

Vers une approche intégrée des conduites addictives

INTRODUCTION

Le centre Médical Marmottan, créé il y a trente ans par le Professeur Claude Olievenstein et dirigé par le Dr Marc Valleur depuis avril 2000, est une structure publique de soins pour toxicomanes ouverte à toute personne concernée par des problèmes d'usage de produits licites ou illicites ou d'autres formes de dépendance.

Il est actuellement structuré en quatre pôles :

- un lieu d'accueil d'orientation et de consultation pour les usagers et leur entourage,
- une unité spécifique d'hospitalisation d'une capacité de 16 lits,
- une consultation de médecine générale,
- un pôle recherche-formation étayé par un service de documentation.

C'est à partir du pôle d'accueil que sont prises les décisions d'orientations ou de soins, ambulatoires ou hospitaliers, qu'il s'agisse de périodes d'observation ou de pause, de sevrages, de traitement de substitution, de suivi médical, psychologique, social.

Dans ces différents pôles, travaille l'équipe constituée d'accueillants, de secrétaires, de médecins psychiatres et généralistes, d'infirmiers et de cadres infirmiers, d'assistantes sociales, de psychologues, d'une documentaliste et d'intervenants réguliers pour des activités diverses (relaxation, massage, peinture, musique).

Michel Hautefeuille

Praticien hospitalier

Marc Valleur

Praticien hospitalier, Chef de service

Mario Blaise

Assistant Spécialisé des hôpitaux

Centre Médical Marmottan, Réseau Toxibase, Paris.

Enfin, de nouveaux types de demandes d'aide ayant été formulés par les consultants de Marmottan, nous avons été amenés à adapter notre savoir-faire à d'autres types de conduites addictives telles que le jeu pathologique, la dépendance à Internet, les jeux vidéo ou le dopage.

Nous nous proposons ici d'esquisser les liens entre la pratique clinique auprès des toxicomanes - notamment à partir de l'intrication entre alliance thérapeutique et chimiothérapie - et les modèles de compréhension des addictions au sens large, envisagées dans leur complexité.

I - REPÈRES THÉORIQUES

Le refus de réduire les addictions à un champ unique de recherche, ou à une discipline scientifique, a amené les chercheurs et les cliniciens à constituer un modèle complexe des addictions traditionnellement résumé par la définition que C. Olievenstein donnait au sujet de la toxicomanie : elle est « la rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socioculturel ».

Cette formulation est, depuis maintenant deux décennies, convoquée de façon parfois incantatoire, dès qu'il s'agit de dépendances ou d'addictions au sens large et très actuel du terme.

Elle peut être considérée comme un consensus dans la communauté scientifique internationale. Les cliniciens, comme Olievenstein, tentent de rendre compte des aspects divers des problèmes de leur clientèle. Les sociologues, avec N. Zinberg¹, parlent de « set, setting, substance » et récusent la notion de maladie, pour accorder une importance déterminante au contexte social (le « setting »). Avec D. Cormier², les Québécois proposent des abords « bio-psycho-sociaux »...

Il n'est pas aisé de savoir qui, le premier, a formulé ce qui peut être considéré comme le cadre « trivarié » dans lequel, aujourd'hui, sont abordées les addictions. En matière de toxicomanie, l'idée a été évoquée par A. Lindesmith³, et par T. Leary⁴. Elle aurait été proposée, mais en matière de maladie au sens le plus large, par Hans Selye, le découvreur de la notion de stress : selon ce dernier, la maladie devrait être conçue comme une interaction entre un hôte, un agent pathogène, et l'environnement.

Pour heureuse et consensuelle qu'elle soit, la formule s'avère trompeuse, si l'on pense y trouver une explication ou une modalité causale. Elle ne contient en fait aucune définition, aucune explication spécifique des toxicomanies, et constitue une formulation si générale, qu'elle peut s'appliquer à bien des domaines.

1. N. Zinberg : « *Drugs, set, and setting* », New Haven, London, Yale Univ. Press, 1984.

2. D. Cormier : « *Toxicomanies : Style de vie* », Montréal, Gaëtan Morin, 1984.

3. A. Lindesmith : « *Addiction and opiates* », Aldine, Chicago, 1947.

4. T. Leary : « *La politique de l'extase* », Paris, Fayard, 1979.

Elle permet toutefois de repérer les angles d’abord nécessaires à l’appréhension d’un phénomène complexe, à la fois multiaxial et multivarié :

- multiaxial, car chacun des trois pôles principaux, mais aussi l’interaction entre eux, donne lieu à des approches théoriques particulières. Dans le schéma trivarié que nous proposons (page 108), chaque angle, chaque ligne du schéma, correspondent à des disciplines différentes.

“La toxicomanie est la rencontre d’un produit, d’une personnalité, d’un contexte.”

- multivarié, car, au cas par cas, pour une personne donnée, à un moment donné de sa trajectoire, l’un des aspects sera plus important qu’un autre...

La complexité dont nous parlons ici ne tient pas au mystère ontologique d’un objet forcément noble et grave, ni à la nécessité, pour l’exprimer, du recours à un jargon incompréhensible.

Nous avons vu que l’objet - maladie mentale, toxicomanie ou addiction - peut même parfois acquérir une sorte d’évidence, de transparence existentielle ou phénoménologique, dès lors que nous pouvons le relier à des expériences personnellement vécues. Tout un chacun peut se faire une idée claire de ce qu’est une phobie, car, araignées, serpents ou voyages en avion, chacun dispose d’objets suffisamment phobogènes dans son expérience intime. Il en est de même des addictions, tant sont répandues dans la vie quotidienne les expériences d’ivresses, et les formes de dépendances possiblement envahissantes.

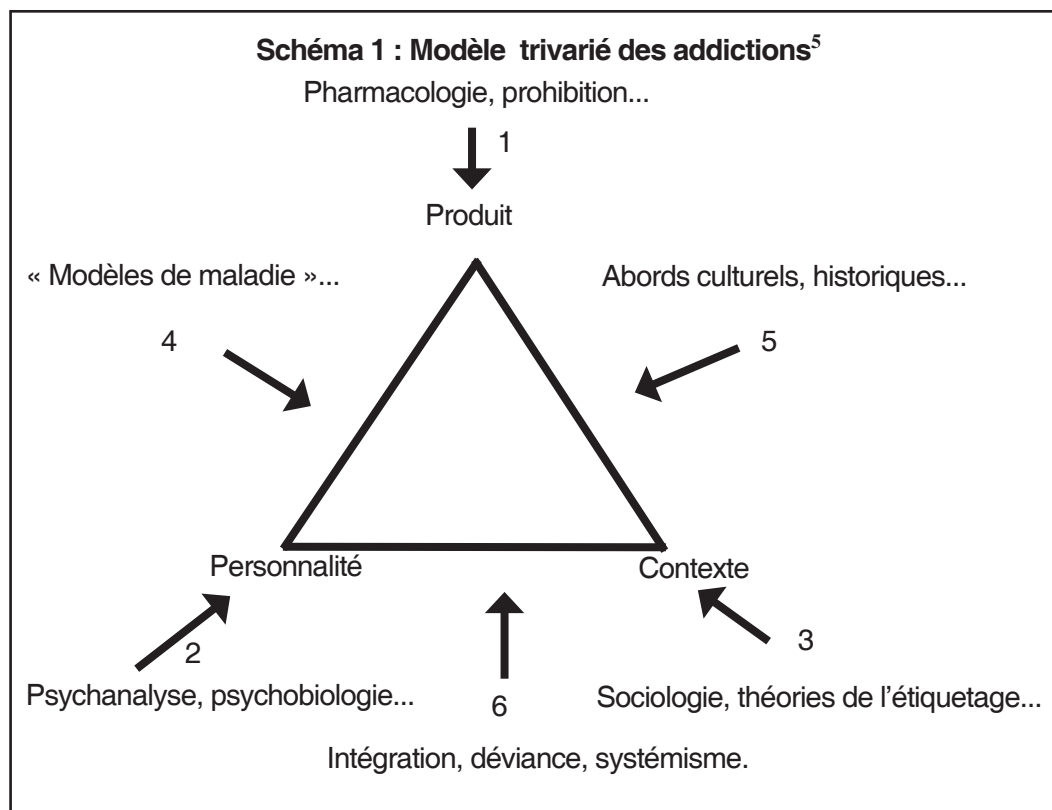
Mais ce sentiment d’évidence n’entraîne en rien une simplicité de description, d’explication, encore moins une opportunité de réduction du qualitatif au quantitatif. Tout vécu humain reste irréductiblement complexe, et il est impossible de le ramener à une dimension, de l’expliquer par une seule discipline scientifique, comme il est impossible de présenter sur une surface plane à deux dimensions, un objet aussi familier qu’un globe terrestre.

Le schéma que nous proposons est, de fait, un peu simplificateur : il comporte trois pôles, dont chacun devrait être décomposé en plusieurs aspects.

- La « personnalité » correspond à l’ensemble des facteurs individuels, la structure psychologique et l’histoire du sujet, telles que les aborde, par exemple, la psychanalyse. Mais aussi d’éventuels facteurs de protection ou de vulnérabilité psychiques ou biologiques, voire génétiques.
- Le « produit » est aisé à définir dans le cas d’une dépendance à une drogue unique. Mais, même dans le cas des toxicomanies, nous avons vu que la réalité est toujours plus complexe. Pour les addictions sans drogue, définir le produit, l’objet de l’addiction, est parfois un exercice compliqué. L’abord des produits ne se résume d’ailleurs pas, le plus souvent, à un simple catalogue. C’est l’action des produits qui importe, et cette action est, très tôt, même dans les approches les plus pharmacologiques, interactive.

- Le « contexte » regroupe des éléments de niveaux très différents : l'entourage familial, le cadre social, mais aussi la culture, l'histoire du groupe...

Dans le même ordre d'idée nous pouvons compléter ce schéma trivarié ainsi qu'il apparaît ci-dessous :



Ici chaque angle correspond donc à des approches spécifiques, chaque coté à des approches qui constituent déjà des tentatives d'intégration. Les approches spécifiques n'abordent donc qu'une partie du problème sans que cela signifie par ailleurs qu'elles soient sans intérêt voire erronées. Cela explique cependant pourquoi les addictions peuvent logiquement être interprétées comme un problème de pharmacologie par les pharmacologues, de psychologie par les psychologues ou de sociologie par les sociologues. Ceci dit une approche spécifique risque à la fois d'apparaître comme un désaveu des autres types d'approches mais aussi et surtout peut conduire à des modélisations réductrices voire dogmatiques.

Ces modélisations réductrices expliquent les querelles de chapelle qui agitent régulièrement le petit monde de la clinique des addictions. Mais bien souvent les mots d'ordre ou les modes qui tendent à passer d'une approche centrée sur le produit à une approche centrée sur le comportement nous semble relever d'une réf-

5. In « Les addictions » : M. Valleur, J.C Matysiak, Ed. Armand Colin, p.211, Paris, 2002.

rence à un modèle monovarié, par exemple. Le schéma ci-dessus peut nous aider à repérer les intérêts et les limites de la plupart des grands modèles qui ont tenté d'éclairer la compréhension des conduites addictives.

Si les modèles théoriques sont si nombreux, et les polémiques si vives, c'est en partie que chaque addiction, sur le plan psychopathologique, constitue à la fois une entité discutable, oue, variable, déterminée culturellement, et un objet d'intervention spécifique, de praticiens formés aux traitements de cette entité. La toxicomanie qui en est certainement le noyau le plus “dur”, est elle-même discutée, et souvent confondue avec l'usage de drogue.

“Une approche trop spécifique peut conduire à des modélisations réductrices voire dogmatiques”

Mais les conduites addictives se traduisant par des troubles trop autonomes pour être considérés comme de “simples” symptômes mais sans assez de consistances pour en faire une structure, nous amèneront à reformuler les approches théoriques de la psychopathologie.

II - LA FONCTION DE L'OUTIL

Au sein de cette complexité d'organisation, l'intervention ne va pas être définie principalement par le choix de l'outil mais bien plutôt par l'utilisation qui en est faite et le type d'alliance thérapeutique qui peut être construit.

En matière de toxicomanie et plus généralement d'addiction ce qui importe c'est l'établissement d'une relation. Cette relation est à la fois le cadre et le lieu de l'expression de l'alliance thérapeutique.

En dehors du cadre institutionnel et de sa loi, les deux piliers de l'alliance thérapeutique sont l'intentionnalité de soins et la continuité des soins.

L'intentionnalité de soins⁶ réside dans la nécessité faite au patient mais encore plus au thérapeute qui en est le porteur et le garant de resituer tout acte thérapeutique, toute décision, toute orientation, toute indication dans la perspective de cette prise en charge. Par certain côté ce qui menace le plus toxicomane et thérapeute, c'est l'absence de sens et la chronicisation qui peuvent prendre la forme de sevrages à répétition, d'ordonnances immuables, d'orientations hâtives, de réponses stéréotypées. Nous avons à interroger régulièrement nos actes et nos pratiques, la signification des projets établis avec notre patient afin de s'assurer si ceux-ci ont un sens dans son cheminement.

Pour cela il est nécessaire de l'écouter. Nous savons bien que la demande du toxicomane peut apparaître ambivalente ou inauthentique parce que, pour lui, il n'est

6. Hautefeuille M. : « L'intentionnalité de soins » in *Interventions*, n° 34-35, p.123-126, 1992.

pas si facile d'abandonner un système de régulation de sa souffrance, un système de vie, un système de référence qu'il connaît par cœur. La première venue d'un patient constitue déjà un aboutissement, et représente bien souvent pour lui une véritable prise de risque : risque d'abandon de ce que nous venons de décrire plus haut, risque de changement, mais également risques inhérents à la rencontre.

Cette attitude permet de réduire trois des risques majeurs qui menacent l'alliance thérapeutique et qui sont :

- la **manipulation** qui amènera à des actes à l'évidence contraires à la logique ou au bien fondé de la prise en charge,
- la **mise en échec** qui explique bien souvent le découragement du thérapeute et le burn-out des équipes qui reprochent, pour paraphraser Descombey⁷ « à celui qu'elles veulent sauver de refuser de l'être ».
- et la **fascination** débouchant sur un passage à l'acte du thérapeute ou sur des dérapages institutionnels.

La continuité des soins. Plutôt que de « continuité des soins » il faudrait parler de permanence du lien thérapeutique ou de permanence de cette alliance, tant nous savons que le suivi des toxicomanes est fait de discontinuité, de ruptures, de reprises etc. Cette permanence ne pourra s'établir qu'à partir du moment où, au-delà de toutes les difficultés que nous avons précédemment signalées, régnera entre toxicomane d'une part, et institution et thérapeute d'autre part une relation de confiance. La confiance est quelque chose qui se construit au jour le jour et dont est responsable chaque partie prenante de cette alliance : en ce qui concerne le toxicomane par le respect par exemple des contrats passés et par le recours à la parole et en ce qui concerne le thérapeute et l'institution la confiance sera basée sur leur crédibilité à accompagner, prendre en charge et soigner leurs patients, mais aussi sur sa propre capacité à respecter les contrats qu'elles passent avec ses patients.

La continuité des soins sera le signe de la qualité de l'alliance thérapeutique chez une population dont on sait qu'elle est sujette au nomadisme médical et institutionnel. Ce qui apparaît au décours de ce type de cursus, c'est l'émergence d'un thérapeute référent au long cours. Ce thérapeute leader pour reprendre les termes du Pr. Olievenstein⁸ sera le fil rouge de la prise en charge quels que soient les aléas, les interruptions, les rechutes, les périodes d'abstinence et de calme, les demandes impératives de sevrages etc. ... Ce thérapeute leader, présent aux différents stades de l'évolution de ce patient s'inscrira dans une relation thérapeutique privilégiée à la fois témoin de l'histoire du sujet et garant de l'attitude thérapeutique.

7. Descombey J.P. : « Précis d'alcoologie clinique », p.153, Dunod, 1995.

8. Olievenstein C. et coll. : « La clinique du toxicomane », Laffont, 1987.

Il revient à l’institution et au thérapeute de veiller à ce que ces éléments soient proposés au consultant. C’est lui qui en dernier recours choisira ou non de s’inscrire dans cette démarche.

Dans le cadre de ce contrat passé avec notre client, nous allons multiplier les expériences de traitement, de prise en charge, de réinsertion. C’est donc l’intentionnalité de l’utilisation de l’outil qui prime plus que l’outil en tant que tel.

“L’intentionnalité de l’utilisation de l’outil thérapeutique prime plus que l’outil en tant que tel”

Ces significations successives d’un même outil se résument assez bien par l’utilisation que le Centre Médical Marmottan fait de la substitution⁹ par exemple. Notre service est une structure qui peut successivement servir à initialiser, prescrire, stabiliser, équilibrer un traitement de substitution mais aussi à le baisser ou à l’arrêter dans le cadre d’un sevrage.

Ces attitudes thérapeutiques qui peuvent apparaître contradictoires traduisent le fait que l’utilisation de l’outil doit être adaptée au patient concerné dans le cadre d’une histoire qui lui est personnelle et en fonction de son cursus et de sa situation actuelle.

Ainsi, au même titre que la fourniture de matériel d’injection stérile ou un dépannage social ponctuel (ticket de métro, ticket repas), la remise d’un produit de substitution pour 24 heures par exemple peut s’avérer très utile et s’intègre pratiquement dans une action d’accessibilité aux soins. Le Subutex est utilisé tout d’abord comme outil d’accessibilité aux soins permettant d’entrer en contact avec des patients qui ne sont pas encore dans une démarche de suivi régulier et de leur faire découvrir le système de soins dont ils pourront se servir. Ce qui importe en effet, c’est que contact soit pris entre le toxicomane et l’institution spécialisée. À cette occasion, les conditions et l’intérêt d’une alliance thérapeutique peuvent être précisées et la gratuité et l’anonymat garantis lors de cette délivrance permet de renforcer ce cadre.

Dans une enquête interne de 1999, il apparaissait que dans un tiers des cas, les patients venus dans ce contexte de “dépannage” avaient pu bénéficier par la suite d’une prise en charge régulière et globale.

À un autre moment et dans d’autres cas, la prescription de Subutex se fera à la demande du client qui souhaite soit stabiliser son traitement soit abandonner une consommation de rue pour s’orienter vers un acte médical. Cela représente bien souvent le premier temps d’une évolution du client cherchant à se déprendre de la

9. Blaise M : voir « Les deux faces du Pharmakon », Mémoire pour le DES de Psychiatrie (Université Paris VII (Paris, 2001) ; et « L’expérience de la BHD au Centre Médical Marmottan », Thèse pour le Doctorat de Médecine (Faculté de Médecine Paris VII, Paris 2001).

logique toxicomaniacale du produit. Adresser une telle demande c'est prendre distance avec le milieu, les "arnaques" et parfois le détournement d'usage. Le Subutex lui sera remis de la main à la main comme toujours dans le cadre de l'anonymat qui régit l'ensemble de l'intervention dans notre service.

À un autre moment ou dans d'autres cas, il s'agira de délivrance d'initialisation d'un traitement de substitution. Sans revenir sur les indications des traitements de substitution, poser un acte thérapeutique de cette nature peut être parfois le premier temps d'une prise en charge longue ou permettre de calmer le jeu en attendant que d'autres projets soient réalisables.

Parfois enfin il s'agira d'une aide au sevrage, d'une aide à l'arrêt de l'utilisation de produit de substitution.

Chacune de ces modalités d'utilisation correspond à des moments de trajectoire particuliers chez un patient, et à des objectifs thérapeutiques différenciés. L'originalité du cadre de prescription-délivrance de manière anonyme et gratuite sans intermédiaire qui s'inscrit dans un accompagnement institutionnel plus global permet de limiter les risques de mésusage et d'offrir l'accès aux prestations médicales, psychologiques et sociales. D'autre part, par la création d'un pôle de délivrance quotidienne, l'utilisation de l'outil substitution peut-elle être plus ciblée, plus adaptée aux demandes qui nous sont faites.

III - TRAITEMENTS D'EXPÉRIENCE¹⁰

Les débats qui ont agité le champ des toxicomanies autour de la question des traitements de substitution doivent aujourd'hui nous aider à mieux penser la place de la pharmacothérapie dans le domaine de la souffrance psychique, et particulièrement les liens entre psychothérapie et chimiothérapie. De manière générale, les abords théoriques des addictions tendent à rendre caduques les guerres entre chapelles opposées : psychanalyse contre biologie, ou contre comportementalisme, pour mettre l'accent sur l'intégration des différentes dimensions, notamment biologie et psychologie.

La promotion des traitements de substitution pour les toxicomanes, dans les années 90, a eu deux grandes séries de justifications : d'une part, leur impact, notamment dans la lutte contre le sida, comme instruments supposés de la réduction des risques. D'autre part, la diminution, pour les usagers, de l'impact très négatif des politiques prohibitionniste, réalisant en quelque sorte une forme médicalement encadrée de légalisation.

10. M. Valleur, J.C Matysiak, « Les addictions », Ed. Armand Colin, Paris, 2002.

Ces deux séries de fonctions ne sont guère d'ordre strictement thérapeutique, mais constituent plutôt des réponses sociales, à travers la facilité d'accès à des substances autrement prohibées.

Les justifications proprement médicales, telles que présentées dans les manuels internationaux, sont d'un autre ordre : initialement par exemple, c'est un modèle métabolique de maladie qui sous-tendait les expérimentations de Vincent Dole et Mary Nyswander dans les années 60 aux États-Unis sur la méthadone auprès des héroïnomanes.

“Les abords théoriques des addictions tendent à rendre caduques les guerres entre chapelles”

Leur idée était à la fois de prévenir des symptômes de sevrage, et d'obtenir un “*blocage*” des effets de l'héroïne. La buprénorphine (Subutex) est l'un des meilleurs médicaments de substitution, dans cette optique : agoniste partiel des opiacés, elle “*bloque*” les effets des autres opiacés, et procure moins d'euphorie...

Toujours dans cette optique, les traitements de substitution sont des “*traitements d'entretien*” ou “*de maintenance*”, destinés à équilibrer des mécanismes cérébraux : certains auteurs pensent par exemple que les déséquilibres des circuits dopaminergiques, en cause dans toutes les addictions, justifient le recours à des traitements réguliers et au long cours.

Il s'agit en quelque sorte de garder la dépendance, mais non l'addiction au sens plein du terme.

Nous sommes ici dans un contexte de “*traitements d'équilibre*”, qui prévaut dans l'ensemble du champ des troubles psychiques ou des maladies mentales.

Les neuroleptiques, pour les psychoses, ou les antidépresseurs, sont en effet considérés comme des traitements qui doivent être pris très régulièrement, pour de très longues périodes, sinon pour la vie entière.

À ces traitements d'équilibre, il est possible d'opposer des “*traitements d'expérience*”, qui ont d'autres visées, et qui correspondent à une conception différente des troubles en cause.

Les hospitalisations pour sevrage, les séjours en centres de postcures, qu'il s'agisse d'alcoolisme, de toxicomanie, de troubles des conduites alimentaires, constituent essentiellement des expériences de vie différente, notamment fondées sur le changement du cadre, du contexte de vie : la base physiologique de ces traitements peut se trouver dans les expériences animales, qui ont démontré le caractère déterminant du contexte dans le maintien ou la fin de la dépendance (on peut rendre un rat dépendant de l'héroïne ou de la cocaïne, au point qu'il se laisse mourir de faim, simplement parce qu'il préfère la drogue. Mais le changement de cage peut mettre fin à cette dépendance...).

La visée de ces traitements n'est plus l'instauration d'un équilibre au long cours, mais le vécu d'une expérience, dont le thérapeute espère qu'elle puisse, de façon durable, marquer la mémoire du sujet, modifiant ainsi sa relation à l'objet de l'addiction.

Nous voyons ainsi qu'en matière de dépendance aux drogues, il est erroné, sur le plan logique, d'opposer, comme le font trop d'auteurs, des stratégies thérapeutiques fondées sur le sevrage et l'abstinence, à d'autres stratégies, fondées, elles, sur la substitution et la "maintenance".

En effet, constituant un état, un équilibre au long cours, la substitution est du même registre logique que l'abstinence, telle que la vivent les membres Alcooliques anonymes, c'est-à-dire un traitement à maintenir toute la vie, sous peine de rechute et de mort.

“Il est infiniment plus rentable pour les laboratoires de promouvoir un traitement au long cours, qu'une expérience unique”

Le sevrage, en tant que simple expérience, qui peut simplement permettre au sujet de "rechuter", de retrouver des sensations de "défonce" plus fortes, une fois la tolérance dépassée, est, au contraire, non logiquement du côté de l'abstinence, mais de celui de l'éprouvé, de la sensation, de l'expérience, voire de la "défonce".

Il est inutile de souligner que les traitements d'équilibre ont la faveur des scientifiques, et celle des laboratoires pharmaceutiques, depuis la grande révolution pharmacologique des années 50.

Il est infiniment plus rentable de promouvoir un traitement régulier, au long cours, si possible pour la vie, qu'une expérience unique, éventuellement renouvelable, mais de façon sporadique.

Au point que si l'on imaginait un traitement efficace, en une seule fois, des dépendances ou plus généralement de maladies, il est peu probable qu'un laboratoire accepterait d'y investir des moyens : l'efficacité thérapeutique, dans cette fiction, s'opposerait trop à l'efficacité commerciale.

L'histoire des traitements en psychiatrie montrerait au cours du XXème siècle un désinvestissement progressif de traitements d'expérience, au profit de traitements d'équilibre.

Longtemps, les traitements furent en effet conçus comme des expériences radicales, voire de véritables épreuves, parfois dangereuses, dont le sujet était censé sortir radicalement transformé.

Depuis Van Helmont au XVIIème siècle, s'étaient développés ces traitements de choc, depuis l'immersion subite dans l'eau froide, aux douches, aux tourniquets, et autres mécanismes destinés à surprendre, à déstabiliser les sujets, pour modifier, par une expérience extrême, leurs relation au monde.

Certains de ces traitements eurent leur heure de gloire, parfois justifiée : c’est le cas de la malaria thérapie de Wagner Von Jauregg, qui lui valut le prix Nobel de médecine au début du siècle : il s’agissait, par l’inoculation de fièvre, de traiter la paralysie générale, d’origine syphilitique, et ce fut le premier traitement efficace d’une maladie mentale.

La lobotomie fut, à juste titre plus discutée, et il en fut de même d’autres traitements d’épreuve, ressemblant parfois à des ordalies subies, malgré eux, par les patients, comme les électrochocs, les cures de Sackel (comas insuliniques provoqués), voire les cures de sommeil...

On comprend donc certaines raisons du discrédit de ces formes de traitement...

Mais on pourrait noter aussi que la psychothérapie elle-même commença par des expériences, l’hypnose, puis les thérapies brèves, avant d’aboutir à une relation psychanalytique au long cours, presque traitement d’équilibre, si la relation au thérapeute est considérée comme un élément permanent de l’existence...

C’est la révolution pharmacologique des années 50, avec pour modèle de traitement les neuroleptiques, puis les antidépresseurs, qui devait imposer une perception de la chimiothérapie comme traitement d’équilibre.

Il convient pourtant de faire aujourd’hui une place nouvelle à la notion de traitements d’expérience, et de développer les recherches sur un champ de recherches pratiquement abandonné.

Alors que l’efficacité de la substitution tient, en grande partie, à la dépendance qu’elle induit, et à l’absence de modifications importantes de l’état de conscience des sujets, à certains moments, les mêmes sujets vont, précisément, vouloir retrouver des effets psychoactifs que la substitution n’apporte plus.

Une alternative aux traitements de substitution est la délivrance des substances même que recherchent les toxicomanes, et particulièrement l’héroïne, qui a fait l’objet d’expériences de distribution contrôlée, avec des résultats fort intéressants, qui doivent permettre de relativiser la notion de dangerosité des substances. Les expériences ont principalement eu lieu en Angleterre et en Suisse.

Ces expériences démontrent toutefois qu’à côté du sevrage, et parfois de l’aide au maintien de l’abstinence, se trouve la place de l’accompagnement des rechutes (et non simplement de la prévention des rechutes), et que la prescription, pour les toxicomanes, de substances psychoactives majeures, hors d’une optique de traitement d’entretien, pourrait trouver une place.

Plutôt qu’opposer ces approches, il faudrait imaginer qu’elles soient des propositions, des outils correspondant à des étapes différentes de la “*carrière*” du sujet, le long d’un chemin thérapeutique, plutôt qu’un “*programme*” rigide.

Il est admis que la rechute fait partie intégrante des traitements de toutes les addictions : alcool, tabac, drogues, jeu et troubles des conduites alimentaires, et qu'en l'acceptant, elle fait alors partie du chemin thérapeutique et peut devenir maturante.

L'intégration des traitements, à l'intérieur du cadre de la relation psychothérapeutique, est en effet l'un des moyens majeurs d'intégrer les dimensions psychologiques et biologiques de la dépendance.

Le traitement est alors négocié entre thérapeute et patient, en fonction de l'expérience qu'il produit, et de son caractère éventuellement positif : cette expérience entre dans le cadre de ce que L. Binswanger aurait appelé, (à une époque où les frontières entre neurologie et psychanalyse étaient d'actualité) « l'expérience intérieure de vie » et non des « mécanismes vitaux ».

La qualité de la relation thérapeutique permet l'expérience de traitements, dont la gestion, en fin de compte, reviendra au sujet concerné.

IV - LES NOUVEAUX CHAMPS D'APPLICATION

Ces remarques concernant les prises en charge des toxicomanes sont largement utilisables dans le champ d'autres types de conduites addictives telles que le jeu pathologique, la dépendance à Internet ou aux jeux vidéo ou les conduites de dopage.

Dans toutes ces « addictions sans produits » se retrouvent en fait l'intrication de conduites symptomatiques et de processus morbide, et les mêmes hypothèses explicatives biologiques, psychologiques, sociales...

Devant la réalité de ces nouvelles demandes et nouvelles formes d'usages, nous avons été amenés à appliquer à ces nouveaux champs, le savoir-faire de trente années en matière de toxicomanie.

Depuis quelques années, des demandes concernant de nouveaux types de pathologies sont adressées à notre service. Les patients viennent nous consulter, car ils estiment d'eux-mêmes que ces pathologies en question relèvent de la prise en charge d'une dépendance. Ils viennent nous voir enfin, parce qu'ils ne trouvent pas de réponses satisfaisantes ailleurs.

Dans le cadre de ces nouvelles pathologies, il convient de signaler tout d'abord, le jeu pathologique. Les joueurs pathologiques sont reçus depuis plusieurs années. Ce type de demande est en augmentation constante, ce qui paraît logique, dans la mesure où on peut estimer de 300 à 600 000 le nombre de joueurs pathologiques dans notre pays.

D'autres demandes nous sont adressées de façon plus récente. Ainsi émerge actuellement une dépendance aux jeux vidéo qui touche une population jeune, mais aussi des patients plus âgés réellement dépendants. Ceux-ci ou leurs parents sont amenés à nous demander de l'aide. Enfin, on peut penser que la dépendance à Internet, de même que les problèmes de dopage au quotidien, vont trouver une place toute particulière dans le cadre de ces nouvelles demandes.

Ces différentes « pathologies » renvoient à la prise en charge de la dépendance au sens large du terme, dans laquelle notre expérience en matière de toxicomanie s'avère utile et opérante. Cependant, il est malgré tout nécessaire d'adapter notre savoir-faire en fonction de ces pathologies spécifiques, notamment en terme d'accueil, de lieu de consultation, d'outils et de modalités de prise en charge.

Ces nouvelles pathologies représentent sans conteste les addictions qu'il nous faudra traiter de plus en plus souvent dans les années à venir.

Avant les pouvoirs publics, la clientèle semble percevoir l'intérêt d'une clinique des addictions, fondée sur une vision renouvelée de la psychopathologie, et non seulement d'une addictologie hygiénique, de santé publique, visant à normaliser les modes de consommation de substances psychoactives.

Jusqu'ici nous avons répondu à ces demandes à moyens constants, ce qui limite, bien évidemment, notre possibilité d'action.

Sans prise de conscience par les pouvoirs publics de l'importance à venir de ces pathologies et sans décision de mesures nouvelles, y compris d'études épidémiologiques sur les addictions sans drogues, eux comme nous, nous risquons à terme de nous retrouver dépassés par un phénomène social encore non mesurable, mais de grande d'ampleur.