

Addiction, la dimension soignante

Jean-Pierre COUTERON

Psychologue clinicien

Président de la Fédération Addiction

Mieux comprendre les défis des législateurs, des professionnels de la prévention, du soin et des acteurs de la lutte contre les addictions

I.- Un peu d'histoire

Le psychiatre A. Goodman définissait l'addiction par l'impossibilité de contrôler une pratique tournée vers la recherche de plaisir, l'optimisation des performances ou la gestion d'un mal-être, alors même que ses conséquences négatives se faisaient jour. Cette définition plaçait l'accent sur la notion une perte d'un contrôle, qui incombe plus ou moins à l'homme ou la société, au grès des découvertes des sciences et de l'évolution des techniques. Ainsi les usages de plantes furent d'abord des rituels chamaniques fonctionnels, sollicitant les ancêtres ou les esprits de la nature. Les religions du livre, séparant le bien du mal, opposèrent à l'alcool, la sexualité et aux jeux de hasard leurs interdits divins. La science et la médecine, isolant les principes actifs des plantes, séparèrent ce qui soigne de ce qui intoxique, les médicaments et les drogues. Enfin, le marché fit des objets d'addiction des marchandises légales ou illégales, les taxes devenant l'instrument de leur régulation. En ce début d'un XXI siècle de globalisation économique, fonctionnalité, religion, médecine et marché se juxtaposent selon les pays, groupes sociaux et orientations politiques, pour nous aider à gérer des objets et substances de plus en plus nombreux, puissants, en accès libre et sans limite.

Le neuropsychiatre Michel Le Moal précisera l'interaction vulnérabilités personnelles/durée d'exposition, pour expliquer le passage d'un usage où la drogue est un plaisir parmi d'autres, à un usage intensif où elle devient une des principales réponses jusqu'à la perte du contrôle et à l'envahissement de sa vie. Les vulnérabilités sont le fruit de l'histoire de vie de chacun, du patrimoine génétique, des traumatismes vécus et de la situation sociale ; l'exposition dépend du mode de vie et de l'intensité de l'offre que les techniques, les interdits sociaux et religieux, les taxes et le marketing définissent.

La neurobiologiste Brigitte Kieffer met en lumière le rôle du « circuit de la récompense », en lien aux sensations de douleur et de plaisir. L'interaction de ce circuit avec ceux de la motivation, de la mémoire et des habitudes conditionnelles, du contrôle cortical, intellectuel et exécutif complète le processus neurobiologique de l'addiction dont Patrick Pharo rappelle qu'il est lié à l'humaine condition et sa nécessité de répondre à l'éternelle question : « *Que ... faire de nos désirs de belle vie, de gloire et d'ivresse, issus du passé ancestral de l'espèce... lorsque le cerveau humain a été doté d'un circuit neurochimique de la récompense et du plaisir qui nous pousse à rechercher le sexe, l'attachement, les aventures, les jeux, la gloire, les substances psychoactives et toutes les intensités jouissives de l'existence ?* ».

Ces définitions illustrent l'intérêt d'une approche diversifiée, multipliant les « entrées » des parcours de soins aux issues elles-mêmes différents. Cette diversité des réponses soignantes a son histoire. Le dispositif de soin était partagé entre l'alcool, dont les méfaits étaient occultés par le statut de produit culturel, et les stupéfiants, ces drogues « nouvelles » utilisées par les « toxicomanes ». Du côté de l'alcool, on s'occupait des « vulnérables », à l'exemple des adolescents, des personnes âgées, ou de ces personnes « alcooliques », héritant du stigmatisme « de ne pas savoir boire » et donc contraint de s'en éloigner définitivement. Pour limiter l'exposition, on légiférait mollement sur les débits de boisson, les mineurs, un peu plus sévèrement sur la conduite automobile et les risques d'accident. Ce sont les découvertes du lien alcool et cancer qui vont modifier la donne, la lutte contre l'alcoolisme étant plus souvent associée à la lutte contre le cancer qu'au combat contre l'addiction. Le même mécanisme a joué pour le tabac, d'abord largement distribué comme marchandise, avec un contrôle d'état minimal, puis peu à peu dénoncé pour ses effets cancérogènes. Etats généraux de l'alcool, Plan National de Réduction du Tabagisme, Moi(s) sans tabac prolongent ce qui fut initié par Simone Weil puis Claude Evin, au grès des rapports de force et des enjeux économiques.

Les stupéfiants furent mis à part, désignant un ensemble de substances aux caractéristiques diverses, dépresseurs, perturbateurs, stimulants, d'origine naturelle ou chimique, et aux modes de consommation tout aussi divers. Leur dispositif de réponse fut limité à une alternative, imposée par leur statut de substance prohibée, le sevrage puis l'abstinence.

Il n'est pas possible ici de rendre compte des nuances de chaque secteur et d'expériences qui ont anticipé les évolutions à venir d'un système de soin qui, tout en séparant les deux filières, traçait un parcours aux principes communs : amener vers l'abstinence par un sevrage puis la conforter par des soins complémentaires. Au nom d'une vulnérabilité spécifique de ceux qui ne savaient pas boire et de la prohibition absolue des stupéfiants, l'approche pénale, imposant la prohibition et l'approche thérapeutique visant l'abstinence se complétaient.

II.- La RDR et la palette de réponses

Le changement est venu de deux maladies, cancer et sida, et d'une profonde évolution des modes de vie. Si nous avons vu comment le cancer a renforcé l'alerte sur l'alcool et le tabac, il faut nous souvenir que c'est le SIDA qui a profondément modifié les réponses aux usages de stupéfiant. L'histoire du Sida n'est plus à faire, même si le récit continue d'en être nécessaire à l'exemple du film « 120 battements par minutes ». C'est l'urgence SIDA¹ et les acteurs de la santé communautaire avec AIDES ou de la médecine humanitaire avec MDM, ont bousculé le cadre d'un soin basé sur la demande d'aide et le sevrage. Ils ont imposé l'approche par la réduction des risques, centrée sur l'accompagnement de la personne. Elle participe d'une conception moins univoque de la santé, intégrant la question de l'usage et les préoccupations de l'usager, ses besoins : actions en milieu festif, prévention situationnelle, actions d'aller-vers. La prise en compte de la consommation et des modes de vie qu'elle génère est un fondement de la RDR : rencontrer les usagers, oui, mais « *là où ils en sont* ». Elle délaisse la seule référence à l'abstinence pour promouvoir un « *prendre soin de soi* » par l'informations et l'accès aux matériels. Ainsi, la RDR invente une clinique spécifique, liée à l'accompagnement de l'usager et de ses usages. Sa volonté de rencontrer les personnes plus tôt dans leur trajectoire d'usage, alors qu'elles sont encore des usagers actifs et sans demande d'arrêt formulée, lui vaut trois grandes critiques : elle faciliterait la transgression de l'interdit en atténuant/supprimant le risque de l'usage ; elle affaiblirait l'intentionnalité de changement en atténuant les dommages de l'usage qui seuls pourraient pousser aux soins ; elle surmédicaliserait la réponse, le médicaments se substituant aux approches éducatives ou sociales, nuisant au rétablissement des compétences de contrôle, d'autonomie et de responsabilité nécessaires à l'évolution des styles de vie. Aucune de ces critiques ne résiste à un examen objectif.

L'autre évolution qui va peser sur les pratiques, est celle d'une société de plus en plus propice aux usages, telle que la dévoile l'épidémiologie des conduites addictives : depuis 20 ans, c'est entre la fin des années collège et le début des années lycée que tabac, alcool et cannabis s'expérimentent. Sur un plan relationnel, cette période est celle des transformations pubertaires et de l'entrée dans le monde adulte. Pour le cerveau, elle est celle où les centres de l'émotion dominant ceux du contrôle tandis que son fonctionnement s'optimise par élagage des connexions inutiles. Cet affaiblissement du contrôle interne et familial renforce d'autant l'importance d'un cadre social, or paradoxalement, ces grandes

¹ Aide-mémoire RDR (Réduction Des Risques).

évolutions ouvrent la porte à l'addiction. Il y a d'abord la mutation des institutions et des rituels sociaux et communautaires qui alimentent le lien social et régulent les comportements individuels. L'affaiblissement des cadres géographiques par une société de la mobilité, des cadres culturels ou moraux par la crise de l'autorité, des institutions et des engagements collectifs, ou du cadre familial par la crise de la transmission éducative, a modifié le sentiment d'appartenance de bien des personnes, augmentant leur mal-être. Ensuite, la primauté d'une culture de l'intensité et de l'accès immédiat à l'objet du désir place la quête du plaisir dans un environnement de sollicitations incessantes, banalisant le « tout, tout de suite » longtemps réservé aux seuls effets des drogues. De plus, l'injonction à être autonome, performant et soi-même conduit à un dopage au quotidien (boissons énergisantes, compléments vitaminés, cocaïne...) qui développe l'illusion de la maîtrise de soi et de son environnement en se substituant aux compétences psychosociales. Enfin, une économie amplifiant les inégalités sociales et excluant des populations entières, pourtant plongées dans le même bain culturel et les mêmes envies, fait de l'économie illégale une substitution attractive.

Dans cette société addictogène où tout ou presque peut devenir addictif, les travaux de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) aident à garder la mesure : tabac et alcool restent les substances les plus consommées, qu'il s'agisse d'expérimentation (en 2011, 38 millions de personnes ont fumé au moins une fois au cours de leur vie et 47 millions ont bu de l'alcool) ou d'usage quotidien (13,3 millions de personnes et 4,6 millions de personnes). Ces consommations évoluent à la baisse et le vapotage s'impose comme alternative au tabagisme, mais on observe une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes. Parmi les drogues illicites, le cannabis s'est largement diffusé, avec 17 millions d'usagers au cours de la vie et près d'1,5 million d'usagers réguliers et une place importante chez les adolescents. La cocaïne vient bien après, l'Ecstasy/MDMA, héroïne et autres produits opioïdes sont classés encore plus loin. L'arrivée de Nouveaux Produits de Synthèse (NPS), la vente sur Internet et l'autoproduction sont les tendances qui se développent. L'addiction aux jeux vidéo, aux jeux d'argent et de hasard, au sexe, au travail, au sport et la cyberaddiction inquiètent tout en illustrant les nouvelles captations de l'attention par les écrans, l'obsession d'un corps parfait et le culte de l'argent de nos sociétés.

La diversité des usages et usagers rappelée par ces chiffres justifie une palette de réponses, agencée selon 4 axes, hélas encore trop inégalement dotés pour faire une vraie politique de régulation. L'axe de l'information sur les risques et les dangers est plus que jamais nécessaire, porté par les campagnes de communication de SPF comme par l'action MAAD Digitale par exemple. Ces risques sanitaires et sociaux sont documentés par produit ou comportements : cancer pour le tabac et l'alcool, cirrhoses du foie pour l'alcool, cannabis et troubles des apprentissages, jeux en ligne et captation de l'attention, dettes pour les jeux d'argent, mais aussi le lien entre violence et abus d'alcool, les risques

psychiatriques, etc. Pour autant, cette mise à jour des conséquences négatives n'est pas suffisante dans une société où les stratégies de communication, de marketing et de lobbying « brouillent » les lignes, comme on le voit avec l'alcool et ses risques et où des substances et des comportements nouveaux sont régulièrement proposés. Les axes d'une réduction de l'accès et du renforcement des compétences des personnes, usagers ou entourages, ne seront qu'évoqués, puisqu'ils ne relèvent pas strictement de la dimension soignante ici traitée. En France, l'enjeu des mesures structurelles de réduction de l'accès (âge, lieux et conditions d'achat, contrôle des points de vente, limitation de la publicité, augmentation des prix et des taxes, taux d'alcoolémie, interdiction des open-bars ou de fumer dans les lieux publics...) est de limiter l'accès aux substances légales malgré la pression économique qu'illustrent les reculades sur la loi Evin. La prohibition de l'usage se voit confier le même but pour les drogues illicites, laissant les usagers face à un marché illégal.

L'enjeu des stratégies éducatives est de doter la personne de compétences psychosociales qui consolide son autonomie et son contrôle de soi, de l'éducation préventive jusqu'à l'Intervention Précoce². Des programmes, qui ne ciblent pas d'entrée l'usage et incluent les familles, associent exercices pratiques, information sur les risques et travail sur des compétences sociales (résistance à l'influence des pairs, résolution de problèmes, affirmation et l'estime de soi). Ils prévoient des séances sur les normes et leur perception en matière de consommation de substances ou encore sur les alternatives possibles (sports, loisirs). Localement, il est possible de mobiliser la communauté d'un territoire donné, en prenant en compte ses spécificités et ressources.

Le quatrième axe est celui du soin, où s'anticipent les rencontres et se déploie la réduction des risques, ouvrant à des parcours diversifiés. Ils ont vocation à remplacer le précédent parcours linéaire et chronologique, demande/sevrage/post-cure, par une palette d'outils diversifiés et placés de façon intégrative, thérapies médicamenteuses, traitements antagonistes des opiacés, substituts nicotiques traitements du craving, entretien motivationnel thérapies systémiques, cognitivo-comportementalistes, analytiques, thérapies groupales, groupes d'entraide, art-thérapies, mais aussi la neurostimulation, les apports de la pleine conscience ou le soutien par l'auto-support et les pairs. Avec cette diversification, c'est la possibilité d'une autre chronologie qui s'installe, avec l'accompagnement de l'utilisateur « actif », comme dans le programme TAPAJ, où l'acte/travail est support d'un premier lien, ou dans le programme « un chez soi d'abord » ou avec le programme AERLI sur les risques de l'injection.

² J.-P. COUTERON et C. KURDI, « L'Intervention précoce : une chimère bienfaisante », *Actal* n°14, Fédération Addiction, 2015.

III.- Agencer les réponses, la logique de l'accompagnement

Cette diversité pourrait conduire à la confusion, ou pire, au conflit, comme si l'abstinence n'avait plus d'intérêt ou si l'auto-support devait remplacer les groupes d'entre-aide, etc.... plaçant bien des acteurs, usagers, entourages et professionnels en difficulté. C'est tout l'inverse qui est attendu, dès lors que s'ouvre un accompagnement des personnes et de leurs usages. La logique de l'accompagnement, que je ne reprendrais pas ici, permet que ces différentes approches et secteurs, hôpital, ville et médico-social se complètent en fluidifiant le passage de la prévention devenue Intervention Précoce au soin devenu parcours de soins différenciés, n'obligeant plus à choisir entre RDR ou soins, permettant que les parcours de soins se déroulent au plus proche des parcours de vie.

Elle permet de construire des trajectoires différentes, mais non opposées, spécifiques et non spécialisées : celle d'un jeune usager de CJC dans la pyramide de l'intervention précoce ; celle d'un usager dont la répétition des usages peut nécessiter un traitement médicamenteux autant qu'un passage par un programme résidentiel ; celle qui se fera en appui sur les groupes et les environnements sociaux, entre auto-support et groupes d'entraides et tant d'autres.

Conclusion

En ce début de XXI^{ème} siècle, les addictions nécessitent une plus large perspective que la seule alternative abstinence/pénalisation de l'usage, plaçant les acteurs du soin face à trois grands défis : mieux rencontrer tous les publics concernés pour organiser l'accessibilité aux outils et aides ; mieux diversifier leurs pratiques transdisciplinaires autant que de prévention ; promouvoir un accompagnement qui agence les parcours au plus près des trajectoires de vie.