanction judiciaire	55
---------------------	----

TABLEAU F

(en %)

Consommation d'autres produits	Lycéens	Usagers de solvants	Test
	N= 2088	N= 122	
Tabac régulier	26	79	***
Alcool régulier :			
- vin	24	22	***
- bière		61	
Ivresses	25	41	***
Médicaments psychotropes	14	30	***

BIBLIOGRAPHIE - EPIDEMIOLOGIE

- 1 - ADDICTION RESEARCH FONDATION OF SOLVENTS AND AEROSOLS -
Ontario , Canada , 1978
- 2 - ABGRALL J. M. , BOTTA A. - Approche psychiatrique d'un fait
criminologique, la toxicomanie aux colles et aux solvants -
Bull. Acad. Nat. Med., 1983 , 167 , n°8 , p 849-854
- 3 - ACKERLY W. C. , GIBSON G. - Lighter fluid "sniffing"
-Psychiatry , 1964 , 120 , n°11 , p 1056-1061
- 4 - ANDERSONS H. R. , DICK B. , MACNAIR R. S. et Al. - An
investigation of 140 deaths associated with volatile
substance abuse in the United Kingdom - 1971-1981
Hum. Toxicol. 1982 , n°1 , p 207-221
- 5 - BARBAS S. - Réflexions cliniques sur l'inhalation de
solvants volatils - Thèse Paris 1984
- 6 - BARNES G. E. - Solvent abuse : a review - Int. J. Addict. ,
1979 , 14 , p 1-26
- 7 - BARNES G. E. , VULCANO B. A. - Bibliography of the solvent
abuse litterature - Int. J. Addict. , 1979 , p 401-421

- 8 - BERRIEL GONZALEZ R. E. , BERRIEL GONZALEZ M. E. , JAUREGUI R. ,
et Al. - General characteristics of patients using volatile
substances admitted to Centro de Integration juvenil "Leon"
-In : SHARP C. W. , CARROLL L. T. (ed.) - Voluntary inhalation
of industrial solvents. NIDA , 1978 , p 61-74
- 9 - BERRY G. J. , HEATON R. K. , KIRBY M. W. - Neuropsychological
assessment of chronic inhalant abusers : a preliminary
report. In : SHARP C. W. , CARROLL L. T. (ed.) - Voluntary
inhalation of industrial solvents. NIDA , 1978 , p 111-136
- 10 - BIGGS S. J. , BENDER M. P. - Are there differences between
persistent solvent abuse delinquents and delinquents who do
not abuse solvents ? - J. Adol. , 1983 , 6 , p 71-86
- 11 - BILLE-BRAHE U. - Persons attempting suicide as clients in
the Danish Welfare system - Social Psychiatry , 1982 , 17 ,
p 221-232
- 12 - BLACK D. - Misuse of solvents - Health trends , 1982 , 14 ,
p 27-28
- 13 - BORG S. E. , STAHL M. A. - Prescription of suicide, a
prospective study of suicides and controls among
psychiatric patients - Acta Psychiat. Scand. , 1982 , p 221-
232

- 14 - BOTBOL M. - Inhalation volontaire de solvants volatils -
Thèse Médecine Paris 1984
- 15 - BROWN N.W. - Gasoline inhalation - J. Med. Ass. Georgia ,
1968 , 57 , p 217-222
- 16 - BROZOWSKY M. , WINCKLER E.G. - Glue sniffing in children and
adolescents - N.Y. State J. Med. , 1965 , 65 , p 1984-1989
- 17 - BUGLASS D. , HORTON J. - The repetition of para-suicide : a
comparison of 3 cohorts - Brit. J. Psychiatr. , 1974 , n°1
125
p 168-174
- 18 - CABANEL - Approche systémique de l'inhalation des solvants -
Thèse Paris 1984
- 19 - CAMPUZANO M. - A group psychotherapy model for drug-
dependent adolescents. In : SHARP C.W. , CARROLL L.T. (ed.) -
Voluntary inhalation of industrial solvents - NIDA - 1978 -
p 389-396
- 20 - CAROLI F.R. - A propos de deux types de conduites
d'autodestruction : abus de drogue et suicide - Thèse Paris
1972
- 21 - CARROLL E. - Notes on the epidemiology of inhalants -
NIDA Research Monograph n°15 , 1977 , p 14-24

- 22 - CHARLES NICOLAS A., VALLEUR M., TONNELIER H. - Enfance et drogue - Psychiatrie Enf. , 1982 , 25 , p 207-253
- 23 - CHOQUET M., DAVIDSON F. - Suicide and family - In : WINNICK H.Z., MILLER L. Aspects of suicide in modern civilisation ; Proceeding of the 8th International Congress on suicide prevention and crisis intervention - Jerusalem , 1978 , Acad. Press. , p 174-184
- 24 - COHEN S. - Inhalant abuse : an overview of the problem - In : SHARP C.W., BREHM M.L. (ed.). Review of inhalants : euphoria to dysfunction - NIDA , 1977 , p 2-12
- 25 - COLLE X., DEFRANCE J. - Le suicide du toxicomane - In : SOUBRIER J.P., VEDRINNE J. Dépression and suicide - Pergamon Press , 1983 , p 457-461
- 26 - COLLE X., CURTERT F. - Toxicomanie : premier produit - Information psychiatrique , 1983 , 59 , n°9 , p 1125-1132
- 27 - COMSTOCK B.S. - Psychological measurements in long-term chronic inhalant abuse - In : SHARP C.W., CARROLL L.T. (ed.). Voluntary inhalation of industrial solvents - NIDA - 1978 - p 159-168
- 28 - COQUIDE B. - Sniffeurs de solvants organiques - Thèse Médecine Lille 1984

- 29 - CORLISS L.M. - A review of the evidence glue sniffing : a persistant problem - J. Sch. Health , 1965 , 35 , p 442-449
- 30 - CRITES J., SCHUCKIT M. - Solvent misuse in adolescents at a Community Alcohol Center - J. Clin. Psychiatry , 1979 , 40 n° 1 , p 39-43
- 31 - DAVIDSON F., CHOQUET M. - Le suicide de l'adolescent. Etude épidémiologique - E. S. F. (La vie de l'enfant) , 1981 , 135
- 32 - DAVIDSON F., CHOQUET M., FACY F. - La notion de risque dans le domaine de suicide de l'adolescent - In : Rev. Epidém. Santé Publique , 1976 , 24 , p 283-300
- 33 - DAVIDSON F., FACY F., LAURENT F - Environnement familial et social et antécédents psychologiques dans la génèse des toxicomanes - Entretiens de Rueil , Mars 1981 , Pergamon Press , 1982 , p 93-999
- 34 - DE LA GARZA GUTIEREZ F., MENDIOLA HERNANDEZ I., GARCIA FLORES I. et Al. - Psychological, familial, and social study of 32 patients using inhalants - In : SHARP C.W., CARROLL L.T. (ed.) Voluntary inhalation of industrial solvents - NIDA , 1978 p 187-197

- 35 - DENDLE J. - Glue sniffing and solvent abuse among adolescent girls. Cumberlow Lodge and Assessment Center for girls, Londres , Doc. Dactyl. , ss date
- 36 - DODDS J., SANTOSTEFANO S. - A comparison of the cognitive functioning of glue-sniffers and non sniffers - Pediatrics 1964 , 64 , p 565-570
- 37 - DODSON L. - Glue sniffing among girls - London 1982 - (Cumberlow Remand Center)
- 38 - DUGARIN - Les centres spécialisés : le service du Professeur Gorceix à Fernand Widal - In : La Drogue. Revue Française des Affaires Sociales , 1981 , n° suppl, p 295-296
- 39 - EASTWELL H. D. - Petrol inhalation in aboriginal towns, its remedy the homeland movement - In : Med. J. Aust. 2 , 1979 p 624-626
- 40 - FACY F., ANGEL P. - Aspects épidémiologiques du sniff - A paraître
- 41 - FAWCETT R. I., JENSON R. A. - Psychological factors of pediatrics : addiction to the inhalation of glue and gasoline fumes -

- 42 - FISHBURN P. H., ABELSON H. I., CISIN I. - National survey on drug abuse. Main findings - NIDA 1979
- 43 - FRAMROSE R. - From structure to strategy with families of solvent abusers - J. Fam. Ther. , 1982 , 4 , p 43-60
- 44 - FRIEDMAN A. S., POMERANCE E., SANDERS R. et Al - The structure and problems of families of adolescent drug abusers -
Contemporary drug problems , 1980 , p 327-356
- 45 - GAY M., MELLER R., STANLEY S. - Drug abuse monitory : a survey of solvent abuse in the country of Avon -
Hum. Toxicol. , 1982 , n°1 , p 257-263
- 46 - GLASER H. H., MASSENGALE O. N. - Glue sniffing in children, deliberate inhalation of vaporized plastic cements -
JAMA , 1971 , 216 , p 1464-1470
- 47 - GOSSET J. T. - Extent and prevalence of illicit drug use as reported by 56.745 students - JAMA, 1971, 216, p 1464-1470
- 48 - GRABSKY D. A. - Toluene sniffing producing cerebellar degeneration - Am. J. Psychiatry , 1961 , 181 , p 461-462
- 49 - HAWTON K. et Coll. - Deliberate self-poisoning and self-injury in the Oxford area 1972-1980 -
Social Psychiatry , 1982 , 17 , p 175-179

- 50 - JOHNSTON L. D., BACHMAN J. G., O' MALLEY P. M. -
Highlights from student drug use in America, 1975-1981 -
NIDA , 1981
- 51 - JOUGLARD J. - Le sniffing : jeu d'écolier ou toxicomanie ?
Enquête à Marseille - Thèse
- 52 - KANDEL D., SINGLE E., KESSLER R. - The epidemiology of drug
abuse among New York state high school students :
distribution, trends and change in rates of use - Am. J.
Public Health , 1976
66 , n° 1 , p 43-53
- 53 - KING M. D. - Neurological sequelae of toluene abuse -
Hum. Toxicol. , 1982 , n° 1 , p 281-287
- 54 - KORMAN M., TRIMBOLI F., SEMLER I. - A comparative
evaluation of 162 inhalant users - Addict. Behav., 1980 , 5
p 143-152
- 55 - KORMAN M., TRIMBOLI F., SEMLER I. - A psychiatric emergency
room study of inhalant use - In : SHARP C. W., CARROLL L. T.
(ed.) Voluntary inhalation of industrial solvents. NIDA ,
1978 ,
p 137-158

- 56 - KORMAN M. - Clinical evaluation of psychological factors -
In : SHARP C.W., BREHM M.L. Review of inhalants : euphoria
to dysfunction - NIDA , 1977 , p 30-53
- 57 - KRAMER J.P. - The adolescent addict. The progression of
youth through the drug culture - Clin. Pediatrics , 1972 ,
11 ,
n° 7 , p 382-385
- 58 - KRINGSHOLM B. et Coll. - Death among narcotic addicts in
Danemark in 1978 and 1979 - Forensic. Sci., 1981, 18, p 19-
30
- 59 - KRASOWSKI J. - A psycho-social theory of solvent abusers -
Drug Forum 1978-1979 , n° 3-4 , p 371-382
- 60 - MASSENGALE O.N., GLASSER H.H., LELIEVRE R.E. - Physical and
psychologic factors in glue-sniffing - N. Eng. J. Med. ,
1963 ,
269 , p 1340-1344
- 61 - MASTERSON G. - The management of solvent abuse - J. Adol. ,
1979 , 2 , p 65-75
- 62 - MEDINA MORA M. - Epidemiology of inhalant uses in Mexico -
Symposium , Mexico , 1976 , p 15-22

- 63 - MELOFF W. - An exploratory study of adolescents glue-sniffers - Dissertation Abstract. Internat, 1970, 31, p 1391
- 64 - MERRIL E. - Problems of children stuck on glue - Community Care 1978 , 12 , 7
- 65 - MISSLEN C. - L'inhalation de solvants volatils. Une forme nouvelle de toxicomanie chez les enfants et les adolescents Thèse médecine Paris 1983
- 65 bis - MOTTO S. A. - Suicide risk factors in drug abuse - Crisis , 1980 , 1 , n°1 , p 8-15
- 66 - NIDA - First symposium on voluntary inhalation of industrial solvents - Symp. Mexico 1976
- 67 - NIDA - Summary of exploratory study of inhalant use and treatment - Research Monograph n°15 , 1977
- 68 - NUNN J. A. , MARTIN F. M. - Gasoline and kerosene poisoning in children - JAMA , 1934 , 103 , P 472-474
- 69 - NURCOMBE B. , BIANCHI G. N. , MONEY J. et Al. - A hunger for stimuli, the psychosocial background of petrol inhalation - Br. J. Med. Psychology , 1970 , 43 , p 367-372

- 70 - NYLANDER I. - "Thinner" addiction in children and adolescents - Acta paedopsychiatr., 1962, 29, n°9, p 273-283
- 71 - O'CONNOR D. J. - A profile of solvent abuse in school children - J. Child. Psychol. 1979 , 20 , p 365-368
- 72 - O'CONNOR - Glue sniffing and volatile substance abuse - Gower Publishing company limited Great Britain , 1983
- 73 - PADILLA E., PADILLA A., RAMIREZ R. et Al. - Inhalant, marijuana and alcohol abuse among barrio children and adolescents - Doc. Dactyl. 1976
- 74 - PEREZ DE FRANCISCO C., GARDENOS RIOSECO L., RIQUELME E. et Al. - Psychopharmacotherapy and rehabilitation of patients using toxico-inhalants - In : SHARP C.W., CARROLL L.T. (ed.) Voluntary inhalation of industrial solvents - NIDA , 1978 , p 397-404
- 75 - PORTER M. - Drug use in Anchorage (Alaska) - JAMA , 1973 , 228 , p 657-664
- 76 - PRESS E. D., DONE A. K. - Solvent sniffing - Pediatrics , 1967 , 39 , p 451-461

- 77 - RAMSAY A.W. - Solvent abuse : an educational perspective -
Hum. Toxicol. 1982 , 1 , p 265-270
- 78 - REED B. J. F., MAY P. A. - Inhalant abuse and juvenile
delinquency ; a control study in Albuquerque, New Mexico -
Int. J. Addict., 1984 , 19 , n° 7 , p 789-803
- 79 - RUSSE B. R., MC COY C. B., BARTON J. E. - Recent findings
concerning inhalant use - Chem. Depend., 1980, 4, n° 2, p
113-126-
- 80 - SCLARE A. B., MASTERSON G - Solvent Abuse I : the habitual
solvent abuser - Unpublished Manuscript - Cité par M.
BOTBOL
- 81 - SHAUHOLTZ M. I. - Glue sniffing : a new symptom of an old
disease - in Public Health , 1968 , 95 , p 304-305
- 82 - SENTILHES N., GARNIER R. - Inhalation de solvants chez les
enfants d'âge scolaire - Concours Médical 1982, 104, n° 28 ,
p 4337-4341
- 83 - SHARP C. W., KORMAN M. - Volatile substances - In : LOWINSON
J. H., RUIZ P. (ed.). Substance abuse, clinical problems and
perspectives -Baltimore , Williams and Willins , 1981 ,
- 84 - SHARP C. W. - Approaches to the problem -
NIDA Research Monograph n° 15 , 1977 , p 226-242

- 85 - SKUSE D., BURRELL S. - A review of solvent abusers and their management by a child psychiatric out-patient service
Hum. Toxicol. , 1982 , 1 , p 321-329
- 86 - STEPHENS R.C., DIAMOND S.C., SPIELMAN C.R. et Al. -
Sniffing from Suffolk to Syracuse : a report of youthful solvent use in New York state - In : SHARP C.W., CARROLL L.T. (ed.).
Voluntary inhalation of industrial solvents - NIDA 1978, p 23-40
- 87 - SUNDBY P. - Socio-cultural studies in specific situations, drug addicts and alcoholics - In : WALDESTROM J., LARSON T., LJUNGDEDT N. (ed.). Suicide and attempted suicide - Skandia Int. Symp. Stockholm Septembre 1971 , Nordiska Bokhandelms 1972 , 320 p
- 88 - SUWAKI H. - A fellow-up study of adolescent glue-sniffers in Japan - Brit. J. Addict. , 1983 , 78 , n°4 , p 409-413
- 89 - TARSH M. - Schizophreniform psychosis caused by sniffing toluene - J. Soc. Occup. Med. 1979 , 29 , p 131-133
- 90 - TORRES RUIZ A. - Clinical symptoms in users and/or abusers of volatile inhalants - (Sp) Cuadernos Cientificos CEMEF , 1975 2 , p 73-84

91 - WARD

92 - WATSON J. M. - Solvent abuse by children and young adults :
a review - Brit. J. Addict. 1980 , 75 , p 27-36

93 - WATSON J. M. - Solvent abuse : presentation and clinical
diagnosis - Hum. Toxicol. 1982 , 1 , p 249-256

94 - WATSON J. M. - Solvent abuse : a retrospective study -
Community Med. 1979 , 1 , p 153-156

95 - WATSON J. M. - Morbidity and mortality statistics of
solvent abuse - Medecine, Science and Law 19 (1979), p 246-
256

96 - WEISSMAN A. N. et Coll. - Drug abuse, hopelessness and
suicidal behavior -
Int. J. Addict. , 1979 , 14 , n° 4 , p 451-464

CHAPITRE IV - APPROCHE CLINIQUE INDIVIDUELLE

I - REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE

A - LES DEPRESSIONS

- 1) La dépression d'infériorité
- 2) La dépression d'abandon
- 3) La dépression de deuil
- 4) L'appel à l'aide

B - AUTRES TRAITS PSYCHOPATHOLOGIQUES

- 1) L'ennui
- 2) l'immaturation
- 3) les tendances à l'agir

II - METHODOLOGIE

A - CLINIQUE DE LA RECHERCHE

B - HYPOTHESES DES CHERCHEURS

C - RECUEIL DU MATERIEL

D - TRAITEMENT DU MATERIEL

III - PRESENTATION DES RESULTATS

A - LE PRODUIT ET SES EFFETS

- 1) Les modalités du sniffage
- 2) Les effets du sniffage
- 3) Le sniffage : passage à l'acte et conduite de
risque

B - LE SUJET : REPRESENTATION DE SOI ET DES AUTRES

- 1) Analyse transversale
- 2) Analyse longitudinale
 - a) observation de Cécile
 - b) observation de Lucien

C - LES ENVIRONNEMENTS

- 1) L'école
- 2) Rapport aux institutions et aux autorités
 - a) police
 - b) justice
 - + les actes de délinquance
 - + le juge pour enfants
 - + la sanction
 - + la culpabilité
 - + la réparation
 - c) services éducatifs
- 3) La famille
 - a) les carences affectives précoces
 - b) les difficultés d'accès à la triangulation oedipienne
 - c) dépendance, séparation et rupture
 - d) la discontinuité
 - e) l'alcoolisme

Si le sniffage est un phénomène de société, on ne peut oublier qu'il est le fait de certains individus. La dimension psychologique ou psychopathologique du problème ne doit donc pas être négligée.

1) REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE

Il faut noter à ce propos la remarquable pauvreté de la bibliographie. Si on laisse de côté ceux des auteurs qui gommant d'emblée toute spécificité de l'abus de solvant le tirent vers l'héroïnomanie paradigmatique et ses conceptualisations psychodynamiques, on ne retrouve en effet qu'une douzaine de textes traitant plus ou moins marginalement de la question.

Evoquons d'abord ces apports :

A - LES DEPRESSIONS

Presque tous les auteurs insistent sur l'importance des affects dépressifs variablement masqués dans la population considérée. Un travail anglais, dans un service pédopsychiatrique de secteur, est, à ce titre exemplaire. A partir de prises en charge thérapeutiques de sniffeurs, l'auteur (252), distingue à priori, 3 groupes d'usagers en fonction de la gravité et de l'intensité de leurs habitudes toxicomaniaques. Les enfants pris en compte ont tous été adressés au service en question pour ces habitudes et / ou pour des problèmes psychologiques autres, ce qui d'emblée précise le biais et les

limites de cette étude.

Parmi les 45 enfants étudiés, il distingue :

Les usagers chroniques : 16

C'est-à-dire, ceux qui usent du solvant (ici la colle) au moins une fois par jour, à la dose d'au moins 250 ml, depuis au moins 6 mois. La plupart recourent aussi à l'alcool de façon non négligeable.

Plus de la moitié de ces sujets présentaient des symptômes psychiatriques :

- troubles du comportement
- instabilité émotionnelle sous-tendue par des troubles dépressifs.

L'auteur souligne dans ce groupe l'importance du dysfonctionnement familial et sur le plan anamnésique, la fréquence de la déprivation affective. L'inhalation n'est en général qu'une facette de l'ensemble des comportements antisociaux.

Le pronostic après traitement (psychothérapie individuelle et / ou familiale), est favorable dans 45% des cas traités.

Les usagers périodiques : 14

Plusieurs usages dans les 3 derniers mois au moins.

(Pas plus de 125 ml à la fois). Le problème dominant dans ce groupe, est la délinquance. Quelques signes dépressifs sont notés : ils restent le plus souvent latents.

Le pronostic (en ce qui concerne la pratique toxicomaniaque) est ici favorable, après traitement, dans 50 des cas. L'auteur note deux réactions paradoxales au traitement psychiatrique avec aggravation de l'intoxication.

Les usagers expérimentaux : 15

Usage une ou deux fois au total. La découverte est alors fortuite, le problème de consultation étant toujours d'un autre ordre. Ici la pratique du sniffage ne modifie en rien ni le tableau ni le pronostic, en l'absence de répétition.

Dans sa conclusion, l'auteur souligne la nécessité de considérer cette pratique comme symptomatique d'une dépression sous-jacente, (quand il s'agit vraiment d'une pratique et pas d'une simple expérience). Derrière cette unité psychopathologique, il évoque la possibilité d'une alternative dans le "choix" du symptôme :

Inhalation

ou

Délinquance

avec tous les intermédiaires, sans négliger les alternances ou associations avec l'usage d'autres psychotropes, alcool en particulier, de façon plus ou moins massive.

Tous les types de dépression peuvent se rencontrer :

1) LA DEPRESSION D'INFERIORITE

Forme caractéristique à l'adolescence (115).

Masterson (181), insiste sur la fréquence de l'usage du solvant dans des situations d'inhibition intense, liées à cette auto-dépréciation. Le solvant devient temporairement le moyen de pouvoir supporter les contacts sociaux.

Press et Done (227) insistent sur le sentiment d'incomplétude, l'inhibition, le sentiment d'incapacité à atteindre les modèles imposés par l'environnement, chez les jeunes inhalants qu'ils étudient.

La problématique narcissique est soulignée par Wyse (291).

2) LA DEPRESSION D'ABANDON

Elle aussi est fréquente, tout particulièrement chez les adolescents ayant subi une carence précoce de soins maternels, mais aussi chez ceux ayant une histoire symbiotique.

C'est elle qui est le plus souvent mise en avant.

Massengale (179), retrouve une "dépression chronique" (dépression essentielle ?) chez presque tous les sujets qu'il rencontre, avec souvent une position passive-agressive, et des traits d'abandonnisme.

Masterson (181) la décrit dans le groupe des "sniffeurs à détermination psychologique" qu'il identifie sur les critères suivants : ils sont sans culpabilité, hostiles, méfiants et coléreux.

Berriel Gonzales (26) insiste sur l'abandonnisme des sniffeurs, leur caractère agressif, méfiant et pessimiste ; le tableau d'ensemble évoquant une "sociopathie" au sens américain.

Leal (167) illustre ces différents points de vue, dans son étude d'une bande d'enfants abandonnés, au Mexique. Les discours qu'il rapporte sont en effet significatifs :

"Nous sommes des enfants pourris"

"Nous ne croyons pas pouvoir nous débarasser du vice".

" Nous prenons ça pour nous sentir bien, contre la tristesse et les souvenirs, pour l'amitié".

Les thèmes dépressifs, fréquents dans les propos de ces enfants, renvoient à un abandonnisme patent. Pour l'auteur, les usagers de solvants sont même notablement plus pessimistes que les usagers d'autres drogues.

Charles Nicolas (54), évoque, chez ces enfants gravement carencés, l'attente qui s'éternise -"pas manque du manque (comme chez les toxicomanes), mais bien manque de

satisfaction"- Cet enfant vide d'affection, en "état de dépendance absolue", du fait du désinvestissement dont il est l'objet, ne nourrit plus son désir, sa vie, que de son vécu d'inconscience : "ils ont besoin de mourir pour se sentir vivre".

Pour l'auteur, l'inhalation est ainsi sous-tendue par un fantôme ordalique actif. Le sniffage rejoint ainsi des conduites de risque les plus diverses, des "quittes ou doubles" mortifères, jeux dans le défi. N'est-ce pas l'un des critères d'appartenance au "groupe à risques" dans l'ensemble des sniffeurs?

3) LA DEPRESSION DE DEUIL

Les maladies de deuil sont, on le sait, fréquentes à l'adolescence, où elles peuvent prendre une forme à la fois masquée et chronique.

Masterson (181) cite deux types d'observation :

+ celles où un usage de solvants préexiste au deuil, empêche le déroulement et l'élaboration du travail de deuil,

et

+ celles où l'usage de solvants est une part intégrante de celui-ci, sans que l'on puisse déterminer jusqu'à quel point il entrave son évolution normale.

4) L'APPEL A L'AIDE

Pour Masterson (181), le sniffage, dans de rares cas, prend valeur d'un appel plus ou moins direct à l'entourage chez des sujets à la personnalité fragile plus ou moins masquée par une organisation névrotique décompensée à l'adolescence à l'occasion d'une réaction anxiodépressive à une quelconque frustration. La qualité de la réponse familiale est, dans ces cas, particulièrement déterminante pour le pronostic.

B - AUTRES TRAITES PSYCHOPATHOLOGIQUES

En dehors de la dépression, d'autres thèmes sont abordés par les auteurs.

1) L'ENNUI

Mora (183) et Masterson (181), développent ce point de vue dans deux contextes différents. Le "il n'y a rien d'autre à faire" est fréquemment avancé par les jeunes sniffeurs. L'ennui et l'oisiveté touchent une grande partie des sujets atteints.

Watson (282), souligne avec pessimisme, le manque d'intérêt, habituel chez ces jeunes adolescents, pour les activités nouvelles qui peuvent être proposées. Rien ne permet cependant d'affirmer qu'il ne s'agit pas, dans un certain nombre de cas, d'une réaction négative à des propositions inadaptées, de leur point de vue idéologique implicite (255).

2) L'IMMATURITE

Pour Charles Nicolas (54), même chez l'adulte et l'adolescent, l'utilisation de solvants est fortement connotée d'immaturation.

Il remarque par ailleurs, qu'il n'y a pas de "montre": provocation exhibitionniste traditionnelle chez les toxicomanes.

Pour lui, l'usage juvénile du solvant, qu'il s'inscrive dans la période de latence ou dans les premières heures de l'adolescence, court-circuite les tensions, nées des inévitables conflits liés aux nécessités du refoulement ou de l'identification aux parents : passage direct non ajourné entre la tension et la décharge, ne permettant pas le temps indispensable à l'élaboration.

Au court-circuit, manifesté dans l'inconscience, correspond une absence d'élaboration chez l'enfant "toxicomane". Il n'y a pas, comme chez l'adolescent, cette tentative de maîtrise de l'angoisse de castration par la toxicomanie exhibée. Il n'y a pas non plus d'autres défenses comme la mentalisation et la manipulation de l'idée de mort. L'enfant, lui, érotise cette inconscience qui le renvoie à l'immaturation sensorielle des premiers mois, immaturation protectrice. L'inconscience, elle-même, est érotisée : elle abolit tous les conflits et donne naissance de ce fait à la jouissance.

A un degré moindre, le solvant peut renvoyer à une émergence pulsionnelle massive, avec réactivation de fantasmes

prégénitaux incestueux ou fusionnels. L'inhalation devient recherche d'une mère qui comble.

3) LES TENDANCES A L'AGIR

L'agressivité et l'impulsivité sont soulignées par de nombreux auteurs.

Friedman (113), note que dans le groupe global des drogués, eux-mêmes plus enclins à la violence, les inhalants se distinguent par leur agressivité et la fréquence des passages à l'acte. Dans ce groupe, ce sont eux qui, en 1973, sont le plus souvent cités par les rapports de police.

Wyse (291) rattache ces troubles comportementaux aux sentiments d'invulnérabilité et de toute puissance qui, souvent, les habitent.

Korman (157), note que la variable "usage de solvants", est celle qui est le plus significativement liée à l'auto-agressivité, dans une comparaison avec un groupe de contrôle.

Un certain nombre d'auteurs soulignent le caractère d'automédication de la prise de solvants, dans un but anxiolytique, ou pour lutter contre des tensions sexuelles ou agressives plus ou moins conscientes. L'intoxication aide alors à la maîtrise de l'impulsivité (175,181).

Nurcombe (205) évoque la dysphorie liée à une tension agressive et sexuelle "supérieure à la moyenne" chez les jeunes aborigènes qui recourent à l'inhalation collective de pétrole, dans une recherche paradoxale de stimulation à l'agir.

II - METHODOLOGIE

Les limites manifestes de cette bibliographie imposaient à notre travail une attention toute particulière dans ce domaine de la clinique.

Il fallait en particulier établir une méthodologie adéquate :

A - CLINIQUE DE LA RECHERCHE

Une approche de l'individu dans ses dimensions intrapsychique, psychopathologique et relationnelle nécessite l'élaboration d'un dispositif de recueil et de traitement du matériel produit par ces individus pour d'autres individus (l'équipe de recherche).

C'est dire l'importance d'une "clinique de la recherche" qui prenne en compte non seulement la spécificité de la population étudiée, mais aussi "l'instrument d'observation" à savoir le chercheur.

En l'absence d'hypothèses précises et générales imposées à l'équipe au départ de la recherche, l'élaboration,

l'élucidation et la négociation des hypothèses implicites des différents participants de la recherche a permis non seulement de définir ce que l'on cherchait mais aussi de repérer ce que l'on cherchait à ne pas savoir : les points aveugles portés par ce que Georges Devereux appelle le contre-transfert du chercheur (a).

La phase d'élucidation de ces hypothèses implicites a permis de repérer certains des points aveugles de l'équipe de recherche dans son interaction avec la population de l'étude :

Différence de génération : il s'agit là notamment du contact "réel" entre un adolescent et un adulte, mais aussi de la réactivation de fantasmes liés à la puberté chez les adultes. La transaction de cette réaction pouvant s'effectuer aux dépens de la construction de l'objet de recherche.

L'identité professionnelle : médecin, éducateur, psychologue, travailleur social, le mode de prise en charge, dans la "relation d'aide", la recherche de compréhension de la situation du jeune ne sont certainement pas sans incidences sur le questionnement interne de l'interviewer en même temps que sur la traduction de ce questionnement dans la dynamique de l'entretien.

a) Devereux Georges . De l'Angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris, Flammarion, 1980

Le thème de recherche : l'inhalation de solvants et la toxicomanie en général, avec ce qui l'accompagne comme conduite de risque, de défi à la mort ou de morbidité ne peut que provoquer des mouvements divers : fascination, rejet, dégoût, attirance, ainsi que des mécanismes de défense à l'encontre de ces mouvements.

B - HYPOTHESES DES CHERCHEURS

+ Le sniffage ne peut être considéré comme un simple phénomène social. Il ne peut non plus s'expliquer uniquement en termes de conflit intrapsychique mais se conçoit dans l'articulation entre des dysfonctionnements intrafamiliaux et des processus intrapsychiques.

+ La consommation de toxiques conduit à un réaménagement libidinal, à une nouvelle économie pulsionnelle où le surinvestissement du corps se fait aux dépens d'un fonctionnement psychique plus élaboré.

+ Passage à l'acte déviant : cette consommation s'inscrit dans le processus de l'adolescence, avec les phénomènes critiques (au plan individuel ou situationnel) et les mouvements dépressifs qui l'accompagnent.

+ Le discours du jeune sniffeur s'inscrit dans un contexte qui lui donne sens. Il témoigne de façon plus ou moins significative de l'histoire personnelle du jeune, de ses mouvements affectifs et relationnels. Sur le plan des contenus sémantiques, il donne accès à une élaboration mentale et à des renseignements factuels.

+ Voisin des autres toxicomanies par tous ces aspects, le sniffage en diffère notablement dans ses caractéristiques épidémiologiques, toxicologiques et peut-être psychopathologiques.

Il en diffère aussi dans ses conséquences relationnelles et familiales. Proche et lointain de la toxicomanie de référence, le sniffage interroge par cette ambiguïté, du même coup, le regard sur la toxicomanie classique et ses présupposés.

C - LE RECUEIL DU MATERIEL

Théoriquement, l'entretien non-directif de recherche (ENDR) était le dispositif retenu pour recueillir le discours de ces jeunes adolescents à propos de leur expérience actuelle ou passée, réelle ou imaginaire.

Il s'agit d'une situation relativement dégagée des contraintes institutionnelles de prise en charge et de pouvoir qui peut faire apparaître un autre type d'interactions entre l'adulte et le jeune. En l'occurrence le jeune répond à une demande de l'adulte (le chercheur).

Le principe de ce dispositif a fonctionné comme règle plus que comme norme. C'est-à-dire que nous n'avons pas exclu les autres situations où une parole a pu s'instaurer entre le jeune et l'adulte. Le dispositif de l'E. N. D. R. a ainsi permis d'évaluer les décalages et les biais rencontrés dans ces autres situations, mais aussi de repérer les obstacles à la communication entre le jeune et l'adulte et les moments où celle-ci peut s'instaurer. Il s'agit essentiellement de moments de

parole provoqués dans le champ institutionnel.

Entretien "à chaud" : dans des situations de crise, des moments de conflit, où le caractère paroxystique de l'expérience du jeune lui permet de se confier à l'adulte présent.

Entretien "à froid" : à l'occasion de contacts administratifs de la vie institutionnelle, où le jeune est appelé à raconter son histoire.

Ces deux types d'entretien, s'ils diffèrent de l'E. N. D. R., ne sont pas, non plus, des entretiens à but thérapeutique. Ils sont produits (et surtout les "entretiens à froid") en vue d'une connaissance.

Dans ces conditions, il a été difficile de mettre en oeuvre un guide d'entretien précis. Ce matériel hétérogène a été systématisé au niveau du traitement.

D - LE TRAITEMENT DU MATERIEL : la grille d'analyse de contenu thématique.

La grille a été constituée par confrontations successives entre les hypothèses explicitées et la lecture du matériel. Il s'agissait de provoquer une "tension heuristique" entre ces hypothèses et le matériel. Ainsi une première grille a-t-elle été élaborée à partir des deux premiers entretiens, testée sur d'autres entretiens et réélaborée (a).

(a) Angel P., Revault d'Allones C. Rapport intermédiaire sur les usagers et leur devenir. Février 194.

Nous donnons la forme finale de cette grille :

- 1) Histoire familiale et personnelle : carences précoces, placements, abandons, séparations, pathologies.
- 2) Pathologie et souffrance familiales.
- 3) Parcours scolaire et relations aux enseignants : changements, exclusions, difficultés relationnelles et intellectuelles.
- 4) Début de l'intoxication.
- 5) Modalités de la pratique : individuelle, associée, en groupe.
- 6) Les produits : sensations, expérience recherchée, troubles, effets secondaires, dépendance, érotisation.
- 7) Activités, culture, sub-culture, investissements, relations amicales et amoureuses, bandes, sorties, argent, sexualité.
- 8) Rapport aux adultes (sauf parents, police, enseignants).
- 9) Rapport aux institutions et aux autorités (police, justice, armée).
- 10) Prises en charge thérapeutiques : intervenants, cadres institutionnels.
- 11) Interdits et transgressions : défis, risques, discours sur la mort.
- 12) Représentations de soi et des autres : vécu corporel, être social, être sexué.

A partir de cette grille chacun des participants a traité les entretiens qu'il avait recueillis (découpage thématique).

Dans un deuxième temps, chacun des participants s'est centré sur un thème ou un groupe de thèmes qu'il a traité de façon transversale.

C'est-à-dire que chacun a disposé :

- a) des entretiens qu'il avait analysés ;
- b) du discours produit dans tous les entretiens sur le thème choisi ;
- c) éventuellement des entretiens dans lesquels le thème choisi avait été particulièrement développé.

III - PRESENTATION DES RESULTATS

L'Analyse transversale du discours des jeunes sniffeurs permet donc de dégager et d'explicitier plusieurs thèmes significatifs :

- la phénoménologie du sniffage et de ses effets ;
- autour de la problématique du corps :

. les thèmes concernant la représentation de soi et des autres.

. ceux concernant la prise de risques ou la transgression.

- sur un plan plus factuel, et du point de vue du sniffeur, les thèmes se rapportant au contexte : la famille, la scolarité, les institutions, l'inscription culturelle.

Cette analyse thématique est illustrée, dans un 2e temps par des observations longitudinales qui permettent de restituer la logique du fonctionnement subjectif.

L'analyse du contenu des discours s'organise autour de trois pôles :

- . le produit,

- . le sujet,

- . l'environnement.

LE PRODUIT

C'est ce que disent les sniffeurs des modalités de leur pratique, les conditions dans lesquelles ils y ont été initiés, les effets qu'ils perçoivent après cette utilisation, les risques qu'ils pensent courir.

LE SUJET

C'est leur discours sur eux-mêmes, l'image de leur corps, leur représentation d'eux-mêmes en tant qu'être social, la reconstruction qu'ils font de leur histoire.

L'ENVIRONNEMENT

C'est ce qu'ils disent des institutions dans lesquelles ils sont inscrits, ce qu'ils évoquent de leurs investissements sociaux. Répétons-le, il ne s'agit pas ici d'une description objective, mais d'une analyse de ce que les sniffeurs en disent, de leur point de vue singulier.

Sur ces trois thèmes organisateurs, le matériel repéré est d'abondance inégale. Cependant, la richesse clinique du matériel dans son hétérogénéité, sensible aussi dans les failles, les silences, les lacunes, les charges émotives, les passages à l'acte, les mécanismes de défense et de dégagement, confirme l'intérêt des analyses longitudinales et transversales et nous permet de dégager du sens pour chacun, et pour l'ensemble des cas, par l'établissement de comparaisons et de corrélations.

A - LE PRODUIT ET SES EFFETS

C'est l'aspect le plus aisément abordé par les jeunes, celui pour lequel le matériel est le plus riche.

1) LES MODALITES DU SNIFFAGE

Les modalités de la pratique sont généralement facilement évoquées. Le plus souvent la pratique est collective, en petites bandes constituées de 4 à 8 enfants, se réunissant dans des lieux qui tendent à devenir familiers. Cependant, la plupart des adolescents signalent une alternance de la pratique en groupe et de la pratique en solitaire, la pratique de groupe étant décrite généralement comme plus intéressante et plus amusante. Ici les bénéfices liés au produit se doubleraient d'une sorte d'exhaltation et d'une prolongation des effets de l'inhalation.

La pratique en groupe constitue un rituel de la bande, une manière d'entrer dans un groupe et de participer à son mode de vie. Ce sentiment d'appartenance au groupe va renforcer les liens et le fonctionnement de celui-ci.

La pratique en solitaire comme modalité unique de pratique est très peu évoquée et elle pourrait constituer un signe important de la vulnérabilité psychique du sujet et des risques auxquels il s'expose.

Le produit le plus couramment utilisé est la dissolution de marque DISSOPLAST (SA CHIMIPLAST), en tube bleu. Tous les enfants de l'enquête l'utilisent. Il se dégage à son propos une unanimité parmi les sniffeurs : c'est la préférée, celle qui donne le plus rarement des effets désagréables, celle dont l'odeur est la moins mauvaise, celle qui est la plus

efficace.

Les autres colles ont été parfois essayées "pour voir" ou "en remplacement", mais sont déclarées "encore plus dégueulasses" ou "sans effet".

Quelques uns ont essayé le Trichloréthylène. Il est considéré comme étant plus fort, mais d'efficacité moins longue avec beaucoup d'effets désagréables, mal à la tête, tête lourde, irritations (yeux, gorge), nausées, vomissements... Il serait aussi plus sédatif, moins euphorisant. La forme liquide sous laquelle il se présente est supposée accroître son efficacité et sa toxicité.

Il en est de même de "l'eau écarlate", dont les effets sensoriels et euphorisants sont considérés par certains comme spectaculaires.

Pour ceux qui l'ont essayée, l'essence ne fait pas autant d'effets, donne des vertiges, fait vomir, donne un mauvais goût persistant à l'haleine.

Quant à l'Ether, il n'y a que peu de "nos" jeunes qui l'aient expérimentée et encore de façon exceptionnelle. Ils soulignent la difficulté de s'en procurer, les effets somatiques effrayants (tachycardie, froid), les effets ébriés et sédatifs.

Les mélanges sont peu fréquents. Rares sont ceux qui alternent les produits. On trouve peu d'association abusive avec

l'alcool. L'utilisation simultanée régulière de médicaments est rapportée exceptionnellement.

Le premier produit utilisé n'est pas toujours un solvant. Il s'agit assez souvent plutôt de l'alcool, du cannabis. Dans un cas l'usage d'héroïne a précédé celui des solvants. Lorsque ce sont les solvants qui sont produits d'initiation, c'est le plus souvent sous la forme de colle ou de détachant.

En ce qui concerne la fréquence des inhalations et la quantité de produit utilisée, elles varient en fonction de chaque individu. Les séances se produisent en moyenne trois fois par semaine, centrées sur les week-end. Fréquemment mais inconstamment les adolescents augmentent aussi bien la dose que la fréquence des prises en allant dans certains cas jusqu'à passer la journée complète à inhaler. (C'est le cas de Charles, qui témoigne avoir été constamment intoxiqué pendant 15 jours, ayant pris une moyenne de 15/20 tubes par jour).

La volatilité des produits rend la quantité inhalée difficile à estimer (elle est probablement variable aussi avec chaque utilisateur pour un même tube consommé). Cette variation est encore plus forte pour le Trichlo vendu en bouteille d'un litre et inhalé dans un chiffon humecté.

Les procédés d'inhalation sont relativement uniformes : presque tous utilisent un sac en plastique très léger où on

dépose une quantité variable de colle (quelques gouttes à 1/2 tube) qu'on étale sur les parois en malaxant le fond du sac (le but est d'accélérer l'évaporation du solvant volatil ainsi réparti sur une plus grande surface). Puis l'inhalation se fait en vase clos : plusieurs aspirations et expirations successives sont nécessaires pour "faire monter" l'effet. Même si le nez et la bouche sont plongés dans le sac maintenu en collerette à une ou deux mains, l'inhalation est le plus souvent strictement orale et on devrait plutôt parler d'aspiration.

Des variantes très ritualisées peuvent se voir et signent l'appartenance à un groupe. Elles portent surtout sur la façon de tenir le sac. Une autre méthode, moins utilisée, consiste à aspirer dans les mains enduites de colle et portées en cornet autour de la bouche. Les principaux lieux d'approvisionnement sont soit les petits marchands de cycles, soit les magasins à grande surface où les étagères sont accessibles. Les sacs sont collectés aux caisses de ces grands magasins. Exemple du coût du produit : le tube de "bleue" vaut 2,50 à 3,00 francs (parfois payé avec l'argent de bouteilles consignées, récupérées dans la rue). La bouteille grise d'un litre de Trichlo : environ 15 francs.

La relation avec les marchands est très ambivalente ; malgré leur désir d'obtenir les produits, ils reprochent aux commerçants leur indifférence : "ils ne se soucient pas de nous", "ils nous disent, que voulez-vous, et ils vous donnent le produit", etc...

Les lieux d'inhalation sont très variables : à l'école (dans l'école ou juste à la sortie), dans l'appartement des parents, dans les caves, les locaux à poubelles, les rues tranquilles, les squares déserts ou parfois en pleine rue, sans s'isoler.

Le choix de ces rues semble lié aux motivations sous-jacentes à la conduite de ceux qui inhalent par provocation, "se montrent" en pleine rue, en pleine classe ; ceux qui ne veulent pas être dérangés vont se retrouver dans les lieux déserts (caves, etc...).

L'âge du premier contact se situe vers 14 ans, cependant, dans certains cas, le début de l'intoxication s'effectue à un âge plus précoce. Dès 9-10 ans dans un cas.

Le premier contact avec les solvants s'opère dans la plupart des cas par l'intermédiaire d'un ou plusieurs copains (souvent plus âgés) : il se produit souvent dans l'institution d'accueil des adolescents en difficulté, parfois dans les cours ou caves des cités.

Cette première expérience va prendre une valeur d'initiation pour le jeune adolescent dont la curiosité est stimulée par la pression du groupe et par son besoin d'être accepté et/ou reconnu ; ainsi, ce témoignage : "si je ne le faisais pas, je me faisais traiter de poule mouillée".

Dans la plupart des cas, ce premier contact est précédé d'une certaine connaissance sur les effets du produit, information obtenue dans des magazines, dans les journaux ou par des conversations avec d'autres jeunes.

Le souvenir de ce premier contact reste, en général, vague et imprécis. Ainsi nous rencontrons une certaine difficulté à reconstruire cette histoire et à évoquer les motivations en jeu. "Parcequ'on a des problèmes", "parcequ'on n'est pas bien", "parcequ'on veut déguiser les problèmes par la colle", "par plaisir", "par curiosité", "par envie de se marrer".

Certains avancent leurs difficultés familiales, comme l'un des principaux facteurs du début de l'intoxication.

2) LES EFFETS DU SNIFFAGE , sont eux aussi, très abondamment et précisément évoqués :

En sériant des bribes de plusieurs discours individuels, il nous a semblé possible de rendre au mieux ce qu'ensemble les usagers disent de leurs expériences, des sensations recherchées ou subies, des motivations à leur quête, des modifications dans la perception d'eux-mêmes qu'induit la colle dans son utilisation aiguë ou à long terme.

Écoutons-les d'abord parler des sensations produites par des aspirations répétées des vapeurs de colle :

+ Les sensations hypnagogiques sont au premier plan :

"C'est comme dans un rêve... ça fait pas vrai... comme si on se croyait dans le futur... comme s'il n'y avait rien autour... comme si on n'existait pas... c'est être dans un autre monde... bizarre... c'est bizarre autour de soi... comme s'il n'y avait personne... l'esprit se fixe sur une chose ou une idée... on est plus rien."

+ Les sensations vertigineuses et ébriées sont très souvent évoquées :

"On est dans les vapes... saoul... ça fait tourner la tête... être stone... tout étourdi... on se rappelle pas ce qu'on fait... comme quand on a bu mais pas tout à fait... ça défonce... ça monte."

+ L'euphorie dans les séances de groupe est toujours citée comme un élément important des motivations, les crises de rire sont constamment remémorées :

"On rit pour un rien... on se marre... on rigole... surtout en groupe... on rit... rien qu'à voir l'autre on part... y fait des conneries et ça fait rire... ça rend dingue."

+ Les modifications de perception de soi semblent être en rapport avec l'effet sédatif des produits. Leur évocation difficile à rendre verbalement traduit l'angoisse fréquemment observée par les tiers devant un sniffeur intoxiqué, celle-ci n'est cependant jamais nommée par les enfants :

"On ne sent plus ce qu'on fait... quand on bouge on n'a pas l'impression que c'est notre corps... on sent plus ses jambes... on est mou... je pouvais plus courir, je courais comme si je marchais... je ne voyais pas ce qui se passait autour et pourtant je voyais... j'ai voulu faire pareil et j'ai pas pu... ça rend dingue, il était tout bizarre... c'est une envie de dormir sans dormir... on se sent partir, s'endormir..."

+ Les modifications kinesthésiques de l'environnement viennent compléter cette perception floue de soi-même :

"Les choses sur lesquelles on fixe l'attention donnent la sensation de bouger ou de se transformer... les arbres me tombaient dessus... le bois était loin et juste après il était tout près... le chewing-gum, j'avais l'impression que c'était un lézard... quand on regarde longtemps ça se transforme... on imagine des trucs et après on y croit vraiment."

+ Beaucoup plus rarement de véritables épisodes hallucinatoires sont décrits. Il peut s'agir au maximum de moments confuso-oniriques typiques.

"J'entendais des voix qui me parlaient, des chanteurs, des chanteuses, j'avais des affiches dans ma chambre ; je ne sais plus ce qu'elles disaient mais je me souviens très bien qu'elles me parlaient. Et j'entendais souvent de la musique, fort, comme si on discutait dans ma chambre. J'ai eu des hallucinations visuelles aussi. J'ai vu un chien à moi qui est mort, que j'aimais beaucoup. Je le voyais courir le long du mur. Chaque fois que j'essayais de m'approcher pour le caresser, il s'enfuyait et dès que je reculais sur mon lit, je le voyais qui me regardait, qui tortillait de la queue. Je le voyais très très bien. Une fois j'ai vu une énorme araignée sur mon lit. Une araignée, c'est quelque chose qui me fait très peur. Je ne sais pas pourquoi j'imagine ça."

Dans quelques cas, ces épisodes s'accompagnent de véritables mouvements de panique.

Un jeune raconte que son père l'a trouvé un jour sur une table où il tentait de trouver refuge parce qu'il voyait des serpents surgir de terre.

+ Si les véritables hallucinations sont rares, les illusions sensorielles sont plus fréquentes ; les couleurs sont peu modifiées mais les sons apparaissent différents en intensité et en tonalité.

"On entend des vibrations... une fois j'ai entendu un sifflement mais c'était au début, ça diminue après... il y avait un bourdonnement... les sons sont sourds... quand les autres parlent ça résonne ... c'est comme si on était sourd... ça donne envie de crier... c'est plus grave, ça résonne à l'intérieur... ça fait comme dans un couloir, ça se prolonge."

+ Certains de ces bruits sont perçus de façon désagréable comme parfois les sensations vertigineuses :

"J'entendais une ambulance, ça me sonnait dans les oreilles... j'allais crever... on a peur... je pensais que je crachais du sang... la première fois, j'avais mal au coeur, on vomit, des fois..."

La dissipation des effets est aussi marquée par une modification des perceptions : L'environnement est perçu dans un climat différent.

"On ne retrouve plus les mêmes choses... c'est plus pareil... on est dans un endroit différent..."

- Des sensations de déjà vu ou de déjà vécu s'y associent fréquemment :

"On a l'impression qu'on revit la même chose... c'est comme si c'était la deuxième fois..."

- Ainsi qu'une amnésie partielle à partir d'un moment de la séance ; cette amnésie est fréquente chez les enfants hospitalisés même sans perte de conscience :

"On se rappelle plus... après, je me souviens... on a encore respiré et puis je sais plus... je ne sais pas comment je suis arrivé là..."

- Enfin des sensations physiques telles que la fatigue, l'envie de fumer ou de manger semblent marquer chaque fin de séance de sniff.

- Après une période d'inhalation régulière, lorsqu'ils parlent de leur volonté d'arrêter l'intoxication, le discours se centre sur les effets des produits; Il n'est pas certain que cela corresponde à un véritable désir de se libérer de l'habitude : il est plus vraisemblable qu'il s'agisse là d'éviter les conséquences désagréables symbolisées souvent par l'adulte qui reçoit ces propos (médecin, éducateur, assistante sociale, policier, juge).

- Les douleurs physiques (maux de tête fréquents

surtout le matin au réveil, maux de gorge, toux productive) forment l'essentiel des plaintes et représentent l'expression symptomatique des craintes de destruction somatique qui les hantent :

"Après, à chaque fois, je toussais... il crache toujours... J'ai un essoufflement... des trous dans les poumons, la tête, c'est insupportable... tous les matins j'avais mal... après j'avais toujours mal à la tête... mal à la gorge... ça me brûlait toujours en avalant."

- Des troubles de la vision sont parfois évoqués mais il s'agit plutôt d'irritation conjonctivale :

"J'avais les yeux et les paupières rouges... après je devais porter des lunettes (noires)... je voyais plus... il avait les pupilles larges... un drôle de regard, quand on le regardait, on voyait qu'il en prenait."

- L'odeur de la colle et l'haleine caractéristique sont très souvent évoquées dans le registre du mauvais : rares sont ceux pour qui l'odeur est attrayante :

"C'est une odeur chimique... une odeur d'acétone ou je sais pas, pire... ça s'imprègne... on empeste la colle... une mauvaise odeur, une mauvaise haleine... alors il faut mâcher du chewing-gum à la menthe ou

fumer mais l'odeur reste... il sentait mauvais..."

- La perception de soi est alors centrée sur les impressions de fatigue continuelle et de lassitude qui traduisent aussi le manque d'intérêt accru pour les investissements antérieurs :

"On n'a plus envie de rien faire... quand on prend de la colle, c'est pire... on est fatigué... on a envie d'être tranquille... je voulais toujours dormir... je me levais tard... je restais au lit toute la journée... j'avais rien à faire..."

- L'énervement et l'irritabilité sont aussi souvent ressentis dans l'après coup, surtout dans les relations avec les parents :

"Quand on en prend longtemps ça abrutit et ça énerve à la fois... quand on vous dit quelque chose, on a envie d'être tranquille... avec ma mère, je devenais violent... je supportais plus qu'on me dise rien... intolérante à la moindre remarque..."

- Une agressivité, à l'origine de bagarres ou de "crises", revient souvent dans l'évocation de la période d'intoxication :

"J'ai piqué une crise de nerfs... une crise de démence... un état d'hystérie... j'étais excitée... je l'ai attrapé par le cou et je l'ai frappé... je lui donnais des coups de pied et de poing... il voulait se jeter par la fenêtre... on s'est sauvé des urgences... on a été obligé de lui faire des piqûres calmantes... il cherchait la bagarre... on avait envie de l'énerver on l'a traité..."

- L'inconscience face au danger, l'indifférence apparente à l'environnement (indifférence qui est plutôt une provocation) leur fait penser à la folie :

" Il y a des cris, du tapage... on poussait la radio, les voisins appelaient la police... on faisait du bruit, les gens, on s'en foutait... on fait des trucs qu'on ferait pas normalement, on montait sur les voitures, on criait, on délirait, ça excite, on a toujours envie d'énerver les gens... (un type très fort, costaud) je l'ai provoqué, je l'ai cherché, avant je l'aurais pas fait. Ils étaient nombreux, on croyait qu'on serait les plus forts, on avait envie de les énerver... il traversait sans voir, les

voitures s'arrêtaient... je faisais n'importe quoi...
j'étais pas net même quand j'en prenais pas..."

- Enfin, des troubles de la mémoire sont souvent
invoqués :

" J'arrivais plus à trouver mes mots... je me souviens
plus des choses... j'oublie les choses... j'ai des
trous de mémoire... c'est la mémoire... je ne me
rappelle plus de rien..."

- Sur le thème du danger et des risques, ils sont
unanimes à dire que la colle c'est dangereux ; si certains
n'étaient pas prévenus au début, d'autres disent l'avoir su dès
le départ :

"Ca fait perdre la mémoire... ça abîme les poumons...
c'est des drogues dangereuses, c'est toxique... des
trucs à la tête... ils m'ont fait peur, ils disaient
qu'après les cellules diminuent... ça fait des trous
dans le cerveau, dans les poumons... les bruits dans
la tête ça m'a fait peur... j'en ai vu il est devenu
dingue... ça fait des trucs au cerveau... ça détruit
les cellules... ça détruit quelque chose là-dedans, je
ne sais pas quoi... après longtemps, ça rend fou..."

- Enfin la plupart relatent une augmentation rapide et régulière des quantités et souvent un rapprochement des séances jusqu'à un pic et très souvent un arrêt brutal sans syndrome de manque :

"Au début je sais pas... un peu après, c'était un demi tube dans le sac... la première fois, c'était pas beaucoup... après j'en prenais plus, jusqu'à trois tubes par jour... un soir, j'ai sniffé trois tubes d'un seul coup, je me suis retrouvée à l'hosto... au début, une fois de temps en temps, après c'était tous les jours... le week-end surtout, après plus... j'ai arrêté, c'est tout... j'ai arrêté comme ça, j'avais décidé... je suis allé en vacances, j'ai arrêté... c'est fini... ça m'a rien fait d'arrêter..."

Cette étrange construction d'un discours collectif qui nous renseigne sur les effets subjectifs de l'aspiration de colle permet donc une tentative d'analyse sémiologique des effets psychotropes du produit. Reconnaissons cependant son caractère artificiel. La réalité est plus complexe : Chaque jeune investit de façon différenciée, les effets qu'il recherche dans l'usage du produit.

Nous reverrons dans un chapitre ultérieur cet aspect de la question.

3) SNIFFAGE : PASSAGE A L'ACTE ET CONDUITE DE RISQUE

Quoiqu'il en soit de cet investissement différencié, le sniffage est un passage à l'acte. Trois niveaux peuvent être distingués.

+ Le sniffage est en soi une conduite pathologique. Et surtout dans sa répétition, et dans ses dimensions de transgression et d'auto-agression. Ces caractères sont affirmés par l'ensemble des sujets rencontrés de façon clairement consciente. Cette conduite s'accompagne parfois d'une lutte intérieure. Le plus souvent cependant, cette dernière manque. Sniffer apparaît comme une urgence, hors de tout contrôle mentalisé. Cette dimension impulsive s'impose surtout chez ceux de nos sniffeurs qui sont vus en pleine période de pratique. La lutte interne est plus manifeste chez ceux qui disent qu'ils ont arrêté.

+ Il favorise le passage à l'acte. Dans le cas d'Ahmed, l'inhalation est suivie, à plusieurs reprises, d'explosions clastiques particulièrement impressionnantes. Il s'agit, il est vrai, d'un garçon fragile dont c'est l'un des modes habituels de résolution des tensions sur un fond général d'inhibition. Un exemple est particulièrement significatif. Lors d'une séance de sniffage, Ahmed s'en prend violemment à son initiateur à qui il reproche de l'avoir mis dans une situation sans issue.

+ Il suscite des passages à l'acte délictueux. Avec des camarades, Lucien s'attaque au coffre de l'institution où sont rangés les tubes de colle qui viennent d'être confisqués. Rapprochons-en les vols dans les supermarchés -avec ou sans raisons financières- vols fréquemment rapportés (Daniel, Lucien, Henri).

Dans tous les cas cependant, l'acte de sniffage prend une valeur particulière dans son rapport particulier au risque. La plupart des jeunes rencontrés l'affirment clairement.

Pour beaucoup, le danger est la marque de l'efficacité du produit : Cécile parle des médicaments qu'elle utilise conjointement avec la colle. "Quand je voyais qu'il ne fallait pas dépasser la dose prescrite, j'en prenais sans savoir ce que c'était et je mélangeais, et ensuite j'ai fait une overdose", pour d'autres, symétriquement, l'efficacité ne peut pas aller sans toxicité correspondante : Lucien : "Un autre jour je l'ai fait, c'est du Pampers, c'est un truc pour endormir et pour avoir des relations sexuelles ; celui-là il est pas mal parce qu'il est vachement fort. Il doit être plus fort que la colle c'est sûr, c'est plus que sûr, mais il doit bouziller pas mal aussi, hein... Si, si ça bouzille, ça bouffe pas mal de cellules... il faut bien que ça réagisse sur un truc tellement ça fait de choses. Moi je trouve ça super".

Pour certains, le danger est le prix à payer. Lucien :

"je rencontrerai jamais ça, quoi, je regrette pas, même si je me suis bouffé pas mal de cellules... le résultat en valait la peine parce que, même si je vis jusqu'à 60 ou 70 ans, ben jamais je connaîtrai un truc aussi bon...".

Pour presque tous existe donc un rapport étroit entre efficacité et toxicité au sein duquel l'une s'alimente de l'autre au-delà des rationalisations diverses. Le défi naît d'ailleurs de cette confusion même : il est parfois clairement mis en avant dans une affirmation par rapport à soi et aux autres, non dénuée de provocation : Cécile : "C'est quelque chose d'assez excitant d'essayer, même si c'est dangereux".

Charles : "J'étais arrivé à en sniffer 15 - 20 tubes dans la journée mais en partant du matin jusqu'au soir, et ce que je me demande, moi, c'est que ça m'a rien fait. Il y en a à la télé, ils ont dit : ouais, la colle à rustine, il y en a qui ont respiré deux tubes, ils sont morts, ils sont tombés dans le coma, ils sont morts, moi (excité) j'ai respiré au moins, oh ! 16, 20 tubes, en partant du matin jusqu'au soir, j'ai rien eu (il rit) je sais pas comment ça se fait ça, ça m'étonne".

Nous en rapprocherons les conditions de la mort de Patrick "qui va plus loin que les autres" dans le mouvement de prestance déjà évoqué.

Ce défi évoque à la fois le clivage et à travers lui le déni. Il évoque aussi le fantasme ordalique ; nous y reviendrons. Il souligne en tous cas le rapport à la mort, ici dans l'excitation et le triomphe, mais aussi, dans d'autres cas,

dans la dépression et le désespoir: Valérie, 18 ans, est entrevue une fois dans un foyer qui l'accueille en urgence pour deux ou trois nuits. Elle a cependant un entretien avec une éducatrice au cours duquel, manifestement déprimée, elle affirme prendre beaucoup de colle depuis que deux de ses amies sont décédées d'overdose à la colle dans le squatt qu'elle habite. Ces décès l'ont beaucoup touchée, mais plutôt que de l'effrayer, l'encouragent à aller, jusqu'au bout.

"Je peux bien en mourir, je m'en fous, la mort, c'est la paix et la tranquillité".

Le déni de la mort, tout aussi manifeste ici, s'inscrit dans un contexte différent. Le triomphe en est absent, mais peut-être pas le défi.

S'il est donc source de défi dans le triomphe, de défi et d'autoagressivité dans la dépression, le danger somatique comme la mort fixent des limites à la poursuite de l'intoxication : Jérôme : "Quand ils m'ont dit que mon coeur allait s'arrêter de battre, je me suis dit, c'est trop ça, j'ai pas envie de mourir, moi. J'ai commencé à baisser. Et puis quand Ahmed, il a été à l'hôpital et qu'il a dit : "on peut mourir", moi je me suis dit, je laisse tomber : je me suis occupé à plein de trucs puis j'ai complètement arrêté la colle... Ahmed, c'était surtout avec lui que je le faisais, c'était mon meilleur copain. Il a fait une semaine d'hôpital à cause de la colle". Il est en fait resté un jour.

Plusieurs précisions s'imposent :

C'est dans l'après coup que le risque prend sa valeur limitante : il est alors volontiers dramatisé. La prise de conscience apparaît comme brutale à l'occasion de la menace formulée à un pair auquel le sujet s'identifie. Elle initie la lutte mentalisée contre l'acte de sniffage qui prend alors une tonalité beaucoup plus compulsive. L'avant est alors recouvert d'une inconscience défensive "je ne me rendais pas compte", ou mis sur le compte de l'immaturité "c'était bête en plus". La confrontation avec les autres montre bien, cependant, que le savoir, quant aux risques, existait de tous temps. Ce savoir a plusieurs destinées. Il est :

- soit directement dénié grâce à un clivage,
- soit ouvertement excitant dans le défi et le triomphe ou dans la recherche de la mort. C'est cette dernière qui est ici déniée.

Dans le meilleur des cas, le développement psychoaffectif de l'adolescent lui permet de renoncer au clivage au profit d'une organisation psychique plus élaborée avec des défenses moins archaïques et l'affirmation de l'épreuve de réalité.

Ces différences dans la destinée du savoir s'associent à celles des types de rapport que nos sujets entretiennent avec le risque de mort.

D'un point de vue phénoménologique, ils sont de quatre types :

a) Le risque de mort est le prix à payer pour un plaisir immense. Il ne semble pas y participer : le risque est

parfois évalué avec une certaine mesure. La pratique donne lieu à des préoccupations de doses et de limites, révélant là une certaine compétence. Mais dans l'excitation, le risque peut être écarté, dénié, dans un clivage entre le moi plaisir, et le moi danger, qui évoque une organisation perverse. C'est ici que la mentalisation secondaire des images psychiques est le plus efficace.

Lucien : "Le rêve, c'est quand même quelque chose de fantastique, les gens qui sniffent pas, ils connaissent pas, c'est un truc merveilleux. Les gens disent : les jeunes il sniffent, s'ils avaient sniffé, ils auraient vu, ils auraient vu le truc qui pousse, parce qu'en fin de compte, si l'effet de la colle ça bouffait les cellules, personne en prendrait hein, ou un ou deux ou trois, mais vraiment des exceptions, ceux qui veulent se bouziller".

Q : Tu penses que ce n'est pas vrai que ça bouzille?

-Lucien : "Si, si, si, ça bouzille, c'est prouvé, tout le monde lutte contre, les médecins le conseillent pas trop, après, il y a les maladies des poumons, les cellules, ça bouffe pas mal les cellules, c'est normal, faut bien que ça réagisse sur un truc, moi je trouve ça super".

Pour ce garçon, donc, à nouveau se dégage la dimension perverse déjà évoquée.

b) Le risque de mort est lui-même au centre du plaisir, dans le triomphe s'affirme la mégalomanie du sujet : c'est le cas

de Charles.

c) Le risque de mort est au centre de la pratique. Il est recherché dans une rage démesurée contre soi-même. Dans sa démesure, cette rage est évidemment infiltrée d'omnipotence et de fantasmes d'immortalité. Valérie en est un des exemples.

d) Le risque de mort apparaît comme une limite infranchissable et fait renoncer à la poursuite d'une pratique dont le caractère plaisant est le plus souvent dénié dans l'après-coup. C'est le cas d'Ahmed et de Jérôme.

QUATRE REMARQUES :

a) Le sniffage, malgré ses rapports avec le risque et la mort, se différencie nettement du suicide en ce qu'il n'est pas "volonté et/ou désir conscient et délibéré de se donner la mort". Le rapport à la mort est plus ténu, plus ambigu. Il s'agit davantage "d'équivalent suicidaire" ou plutôt de "conduite dangereuse" : "comportements qui, par leur nature, mettent en péril la vie du sujet et son intégrité" (Marcelli) (a).

Le sniffage, dans la répétition, affirme la prise d'un risque, la recherche d'une inconscience plus ou moins complète, un rapport ambigu à la mort caractérisé par la provocation et le jeu, la tentation et le défi.

a) Marcelli D., Braconnier A. Psychopathologie de l'adolescent. Masson, Paris, 1983.

Dans la plupart de nos cas, le sniffage n'est pas la seule conduite de risque ; d'autres équivalents s'y associent :

Jean-Pierre, 15 ans, est un fervent utilisateur de sa moto. Lui n'en fait pas comme les autres, il prend des risques, tout particulièrement au cross. Sa moto est souvent cassée, il la répare avec son père. L'année dernière, il s'est cassé une jambe en voulant tenter de passer un obstacle particulièrement difficile. Ses copains avaient bien dit qu'eux ne l'auraient pas fait. C'est la même chose, pour la colle, il sniffe avec les autres dans les bois mais en plus, il le fait tout seul, et plus fort, car il ne supporte pas la solitude. Il est hospitalisé parce qu'il a essayé pour la première fois de manger de la colle dans un contexte évocateur : il rentre chez lui après une séance de sniffage avec les copains. Il y retrouve le désordre habituel, son père est en retard, sa moto est cassée : il va dans sa chambre, avale le contenu d'un demi tube pour voir et sort dans les bois. Quand il commence à avoir mal, il a peur et se fait conduire à l'hôpital.

Jérôme : "j'ai failli mourir parce que je me suis enfoncé un truc dans la jambe, c'était à 2 cm de la veine, j'ai eu une opération, ça faisait une hémorragie. Parce que quand j'étais petit, je montais aux arbres et puis je tombais et je m'en foutais".

Jérôme a eu plusieurs autres accidents moins graves cependant :

- une fracture au pied aux autos tamponneuses,
- un accident en jouant à patiner sur la glace d'un étang; la glace a craqué : "l'eau était froide, le lendemain, j'étais paralysé".

b) Quant à la délinquance, elle a aussi valeur de conduite à risque. Les études épidémiologiques et psychopathologiques affirment les nombreux traits communs entre suicidants et délinquants.

La plupart de nos sujets présentent des comportements délinquants : ceci est, sans doute, dû pour une part, à l'échantillonnage particulier constitué de nombreux pensionnaires d'institutions de l'Education Surveillée. Même parmi les non institutionnalisés, ces tendances à la délinquance se retrouvent. A nouveau, nous sommes frappés par l'importance que revêt aux yeux des jeunes rencontrés, la prise d'un risque recherché.

Daniel évoque avec plaisir les tours qu'il joue à la police, sa capacité à la berner. Il se vante d'avoir volé une mobylette devant un commissariat.

Lucien, à nouveau, affirme un rapport moins triomphant, plus utilitaire. "Je ne sais pas pour mon avenir, si on me propose des mauvais coups, quitte à prendre des risques, j'aime mieux faire ça que manoeuvre; quand même, ça rapporte plus".

c) Cette référence à la délinquance nous conduit à nous interroger sur le rapport du sniffage et de la loi. Et d'abord,

de quelle loi s'agit-il ? Au regard de la loi commune, le sniffage n'est pas interdit. Les solvants ne sont pas des produits illicites. Cela ne veut pas dire qu'il s'agisse d'une drogue licite (comme l'alcool ou le tabac). Le détournement à usage narcotique n'est pas envisagé.

Le sniffage est cependant une transgression. Est-ce un "déplacement de la transgression sexuelle à l'heure où les interdits vacillent, du moins verbalement, et où les parents admettent cette transgression" (Olievenstein)(a) Il s'agirait alors d'une transgression de la Loi du père.

Le défi affirmé par la majorité de nos patients à l'égard de leur père ou des représentants de l'autorité nous semble être d'une autre nature. Ce qui est à chaque fois recherché, c'est la mise en lumière de ses défaillances, de son incapacité à faire respecter la Loi dont il est porteur. Dans tous les cas, celle-ci reste toute extérieure et non intériorisée. La transgression dont il s'agit ici porte sur autre chose, sur la "loi narcissique d'autoconservation" (54). C'est elle qui est transgressée dans le jeu de la vie et de la mort.

Certains actes délinquants, ne nous semblent, comme les jeux de hasard, que le déplacement de cette transgression particulière, plus archaïque, moins symbolique et en tous cas binaire et non triangulaire, renvoyant à la toute puissance imaginaire.

a) Olievenstein C. Portrait psychopathologique du toxicomane. Esprit 10, 1971.

Ces considérations nous ramènent au Sujet, deuxième pôle organisateur de notre analyse de contenu du discours des sniffeurs, thème artificiellement séparé pour les besoins de l'exposé.

B - LE SUJET: REPRESENTATION DE SOI ET DES AUTRES

1) ANALYSE TRANSVERSALE

Ce thème est beaucoup moins richement et précisément développé que le précédent, nous l'avons déjà signalé.

Lorsqu'il est évoqué, c'est de façon indirecte ; les conditions de recueil sont primordiales : sont particulièrement déterminants, le statut du discours, (entretien "à chaud" ou "à froid", entretien de recherche), celui de l'enquêteur, ses contrattitudes.

Malgré les difficultés, un matériel non négligeable a été réuni sous le thème "soi et les autres".

Par représentation de soi, nous entendons ce que Schilder (a) appelle "l'image du corps", c'est-à-dire l'articulation entre le moi psychique, le moi social et la base organique. C'est la façon dont le sujet se sent et celle dont il se perçoit et se représente.

a) Schilder P. L'image du corps. Gallimard, Paris, 1971.

La représentation des autres est très fortement liée au concept précédent, avec lequel elle s'articule dans un rapport dialectique. "Toutes les fois que se manifeste un intérêt pour telle ou telle partie du corps d'autrui existe le même intérêt pour telle ou telle partie du corps propre" (Schilder).

Chez les sniffeurs, comme chez tous les adolescents, la problématique du corps est au centre de la plupart des conflits.

Les jeunes rencontrés s'inquiètent de leur croissance, attribuant à leurs habitudes toxiques les traits qui motivent de véritables craintes dysmorphophobiques. Ahmed, Jérôme, Lucien se plaignent d'être trop petits pour leur âge, ce qui les conduit à consulter le médecin de l'établissement où ils sont hébergés. Mais répétons-le, ce n'est là rien que de très banal à cet âge.

Les interrogations sexuelles sont rarement abordées. Ce silence nous paraît significatif. Dans quelques cas, néanmoins, ce thème est évoqué de façon indirecte à propos des difficultés relationnelles avec les jeunes de l'autre sexe. La sexualité n'apparaît pas, cependant, recouverte d'un interdit conscient. Il s'agit plutôt d'une gêne, d'une sorte de honte.

La plupart des sniffeurs disent avoir eu des expériences sexuelles occasionnelles sans vouloir davantage les préciser.

Seule Cécile annonce une relation suivie. Elle relie même son désengagement des conduites toxiques à l'établissement

de cette relation et aux projets qu'elle lui permet de formuler.

Christelle reconstruit toute son histoire autour d'une relation incestueuse avec son père, motif du placement. Elle l'annonce comme le traumatisme qu'elle veut oublier, justifiant par là sa recherche des effets des solvants.

Lucien découvre le sniffage avec l'homme qui l'initie aussi à l'homosexualité. Il s'agit de Popers (Nitrite d'amyle) que dans un lapsus significatif il appelle Pampers (marque de couches pour enfants). Ce qu'il dit de sa relation avec cet homme en souligne le caractère peu génitalisé malgré des expressions "hypermatures".

"Il voulait me considérer comme son fils, quitte à tout me donner. J'avais un avenir assuré, je pouvais faire routier et avoir tous mes camions. Il voulait me donner une situation et tout, et beaucoup de fric. Mais moi, je suis assez sensible, je me suis dit c'est un double jeu; je lui dis que je l'aime, en vérité je ne l'aime pas, je lui ai dit un jour franchement, je t'aime pas, il vaut mieux que tu trouves quelqu'un d'autre ; après, il a trouvé un autre fils".

Il vit ensuite de prostitution puis est placé à la suite d'une affaire de photos pornographiques. Lucien revendique son homosexualité mais de façon très ambivalente à cause des brimades qu'elle lui occasionne de la part de ses pairs. Tous ses contacts sont ainsi marqués du sceau de l'ambiguïté dans la

séduction qu'il utilise pour être toujours et de façon protéiforme dans le désir de l'autre quel qu'il soit. Il est par ailleurs étonnamment maître de ses projets lorsqu'on le rencontre alors qu'il a cessé, depuis quelques mois, toute intoxication.

L'exemple le plus démonstratif reste néanmoins celui d'Alain.

A 13 ans, ce garçon est convaincu, devant les modifications pourtant physiologiques de son scrotum, qu'il est atteint d'un cancer des testicules. Il garde ses préoccupations secrètes sauf pour quelques médecins généralistes sans cependant se satisfaire des réponses obtenues. Dans le même temps, persuadé de sa fin prochaine, il s'adonne à l'inhalation régulière de colle. Après quelques années, ce problème somatique passe au second plan tandis qu'Alain s'inscrit dans des projets de vie professionnels et sociaux. Alain abandonne progressivement ses oripeaux de punk et sa pratique toxicophilique.

Cette exemple illustre bien les affirmations de Laufer (360) qui considère l'intégration du corps sexué come la tâche fondamentale de l'adolescent. Il attribue à l'échec de cette tâche intégrative les ruptures de développement à cet âge, ce qu'il appelle le "breakdown".

Cette observation témoigne de symptômes hyponchondriaques non négligeables et ici particulièrement significatifs. On est d'emblée frappé chez les jeunes sniffeurs par la fréquence de ces thèmes.

Un grand nombre d'entre eux affirment leur conviction d'être irrémédiablement détruits de l'intérieur. C'est leurs organes respiratoires qui sont pour eux les premiers visés. Au-delà de l'évidence (les toxiques sont respirés), cette remarque nous rappelle à nouveau Schilder "les individus, chez qui domine telle ou telle pulsion partielle, sentiront comme au centre de leur image du corps tel point du corps".

Ahmed et Daniel évoqueront tous deux des craintes de ce type. Daniel: "je suis pourri de l'intérieur", Ahmed: " j'ai les poumons tout bouffés". L'intensité de leurs craintes conduira l'équipe à les adresser au pédiatre avec des effets contadictaires.

Pour Daniel, la consultation restera sans effet quant à la prise de toxique : il affirme au contraire sa conviction d'être perdu. "Je suis pourri, le monde est pourri, sans avenir, je me fous de crever".

Dans le même mouvement, il affirme contradictoirement son souhait d'une intégration sociale satisfaisante et idéale, tandis qu'il présente une demande massive de prise en charge de son corps en particulier, dans une succession décousue d'états du moins contradictoires où l'on retrouve les effets de la désintégration des images bonnes et mauvaises du soi de ce patient.

Pour Ahmed, la consultation pédiatrique a, par contre, un effet très positif. C'est à partir de l'affirmation de son intégrité somatique qu'il trouve les conditions d'un arrêt du

sniffage.

Nous tenterons plus loin de comprendre cette évolution spectaculaire.

Tout aussi constantes sont les interrogations sur la préservation des capacités de pensée.

Parallèlement à ce pourrissement intérieur, les jeunes sniffeurs se plaignent d'une véritable désertification intérieure.

Les troubles mnésiques sont mis au premier plan mais l'on évoque aussi la baisse des capacités intellectuelle "on devient con", "on pense à rien", "on a le cerveau mité".

Daniel évoque même l'appauvrissement onirique, le caractère particulier du sommeil - profond, sans rêves - pour lui, désagréable, mais pour d'autres précisément recherché : généralement ils vivent leur monde intérieur comme vide de pensée, ce qui nous renvoie aux défauts de la fantasmatisation et à ce qui nous paraît leurs être directement lié, l'ennui et la perte de l'anticipation si fréquemment rapportés.

Le corps social, enfin, est plus largement évoqué par les jeunes. C'est le corps référé à la norme sociale : globalement les sniffeurs se vivent comme rejetés, répugnants, puants (au propre comme au figuré). Il se considèrent comme radicalement anormaux mais cette opinion peut s'inverser instantanément. Ce sont les autres qui sont fous, hostiles, incapables.

Beaucoup insistent sur la perversité des adultes, les marchands de colle, les flics, voire les parents.

Ces derniers sont le plus souvent englobés dans le honte dont se recouvre le sniffeur. Parfois ils ne sont évoqués que comme des persécuteurs sadiques ou des juges intransigeants.

Les autres, globalement, ne comprennent pas; une exception, les pairs, ceux du groupe en particulier avec lesquels se nouent parfois, dans les meilleurs des cas, de puissantes relations d'identification en miroir. Dans un certain nombre de cas cependant, même cet exutoire relationnel est inefficace et le jeune décrit un monde dont il est radicalement et définitivement exclu, prisonnier de sa solitude; c'est en particulier le cas de Cécile et de Daniel.

Certains des sniffeurs de l'échantillon montrent plus qu'ils ne décrivent cet aspect de la question. Ce sont ceux dont la présentation Punk s'exhibe de façon particulièrement provocante.

Les modifications du corps, volontaires et travaillées, apparaissent à la fois comme une recherche d'une ressemblance rassurante, l'assomption d'une singularité radicale et la maîtrise des transformations corporelles de la puberté.

On le voit, parler de cette représentation des autres pose le problème d'en délimiter la pertinence. Ce thème sera inévitablement repris lorsque nous évoquerons le contexte.

Evoquons, pour finir, la représentation qu'ils ont de leur avenir. L'affirmation radicale du "No Future" des punks illustre au mieux la position d'un grand nombre des sniffeurs, ceux qui sont encore engagés dans la pratique toxique. Par contre, et de façon tout à fait remarquable, l'arrêt du sniffage et l'apparition d'un projet d'avenir, qu'il soit, sont constamment deux mouvements contemporains. Ce qu'ils disent alors de leur avenir représente un compromis entre une intégration sociale hyperadaptée :

"une femme, une maison, une voiture et un chien"

(Daniel) et des espoirs d'aventure.

"faire du commerce "en Afrique" (Alain).

"plutôt pickpocket que manoeuvre" (Lucien).

2) ANALYSE LONGITUDINALE

On le voit les éléments concernant le sujet, extraits d'entretiens, restent le plus souvent imprécis ou disparates. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé nécessaire de permettre une remise en perspective du thème en proposant deux observations longitudinales : celles de Cécile et de Lucien.

Sans être le fait du hasard, ce choix ne s'est pas fondé sur une recherche du pittoresque ou une connaissance particulièrement approfondie des jeunes en cause. Chaque observation est singulière, ces deux tout autant que les autres. Tout juste, nous sommes nous attachés à rapporter une observation dans un contexte institutionnel et une observation en dehors de tout contexte de ce type.

a) CECILE (16 ans 1/2)

1 - ANAMNESE

Cécile est née fin 1966. Elle est seule enfant de l'union de son père Monsieur P. et de Madame P. Monsieur P. appartient à un milieu d'intellectuels.

En 1973, (Cécile a 6 ans), le couple se sépare après une expérience conjugale cahotique. La séparation a été dramatique. Madame P., de personnalité fragile, est entrée dans la secte de son nouveau compagnon, secte aux règles de vie particulièrement strictes : "Quand elle est partie, j'étais toute petite". Elle m'a dit "ou tu viens avec moi et tu ne reverras plus ton père, ou tu restes avec ton père et tu ne me reverras plus". Et moi j'ai fait un choix inconscient, je suis resté avec mon père. Je téléphonais tout le temps à ma mère. Tous les jours quand je rentrais de l'école, j'allais mettre des petits bouts de lettre dans sa boîte, auxquelles elle ne répondait pas, j'avais toujours l'espoir d'un coup de fil".

En 1975, (Cécile a 8 ans), Madame P. décède. "Une sorte de suicide, j'ai l'impression. Elle vivait avec un homme qui l'a forcée à entrer dans sa religion. Dans cette religion, il y a des régimes à suivre, elle s'était mise en tête de faire

un régime très sévère. Elle est morte de faim. Quand elle est morte, elle pesait, paraît-il, 40 kilos".

Cécile est très atteinte par ce décès. "Même quand elle est morte, j'avais toujours l'espoir d'un coup de fil". Elle ne trouve pas, semble-t-il, d'aide auprès de la nouvelle compagne de son père. "Moi je l'avais bien acceptée, mais elle ne m'aimait pas. Je lui en veux beaucoup. Elle ne s'est jamais occupée de moi, de savoir si j'allais bien, ni de me faire faire mes devoirs, ni de m'acheter des fringues".

Quant au père : "C'est quelqu'un qui m'aime vraiment beaucoup, et je suis tout ce qui lui reste de ma mère. Il aimait vraiment ma mère quand elle est morte. Mais c'est quelqu'un qui est très maladroit et qui a toujours été mal à l'aise devant moi. Moins maintenant. Autrefois, il ne savait pas du tout quoi faire de moi, il ne savait pas du tout réagir. Parfois il devenait violent. Il me frappait fort. D'autres fois, il essayait d'être vraiment gentil. La façon qu'il m'a élevée était irrégulière. C'est quelqu'un qui travaille beaucoup et n'a jamais eu le temps de s'occuper de moi. Avec mes deux petits frères (ses demi-frères, enfants de Monsieur P. et de la "belle-mère" de Cécile) la différence, c'est qu'ils ont leur mère pour s'occuper d'eux. Ce que je n'avais pas. Je me souviens quand j'étais petite, mon père faisait vraiment des conneries. Il ne pensait pas à m'acheter à manger pour le soir. Même maintenant, il lui arrive de ne pas penser du tout aux choses matérielles. Quand j'étais petite, c'est moi qui allais m'inscrire en début d'année dans les écoles. Pourtant il m'adorait".

Privée d'une présence forte, Cécile a d'importantes

difficultés scolaires :

"ça c'est toujours très mal passé, sauf dans les petites classes et à la maternelle. J'étais dans une école avec des méthodes nouvelles assez barbares que je supportais mal. Il y avait peu de Français dans cette école, j'étais mal vue des arabes qui me prenaient pour une petite riche parce que mon père avait plus d'argent que leurs parents. Je me faisais frapper par les garçons de l'école. Une année, on est parti en classe verte: j'ai très mal supporté et je suis rentrée en train avant les autres. Déjà à cette époque, j'étais mauvaise élève. J'ai fait une 7ème dans une école privée. En 6ème, j'étais dans un collège dont j'ai été renvoyée après une année, puis dans une autre institution privée, en 5ème, là aussi ça c'est mal passé".

C'est au cours de cette année 79-80 qu'elle sort de la solitude dans laquelle son parcours cahotique et des difficultés relationnelles anciennes, l'ont confinée.

"J'ai rencontré à l'école deux ou trois personnes plus âgées que moi, c'est quand j'ai commencé à devenir punk. Ils m'amenaient souvent avec eux et j'ai rencontré d'autres personnes et l'héroïne est venue comme ça".

Cécile se met donc à l'héroïne, ici produit d'initiation à la drogue.

"La première fois, je ne me suis pas piquée, j'ai sniffé, je me souviens bien ; j'avais 13 ans 1/2. Il y avait plusieurs personnes qui en prenaient. Ils m'en ont proposé. J'ai accepté. Je ne me sentais pas très à l'aise. Je me sentais mal. J'ai un mauvais souvenir de cette première fois. Comme tout le

monde disait que c'était vraiment bien, j'ai voulu recommencer une seconde fois; C'était quelque chose d'assez excitant que d'essayer. Dans le milieu où j'étais, tout le monde prenait de ça tout le temps. J'avais un ami qui vivait seul dans un grand appartement, c'est là que ça se passait".

Rapidement, elle en arrive à se piquer.

"Quand j'ai commencé à me piquer, mes amis n'étaient pas d'accord. Ils m'avaient fait essayer comme ça une fois. Pas une seconde. Je pense qu'ils ne s'étaient pas doutés que j'allais vouloir continuer. Je me souviens, ils ne voulaient pas que je me pique. J'ai volé une seringue, je me suis enfermée dans les cabinets et j'ai dit que si personne voulait me le faire, je le ferais toute seule. Ils ont eu très peur que je me dose mal ou je me fasse mal. Du coup, ils ont accepté mon chantage."

Son père découvre assez vite sa toxicomanie, il a une réaction très brutale. "Une mauvaise réaction, dit Cécile, il était angoissé et culpabilisé".

Il l'envoie à la campagne chez des amis.

"J'y suis restée 15 jours, quand je suis revenue, j'ai continué. Il l'a appris, je voudrais savoir comment. Il m'a envoyé à l'étranger pour que je m'arrête, chez ma soeur. J'ai continué, parce que là-bas c'est comme partout ailleurs."

A son retour, son père a quitté sa compagne pour aller vivre avec une autre femme. "J'ai donc changé de belle-mère".

Pendant six mois, elle habite avec son père et cette "petite amie" avec qui l'entente est bien meilleure.

Lorsque Monsieur P. décide de reprendre la vie avec sa précédente compagne, Cécile obtient de rester habiter avec la "petite amie".

"Là, je suis restée seule, sans mon père, je faisais vraiment ce que je voulais, elle me laissait très libre".

Cécile, à l'époque, entre en 4ème dans une autre institution privée (année 80-81).

C'est dans ce contexte qu'elle commence à utiliser les médicaments : Je trouvais les médicaments dans la pharmacie de cette femme ; quand je voyais qu'il ne fallait pas dépasser une dose prescrite, j'en prenais, sans savoir ce que c'était, et je mélangeais avec de l'alcool. J'ai fait ça pendant un mois et demi tous les jours, et ensuite j'ai fait une overdose ; j'ai été hospitalisée en centre antipoison. Alors mon père m'a reprise à la maison et j'ai arrêté parce que j'ai eu peur".

A cette période Cécile espace de plus en plus ses injections d'héroïne. Monsieur P. qui interprète cette overdose comme une tentative de suicide, devient très attentif à sa fille. Il la surveille beaucoup, ne lui permet plus de sortir autant. Entre lui et elle, la situation est alors très conflictuelle.

"C'est là que j'ai fini par utiliser plutôt des solvants (milieu de l'année 81) parce qu'il s'en rendait compte beaucoup moins. Quand je rentrais chez moi, il se rendait beaucoup plus compte quand je prenais de l'héroïne parce que j'ai un oeil aveugle (une affection congénitale) et ça se voyait

au niveau de mon oeil qui filait sur le côté".

"La première fois que j'en ai pris, c'est complètement par hasard dans un concert. C'est quelqu'un qui m'en a donné, et par la suite, j'ai trouvé ça vraiment bien, et je me suis débrouillée pour avoir le nom et j'ai continué toute seule".

Sa consommation devient très vite très abondante, tandis qu'elle arrête toute prise d'héroïne.

Elle en prend indifféremment seule ou avec d'autres. "J'ai rencontré des gens qui eux aussi en prenaient ; j'avais beaucoup de plaisir à en prendre avec des gens, autant qu'à en prendre seule dans mon lit. Il y a des périodes où c'est complètement fou. J'en prenais tout le temps. Je ne faisais rien de mes journées".

C'est la période où elle abandonne l'école (début 82).

"Je m'étais fait surprendre en cours de gym en train d'en prendre. Les gens du collège savaient que j'en prenais. Quand ils m'ont surpris, mon père a été convoqué. Je ne sais pas ce qui s'est dit entre le directeur et mon père, mais lui, faisait celui qui ne savait pas. J'ai du mal à croire qu'il ne s'en rendait pas compte, parceque ça a une odeur forte. Je pense vraiment qu'il s'en rendait compte. A cette époque là, l'après-midi, j'en prenais souvent dans la rue, juste en bas de chez moi et comme c'était à 20m de chez lui, c'est pas possible qu'il ne m'ait pas vue. Je pense qu'il savait mais ne savait pas quoi faire. Je pense qu'il fermait les yeux. Deux, trois fois, il a fait semblant de se rendre compte. Il m'a prise sur le fait. Il n'a jamais été méchant. Il m'a fait des leçons de morale. Il essayait de comprendre pourquoi je faisais ça et moi je ne

voyais pas ce qu'il y avait à comprendre. Il me faisait la morale et moi je me taisais dans mon coin... Au deuxième trimestre de ma 4ème, j'ai arrêté, le prof de math ne voulait plus de moi. Pendant le 2ème et le 3ème trimestre, je me levais tous les jours à 7 h 1/2 comme pour partir en cours et je traînais dans la rue parce que je faisais semblant d'aller en cours. Mon père savait, il me l'a dit après".

Coupée de l'école, Cécile vit dans une extrême solitude, entre son père qui ferme les yeux et la belle-mère qui ne l'a jamais beaucoup investie, les amis qui, après une période de soulagement quand elle cesse de prendre de l'héroïne, la rejettent quand elle prend des solvants.

"Il y avait trois sortes de réactions. Celle de ceux avec qui j'étais à l'école, celle de ceux avec qui je prenais des solvants, et enfin, celle de ceux avec qui je prenais de l'héroïne. Mes camarades d'école étaient totalement contre. Ils voyaient bien que je me dégradais, que je n'allais plus en cours. Leurs réactions étaient très violentes. J'ai perdu beaucoup d'amis, mais je m'en foutais. Beaucoup essayaient vachement de me faire arrêter. Avec ceux avec qui je prenais de la colle, je me sentais bien, évidemment, mais avec ceux avec qui je me shootais, ils ont très mal réagi. Ils me disaient qu'il fallait absolument que j'arrête. Dans la société, c'est beaucoup plus mal vu de prendre de la colle que de se shooter. J'ai l'impression que les gens étaient plus choqués par le fait que j'utilise de la colle que par le fait que je prenne de l'héroïne".

Les enseignants partagent ce rejet, comme les parents des adolescents du quartier qui la voient sniffer, et tentent de

la maintenir à distance de leurs enfants.

"Ils me laissaient plus entrer chez eux. Ils en avaient rien à foutre de moi, que je me bouzille. Beaucoup ont des réactions égoïstes vis-à-vis de ça".

L'ensemble des réactions la touche. Elle se replie de plus en plus sur elle-même ne sortant bientôt que pour chercher, du produit dans un magasin où on la connaît et où on ne lui pose pas de questions. Elle a plusieurs fois affaire à la police.

"J'ai été arrêtée plusieurs fois avec des solvants, je suis fichée dans les commissariats. Quand ils m'arrêtent, ils font des recherches, téléphonent à la centrale, ça ne me simplifie pas la vie courante. Mais en principe, si je ne fais pas de conneries jusqu'à 18 ans, je crois, ils effacent tout. Je crois que ça laisse une petite trace à la centrale générale mais pas dans les commissariats".

En octobre 82, Cécile rencontre un ami. A travers lui et dans le projet de faire de la musique professionnelle, elle prend de la distance par rapport aux solvants.

En mars 83, elle n'avait plus aucune pratique toxique. "Dans le milieu que je fréquente, la musique est considérée comme un travail".

2 - CECILE ET LA COLLE

Chez cette adolescente, le sniffage intervient après l'arrêt d'une polytoxicomanie. Le recours au sniffage est présenté comme un moyen d'échapper au contrôle de son père, qui axe son affection sur l'héroïne.

Au niveau des effets, Cécile insiste sur l'altération de la conscience.

"La colle, ça rend complètement débile mental. La bouche est complètement pâteuse, on n'arrive pas à articuler, l'esprit est complètement idiot et physiquement ça ne donne pas spécialement de bien-être. Ca n'est pas un truc physique, la colle, contrairement à l'héroïne. On serait plutôt capable de faire n'importe quoi, comme quand on a beaucoup bu ; ou bien on reste sans rien faire dans le vague".

Elle évoque aussi des phénomènes sensoriels.

La prise se fait en groupe selon des modalités variables, en groupe d'abord, avec quelques amis punks, puis de façon solitaire, plus massivement.

"La colle en groupe et la colle seule, c'est tout à fait différent. En groupe ça rend débile mental, on ne parle pas".

Cécile augmente très rapidement les doses.

"La première fois qu'on en prend, un tube suffit largement. Après, plus on en prend, plus il en faut. C'est un peu comme tout ; c'est sûr qu'à la fin, j'en prenais 12 à 15

tubes par jour".

Elle a, à ces doses, quelques problèmes d'approvisionnement.

"Dans le magasin, ils étaient un peu réticents. D'ailleurs à un moment, à Paris, beaucoup de jeunes se sont mis à prendre de la colle. Très peu de boutiques acceptaient d'en vendre, mais à force de chercher on finit toujours par trouver une boutique où on est bon client... J'avais ma boutique, les patrons me connaissaient, ils m'en donnaient autant que j'en voulais. C'est des salauds qui font ça pour de l'argent, ils se doutent bien pourquoi on achète 15 tubes de colle. Ce n'est pas possible que ça leur échappe".

Mais la thématique centrale des propos de Cécile tourne autour de deux problèmes principaux évoqués dans une tonalité manifestement dépressive. La solitude et la dépendance. La solitude : elle est ancienne.

"Il faut s'habituer à la solitude. C'est une habitude qui n'est pas toujours désagréable, mais je suis restée seule puisque quand j'ai commencé à arrêter l'école, toute la journée mes amis étaient en classe. Même avant, je suis restée seule".

La drogue apparaît d'abord (sous forme d'héroïne) comme une tentative de rompre cette solitude de toujours, de vaincre les difficultés relationnelles. Avec la colle, elle revient de plus belle.

Cécile s'étend longuement sur l'ensemble des rejets auxquels elle a été confrontée.

"J'ai perdu beaucoup d'amis, mais je m'en foutais".

Le recours à une aide thérapeutique n'est pas envisagé à ce moment.

"J'aurais eu envie de parler de tout ça à quelqu'un, mais je n'avais pas confiance. J'avais toujours l'angoisse que mon père m'envoie voir quelqu'un qui soit de mêche avec lui et que la personne que j'aurais été voir aurait tout répété à mon père ensuite. Bien sûr, il y a le secret médical ou je ne sais quoi. Mais il a beaucoup d'amis dans la médecine, mon père".

La colle apparaît comme un repoussoir.

"Tout le monde s'est mis à me tourner le dos, les profs, les copains de classe, et leurs familles, les voisins".

Notons que la présentation de Cécile est bien particulière : elle est excentrique, surtout au niveau de la coiffure (Punk). Cette présentation semble jouer le même rôle que la colle inhalée généralement dans le voisinage du domicile de son père où elle est bien connue.

Cécile insiste aussi sur la cécité paternelle incompréhensible.

"Il fait semblant de ne pas voir, ferme les yeux".

La dépendance : elle l'affirme comme une dépendance morale incontournable, une contrainte aliénante depuis toujours.

"La colle donne un manque moral beaucoup plus dangereux que l'héroïne. J'ai le souvenir de dimanches de solitude où j'avais vraiment envie d'en prendre et d'avoir passé des dimanches entiers à pleurer et à aller d'un bout à l'autre de

Paris pour chercher des boutiques. On se sent très mal moralement. C'est pas du tout quelque chose de physique, mais c'est un manque moral. Je me sentais vraiment déprimée, tandis qu'avec l'héroïne, c'était plutôt un manque physique".

Sur ces deux thèmes, la comparaison avec l'héroïne est spontanément amenée.

Dans l'optique anthropologique :

"J'ai l'impression que les gens étaient plus choqués que j'utilise de la colle que par le fait de savoir que je prenais de l'héroïne".

C'est que quelqu'un qui est sous l'effet de la colle, a un comportement débile, la bouche empâtée, n'arrive plus à parler, alors que l'héroïne, c'est un bien-être physique et aussi moral. On se sent très bien. On a la tête tout à fait claire. Si j'en avais pris à l'instant même, je pourrais aussi bien discuter avec vous. Ça endort un peu, c'est relaxant, un bien-être physique très fort. L'imagination se développe beaucoup, un peu comme fumer".

"L'héroïne, c'est une drogue plus noble parce que c'est quelque chose de plus naturel. Vous savez ça vient d'une plante, donc c'est naturel, tandis que la colle c'est complètement chimique. L'héroïne, il y a aussi des gens qui le font, qui passe du temps à la faire. C'est quand même quelque chose de plus respectable qu'un simple produit chimique acheté chez un marchand de couleurs. Je connaissais même quelqu'un qui se shootait tous les jours et pour lui, c'était quelque chose de sacré. Tandis que la colle, c'est quelque chose de tellement facile à avoir, que ça a moins d'importance, c'est sûr. Tandis que l'héroïne, si on veut en avoir, il faut de l'argent, il faut

le trouver, ça a plus de valeur, je pense ".

Dans l'optique de la dépendance :

"J'avais l'impression à cette époque là, que j'aurais moins de difficultés à arrêter de prendre de la colle plutôt que d'arrêter l'héroïne. Je me suis mise à prendre de la colle pour avoir plus de facilité à arrêter, ce qui est complètement faux".

Quant au danger physique :

"J'ai discuté avec un ami de mon père qui est docteur, on dit que c'est plus dangereux de prendre de la colle que de l'héroïne. La colle est plus mauvaise pour la tête que l'héroïne. Il paraît que les plus mauvais de tous, c'est les solvants et les trucs comme ça. Le meilleur pour la santé, c'est vraiment l'héroïne".

A tous les niveaux, la colle apparaît donc comme repoussoir à l'héroïne qui reste considérablement valorisée.

Avec un recul de six mois, c'est d'ailleurs l'ensemble de l'expérience qui dans l'après-coup prend cette tonalité positive avec une mise à distance de bon aloi.

"Cette pratique m'a donné des forces et pas de forces. Ca m'a donné des forces dans le sens que je sais ce que je sais, je sais ce que c'est maintenant, je risque plus de retomber dedans. J'ai passé un cap quand même. Par contre, ce qui m'a affaibli, c'est le manque scolaire que j'ai et qui m'affaiblira toute la vie. C'est un handicap. J'essaye de le rattraper en lisant beaucoup".

Elle décrit cependant des séquelles physiques :

"J'ai des failles de mémoire. J'en étais à un moment presque à oublier mon numéro de téléphone. Le truc que je ressens le plus physiquement, à 16 ans, c'est de la tachycardie. J'ai des ennuis au foie, au coeur; Physiquement ça laisse des troubles durs. Enfin, il paraît que, après 20 ans, si on prend plus rien, tout s'arrangera".

Le dégagement de l'expérience toxique s'est faite à l'occasion d'une rencontre et de l'établissement d'un projet particulièrement investi.

"Je fais de la musique. Je chante. Je prends des cours de chant avec un chanteur de l'opéra. J'adore l'opéra. Je prends aussi des cours de piano parce que je joue du synthétiseur; Je joue avec mon ami qui se consacre à la musique depuis 9 ans. Nous enregistrons en studio. Nous avons fait des enregistrements, mais mon ami va encore à l'école et nous attendons qu'il ait fini pour nous lancer. Moi j'ai tout le temps, mais lui sera libre, davantage libre, l'an prochain".

Ici aussi, rien ne permet d'évaluer la solidité de cet engagement et sa signification intrapsychique. La dépendance anthropologique à laquelle il renvoie laisse cependant redouter dans ce cas, une certaine fragilité, dans la pérennisation d'une dépendance anaclitique.

3 - COMMENTAIRES

Nous l'avons rencontrée dans une période particulièrement privilégiée. Apparaissent fortement dans

l'entretien de Cécile, la richesse de sa verbalisation, l'existence chez elle d'un insight inhabituel chez les autres sniffeurs.

Quelques points apparaissent significatifs dans cet ensemble :

- l'importance donnée à la solitude, véritable fil rouge d'une vie marquée précocément par une carence affective d'un type particulier ;

- l'insistance mise à l'évocation de la dimension culturelle et anthropologique du problème drogue dont la fonction manifeste est celle d'antidote à cette solitude de toujours ;

- la recherche de la communication est donc au centre des propos de Cécile. L'inconscience, la désinhibition, les altérations sensorielles, sont spontanément et largement évoquées :

- Sur tous ces points, elle confirme que la colle est une drogue de bas statut. Chez Cécile, la drogue d'initiation, l'héroïne, reste fortement idéalisée.

LUCIEN B (16 ANS)

1 - ANAMNESE

Lucien est un garçon de 16 ans lorsque nous le rencontrons, à notre demande, après trois hospitalisations pour ivresse de sniffage.

Il est fin, petit pour son âge, ses yeux brillent

d'intelligence. Il semble tout à fait satisfait de pouvoir parler de lui. C'est au travers de la reconstruction de Lucien que nous rapportons cette histoire pleine de failles.

Il est né le 13-05-67 à Paris XIVE de Madame D. et de Monsieur B. qui le reconnaît aussitôt.

Dans les premiers six mois de son existence, l'enfant est hospitalisé un peu plus de deux mois :

- pour otite, 12 jours en juin 67
- pour diarrhée, 1 mois en juillet 67
- pour un foyer broncho-alvéolaire, 3 semaines en septembre de cette même année.

Il semble bien avoir été assez rapidement placé à plein temps chez une nourrice chez qui il serait resté de un à quatre ans.

"C'est à cause des finances, de l'argent ; c'est toujours à cause de l'argent de toute façon".

Il n'a de cette période aucun souvenir particulier.

"Elle m'aurait frappé ou quelque chose qu'on ressent, je me souviendrais ; c'est surtout les mauvais souvenirs qu'on ressent, peut-être des joies aussi en fin de compte. La moitié des souvenirs, c'est pas des choses ordinaires qu'on retient, surtout quand on est enfant".

Monsieur B. a une femme et des enfants en Algérie. Peu de temps après la naissance de l'enfant, qui n'a aucun souvenir personnel de son père, ce dernier rentre dans son pays.

Madame D. se met alors en ménage avec un autre Monsieur B. (idem) cousin ou frère du précédent, en tous cas homonyme.

Pourtant, dit Lucien, "mon vrai père l'avait bien prévenue de ne pas me mettre avec lui après son départ". Le nouveau Monsieur B. est en effet instable, alcoolique et violent, il s'oppose radicalement au vrai père.

"Mon père, il était algérien, ça s'est sûr, il n'a pas un mauvais fond, enfin de caractère, ma mère elle se sentait bien avec lui, il était assez gentil, il était pas comme le beau-père quoi, il la tabassait pas et tout. Ma mère, elle était bien tombée dès le début, si l'autre il était pas marié, ça aurait marché. Il avait des gosses, donc, c'était à lui de faire attention quand même".

Lucien se vit en effet comme un accident dans l'histoire maternelle. La confusion autour du nom du père, fantôme ou réalité, on la retrouve à tous les niveaux de son histoire, sans forme, dans les limbes du passé.

A 5 ou 6 ans, "à l'âge de la maternelle" dit Lucien, celui-ci est hospitalisé pour une fracture de la jambe consécutive à des mauvais traitements infligés par sa mère.

"Elle m'a cassé la jambe, je ne sais si pas elle était énervée... les gamins, c'est turbulent quoi... mais quand même s'il fallait les tabasser à chaque fois... elle a eu un coup de nerfs ... c'est pas qu'elle était folle, elle était pas folle à ce moment-là, c'est après qu'elle a déliré... elle m'a donné un mauvais coup dans la jambe".

Il se rappelle avec attendrissement son séjour à l'hôpital, des soins maternants dont il a été l'objet de la part des infirmières et de l'institutrice. Il rapporte, comme un souvenir écran, extrêmement vivant, le sentiment d'être protégé, dans l'hôpital battu par le vent qui siffle autour.

"Je m'en souviens parce que ça sifflait si fort. Je n'avais jamais vu siffler autant de vent. Ça m'a frappé d'entendre le vent siffler si fort, et puis il y avait la maîtresse qui venait me voir avec un jouet, elle était gentille, elle venait me voir parce qu'elle m'aimait bien, elle savait que ma mère avait du mal à s'occuper de moi parce qu'elle recevait des aides et tout".

Madame D. ne travaille pas. Elle semble depuis toujours souffrir de troubles psychiatriques sévères qui n'ont jamais donné lieu à traitement. Elle sort peu, vit des aides sociales, diverses mais insuffisantes. Le beau-père, Monsieur B. est très instable; il ne semble pas s'être beaucoup préoccupé de Lucien.

Le garçon très tôt, en vient à demander l'aide du commissariat lors des crises de violence du beau-père. Très tôt aussi, il est conduit à aller travailler sur les marchés pour gagner quelque argent pour sa mère; il le faisait d'abord le mercredi, le samedi et le dimanche, puis il manqua la classe de plus en plus souvent.

"Plus je gagnais, plus il fallait que j'en gagne... parcequ'au début, ça dépannait juste pour manger, mais après fallait que ça dépanne pour le loyer, donc il fallait que je

travaille plus.

Le cursus scolaire est, bien sûr, chaotique : il redouble le CM2, continue tant bien que mal jusqu'en 5ème, à 14 ans, dans une filière qui doit le conduire au CAP de vendeur.

Dès l'âge de 10 ans, ses besoins d'argent toujours pressants le conduisent à accepter des relations homosexuelles, occasionnelles d'abord.

Madame D., bientôt complètement abandonnée par Monsieur B, va de plus en plus mal. Sans travail, dépressive, elle mène une existence recluse dans l'appartement, témoin pour elle d'un passé disparu : la vie partagée avec le premier Monsieur B. Les secours sociaux, les différentes interventions des secteurs de soins, refusées par Madame D. ne réussissent jamais à l'aider à réduire la claustration dont elle ne sort qu'avec Lucien pour ramasser quelques épluchures au marché voisin.

Pour Lucien, la prostitution apparaît comme la façon la plus efficace de subvenir au minimum matériel tant pour lui-même que pour sa mère. Moyen aussi de fuir ce foyer en dérive.

"Dès l'âge de dix ans, vous vous rendez compte : ils craignaient un peu mes parents, enfin ma mère quoi. C'est un truc de père et mère aussi, il faut soigner son fils, son fils il va n'importe où coucher avec des mecs".

Témoin de cette carence parentale, son homosexualité est l'espoir d'une vie future différente où se mêlent de façon difficilement séparables satisfactions matérielles et affectives

même si ces dernières sont moins volontiers mises en avant.

Lucien multiplie les expériences homosexuelles. Il aura même quelques rapports de ce type avec le fils de son beau-père (venu d'Algérie en vacances).

Lorsqu'il a treize ans environ, il rencontre un homme qui "voulait me considérer comme son fils, quitte à tout me donner". Dans l'évocation de cette relation, le discours mal organisé frappe par son caractère emprunté, plaqué, comportant des expressions "hypermatures".

"J'avais un avenir assuré, je pouvais faire routier et avoir tous mes camions. Il voulait me donner une situation et tout, beaucoup de fric. Mais moi, je suis assez sensible, sinon j'aurais pas été cherché de l'argent pour ma mère; je me suis dit non, c'est un double jeu, je lui dis que je l'aime, mais en vérité je l'aime pas. Au début ça marchait, il m'avait emmené à Marseille, il m'avait donné des sous, mais je le trompais quand même. Il m'a payé plein d'affaires après on a fait ce week-end à Marseille, j'ai vu toutes ses factures, il y en avait pour un bâton, enfin largement, lui et moi, on allait au restaurant, pas n'importe quel restaurant bidon, c'est sûr que ça chiffrait. Je lui ai dit un jour, bon, ben franchement je t'aime pas et puis vaut mieux que tu trouves quelqu'un d'autre; après, il a trouvé un autre fils. Je m'étais dit si jamais il me largue, je le largue et je vais là-bas (un lieu spécialisé dans la prostitution homosexuelle que lui avait indiqué cet homme) comme ça plus de problèmes d'argent. Alors j'ai été là-bas, comme ça je gênais pas... après que je l'avais fait, je m'en foutais, je larguais les mecs et je recommençais..".

C'est à l'occasion du week end à Marseille que Lucien

sniffe pour la première fois (on est en 1981) "c'est du "pampers" un truc pour endormir mais pour avoir des relations sexuelles. celui-là, il est pas mal parce qu'il est vachement fort, plus fort que la colle, c'est sûr, mais il doit bouziller pas mal aussi hein..."

Il s'agit du "popers" (nitrite d'amyle" d'utilisation fréquente dans les milieux homosexuels). Le garçon usera occasionnellement de divers produits solvants dans des pratiques liées à ses activités homosexuelles.

Lucien continue à vivre d'expédients financiers et affectifs, aidant sa mère de façon régulière, jusqu'à la fin de l'année 82 où il est pris en charge et confié à l'Education Surveillée pour une affaire de photos "pornographiques" prises avec le copain du moment.

Après un court séjour dans un foyer d'orientation, Lucien est admis dans l'institution A le 2-12-82. (il a alors 15 ans 1/2).

2 - L'INSTITUTION A

Dès son arrivée, Lucien cherche tout de suite le contact avec les autres (éducateurs ou pairs) réclamant leur attention dans une quête affective constante. Les moyens mis en

œuvre dans cette quête sont tantôt séduction, tantôt provocation, dans la mesure où il repère facilement les failles de son interlocuteur. Cette double attitude lui permet de vivre au coup par coup dans le présent. Le seul espace dans lequel il apparaît exister, est l'espace conflictuel engendré par lui : d'où la multiplication des anecdotes dont le fil conducteur pourrait être ce mécanisme d'identification projective. Lucien est très fin, très intuitif, et il met à profit ces qualités dans sa quête d'identité où il ne semble se situer qu'en miroir par rapport aux autres. Son ambivalence profonde le met souvent en situation de conflit ouvert ou non avec les autres.

Il fait d'abord l'objet de brimades et de mises à l'écart par ses camarades qui lui reprochent son homosexualité. Lorsque la situation devient trop pesante et insupportable pour lui, il adopte une réponse qui peut être la "pseudo-fugue", l'isolement dans sa chambre, ou la recherche de la protection de l'éducateur. Dans tous les cas, il reste à l'écart de la violence qu'il ne peut que subir passivement.

Il semble très peu confiant en lui-même, très dépressif. Il n'arrive pas, malgré une grande assiduité et des capacités évidentes, à investir le travail scolaire ou les activités préprofessionnelles qui lui sont proposées.

Dès son arrivée, Lucien se met de plus belle au sniffage de colle. Il présente cette pratique comme un moyen de se faire accepter par les autres.

En janvier 83, il est hospitalisé d'urgence pour ingestion d'une très petite quantité de HRF (colle à base d'acétone). Le bilan général, demandé par les éducateurs qui l'ont surpris mais ne semblent pas particulièrement inquiets, ne trouve rien de particulier.

En février 83 : deuxième hospitalisation, inhalation d'éther, avec ingestion accidentelle par le nez. Aurait été trouvé "ataxique" et "délirant" par les éducateurs. Appel des pompiers. A l'arrivée aux urgences tout est redevenu normal. Lucien ressort après deux jours de surveillance. Dans le service, il se montre très gentil, s'occupe des petits, donne des biberons, il est heureux d'être là. L'équipe pédiatrique pense qu'il a fait ce qu'il fallait pour revenir à l'hôpital.

Pendant cette période difficile, Lucien n'a quasiment aucun contact avec sa mère. Il a honte d'elle; lors des entretiens avec la psychiatre de l'institution, il déverse à son propos un chapelet d'injures dont la crudité vise à témoigner de son incapacité à lui assurer la moindre sécurité parentale. Lorsqu'il cesse de l'injurier, il peut cependant parler de son inquiétude à son endroit. C'est pour lui une préoccupation constante car, dit-il "c'est maintenant que je peux faire quelque chose pour elle et pas quand elle sera morte". Ce quelque chose paraît très difficile à articuler tant pour le garçon que pour les tiers confrontés à la façon d'être très pathologique de cette femme.

Le seul contact affectif à l'extérieur de l'institution, Lucien le garde avec son ami homosexuel qui l'inonde de lettres d'amour, multiplie les interventions auprès des éducateurs. Dans l'institution, est suscitée à cet égard une discussion contradictoire. Faut-il ou non laisser Lucien partir en permission ? Faut-il ou non autoriser les visites de ses amis, suspects de proxénétisme. "L'inacceptable de la prostitution infantile plaquait un jugement moral qui interdisait d'ailleurs de penser que dans ces relations, il pouvait exister à la fois un intérêt matériel et une relation affective authentique". L'équipe éducative divisée décide donc, dans un premier temps, l'interdiction de toute visite et de toute permission, ce que Lucien semble vivre assez mal.

En mars 83, à la fin de la période d'observation, le pessimisme domine l'équipe éducative. Le rapport d'observation du psychiatre est rédigé dans ces termes.

"Lucien est un adolescent qui déroute lors d'un entretien. Il est tout entier dans un registre de séduction. Sa façon de se présenter est manifestement provocatrice par la crudité de ses propos, et c'est d'abord en cherchant à susciter un désir sexuel qu'il tente d'établir sa relation aux autres. Dans un second temps, il module son

attitude en fonction du désarroi de la réprobation ou de la sympathie (qu'il vit comme ambiguë) qu'il croit lire dans le regard de ses interlocuteurs...

Le malaise vis-à-vis de Lucien ne saurait se limiter à des préoccupations morales sexuelles. Lucien n'existe que dans le regard de l'autre, il n'a pas de structure propre ; il se moule à ce qui est attendu de lui dans une complémentarité totale qui laisse l'éducateur ou tout autre interlocuteur face à face avec son propre discours, ses propres projections...

Jusqu'à présent, il a su d'instinct mettre en place les conditions indispensables à sa survie. Sa vie n'était jusqu'alors qu'une succession de temps présents vécus avec plus ou moins de bonheur, plus ou moins de bénéfices...

Il n'y a pas, nous semble-t-il, de différence radicale entre son adaptation au monde, la prostitution et la façon avec laquelle il avait su donner un coup de main au fleuriste du marché voisin du domicile maternel. Lucien est "hyperadapté" au contexte socio-affectif qu'il rencontre. Mais il s'agit uniquement d'adaptation à la réalité. Les critiques qu'il formule sur son passé résonnent en écho par rapport aux critiques dont il a fait l'objet. Ses désirs professionnels font écho aux soucis éducatifs d'une intégration sociale normalisée...

Cependant, au-delà de cette adaptation de surface, on croit percevoir un fond dépressif stigmatisé entre autres par

quelques passages toxicomaniaques aigus.

La difficulté d'une mesure éducative est celle-ci: Lucien renvoie chaque éducateur à ses préoccupations personnelles. Ce qui est important pour lui, c'est que certaines personnes s'occupent de lui. Dans le clivage des positions des uns et des autres où chaque proposition s'affronte dans une contradiction sans fin, il existe à équidistance des uns et des autres... Il est impossible de préciser ce qui est bon pour Lucien comme ce qui serait mauvais. Son intuition, sa demande affective, la conscience aigüe des bénéfices immédiats qu'il peut tirer d'une situation donnée, sont les garants de l'attention qu'il peut susciter chez l'autre. Cela se situe bien au-delà de la morale, cela se situe du côté de la vie et des ses aléas... " Le moins qu'il soit possible de faire, c'est d'être présent lorsqu'il vient trouver refuge et sécurité quand il le demande." (Dr. Vacher)

Pour les éducateurs :

"Lucien apparaît comme étant un cas extrêmement problématique dans la mesure où il rassemble, à lui tout seul, toutes les difficultés des autres adolescents dont nous avons la charge : marginalisation très ancienne, aucun projet d'avenir, aucun tremplin familial... Il apparaît difficile en fonction de la marginalisation non pas tant sociale mais psychologique de Lucien d'élaborer un projet pédagogique à long terme avec lui et pour lui".

Dans ce bilan, il est très peu fait mention du sniffage devenu fréquent (plusieurs fois par semaine) et

abondant (5 à 6 tubes de colle à rustine par jour). Au delà d'une pratique de groupe qui apparaît dans son discours comme un cadre sécurisant, Lucien semble y trouver un plaisir tout individuel dans la stimulation imaginative, les altérations perceptives, décrites avec un luxe impressionnant de détails.

Il reste suffisamment discret pour ne pas être pris, en dehors des moments où il le désire semble-t-il (les hospitalisations).

A la surprise de l'équipe éducative, la situation s'améliore brutalement dès la mise au travail chez une fleuriste.

La veille du début de stage, qu'il attend avec impatience, il se fait prendre pour sniffage de trois tubes de Dissoplast (colle à rustine). Il est amené à l'hôpital. Son état général est bon, il n'y a pas d'altération de la conscience, pas de désorientation.

En accord avec le protocole mis en place, il passe la nuit dans le service de pédiatrie, mais part de bonne heure, avant d'être vu par le pédiatre ou le psychiatre, pour aller rejoindre son travail.

C'est, semble-t-il, la dernière fois qu'il sniffe (on est le 7 juin 1983).

Dans le cadre d'un contrat d'apprentissage, il poursuit ensuite très régulièrement sa formation, réussit au

mois de septembre son examen d'entrée dans une école de fleuriste. Très volontairement, il tire tous les bénéfices du rattrapage intensif mis en place pour lui.

Il semble par ailleurs avoir réussi à se faire une place dans l'institution, où il se fait entendre de ses pairs. Il a, en particulier, surmonté ses difficultés à réagir lors des situations conflictuelles et semble sortir de sa passivité. Il requiert beaucoup moins la protection des adultes, même s'il reste très demandeur d'une relation duelle.

Il multiplie les contacts avec l'extérieur dans le cadre d'activités de loisirs. Il semble s'attacher à organiser la moindre parcelle de son temps. Il donne "toute" satisfaction à ses éducateurs.

Parallèlement, il a renoué des contacts avec sa mère, lui rend régulièrement visite, se montre fort préoccupé par l'état d'abandon et de solitude dans lequel elle se débat. Il affirme cependant être conscient des limites de son aide et des risques qu'elle comporte de "foutre en l'air sa vie".

C'est dans cette période relativement faste que nous rencontrons Lucien.

Ses projets d'avenir sont contradictoires : il les présente successivement sans les mettre en opposition comme des réalités parallèles :

- être fleuriste "il n'y a pas trop de chômage dans la profession", changer de nom, se marier ;

- être un grand délinquant pour éviter d'être un simple manoeuvre exploité.

3 - LA FAMILLE

La mère : Madame D. est donc une femme dépressive de longue date, probablement délirante ; rencontrée par les éducateurs, elle se montre incapable de parler de son fils ; elle est de contact difficile, à la limite de la diffluence. La vie de Lucien est toute entière marquée par la nécessité d'assister cette mère défaillante incapable de lui assurer la moindre sécurité affective et maternelle.

"Je devais aller au marché porter des caisses rien que pour lui apporter du fric et la nourrir quoi, pour la sauver, pour qu'elle paie le loyer - c'était tous les jours le délire - ma mère elle pleurait et tout - alors ça faisait un peu drôle, j'ai choisi au lieu d'aller à l'école, de travailler - j'avais 11 ans".

Dans la première période institutionnelle, Lucien se répand en injures contre sa mère et les homosexuels qui l'ont mis dans cette situation impossible. Il accuse le manque de soins et "l'entraînement". Ces injures frappent par leur crudité.

Dans la seconde période, celle durant laquelle nous avons eu un entretien prolongé avec lui, il semble au contraire protéger sa mère. Ce qui ne l'empêche pas de l'accuser pour aussitôt l'excuser, relativiser, mettre en perspective ses

impressions d'une façon qui frappe parfois par sa maturité.

"Pour elle, ça n'a pas été trop rose non plus vu ce qui s'est produit, parce que déjà avoir un mec qui se sépare d'elle et lui laisse un enfant (lui) déjà ça "enfin pas à devenir folle, mais disons, à perdre confiance quand même... après en retrouver un autre qui la tabasse, qui part après, parce qu'elle l'aimait bien quand même, et après moi que je parte, parce que j'étais pas trop là, comme j'étais avec les mecs des fois je couchais pas chez moi quoi, j'allais voir ma mère quoi ; mais après, je me suis aperçu qu'elle commençait à délirer, elle devenait folle parce qu'en plus, c'est à cause du loyer, c'est l'argent qui l'a abrutié encore plus, parce qu'elle avait toujours des dettes, alors elle commençait à en avoir marre".

Lucien se sent proprement incapable de la conduire à se faire soigner. Il dit vivre comme une trahison impossible de sa part toute tentative pour faire intervenir sans son accord les services de soins.

Elle reste omniprésente dans ses propos ; l'aider, la sauver, lui assurer des moyens matériels suffisants lui apparaît comme une exigence prioritaire "tant qu'elle vivra".

Les pères :

Porteurs d'un seul nom, ils sont deux. Un bon et un mauvais qui pourraient bien être dans la réalité tant les mécanismes de clivage et de projection restent prévalents dans le fonctionnement psychique de ce garçon.

Le vrai père est bon même s'il "aurait pu faire attention de ne pas faire d'enfant" puisqu'il avait une famille en Algérie. Lucien est donc une erreur. Il insiste cependant : son père a souhaité qu'il porte son nom pour pouvoir le retrouver un jour.

"Moi je ne recherche pas trop à le voir mon père, mon vrai père, moi je vais enlever mon nom à 18 ans, pour tout recommencer. C'est pas tellement que c'est algérien, je suis algérien ouais, Algérien avant tout, quoique ça handicape parce que tout de suite, encore la tête ils peuvent pas trop dire, mais dès qu'ils voient le nom, "il va voler la caisse", surtout dans le métier de fleuriste, enfin dans un métier de vente... Et puis si je veux me marier, c'est pareil, les alentours de la famille, qu'est-ce qu'ils vont dire".

Lucien veut donc tout recommencer, s'offrir une seconde naissance pour être le plus commun possible.

Tous deux porteurs du même nom, le bon père et le mauvais père s'annulent en quelque sorte. Confinés dans l'imaginaire, ces deux pères ne semblent avoir aucune fonction de limite. Pour Lucien, leur nom reste tout extérieur, plaqué comme les positions en faux-self qu'il est amené à adopter. Dans un fantasme d'auto-tengendrement, Lucien projette de s'en défaire, comme d'une enveloppe, une de plus. Dans ce déni du nom du père, n'y a-t-il pas la marque de la remise en cause "de la légitimité du droit conféré par la filiation?" (Rosolato - a).

a) Rosolato in Le désir et la perversion. Paris, 1975, Seuil.

La confusion, manifeste dans certains propos du sujet, son absence d'accès à la temporalité, s'inscrivent bien dans cette remise en cause de l'identité au sens où celle-ci se réfère à un monde d'objets internes.

Il n'y a pas de fratrie : en-dehors du fils de son beau-père avec lequel Lucien a eu une relation homosexuelle qui, dans ce déni "de la légitimité du droit conféré par la filiation", nous semble se situer bien en-deçà d'une quelconque référence possible à l'inceste.

4 - LUCIEN ET LA COLLE

Lucien a un premier contact avec les solvants en 1981. Ceux-ci s'inscrivent alors dans le cadre d'une relation homosexuelle et sont liés à la pratique sexuelle.

Il s'agit ici d'une fusion à l'autre où la dimension prégénitale est dominante.

Les produits sont le nitrite d'amyle et l'éther. Lucien expérimente aussi à cette époque le cannabis sous toutes ses formes. Il dit préférer les solvants, "on est sûr d'avoir un résultat et en plus on délire, ça agit sur le cerveau, l'imagination, c'est psychologique, tandis que le shit, ça fait dormir et ça rend malade".

Il se reconnaît d'emblée une certaine appétance alcoolique "heureusement qu'il y a toujours des interdits de

quelque part, sinon je boirais beaucoup".

C'est surtout à son arrivée dans l'institution A qu'il s'adonne au sniffage de façon régulière (décembre 82). Il s'agit surtout de colle à rustine, mais il essaie aussi d'autres produits, colle à plastique, éther.

Il commence par un usage modéré, 2 à 3 fois par semaine, jusqu'à 4 tubes par semaine, pour atteindre rapidement des doses importantes, 5 à 6 tubes quotidiens.

Il reste le plus souvent discret et n'est que rarement surpris en cours de séance.

Il est cependant conduit à trois reprises aux urgences. A chaque fois, il semble avoir lui-même suscité ce recours à l'hospitalisation :

- en avouant deux fois une ingestion
- en la demandant clairement la troisième fois.

L'hospitalisation a pris à chaque fois la valeur d'un répit régressif, relié au passé du garçon et à ses difficultés actuelles.

Le sniffage cesse en juin 1983. Sa période de consommation intensive a donc duré six mois.

Dans le début de sa pratique dans le foyer, il met en avant la dimension groupale de l'expérience "c'est plus épatant d'être à plusieurs, et puis on est rassuré".

Dans son discours cependant, ce qui apparaît comme essentiel, c'est le plaisir exquis, ineffable et solitaire

trouvé dans les altérations perceptives et la stimulation imaginative.

De tous nos sujets, Lucien est celui qui insiste le plus sur cette dimension des effets des solvants. Il reste fasciné par l'expérience toxique. "Rentrer dans le truc, dans le rêve, c'est quand même quelque chose de fantastique".

Il relie l'efficacité du produit aux risques toxiques mais reste très peu cohérent par rapport à la gravité de ces risques. Utilisant des mécanismes de clivage du moi qui lui permettent de juxtaposer des états du moi contradictoires il affirme successivement les dangers du produit, son innocuité, puis son danger à nouveau, pour finir par déclarer "même si je me suis bouffé pas mal de cellules, eh ben, le résultat en valait la peine, parce que même si je vis jusqu'à 60 ou 70 ans je connaîtrai jamais un truc aussi bien".

Lucien n'évoque jamais la dimension de l'inconscience, celle de la transgression des règles éducatives, la dépendance, la recherche du risque pour le risque. Pour lui, tout se centre sur ce plaisir dans lequel il semble atteindre à l'assomption. Les thèmes du groupe et du risque organique sont beaucoup plus brièvement évoqués et, manifestement, secondaires au premier.

Lucien pourtant a arrêté en même temps qu'il s'engageait dans une nouvelle vie qui semble avoir pour lui valeur de nouvelle identité.

Certes, il affirme rester prêt à recommencer à tout moment "si quelqu'un d'autre essaie devant moi" mais affirme que

cela est pour l'instant incompatible avec ses nouveaux projets.

Qu'en est-il de son évolution psychique ?

Il est à craindre que, pour reprendre les termes de la psychiatrie institutionnelle, "il n'y ait pas de différence radicale entre son adaptation au monde de la prostitution (ou de la colle) et à celui du travail" (ou de l'institution).

Dans les deux cas, il s'agit d'une hyperadaptation à la réalité qui reste trop réelle, plaquée, inutilisable du fait des difficultés persistantes chez ce sujet à opérer un véritable travail psychique.

Structuré en faux self, Lucien s'est servi de la colle, comme il se sert d'autres éléments du réel, dans sa quête d'une identité. Le sniffage est sans doute venu, de surcroît, combler pour un temps les défaillances anciennes de la fonction fantasmatique.

5 - Commentaires

Lucien est vu par le médecin assistant du service lors des deux premières hospitalisations pédiatriques. Il est à chaque fois très peu loquace. A son troisième passage, il part avant de pouvoir être rencontré.

Il accepte en décembre 83 un entretien de recherche que nous lui proposons par l'intermédiaire de son éducateur. Il semble tout à fait à l'aise et satisfait de pouvoir parler de lui. La dimension de séduction est présente mais moins

envahissante qu'on aurait pu le craindre. La position d'aide dans laquelle il est placé est peut-être à l'origine de cette relative réserve. Ses propos, livrés avec aisance sont marqués par des contradictions fréquentes -juxtapositions d'opinions contraires sans mise en opposition- singulièrement à propos de deux thèmes, ses projets et les risques physiques du sniffage.

L'absence d'accès à la temporalité reconnu par le patient "moi j'ai un problème avec le temps" et compréhensible si l'on songe à établir son histoire cahotique, rend l'anamnèse souvent difficile. Les failles y sont, bien entendu, nombreuses.

Le recours au dossier n'a pas permis de les combler ; les informations concernant le passé de Lucien y sont rares.

Les opinions des éducateurs ont paru dans ce cas particulièrement infiltrées par des contre-attitudes mal contrôlées.

De tous les sniffeurs rencontrés, Lucien est celui qui affirme le plus nettement la dimension du plaisir, procuré par des altérations perceptives évoquant l'hypnagogie.

Dans cette affirmation du plaisir, Lucien semble trouver une affirmation de lui-même.

De tous, Lucien est celui qui évoque le plus les figures de la perversion et la toxicomanie. Nous reprendrons ces deux concepts. Il est aussi celui qui souligne le moins l'inconscience, l'oubli, la dépendance.

L'observation de Lucien pose la question de la valeur fonctionnelle de l'usage de solvants dans la dynamique psychique.

Elle pose par là même la question pronostique de la solidité de la socialisation actuellement en cours. A quoi correspond-elle du point de vue intrapsychique ? Est-elle le témoin de l'évolution d'un travail intérieur à partir de la réalité ou un simple plaquage qui témoigne d'une dépendance anaclitique ?

La pathologie familiale est ici impressionnante. Pour en rester à ce qui concerne notre propos, nous retiendrons la discontinuité précoce de la prise en charge,

- la prévalence de la mère, dépressive, voire délirante ;
- le flou concernant le ou les pères ;
- l'histoire familiale limitée à une juxtaposition de situations précaires entre deux ruptures.

C - LES ENVIRONNEMENTS

C'est le troisième pôle organisateur.

Le discours des sniffeurs comporte, nous l'avons souligné, un certain nombre d'informations sur le contexte qui trouvent leur place dans cette clinique individuelle, dans la mesure où elles sont évoquées du point de vue spécifique du jeune.

Ces informations sur le contexte seront ensuite reprises selon un biais radicalement autre : le point de vue des institutions recueilli grâce à ce que nous avons appelé la "démarche en étoile". Cette optique plus générale fera l'objet des chapitres suivants.

Revenons donc au discours des jeunes sniffeurs. Il concerne l'école, les institutions judiciaires et administratives, les foyers, la famille enfin.

1 - L'ECOLE

Le thème scolaire n'est pas abordé spontanément dans l'ensemble des entretiens. Lorsqu'il l'est, c'est le plus souvent sous l'angle du factuel beaucoup plus rarement sous celui du ressenti.

Sans autoriser une généralisation, les informations obtenues n'en restent pas moins significatives.

On constate que l'environnement familial est peu stimulant sur le plan scolaire et intellectuel :

- disparité culturelle entre le mode de vie des parents et celui des enfants ;

- la faible niveau culturel des parents semble constituer un handicap sur le plan éducatif intellectuel et scolaire. On note la carence d'autorité parentale en matière scolaire ;

- absence de communication également entre les institutions scolaires et les parents. Nombreux sont les parents qui ne se rendent pas aux convocations qui leur sont adressées par les établissements au sujet de leurs enfants ;

- les parents se montrent démunis, impuissants et souvent passifs face à l'échec scolaire, l'absentéisme ou la non fréquentation scolaire de leur enfant.

Parcours scolaire

En primaire, on constate peu de problèmes majeurs :

- peu de cas de redoublement ;
- peu de problèmes de comportement, si ce n'est parfois indiscipline ou passivité ;
- pas de problèmes d'absentéisme ;
- un niveau scolaire souvent faible ou moyen (parfois satisfaisant).

Les problèmes semblent apparaître à partir de la 7e mais principalement en 6e, 5e, c'est-à-dire vers l'âge de 12-13 ans. Ces deux dernières classes sont plus fréquemment redoublées.

On constate alors de manière concomitante chez les jeunes concernés :

- l'apparition d'un sentiment global d'ennui, de désintérêt pour les activités scolaires.

Thierry, 17 ans

Après avoir redoublé sa 5e, il est orienté vers un L.E.P. Il dit en avoir marre de l'école et des profs "qui sont chiants" et qu'il préfère "être dehors" ; "je me suis viré tout seul le jour de la rentrée... c'est là que j'ai commencé à faire plein de conneries".

- un désinvestissement parfois massif de la scolarité qui semble provenir beaucoup plus d'un sentiment d'incapacité, d'impossibilité de réussir que du contexte scolaire en lui-même ("j'étais nul alors cela ne m'intéressait pas... d'ailleurs cela ne m'a jamais vraiment intéressé... j'ai toujours été un mauvais élève...").

- des problèmes de comportement : indiscipline, agressivité, provocation, projection sur l'ensemble de l'institution scolaire de ce mal à être.

- début d'un absentéisme plus ou moins fréquent renforçant la situation d'échec scolaire.

Jérôme, 14 ans

"C'est moi qui ai voulu aller en foyer parce que quand j'allais pas à l'école... je faisais plein de conneries... quand on a quelque chose à faire... on fait rien...".

Cécile, 16 1/2 ans

"Je me sentais mal à l'aise en milieu scolaire... et je me sentais pas mieux dehors...". C'est au moment où elle a arrêté l'école qu'elle dit avoir utilisé massivement de la colle.

Le jeune se retrouve alors "dehors" avec des copains qui, comme lui, sont en marge de la vie scolaire ou en rupture scolaire (et parfois familiale). Plusieurs renvois des institutions et de multiples changements s'ensuivent ; les

orientations vers les L.E.P. sont décrites comme souvent inadaptées ; ne correspondent pas aux désirs et aux motivations des jeunes ce qui provoque un absentéisme répété voire une rupture avec la scolarité.

Sur l'ensemble des mineurs pris en compte dans l'enquête clinique :

- 45% des moins de 16 ans ne fréquentaient plus l'école ;

- 65% des plus de 16 ans n'avaient aucune activité scolaire et professionnelle.

Où et à quel moment se situe l'utilisation de solvants dans ce contexte ?

Les premières utilisations apparaissent, semble-t-il, en même temps que l'ennui, le désinvestissement scolaire et le sentiment d'incapacité et d'échec. Elles deviennent régulières, voire massives lorsque commence l'absentéisme régulier ou lorsqu'il y a rupture avec la vie scolaire : sentiment d'échec, ennui, oisiveté, absence de repères semblent, en effet, être les facteurs déterminants de l'utilisation régulière de solvants ("C'est surtout quand j'ai commencé à sécher les cours...".)

Christelle, 17 ans

Après avoir plusieurs fois redoublé, elle désinvestit totalement la scolarité. Elle s'ennuie car elle ne peut suivre.. ("Je sèche les cours... puis je regrette parce que je m'embête encore plus... alors je fais des bêtises".. "C'est quoi des bêtises ?", "C'est sécher les cours, fumer, faire la colle...")

quand j'ai rien à faire, quand je m'embête, je fais la colle...").

Il apparaît ici que le sentiment d'échec, d'incapacité est donc antérieur à l'utilisation de solvants et que cette pratique ne fait que renforcer une situation d'échec scolaire.

Evolution

Il faut établir ici une différenciation au sein même de notre échantillon, différenciation liée aux biais de la méthode d'enquête mais aussi, peut-être et plus profondément aux modalités de prise en charge des jeunes.

La plupart des jeunes rencontrés lors des "entretiens à chaud" semblent poursuivre plus ou moins leur abus de solvants. Ils sont, notons-le, pour la plupart, encore livrés à eux-mêmes, à leur oisiveté et à leur ennui.

Ceux des jeunes qui sont rencontrés lors des "entretiens de recherche" évoquent leurs regrets par rapport au retard et à l'échec scolaire, leur désir de rattraper ce retard.

Notons qu'ils ne sont plus, pour la plupart, bénéficiaires de mesures éducatives plus ou moins importantes.

Lucien, 17 ans

"Je veux rattraper les 2 ans... pour avoir mon CAP... il faut que j'apprenne des trucs... il faut que je m'accroche... je lis surtout pour mon orthographe... faut que je travaille l'orthographe;.. c'est ça qui me fait chuter...

Cécile, 16 1/2 ans

Elle manifeste des regrets quant à ses lacunes intel-

lectuelles surtout en ce qui concerne l'orthographe et les mathématiques.

Henri, 17 ans

"J'ai eu beaucoup de problèmes quand j'étais à l'école, j'ai jamais rien voulu faire... personne m'y obligeait... au foyer depuis la 5e, j'ai bien rattrapé... en fin de compte... je savais quand même des trucs... et puis là, on est cinq pour préparer le CAP... c'est bien... on est aidé..."

Jérôme, 14 ans

"Ce que j'aime bien faire... je le fais bien".

François, 17 ans

"Ce que je fais en classe, ça m'aidera après... j'aimerais trouver du boulot, mettre de l'argent de côté pour passer mon permis et trouver un logement..."

On voit quelquefois émerger un réinvestissement scolaire, une certaine mobilisation, un goût d'apprendre et de savoir qui s'accompagnent souvent de projets d'avenir soutendus par un espoir de réussite.

Thierry, 17 ans

Il est inscrit en CAP de plomberie. "Je l'ai, tant mieux, sinon tant pis, je recommencerai et après je ferai un stage et puis après je bosserai..."

Même si ces paroles peuvent être interprétées comme

faisant écho au "discours" éducatif, elles n'en mettent pas moins en évidence chez les jeunes le désir de se "définir" autrement que dans la fuite et dans l'échec.

C'est peut-être ici que prennent toute leur place, les soutiens éducatifs qui leur sont apportés et les projets pédagogiques qui y sont élaborés.

2 - RAPPORT AUX INSTITUTIONS ET AUTORITES

L'étude des observations des 10 jeunes de l'enquête clinique et de leur discours permet de dégager un certain nombre d'éléments de réflexion sur le thème.

Il convient de préciser que ce groupe comprend 8 mineurs et 2 majeurs ayant eu pour la plupart des conduites délinquantes. 7 mineurs relèvent de l'Education Surveillée et se trouvent en situation de placement ordonné par le Juge des Enfants à la suite d'actes délictueux. L'utilisation de colle n'est pas repérée comme motif de comparution devant le Juge des Enfants ou de l'intervention éducative.

Ce travail a pour objectif, à partir du discours des adolescents à propos des institutions, police, justice, services éducatifs et centres de soins de faire émerger quelques hypothèses que nous approfondirons lors d'une autre démarche.

a - La police

Cette institution est particulièrement bien repérée par les adolescents en raison de :

- sa permanence en tous les lieux

- l'uniforme, les véhicules
- l'immédiateté de son intervention
- sa force contraignante.

"... ils m'offriraient le café, je voudrais bien, mais ils ne m'offrent même pas le café. Quand tu veux aller pisser un coup, tu demandes 50 fois, tu demandes une cigarette, ils veulent pas, alors il faut que tu te serves toi-même, quoi avec les menottes, c'est un peu dur. Ils t'attachent après un radiateur, ils t'attacheraient avec une longue chaîne, ça irait, mais t'es attaché avec une petite chaîne de rien du tout. Je sais que c'est con de toute façon. Alors des tatouages, ils en veulent pas, ils veulent pas de ça, ils veulent pas de ça, ils veulent rien. T'as le malheur de leur dire "j'ai faim" ou quelque chose comme ça, "t'as qu'à donner des sous", j'en aurais, j'en donnerais merde ! Je sais pas comment ils se démerdent, eux. Oh! il y en a qui sont sympas des flics, mais c'est des pantins de toute façon. C'est vrai, le pire".

L'arrestation est un temps fort, pendant lequel on éprouve de la peur et qui parfois engage le corps tout entier : la police leur fait vivre quelque chose de fort, elle témoigne d'une réaction sociale, repérée, mythifiée.

b - La justice

+ - les actes de délinquance

Les actes de délinquance ne sont jamais nommés comme délits mais comme "conneries". Ces actes ne se situent jamais en

référence à une transgression claire par rapport à la Loi, mais dans un ailleurs où le délit devient une "connerie", terme souvent repris par les Educateurs ou la Police, comme si eux mêmes éprouvaient une gêne à parler le langage de la loi. Il semble pourtant nécessaire de redonner sens au délit comme un acte commis par le mineur, comme un moment de son histoire qu'on ne peut annuler sans risque de lui dérober quelque chose d'essentiel.

+ - Le Juge pour Enfants

Il n'apparaît généralement pas comme la personne qui énonce la loi. Le Juge pour Enfants est souvent décrit avec des termes du registre affectif :

- "celui qui protège les enfants" ;
- "mon Juge, il est gentil ou méchant" ;
- "il voulait me faire peur" ;
- "il en a marre de moi" ;
- "un air sérieux ou sévère qui me fait rire".

Il peut aussi apparaître comme le "super éducateur" : celui dont il faut l'accord quand les éducateurs ont trouvé un placement, ou celui qui "commande aux éducateurs".

L'adolescent tout entier, avec son histoire et son entourage est concerné par une mesure éducative qui refuse d'apprécier le seul acte délictueux, mais l'intègre dans une prise en charge plus large. Le fonctionnement dit du "double dossier", très pratiqué dans certaines juridictions fait qu'un mineur, même très délinquant, peut-être confié à un service éducatif avec un dossier d'Assistance Educative ; les dossiers pénaux sont alors relégués au second plan, mis en attente, voire

"oubliés" au profit d'un vaste effort pour cerner les difficultés du jeune et l'aider à y faire face. Pourtant, il peut-être parfois moins lourd à porter d'être suivi pour un acte (ce qu'on a commis) que pour une histoire familiale (ce qu'on est) - (qu'on ne maîtrise que partiellement).

+ - La sanction

Les adolescents interrogés évoquent facilement leurs conneries sans jamais pouvoir y associer un acte, un fait ou une parole qui auraient valeur de sanction et qui indiqueraient que la transgression a été repérée.

- "Je me suis fait virer du foyer parce qu'ils en avaient marre de moi".

- "Je volais... ma mère, elle pouvait rien dire, je volais, je ramenaient les trucs devant ma mère, et en plus c'était des trucs utiles, c'était pas des petits bonbons ni rien, elle pouvait rien dire, hein ??".

Seule la prison semble représenter une sanction, mais souvent une sanction valorisante par rapport au groupe.

- "Je croyais que j'allais aller à Fleury, mais j'étais trop jeune".

- "Je me prenais pour un gros bandit et je croyais que j'allais aller à Fleury".

- "Tu as déjà été condamné ?" "Non, non j'ai été libéré pour trois mois".

La sanction encourue en commettant des délits n'est jamais évaluée et les adolescents s'en remettent au hasard, à la

chance :

- "on s'est fait gauler bêtement".
- "je me suis fait alpaguer, j'ai pas eu de chance".
- des fois on de la chance, des fois y en a pas".

Certains jeunes se trouvent en état de confusion totale quant à leur situation judiciaire : il faut parfois comprendre l'inverse de ce qui est énoncé.

Parfois, l'absence de sanction relève, pour les jeunes, du domaine de l'inexplicable :

- "tous les vols que tu as commis ne t'ont pas amené chez le Juge ?" "Non, seulement ceux qui ont porté plainte, il n'y en avait que trois !"

- "Si, moi j'en fais des conneries et je suis toujours passé devant la prison, je ne suis pas rentré. Mes frangins eux, aussi sont rentrés. On s'est fait gauler, mon frangin a pris trois mois et demi de taule, il a été en prison, et moi, rien. Après j'ai fait le cambriolage avec mon frère, lui a été en prison, moi rien. Sur sept mobylettes, ils ne m'ont chopé que pour une".

+ - La culpabilité

"Ce n'est que dans la mesure où il y a sanction que la faute peut être reconnue et que la culpabilité attenante peut être élaborée... (a)".

a) Mounier B. L'argent dans la relation éducative. In sauvegarde de l'enfant, n°2, 1984.

Un discours éducatif qui tendrait à annuler la réalité des délits priverait l'adolescent délinquant d'une possibilité de vivre son angoisse, de l'élaborer et de s'en libérer. Epargner à un mineur d'avoir à répondre de ses actes peut provoquer des réitérations.

+ - La réparation

Dans le discours des adolescents la notion de réparation n'apparaît jamais sans doute parce que leur incapacité à se repérer par rapport à la justice les met en position de "hors la loi" et ne permet pas à l'angoisse et à la culpabilité d'émerger. La notion de réparation qui s'inscrit dans la politique judiciaire actuelle nous semble extrêmement riche et on ne peut qu'encourager un travail de réflexion des Equipes Educatives autour de cette notion. A ce titre, nous relèverons quelques points d'une "Etude sur la notion de réparation dans la profession éducative" (a) qui nous semblent tout à fait en rapport avec nos remarques précédentes.

- Dans le cadre éducatif, la démarche de réparation est continuellement à envisager sous son double aspect : concevoir la réparation des victimes en général par les mineurs délinquants dans leur ensemble et concevoir également la valeur éducative que peut avoir une démarche de réparation pour un mineur en particulier.

a) Etude demandée par la Direction de l'Education Surveillée à Mme Maryse Vaillant. Vaucresson

- Estimer le jeune capable d'assumer les conséquences de ses actes, d'en répondre, c'est déjà lui offrir la possibilité de le faire.

- Le besoin de réparation correspond à une tentative d'apaisement, d'élaboration de l'angoisse et de la culpabilité. La réussite de la réparation renforce le Moi, sa confiance en sa capacité d'aimer puisqu'il est capable de réparer par amour ce que la haine et les poussées pulsionnelles avaient détruit. La réparation est un mouvement créatif de construction du Moi.

- Désir de réparer : l'adolescent qui manifeste son désir de réparer le tort qu'il a causé est en position de responsabilité par rapport à ses actes (qu'il reconnaît au point de vouloir les annuler) et de reconnaissance par rapport à autrui (peur des représailles ou crainte de perdre une relation). Responsabilité par rapport à un acte et reconnaissance d'autrui sont deux temps forts du processus de réparation.

C - LES SERVICES EDUCATIFS

La mesure éducative ou le placement peuvent être évoqués :

+ comme conséquence de délits :

- "c'est moi qui ai eu le placement, lui, ils l'ont libéré tout de suite". Cette mesure est vécue comme une punition injuste, puisque le majeur qui racolait pour les photos pornographiques a été remis en liberté.

- "J'avais un éducateur que j'avais eu parce que

j'avais fait une connerie..". Qu'est-ce qu'un éducateur ? Un adulte au statut mal déterminé qui s'occupe de vous lorsqu'on fait une connerie. La conséquence immédiate d'un agir sans que l'on comprenne exactement sa signification.

+ comme une mesure de protection par rapport à un contexte familial ou social difficile :

Hélène, 16 ans :

- elle acceptait la sécurité matérielle du foyer qui allait lui permettre de "souffler un peu", mais ne comptait pas beaucoup sur l'aide éducative ; elle pensait qu'ayant fait l'objet de tellement d'aides sociales en tous genres et en tous lieux, les services sociaux ne pouvaient plus grand chose pour l'aider. Son désir de retour dans sa famille est très fort mais elle le sait irréalisable ; alors qu'elle réclame des placements, elle les met en échec ; fugues et renvois se succèdent.

Alain, 17 ans :

- il garde de l'orphelinat le souvenir d'un lieu où "on est tous pareils, on fait tout ensemble". L'échec du retour chez son père, éthylique, un hébergement précaire, des difficultés avec les voisins, un conflit aigu avec la belle-mère, l'ont conduit à être de nouveau placé ; il se dit alors soulagé, prêt à réaliser ses projets.

+ comme mesure de protection vis-à-vis de soi-même :

- "C'est la Juge qui t'a mis ici ? Non, c'est moi qui ai voulu... parce que... quand j'allais pas à l'école, j'allais à Euromarché, je volais, je faisais plein de conneries..."

- "J'ai pas été placé, j'ai été voir l'assistante sociale parce que je faisais plein de bêtises... je volais..."

Si le placement en institution est le plus souvent vécu par les adolescents comme quelque chose de rassurant, il ne semble pas que leur fonctionnement permette aux jeunes de mieux se repérer et donc de mieux se structurer. On observe, très généralement, une situation de complète confusion entre la Loi et la Règle, tant au niveau des adolescents que des Educateurs. Une transgression du règlement intérieur (retard, refus d'aller travailler, refus de se coucher...) sera parfois plus gravement sanctionnée qu'une transgression de la Loi (vols, consommation de drogues illicites...). Des interdits sont prononcés au nom du règlement intérieur sans marquer d'abord qu'ils sont interdits au nom de la Loi : il est, en effet, interdit de fumer du haschich dans le foyer. Les comportements de prise de colle sont particulièrement révélateurs des dysfonctionnements éducatifs de l'institution. Dans toutes les institutions, la prise de colle est énoncée comme un interdit, interdit que l'on a beaucoup de mal à faire respecter. On note l'absence de réponses, voire une fuite des éducateurs devant un comportement qui les plonge dans un grand malaise :

- "quelques éducateurs l'ont su, d'autres ne l'ont pas su... après, c'était tout le monde qui prenait de la colle ! bof, on ouvre la fenêtre..."

- "ben, heu, moi, je ne crois pas qu'ils sachent que

j'ai fait ça avec François. De toutes façons, heu , moi, je m'en fous, je n'ai rien à cacher, hein ?".

- "disons qu'on s'arrange pour pas que les éducateurs le voient, quoi... mais si on nous posait des questions, ben, eux c'est leur boulot hein... si vraiment ils posaient (les bonnes questions ?).

- "j'allais défoncé chez eux, mon oncle il s'en est rendu compte, mais il ne me l'a pas dit..." Q: "Tu aurais préféré qu'il te le dise ?" "Je ne sais pas, oui, peut-être."

La transgression repérée implique systématiquement un rappel de l'interdit :

Sylvie, 15 ans :

- elle est d'emblée informée de l'interdiction de prendre et d'amener de la drogue au foyer... elle transgresse souvent et de nombreuses mises au point sur ce sujet ont dû être faites dans le foyer avec d'autres jeunes pendant son séjour.

Alain, 16 ans :

- dès les premières prises, un interdit formel lui a été signifié. A chaque fois qu'il a été trouvé en train de prendre de la colle, l'interdit a été rappelé, d'abord pour chaque éducateur amené à intervenir, puis par les chefs de service, le directeur, le Juge... Si l'interdit a été unanimement répété, les réponses à la transgression ont varié dans le temps et selon la personne qui est intervenue. A la même époque, cet interdit de consommation de colle et autres toxiques

a dû être signifié à plusieurs autres jeunes de l'institution.

Dans la plupart des cas, le rappel de l'interdit tient lieu de sanction. Il prend souvent une connotation médico-morale sans aucun impact sur l'adolescent :

- "c'est interdit parce que ça te fait du mal".

- "tu te fais du mal toi-même, tu prends de gros risques pour ta santé".

En raison du jeune âge des adolescents, et du fait de la nécessité d'inclure la prise de colle dans l'ensemble des troubles présentés, l'institution se trouve amenée à considérer avec souplesse les règles qu'elle s'est elle-même données ; en s'attachant légitimement à essayer de "comprendre ce qui ne va pas" chez le jeune, elle oublie de sanctionner la transgression, sans doute, aussi parce que la gamme des sanctions est peu étendue.

A l'inverse, le contrat avec les institutions de soins, spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes, est beaucoup plus clair d'entrée de jeu et la transgression de l'interdit de consommation de toxiques (illicites ou non) implique le renvoi du résident.

Paul, 17 ans :

- Il utilise le sniff de colle pour ne pas avoir à prendre de lui-même une décision de départ du foyer de post-cure où il se sent mal parmi les héroïnomanes ; il agira de même pour quitter le centre d'hébergement de courte durée.

Chez ces jeunes, la défaillance grave au niveau symbolique et au niveau des éléments de réalité, fait que le discours judiciaire et le discours éducatif ne peuvent être entendus. L'insuffisance, le flou des repères posés par les institutions font que ces adolescents ne trouvent pas de réponses assez marquantes à leurs délits habituels. La prise de colle interpelle davantage l'Equipe éducative, et peut être comprise comme une provocation et une demande d'être entendu. Elle appelle un NON extrêmement clair en même temps qu'une écoute : "si je m'oppose à ce que tu prennes de la colle et si je sanctionne cette transgression d'un interdit qui t'a été énoncé clairement, cela ne m'empêche pas de pouvoir entendre tes difficultés actuelles". Le plus souvent, il y a amalgame entre l'action d'interdire et l'attitude d'écoute, comme l'illustre l'exemple suivant :

Dès les premières prises de colle (qui ont toujours lieu dans l'institution), il est décidé de rappeler l'interdit et d'être extrêmement vigilant à l'égard des comportements de B. Il s'agit en fait de "l'avoir à l'oeil". Chaque éducateur modifie donc plus ou moins son attitude vis à vis de B., dans le sens d'une plus grande attention aux faits et gestes du garçon sans qu'il puisse lui être signifié, parce que l'équipe ne se l'est pas signifié à elle-même, qu'il s'agit bien là d'une attitude de contrôle, de surveillance traduisant sa détermination à faire respecter l'interdit de prise de colle. Il est bien évident que cette seule attitude n'aurait pas été

suffisante mais en tous cas, après réflexion, elle apparaît comme nécessaire. Au lieu de cela, B. a vu dans cette plus grande proximité des éducateurs une possibilité de régresser de manière spectaculaire et il s'est mis à souhaiter davantage de contrôle éducatif.

- il ne va plus au judo seul ; quand les séances ont lieu dans la maison, il faut qu'un éducateur aille le chercher dans sa chambre alors que le judo est une activité qu'il continue à apprécier.

- sa chambre devient d'une saleté repoussante mais il prend beaucoup de plaisir à la nettoyer et à la décorer quand un éducateur l'aide.

- sa mobylette est perpétuellement en panne et quand il la répare seul, il l'abîme davantage ; il demande donc à être aidé dans ses réparations.

- il souhaite quitter son travail à l'extérieur pour bricoler dans le foyer avec l'homme d'entretien.

- il a des plaies très infectées aux pieds et il ne se soigne pas lui-même.

Bref, on note qu'il ne fait plus rien tout seul et tout le monde lui trouve l'air bizarre. La colle lui permet de mobiliser toute l'institution (éducateurs, lingère, cuisinier...) autour de lui, et dorénavant B. mène le jeu en ayant réussi à avoir des relations privilégiées avec chacun ; le symptôme de

l'adolescent est devenu le symptôme de l'institution. A partir de là, l'équipe éducative très inquiète de cette régression qu'elle n'a pas souhaitée et ne contrôle plus, parle d'autonomie et d'une orientation vers un foyer de jeunes travailleurs ! Faute de pouvoir prendre un recul suffisant pour analyser cette évolution, une exaspération grandissante se fait jour en même temps que des attitudes de rejet.

La prise de colle est ressentie par les adolescents comme "ce qui embête le plus les éducateurs", et donne lieu à des comportements de provocation et à un jeu dans lequel l'institution peut être tournée en dérision.

- "c'était un soir, on était deux dans la chambre avec un mec... ça faisait trois mecs, et puis la colle, ils la mettaient dans le bureau, dans le coffre... et puis nous on voulait le faire... y en a un qui a cassé le carreau, il a ouvert le coffre, parce que les clefs, elles sont dans le bureau... et puis il a pris de la colle et puis on a sniffé, sniffé... après dans la nuit, il y a un éducateur qui est venu parce que... y en a un qui nous avait dénoncé... et puis... l'éducateur a dit... qui est-ce qui a volé l'argent ? l'argent ?... nous on ne savait pas... ouais... il a dit qu'il y avait de l'argent de volé... alors on s'est fait engueuler... on a reçu des claques. Ahmed, il s'est battu avec le mec qui nous a tous entraînés, devant l'éducateur. L'éducateur, il a rien dit parce qu'il avait raison Ahmed. Il lui a dit comme ça... ouais maintenant c'est foutu, je ne peux plus m'arrêter et tout... il l'a tapé, il l'a tapé partout".

Que faisaient les tubes de colle dans le coffre, tels des objets précieux ?

Que font les clefs du coffre à côté du coffre ?

L'éducateur de nuit s'est attaché à protester contre un vol d'argent, ce qu'on s'attendrait effectivement à trouver dans un coffre !

La seule réaction par rapport à la colle semble être celle d'Ahmed, le lendemain (!) ; cette réaction a mis l'éducateur en situation d'impuissance puisqu'Ahmed avait raison de châtier le coupable.

Cet épisode montre combien l'attitude des éducateurs peut être confuse lorsqu'ils sont confrontés à un phénomène de prise de colle, et combien, en cela, elle renforce la confusion des adolescents face à leur conduite.

3 - LA FAMILLE

Ce thème, dans le discours des sniffeurs, est abordé avec une certaine discrétion. Des anecdotes sont évoquées, l'histoire familiale reconstruite, mais ce n'est qu'avec réticence que les éléments affectifs sont évoqués. Cette réticence peut parfois s'inverser et c'est à un déballage, dont la fonction est manifestement cathartique, auquel on assiste parfois.

En analysant les différents entretiens, il est possible de mettre en évidence une instabilité parentale affective et éducative ayant entraîné des ruptures et des pertes qui ont débouché sur des carences affectives précoces.

Les processus d'identification peuvent être entravés. A la place de cette identification, on ne trouve souvent qu'imitation. Par rapport à la famille, les jeunes se décrivent en bascule permanente entre une position d'agressé ou une attitude agressive. Ce manichéisme est sous-tendu par des mécanismes de défense primitifs ; déni, clivage, projection.

Thierry évoque :

- les coups de ceinture qu'il reçoit

- il parle de la contrainte qui s'exerçait sur lui

"quand je n'avais pas faim, il fallait que je mange tout, même si je dégueulais..."

Lucien : "Ma mère m'a cassé la patte quand j'étais enfant à 6 ans ; c'est parce qu'elle délirait".

Charles : "Je me suis battu avec mon vieux, hier, après, il s'est calmé".

Ce dernier exemple introduit un thème particulièrement fréquent : la symétrie des rapports entre les jeunes et les parents. Tout se passe comme si les frontières générationnelles étaient abolies.

Avec une grande constance, les jeunes rencontrés portent un regard critique et lucide sur les difficultés personnelles de leurs parents.

Lucien : "c'est pas sa faute, elle délirait".

Cécile : "Il ne s'est jamais remis de la mort de ma mère... avec moi, il ne sait pas s'y prendre, il est perdu.. il n'est pas capable de s'occuper de moi..."

Dans la plupart des cas, dans la situation des entretiens de recherche surtout, cette évocation n'entraîne pas d'agressivité manifeste mais un mélange de compassion et d'attention. Dans quelques cas, exceptionnels, surtout au cours des entretiens "à chaud", l'agressivité est, par contre, au premier plan la revendication concernant la dette affective.

Claude : "Ma mère c'est une salope, un tas d'os ; si elle est en taule, c'est pas pour des prunes".

En même temps, et de façon tout à fait évidente se pose la question de la symbiose avec une mère captative. C'est aussi avec une singulière intensité mais de façon indirecte, qu'est posée la question de la dépendance inversée et la parentalisation en particulier.

La crainte du rejet, pourtant évidente, n'est jamais clairement verbalisée mais sous-tend, bien entendu la plupart des attitudes agressives.

Par contre, le refus d'une captation excessive se manifeste chez un nombre non négligeable des sujets avec des significations diverses :

- Rarement sous la forme d'une transformation en leur contraire des souhaits les plus profonds du jeune. C'est ce qu'Anna Freud appelle une défense contre les liens libidinaux.

Plus souvent, et surtout chez ceux dont l'évolution favorable est la plus avancée (ceux qui ont arrêté le sniffage), on constate une crainte de ne pouvoir aller dans le sens de l'autonomie.

Henri : "Ma mère ne sait même pas mon adresse. Il ne faut plus que je me laisse faire. Il faut que pense à moi, sinon je resterai pareil, je les laisse".

Dans leur discours, les jeunes sniffeurs manifestent aussi leur fascination ou leur ambivalence pour la marginalité parentale lorsqu'elle existe. Cette marginalité peut prendre une valeur d'identification négative ou susciter la mise en jeu d'une loyauté secrète inconsciente pouvant avoir une valeur positive.

Cet aspect se retrouve dans la biographie familiale rapportée et/ou reconstruite, comme d'ailleurs les carences familiales alléguées par les jeunes d'une façon plus ou moins véhémente.

Ce point peut être particulièrement illustré par l'exposé de ces biographies (telles qu'elles apparaissent dans les propos des sniffeurs, répètons-le).

Rodolphe : Abandonné à 2 mois, il est confié par la DDASS à une famille nourricière qui l'accueille en même temps que son frère de 18 mois.

Lorsqu'il découvre que ses parents d'accueil ne sont pas ses vrais parents, au début de son adolescence, il est bouleversé. Il s'isole, le désinvestissement est massif. Il reste dans la famille adoptive jusqu'à 18 ans, devance l'appel du service national, part en Nouvelle Calédonie. Il dit s'y être lié d'amitié avec un appelé qui meurt pendant une marche forcée. Lorsqu'il rentre en France, il commence à multiplier les délits ; il est emprisonné et devient à sa sortie utilisateur régulier de colle. Il décide, il y a un an, de revoir son vrai père. Il ne restera en contact avec lui que peu de temps car ce dernier meurt des suites d'un alcoolisme chronique, deux mois après leurs retrouvailles.

Jean-Pierre : Né à Paris. Son père est d'origine paysanne : militaire de carrière, celui-ci quitte l'armée au moment de son mariage. Il rompt avec sa famille à cette époque. La mère de Jean-Pierre est humble et effacée. Le père est violent et instable. Il meurt dans un accident de voiture quand

Jean-Luc a 6 ans. Sa mère vit alors avec un ami, lui aussi autoritaire et violent. Jean-Pierre est placé en internat dans un LEP, passe un CAP de cuisinier. Vers 18 ans, il se met en ménage avec une fille punk avec laquelle il use de solvants. Néanmoins, son activité professionnelle faisait vivre toute une bande de copains. Il ne voit plus sa mère avec laquelle les rapports ont toujours été très tendus.

Monique, 18 ans : Son père est ingénieur conseil, sa mère, professeur.

Après la naissance de Monique, la famille s'installe au Zaïre. A la suite d'une insurrection, les enfants sont rapatriés. La période précédente est présentée par Monique comme idyllique. Le retour en France se passe mal. Monique est mise en internat scolaire. Les parents divorcent. Des conflits avec la belle-mère et avec la mère surgissent. Monique, sur proposition de son père, participe à un film où elle joue le rôle d'une punk. Elle adopte alors l'idéologie punk, multiplie les conduites déviantes, les fugues et les intoxications en particulier jusqu'à ce qu'elle soit placée en foyer.

Valérie : Deuxième enfant d'une famille de six, elle est la seule, avec son frère plus jeune à être placée très tôt à la DDASS du fait de l'alcoolisme des parents. Lorsque le père s'arrête de boire, la situation s'améliore mais la mère refuse de reprendre ses enfants. Valérie dit que son père déteste sa femme à cause de cet abandon. Elle se sent très rejetée par ses parents qu'elle ne voit qu'épisodiquement. Elle est par contre très attachée à ses frères et soeurs. Au début de son adolescence, elle est séparée de sa famille d'accueil bretonne

et vit cette situation comme un second abandon.

Thierry, 17 ans : son père est ouvrier, militant politique et souvent absent de la vie familiale. La mère ne travaille pas, connaît des périodes d'alcoolisme aigu pendant lesquelles elle bat ses enfants et en particulier Thierry qui est aussi le souffre-douleur de ses frères. Il se procure un peu de chaleur affective auprès de ses grands parents maternels.

François : Famille de 9 enfants. La mère tient un café. Le père déserte la maison familiale. François ne le voit plus depuis 2 ans et le déteste. Le père est poursuivi pour détournement de mineure de moins de 15 ans. "Mon père me tapait quand je m'énervais ; un jour, j'ai pris un couteau que j'ai lancé vers sa gueule, il a eu la langue coupée et cinq points de suture (!)".

Sans prétendre à la représentativité, ces biographies rapportées (auxquelles on peut ajouter celle de Cécile et de Lucien déjà exposées), comportent certains termes communs.

- les carences affectives précoces,
- les difficultés d'accès à la triangulation oedipienne,
- la problématique de dépendance, de rupture et de séparation,
- la discontinuité éducative,
- la fréquence des conduites alcooliques parentales.

a - Les carences affectives précoces :

En se référant à la classification proposée par Winnicott (a), nous pouvons considérer que nous avons affaire pour l'ensemble de nos cas, à des milieux familiaux défailants : il s'agit dans toutes nos observations de foyers dissociés.

ABANDON : par les deux parents

Valérie

Rodolphe

par la mère

Cécile

DECES DE L'UN DES PARENTS : Cécile

Jean-Pierre

Rodolphe

MESENTENTE FAMILIALE : Lucien

Thierry

Valérie

Monique

Rodolphe

DIVORCE ET SEPARATION : Monique

Cécile

Lucien

a) Winnicot. The deprived child and how he can be compensated for loss of family like in the family and individual development for Tavistock, 1950.

PERE ABSENT : Thierry

François

Dans la plupart de ces observations, la personnalité des parents est particulière, souvent manifestement pathologique, comme l'indiquent les stigmates suivants :

- Violence intrafamiliale

Violence des parents : François

Lucien

Thierry

Jean-Pierre

Dans le cas de François, elle se double de la violence de l'adolescent sur son père.

- L'alcoolisme dont nous reparlerons, se retrouve avec une fréquence importante :

Jean-Pierre,

Rodolphe,

Thierry,

Lucien,

François.

- Marginalité et déviance :

le père de François détourne une mineure de 15 ans,

. le père de Cécile est instable et impulsif ; il soustrait pendant deux années sa fille à la scolarité obligatoire,

. le père de Monique qui place lui-même sa fille dans le milieu punk.

- Appartenance à une secte de la mère : Cécile

- Passé délinquant de la mère : Jean-Pierre

Les difficultés familiales sont donc majeures dans l'ensemble des cas rapportés.

Elles aboutissent dans 5 cas sur 8 :

Lucien,

Valérie,

Monique,

Jean-Pierre,

Rodolphe

à un placement : Dans 3 cas, ce placement est même très précoce, (avant 4 ans - Lucien, Valérie, Rodolphe).

Dans la majorité des cas, ces placements sont peu satisfaisants. Il s'agit soit de placements institutionnels précoces envisagés comme une solution d'attente qui parfois se prolonge :

Lucien (hôpital et pouponnière dans les deux premières années de sa vie),

soit de placements familiaux : ils sont de mauvaise qualité ou de courte durée, conduisant à des ruptures itératives

avec parfois des va-et-vient chez la famille naturelle qui témoigne ainsi de son ambivalence :

Lucien, Valérie.

Dans deux cas le placement survient à l'adolescence,
Monique, Jean-Pierre.

Dans trois cas il n'y a pas eu de placement,
François, Thierry, Cécile.

L'ensemble de ces constatations nous renvoie à Spitz (a), qui décrit bien les perturbations relationnelles entre le nourrisson et son entourage. Distinguons avec lui les anomalies qualitatives ou "relations mère-enfant impropres" et les anomalies quantitatives ou "relations mère-enfant insuffisantes".

Dans les exemples rapportés, les failles semblent appartenir aux deux types de carences de façon plus ou moins critique.

- D'un point de vue qualitatif :

L'investissement affectif de la mère sur l'enfant est le plus souvent très conflictuel et nettement ambivalent.

a) Spitz. De la naissance à la parole-la première année de la vie. Puf, 1968.

Les circonstances sont habituellement défavorables dès la naissance : mère célibataire, difficultés socio-économiques criantes, conflits conjugaux.

La valeur symbolique ou imaginaire que l'enfant prend dans l'économie psychique des parents (Valérie), a pour conséquence la mise en oeuvre au travers du mécanisme de désignation, du "phénomène de bouc émissaire".

S'y mêlent le plus souvent des troubles de la personnalité de la mère, parfois psychotique, parfois gravement immature ou dépressive. Les anomalies de la relation mère-enfant sont alors à replacer dans le contexte plus général d'anomalies des relations d'objet.

Ces altérations de la relation dans la dyade sont encore accentuées par les attitudes précocement inadéquates de l'enfant qui entraînent des réactions secondaires de la mère ou du père (François, Thierry).

- D'un point de vue quantitatif :

Plus que "l'insuffisance majeure de soins maternels", encore qu'il en existe un stigmate dans le retard statural qui touche une partie de nos sujets, il semble s'agir ici de carences liées à des séparations répétées ; "des séparations répétées arrivent en définitive à reproduire des effets apparemment équivalents à ceux d'une carence profonde et sévère" (Spitz). A partir de la séparation initiale, un

cercle vicieux s'instaure, aggravant constamment les choses. L'enfant est de plus en plus difficile, de moins en moins gratifiant. Il est de plus en plus mal supporté par les parents ou leurs substituts, ce qui risque d'être à l'origine d'une nouvelle rupture et d'aggraver encore la situation.

Nous retrouvons d'ailleurs dans nos observations des traits d'abandonnisme tels qu'un important sentiment d'insécurité interne, des revendications affectives maladroitement, des provocations masochistes avec des sentiments d'infériorité, une dépendance agressive, des conduites antisociales sous-tendues par un état dépressif et une angoisse d'abandon importante, réactivées par le travail de l'adolescence.

Dans d'autres cas il s'agit plutôt de carences larvées, dont l'expression clinique émerge à l'adolescence après une enfance dépressive faite d'isolement et d'inhibition (Cécile, Rodolphe, Jean-Pierre, Monique).

b - Les difficultés d'accès à la triangulation oedipienne

Dans la plupart des observations, les pères sont impuissants à s'interposer entre l'enfant et sa mère lorsqu'il existe des relations entre eux.

Comme dans le cas de Lucien, les relations n'existent qu'entre la mère et l'enfant. Les fantasmes liés au nom du père visent tous à lui dénier "les prérogatives de

la généalogie" pour reprendre l'expression de Rosolato (a).

Parfois les contacts avec la mère s'instituent en l'absence du père et dans une atmosphère de complicité qui vise à écarter définitivement ce dernier, comme dans le cas de François.

Bien souvent les tentatives du père pour affirmer une quelconque autorité sont annulées par la mère qui contracte une alliance intangible avec ses garçons (Thierry).

Un secret sur les origines peut être gardé (Rodolphe).

Le problème est parfois posé en termes d'exclusions "si tu vas avec ton père, tu ne me reverras plus, si tu viens avec moi tu ne reverras plus ton père" dit sa mère à Cécile.

Le lien avec la mère est souvent l'enjeu des conflits entre l'adolescent et l'amant de la mère (François).

Dans l'ensemble de ces cas, cette difficulté à trianguler s'accompagne d'une confusion familiale vis-à-vis des barrières transgénérationnelles.

a) Rosolato G : Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme.

in P. Aulagnier, J. Clauieul, F. Perrier, G. Rosolato, JP Valabrega : Le désir et la perversion",
Seuil ; pp.7-52, 1981

Le système familial régresse dans l'indifférenciation, la symétrie, la mimesis laissant les mécanismes projectifs, conduisent à la désignation de l'adolescent comme allié privilégié et/ou comme bouc émissaire (généralement l'un après l'autre).

François : "Si mon père me tape, je le tape après". "Une fois, j'ai pris un couteau et je l'ai lancé vers sa geule ; quand il est sorti de l'hôpital je lui ai dit, dis-moi merde ; il m'a dit merde, il n'arrivait plus à parler".

c - Dépendance, séparation et ruptures

Cliniquement, les choses paraissent à cet égard tout à fait démonstratives : entre la symbiose et la rupture, il n'y a jamais, dans nos cas, de place pour une séparation élaborée.

Cette impossibilité est liée aux difficultés de la triangulation et relève des mêmes défaillances fantasmatiques avec, pour conséquence, le même rapport immédiat au réel.

Dans la plupart des cas, les interventions réelles de l'entourage, ne sont que des passages à l'acte, traduisant une situation de rupture non symbolisable.

A l'inverse, se pose avec acuité la question de la symbiose avec la mère et de son aspect menaçant.

Lucien : "je dois nourrir ma mère pour la sauver. Depuis l'âge de 10 ans, je travaillais dans les marchés pour lui donner de l'argent ; ma mère avait du mal à s'occuper de moi..." "il faut plus que je m'occupe d'elle, sinon ma vie est fichue".

La conscience qu'ils peuvent avoir de cette menace ne les empêche pas de continuer longtemps à répondre aux appels des parents : cette attitude renforce un rapport de dépendance inversé.

d - La discontinuité

Ces difficultés d'élaboration de la séparation, l'alternance de réconciliations et de ruptures, la prévalence des mécanismes d'identification projective sont à l'origine de la discontinuité dans le développement de la plupart de nos sujets. C'est elle qui est à l'origine de leur fragilité narcissique, de leurs difficultés relationnelles.

Par la régression dans l'insconscience, le remplissage par l'enrichissement sensoriel, l'excitation maniaque, l'éclat du passage à l'acte, le toxique peut être une tentative, au travers de retrouvailles illusives, de lutter contre cette discontinuité narcissiquement insupportable.

e) En partant des histoires individuelles, il peut être intéressant de faire retour sur la pathologie familiale de ceux dont les parents sont alcooliques (ils sont en majorité dans

l'échantillon considéré).

La question est la suivante : y-a-t-il une interaction entre l'usage des solvants chez les adolescents et l'alcoolisme des parents ? C'est à partir du retentissement de l'alcoolisme d'un sujet sur les autres membres de sa famille que cette question doit être envisagée.

On connaît les effets de l'alcool lui-même :

- détachement et régression affective.
- états dépressifs
- irritabilité, impulsivité, etc.

Les femmes d'alcooliques, quant à elles, satisfont, tour à tour, en choisissant un tel partenaire un besoin de punition, des tendances dominatrices, le besoin d'être entourées par des hommes faibles, etc.

Mais l'alcoolisme du couple est dû aussi à ses tensions permanentes liées à l'insécurité et à l'isolement social.

Les enfants de parents alcooliques ont souvent des troubles de la conduite résultant des modes relationnels établis avec leurs parents dans un climat d'insécurité et de violence. On constate souvent une modification des rôles parentaux (coalition mère-enfants). L'image paternelle est dévalorisée, déformée, perturbant la résolution de l'oedipe avec des conséquences telles que :

- les difficultés scolaires
- l'immaturation affective
- la délinquance
- les conduites toxicomaniaques

Rien dans nos exemples ne permet de situer avec précision le sniffage dans cet ensemble.

S'agit-il d'une conduite transitionnelle aboutissant à un alcoolisme secondaire ?

S'agit-il d'une modalité d'intégration et de reproduction du monde des adultes ?

Ces questions et d'autres encore, restées sans réponse, indiquent assez la nécessité d'une approche qui prenne en compte les interactions de l'adolescent et de son environnement familial. C'est cette dimension que nous abordons dans le prochain chapitre.

Au delà du symptôme commun qui est le sniffage, cette approche clinique individuelle retrouve une grande diversité phénoménologique et structurale. Notre méthode, dans ses limites déterminées, nous l'avons vu, par l'objet même de cette recherche, n'a pas permis le dégagement de sous-bassements psychodynamiques univoques.

Notre attention est attirée cependant, par la récurrence de certains thèmes susceptibles d'organiser notre réflexion théorique : nous sommes frappés par l'importance du corps, du risque et des éléments dépressifs dans le discours des sniffeurs et par la dimension interactive de leur conduite.

Nous reprendrons plus avant ces différents thèmes dans le chapitre où nous discuterons et synthétiserons les acquis du travail.

CHAPITRE V - APPROCHE CLINIQUE FAMILIALE

I - LE CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE MONCEAU

II - DE QUELQUES CARACTERISTIQUES DES FAMILLES D'USAGERS
DE SOLVANTS

III - OBSERVATION FAMILIALE

CHAPITRE V - APPROCHE CLINIQUE FAMILIALE

I - LE CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE MONCEAU

**II - DE QUELQUES CARACTERISTIQUES DES FAMILLES D'USAGERS
DE SOLVANTS**

III - OBSERVATION FAMILIALE

L'APPROCHE FAMILIALE

I - LE CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE MONCEAU

C'est dans le cadre d'un lieu de soins spécifique, le Centre Monceau, que nous avons rencontré certains usagers de solvants et leur famille. Nous décrivons ici brièvement l'historique de l'institution et son fonctionnement.

Le Centre de Thérapie Familiale MONCEAU a été ouvert, à la fin de l'année 1980, grâce au soutien du Docteur Claude OLIEVENSTEIN, par l'intermédiaire des pouvoirs publics. Subventionné les premiers mois par le Ministère de la Santé, il est financé intégralement par la D.D.A.S.S. de Paris depuis juillet 1981.

Il est géré depuis Janvier 1985 par l'Association MONCEAU.

Il est implanté dans le 8ème arrondissement, au centre de Paris. Les consultations y sont gratuites, et les consultants peuvent bénéficier de l'anonymat grâce à la loi de 1970 sur la toxicomanie.

L'objectif essentiel de ce centre est de proposer aux familles de toxicomanes une méthode clinique spécifique différente de celles préconisées par les autres centres s'occupant de jeunes drogués. Si plusieurs centres de Thérapie Familiale pour toxicomanes existent déjà aux Etats-Unis, celui-

ci est le premier créé en France, avec une particularité : il est indépendant de toute autre institution soignante.

L'équipe du Centre MONCEAU se compose, actuellement de 12 personnes, mais cela ne représente en fait, que quatre temps plein et demi.

Tous les cliniciens ont une double formation ; psychanalytique et de thérapeute familial.

Notre hypothèse de travail nous a menés à penser que les comportements toxicomaniaques sont en relation directe avec la famille, à un âge où se pose, justement, le problème de la séparation et de l'autonomie.

Plus de 700 familles ont été accueillies dans ce cadre. La plupart de ces familles n'allèguent aucun autre symptôme que la toxicomanie d'un de leurs enfants pour fonder leur démarche. Or, l'exploration du système familial permet d'effectuer un important travail thérapeutique au niveau des parents et de la fratrie qui présente également de graves problèmes psychopathologiques. Près de 2/3 des parents qui consultent au Centre et plus de la moitié des frères et soeurs présentent des difficultés d'ordre psychiatrique ou somatique.

L'approche familiale permet donc un travail thérapeutique au niveau du patient désigné, d'autres membres de la famille et un travail de prévention au niveau de la fratrie.

Il est à remarquer que lorsque le groupe familial se mobilise, le pronostic du jeune devient plus favorable : celui-

ci peut retrouver une vraie liberté et se déculpabiliser, sachant ses parents aidés et compris.

II - DE QUELQUES CARACTERISTIQUES DES FAMILLES D'USAGERS DE SOLVANTS

Contrairement à ce qui se passe pour les familles d'héroïnomanes, le premier entretien est marqué par le caractère démonstratif du désarroi ou de la colère de l'entourage familial. Les parents perçoivent très directement la dimension agressive du sniffage. Ils minimisent souvent la souffrance de leur enfant en méconnaissant la dimension dépressive et anxieuse qui est sous-jacente à cette conduite. Les parents ou leurs substituts (parents nourriciers, grands-parents, éducateurs) tolèrent mal d'être placés en position d'impuissance devant l'escalade des passages à l'acte de leur adolescent. Leur enfant les défie, transgresse les interdits qu'ils formulent. On n'observe pas la période de cécité, de déni que l'on rencontre quasi systématiquement pour d'autres drogues. Pour les familles d'héroïnomanes en particulier, on observe généralement un long délai (1 à 2 ans, voire plus) entre les débuts de l'intoxication et la découverte de la toxicomanie. (393). Il en est tout autrement pour le sniffage. En effet, les solvants volatils sentent fort, le sniffage est souvent ostentatoire. Il n'empêche que dans certains cas la banalisation, voire la complaisance, favorise la poursuite prolongée de l'intoxication. Les parents se mobilisent difficilement pour engager un processus thérapeutique. Il faut que l'adolescent augmente la mise, prenne des risques majeurs

pour qu'enfin ses parents mesurent l'enjeu de cette escalade.

Lors du premier entretien, le jeune est habituellement placé en position de bouc émissaire. Les parents soulignent les aspects négatifs de la personnalité et des comportements agressifs de l'adolescent. Le jeune est souvent au coeur d'une problématique conjugale qui émerge, en demi-teintes, d'emblée. L'adolescent fait l'objet d'exigences affectives et éducatives contradictoires. En fait, l'incohérence domine depuis très longtemps les interventions parentales. Les parents eux-mêmes ne disposent pas d'un système de valeur structuré auquel ils adhèrent. Dans leur vision du monde, ces familles acceptent souvent très mal l'organisation hiérarchique de la société ainsi que les contraintes imposées par celle-ci. Soit, ils ont trouvé une parade pour disposer d'un plus grand nombre de degrés de liberté en choisissant des professions et un mode de vie moins contraignants (investissements culturels, petite entreprise artisanale, etc...), soit ils cèdent aux exigences du milieu en protestant d'une façon plus ou moins explicite contre leur condition.

Pour illustrer ce point, nous citerons le cas de Thomas, que son père encourage à suivre une formation professionnelle tandis que sa mère favorise son maintien en permanence au domicile.

Il en est de même pour Elise, confrontée au modèle éducatif rigide de son père et à la bienveillance anxieuse de sa mère.

Quant à Marc, dit Chaîne, il est écartelé entre deux

modèles d'identification parentaux. Suivre le chemin paternel, c'est rester en marge (école parallèle) et en atténuer ses manifestations d'angoisse par l'usage immodéré de colle et de bière. Le père donne quotidiennement l'exemple en entassant dans sa chambre bouteilles de whisky et boîtes de tabac. La mère, toujours en alerte, s'oppose à un rapprochement du père et du fils, en servant constamment d'intermédiaire entre eux. Si elle n'était pas là, affirme t-elle, ils en viendraient aux mains de façon très violente. Bien entendu, en cas de dispute, elle se range sans équivoque aux côtés de son fils.

Cette alliance plus ou moins ouverte entre le parent le plus impliqué et l'adolescent sniffeur, constitue une caractéristique permanente de ces familles. Ce point de vue est partagé par FRAMROSE (108) qui a réalisé un travail thérapeutique avec 45 familles d'usagers de solvants, ainsi que par KRASOWSKY (160). Ce dernier essaie d'établir un modèle défini de la famille des usagers en se fondant sur la théorie de l'analyse transactionnelle.

Lors du premier entretien, les familles centrent la discussion sur le comportement inadapté de leur adolescent sniffeur. Rien ou presque ne nous est livré sur les autres troubles présents chez les parents ou dans la fratrie. Et pourtant, ils ne manquent pas. Dans certains cas, les difficultés psychopathologiques ou somatiques dans l'entourage sont extrêmement préoccupantes. Il s'agit généralement d'affections de longue durée dont la gravité est minorée lors de la découverte du problème d'intoxication.

Nombreux sont les parents dont la dimension dépressive est au premier plan. Elle est exprimée lors des entretiens ultérieurs sous la forme de tentations suicidaires, de découragement extrême, de culpabilité massive.

Chez les pères, les capacités de verbalisation dans ce contexte psychothérapique sont souvent médiocres. Le recours à l'alcool constitue souvent pour eux le moyen privilégié pour réduire leur souffrance dépressive. L'alcoolisme parental témoigne d'un sentiment prégnant de désespoir exprimé par des comportements plutôt que par des paroles. La perte de l'estime de soi conduit ces parents à adopter des attitudes passives devant les exigences sociales et à accepter des situations d'assistance. Leur capacité d'anticipation est quasiment nulle et ils ne s'autorisent pas à se construire un futur. Même lorsque les parents formulent un pronostic, il est le plus souvent très sombre. Ils n'envisagent qu'exceptionnellement que l'adolescent puisse échapper à une répétition inlassable de ses conduites déviantes. Même si une éclaircie apparaît sous forme d'un abandon de l'intoxication, celle-ci est occultée et d'autres problématiques sont évoquées : retard scolaire, mauvaises fréquentations, choix vestimentaires choquants, etc... ; l'adolescent, quelques soient les aménagements qu'il opère dans son mode de vie, n'arrive jamais à combler les attentes confuses et ambiguës de son entourage. Cette attitude négative du groupe familial renforce la stigmatisation et contribue largement à des rechutes douloureuses. Elle renvoie, selon nous, à certains traits psychopathologiques et à certains modes d'insertion sociale des parents : ils n'ont pas de plan de vie et l'instabilité conduit certains parents vers des

situations marginales, voire à la délinquance ou à la clochardisation. Père et Mère assument mal des rôles sexuels définis. La confusion des identités permet mal un repérage identificatoire pour l'adolescent.

Thomas a 15 ans et a été amené en consultation par ses parents à cause de la conduite d'inhalation de colle à laquelle il s'adonne depuis longtemps. Il est désigné comme le "malade de la famille", comme le bouc émissaire.

Or, au fil des entretiens familiaux, nous allons retrouver d'autres problématiques qui touchent le reste de la famille : tout d'abord, nous apprenons que le père, qui s'adonne à l'alcool depuis plusieurs années, a été très souvent malade : il se plaint d'une hernie discale, d'un ulcère gastrique et a subi une intervention chirurgicale pour occlusion intestinale. Il a eu des accidents de travail assez importants et il est, depuis plus de deux ans, au chômage. La mère est une femme diabétique qui aurait une maladie du coeur mais qui ne veut pas se faire soigner. Elle a souvent des migraines qu'elle attribue aux difficultés que présente Thomas. Le frère aîné a un passé de toxicomanie à l'héroïne (il est abstinent depuis deux ans) et le fils cadet, Fernand, âgé de 7 ans, est déficient mental depuis la naissance : il a de gros problèmes psychomoteurs et présente des traits cliniques qui nous font évoquer le diagnostic de psychose infantile à versant déficitaire. Les thèmes de la mort et de la maladie sont très importants dans cette famille et revêtent une signification toute particulière qui perturbe le climat émotionnel que l'on ressent comme très conflictuel et chargé d'angoisse. L'histoire

de chacun des deux parents semble très chargée en épisodes traumatiques ainsi que l'histoire du couple qui s'est déroulée sur un fond de méfiance et de difficulté à communiquer. Dans la dynamique familiale, nous pouvons observer que le père a été déchu par sa femme de son rôle parental. Seul le recours à l'alcool permet à cet homme de tolérer les manipulations et la domination de sa femme. Cette situation va induire chez Thomas une grande anxiété. De plus, l'adolescent présente une inhibition du contact qui le pénalise dans ses rapports avec son entourage familial et scolaire.

Dans cette famille, comme dans les autres, le caractère souvent spectaculaire de ce mode d'intoxication infléchit sensiblement les rapports entre la famille nucléaire, la famille élargie et son groupe social d'appartenance.

Seule une analyse fine des interactions permet de saisir la fonction du symptôme dans l'économie des relations au sein de la famille élargie.

Très souvent, l'enfant sert d'enjeu dans les conflits intergénérationnels. C'est le cas pour Thomas qui a servi de prétexte à ses parents pour rompre tout lien avec leurs propres parents. La grand-mère maternelle en particulier critiquait sévèrement sa fille à propos de son action éducative et Thomas était désigné comme le témoin indubitable d'une faillite pédagogique.

Dans le cas d'Elise, la grand-mère maternelle intervient comme relais affectif, lorsque la mère est trop

angoissée pour tolérer la dépression de sa fille et ses sorties trop tardives.

Les comportements inquiétants du jeune permettent dans certains groupes familiaux de renforcer des coalitions, et quelquefois d'éviter un éclatement de la famille qui se rassemble pour faire front autour et contre le sniffeur.

Les carences affectives dont ont souffert la plupart des parents de sniffeurs ne leur permettent pas de se situer comme parents au moment de l'adolescence de leurs enfants ; leur vulnérabilité empêche leur enfant de franchir avec succès les différentes étapes du processus de l'adolescence.

Même si des conflits massifs éclatent, bien souvent les adolescents s'offrent comme victimes sacrificielles pour conjurer la violence indifférenciée qui règne dans ces familles. Même si des actes de violence sont quelquefois commis par les jeunes à l'égard de leurs parents (Thomas), c'est essentiellement la violence qui leur est faite qui nous interpelle : carences éducatives, placements répétés, secrets de famille non révélés (Superman, Thomas), conduites incestueuses (Christelle).

Le lien parent/enfant est marqué par une ambivalence majeure et une érotisation quasi incestueuse entre le parent sur-impliqué et le jeune sniffeur. C'est la rupture implicite du pacte incestueux qui semble un facteur déclenchant de la violence ou d'une surenchère toxicomaniaque.

Le sniffage grève lourdement les relations entre la famille et son réseau d'insertion sociale. Souvent le jeune, et à travers lui sa famille, font l'objet d'un processus de stigmatisation et on évite de les fréquenter en raison des risques de prosélytisme. L'isolement social, déjà marqué, se renforce et la famille évoluera vers un fonctionnement autarcique. Ce repli ne fera que majorer le dysfonctionnement familial et amplifier les attitudes déviantes de l'adolescent.

La rencontre avec la fratrie est riche d'enseignements. Souvent, on décèle des pathologies sévères qui passent au second plan lorsque le sniffage revêt des aspects explosifs (Thomas).

Les troubles des frères et soeurs sont largement banalisés et on peut se demander si l'abcès de fixation que constitue le problème de drogue ne permet pas de gérer avec moins de souffrance l'angoisse familiale liée aux autres difficultés.

Nombre de pathologies sont présentes dans plusieurs fratries : délinquance, toxicomanie aux opiacés, état dépressif, psychose infantile, etc...

Le sniffage permet de réguler les distances entre les membres de la famille. En fonction de son intensité et des troubles de comportement associés, la démarche d'autonomisation ou le développement psycho-affectif des frères et soeurs seront freinés ou accélérés. Rapprochements extrêmes, passionnels, alterneront avec des ruptures brutales. Dans ce jeu sans fin,

la famille n'admet pas la solution de la séparation définie comme un abandon ou une trahison par les partenaires de la relation. (393).

L'incohérence du cadre familial conduit nombre de ces jeunes à s'affilier à des groupes de pairs qui procurent un contexte dans lequel se déroulent rites de passage et invitation à la toxicomanie. Nous en étudions, par ailleurs, la signification et les enjeux.

La prise en compte de la dimension familiale du symptôme "inhalation de solvants" nous a conduit à développer des techniques centrées sur les interactions pathogènes dans ces familles que nous détaillerons plus loin. Nous avons pu apprécier la pertinence de cette stratégie thérapeutique et préventive qui s'inscrit de façon complémentaire dans l'éventail des mesures à mettre en oeuvre dans la prise en charge de ces adolescents.

III - OBSERVATION FAMILIALE

Nous allons présenter maintenant les éléments d'un cas d'usager de solvants pour illustrer l'importance et la pertinence de la stratégie familiale dans l'approche du phénomène "inhalation volontaire de solvants".

Jean est un adolescent de 16 ans. Il est habillé en style punk et exhibe une chevelure de porc-épic. Il a été

adressé par le médecin de l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police car il avait été appréhendé "en train de respirer de la colle et ne paraissait pas jouir de toutes ses facultés mentales". La demande de placement avait été signée par le père, Monsieur X.

Jean est l'aîné d'une fratrie de trois qui comprend François, 14 ans, et Sylvie, 12 ans. Le père, Monsieur X, 47 ans, issu d'un milieu ouvrier très modeste, aîné d'une fratrie de quatre, est représentant de commerce, ancien artisan qui s'est recyclé. Madame X, fille unique d'un couple de petits commerçants, est employée de banque.

Madame X a 29 ans à la naissance de Jean. L'accouchement nécessite forceps et épisiotomie en raison du poids du bébé. Le développement de l'enfant ne présente aucune particularité notable, aucun problème : ni de nourrissage ni somatique. Les difficultés commencent avec la période pubertaire qui coïncide avec un net fléchissement scolaire. Les résultats scolaires sont catastrophiques en 4ème et alimentent un conflit permanent à la maison pour faire travailler l'adolescent. Cet échec scolaire est lié à de graves difficultés d'intégration dans le groupe de ses camarades qui l'ont désigné comme leur "tête de turc" en raison de son caractère rêveur et peu sociable. A la suite d'un incident, les parents sont convoqués et un changement d'établissement leur est conseillé. L'été suivant, au cours d'un voyage en Angleterre, l'adolescent va découvrir la "famille punk" dont il va adopter l'idéologie avec toutes ses implications : il devient "un rebelle" et s'initie aux plaisirs du sniff de

colle, de la marijuana et, épisodiquement, il consomme du LSD. Les relations conflictuelles s'aggravent surtout avec son père qui ne supporte pas son accoutrement punk et sa coiffure colorée.

La situation va se dégrader rapidement. Jean interrompt sa scolarité et fugue de nombreuses fois. Il disparaît à la moindre dispute familiale et, sous l'emprise de la colle, Jean présente à plusieurs reprises des crises d'excitation avec menaces auto et hétéro-agressives. Les parents désespérés vont l'accompagner à différentes consultations spécialisées sans qu'aucun accrochage thérapeutique sérieux n'en résulte. A cette époque, la mère accepte de se faire soigner pour "dépression".

Ce n'est qu'après une fugue de plus d'un mois que les parents vont contacter le Centre de Thérapie Familiale Monceau où leur sont proposés des entretiens familiaux. Au début de 1983, une thérapie familiale est engagée dans un contexte d'urgence. Outre Jean et ses parents, participent aux entretiens ses frère et soeur (Frédéric et Suzanne) et la grand-mère maternelle.

Dans un premier temps, la thérapie donne des bons résultats : Jean finit par investir favorablement ses thérapeutes et la famille réapprend à collaborer et à échanger ensemble pour négocier des compromis : en ce qui concerne, par exemple, les horaires, les activités et la gestion de l'espace dans l'appartement commun.

Puis dans un deuxième temps, la situation va se détériorer car les parents vont incriminer l'influence néfaste d'un copain avec qui Jean est très lié. Jean s'engage dans une escalade de provocations vis-à-vis de son entourage et maltraite son corps (scarifications par des brûlures, etc.) Après différents passages à l'infirmierie psychiatrique, une hospitalisation est recommandée. Cette solution procure un soulagement général.

A l'hôpital, un travail familial complémentaire à la prise en charge institutionnelle est proposée : il permet d'approfondir l'étude des interactions pathogènes entre Jean et son entourage.

Le père apparaît comme assez rigide, pseudo-rationnel et maladroit, plaquant de façon crispée des commentaires stéréotypés et moralisateurs. Il semble très mal à l'aise et cette façon de se présenter est comprise comme un mode de défense pour masquer un manque d'assurance et une grande difficulté à assumer son rôle paternel.

La mère semble très dépressive. Elle manifeste sur le plan analogique un grand attachement pour son fils.

En ce qui concerne le frère, il aurait une attitude exaspérante à l'égard de Jean en lui cachant ses affaires lorsqu'il les range mal. Ce souci de rangement chez le frère est encouragé par le père qui en souligne les aspects les plus positifs.

La fille cadette, Suzanne, est décrite comme

quelqu'un qui "posera de sérieux problèmes dans l'avenir". Elle serait très perturbée par la conduite de Jean et cela se ressent dans ses résultats scolaires.

Les premiers entretiens familiaux permettent de formuler l'hypothèse que l'hospitalisation a la valeur d'une rétroaction liée à la dynamique de la thérapie familiale menée dans le Centre Monceau. Il a donc été décidé, pendant la période de l'hospitalisation, de maintenir des contacts téléphoniques réguliers entre la famille et les thérapeutes du Centre Monceau. La démarche thérapeutique adoptée fait l'objet d'un accord entre les deux équipes.

Ces entretiens ont permis de mettre en évidence la très grande connivence qui lie Jean et sa mère. Tous deux présentent une symptomatologie dépressive très comparable. Jean assure le rôle de porte-parole des aspirations cachées de sa mère, en même temps qu'il tente de protéger celle-ci contre une aggravation de sa dépression.

La relation avec le père est souvent tendue car celui-ci se cantonne dans une position très défensive. Leurs échanges seraient facilités par la mère qui, d'après Jean, est plus compréhensive et moins abrupte. En fait, cette femme, sans s'en rendre compte, fait constamment obstacle à un rapprochement entre son fils et son mari.

A l'issue de ces entretiens, on peut observer un meilleur partage des tâches dans le système familial. Une plus grande souplesse de la structure familiale lui permet de mieux affronter la crise qu'il traverse. Les tendances homéostatiques poussées à leur paroxysme par la menace d'un départ définitif de Jean deviennent moins contraignantes. Les symptômes ont contribué à signaler à tous la nécessité d'un changement tout en maintenant le statu quo. L'hospitalisation a interrompu cet engrenage et permis au groupe familial d'élaborer des solutions plus adaptées. Cependant, l'absence de demande individuelle, clairement formulée par Jean, a conduit l'équipe hospitalière à ne pas proposer de contrat thérapeutique comme cela se pratique classiquement dans la prise en charge des toxicomanes.

Les entretiens ultérieurs ont favorisé une meilleure évaluation du système familial dans sa dimension transgénérationnelle. Chacun des deux parents a pris conscience de ses difficultés à assumer son rôle parental et à former une cellule familiale autonome vis-à-vis des grands-parents.

Madame X n'a jamais pu se détacher de sa famille d'origine. Elle conserve une fixation oedipienne massive à son père. Elle a compensé son départ en confiant Jean à ses grands-parents les premières années de sa vie. Dans cette perspective, les symptômes de Jean ont été compris comme une tentative pour rétablir les frontières intergénérationnelles et renforcer les liens de dépendance entre Jean et sa mère. La disqualification permanente du père apparaît comme une des règles de référence du système familial.

Or, les rapports de Monsieur X avec sa famille d'origine éclairent cette situation. En raison des multiples carences dont il a souffert, le père se révèle incapable d'exprimer son affectivité devant son fils. Il ne peut le faire qu'à travers des clichés, des exigences caricaturales d'ordre et d'organisation dont il a fait son idéal. Il n'a donc pas les moyens de répondre à la demande de son fils adolescent.

Un couple peut être défini comme la rencontre de deux systèmes familiaux, contribuant, chacun avec sa constellation propre, à l'édifice du nouveau système familial. Le nouveau système intègre les exigences des systèmes d'origine, par les contraintes qu'ils imposent dans le choix des partenaires, par exemple. Mais pour que le système résultant soit fonctionnel - c'est à dire qu'il remplisse sa fonction de socialisation des enfants, avec pour finalité l'individuation et le départ de l'adolescent pour fonder une autre famille- il faut que les partenaires dans le couple soient eux-mêmes suffisamment individuéés de leur famille d'origine, avec une intimité suffisante entre eux.

La famille X ne semble pas répondre à ces critères. Le système est dysfonctionnel parce que sa finalité est de faire constamment acte d'allégeance vis-à-vis des systèmes d'origine ; c'est pourquoi l'entrée de Jean dans la période de l'adolescence avec les tâches à résoudre propres à cet âge, la nécessité d'affirmer une identité sexuelle et sociale et l'accession à un statut d'autonomie a menacé l'équilibre de son système familial rigide et a abouti à une crise dramatique.

Le changement subtil du mode de fonctionnement familial a permis une réinsertion rapide de Jean. Sur le plan professionnel, il a été engagé comme apprenti dans une petite entreprise artisanale. L'adolescent est retourné vivre dans sa famille sans réticence. Après quelques entretiens individuels, Jean n'a pas souhaité poursuivre un travail psychothérapique.