

LES ADDICTIONS

Tout d'abord, je voudrais vous faire entendre la complexité infinie du sujet proposé par votre Directrice ; addictions au pluriel, car elles sont nombreuses effectivement et souvent même superposées.

Je pense qu'il s'agira plutôt d'ouvrir une réflexion, qui je l'espère, modifiera les idées reçues, ayant pour objectif d'en tirer des conséquences pratiques.

I- DEFINITIONS

1- Le mot addiction est un anglicisme récent (1979 à peu près) venant du bas latin addictus ; « s'adonner à » et définissant une relation de dépendance à une substance, une activité qui a de graves conséquences sur la santé. Du point de vue scientifique et médical, les addictions sont des pathologies cérébrales, définies par une dépendance à une substance ou une activité avec des conséquences délétères.

2- Les addictions concernent le tabac, l'alcool, le cannabis, les opiacés (héroïne, morphine, cocaïne, amphétamines, les dérivés de synthèse, les médicaments, les solvants, colles, dissolvants, gaz d'échappement...etc. le jeu pathologique (de hasard et d'argent) est cliniquement reconnu comme une dépendance comportementale dans les classifications internationales (celle de l'OMS=Organisation mondiale de la santé ou le DSM5 américain par exemple).

Dans le registre des toxicomanies sans drogue on décrit aussi en dehors du jeu, des comportements addictifs variés : les conduites alimentaires (anorexie, boulimie), l'alcoolisme bien sûr, le jeu en général, les achats compulsifs, l'addiction à la dépense physique ou bigorexie (en particulier les sports d'endurance, culturisme..), l'addiction sexuelle, certains comportements d'automutilation, de tentative de suicide répétitives, les addictions aux jeux électroniques ; smartphone compris, addiction au travail.

Cette conception extensive des addictions à l'anglo-saxonne est proche de la notion de perte de contrôle avec aussi la perte de la notion de faire un effort pour se faire plaisir, recherche de créativité et de performance.

3- Je ne voudrais pas me cantonner à des définitions médicales, aussi la réalité de la vie quotidienne nous rappelle que nous sommes en société et que tout abus a des conséquences juridiques.

4- Parmi les critères qui définissent les addictions, on trouve donc la perte de contrôle de soi et les interférences de la consommation sur les activités scolaires universitaires ou professionnelles ou encore la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles engendrés.

II- HISTORIQUE

Avant les années 70 où le mot addiction est apparu, le mot toxicomanie était employé de même que le mot pharmacodépendance, même s'il existe des toxicomanies sans drogue 'To be addict » peut se traduire par « être esclave de », être dépendant d'un comportement.

Le mot assuétude a été utilisé comme équivalent et nous ramène au mot »assujetti » aussi un « drug addict » est un sujet dépendant, esclave d'un comportement, d'une prise de produit psycho-actif. Et le b a ba de la Toxicomanie peut se réduire, comme mon ami psychiatre me l'a soufflé, à SEDUCTION et MENSONGE

III- UNE APPROCHE PSYCHANALITIQUE

Définit aussi les comportements addictifs. Ainsi Jacques Lacan parle de besoin, de la demande et du désir. La Toxicomanie isole faisant basculer le sujet dans le registre du besoin, plutôt que dans celui du désir (court-circuitant ainsi la demande adressée à l'autre..)

Notons aussi au passage, qu'en droit, on parle de contrainte par corps, devenir esclave en se vendant pour payer sa dette ; 'mettre son corps en gage », ce qui fait sens avec les toxicomanies. En psychanalyse donc, il fait référence à la dépendance du nourrisson au sein de la mère et à la frustration du sevrage..je ne voudrais pas m'enfoncer et perdre le contrôle....et je vous renvoie au maître Jacques Lacan pour approfondir votre vision..

Claude Olivenstein, psychiatre référent des années 80 parle d'une rencontre entre un produit, une personnalité et un moment socio-culturel.

IV- NEUROPHYSIOLOGIE

Pour mieux comprendre la neuro transmission j'ai pensé qu'un simple schéma pourrait vous éclairer :

Entre 2 cellules nerveuses, il existe une fente synaptique dans laquelle se produisent des libérations de produits appelés amines, qui font circuler le signal et l'information. Pour continuer la caricature, la neuro anatomie définit au niveau du cerveau des aires motrices sensibles et sensorielles et donc des aires de plaisir...

A propos de dépendance physique et dépendance psychique, l'éternelle dichotomie entre corps et esprit, est battue en brèche par des données neuropharmacologiques. En effet, sans vouloir faire le savant, il faut comprendre que cette dépendance psychique a toujours (pour une part), un substrat organique et elle est liée à un dysfonctionnement des métabolismes cérébraux intrinsèques endogènes et pour compliquer l'explication...modifiée par les apports exogènes (drogue au sens large).

Vous comprenez la complexité, c'est l'effet récompense par action de produits sur les voies dopaminergiques de l'hypothalamus (entre autre), centre du plaisir.

De plus chez les toxicomanes, la satisfaction immédiate prime l'élaboration du désir comme avec le cannabis ; amplificateur des sensations ; la recherche de la sensation venant empêcher l'émotion ; l'objectif de l'addiction étant de recréer les sensations de ne plus penser.

V-CONCEPTION DE L'OMS

L'organisation mondiale de la santé définit en 1964 la pharmacodépendance, en abandonnant le concept de toxicomanie et emploie le terme de dépendance qui correspond à une conception médicale et scientifique, sans connotation sociale ou économique et sans aucune idée du contrôle. Cette définition a plusieurs mérites en mettant l'accent sur la dépendance psychique qui nécessite une administration périodique de produit et pour éviter un état dépressif et un manque physique (après une période de sevrage, un toxicomane reste un toxicomane, comme un fumeur reste un fumeur..)

VI-PARCOURS GENERAL DES ADDICTIONS

La prise de drogue provoque un effet positif chez le toxicomane à qui on ne cesse de répéter que la drogue c'est mauvais !...alors qu'il n'y a pas de demande d'arrêt dans cette première phase. Il est important de chercher à comprendre les raisons qui permettent à ce comportement de se reproduire.

Donc pourquoi certains fument tabac, cannabis, d'autres boivent ou consomment des produits psycho-modificateurs.. ? Ou ont des comportements addictifs ?

Les réponses sont multiples, individuelles bien évidemment, mais le socle commun, c'est qu'ils modifient les émotions, les affects, les perceptions, l'humeur et donc l'état de conscience. L'effet psycho chimique s'inscrit entièrement dans un ensemble de données internes et externes. En conséquence, à l'effet psychotrope s'attache une expérience, c'est-à-dire des contenus affectifs, sociaux, environnementaux qui sont mémorisés et prennent un sens personnel. Certes il y a le produit et surtout le contexte de sa première rencontre et son utilisation répétée.

Il existe aussi des bénéfiques, des satisfactions que cette expérience apporte aux difficultés d'identité, de relations affectives et sexuelles, aux tensions internes préexistantes.

Des individus vont **CENTRER** leur existence plus ou moins durablement sur cette transformation de leur rapport au monde, liée à la prise du produit. La guérison de la toxicomanie n'est pas le seul fait de ne plus consommer de substances illicites, l'effet psychotrope s'inscrivant précocement comme un déterminant d'identité et d'existence, en soulageant des blessures affectives et souvent dans une recherche de performances (cocaïne).

Je reviens sur la notion de **PERTE DE CONTROLE** évoquée au début de mon entretien pour expliquer que la prise du produit a des conséquences biologiques, sur la tolérance à ce produit et le sevrage. Cette perte de contrôle est liée à un désir persistant, puissant, une pulsion, que les américains nomment « craving » et qui modifie singulièrement l'idée que l'arrêt de la toxicomanie est affaire de volonté !... ?...

VII-DEPENDANCE ET POLYDEPENDANCE

Ces différents concepts d'addiction, de centration, de perte de contrôle, nous entraînent à développer la notion de DEPENDANCE ET POLYDEPENDANCE, qui éclaire la pratique d'un médecin généraliste par exemple, mais aussi rappelle la complexité du sujet des addictions.

La définition littéraire de la dépendance : »ne pouvoir se réaliser sans la présence d'une personne ou d'une chose « est réductrice, car la dépendance est multiple : aux rituels, en particulier la seringue, les horaires, les rendez-vous avec les dealers, les atmosphères des situations, les copains, l'argent du trafic, la délinquance et même il peut exister une dépendance au manque !...

Être mal sans manque est plus difficile à supporter mais permet un travail psychologique.

VIII-USAGE ET TOXICOMANIE

J'en arrive à parler d'usage et de toxicomanie, de drogues dures et de drogues douces (notons au passage le bel OXYMORE).

Aussi il est à noter des approximations pseudo scientifiques quand on associe drogues dures et dépendance physique (comme l'héroïne, l'alcool, les barbituriques et celles qui présentent un danger psychiatrique (LSD, Ecstasy..)

Les douces seront les autres ; cannabis cocaïne...l'appellation drogues non dures est plus judicieuse.

C'est la dépendance psychique le nœud du problème : de plus, on parle aujourd'hui de drogues à risque acceptable car **il n'existe pas de substance sans risque**.

Certes chaque société a apprivoisé une drogue depuis la nuit des temps et cela n'est pas sans danger : la COCA dans les Andes, le CANNABIS au Moyen Orient et au Maghreb, le QUAT au Yémen l'OPIUM en Chine l'alcool chez nous ...

Même le concept d'usage récréatif est pernicieux réducteur et dangereux.

Dans cette approche complexe comme vous le constatez, la poly toxicomanie de gestion du manque est importante à comprendre.

Ainsi si le produit principal est l'héroïne, en cas de manque, l'utilisation d'opiacés morphiniques ou morphino mimétiques, ou alcool ou benzodiazépines et usage intensif de cannabis est très fréquente et donc attention au multi sevrage (risque de basculement vers la psychose avec les amphétamines par exemple)

Cette poly toxicomanie addictive a un usage anesthésique, où l'objectif est d'arrêter les processus de mentalisation, « être stone » pour réduire les souffrances psychiques avec bien sûr les overdoses et la mort possible.

IX-LA TRAJECTOIRE

Tous les soignants doivent avoir à l'esprit et considérer la TRAJECTOIRE de l'héroïnomane- Même si chaque cas est particulier, l'héroïne impose une sorte de parcours obligatoire, avec réflexion à des stratégies de prise en charge, avec réduction des risques et des dommages en visant l'INTENTIONALITE DE L'ABSTINENCE.

Un toxicomane aux opiacés va donc vivre cette trajectoire en 3 temps

1-La phase de lune de miel/ recherche de plaisir et suppression de déplaisir (autre façon d'avoir du plaisir..).L'usager dit : « la drogue est une gomme »..il semble contrôler sa prise, mais la tolérance apparaît et il faut plus de drogue pour avoir le même effet. L'organisme s'habitue à tout. La dépendance psychique apparaît et cela n'est pas repéré et l'usager se met à y penser de plus en plus.

Il CENTRE son psychisme, ses activités voire ses relations autour de l'opiacé. Cette 1ere phase prend fin quand les signes de sevrage physiques apparaissent.

2-La 2eme phase est la gestion du manque ; la drogue est prise par plaisir, mais aussi pour le besoin pour supprimer le malaise de la privation ; l'entourage s'en rend compte (2 boîtes de codéine le matin et héroïne l'après-midi) la poly toxicomanie se met en place.

3-Le 3eme temps, c'est la galère ; « j'en prends plus que pour être normal » disent-ils ; le manque est omniprésent.

La 1ere phase varie selon les individus de quelques semaines à plusieurs mois ou années selon les doses. Du génial au début, ça passe en quelques mois ou

années (2 environ) à « je gère, j'arrête quand je veux !.. » et en 10 ans environ, à « c'est de la merde ».

Dans le 1^{er} temps, l'intervenant important c'est le pharmacien pour les seringues puis aussi dans le 2^{eme} temps pour la codéine, puis le généraliste pour les substituts (subutex, méthadone) et enfin l'intervenant spécialisé dans le 3^{eme} temps.

Dans le 1^{er} temps le toxicomane n'a pas de demande d'arrêt, ensuite il souhaite arrêter le manque, puis il souhaite arrêter la toxicomanie, envisage une vie sans héroïne, une abstinence durable, mais il n'a pas conscience de ce que cela implique comme bouleversements nécessaires.

X-LE SOIN : sa conception

Il doit être évolutif dans le temps, fonction de la trajectoire ; la prise en charge visant l'abstinence et en amont des stratégies de réduction, des risques (VIH, Hépatites, MST..)

La problématique va au-delà du somatique et on pense aux dommages de l'exclusion psycho-sociale (il s'agit de restaurer le sentiment d'existence ; création de boutiques ; le manger, le boire, se laver..)

Les soignants et les intervenants doivent se méfier d'un moralisme rigoriste et inapproprié qui exclut- Entre le projet du patient,(le sevrage, la substitution et je suis guéri..) et la réalité, il y a un monde : **l'abstinence ne peut être une exigence de prise en charge, mais une intentionnalité du médecin.** (Le « arrêtez et je vous prends en charge » est une aberration, un paradoxe qui exige la guérison préalable pour soigner !..L'abstinence est un but et *non un préalable : il faut pouvoir parler et questionner les rechutes ; c'est un long processus.*

Réduction des dommages et intentionnalité de l'abstinence sont 2 stratégies de prise en charge complémentaires bien sûr. Seuls des intervenants spécialisés et formés travaillant en réseau, en cohérence, peuvent donner du sens à la prise en charge et faire évoluer le patient et sa demande, étape par étape, à son rythme.

Jean Carpentier dit »si on vise le bonheur, le changement, on obtiendra peut-être la guérison, si on vise la guérison on obtiendra peut-être la réduction des

risques, si on vise la réduction des risques, on obtiendra peut-être la gestion de la misère humaine. »

XI-LA LOI

Enfin, il n'est pas question de trancher ici, entre drogue=maladie ou délinquance ? La question peut-être maladie ou pas maladie pour l'usage simple ? Est-ce que la curiosité, la transgression, l'initiation aux groupes du même âge, les activités exploratoires, la recherche du plaisir (dont le plaisir à se faire peur) ne sont-ils pas les thèmes les plus courants de l'adolescence et de la nature humaine ?...

Mais il y a un MAIS : quand l'usage se pérennise et devient abus : la question se pose « s'agit-il d'une maladie liée au produit ou de malaise sous-jacent révélé ?

Dépendance, addiction, craving, pulsion, manie, pensées obsédantes, les passages à l'acte s'inscrivent dans le champ de la LOI. Certes la loi n'est pas idéale, mais elle est indispensable et le cadre de la loi a évolué : quel est le paradoxe le moins dangereux pour les usagers et la société ? Il paraît que l'on contrôle mieux ce qui est permis que ce qui est autorisé !!!...

L'alcool par exemple a un cadre législatif mais pas le cannabis tout du moins en France et pas les benzodiazépines.

Dépénaliser l'usage n'est pas égal à tout est permis (ne pas confondre code pénal et surmoi).

Écrire un chapitre sur le sujet est particulièrement périlleux !

Les mots drogue et toxicomanie sont lourds de préjugés et souvent empêchent de réfléchir. Explorer toutes les substances psychoactives, tabac, alcool, psychotropes, les produits inhalés de même le cannabis ou l'ectasy consisterait à un travail exhaustif de chimiste (drogues de synthèse qui envahissent le marché)

Un principe important est de ne pas prescrire trop rapidement en court-circuitant un temps de parole indispensable.

J'ajouterai quelques lignes sur « notre drogue nationale » : l'ALCOOL et son rôle sur les structures phospholipidiques cérébrales où l'acétaldéhyde métabolite de l'alcool (ADH).

Combiné aux amines cérébrales, cela produit des amines alcaloïdes morphino mimétiques. Les alcooliques soulignent une corrélation entre alcoolisme et dépression ; stimulant et anxiolytique, désinhibiteur, excitant et euphorisant. Quand il existe une fragilité narcissique combinée à une immaturité, l'alcool aide à supporter la frustration ou l'abandon et intervient d'une façon magique, en maintenant l'illusion de la toute-puissance infantile....

XII-CONCLUSION

Je conclurai en vous posant une question à laquelle vous aurez tout le temps d'y réfléchir,

« Que penser de la notion de recherche de liberté si chère à la jeunesse, dans le cadre des addictions que j'ai essayé de traiter » ?

Je vous remercie de votre attention.

J'essaierai de répondre aux questions que vous pourrez me poser et peut-être vous renseigner sur des démarches pratiques qui peuvent vous intéresser.

Dr Hélios RUIZ, le 16/10/2016