

Resumo: A partir de contributos recolhidos nas áreas da alcoologia e da intervenção em toxicomanias, este artigo tenta delimitar alguns aspectos comuns e específicos no domínio da prevenção, dos cuidados e do seguimento.

A clinica revela semelhanças no percurso dos comportamentos adictivos, da iniciação ao uso regular e à dependência. Esta, ainda que diversificada por poli-consumos, organiza-se no entanto e sempre em redor dum produto principal. No plano psicopatológico, uma visão transversal indica que o sofrimento psíquico preexiste ao comportamento adictivo. Mas as complicações psiquiátricas e somáticas diferenciam-se segundo os efeitos psicodislépticos, o potencial de intoxicação e o tipo de consumo de cada substância psicoactiva.

No plano neurobiológico, existe consenso científico num ponto, i.e. que a maioria das substâncias psicoactivas actua sobre circuitos neuronais, ditos "de recompensa", mas parece que a persistência dos comportamentos acciona mecanismos específicos, que estão ligados a elementos ambientais.

As representações sociais estão em vias de evoluir fortemente e as fronteiras esbatem-se entre drogas e psicotrópicos, entre lícito e ilícito, entre investigação hedonista de conforto e tratamento.

Isso vai implicar a necessidade de modificações legislativas e estruturais profundas.

Palavras Chave: Alcoologia, Toxicomania, Adicção, Prevenção

Resumé: À partir de contributions tirées des champs de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie, cet article tente de délimiter quelques aspects communs et spécifiques dans les domaines de la prévention, des soins et de l'accompagnement.

La clinique relève des similitudes dans le cheminement des conduites addictives, de l'initiation à l'usage régulier et à la dépendance. Celle-ci, même émaillée de polyconsommations, s'organise cependant toujours autour d'un produit dominant. Au plan psychopathologique, une vision transversale indique que la souffrance psychique préexiste à la conduite addictive. Mais les complications psychiatriques et somatiques se différencient selon les effets psychodysléptiques, le potentiel intoxicant, et le type de consommation de chaque substance psychoactive.

Au plan neurobiologique, un consensus scientifique existe sur le fait que la plupart des substances psychoactives agissent sur les circuits neuronaux dits " de la récompense ", mais il semble que le maintien des comportements mette en jeu des mécanismes spécifiques, et qu'ils soient liés à des éléments environnementaux.

Les représentations sociales sont en train de fortement évoluer, et les frontières se troublent entre drogues et psychotropes, entre licite et illicite, entre recherche hedoniste de confort et soin. Ceci implique la nécessité de modifications législatives et structurelles profondes.

Mots clé: Alcoologie, toxicomanie, addiction, prévention

Abstract: Based on contributions drawn from the fields of alcoholology and drug addiction intervention, this article tries to define several common features and specificities in the fields of prevention, treatment and patient support.

Clinical findings reveal certain similarities in the course of addictive behaviours, from initiation to regular use and then to dependence. Dependence, even in a context of multiple substance abuse, is nevertheless always organized around a predominant substance.

In terms of psychopathology, a cross-sectional assessment indicates that mental distress precedes addictive behaviour, but the psychiatric and somatic complications differ according to the psychodysléptic effects, the intoxicating potential, and the type of consumption of each psychoactive substance.

In the field of neurobiology, there is now a scientific consensus that most psychoactive substances act on so-called "reward" neuronal circuits, but maintenance of addictive behaviours appears to involve specific mechanisms, related to environmental factors.

Social representations are currently undergoing radical changes and the distinctions between drugs and psychotropes, between legitimate and illicit, between a hedonistic search for comfort and treatment are becoming blurred. This implies the need for major legislative and structural changes.

Key-Words: Alcoholology, drug addiction, addiction, prevention.

Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre points communs et spécificités.

Alain Morel, J.D. Favre, A. Rigaud

La France connaît depuis quelques années un bouleversement profond de ses représentations dominantes et de sa politique envers les « substances psychoactives ». Sous l'égide de la notion d'*addictologie*, qui se veut transnosographique voire fédératrice entre intervention en toxicomanie, alcoologie et tabacologie, l'heure est à la révision des frontières conceptuelles, au rapprochement et à la recomposition des dispositifs institutionnels.

Les signes en sont multiples : rencontres innombrables des acteurs des différents champs (qui souvent ne se connaissent pas), mises en place de structures communes orientées vers la prévention et la prise en charge des addictions⁽¹⁾, création d'une formation complémentaire pour médecins spécialistes⁽²⁾, apparition de nouvelles associations et revues spécialisées, constitution de la Fédération Française d'Addictologie (FFA)⁽³⁾, etc. (Favre & Morel, 2000).

Cette évolution est incontestablement accélérée par la politique gouvernementale, particulièrement depuis que la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) a vu ses compétences étendues aux champs de l'alcool et du tabac. Mais les changements qui s'opèrent sont avant tout l'expression d'un mouvement de fond, déjà à l'œuvre depuis longtemps parmi bon nombre de professionnels percevant la nécessité de remettre en question les catégories sur lesquelles les séparations s'étaient jusque là établies.

La redécouverte de racines cliniques communes a bien entendu à voir avec des changements perceptibles dans les problématiques des patients que rencontrent les services de soin (passage d'une dépendance à une autre, polyconsommations, etc.). Mais elle correspond avant tout à une évolution culturelle dans l'abord général, au sein de la société toute entière, des usages et des mésusages de substances psychoactives.

L'épidémiologie montre que les populations d'usagers des différentes substances se chevauchent de plus en plus mais sont encore loin de se superposer. C'est ce qu'indiquent de

nombreuses études. Citons, par exemple, une enquête récente portant sur les appels au service national d'accueil téléphonique, Drogues Info Service⁽⁴⁾, qui montre qu'un critère aussi simple que celui de l'âge de l'appelant induit des différences marquées : plus les tranches d'âge sont basses (adolescence) plus les appels concernent le cannabis et l'ecstasy, alors que plus l'appelant est âgé, plus l'appel concerne l'alcool, le tabac et les médicaments (Cohen, 2000). Parallèlement, l'étude de la population de nouveaux consultants des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) de l'ANPA montre que l'association du cannabis et des autres drogues illicites avec l'alcool concerne avant tout les plus jeunes (Rigaut & Facy, 2000).

Mais les différences entre les diverses conduites addictives sont-elles irréductibles, et peut-on les distinguer de bases communes ? De la même façon, est-il possible aujourd'hui de définir des aspects communs et des aspects spécifiques dans les approches de prévention, de soins et d'accompagnement ? Telles sont les questions récurrentes auxquelles renvoie actuellement la notion d'addiction. Questions d'autant plus cruciales qu'elles touchent à l'identité professionnelle et aux principes théoriques sur lesquels ont reposé jusqu'ici la légitimité et les finalités de l'action des intervenants.

Afin de tenter d'y répondre, et avant de faire des projections d'organisations futures, il convient de faire un détour par l'histoire, l'épistémologie et la clinique. Nous nous en tiendrons, dans le cadre de cet article, à n'apporter dans ces trois domaines que quelques contributions tirées des champs de l'alcoologie et de la toxicomanie⁽⁵⁾.

1) Les données historiques

L'histoire de la constitution parallèle de ces deux champs spécifiques et de leurs dispositifs institutionnels spécialisés est intéressante en ce qu'elle montre à la fois de fortes similitudes dans les dynamiques et des différences - plus ou moins prononcées selon les époques - marquant chacune des identités.

- Il faut tout d'abord remarquer *les concordances des origines*. Si les premiers concepts remontent, d'un côté comme de l'autre, à la seconde partie du XIX^{ème} siècle, c'est surtout la création d'un domaine clinique spécifique en alcoologie comme en toxicomanie qui s'est faite presque concomitamment, à la fin des années soixante⁽⁶⁾. À un moment où, paradoxalement, la psychiatrie dite « de secteur » s'était vue

officiellement confier des missions hors les murs de l'asile, y compris dans « la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ». C'est que, dans un cas comme dans l'autre, il s'agissait de s'émanciper de cette « tutelle » de la psychiatrie, dans la mesure où elle se montrait à la fois impropre à traiter l'ensemble des problèmes liés à l'usage de l'alcool ou des « stupéfiants », et plutôt mal adaptée voire rejetante envers les patients alcooliques ou toxicomanes⁽⁷⁾. Cette émancipation s'est néanmoins opérée différemment. D'un côté l'alcoologie naissante s'est appuyée sur un abord nutritionnel et diététique permettant de parler - dans un pays culturellement très attaché au vin - de la consommation d'alcool « courante » et pas seulement de l'alcoolisme des « gros buveurs »⁽⁸⁾. De l'autre, la constitution d'espaces cliniques spécifiques pour les toxicomanes s'est accompagnée d'une rupture avec l'Institution psychiatrique jugée inapte à les accueillir dans leur souffrance singulière et incapable d'entendre le phénomène drogue en tant que mode d'expression de la jeunesse d'alors. C'est précisément en effet sur la mise en exergue de « nouvelles toxicomanies » parmi les jeunes et sur leur signification d'un mal-être dans la société que repose l'émergence d'une anthropologie clinique de la toxicomanie. Ainsi, dans les années soixante-dix⁽⁹⁾, on assiste d'un côté à la création du premier réseau institutionnel spécialisé dans le domaine de l'alcool avec la naissance des « Centres d'Hygiène Alimentaire »⁽¹⁰⁾, alors que, pour les toxicomanes, se créent d'un autre côté des lieux expérimentaux (diversement dénommés) dont les principes mis en avant comme l'anonymat et la gratuité des soins visent à les constituer comme espaces protégés de toute intrusion répressive⁽¹¹⁾.

Un parallèle peut également être fait quant aux deux figures emblématiques qui ont fortement marqué la naissance de ces deux champs: Pierre Fouquet pour l'alcoologie et Claude Olievenstein dans le domaine des toxicomanies. Deux personnalités certes différentes mais proches sur bien des aspects⁽¹²⁾ et qui ont ouvert la voie à deux champs anthropologiques, cliniques et institutionnels que l'on peut qualifier l'un et l'autre (selon l'expression de Fouquet lui-même) d'« enfants adultérins de la psychiatrie ».

- *Les paradigmes fondateurs sont néanmoins très différents*. Paradoxalement, si ce qui a prévalu n'est pas tant la substance consommée qu'un mode d'approche adapté au phénomène de consommation, à ses modes d'expression pathologiques et aux significations humaines et sociales qu'il

s'est agi de faire entendre contre les préjugés, c'est cette adaptation des modalités d'appréhension qui est certainement à l'origine des différences paradigmatiques initiales.

Du côté de l'alcoologie les intervenants sont confrontés à la nécessité de «débannaliser» l'attitude sociale face à l'alcool sans stigmatiser un produit totalement intégré dans la culture. Nous avons vu que c'est cette contrainte qui est à l'origine de l'assimilation du problème de l'alcool à une question d'hygiène alimentaire. L'influence des associations « d'usagers » - ou mouvements d'entraide - y est d'emblée particulièrement puissante et acceptée⁽¹³⁾. De même, les liens avec la médecine somatique vont de soi dans la mesure où les médecins généralistes et les services hospitaliers sont directement et massivement confrontés à la prise en charge des complications de l'alcoolisme. Pour autant, l'approche « globale », c'est-à-dire incluant la prévention, les soins et l'intervention sociale, mais aussi globale car à l'intersection de multiples disciplines, bien que présente dès les premiers textes fondateurs de l'alcoologie française, n'aura de traduction institutionnelle qu'à travers le difficile développement des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)⁽¹⁴⁾. Quelques unités ou services hospitaliers de médecine ou de psychiatrie, sur décision personnelle de leur chef de service, se transformeront en service d'alcoologie, mais ils resteront rares et n'ont jamais eu à ce jour de reconnaissance administrative en tant que tels (à l'exception de quelques «intersecteurs d'alcoologie» [Rigaud, 1996]). Quant aux tentatives d'expériences d'approche mêlant alcoologie et toxicomanie, elles seront rapidement tuées dans l'œuf par des directives administratives entérinant le cloisonnement (Craplet, 2000).

De l'autre côté, pour « l'intervention en toxicomanie », le premier paradigme est celui de la rupture politico-institutionnelle. L'importance du «rapport à la loi» (et de la dialectique marginalisation-réinsertion) y est donc très prégnant. Par ailleurs, si l'alcoologie a fait relativement bon ménage avec le concept d'alcoolisme-maladie (« disease concept »)⁽¹⁵⁾, et l'a même promu, les intervenants en toxicomanie ont, quant à eux, généralement développé une critique de ce concept de maladie appliqué à la toxicomanie, faisant valoir une approche clinique non réductible à la santé et à la médecine. Ceci est une des raisons du succès, dans les années quatre-vingt, d'une conception psycho-dynamique très influencée par la psychanalyse et

focalisée sur « la problématique du sujet », c'est-à-dire à distance à la fois du biologique et du social. La survenue du sida va provoquer de profonds chamboulements et imposer l'urgence de « se plier » aux impératifs de la santé publique, notamment celui de se rapprocher des usagers ne pouvant ou ne souhaitant pas interrompre leur consommation mais ayant besoin de soutiens spécifiques pour « réduire les risques » de cet usage. Ce n'est que dans cette dernière période que des alliances nouvelles (et pour une part conflictuelle) se sont nouées avec la médecine et avec les associations d'usagers qui commencent à se constituer.

Ainsi, en trente à quarante ans d'histoires parallèles, les évolutions respectives ont conduit les deux champs à s'enrichir des mêmes dialectiques (par exemple entre médicaliser-démédicaliser, spécialiser-déspecialiser, etc.), à se méfier des mêmes réductionnismes et, finalement, à se retrouver sur une approche pluridimensionnelle, bio-psycho-sociale. Une approche également attachée à une éthique, éthique du sujet et de sa liberté, face au déversement d'idéologies morales et de croyances souvent désastreuses dans un domaine qui touche à la définition de limites des conduites individuelles et sociales.

Deux histoires parallèles aussi quant à leurs évolutions très imbriquées à celle des représentations dans l'opinion publique et des mesures législatives prises par les responsables politiques. Sans cette inscription dans leurs contextes, les deux histoires comme l'actuel rapprochement sont inintelligibles.

2) Les aspects épistémologiques

Depuis plus d'un siècle, c'est-à-dire depuis la naissance des catégories incertaines des «passions» de l'alcool (l'alcoolisme et l'alcoolomanie) et des toxiques (les toxicomanies), un mouvement dialectique des concepts et des pratiques tente de saisir une réalité clinique et humaine à la fois dans sa singularité et dans son appartenance à un ensemble plus vaste de pathologies ou de comportements. Rappelons à ce sujet que la notion de toxicomanie est née, à la fin du XIXème siècle, d'une volonté de quelques cliniciens de globaliser dans une même entité des consommations nocives de différentes substances. Il s'agissait de dépasser les séparations d'alors entre morphinomanie, cocaïnomanie, éthéromanie, etc., mais aussi

de dessiner une nouvelle figure pathologique caractérisée par l'«impulsivité» et l'«incurabilité» : le toxicomane.

L'alcoolisme est à cette époque une question autre, traitée différemment. L'alcool, en effet, ne peut être considéré comme toxique en soi car ce serait mettre en accusation le vin, un symbole trop intimement lié à l'identité française pour que cela puisse s'imaginer⁽¹⁶⁾. En revanche de «mauvais» alcools peuvent être mis sur la sellette, telle l'absinthe, chargée de tous les maux et totalement prohibée en 1916, dans le contexte de la guerre nationale et sur l'argument du risque d'affaiblissement de l'armée française par «la fée verte». Un argument similaire justifia, à la même époque, que l'on sonnât la charge contre l'opium (Yvorel, 1993).

Pour sa part, le terme d'addiction, bien que présent dans le vocabulaire du droit en vieux français, n'apparaît avec son sens contemporain qu'au seuil des années 1930 dans la littérature psychanalytique de langue anglaise. Il désigne alors à la fois une forme d'expression pulsionnelle et certains processus inconscients assurant une fonction de protection pour la vie psychique des patients. Un peu plus tard, il passe dans le vocabulaire psychiatrique anglophone, puis dans l'approche cognitivo-comportementale (Jacquet & Rigaud, 2000).

C'est dans ce cadre que A. Goodman propose en 1990 une critériologie comportementale pour définir une «nouvelle catégorie de troubles psychiatriques» : le «Trouble Addictif» («Addictive Disorder») caractérisée par une *«impossibilité répétée de contrôler un comportement qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne et qui est poursuivi en dépit de ses conséquences négatives»*.

En France, dans les années 1980, il fait son apparition dans quelques écrits de psychanalystes et de psychiatres (MacDougall, Bergeret, Descombey,...) cherchant à élaborer une psychopathologie transnosographique des sujets présentant une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives et/ou à un comportement. Dans ces prémices, le mot addiction est employé dans un sens similaire à celui de dépendance. Et c'est d'ailleurs au nom de la dépendance en tant que phénomène commun à des conduites compulsives diverses (alcoolisme, toxicomanie, jeu pathologique, achats compulsifs, boulimie, etc.) que se crée peu à peu un courant de pensée et des échanges cliniques dans le champ psychiatrique. Courant qui peut s'appuyer sur les définitions des classifications internationales (CIM 10 et DSM IV) dont l'influence est grandis-

sante comme référentiel «athéorique» en psychiatrie⁽¹⁷⁾. Ces brefs rappels montrent combien la notion d'addiction est issue d'approches distinctes voire divergentes. Ces racines expliquent qu'il n'existe pas de définition simple et consensuelle de l'addiction, et que cette notion ne peut être que composite, hétérogène et floue, d'autant plus si on veut lui donner une valeur fédérative.

La terminologie la plus couramment reprise en France, à l'heure actuelle, est celle de «pratiques addictives», mais celle-ci recouvre pour certains l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, alors que pour d'autres elle désigne parmi ces comportements ceux qui peuvent être considérés comme pathologiques, à savoir les usages nocifs et les conduites de dépendance (excluant donc les «usages simples»).

D'autres problèmes de définition se posent. Par exemple en ce qui concerne les usages nocifs qui sont principalement définis à partir des dommages déjà provoqués et cliniquement visibles. Toute approche qui privilégie de façon descriptive le comportement individuel contient également, à nos yeux, le risque de se substituer à celle qui veut considérer le sujet dans sa globalité en s'intéressant à son fonctionnement psychique, ses liens culturels et ses motivations. Risque vis-à-vis duquel nous devons rester vigilants⁽¹⁸⁾.

Par ailleurs, pour scientifique et universel qu'il puisse paraître, le concept d'addiction n'a d'actualité que du fait de processus qui le dépassent et qui ont à voir avec l'émergence de nouvelles souffrances prenant forme dans le creuset social et face auxquelles il est nécessaire de trouver de nouveaux modèles de compréhension, de nouvelles nominations et de nouveaux dispositifs de «traitement». Plus largement, on perçoit bien que cette globalisation de comportements abordés jusqu'ici différemment est en lien d'une part avec une généralisation des consommations de substances sans cesse renouvelées et, d'autre part, avec un poids grandissant reposant sur un individu moderne, de plus en plus enjoint à se gouverner lui-même (Ehrenberg, 1998).

Il en est du terme addiction comme des mots qui prennent une valeur paradigmatique dans des conditions historiques données : en bénéficiant d'un engouement soudain, ils lèvent des pesanteurs de la pensée et rendent possible des regards collectifs nouveaux, mais ils doivent aussi éveiller la prudence car leur extension comporte forcément des abus de pouvoir explicatif et génère d'autres zones d'ombre (Jacquet & Rigaud,

2000). Il nous semble néanmoins que la notion d'addictions (au pluriel) présente deux intérêts aujourd'hui décisifs :

1) élargir le regard clinique porté sur ces conduites au-delà de l'approche focalisée sur le produit qui avait prévalu jusque-là. Si cet élargissement comporte des ambiguïtés et le risque de pathologiser (et donc de médicaliser) abusivement des comportements humains, il constitue toutefois une approche plus conforme aux pensées des fondateurs de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie en France, c'est-à-dire une approche plurifactorielle où interviennent aussi l'individu et le moment socioculturel, et dont la problématique est avant tout systémique en ce qu'elle s'intéresse aux liens entre les trois éléments du triptyque : la personne, la substance, la société ;

2) décloisonner l'abord de ces réalités cliniques complexes et induire une approche sociale et médicale plus appropriée des phénomènes qu'ils traduisent, ce qui constitue aujourd'hui une nécessité historique.

3) Les aspects cliniques

Comme l'écrit D. Bailly, le polymorphisme sémiologique, étiologique et évolutif des conduites addictives ajouté à l'aspect encore très fragmentaire des connaissances actuelles « *confère à la clinique encore plus d'importance qu'ailleurs et exige, par là même, que la sémiologie soit restituée tant dans sa complexité diachronique pour un même sujet que dans sa diversité d'un sujet à l'autre* » (Bailly, 1998).

Les cliniques des conduites d'alcoolisation et des toxicomanies ont en commun d'être récentes, à la recherche de concepts fédérateurs et de savoirs essentiels, et d'être en quête d'une légitimité scientifique. Elles sont également toutes les deux fortement soumises aux évolutions culturelles et législatives, ainsi qu'aux représentations sociales, nous venons de le souligner. C'est en tout cas de ces « lectures », des regards qu'elles induisent et des modèles qu'elles véhiculent dont dépendent les stratégies de prévention et de traitement, les typologies des structures de soins et la cohérence de l'ensemble.

Elles se sont développées jusqu'ici selon des modalités essentiellement distinctes et parallèles. Peuvent-elles alors se fondre dans une même « clinique des addictions » ? Ce serait probablement les dénaturer, au moins en partie, mais il n'en paraît pas moins nécessaire de créer dès aujourd'hui des

passerelles permanentes, afin d'échanger des données et de partager des voies de réflexion et d'action communes. D'autant qu'apparaissent des problématiques à l'intersection des deux et dont aucun ne peut prétendre avoir seul la clé⁽¹⁹⁾.

Pour être opérante, cette démarche de collaboration et d'interaction exige des cliniciens qu'ils acceptent de mettre mutuellement en question leurs présupposés et leurs pratiques en se donnant pour objectif de construire les bases communes à partir desquelles pourront se dégager des aspects plus spécifiques à telle ou telle conduite addictive⁽²⁰⁾.

1) Les éléments en faveur d'une base commune

- *Des facteurs individuels communs*: les travaux de l'INSERM sur les dépendances (étudiant, sur plusieurs années, 600 personnes alcooliques, toxicomanes ou présentant des troubles des conduites alimentaires, en comparaison d'un groupe témoin de 600 sujets), confirment que les éléments psychopathologiques considérés comme facteurs favorisants (l'impulsivité, la dépressivité, la recherche de sensations, etc.) se retrouvent dans l'ensemble des conduites addictives.

- *Des significations communes*: les travaux cliniques sur les conduites à risque chez les adolescents ont mis en évidence combien les surconsommations de substances psychoactives ont une fonction dans le contrôle de la distance relationnelle. « *La y a de plus conflictuel mais aussi de plus investi dans le besoin relationnel* » et la conduite addictive représente « *une défense contre une dépendance affective perçue comme une vulnérabilité dépressive et plus profondément comme une menace pour l'identité du sujet et une aliénation à ses objets d'attachement* » (Corcos, 2000). Dans le même sens, il a été fréquemment souligné que les problématiques de séparation/individuation sont, sur le plan psychogénétique, au cœur des processus d'addiction, et constituent de ce fait « *une trame commune à la prise en charge de tous ces patients quelle que soit la spécificité de leur conduite addictive* » (J.-L. Vénisse).

Cet abord psychopathologique transversal a déjà été développé par un certain nombre d'auteurs, la plupart psychanalystes, insistant surtout sur la souffrance psychique qui préexiste à la conduite de consommation et qui trouve dans l'acte addictif un « substitut à un manque de satisfaction sexuelle » (Freud), un « bouclier » (Rado), un « coupe-circuit dans l'élaboration des affects » (MacDougall), « une auto-conservation

paradoxe» (Le Poulichet). Cette conception correspond en tout cas à une donnée assez unanimement reconnue par les cliniciens de toutes les addictions: leur dimension auto-thérapeutique. D'où un rapport étroit, même s'il n'en est pas moins complexe, entre le recours «abusif» à des substances et les troubles psychiques, voire toutes les formes de comorbidités psychiatriques.

- *La problématique de l'assujettissement* («la perte de la liberté de s'abstenir», pour reprendre les mots de Fouquet) constitue sans doute l'élément clinique commun le plus central, sur lequel se concentrent la plupart des théories et sur lequel butent les approches soignantes. Une problématique consubstantielle à la notion même d'addiction, celle-ci renvoyant dans son étymologie à l'état d'esclavage et à la contrainte par corps, donc à «*la lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même*» (MacDougall).

Cela induit un mode de relation entre l'individu et son addiction qui l'accapare et qui imprime en grande partie son vécu, ses relations sociales et son histoire.

- Sur le plan de *l'histoire naturelle d'une addiction*, c'est-à-dire la trajectoire individuelle de l'usager, les différentes étapes par lesquelles il passe, depuis l'initiation, l'usage régulier jusqu'à la dépendance et la rechute puis l'arrêt de la consommation, les similitudes apparaissent également évidentes. Il convient néanmoins de souligner que ce constat ne vaut que pour les cas de conduites addictives où une dépendance s'est installée et que cet itinéraire s'observe selon des formes qui peuvent être sensiblement différentes⁽²¹⁾. Pour autant, cette temporalité détermine une scansion parfois assez proche dans les prises en charge: accueil, projet d'abstinence, préparation du sevrage et sevrage, posture, suivi, prévention de la rechute sont des séquences diversement formalisées mais qui restent sous-jacentes à l'organisation du projet thérapeutique de nombreuses équipes soignantes pour la prise en charge de personnes dépendantes.

Ce même parallèle peut être fait, dans une certaine mesure, en matière d'évolution et de pronostic, qui dépendent davantage de facteurs de personnalité et d'environnement social que du comportement d'addiction en tant que tel (Jeammet, 1997). Toutefois, cela n'est vrai qu'abstraction faite des complications liées à la toxicité propre de chaque produit et type de consommation (infections virales chez les injecteurs, cirrhose du foie ou neuropathie chez l'alcoolique par exemple). Abstraction qui semble pour le moins

théorique dans la mesure où ces complications émaillent et influencent grandement l'évolution comme le pronostic vital.

- *Sur le plan du traitement*, les similitudes de trajectoires des personnes dépendantes - et de leur «lutte contre une partie d'eux-mêmes» - déterminent des proximités dans les traitements qui leur sont proposés. Tous les modèles thérapeutiques sont assez convergents sur ce point, mais ce sont les approches cognitivo-comportementales qui ont le plus formellement construit un mode de traitement commun à toutes les conduites addictives aux différentes substances concernées, d'abord dans sa finalité (améliorer la qualité de vie) mais aussi dans ses objectifs intermédiaires: la «maturation motivationnelle», l'aide à l'arrêt de la consommation du produit, le traitement des troubles cognitifs, relationnels, sociaux et psychiatriques, et la prévention de la rechute. Les seules différences mentionnées portent sur les pharmacothérapies utilisées dans le sevrage et pour la prévention de la rechute (Aubin, 2000).

Encore que, sur ce point, des expérimentations sont menées sur des techniques pharmacologiques dites «addictolytiques», qui visent des mécanismes neuro-biologiques communs aux addictions. Cette voie a été récemment amorcée, mais de façon empirique, avec l'utilisation de la naltrexone pour favoriser le maintien de l'abstinence chez les alcoolodépendants et les dépendants aux opiacés⁽²²⁾.

On peut également remarquer que, même si ce point ne fait pas l'unanimité, beaucoup de cliniciens sont convaincus qu'une personne dépendante d'une substance ne peut s'extraire de cette dépendance qu'en s'abstenant définitivement de la consommer⁽²³⁾. Ce qui ne veut bien entendu pas dire que l'abstinence est un impératif pour tous les usagers, ni que des dépendances ne peuvent pas s'aménager (comme c'est le cas avec les traitements de substitution opiacés par exemple). Cette question de l'abstinence est en tous les cas l'une de celles qui sont les plus fréquemment soulevées à l'heure actuelle lorsque des équipes des deux champs commencent à se rencontrer.

- *Sur le plan neurobiologique*, un consensus scientifique existe sur le fait que la plupart des substances psychoactives agissent sur les circuits neuronaux dits «de la récompense» en activant les neurones de l'aire tegmentale ventrale et leurs projections dopaminergiques d'un côté sur le cortex préfrontal et de l'autre sur le noyau accumbens. Les phénomènes d'auto-administration chez l'animal et les mécanismes de

renforcement semblent également comparables. De plus, il apparaît que, quelle que soit la substance en cause, les phénomènes de dépendance reposent sur (ou provoquent) des perturbations de ces circuits neurochimiques, en particulier la voie dopaminergique mésolimbique⁽²⁴⁾. Cette dépendance se traduit, à l'arrêt de la consommation, par un syndrome de sevrage dont l'expression symptomatique et l'intensité sont différentes selon le produit en cause.

Si tout ceci plaide en faveur d'une activité neurobiologique commune à toutes les substances psychoactives et paraît de nature à éclairer l'un des déterminants communs à l'ensemble des conduites addictives, cette activité ne saurait pour autant résumer à elle seule la totalité de l'action pharmacologique de ces substances ni conduire à amalgamer toutes ces conduites.

2) Les éléments qui déterminent des spécificités

S'il est donc peu contestable que la clinique des addictions comporte une sorte de tronc commun, il n'en reste pas moins que de nombreuses distinctions et différences existent, plus ou moins prononcées et mouvantes, mais dont il est fondamental de tenir compte, ne serait-ce qu'en termes d'objectifs et de méthodes pour l'efficacité de l'approche préventive et thérapeutique.

- *En matière d'épidémiologie et de santé publique*, il est manifeste que les impacts en termes de prévalence, de morbidité et de mortalité ne relèvent pas de la même échelle : les mésusages de l'alcool sont, chaque année, à l'origine de plusieurs dizaines de milliers de décès et de nombreuses hospitalisations (environ une hospitalisation sur trois en service de gastro-entérologie, par exemple), la toxicomanie n'est impliquée que dans quelques centaines de décès tout au plus et la morbidité induite, bien que peu étudiée, apparaît elle aussi nettement inférieure. Cependant ces différences reposent avant tout sur celles des niveaux de prévalence des consommations, et ces données sont susceptibles d'évoluer brusquement comme cela s'est produit avec l'épidémie de sida parmi les toxicomanes, relayée aujourd'hui par l'importante prévalence du virus de l'hépatite C.

- *Dans les représentations*, bien que de façon discordante avec l'épidémiologie, la différence est également très marquée : l'alcoolisme reste perçu comme la conséquence d'un mauvais usage d'un bon produit, alors que la toxicomanie

l'est comme le résultat d'un usage d'un produit foncièrement mauvais, « la drogue » (Craplet, 2000). Ces représentations ont de multiples retentissements, en particulier celui de charger l'alcoolique du poids d'un opprobre (Rigaud, 1987) et d'une particulière culpabilité qui induisent et expliquent en partie cette tendance au déni que beaucoup considèrent comme un trait spécifique (« Non, je bois comme tout le monde »). À l'inverse, le toxicomane surprend par sa propension à revendiquer sa toxicomanie en tant que jeu avec des choses interdites et qui font peur, et la réprobation sociale s'abat avant tout sur le dealer pourvoyeur de « poison ». Cette représentation explique aussi pourquoi le modèle épidémique (« la drogue fait le toxicomane » et les usagers répandent leur mal par prosélytisme) a connu un grand succès dans le domaine des toxicomanies alors qu'il est absent dans celui de l'alcoolisme. On voit combien la culture et les représentations sociales influencent voire déterminent non seulement les comportements sociaux mais aussi les modes de pensée clinique et les conceptions théoriques.

Or beaucoup de signes indiquent que ces représentations sont en train de fortement évoluer, chacun le perçoit et peut l'interpréter à la lecture de travaux anthropo-sociologiques comme ceux de A. Ehrenberg: nos consommations de substances s'étendent à la plupart des activités humaines, les enjeux économiques et géopolitiques sont considérables, nos frontières se troublent entre drogues et psychotropes, entre licite et illicite, entre recherche hédoniste de confort voire de sensations, soin et dépendance. Mais personne ne peut prédire jusqu'où ces changements peuvent aller - distribuer l'héroïne? légaliser le cannabis? interdire le tabac? etc. - sans provoquer de réaction et de retour de balancier. Il semble bien qu'à l'exemple de ce qui se dessine avec l'extension de la consommation de psychostimulants, on assiste à des changements irréversibles et du même coup historiques⁽²⁵⁾. Ceux-ci ne pourront que conduire à des modifications des cadres législatifs et des réglementations, dont certaines s'amorcent déjà comme l'indiquent les changements en matière de règles de prescriptions, dans un sens d'élargissement (pour les opiacés de substitution, le cannabis dans un avenir plus ou moins proche, etc.) ou, à l'inverse, dans un sens restrictif (pour certaines benzodiazépines, ou certains produits « dopants » par exemple).

- *Sur le plan neurobiologique*, si « la perception du plaisir et/ou de l'efficacité pharmacologique lors de la consommation de

SP (substances psychoactives) fait intervenir des systèmes neurochimiques identiques quelle que soit la SP », et si « l'exposition à un produit semble augmenter les risques de tolérance et/ou sensibilisation aux autres », le maintien du comportement d'usage et l'adaptation des circuits neuronaux dépendent quant à eux du mode d'action de chaque substance (Léger-Daoust, 2000). Ils dépendent au moins également de l'expérience liée au produit, des éléments environnementaux qui s'y associent, des valeurs et des attentes qui s'y rattachent et qui s'inscrivent dans la mémorisation neuronale de cette expérience (Tassin, 1998). Ces processus permettent de comprendre que si les effets de « centration de l'existence autour de l'expérience du produit » (Morel, Hervé, Fontaine, 1997) procèdent de mécanismes comparables, cette centration et les modes de vie attenants ne sont pas identiques selon les produits. Au-delà (ou en deçà) des voies d'action communes, les différentes substances agissent diversement sur le système nerveux central, et ces spécificités doivent être mieux connues car elles font partie des facteurs qui influencent l'expérience vécue par le sujet, son rapport au produit, donc la clinique et, par voie de conséquence, les choix des modalités thérapeutiques (par exemple pour le traitement de sevrage, pour l'utilisation de médicaments de substitution, etc.)⁽²⁶⁾.

• Dans un *abord phénoménologique de la clinique*, il est très important de souligner que la centration de l'existence sur une substance modèle le rapport au monde et plonge le sujet dans un univers fortement associé à ce produit et à son image sociale. Ainsi, peut-on constater que, lorsqu'il y a conduite de dépendance, même si celle-ci est émaillée de poly-consommations, cette dépendance s'organise pratiquement toujours autour d'un produit principal ou dominant. Plus cette dépendance s'installe et s'intensifie, plus le sujet est lié à l'univers du produit (« Mon alcool » disent volontiers les alcoolodépendants) et plus son rapport au monde est modelé par cette expérience intérieure et sociale. Plus son identité y est également attachée. En d'autres termes, le parcours de vie du sujet est en grande partie déterminé par l'addiction à un produit plutôt qu'un autre et par les spécificités de celle-ci comme les dommages qu'elle induit, les besoins qu'elle génère, le style de vie qu'elle imprime. De même, les rapports avec les institutions, les types de soins éventuellement entrepris, etc. seront adoptés par le sujet pour autant qu'ils peuvent s'intégrer au « monde » du produit⁽²⁷⁾.

Or le monde de « la drogue » et celui de l'alcool sont différents à bien des égards. Le monde de « la drogue » n'existe d'ailleurs que dans un imaginaire de non-consommateurs car cet amalgame n'a plus guère de sens pour la plupart des usagers tant il est devenu pluriel: par exemple, un individu focalisé sur l'usage de drogues de synthèse aura le plus souvent des attaches avec le milieu festif et ne se sentira d'aucune manière assimilable à ceux qui sont « dans la came ».

• Dans le domaine des *complications psychiatriques et somatiques*, il existe un certain nombre de distinctions qui tiennent aux effets psychodysléptiques ou au potentiel intoxicant propres à chaque substance. On sait, par exemple, que l'abus de cocaïne s'associe fréquemment à des attaques de panique et à des dysphories, ce qui est beaucoup moins le cas avec les opiacés.

Les troubles psychiques préexistants sont essentiellement la dépression (environ 30 %) pour la dépendance à la cocaïne, aux opiacés ou au tabac, alors qu'ils sont nettement moins présents chez les sujets devenant alcooliques. Chez ces derniers, les troubles dépressifs sont secondaires dans 80 % des cas (Adès & Lejoyeux, 2000).

• *sur le plan thérapeutique*, les particularités découlent logiquement de celles de la clinique qui viennent d'être énoncées. En premier lieu, il convient d'insister sur la nécessaire prise en compte de la dimension culturelle (ou « contre-culturelle ») intrinsèque à chaque conduite d'usage de substance psychoactive. Cette prise en compte va induire des modalités spécifiques de rencontre et d'accompagnement qui ne sont pas un « vernis » destiné à mieux faire admettre l'intervention soignante dans une certaine population, mais constitue la base même du soin. Celui-ci devant partir du postulat que le sujet doit être respecté tel qu'il est, là où il en est et dans sa libre intentionnalité.

Les répercussions spécifiques de chaque substance et mode de consommation en termes de dépendance, d'effets psychomodificateurs et de complications somatiques vont également déterminer des adaptations de la thérapeutique. Pour ces raisons, des traitements comme ceux tournés vers la substitution ou vers l'abstinence, le recours à des médicaments psychotropes, à des prises en charge institutionnelles ou à des groupes d'entraide par exemple ne vont pas occuper la même place ni s'effectuer dans les mêmes cadres ou avec les mêmes outils⁽²⁸⁾.

Aux caractéristiques respectives des produits en termes de

psychoactivité, d'addictivité et de nocivité, s'ajoutent l'existence de systèmes de régulation culturelle et les réglementations des produits et de leurs usages pour déterminer les objectifs communs de prévention des usages à risque et leurs déclinaisons spécifiques. En effet, si du côté de l'alcool ces éléments permettent de penser qu'une grande majorité de la population peut en consommer modérément, sans encourir de dommage notable, et si une hypothèse similaire est de plus en plus admise en matière de cannabis, cela ne peut être applicable ni pour toutes les substances ni en toute circonstance (âge, mode de consommation, dose de principe actif, etc.). Ces questions qui touchent à la définition des seuils d'apparition des risques pour chaque substance demandent à être examinées au-delà des préjugés et des catégories définies par les lois et conventions internationales dont on sait qu'elles ne recouvrent que très imparfaitement ces notions de dangerosité réelle⁽²⁹⁾. Les réponses à ces questions sont en effet capitales, notamment pour apporter des représentations sur des usages à risque qui, non encore associés à un quelconque dommage d'ordre physique, psychique ou social, n'en recèlent pas moins un potentiel de passage progressif et insidieux à l'usage nocif. De ces éléments découle en effet une véritable politique de réduction des risques dont on mesure combien l'objectif général et commun à toutes les substances exige une mise en œuvre adaptée dans ses méthodes et ses moyens selon les produits et la nature des problèmes de santé publique qu'ils posent⁽³⁰⁾.

4) Les perspectives pratiques et organisationnelles

L'opinion publique et plus particulièrement la population des personnes ayant des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives semblent assez favorables à la mise en place de dispositifs communs en ce qu'elle manifeste la prise en compte d'un fond commun d'expériences douloureuses. Mais à condition que ces rapprochements ne se fassent pas au détriment de la spécificité des difficultés rencontrées par des personnes qui ne se reconnaissent pas (en tout cas pas encore) dans des appellations génériques ou des catégories médico-sociales comme «polytoxico-manes», «usagers de drogues» ou «addictés»⁽³¹⁾.

Or, tant qu'une telle identité générique ne se sera pas substituée, dans le public, à celles de «toxicomane» ou

d'«alcoolodépendant», l'existence de lieux spécifiques d'accueil restera le meilleur garant de cette reconnaissance initiale de la personne qui doit présider à la rencontre pour établir une relation thérapeutique. La meilleure preuve n'est-elle pas que la plupart des services d'alcoologie se sont associés le concours de mouvements d'anciens buveurs, ou que les structures de «première ligne» en toxicomanie (celles qui cherchent à entrer en contact avec les usagers les plus éloignés des institutions de soins) travaillent avec des ex-usagers, voire même des usagers? Mais pour autant, il s'agit d'éviter que ces lieux ne constituent des ghettos.

Il est peu contestable que les dispositifs de soins spécialisés se sont développés de manière cloisonnée et qu'ils sont devenus partiellement inadaptés. Cette affirmation ne constitue en rien une contestation de leur bien fondé sur les bases qui ont présidé à leur mise en place dans les années soixante-dix. Si des critiques peuvent leur être faites aujourd'hui, il convient de rappeler que les institutions spécialisées ont dû faire face prioritairement à la prise en charge des personnes les plus en difficulté (alcoolodépendants et héroïnomanes) dans le cadre des missions et des moyens qui leurs étaient attribués par les politiques sanitaires et budgétaires des différentes époques⁽³²⁾. Ces dernières se sont élaborées de manière séparée et différente, sans souci de planification durable, en prenant prioritairement en compte le statut légal du produit plutôt que les niveaux de morbidité réels. Par la force des choses, les autres consommateurs - en particulier ceux débutant un usage à risques - ont d'autant moins fréquenté ces institutions qu'elles étaient devenues des lieux de soins plus que de prévention, et que, de plus, toute conduite de mésusage de substance psychoactive se soutient peu ou prou, au moins dans les premiers temps, d'une sorte de passion d'indépendance et de certitude de «bien gérer» sa consommation.

Aujourd'hui, le développement des dispositifs ne peut plus se concevoir de façon séparée, dans des logiques autonomes. En effet, s'engager dans la constitution d'un champ commun des addictions ne procède pas seulement d'une évolution de l'approche clinique et thérapeutique; car il s'agit aussi d'une redéfinition des objectifs de santé publique et, en conséquence d'un changement de politique qui implique des modifications législatives et structurelles profondes. Il paraît en effet peu réaliste de vouloir accélérer le redéploiement des systèmes de prévention et de soin et de faire évoluer les

mentalités sans que l'État ne mette en œuvre de façon visible ces changements et ne les inscrive dans la législation. À commencer par les modes d'élaboration et d'évaluation de politiques publiques qui vont devoir également être réunies dans une seule et même politique visant les addictions.

Cette nouvelle politique publique entend répondre à des objectifs généraux dont certains devront se décliner de façon spécifique afin de prendre en considération les éléments et les problématiques que nous venons de rappeler relevant de stratégies, de méthodes et d'outils adaptés et donc particuliers. L'organisation et la planification doivent être conçus globalement, mais une telle politique doit aussi créer les conditions d'une mise en œuvre adaptée, diversifiée et coordonnée.

Si les structures sanitaires ont en commun une nécessaire inscription dans une politique de santé qui leur assigne une place, un statut et des missions, ceux-ci doivent permettre aux intervenants de définir des modes de fonctionnement des lieux de prise en charge, ainsi que des attitudes thérapeutiques et des offres d'aide qui répondent à des objectifs spécifiques en ce qu'ils respectent les spécificités des comportements et des problèmes cristallisés selon les caractéristiques des différents produits. Par exemple, si l'objectif général de réduire les risques liés aux usages de substances psychoactives est indéniablement pertinent quelle que soit la substance, il serait erroné de vouloir intervenir dans ce but avec les mêmes méthodes dans la population des usagers de drogues par voie intraveineuse, dans les milieux festifs dans lesquels circulent des drogues de synthèse, dans certains milieux sportifs exposés à des abus d'alcool ou encore auprès du grand public pour les risques liés aux mésusages d'alcool. Cette adaptabilité est d'autant plus nécessaire que, répétons-le, les conduites addictives constituent un phénomène dont la dimension sociale et culturelle est fondamentale.

Schématiquement, trois pôles d'acteurs sont impliqués dans la prévention et les soins des problèmes liés aux pratiques de consommation de substances psychoactives :

- un *pôle généraliste* composé de médecins, d'acteurs de santé (pharmaciens, centres de santé, etc.), d'associations et de travailleurs sociaux non spécialisés mais jouant très souvent un rôle dans la trajectoire des usagers car au plus près d'eux, dans leur quartier, leur quotidien, notamment pour l'accès aux soins ainsi que le repérage qui en est la condition,
- un *pôle médico-psycho-social spécialisé* constitué

d'institutions et d'équipes pluridisciplinaires spécifiquement formées et implantées dans le tissu social, ayant une fonction de pôle de référence et de proximité, notamment pour les prises en charge les plus complexes, et de pôle de ressources pour les partenaires non spécialisés,

- un *pôle hospitalier* réunissant les moyens et les soignants qui, dans chaque hôpital et dans les différents services, doivent pouvoir répondre, de façon adaptée mais non-spécifique, aux pathologies principalement aiguës liées aux conduites addictives.

La mise en réseau de ces trois pôles ne doit pas induire une primauté de l'un sur les deux autres, mais organiser des coopérations pratiques et une coordination dont le centre, comme on a coutume de le répéter, doit être le patient. Il est en effet capital que ce mode d'organisation permette une multiplicité des « portes d'entrée » des usagers dans le système de soins et qu'il préserve une approche décloisonnée intégrant ses dimensions sociale, psychologique et médico-biologique.

Quelle que soit l'addiction concernée, il est également nécessaire que le dispositif offre une large palette d'outils permettant aux uns et aux autres de s'inscrire dans une démarche de soin individualisée.

Des systèmes de coopération permanente, en particulier en matière de prévention mais aussi de programmation, d'évaluation et de recherche sont à mettre en place. Ceci semble s'amorcer, certes avec difficultés parfois, mais avec un souci partagé de créer des systèmes fonctionnels. À l'image de la constitution dans un nombre croissant de départements et de régions de « Centres d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances » qui réunissent assez fréquemment des intervenants des deux champs avec ceux de l'éducation à la santé. Cette même expérience indique cependant qu'il reste du chemin à faire pour rendre opérationnels ces rapprochements et que s'y impliquent les pouvoirs publics.

La réintégration dans le langage de plus en plus courant d'un mot de vieux français sous forme d'un anglicisme donne sans doute à l'addiction une autre force : celle de créer un lien linguistique susceptible d'ouvrir les échanges et de faciliter le dialogue entre l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie à un niveau international. Un niveau qui nous rappelle à nous Français que nous n'avons pas inventé ce rapprochement et que nous aurions, sur ce point aussi, beaucoup à apprendre de nos collègues européens et d'autres continents. ■

Docteur MOREL A., Psychiatre, Président de la Fédération Française d'Addictologie,
Le Trait d'Union, 154, Rue du Vieux Pont de Sévres
92100 Boulogne - France

Professeur FAVRE J.D., Psychiatre, Président de la Société Française d'Alcoolologie,
64, Avenue du Général de Gaulle, F - 92130
Issy-les-Moulineaux - France

Docteur RIGAUD A., Psychiatre, Secrétaire Général de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme.

Notes

- (1) Ainsi, une circulaire ministérielle récente incite à la création d'équipes d'addictologie de liaison dans les établissements hospitaliers. Des « cliniques des addictions » ou des fédérations de services voient également le jour dans de grands hôpitaux.
- (2) Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire (DESC) en addictologie.
- (3) Cette Fédération a été créée en octobre 2000 par la Société Française d'Alcoolologie (SFA), l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT), l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA) et la Société de Tabacologie.
- (4) Service dont le Conseil d'Administration vient de décider, en novembre 2000, la modification de l'appellation qui devient désormais « Drogues Alcool Tabac Info Service ».
- (5) Mais une telle réflexion pourrait s'enrichir des apports de champs comme ceux de la tabacologie ou des « addictions sans drogues » (le jeu pathologique, l'anorexie-boulimie, etc.).
- (6) On peut noter également que les grandes classifications pharmaco-cliniques comme celle de Lewin dans les années 1920 puis celle de Delay et Deniker dans les années 1960 n'ont jamais apporté d'argument scientifique pour définir une dangerosité justifiant les différences érigées par les législations entre drogues licites et illicites. Le récent rapport Roques (1998) s'inscrit dans la même lignée.
- (7) Il faut souligner à ce titre que, durant plusieurs décennies depuis les années 1950, la nosographie psychiatrique française a rangé la toxicomanie et l'alcoolisme à côté des perversions sexuelles dans le vaste fourre-tout des « psychopathies » ou des « déséquilibres psychiques », premier chapitre des maladies mentales chroniques dans le manuel de psychiatrie d'Henri Ey (ouvrage qui a servi de base à la formation de générations de psychiatres). Cette conception reliant confusément alcoolisme et toxicomanie aux perversions a perduré longtemps et elle est à l'origine de nombreuses contre-attitudes d'équipes soignantes. Avec le DSM, on peut craindre qu'elle retrouve une apparence de modernité à travers la catégorie quelque peu ambiguë des « personnalités anti-sociales ».
- (8) C'est également à cette époque que commencent à poindre les premières prises de conscience et les premières législations sur « l'alcool au volant ». Cette question est importante car elle oblige à s'interroger sur l'existence d'un seuil de consommation au-delà duquel les risques deviennent socialement inacceptables.
- (9) C'est-à-dire, rappelons-le, dans un contexte d'effervescence et de mutations culturelles, sociales et politiques particulièrement symbolisé en France par « les événements de 68 ».
- (10) Circulaires des 23 novembre 1970 et 31 juillet 1975.
- (11) La réaction du pouvoir politique vis-à-vis de la montée unanimement redoutée (et quelque peu grossie) du « fléau de la drogue » parmi les jeunes a été l'adoption, en 1970, d'une loi qui, pour la première fois dans l'histoire, fait de l'usage même privé de « stupéfiants » un délit fortement réprimé de nature à légitimer une action policière croissante dans ce domaine.
- (12) Tous les deux psychiatres, ils ont chacun, bien que de génération différente, subi les persécutions nazies qui les ont conduit à un attachement indélébile à l'idée du respect de l'humain au-delà de toute considération scientifique ou diagnostique. Par ailleurs, tous deux ont trouvé, bien qu'à des époques différentes, une impulsion majeure à leur engagement dans le domaine de l'alcoolologie ou dans celui des drogues lors d'un voyage aux États-Unis.
- (13) Les « mouvements d'anciens buveurs » sont antérieurs à l'émergence du champ professionnel en alcoolologie, ce qui explique sans doute qu'ils aient été dès les années cinquante considérées comme des « auxiliaires indispensables » voire de « meilleurs thérapeutes » par des services hospitaliers n'ayant aucun moyen d'assurer un suivi et une solidarité aussi constante et durable que ces associations. Excepté « Narcofitique Anonyme », les associations d'« auto-support » en toxicomanie ne doivent la reconnaissance de leur bien-fondé qu'à l'épidémie de Sida (ils ne reçoivent d'ailleurs de subvention de l'État que pour la prévention du Sida).
- (14) Institués par l'Art. 72 de la loi Aubry relative à la lutte contre l'exclusion, les CCAA ont fait suite à partir de 1999 aux Centres d'Hygiène Alimentaire promus Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoolologie par la circulaire DGS/137.2 du 15 mars 1983.
- (15) L'application du concept de maladie à l'alcoolisme (dont l'association d'origine nord-américaine Alcoolique Anonyme a été spécialement porteuse à partir des travaux de Jellinek) a été largement considérée tant par les personnes touchées que par les médecins s'intéressant à eux comme un progrès par rapport à l'image jusque là dominante de « l'ivrogne » vicieux et dégénéré.
- (16) À titre d'illustration, rappelons que, par Décret du 19 février 1791, la Révolution française avait élevé le vin au rang de « boisson égalitaire, républicaine et patriotique » et lui donna le rang de « boisson nationale ». Ce lien entre le vin et la Nation sera encore très présent dans le conflit contre l'Allemagne et s'exprimera bruyamment dans la propagande faisant appel aux « sources de la Nation » lors de la première Guerre mondiale.
- (17) Notons toutefois que ces classifications n'ont pas, à ce jour, validé la notion d'addiction en tant que telle, mais qu'elles définissent un ensemble de troubles soit liés à la dépendance aux substances psychoactives soit du registre des impulsions que cette notion vise à recouvrir.
- (18) C'est pourquoi nous préférons utiliser les termes de « conduites addictives » pour désigner les formes de consommations dites nocives ou de dépendance et souligner ainsi que le sujet est engagé dans sa globalité dans ce type de relation avec une ou plusieurs substances.
- (19) Par exemple les comportements d'usage associant systématiquement alcool et cannabis ou des dépendances à l'alcool venant relayer la dépendance aux opiacés ou s'associer aux traitements de substitution.
- (20) Nous préférons parler de *construction* de bases communes et spécifiques plutôt que de définition, car elles ne sauraient être déterminées une fois pour toute, ces délimitations étant soumises à des évolutions permanentes en rapport avec les avancées des connaissances scientifiques, les discours qui les véhiculent et donc avec l'évolution de la société toute entière.
- (21) Ceci est particulièrement vrai pour les consommations compulsives de cocaïne ou d'autres psychostimulants: les phénomènes de craving sont majeurs et ne sont pas modélisables sur la dépendance alcoolique ou opiacée.
- (22) On doit cependant souligner que cette molécule n'a pas la même cible et qu'elle ne s'utilise donc pas de la même façon dans un cas et dans l'autre. Cette différence se traduit par celle des appellations des spécialités pharmaceutiques dont les indications et les Autorisations de Mise sur le Marché sont également distinctes.
- (23) Cette opinion est très générale en alcoolologie, elle est moins clairement énoncée par les intervenants en toxicomanie mais semble tout de même implicitement admise, au moins pour la dépendance aux opiacés.
- (24) Et, semble-t-il, les circuits noradrénergiques corticaux.
- (25) Que ce soit dans le domaine thérapeutique (les antidépresseurs sont les psychotropes les plus prescrits), celui des activités sociales (le « dopage » pour améliorer ses performance n'intéresse plus seulement le sport mais la vie quotidienne et professionnelle) ou dans le registre hédoniste (avec les drogues de synthèse et les associations alcool-cannabis), les psychostimulants deviennent les substances culturellement appropriées à une société de « vitesse et d'impatience » (F. Roustang).
- (26) En tenant compte de ces différents aspects touchant d'un côté à la dangerosité de chaque produit (potentiels intoxicant, addictif et psychomodificateur) et de l'autre aux attentes qu'il suscite (pour l'obtention d'une sensation de plaisir, d'une aide thérapeutique ou d'une meilleure sociabilité), il est possible de tracer un profil pharmaco-clinique propre à chaque substance psychoactive qui identifie des spécificités très nettes (Morel & al., 2000).
- (27) Ainsi peut-on constater que la dépendance à l'alcool s'avère toujours plus déterminante que celle au tabac (alors que les deux dépendances sont presque toujours présentes), et qu'il en va de même pour la dépendance aux opiacés à l'égard de l'usage du cannabis par exemple. De même, quand un sujet dépendant des opiacés évolue vers la dépendance alcoolique, son parcours reste à plus d'un titre différent de celui des alcoolodépendants « primaires », cette différence étant plus flagrante encore lorsque cette dépendance alcoolique s'ajoute à celle inhérente à un traitement de substitution.
- (28) L'un des points les plus flagrants est qu'en alcoolologie, on ne dispose pas à ce jour de médicament de substitution pour maintenir l'abstinence du dépendant. Seul, peut-être, le suivi avec consommation contrôlée pourrait être comparé au programme de substitution, mais la consommation fut-elle contrôlée n'est pas par définition l'abstinence. Il faudrait alors admettre que la consommation contrôlée serait à indiquer, comme on

l'évoque d'ailleurs pour le tabac, chez des dépendants si invétérés que les soignants devraient renoncer à les accompagner vers l'abstinence.

(29) cf. le Rapport Roques.

(30) L'exemple de l'alcool indique les difficultés de mise en œuvre d'une telle politique et la nécessité de tenir compte de l'intégration dans la culture et des risques propres de ce produit ainsi que du nombre de personnes concernées.

(31) C'est ce que montre notamment une enquête réalisée en 1995 par Drogues Info Service et l'agence THEMA, avec le financement du Réseau National de Santé Publique : « Étude sur l'élargissement des réponses de Drogues Info Service à l'alcool », citée par Cohen (2000).

(32) Du côté de l'alcoologie, il est connu que les moyens octroyés par l'État sont restés très en dessous des besoins : de nombreux Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie doivent aujourd'hui encore desservir un bassin de population de 150 000 habitants avec deux vacations de médecin, une infirmière et une secrétaire, tandis que beaucoup d'hôpitaux ne disposent d'aucun lit de sevrage, etc.. Du côté de l'intervention en toxicomanie, si les Centres Spécialisés étaient apparemment mieux dotés, ils ont longtemps été les seuls lieux à accueillir une population en grande difficulté médico-psychologique et sociale, dans un contexte légal et idéologique rejetant les usagers de drogues illicites dans l'exclusion et les renvoyant principalement vers les institutions répressives.

Bibliographie

ADÈS J., LEJOYEUX M. (2000), «Aspects communs et spécifiques aux diverses substances psychoactives dans le champ des classifications, des traits de caractère et des comorbidités psychiatriques», texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions, non publié.

AUBIN T. (2000), «Traitement des patients souffrant de conduites addictives (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments): aspects communs et aspects spécifiques», texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions, non publié.

BAILLY D. (1998), «Inscription du sevrage dans le long terme», Conférence de Consensus sur le sevrage des sujets dépendants des opiacés, ANDEM.

BAYLÉ F.J., CHIGNON J.M., ADÈS J. (1994), «Le concept d'addiction», *Neuro-psy*, 9 (1-2) : 9-18.

COHEN B. (2000), «Aspects communs et spécifiques aux appels concernant l'alcool et les drogues», texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions, non publié.

CORCOS M. (2000), «Les conduites de dépendance à l'adolescence : aspects communs et aspects spécifiques», texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions, non publié.

CRAPLET M. (2000), «Éloge de l'alcoologie et naissance de l'addictologie», *Alcoologie et Addictologie*, 22 (3) : 185-183.

EHRENBERG A. (1998), *La fatigue d'être soi, dépression et société*, Odile Jacob, Paris.

FAVRE J.D., MOREL A. (2000), «La notion d'addiction peut-elle fédérer les sociétés et la presse spécialisées?», communication au colloque de la Société Française d'Alcoologie («Des addictions à l'addictologie», 18-20 octobre 2000, Paris), non publiée.

GOODMAN A.(1990), «Addiction: definition and implications», *Br. J. Addiction*, 85, 1403-1408.

JACQUET M.M., RIGAUD A. (2000), «Emergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques», in *Les addictions*, sous la direction de S. Le Poulichet, Ed. PUF, pp.11-79.

JEAMMET P. (1997), «Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique», in *Dépendance et conduites de consommation*, R. Padieu et al., Les éditions de l'INSERM, pp.33-56.

LÉGER-DAOUST M. (2000), «Aspects communs et spécifiques des diverses substances psychoactives. Approches neurobiologique, cellulaire et moléculaire. Données expérimentales», texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions, non publié.

MOREL A., HERVÉ F., FONTAINE B. (1997), *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod.

MOREL A., BOULANGER M., HERVÉ F., TONNELET G. (2000), *Prévenir les toxicomanies*, Paris, Dunod.

PÉDINIELLI J.L. (1993), «Dépendance alcoolique et toxicomaniaque : rupture et identité », *Alcoologie*, 15 (1) : 6-12.

RIGAUD A. (1987), «Réflexions sur la problématique alcoolique à propos d'une contre-attitude soignante : l'opprobre (die Verpönung) », *l'information psychiatrique*, 63 (1), 35-41.

RIGAUD A. (1996), « La notion d'intersectorialité en psychiatrie adaptée au domaine de l'alcoolisme », *Alcoologie*, 18 (1), 47-58.

RIGAUD A., FACY F. (2000), « Aperçus épidémiologiques sur les polyconsommations étudiées dans la population des consultants des CCAA », communication à la journée ANIT-INSERM en collaboration avec l'ANPA, 8 décembre 2000, Paris, à paraître.

RIGAUD A., JACQUET M.M. (1994), « Propos critiques sur les notions d'addiction et de conduites de dépendance - entre lieu commun et chimère », in Bailly D. & Vénisse J.L., *Dépendance et conduites de dépendance*, Paris, Masson, 38-60.

TASSIN J. (1998), « Drogues, dépendance et dopamine », *La Recherche*, n°306, pp.48-53.

YVOREL J.J. (1993), *Les poisons de l'esprit, drogues et drogués au XIXème siècle*, Quai Voltaire, Paris.