

# Toxicomanie et syndrome de sevrage aux opiacés

## *Évolution et limites de l’approche psychiatrique descriptive*

*L’évolution récente de la conceptualisation du syndrome de sevrage aux opiacés telle qu’elle apparaît dans les deux dernières éditions du DSM marque une distanciation vis-à-vis du modèle psycho-organique de la dépendance à une substance. L’analyse de ces modifications offre l’occasion d’une réflexion autour de phénomènes frontières entre le psychique et le somatique que sont les manifestations psychiques des états de manque d’opiacés. Un rappel de l’action de l’héroïne sur l’organisme et des mécanismes neurophysiologiques du sevrage est brièvement présenté en tant que base objectivable de la toxicomanie. Les aspects subjectifs de la dépendance sont ensuite abordés en référence aux conduites addictives ne faisant pas intervenir de substances. En référence aux travaux de S. Peele le comportement addictif est conçu comme une expérience construite par le sujet par le biais d’une attribution de significations à la fois individuelles et culturelles à un ensemble de phénomènes physiologiques et comportementaux.*

---

### I - INTRODUCTION

---

L’étude des phénomènes physiologiques liés à la consommation de psychotropes a amené les chercheurs à élaborer les concepts de dépendance et de tolérance. La notion de dépendance dans ses aspects physiologiques et psychiques soulève des questions particulièrement ardues dans la mesure où l’on se situe à l’interface du somatique et du psychique. Cet article propose une réflexion autour de ces phénomènes frontières qui interviennent dans la toxicodépendance.

**Jean-François Briefer**  
**Psychologue**  
**SUISSE**

*Jean-François Briefer, Psychologue, docteur en psychologie.  
Hôpitaux Universitaires de Genève, Division d’abus de  
substances, Genève.*

Nous commencerons par une brève description de l'action de l'héroïne sur l'organisme ainsi que les mécanismes neurophysiologiques responsables des symptômes de manque. Une réflexion critique sur le modèle psycho-organique de la dépendance à une substance sera ensuite développée en le confrontant aux phénomènes psychosomatiques en jeux dans certaines conduites addictives n'impliquant pas le recours à des produits, tel que le jeu pathologique.

Pour terminer la toxicomanie sera resituée en tant que conduite humaine intentionnelle complexe où l'attribution de sens à un ensemble de phénomènes physiologiques et comportementaux s'avère centrale.

## II - ACTION DE L'HÉROÏNE SUR L'ORGANISME

### *La part objectivable*

L'héroïne injectée dans l'organisme agit sur les cellules nerveuses pourvues de récepteurs opiacés. Celles-ci communiquent entre elles par l'intermédiaire de neurotransmetteurs produits par l'organisme : les endorphines, dont la structure est très proche de celle des opiacés. Ces cellules constituent des voies neuronales du système nerveux et sont impliquées dans la perception de la douleur. Par ailleurs, certaines structures sous-corticales du cerveau intervenant dans la gestion des émotions, telles que le système limbique, se caractérisent par une abondance de récepteurs opiacés. En agissant sur ces structures, la prise d'héroïne se traduit par un effet euphorisant.<sup>1</sup>

**“La notion de dépendance physiologique est intimement liée à celle de syndrome de sevrage”**

Lorsqu'un opiacé est injecté périodiquement, l'organisme diminue progressivement sa production d'endorphine ce qui provoque un état de dépendance physiologique face à cet agent extérieur<sup>2</sup>. Lorsque cet apport est diminué ou interrompu, la dépendance devient observable par le biais d'un syndrome de sevrage caractérisé par une envie impérieuse de prendre le produit, des troubles de l'humeur, des douleurs musculaires, de la fièvre, de l'insomnie et des manifestations neurovégétatives multiples. Certaines manifestations liées au syndrome de sevrage sont à l'opposé des effets de l'héroïne : alors que l'héroïne induit somnolence, euphorie et analgésie, le sevrage provoque hyperexcitation, dépression et hypersensibilité aux sensations douloureuses.<sup>3</sup>

La notion de dépendance physiologique est donc intimement liée à celle de syndrome de sevrage, puisque celle-ci constitue la face visible de celle-là. En effet, l'état de dépendance physiologique ne devient observable que lorsque surviennent

1. Snyder S. « *Les drogues et le cerveau* ». trad. de l'anglais, Paris : Belin, 1987.

2. Akers R L. « *Drugs, alcohol, and society, social structure, process and policy* ». Belmont, California : Wadsworth Publishing Company. 1992.

3. Snyder S. « *Les drogues et le cerveau* ». trad. de l'anglais, Paris : Belin, 1987.

les dysfonctionnements métaboliques liés à la carence de l’apport en opiacé. Relevons que certains auteurs tels que G. Edwards et al.<sup>4</sup> afin de décrire le plus objectivement possible le phénomène, ont substitué le terme de neuroadaptation à celui de dépendance physiologique.

Quant au phénomène de tolérance, il s’agit de l’acquisition progressive d’une forme d’immunité face aux effets du produit. Les cellules cérébrales répondent de moins en moins à mesure qu’elles sont exposées au produit, ce qui pousse le sujet à augmenter les doses pour obtenir un même effet. Ce phénomène explique comment des patients en cure de méthadone peuvent recevoir des doses importantes de cet opiacé de synthèse tout en se sentant parfaitement normaux alors qu’une telle dose serait mortelle pour l’individu non habitué. Il explique également le risque important d’overdose lorsque l’usager d’héroïne reprend une consommation après une période d’abstinence. Des overdoses mortelles liées à la perte de tolérance ont fréquemment été observées à l’issue de séjours en prison.

---

### III - DIAGNOSTIC DSM ET VÉCU PSYCHIQUE DU SYNDROME DE SEVRAGE

---

Si nous constatons qu’au niveau cellulaire les manifestations du sevrage se traduisent par un bouleversement du métabolisme tout à fait objectivable, il en va différemment du vécu psychique de cet état qui varie beaucoup en fonction du contexte et des individus. C’est sur cette dimension psychologique du syndrome de sevrage que nous allons maintenant porter notre attention.

Lorsqu’elles surviennent dans le contexte d’une toxicomanie, les manifestations psychiques du syndrome de sevrage aux opiacés sont essentiellement de deux ordres :

- les troubles de l’humeur (dépression, anxiété, irritabilité) ;
- le besoin impérieux (*craving*) de consommer un opiacé.

Le repérage des aspects psychiques du syndrome de sevrage n’est pas une tâche évidente ; en témoigne la modification des critères pour ce diagnostic survenue dans le DSM-IV. Ces modifications sont directement liées à notre propos, aussi allons nous les détailler et discuter les options théoriques qui en découlent.

Une première modification concerne le critère du diagnostic de syndrome de sevrage aux opiacés se rapportant à la sphère psychique. Pour les éditions III-R et IV du DSM, un seul critère sur les neuf proposés concerne la sphère psychique : *envie impérieuse de prendre un opiacé* pour le DSM-III-R qui devient *humeur dysphorique* dans le DSM-IV. Cette substitution relève à notre sens un souci d’élargir

---

4. Edwards G, Arif A, Hadgson R. « Nomenclature and classification of drug - and alcohol-related problems : a WHO Memorandum ». *Bull WHO* 1981 ; 59(2) : 225-242.

la notion de syndrome de sevrage aux patients non toxicomanes, chez lesquels le sevrage aux opiacés ne s'accompagne habituellement pas du désir irréprouvable de consommer le produit, comme nous le verrons plus loin.

Relevons également que dans la pratique courante le désir irréprouvable de consommer le produit est considéré comme la dimension psychologique de la dépendance<sup>5</sup>. Or la distinction entre dépendance psychologique et dépendance physiologique est considérée par certains<sup>6</sup> soit comme impossible à faire soit comme non pertinente. De plus, lors de sa vingt-huitième réunion, le comité O.M.S. d'experts de la pharmacodépendance<sup>7</sup> a pris position en faveur d'un abandon de la distinction entre dépendance physiologique et dépendance psychologique, qui renvoie à un dualisme corps/esprit aujourd'hui dépassé.

Une seconde différence entre la troisième et la quatrième édition du DSM va nous permettre de renforcer cette idée de *relative autonomie du comportement addictif face aux phénomènes organiques*. Cette modification touche au chapitre dans lequel figure le diagnostic de sevrage à une substance psychoactive. Alors que le DSM-IV classe ce diagnostic dans le chapitre *troubles liés à une substance*, le DSM-III-R répertoriait ce syndrome parmi les *troubles mentaux organiques*, c'est-à-dire dans la catégorie des troubles psychiques dont l'étiologie est de nature biologique (au même titre que les démences par exemple). Cette modification va dans le sens d'une relativisation du primat de l'organique dans les phénomènes de sevrage.

---

#### IV - CRITIQUE DU MODÈLE PSYCHO-ORGANIQUE DE LA DÉPENDANCE

---

On peut voir dans le diagnostic DSM-III-R de syndrome de sevrage aux opiacés, l'expression d'un modèle psycho-organique de la dépendance à un opiacé qui tend à considérer la dépendance psychologique comme un épiphénomène de la dépendance physiologique. Selon ce modèle l'origine de ces troubles est essentiellement de nature physico-chimique (la causalité est de type linéaire), puisque les symptômes découlent d'une perturbation biologique subie par l'organisme en manque de son produit. Les tenants de ce modèle font d'ailleurs souvent la comparaison avec les diabétiques qui dépendent de façon vitale de leurs injections d'insuline.

On ne saurait pourtant réduire les symptômes de sevrage à une étiologie purement organique et ce pour un ensemble de raisons que nous allons approfondir.

---

5. Fontaa V, Senniger J-L. « *Le médecin et le toxicomane, guide pratique* ». Thoiry : Heures de France, 1996.

6. Akers R L. « *Drugs, alcohol, and society, social structure, process and policy* ». Belmont, California : Wadsworth Publishing Company. 1992.

7. American Psychiatric Association : « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* », Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Premièrement, *la dépendance physiologique n’entraîne pas forcément la recherche compulsive du produit*. Ce qui revient à souligner que certaines manifestations psychiques liées au syndrome de sevrage, telles que l’envie irrésistible du produit, sont facultatives. En témoignent ces patients opérés ayant reçu un traitement antidouleur à base d’opiacé qui ont éprouvé une dépendance physiologique sans pour autant exprimer des troubles du comportement de type addictif au moment du sevrage. On évalue à 4 / 10’000 le taux de patients développant une toxicomanie suite à un traitement aux opiacés<sup>8</sup>. De même, à l’époque de la guerre du Viêt-nam les soldats américains qui avaient développé une dépendance aux opiacés ont pour

**“La dépendance physiologique n’entraîne pas forcément la recherche compulsive du produit”**

la grande majorité cessé spontanément leur habitude une fois de retour au pays natal. En effet, seuls 7% étaient toujours dépendants un an après le retour au pays<sup>9</sup>. La dépendance physiologique n’est donc pas du tout synonyme de pression insurmontable à consommer un opiacé, comme le sens commun tend à le croire, et la dimension contextuelle tient une place déterminante.

Deuxièmement, *on a pu observer chez certains individus des manifestations physiologiques proches des symptômes de sevrage en l’absence de toute prise de substance chimique*. C’est le cas des personnes privées d’accomplir une activité compulsive telle que le jeu pathologique ou encore lorsque cesse une relation amoureuse (sevrage et processus de deuil présentent des analogies certaines). Ces exemples montrent qu’il existe un retentissement physiologique du vécu psychique du sevrage et qu’on ne saurait faire l’économie de cet aspect dans le cas d’un sevrage d’une substance psychotrope.

Relevons que ces remarques à propos des symptômes de sevrage peuvent également s’appliquer à la question des effets des drogues. À ce propos mentionnons l’effet placebo où les cognitions créent de toutes pièces les réactions physiologiques attendues. Un phénomène analogue est en jeu dans le ressenti des effets d’une drogue où les représentations et attentes des effets jouent un rôle majeur dans le vécu de ceux-ci.

Ceci pousse donc à dépasser une vision causaliste linéaire du somatique vers le psychique au profit d’une approche circulaire des phénomènes psychosomatiques en jeu dans la dépendance à une substance.

8. Richard D, Senon J-L. « Dictionnaire des drogues ». Paris : Larousse, 1999.

9. Robins L N, Davis D H, Goodwin D W. « Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam : a follow-up on their return home ». *American Journal of Epidemiology* 1974 ; 99(4) : 235-249.

Ainsi, comme d'autres l'ont déjà relevé<sup>10</sup>, l'idée d'une compulsion irrésistible à consommer le produit qui aurait annihilé toute forme de volonté est un mythe qui repose sur une conception de la dépendance basée sur le modèle de la maladie.

### **Pour conclure : la toxicomanie, avant tout une conduite inscrite dans un réseau de significations**

La complexité des interactions entre le psychique et le somatique ne permettent pas de considérer le sevrage des opiacés dans le cadre d'une causalité univoque et linéaire tel que le propose le modèle psycho-organique de la pharmacodépendance.

En fait, au même titre que dans toutes autres formes de comportements l'individu agit en tant qu'entité psychosomatique complexe, et l'on ne saurait réduire cette complexité à des schémas de causalité mécaniques et réducteurs.

Ainsi, on peut établir avec S. Peele<sup>11</sup> que des phénomènes tels que *les symptômes de sevrage et le besoin violent du toxique ne peuvent être considérés comme exclusivement déterminés physiologiquement* car de telles manifestations sont fortement influencées par la manière dont l'individu interprète ses sensations corporelles. C'est effectivement la signification donnée au vécu de la prise de psychotropes qui est déterminante ; notamment à travers les attentes, croyances et valeurs avec lesquelles le sujet appréhende cette expérience de modification de l'état de conscience qu'est la prise de drogue.

Selon S. Peele le comportement addictif résulte avant tout de la construction d'une expérience, soit d'une attribution de significations à la fois individuelles et culturelles à un ensemble de phénomènes physiologiques et comportementaux. En elles-mêmes les manifestations physiologiques liées à la prise de substance sont d'une importance secondaire quant à la poursuite du comportement addictif.

10. Peele S. « *The meaning of addiction, compulsive experience and its interpretation* ». Lexington, Mass : Lexington Book, 1985.

11. Peele S. « *The meaning of addiction, compulsive experience and its interpretation* ». Lexington, Mass : Lexington Book, 1985.

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Akers R L.** « Drugs, alcohol, and society, social structure, process and policy ». Belmont, California : Wadsworth Publishing Company. 1992.
2. **American Psychiatric Association** : « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. **American Psychiatric Association** : « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », Rev. Third Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
3. **Comité OMS** d'experts de la pharmacodépendance. Vingt-huitième rapport, Genève : Organisation Mondiale de la santé, 1993.
3. **Davies J. B.** « The myth of addiction : an application of the psychological theory of attribution to illicit drug use ». Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 1993.
4. **Edwards G, Arif A, Hadgson R.** « Nomenclature and classification of drug - and alcohol-related problems : a WHO Memorendum ». Bull WHO 1981 ; 59(2) : 225-242.
5. **Fontaa V, Senniger J-L.** « Le médecin et le toxicomane, guide pratique ». Thoiry : Heures de France, 1996.
6. **Peele S.** « The meaning of addiction, compulsive experience and its interpretation ». Lexington, Mass : Lexington Book, 1985.
7. **Richard D, Senon J-L.** « Dictionnaire des drogues ». Paris: Larousse, 1999.
8. **Robins L N, Davis D H, Goodwin D W.** « Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam : a follow-up on their return home ». American Journal of Epidemiology 1974 ; 99(4) : 235-249.
9. **Snyder S.** « Les drogues et le cerveau ». trad. de l'anglais, Paris : Belin, 1987.
10. **Widiger T A, Gregory T S.** « Substance use disorder : abuse, dependance and dys-control ». Addiction 1994; 89: 267-282.