



Institut d'anthropologie clinique

29 chemin des Côtes de Pech David 31400 Toulouse

Tél-Fax 05 62 17 20 86 – iac@i-ac.fr – www.i-ac.fr

ANTHROPOLOGIE CLINIQUE
ET ADDICTIONS

SERGE ESCOTS

ADDICTION : UNE MYTHIFICATION

Introduction

J'aimerais réfléchir avec vous au contexte dans lequel le concept d'addiction a émergé pour mettre en perspective le questionnement clinique. En ce qui concerne la synthèse théorique du concept, mon exposé s'appuiera essentiellement, sur les travaux des professeurs Jean-Luc Vénisse et Didier Bailly. Pour le travail de terrain, je ferai appel à mes observations comme acteur et observateur du champ des usages de drogue et du soin en toxicomanie depuis 1987, et notamment sur mon travail actuel d'étude développé dans le cadre de l'observatoire français (OFDT). Enfin pour les réflexions plus cliniques je solliciterai mon expérience de thérapeute de famille qui reçoit des usagers de drogue.

Les idées que j'aimerais développer peuvent se résumer ainsi :

- Une façon de penser, c'est-à-dire de décrire et d'expliquer une pratique humaine détermine cette pratique.
- Le concept d'addiction est une façon particulière de penser différentes pratiques humaines que l'on choisit de regrouper ensemble pour des raisons qui tiennent à un cadre théorico-clinique spécifique.
- Il existe un contexte institutionnel et administratif dans le champ de la lutte contre les toxicomanies, l'alcoolisme et le tabagisme qui favorise le développement du concept d'addiction
- Et enfin poser une question : ce concept modifie-t-il les pratiques sur le plan clinique et opérationnel de la prise en charge des patients ?

Histoire et définition d'un concept accrocheur !

C'est à Fenichel, psychanalyste autrichien (1897-1946) que l'on doit l'emploi du terme d'addiction en 1945. Notion qui se caractérise par « *l'urgence du besoin et l'insuffisance finale de toute tentative de le satisfaire* ».

Fenichel décrit à cette époque les « toxicomanies sans drogue », et notamment la boulimie. Pour lui, « *les mécanismes et les symptômes des toxicomanies peuvent se présenter en dehors de l'emploi de toutes drogues* ».

Déjà, dès les premières utilisations du terme addiction, son rapport à la toxicomanie comme modèle central est présent : « une toxicomanie sans drogue ». S'appuyant sur les troubles de la conduite alimentaire, Fénichel introduit un parallèle conceptuel entre la toxicomanie et l'anorexie-boulimie, qui deviennent comme deux structures isomorphes.

Lorsque l'on suit les bibliographies des ouvrages qui traitent des addictions, il semble qu'il y ait un passage à vide de 45 années. En revanche, le terme apparaît fréquemment à partir des années 1990, dans la littérature anglo-saxonne, et plus intensivement en France à partir de 1994.

Le texte de référence le plus cité est celui de Goodman A. « *Addiction: definition and implication* »¹, un texte de 1990. En suivant Goodman, l'addiction peut se réduire à 2 axes principaux :

1. L'impossibilité répétée à contrôler un comportement.
2. Sa poursuite en dépit des connaissances de ses conséquences négatives.

Ce sont les deux composantes qui structurent tant la classification que le diagnostic (Goodman, voir P. Jeammet² p. 52).

Le concept est simple et mal articulé, à la fois enraciné dans le corps et dans l'agir. Les mots-clefs étant : pulsion et comportement, en miroir de la personne « addict » qu'il prétend expliquer, le concept d'addiction opère un court-circuit de la parole, de la langue et du langage.

Et comble du comble, malgré ce que le mot laisse entendre dans sa sonorité, l'addiction qui théoriquement sert à articuler pour bien dire, ne permet pas en l'occurrence de bien articuler un symptôme dans un contexte et dans une histoire, car l'addiction replie le symptôme sur le comportement.

J.-L. Vénisse, dans un de ses textes³, résume les choses ainsi : « [...] *ces conduites pathologiques traduisent à travers le recours manifeste, durable et univoque à l'agir (et au corps) une impossibilité d'élaboration psychique de ce qui est source de tension et porteur d'une potentialité conflictuelle, c'est-à-dire peu ou prou la défaillance ou le défaut d'un contenant psychique suffisamment fiable et fonctionnel pour permettre cette élaboration...* » Le problème étant pour le soignant, je re-cite : « [...] *comment soutenir cette capacité voire la faire advenir dans les formes les plus graves.* »⁴

Le concept d'addiction entend se situer à la fois comme une proposition étiologique et comme une offre thérapeutique. Examinons de plus près le modèle explicatif.

1. Les conduites addictives sont pour Vénisse des conduites pathologiques (identité et définition).
2. Elles se reconnaissent au travers d'un recours manifeste univoque et durable à l'agir et au corps (niveau descriptif et diagnostic).
3. Elles sont le résultat d'une impossibilité psychique à élaborer une source de tension et d'une potentialité conflictuelle (niveau explicatif).
4. Cette impossibilité d'élaboration résultant elle-même d'une défaillance (fonctionnel) ou d'un défaut (structurel) d'un contenant psychique suffisamment fiable.

Défaillance ou défaut d'un contenant psychique → impossibilité d'élaboration de tension et conflit → recours au corps et à l'agir → conduites addictives.

Le projet thérapeutique consisterait donc à « *soutenir cette capacité voire la faire advenir dans les formes les plus graves* », explique Vénisse.

Ce concept est une construction théorique de nature et de culture psychiatrique. Et l'évolution de la notion de dépendance aux substances psychoactives du DSM (*Diagnostic Statistic Manuel*) en est un indicateur. D'exclusivement physique en 1980 (DSMIII), devient

¹ Goodman A., « *Addiction: definition and implication* », *British Journal of Addictions*, 85, 1403-1408, 1990.

² Jeammet P., « Complémentarité des approches thérapeutiques des conduites addictives », in « *Addictions : quels soins ?* », sous la direction de J. L. Vénisse et D. Bailly, Masson, 1997.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

en 1994 une dépendance qui peut être *comportementale* avec ou sans dépendance physique (DSMIV). On le voit, les dates convergent, le concept d'addiction se développe, dans les années 90 et en 94 le DSM ouvre à la notion de dépendance comportementale en s'affranchissant de la question de la dépendance physique.

Il faudra attendre 1999 pour que l'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) – les gardiens du champ – consacre le terme pour son congrès annuel. Dès lors rien n'arrêtera plus l'invasion sémantique et aujourd'hui les structures en alcoologie et toxicomanie cherche à changer de nom pour intégrer ce A dans leurs sigles. Et l'on voit des CAA devenir CAAA les CAST devenir des CASA etc... et ils ont bien raison car ce petit « a » là, vaut son pesant de subsidence. On pourrait croire dans un premier temps que cet affranchissement de la dépendance physique pour une dépendance comportementale reviendrait finalement à quitter le registre corporel pour intégrer celui du psychique. À y regarder de plus près c'est l'inverse qui se produit. Car si dépendance physique limitait le concept de toxicomanie dans le DSM, aucun psychiatre digne de ce nom n'aurait imaginé que la toxicomanie se réduisait à la dépendance et aurait procédé à une inversion de la causalité attribuant à une conséquence – la dépendance physique – une cause, faisant de la toxicomanie une conséquence de la dépendance physique alors que c'est évidemment l'inverse. Mais en retournant au comportement comme réductible à l'agir c'est d'un retour radical au corps comme causalité qu'il s'agit.

Addiction : un lifting pour les dispositifs de soins aux toxicomanes

Cette évolution du DSM, fait dire à D. Bailly, je cite : « *cette perspective transnosographique [...] permet de regrouper, dans ce qu'il est convenu d'appeler désormais le "spectre addictif", des troubles aussi divers que : les dépendances à une substance psychoactive (alcool, drogues, tabac, médicaments psychotropes), le jeu pathologique, les achats pathologiques, les addictions sexuelles, les troubles du comportement alimentaire, la kleptomanie, la trichotillomanie, les tentatives de suicide à répétition, les conduites à risque, l'addiction au travail, etc.* »⁵

Cette citation est révélatrice, attardons-nous un peu. D'abord, une « perspective transnosographique ». La nosographie, c'est la description et la classification. C'est donc une perspective qui va permettre d'aller au-delà de la classification actuelle et finalement, modifier le classement des descriptions de certaines affections psychiatriques.

Pourquoi est-ce si réjouissant pour Bailly et ses compères que le DSM, dernière version, ouvre cette perspective de bouleversement de la nosographie ? Pourquoi le fait de prendre dans différents tiroirs des objets et de les ranger désormais dans un grand, revêt-il un caractère si important ?

Cela permet-il une avancée théorique décisive pour la compréhension des phénomènes en cause ? S'agit-il de favoriser une méthode ou un ensemble de méthodes de traitements nouveaux rendus possibles par cette transformation conceptuelle ?

Je crains malheureusement que non. La lecture de « Addiction : quels soins » (1997)⁶ n'apporte aucune réponse en ce sens, bien au contraire. Aucune perspective théorique nouvelle ni aucun traitement révolutionnaire, mais plutôt agglomération d'anciens discours représentatifs de courant aussi divers que la psychiatrie spécialisée en toxicomanie, la psychiatrie référée à la psychanalyse « orthodoxe », ou au lacanisme dissident, la thérapie familiale, le cognitivo-comportementalisme, la pharmacologie et chimiothérapie,

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

l'alcoologie psychiatrique, psychodynamique et/ou systémique et d'autres encore, tout cela sous l'égide de la psychiatrie hospitalo-universitaire donne une étrange impression.

Plus que d'une perspective de refondation théorique et pratique on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas plus de reconstitution stratégique au travers d'un « fourre-tout » qui permet de recycler les anciens « petits commerces » dans un rutilant supermarché où la marchandise serait identique, mais le marketing différent.

Les pratiques changent-elles vraiment ? A-t-on inventé de nouvelles méthodes ? Chacun continue à faire ce qu'il sait, dans un éclectisme qui convient parfaitement au politique de substitution et de prise en charge pluridisciplinaire (même si, paradoxalement, la psychiatrie de façon générale, se fédère plutôt contre la substitution). Car, il ne faut pas se tromper, les addictions, c'est avant tout pour régler l'épineuse question de la prise en charge des alcooliques, des toxicomanes et des tabagiques. Les véritables problèmes de santé publique, le jeu pathologique ? les addictions sexuelles ? addiction au travail ? dans un pays où l'on ne cesse de nous rabâcher que l'on ne travaille pas assez ? !

L'anorexie-boulimie est un problème important certes, mais qui ne concerne pas des séries épidémiologiques aussi importantes que le tabagisme, l'alcoolisme ou la toxicomanie et de toute façon nous disposons déjà d'une approche des troubles alimentaires et l'addiction ne me semble pas faire faire un pas décisif à cette clinique. Pas plus aux TOC qui avaient déjà leurs spécialistes et leurs approches. Non, si on convoque les autres pathologies, c'est dans une fin justificative qui n'abuse personne, car c'est bien aux « alcoolos », aux « toxico » et aux fumeurs qu'il s'agit de s'atteler.

D'ailleurs, une fois décostumés de leurs habits de stigmates, voilà « toxico et alcoolos » nus dans la pureté de la conduite pathologique. Les voilà unifiés dans le mécanisme qui préside à leurs symptômes qui, d'une certaine manière les particularisaient en les amputant d'une partie de leur identité. En un mot les voilà « addict ». Ils ne sont plus identifiés à une figure sociale, mais réduits à un processus pathologique. C'est plus correct quand même : pas toxico, pas alcoolos : addict !

Je ne suis plus toxicomane, j'ai une addiction. Être « toxico », c'est grave, mais si j'en avais marre je pouvais toujours essayer d'être quelqu'un d'autre, mais quand on a une maladie, c'est plus pareil, on ne fait plus ce qu'on veut, il faut se soigner, il faut guérir, ça ne dépend pas de nous, ça dépend beaucoup du traitement et... du docteur aussi. La responsabilité change de camp.

C'est donc un retour de la psychiatrie dans le champ des toxicomanies après en avoir créé le concept au 19^{ème} et s'être éclipsé dans les années soixante, un retour qui s'appuie sur la pulsion, un concept limite (corps/psyché), commode à réunir biologiste et psychodynamicien. À y réfléchir, que ça fasse retour par la pulsion, ce n'est pas très surprenant, pour la pulsion, le retour, c'est le destin.

« ...une perspective transnosographique [...] qui permet de regrouper, dans un "spectre addictif" », nous disait Didier Bailly.

Spectre ? Cette formule de « spectre addictif » est intéressante, à double titre. Le spectre évoque à la fois une dimension ectoplasmique et puis aussi l'antibiotique avec son large spectre. Il est vrai que le concept d'addiction ratisse large.

C'est ce que l'on mesure en regardant les différentes listes des troubles aptes à pouvoir se ranger dans cette nouvelle boîte nosographique qu'est l'addiction. Mais, le mode de classement interne renvoie malgré tout à une distinction radicale entre les addictions « avec substances psychoactives » et « sans substances » dites addictions comportementales. Et déjà la division réapparaît à peine les éléments sont-ils réunis. Faut-il y voir un signe du fourvoiement de cette démarche de catégorisation ?

L'addiction ou les nécessités d'un cadre conceptuel médical pour traiter les toxicomanies

Rappelons que lorsque le système de soin se mit en place dans les années soixante-dix la psychiatrie ne se saisit pas de cette problématique et la mise en place d'espaces de traitement dépendra de quelques psychiatres marginaux dans la mouvance d'une psychiatrie alternative. La nouvelle convocation de la psychiatrie dans le champ attendra donc 20 ans. Elle passera d'abord par la médicalisation du corps.

Dans les années 80, le SIDA impose les usagers de drogues à l'hôpital. Puis vint la création des réseaux dits de « ville-hôpital » dont la vocation consistait à impliquer les médecins généralistes dans la prise en charge des patients.

Dans le même temps se développe une substitution « sauvage », à laquelle un cadre légal mettra un terme en deux temps : 1994 pour la méthadone puis 1996 pour le Subutex®.

C'est à cette époque que progressivement quelques éminents représentants de la psychiatrie hospitalo-universitaire ouvrent les premiers centres qui se donnent pour objet « les addictions ».

Je me souviendrai longtemps de cet « Eurêka ! » Lancé clair et fort, par Hervé Gaymard, alors secrétaire d'État à la santé, devant un parterre d'intervenants en toxicomanie, tenant leurs journées annuelles à Toulouse en 1996 : « *Derrière chaque toxicomane il y a un être qui souffre* ». Lapalissade pour les professionnels qui s'occupent de toxicomanes, cela prenait les accents d'une découverte apparemment récente pour M. Gaymard. Les spécialistes du langage nous ont appris à rechercher le sens d'un fragment de discours dans la mise en perspective de son contexte. La suite des propos du secrétaire d'État était sans équivoque : « *...il appartient donc aux spécialistes de la souffrance psychique, c'est-à-dire à la psychiatrie, de prendre pleinement sa place dans la lutte contre les toxicomanies.* »

Les circulaires produites cette année-là confirment cette nouvelle volonté politique : une implication bien plus importante de la psychiatrie dans les prises en charge des toxicomanes. En fait, cette orientation, qui n'est un mystère pour personne, consiste à donner une place importante à l'hôpital en matière de compétence en toxicomanie. La circulaire du 3 avril 1996 (DGS/DH n° 96/239) paraît un mois avant le discours du secrétaire d'État à Toulouse, et fixe ses orientations sur ce point : « *L'accueil et la prise en charge des usagers de drogue à l'hôpital doivent être développés. Du fait de sa mission de service public, l'hôpital doit offrir aux patients toxicomanes les soins médico-psycho-sociaux qu'ils requièrent... [...] Les soins aux toxicomanes sont une activité transversale de l'établissement de santé.* »

Elle sera complétée par une circulaire de 1997 qui encourage la signature de conventions entre l'hôpital et les associations spécialisées.

La volonté de renforcer la place de l'hôpital correspond à de réels besoins des usagers de drogues. « *Ce ne sont pas des extraterrestres* », ils leur arrivent les bonheurs et malheurs qu'habituellement, l'hôpital prend en charge dans nos sociétés modernes : naissance, accidents, maladies, mort.

Or, le désinvestissement de l'hôpital vis-à-vis des toxicomanes est important. Vécu comme semeur de trouble, non compliant, manipulateur etc., la prise en charge de l'usager de drogue à l'hôpital est difficile. Lorsque la rencontre est inévitable entre les soignants et ces soignés « bizarres », les difficultés sont souvent nombreuses.

Ces besoins de prise en charge hospitalière ont été largement amplifiés par la spécificité des contaminations virales chez les usagers de drogues qui, par les problèmes majeurs de santé publique qu'elle pose, ont surdéterminé cette médicalisation du champ de la

toxicomanie au demeurant souhaitée par les pouvoirs publics sur la défensive après l'affaire du sang contaminé.

Le rapport Dormon⁷, publié la même année, sur ces points est limpide : « *Les difficultés du rapport entre les toxicomanes et le système sanitaire sont en partie liées à leur statut social d'exception. [...] Le traitement sanitaire et social a été confié à l'État. C'est ainsi que s'est développé un champ spécifique de prise en charge des toxicomanes par les intervenants en toxicomanie. Le secteur libéral ou hospitalier s'était le plus souvent, abstenu de prendre en charge les toxicomanes. L'épidémie d'infection par le VIH a bouleversé ces données, en installant les toxicomanes dans la chronicité et dans la légitimité de "toxicomane vraiment malade."* » La formule de Dormon est intéressante : avant le VIH l'ambiguïté du statut de délinquant et de malade maintenait une identité instable. Avec le SIDA, l'ambivalence sociale à l'égard du toxicomane se résout sur un seul pôle : celui de la maladie.

Dans cette logique, le toxicomane malade convoque le médecin, sa souffrance psychique convoque le psychiatre.

C'est dans cette logique qu'il faut à mon sens entendre les sollicitations envers la psychiatrie. Après le traitement médical du corps malade, il reste des symptômes, des souffrances, des scories, le toxicomane a donc une âme qu'il conviendrait aussi de traiter. Et après une éclipse de presque trente ans, la psychiatrie est de nouveau convoquée au chevet du toxicomane.

Mais, on le voit, le contexte de cette convocation est déterminé par des discours qui lui assignent une place et une mission particulières : après la médicalisation du corps vient celle de l'âme de l'usager de drogue. Le concept d'addiction ne pourrait-il pas donner un cadre théorique pour répondre à cette convocation ?

Si la psychiatrie était en grande partie absente du traitement des problèmes de toxicomanies ces trente dernières années, ce n'était pas le cas au siècle dernier.

Rappelons que dès la notion d'usage chronique de stupéfiant installée dans la nosographie, des protocoles thérapeutiques apparaissent dans la littérature. Jean-Jacques Yvorel, dans son travail d'historien sur les « *drogues et drogués au 19^{ème} siècle* » montre très bien les liens étroits de la médecine et de la psychiatrie avec l'usage de stupéfiant et de son traitement. Je le cite, car les questions qui animaient les débats de l'époque prennent un « sel » nouveau dans notre actualité : « [en matière de toxicomanie]... *Le corps médical propose des protocoles thérapeutiques : incapables de soigner l'alcoolisme seront-ils plus efficaces dans le traitement des victimes de l'opium ? Ils en restent persuadés tant qu'ils confondent guérison et cure de sevrage... [...] L'importance des rechutes, l'apparition de toxicomanies [...] qui telle la cocaïnomanie n'induisent pas d'état de manque spectaculaire, amènent les spécialistes à réviser leurs certitudes : alors que certains attachent une importance décisive à l'après-cure [de sevrage], d'autres ne sont pas loin de penser que les toxicomanes sont décidément incurables.* »⁸

Or aujourd'hui est-ce que les protocoles thérapeutiques sont plus efficaces avec l'anorexie, la boulimie, les « addictions sexuelles », les troubles obsessionnels compulsifs ?

Il est difficile de ne pas voir que le concept d'addiction va progressivement s'enfler dans le même temps que la substitution en médecine de ville s'installe et montre ses limites (trafic, injection, médecins généralistes mal formés, mise en réseau difficile, etc..) une étude récente sur la prise en charge des toxicomanes à l'aide du Subutex® en médecine de ville montre que contrairement à ce que le cadre de l'AMM prévoyait, peu de toxicomanes sont pris en charge de façon pluridisciplinaire par une équipe médico-psycho-sociale : 1 sur 10 seulement.

⁷ Rapport Dormon sur la prise en charge des personnes atteintes par le VIH. 1996.

⁸ J.-J. Yvorel, *Les poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIXe siècle*. Quai Voltaire, 1992.

Il suffit pour s'en convaincre de voir les conflits entre psychiatres et médecins généralistes autour des questions de traitement de substitution. Rappelons-nous cette conférence nationale où les psychiatres avaient, il y a plusieurs années maintenant (la dernière et la seule conférence sur la question)⁹ rappelé leur attachement au sevrage ce en quoi, ils se démarquaient nettement de leurs confrères généralistes.

Écoutons, Bailly dans la conclusion d'un de ses textes : « *L'être humain est un être à la fois biologique, psychologique et social. Les comportements addictifs, parce qu'ils impliquent le Sujet dans ces multiples dimensions, offrent aujourd'hui à la psychiatrie et à la médecine tout entière¹⁰ un champ nouveau d'expérience et de réflexion. Les problèmes que ces comportements posent illustrent parfaitement la nécessité dans laquelle nous nous trouvons de faire évoluer notre pratique vers ce que Lambrichs appelle une "médecine partagée".* »¹¹

Il souhaite partager la médecine, peut-être trouve-t-il que ces confrères généralistes ne sont pas assez partageurs, en tout cas qu'ils se rassurent : lui, les toxicomanes, il veut les partager. La phrase est claire : la notion de comportements addictifs offre un cadre nouveau à la psychiatrie et à la médecine *tout entière* pour prendre en charge ces patients.

Je crois que le fond de cette affaire d'addiction est là. Alors que la médecine a pris aujourd'hui une place prépondérante dans le soin aux toxicomanes, il lui est indispensable de poser un cadre conceptuel pour structurer son champ. Qui le pose ? et à partir de quel outillage conceptuel ? L'enjeu de pouvoir est de taille.

Si la médecine générale semble avoir remporté une première bataille sur le terrain en se coltinant les usagers de drogues avec leurs maladies virales et leurs problèmes de comportement, ils semblent que ce soit la psychiatrie qui emporte le morceau final grâce au pouvoir professoral qui permet de théoriser, nommer et de clôturer un champ pour se l'approprier.

Addiction, un changement pour la clinique ?

Quand la diction s'améliore, on est censé articuler mieux. En va-t-il de même pour ceux qui sont aux prises avec l'addiction ? Articuler quoi ? Articuler un « symptôme » avec le contexte relationnel où il émerge. Articuler la parole singulière des usagers de drogues avec les discours sociaux qui la déterminent. Articuler la fonction que l'usage de drogue recouvre pour une personne avec sa construction singulière du monde. Articuler la place que prend la drogue pour celui qui en consomme avec le rapport particulier qu'il entretient avec les autres. Bref, articuler ce qui, dans la structure sociale, détermine la structure psychique avec ce qui, dans la structure psychique, détermine l'usage de drogue.

Structure sociale (langage) → structure psychique ARTICULÉE À structure psychique → usage de drogue

Le concept d'addiction tel qu'il apparaît, aujourd'hui, dans la littérature fournit-il les appuis nécessaires à une clinique fondée sur la parole et sur la relation, une clinique qui inclue le clinicien dans le dispositif, et qui ferait l'hypothèse de fonctions de la drogue pour un sujet, un couple ou une famille ?

⁹ Il y a eu depuis la conférence de consensus à Lyon en juin 2004 où psychiatres et généralistes malgré des points nombreux de divergence se retrouvent sur un minimum consensuel autour de la substitution (c/f Conférence de consensus, stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, Lyon, 23 et 24 juin 2004, ANAES et FFA).

¹⁰ C'est nous qui soulignons.

¹¹ *Addictions : quels soins ?*, sous la direction de J.-L. Vénisse et D. Bailly, Masson, 1997.

En tant que telle, la réponse est non. La définition en se repliant sur le corps, l'agir, le compulsif, limite de fait ces articulations.

Ce concept n'est pas tant destiné au clinicien qu'au social. L'addiction crée un nouveau mythe dont la portée est avant tout politique. Ce n'est que par ce bout-là qu'il concerne le clinicien : en tant que ce mythe a des incidences pour les sujets qui se présentent chez le clinicien.

Il n'y a aucune opérationnalité clinique dans ce concept. D'ailleurs l'opérationnalité de la prise en charge renvoie chacun à son approche. J'en veux pour preuve que toutes les approches, mêmes les plus fondamentalement en contradiction, tant sur le plan étiologique que sur celui des traitements, peuvent se ranger sous ce concept. Un concept réellement consistant sur le plan de l'opérationnalité clinique active clivage et polémique. Le consensus auquel nous assistons révèle la vacuité fondamentale d'un concept qui ne permet pas de modifier réellement les approches thérapeutiques.

L'addiction ne dit rien en soi de l'étiologie, elle suppose seulement des étiologies communes à des entités cliniques jusque-là séparées. Mais, une fois cette réorganisation nosographique faite, chacun applique son système étiologique à l'ensemble des addictions ; pour certains, le cerveau, d'autres l'inconscient, d'autres encore le social, de ce point de vue, rien ne change, pas plus d'ailleurs pour ce qui concerne les traitements. L'addiction en se définissant comme le fait que *quelqu'un ne peut s'empêcher de faire quelque chose qu'il sait néfaste pour lui*, laisse les questions du *pourquoi est-ce ainsi ?* Et du *comment cela pourrait-il changer ?* en suspens, chaque approche utilisant ses modèles explicatifs et ses protocoles thérapeutiques pour répondre à ces questions. En ce sens, le concept d'addiction n'apporte rien de plus par lui-même que ce que les différentes approches cliniques apportaient déjà.

Pour autant, comme toute opération dans le langage, cette façon de définir le problème ne sera pas sans conséquences pour le social, et donc pour ceux qui opèrent à l'intérieur et à partir de ses effets. Et notamment le clinicien.

Et pour le clinicien ?

Il n'en va peut-être pas de même pour celui qui entend soutenir une position clinique dans son travail, qu'il soit médecin, psychologue, psychothérapeute, infirmier ou travailleur social. Car, comme tout mythe, l'addiction modifie en profondeur les représentations et les positions de chacun. En premier lieu de tous ceux qui sont concernés par des usages abusifs de substances psychoactives et des conduites de dépendance. Tous ceux qui croyaient se particulariser au travers d'un mode de jouissance significatif sont renvoyés à un *tous addicts, tous pareils*. Les objets chargés de significations, historique, économique, politique et sociale, sont vidés pour le sujet par le dévoilement d'un processus identique pour tous : la conduite addictive.

« *Quand je ne prends pas de drogue, je me trouve nulle comme fille, quand je suis défoncée, je suis drôle, bien avec les autres* », me dit cette jeune femme héroïnomane qui essaye de changer. Un adolescent se retrouve chez le psychologue après avoir été interpellé au lycée « *Je fume du shit toute la journée, ok, et alors ? Il y a que des connards dans ce bahut* » ; le docker, qui pense que : « *sur le port quelqu'un qui boirait de l'eau ou du jus de fruit, ça s'est jamais vu, c'est une corporation, c'est comme ça... Quand je fais ma journée complète, je prends cinq bières ou une bouteille de vin. C'est pas une histoire de boire...* ».¹² Une femme qui vient d'arrêter de fumer du tabac fait le constat suivant : « *C'est en arrêtant que je mesure que le tabac est pris dans le moindre*

¹² J.-P. Castelain, *Manière de Vivre, Manière de Boire*, Éditions Imago, 1989.

geste de ma vie, c'est comme un écran entre moi et le monde » ; un héroïnomane complètement défoncé qui associe : « ...*Le sexe me dégoûte... avec l'héro, je peux baiser pendant des heures sans jamais éjaculer* ». Une mère de famille de banlieue résidentielle qui « ...*boit régulièrement pour mettre à distance un sentiment permanent de solitude... Dès fois, à la fin, je tombe KO...* ».

Comment le concept d'addiction par la réduction tautologique qu'il opère peut-il prendre en compte les innombrables et immenses univers subjectifs que l'on entrevoit au travers de ces quelques paroles ajourées ?

La manière dont le concept d'addiction fonctionne en France, depuis quelques années, tel un mot d'ordre tyrannique pour l'ensemble des acteurs du champ, me semble de la même nature que ce que traquait Roland Barthes, avec sa méthode sémiologique peu avant 1960 : une mythologie.

Barthes nous disait du mythe qu'il est une « [...] *prestidigitation [...] qui a retourné le réel, l'a vidé d'histoire et l'a rempli de nature, qui a retiré aux choses leur sens humain de façon à leur faire signifier une insignifiance humaine.* »¹³

Dans sa conclusion de « *Addictions : quels soins ?* » D. Bailly nous livre une explication de l'addiction qui illustre précisément le processus de mythification et de mystification dont parle Barthes : « *L'addiction apparaît comme un phénomène complexe faisant intervenir de nombreux facteurs. Schématiquement, cependant, ce phénomène peut être considéré comme la résultante des interactions entre les "deux cerveaux humains", le paléocortex, "lieu du plaisir", et le néocortex, "lieu de raison", interactions dont dépend en définitive tout comportement.* »

Cet énoncé, paré des vertus de la sémantique et de la rhétorique scientifique, a du mal, malgré tout, à cacher son absence de réelle explication. Il se décompose en trois séquences. La première pose le concept comme complexe et à causalité multifactorielle... Comme pour se dédouaner par avance du réductionnisme qu'il va opérer par la suite. Inévitable... Comment penser des phénomènes aussi hétérogènes de façon simple ? Pourtant la séquence qui suit dément la complexité invoquée juste avant puisqu'*en fin de compte* l'addiction ne résulte que des interactions internes au cerveau. Quels étaient les nombreux facteurs sous-entendus plus haut ? Étaient-ils externes au cerveau ? Au Sujet ? Étaient-ils d'ordre signifiant ou purement physique ? Que deviennent les alibis psychologiques et sociaux du fameux « phénomène bio-psycho-social » si souvent mentionnés dans le cadre de l'étiologie et des traitements des addictions ? La complexité du phénomène se résume-t-elle à la complexité des processus neuronaux ? Où sont passés les « nombreux facteurs » dans la réduction au processus corticaux ? Mystère et fascination de la magie cognitive... Enfin, la dernière séquence qui retire toute spécificité au concept d'addiction et par conséquent toute puissance au raisonnement puisqu'*in fine* tout comportement procède de ce type d'interaction « entre nos deux cerveaux ». L'addiction est un comportement, tout comportement procède d'interaction inter-corticale, donc...

Nous ne sommes pas très loin de la médecine que raillait Molière où l'opium procurait le sommeil en vertu de ses propriétés *dormitives*¹⁴ car, de la même manière, le concept d'addiction nous enseigne que s'il y a des toxicomanes c'est en raison de propriétés *addictives* du cerveau.¹⁵

Si, comme l'affirme Roland Barthes, « *le mythe est une parole dépolitisée* », nul doute que les addictions rentrent dans cette catégorie, car « *le mythe ne nie pas les choses, sa fonction est au contraire d'en parler ; simplement, il les purifie, les innocente, les fonde en nature et en éternité...* ».

¹³ Roland Barthes, *Mythologies*, Seuil, 1957, (collection Point n° 10).

¹⁴ Molière, *Le malade imaginaire* : Primus doctor : « Demandado causam et rationem quare Opium facit dormire. » Bachelierus : « ...Quia est in eo Vertus dormitiva... ».

¹⁵ Eric Loonis, *Notre cerveau est un drogué*, Presse Universitaire du Mirail, 1992.

Comment ne pas voir que le développement de poche d'alcoolisme à certaines époques et dans certaines couches sociales est articulé à des phénomènes sociaux, comment ne pas penser la consommation de psychotrope articulée à une conception moderne des troubles psychiques à la transformation des formes de lien social et au contrôle de la distribution des psychotropes par un système capitaliste libéral ? Enfin, comment ne pas penser le développement des toxicomanies en articulation aux mutations anthropologiques des sociétés contemporaines ?

Quels impacts le mythe addictif aura-t-il sur les politiques répressives, sociales, sanitaires, et par conséquent sur les dispositifs opérationnels de prise en charge ? Quels impacts sur les usagers « addicts » et leur entourage ? Quels effets sur leurs discours et leurs façons de s'adresser à ces dispositifs ?

Pour le névrosé, il y a le risque de la déresponsabilisation que l'addiction peut engendrer. Je n'y suis pour rien, j'ai une maladie. « *Je prends du Subutex® c'est comme tu prends une cigarette, c'est mon traitement* », me disait un primo usager de BHD qui n'avait jamais consommé d'héroïne, ne se situait pas dans une perspective de traitement de substitution et se défonceait avec le Subutex®. On voit bien la confusion. Les produits deviennent semblables : ils se vaudraient tous dans une équivalence trompeuse née de l'éclipse de la particularité pharmacologique, psychologique et mythique de chacun par un mécanisme supposé commun : l'addictivité.

L'addiction ne nous aide en rien à penser la prise en charge dans le cadre de la psychose où les fonctions de contenant que peuvent procurer la toxicomanie ou l'alcoolisme ne disparaissent pas pour autant. Bref, le concept d'addiction ne nous dispense pas de penser les rapports qu'entretient l'usage récurrent à une substance ou à un comportement avec la structure ou l'organisation psychique qui le détermine.

De toute manière, les cliniciens ont une fois de plus à prendre acte de cette nouvelle mythologie, de ses effets sur la parole des patients et à poursuivre leur travail avec humilité. Faut-il attendre des discours dominants qu'ils facilitent la pratique clinique ? La dose de « naïveté » nécessaire à la pratique clinique pour nous laisser surprendre par l'autre, ne doit pas, pour autant, nous priver de réalisme pour les choses de la cité.

Il reste encore un problème à résoudre

Dans « Addictions : quels soins ? », J.-L. Vénisse soulève une question technique : « *Dès lors qu'il s'agit d'une pathologie du lien, la dépendance à un produit quel qu'il soit, ou encore à un comportement, témoignant de la permanence d'un lien de dépendance qui ne trouve pas à s'élaborer par des moyens intra-psychiques (avec cette notion que la relation d'addiction correspond à une tentative plus ou moins réussie de déni de la perception de l'insupportable de ce vécu de la dépendance), comment aménager la relation thérapeutique, concernée au premier chef par ce fonctionnement paradoxal, d'une manière, qui en fasse autre chose que la répétition inlassable, au fil des intervenants successifs, de ce mode relationnel perverti avec les aléas qu'on lui connaît, en particulier du côté de l'emprise comme de la rupture.* »¹⁶

La question posée par J.-L. Vénisse est celle du nouage à un cadre thérapeutique pour un sujet pour qui toute forme de dépendance « *à un Autre serait insupportable au point de le dénier par un comportement d'emprise ou de rupture ou par la consommation de psychotropes* ». ¹⁷ Suffira-t-il de renommer la problématique pour que son traitement s'améliore ? Quel que soit le nom qu'on leur donne il faut quand même les *rencontrer* et se *coltiner* les sujets dits « toxicomanes » ou alcooliques. Le problème majeur auquel la

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

psychiatrie avait renoncé à se confronter, il y a 30 ans, reste entier aujourd'hui : comment rencontrer des sujets « dits toxicomanes » et ancrer une offre de soin qui tienne un peu ?

Il y a peut-être pour la psychiatrie dans cette nouvelle nomination d'« addict » un espoir de faciliter une rencontre ? Après tout, dans sa définition, l'addiction suppose une double reconnaissance : ne pouvoir s'empêcher un acte et la nocivité de ses conséquences. Quand un sujet – addict ou pas – est capable de cette double reconnaissance, c'est déjà bien plus facile.

C'est déjà une plainte, « *je n'en peux plus de cette galère, mais je n'arrive pas à arrêter* ». Pas encore une demande, mais une plainte peut être travaillable ?

Est-ce que de classer le comportement des toxicomanes parmi d'autres comportements addictifs dans le champ des conduites pathologiques va faire suffisamment sens pour que les usagers de drogues d'aujourd'hui, massivement pris dans les mélanges buprénorphine (Subutex®), alcool, benzodiazépines, se reconnaissent en tant qu'addicts et ainsi s'engagent dans une démarche de soin en psychiatrie ? Les toxicomanes se soignaient difficilement à l'hôpital psychiatrique, se soigneront-ils plus facilement au centre des addictions ? Oui peut-être.

La façon spécifique que la reconnaissance d'un problème d'addiction aura d'engager le patient dans la démarche de soin le rendra-t-il plus accessible ? C'est une autre histoire...

Ce texte est autant un mouvement d'humeur de l'époque où la vague conceptuelle addictive commençait à déferler sur le paysage des soins aux usagers de drogues qu'une analyse du mythe de l'addiction. Il a fait l'objet de plusieurs remaniements étalés sur cinq années. Son point de départ a consisté en des petits billets d'humeur publiés dans la lettre de Graphiti (CIRDD Midi-Pyrénées) dans les années 1999-2000. Ces réflexions ont servi de base à la construction d'une communication qui eut lieu le 23 janvier 2004 pour les Journées inter-hôpitaux du CHS de Moulins-Yzeure, qui réunissaient également les psychanalystes Gustavo Freda et Jean-Louis Chassaing.