ÉTUDE ORIGINALE

Pr Laurence Simmat-Durand*, Mme Stéphanie Toutain**
* Département des sciences sociales et Cermes3, UMR CNRS 8211, INSERM U988, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 45, rue des Saints-Pères, F-75270 Paris Cedex 06. Tél. : 01 42 86 40 01 – Courriel : laurence.simmat-durand@parisdescartes.fr
** Maître de conférences, Département des sciences sociales et Cermes3, UMR CNRS 8211, INSERM U988, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, France
Reçu janvier 2012, accepté juillet 2012

Quels modèles des addictions et de leurs traitements

chez les professionnels des centres de soins en France ?

Résumé

Contexte : en France comme à l'étranger, si quelques études s'intéressent aux opinions sur les addictions avec ou sans produit en population générale, les enquêtes auprès des professionnels de ce champ restent rares. Les données montrent que le modèle moral prédomine, qui attribue la responsabilité de l'addiction, comme la résolution du problème, à l'individu. **Méthodologie :** une enquête quantitative menée en 2010 auprès de 1 087 centres de soins des addictions, afin d'interroger les professionnels, a recueilli 505 questionnaires exploitables. **Résultats :** l'addiction est considérée par la moitié des professionnels comme une souffrance personnelle. Les professionnels estiment le risque de dépendance élevé pour le tabac (89 %), les drogues illicites autres que le cannabis (88 %) ou les médicaments psychotropes (80 %), alors qu'ils ne sont que 36 % à l'estimer élevé pour le cannabis ou 33 % pour Internet. La possibilité de guérison sans traitement est globalement jugée faible pour les drogues illicites ou l'alcool, voire nulle pour respectivement 42 % et 34 % des professionnels. La responsabilité de la dépendance est attribuée essentiellement à l'individu, surtout si le professionnel est une femme, un travailleur social, un médecin (plutôt âgé), résidant dans des zones non urbaines. **Discussion et conclusion :** l'enquête permet de tester les modèles de Brickman sur les responsabilités pour les addictions et pour leurs traitements. Le modèle moral prédomine aussi bien pour les addictions avec produit que pour celles sans. Seule l'addiction aux médicaments psychotropes est perçue comme relevant d'une responsabilité collective, tant par ses causes que pour les moyens nécessaires pour y remédier, et repose donc sur un modèle médical.

Mots-clés

Addiction – Représentation – Professionnel de centre de soins – Modèle moral – Responsabilité individuelle.

Summary

What addiction models and treatments are used by addiction medicine physicians in France?
Setting: in France, as in other countries, although several studies have evaluated opinions on substance and non-substance addictions in the general population, surveys among professionals in this field remain rare. Data show that the moral model, which attributes the responsibility of the addiction and resolution of the problem to the individual, remains predominant. **Methodology:** a quantitative survey conducted in 2010 among healthcare professionals in 1,087 addiction medicine centres collected 505 interpretable questionnaires. **Results:** addiction is considered by one half of professionals to be a form of personal distress. Healthcare professionals considered the risk of dependence to be high for tobacco (89%), illicit drugs other than cannabis (88%) and psychotropic drugs (80%), while only 36% considered the risk of dependence to be high for cannabis and 33% for Internet. The possibility of cure without treatment was globally considered to be low or even non-existent for illicit drugs or alcohol, for 42% and 34% of professionals, respectively. The responsibility for dependence was essentially attributed to the individual, especially by female healthcare professionals, social workers, physicians (usually older), living in non-urban zones. **Discussion and conclusion:** this survey tested Brickman's models concerning the responsibilities for addictions and their treatment. The moral model predominates for substance and non-substance addictions. Only psychotropic drug addiction was perceived as a community responsibility, both in relation to its causes and its treatment, and was therefore based on a medical model.

Key words

Addiction – Representation – Healthcare centre professional – Moral model – Individual responsibility.

Les opinions sur la dangerosité des drogues ont évolué en France à la suite de la publication du rapport Roques en 1999 montrant que les produits les plus addictifs sont bien souvent licites (1). Dans les années 2000, on a vu l'émergence du concept d'addiction comme volonté de globaliser la dépendance avec ou sans produit, indépendamment du statut légal du produit.

Les opinions sur les addictions sont généralement interrogées dans la population générale (2) afin de définir les représentations sociales ou le sens commun donné à ces comportements. Ainsi, en France, l'enquête sur "*les perceptions et opinions des Français sur les drogues licites et illicites, les usagers et les politiques publiques*" questionne moins les personnes sur leur conception de l'addiction que sur la validation des politiques en cours (3). Les représentations de la dangerosité des produits qui sont exprimées montrent que l'héroïne demeure le produit le plus redouté, tandis que les dangers du tabac et de l'alcool restent relativisés, en particulier pour la consommation occasionnelle : 10 % seulement des répondants pensent qu'une consommation occasionnelle d'alcool peut être dangereuse. Concernant les usagers de drogues, la représentation dominante est qu'ils sont un danger pour leur entourage, et la moins répandue est qu'ils puissent vivre normalement. Au contraire, dans l'enquête KABP (*knowledge*, *attitudes*, *beliefs and practices*) à propos du sida, une très grande majorité de répondants est plutôt ou tout à fait d'accord avec l'opinion que "l*es toxicomanes ont droit au meilleur traitement médical possible*" (85,2 %), qu'ils "*sont des personnes malades*" (84 %) et près de la moitié des enquêtés (49,1 %) est également d'accord avec l'idée que "*les toxicomanes sont dangereux pour les autres*" (4).

Des recherches internationales portent sur les représentations des addictions véhiculées dans les médias et leur réception auprès du grand public (5). Pour les pays nordiques, des études ont été menées afin de savoir comment la population générale perçoit différents comportements addictifs comme des problèmes de société (6), ou encore comment la population suédoise se représente la probabilité de devenir dépendant d'une substance (7).

Pour tous les pays, les enquêtes interrogeant les professionnels du champ des addictions sont les moins nombreuses. Dans des pays comme la Suède ou la Finlande, les dépendances sont perçues par les professionnels comme une question sociale plutôt que médicale (8). Pour ce qui concerne le second pays, ce modèle est particulièrement prégnant pour l'alcool. Une recherche sur les croyances des praticiens sur le traitement de l'alcoolisme au Canada montre qu'ils pouvaient avoir des vues divergentes sur la place des médicaments dans le traitement de l'alcoolisme et que leurs pratiques n'étaient que faiblement en phase avec les progrès de la recherche (9).

Les professionnels du champ des addictions, par leur formation et par l'emploi qu'ils exercent, devraient avoir des opinions particulières sur ces questions, davantage basées sur les travaux scientifiques ou les politiques publiques. Leurs perceptions des problèmes liés aux usages de substances pourraient avoir une influence sur leur façon de prendre en charge les usagers. Par exemple, leurs représentations du processus de traitement pourraient influencer le déroulement même de ce traitement (10). Paradoxalement, ces professionnels, au premier rang de la mise en œuvre des politiques et des soins, sont encore très peu interrogés, et il n'existe pas en France de travaux pour décrire qui ils sont.

Une recherche internationale est en cours sur les représentations des addictions parmi la population générale, les professionnels et les usagers des centres de soins. Les résultats pour la Finlande comparent les représentations des addictions de ces trois groupes (11). Cette recherche teste les modèles de "*helping and coping*" dans différents pays et groupes de la population. Ces modèles travaillent sur l'attribution des responsabilités à l'individu ou à la société en matière d'addictions et de leurs traitements.

Les modèles de "*helping and coping*" dans le champ des addictions ont été introduits par Brickman et al. (12) en distinguant l'attribution des responsabilités pour l'émergence du problème (qui est à blâmer pour que l'évènement ait eu lieu) et pour sa résolution (qui doit contrôler ce qui va se passer). Quatre modèles sont distingués, par combinaison de ces deux attributions : le modèle moral (attribution forte à l'individu dans les deux cas), le modèle médical (attribution faible à l'individu dans les deux cas), le modèle compensatoire (attribution faible à l'individu de la création du problème, mais forte de sa résolution) et enfin le modèle spirituel (attribution forte à l'individu de l'émergence du problème, mais faible de sa résolution).

Ainsi, dans le modèle moral, l'individu est considéré comme à la fois responsable du problème et de sa solution, le soignant l'aidant et l'encourageant à changer. L'individu peut être vu comme de mauvaise volonté, le problème étant de sa faute, et la non-guérison comme un défaut de motivation personnelle à s'en sortir. Dans le modèle médical, l'individu est considéré comme une victime de sa maladie, soumis à des forces qui échappent

à son contrôle. Il va être pris en charge par des experts qui vont lui proposer un traitement. La responsabilité de la résolution du problème est transférée de l'individu vers le soignant. Le courant récent, issu des recherches américaines considérant les addictions comme une maladie du cerveau, rejoint cette approche qui "*dégage d'une certaine façon la responsabilité de la personne dépendante, considérée comme la victime d'une maladie organique que l'on compare volontiers au diabète*" (13). Dans le modèle compensatoire, l'individu n'est pas considéré comme responsable pour le problème, mais l'est pour trouver une solution. L'individu est plutôt considéré comme socialement ou biologiquement désavantagé. Ce modèle est celui qui a le plus gagné ces dernières années, sur la question du cancer par exemple (14), en encourageant le patient à exercer un rôle actif dans son traitement. Enfin, le dernier modèle, spirituel, considère l'individu comme responsable de la cause du problème, mais non de trouver une solution. Sa responsabilité est majeure du fait de son comportement ou de son style de vie qui ont conduit à la maladie, mais la solution qui lui est proposée est extérieure. Il peut, par exemple, s'en remettre totalement à une communauté ou à un groupe d'entraide.

Ces modèles doivent être considérés comme des idéaux types car il est certain que la "vraie vie" ou la pratique de terrain est en réalité un mélange de différentes approches (8). Ils ont pu être appliqués à d'autres maladies, comme le cancer (14), pour comparer les attitudes ou opinions des soignants ou des patients quant à la façon de prendre en charge les malades. D'autres recherches ont montré que l'absence de synchronisation des modèles des patients et des soignants était à l'origine de difficultés dans leurs relations interpersonnelles.

Ces modèles sont importants chez les professionnels des addictions car ils orientent la manière dont ils considèrent les usagers des centres de soins et les traitements qu'ils estiment les plus adaptés. Les modèles des soignants vont ainsi déterminer le type de soins qu'ils vont proposer ou des solutions alternatives et permettre la négociation.

Cette étude vise à mettre en lumière comment différents groupes de professionnels travaillant dans des centres de soins des addictions en France interprètent la notion d'addiction et comment ils attribuent les problèmes liés à la dépendance avec ou sans produit. Les professionnels étaient interrogés précisément sur ces questions, en distinguant le tabac, l'alcool, le cannabis, les amphétamines, les drogues illicites autres que le cannabis, les médicaments psychotropes, les jeux de hasard et Internet.

Les centres de soins en France sont actuellement regroupés comme prévu par le décret du 14 mai 2007 sous l'appellation CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), mais au moment de l'enquête, certaines adresses étaient libellées avec la dénomination CSST (centre de soins spécialisés pour toxicomanes) ou CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie) et diverses appellations de services de liaison hospitalière comme ELSA (équipes de liaison de soins en addictologie) ou ECIMUD (équipes de coordination et d'intervention auprès des malades et usagers de drogues).

Méthodologie

L'enquête

Cette enquête prend place dans le cadre d'une étude internationale. Le questionnaire utilisé a été élaboré conjointement par des équipes de recherche sur les addictions de plusieurs pays d'Europe du nord (Finlande, Suède, Russie) mais aussi nord-américains (Canada), au sein d'un réseau "Images des addictions" sous l'égide de l'Université d'Helsinki (Finlande). Le questionnaire construit en Finlande a été traduit en anglais par une équipe canadienne qui l'a administré par téléphone. La version française a été élaborée par notre équipe à partir de la version anglaise. Le porteur du projet finlandais qui est bilingue en anglais et francophone a assuré la comparabilité des différentes versions, la finalité étant une mise en commun des données recueillies afin d'établir une comparaison internationale.

En 2010, le questionnaire d'une dizaine de pages a été envoyé par voie postale à 1 087 centres de soins en France, CSAPA, CSST et ELSA, sur la base du fichier des professionnels de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie). Chaque structure recevait deux questionnaires et était invitée à les faire remplir par un ou deux professionnels. Les services postaux n'ont pas pu assurer la distribution de 137 envois (enveloppes retournées avec la mention "boite aux lettres non identifiable"). 183 structures ont renvoyé deux questionnaires et 141 structures un seul questionnaire, soit au total 507 questionnaires émanant de 324 structures, représentant un taux de réponse global de 34 %. Deux questionnaires non suffisamment complétés pour être exploités ont été écartés. Les questionnaires ont été saisis au cours du troisième trimestre 2010 sous Modalisa 6, puis ont fait l'objet d'un traitement statistique. Les résultats présentés ici portent donc sur 505 réponses. Le protocole

d'enquête a été approuvé par la CNIL (Commission nationale informatique et libertés) sous le numéro 1390752.

Les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des enquêtés (sexe, génération, lieu de résidence, niveau d'instruction, formation professionnelle, profession, lieu d'exercice, type de centre, ancienneté d'exercice) sont convenablement renseignées, avec des taux de non-réponse compris entre 0,2 % et 3,8 %. Les questions relatives à la perception du risque de dépendance, à un produit ou une activité, aux causes et à la responsabilité de la dépendance, à la guérison sans traitement et avec traitement, aux mesures pour faire face aux addictions et dépendance sont également bien complétées, avec un taux de non-réponse compris entre 4 % et 5,7 %. Celui-ci est faible (de 0,6 % à 2,6 %) pour les questions relatives aux obstacles à la guérison par rapport un produit ou une activité. La durée totale de formation concernant le traitement de la dépendance est la variable la moins bien renseignée (avec un taux de non-réponse de 45,9 %) et n'a donc pas été exploitée.

La population étudiée

Les professionnels qui ont répondu à ce questionnaire ont été regroupés en quatre grandes catégories professionnelles : les travailleurs sociaux (n =172) ; les administratifs (n = 85) ; les infirmiers (n = 82) ; les médecins (n = 163). Des différences significatives sont apparues entre ces groupes pour l'ensemble des opinions exprimées, mais également pour les autres variables démographiques. Ainsi pour le sexe, 76,7 % des travailleurs sociaux qui ont répondu sont des femmes, contre seulement 54,3 % des médecins, pour une proportion globale de 66,9 % de femmes ($p < 0,001$). Les médecins sont significativement plus âgés, puisqu'ils sont deux fois plus souvent nés avant 1960 que les autres professionnels. La catégorie professionnelle comportant le plus de personnes nées après 1980 est celle des travailleurs sociaux (tableau 1). Ces professionnels se distinguent également par la durée de leur formation initiale bien sûr (plus longue pour les médecins), mais également par la durée de leur travail au contact des usagers de centres d'addictologie, ceci résultant en partie de l'écart des générations.

Résultats

Les causes de la dépendance

Les enquêtés, interrogés sur la cause de la dépendance, devaient classer leur opinion en rangs 1, 2 et 3. Que l'on prenne le rang global ou le premier rang seulement, les avis sont très contrastés selon la profession. Globalement,

Tableau I : Répartition en pourcentage des répondants selon leur profession et les autres variables socio-démographiques

Variable socio-demographique		Nombre de répondants	Travailleurs sociaux n = 172	Administratifs n = 85	Infirmiers n = 82	Médecins n = 163	Total n = 505	P
Sexe	Homme	167	23,3 %	38,8 %	23,2 %	45,7 %	33,1 %	0,001
	Femme	337	76,7 %	61,2 %	76,8 %	54,3 %	66,9 %	
Génération	Avant 1960	148	19,4 %	25,6 %	26,0 %	46,8 %	30,2 %	0,001
	de 1960 à 1980	282	60,6 %	57,3 %	63,6 %	53,2 %	58,2 %	
	Après 1980	56	20,0 %	17,1 %	10,4 %	0,0 %	11,6 %	
Résidence	Paris	40	6,7 %	9,6 %	0,0 %	13,0 %	8,1 %	0,001
	Grande ville	174	33,9 %	32,5 %	29,6 %	40,1 %	35,0 %	
	Petite ville	161	38,2 %	27,7 %	28,4 %	32,1 %	32,8 %	
	Zone rurale	119	21,2 %	30,1 %	42,0 %	14,8 %	24,0 %	
Type de centre	CSAPA	285	67,5 %	42,9 %	50,0 %	57,8 %	57,3 %	0,001
	Service hospitalier	124	18,9 %	4,8 %	43,9 %	31,7 %	24,8 %	
	Association ou autre	90	13,6 %	52,4 %	6,1 %	10,6 %	17,9 %	
Formation	Inférieure au Bac +2	23	2,9 %	16,5 %	5,0 %	0,0 %	4,6 %	0,001
	Licence ou Master	92	18,6 %	15,3 %	56,3 %	0,0 %	18,1 %	
	Supérieure à Bac + 5	385	78,5 %	68,2 %	38,8 %	100,0 %	77,3 %	
Ancienneté	Inférieure à deux ans	55	15,3 %	12,2 %	14,6 %	3,7 %	10,9 %	0,001
	De deux à cinq ans	99	21,2 %	19,5 %	23,2 %	17,2 %	19,9 %	
	Supérieure à cinq ans	346	63,5 %	68,3 %	62,2 %	79,1 %	69,2 %	

tous rangs confondus, pour 29,2 % des professionnels la cause de l'addiction à un produit est avant tout une souffrance personnelle, suivie par une manière de s'adapter (17,5 %), un défaut de contrôle de ses émotions ou un style de vie lié à l'environnement social (13,3 %).

Quand on prend en compte la seule cause classée en rang 1 (jugée la plus importante), la souffrance personnelle est choisie par 50,3 % des professionnels. Le manque de volonté ou la faiblesse de caractère ne sont pas considérés comme une cause importante de l'addiction, qui n'est pas perçue non plus comme un trouble génétique ou une maladie. Par contre, si l'on prend en compte les choix "trouble de la personnalité", "souffrance personnelle" ou "contrôle des émotions" comme des causes ayant en commun le lien à la santé mentale, les professionnels adhèrent majoritairement (57,5 % au total) à une cause de cet ordre. Un petit tiers d'entre eux pense que la cause est plutôt liée à l'environnement, à un style de vie ou une manière de s'adapter. Enfin, l'assimilation de l'addiction à une maladie, soit d'origine génétique, soit du cerveau, n'est jugée pertinente que pour moins d'un professionnel sur dix. Seuls 9,9 % des professionnels attribuent le premier rang à la maladie comme cause de l'addiction, avec des différences significatives, les médecins la choisissant plus souvent comme une explication importante : 20,6 % contre 2,9 % des travailleurs sociaux (tableau II).

Le risque de devenir dépendant

Le risque perçu de devenir dépendant est variable selon l'addiction (figure 1). Le risque est décrit comme élevé ou très élevé (89 % dont 56 % ayant répondu très élevé), pour les drogues illicites et le tabac (91 %), suivis par les médicaments psychotropes (74 %). L'alcool et les

Tableau II : Pourcentage de professionnels ayant classé en premier rang les causes listées pour caractériser la dépendance à un produit

Cause	Travailleurs sociaux	Administratifs	Infirmiers	Médecins	Total
Une maladie du cerveau	2,9 %	4,7 %	2,5 %	20,6 %	8,9 %
Un trouble génétique	0,6 %	2,4 %	0,0 %	1,3 %	1,0 %
Un trouble de la personnalité	7,0 %	7,1 %	9,9 %	10,6 %	8,7 %
Une manière de s'adapter	18,1 %	12,9 %	11,1 %	18,8 %	16,3 %
Un style de vie lié à l'environnement social	7,6 %	3,5 %	3,7 %	1,9 %	4,4 %
Une question de souffrance personnelle	55,6 %	58,8 %	63,0 %	33,8 %	50,3 %
Un manque de volonté, une faiblesse de caractère	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
Un défaut de contrôle des émotions	5,8 %	5,9 %	7,4 %	8,1 %	6,8 %
Autre chose	2,3 %	2,4 %	2,5 %	5,0 %	3,2 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

La question était : "À votre avis, laquelle des caractéristiques suivantes décrit le mieux la dépendance à un produit ? Choisissez-en une à trois qui conviennent le mieux et classez-les (de 1 à 3, 1 étant la plus importante)".

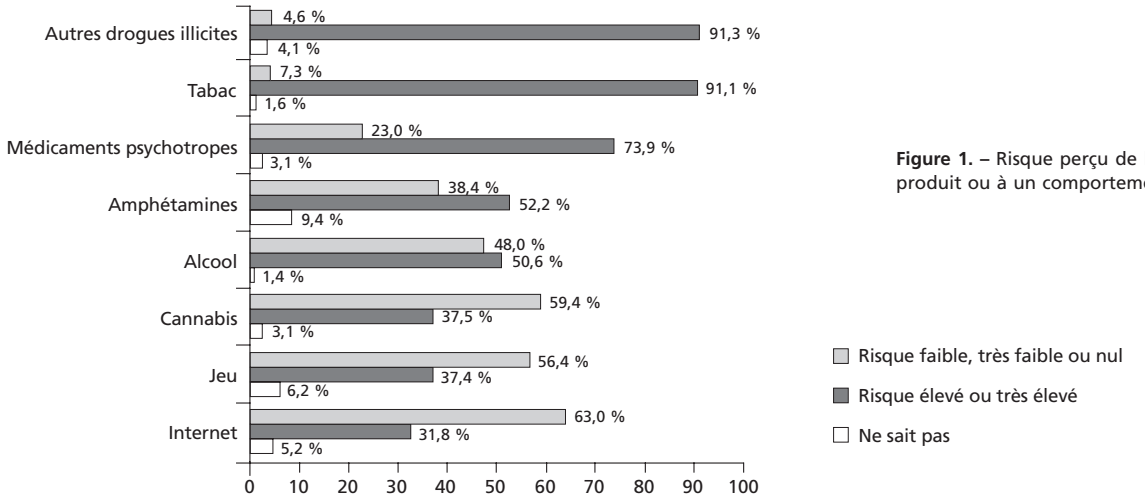

Figure 1. – Risque perçu de la dépendance à un produit ou à un comportement.

amphétamines obtiennent des scores intermédiaires, respectivement 48 % et 38 % des professionnels considérant que le risque est plutôt faible, et un peu plus qu'il est très élevé ; soit une vision ambivalente, la moitié des professionnels jugeant le risque très faible ou faible et l'autre moitié le risque élevé ou très élevé. Les risques jugés très faibles ou nuls se rapportent au cannabis (59 %) et aux addictions sans produit, jeux de hasard (56 %) ou Internet (63 %), car même si un tiers des répondants les juge plutôt élevés, plus de la moitié les considère comme faibles ou nuls.

Quelle est la probabilité de sortir d'une addiction avec ou sans traitement ?

Une autre façon de définir l'addiction consistait à interroger les professionnels sur leur estimation des chances de guérison, avec ou sans traitement. Les trois addictions (Internet, jeux de hasard, cannabis) estimées comme présentant un moindre risque de dépendance sont celles pour lesquelles près d'un professionnel sur deux considèrent que la probabilité d'en guérir sans traitement est assez importante ou très importante. Plus du tiers d'entre eux jugent cette probabilité très importante. La possibilité d'une guérison sans traitement est au contraire considérée comme la plus faible pour les autres drogues illicites, les médicaments psychotropes et l'alcool (figure 2). Dans ces trois cas, moins de 15 % des répondants pensent qu'il y a une possibilité de s'en sortir seul.

La majorité des professionnels pense que la probabilité de guérison avec traitement est plus forte que sans traitement pour tous les produits, sauf pour le cannabis, mais qu'elle est la même, voire plus faible, pour les addictions sans produit. Une minorité considère que la probabilité de guérir d'une addiction avec un traitement est très importante : 21,6 % pour les drogues illicites autres que le cannabis, 13,7 % pour le tabac et entre 9 et 11 % pour les autres produits. La majorité n'estime ces chances de guérison que "assez importantes" : 45 % pour le tabac et l'alcool, 40 % pour les autres drogues illicites et entre 34 et 37 % pour tous les autres produits. La somme de ces deux modalités est illustrée sur la figure 2.

Qui est responsable du problème et de sa résolution ?

La mise en œuvre des modèles de Brickman nécessite d'identifier les attributions de responsabilité à l'individu dans l'entrée dans l'addiction. La façon dont la responsabilité est imputée aura une influence sur l'aide apportée. Pour toutes les addictions, avec ou sans produit, sauf pour les médicaments psychotropes, les professionnels estiment que la responsabilité est essentiellement individuelle, avec des variations, la responsabilité personnelle étant considérée comme la plus forte pour Internet et les jeux de hasard, et la plus faible pour les médicaments psychotropes dont la responsabilité est surtout attribuée à la société. Pour toutes les addictions, les femmes considèrent plus souvent la responsabilité comme individuelle. Des différences significatives apparaissent également selon la profession, les travailleurs sociaux et les médecins estimant que la responsabilité est imputable à l'individu,

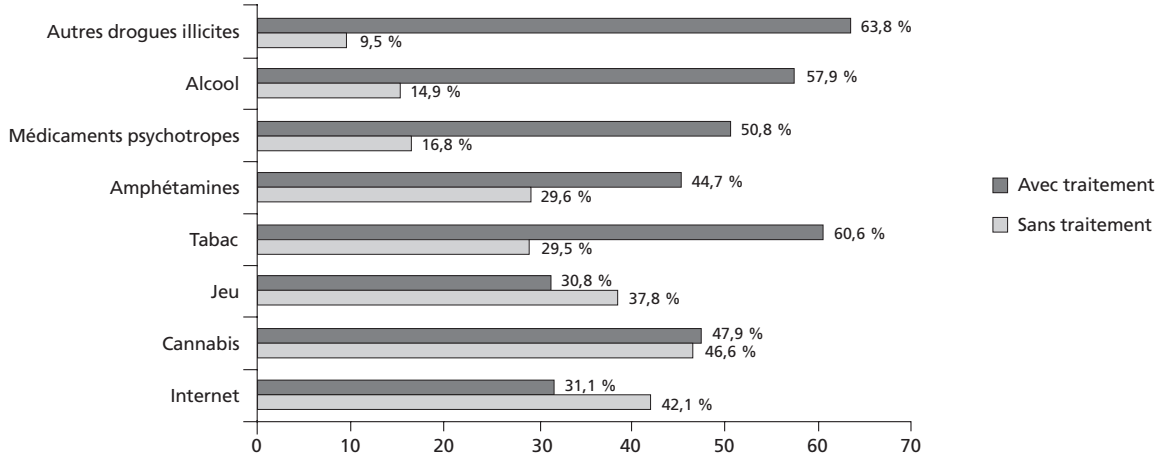

Figure 2. – Pourcentage des répondants estimant que la probabilité de guérir d'une dépendance avec ou sans traitement est assez importante ou très importante.

tandis que les infirmiers et les administratifs l'attribuent davantage à la société. La responsabilité repose moins sur l'individu à Paris que dans les villes de moindre taille, avec un gradient proportionnel à la diminution de la taille de la ville : pour toutes les addictions, sauf celle aux médicaments psychotropes, les professionnels en zone rurale estiment la responsabilité individuelle plus importante que ceux exerçant en zone urbaine. L'année de naissance des professionnels n'est significativement corrélée que pour les médecins, les plus âgés ayant tendance à imputer la responsabilité à l'individu davantage que les plus jeunes.

Sauf pour le tabac, des différences significatives apparaissent selon la profession quant à l'attribution de la responsabilité pour résoudre le problème à l'individu ou à la société. Globalement, tous les professionnels pensent que la résolution passe surtout par l'individu, cette proportion étant maximale pour l'alcool et chez les infirmiers. La responsabilité individuelle est moins engagée pour ce qui concerne les médicaments psychotropes ou les addictions sans produit.

Les modèles des addictions

La combinaison des réponses aux questions "qui est responsable du problème" et "qui est responsable de sa solution" permet de définir les quatre modèles proposés par Brickman pour chaque addiction avec ou sans produit. Le modèle moral est largement dominant, sauf pour les médicaments psychotropes. Ainsi, 61,6 % des professionnels ont choisi ce modèle pour le tabac, 61,6 % pour l'alcool et jusqu'à 62,7 % pour Internet, mais seulement 50,7 % pour les médicaments psychotropes. Les responsabilités pour le problème et pour sa solution sont donc majoritairement imputées à l'individu.

Le choix du modèle varie selon les professions et le sexe. Par exemple, le modèle médical est plus souvent choisi par les personnels administratifs, pour les médicaments psychotropes et l'alcool de manière significative (figure 3). De manière significativement différenciée, les femmes choisissent moins souvent le modèle médical pour les médicaments psychotropes que les hommes (16,7 % contre 26,4 %), mais ces différences ne sont pas significatives pour l'alcool. Ce modèle est le moins choisi par les infirmiers concernant le cannabis. Si l'on poursuit sur le choix du modèle médical pour l'alcool, les professionnels concernés sont plus souvent des personnels administratifs, qui travaillent dans le champ des addictions depuis deux à cinq ans et qui pensent que le risque de dépendance au cannabis est nul, que les addictions sont liées à un environnement et que ce même environnement constitue l'obstacle principal pour s'en sortir. Interrogés sur leur perception des problèmes de la société actuelle, ils considèrent que les questions les plus importantes sont la

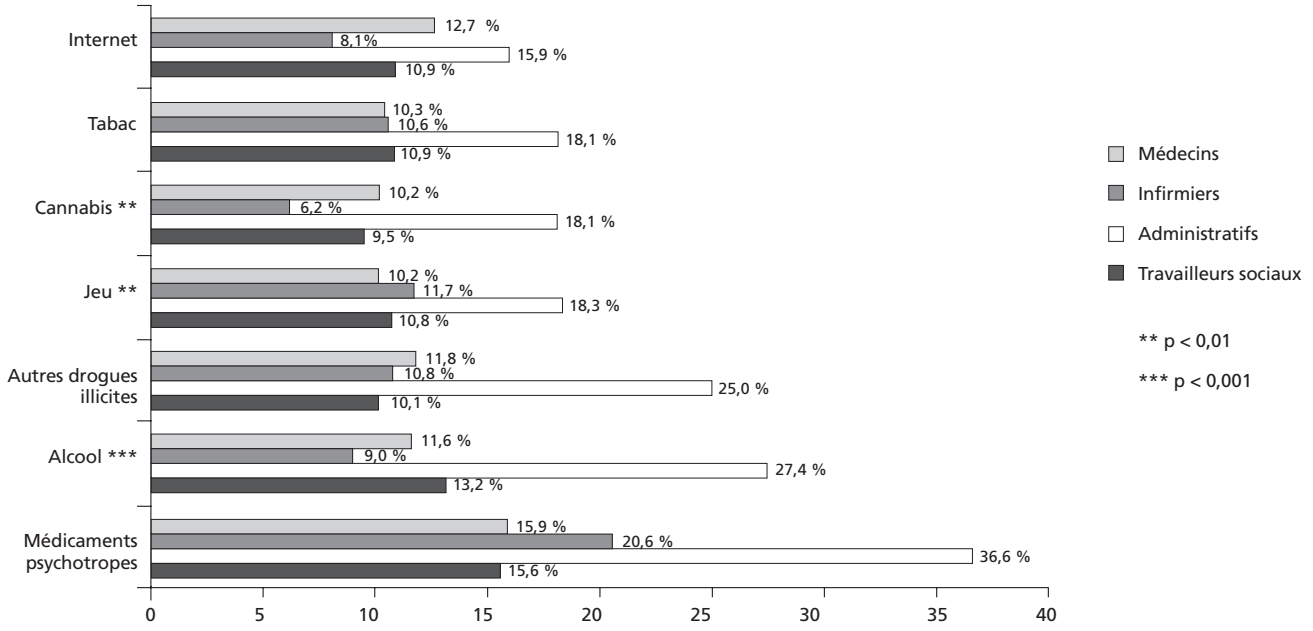

Figure 3. – Pourcentage de professionnels adhérant au modèle médical selon leur profession et le produit ou comportement.

pauvreté et les infractions financières et que la solution pour les addictions est d'améliorer les conditions de vie de manière générale.

Discussion

La notion d'addiction et la globalisation des problèmes de dépendance n'entraînent pas l'adhésion de la très grande majorité des professionnels qui ont répondu à ce questionnaire. Bien au contraire, ils distinguent très nettement les addictions aux produits licites de celles aux produits illicites et surtout des addictions sans produit. Ce dernier type de dépendance ne leur est pas du tout familier et ils présentent une difficulté à estimer qu'il s'agit du même problème, suivant en cela les débats qui animent les instances scientifiques comme la littérature médicale (15). Le risque de devenir dépendant sans produit est considéré comme négligeable par les professionnels en France, où les machines à sous sont cantonnées à des casinos et où les jeux de hasard n'envahissent pas la vie quotidienne (supermarchés, boutiques de jeux, etc.), au contraire de l'accès à Internet. Trois groupes de jeux de hasard se partagent le marché français, les casinos (192 en France), le PMU (paris hippiques) et la Loterie nationale (16). La question est d'autant plus difficile à traiter que les données épidémiologiques sur les personnes pratiquant les jeux de hasard et d'argent commencent tout juste à être publiées. 12,2 % de la population française âgée de 18 à 75 ans peuvent être considérés comme des joueurs actifs. Parmi eux, 3,7 % sont potentiellement des joueurs excessifs (17). Les centres de soins, même s'ils sont sollicités pour répondre à ce nouveau type d'addiction, n'y sont encore que rarement confrontés (18).

La prédominance du modèle moral est manifeste, que ce soit pour les produits ou les comportements, à l'exception notable des médicaments psychotropes. Pourtant, on lit couramment dans la littérature sur les drogues que l'on est passé d'un modèle moral à un modèle médical, avec l'émergence de la réduction des risques. En effet, le modèle moral met l'individu au centre de la question, et les professionnels interrogés attribuent les causes de l'addiction à une souffrance personnelle plutôt qu'à un style de vie lié à un environnement qui, par exemple, rendrait accessible les substances. Ce modèle est le plus souvent choisi dans le cas du cannabis, considéré comme un produit récréatif et faiblement addictif, lié à un style de vie auquel l'individu peut renoncer pour résoudre son problème. On peut donc faire l'hypothèse que le modèle moral reste dominant, mais qu'il a changé de sens. En France comme en Finlande, la montée en puissance de l'éducation à la santé et la délégation à l'individu de la responsabilité de sa santé par l'adoption de comportements sains pourraient avoir accompagné la baisse de la vision du toxicomane comme un délinquant responsable d'un comportement contraire à la morale ou à l'ordre public.

Le modèle médical, qui attribue les responsabilités à des causes ou prises en charge extérieures aux individus, n'est pourtant reconnu que par un cinquième des professionnels, plus souvent des administratifs et plus souvent pour les médicaments psychotropes. Les données obtenues en Suède montraient que les travailleurs sociaux adhéraient davantage au modèle médical que les personnels médicaux. L'amorce d'un changement peut néanmoins être constatée dans les différences entre les générations, y compris chez les médecins. L'émergence du discours des neurosciences autour des addictions comme maladie génétique ou trouble du cerveau (13) est ainsi manifeste dans le choix de cette cause par les médecins, même si, pour l'instant, elle n'est que rarement mise au premier rang.

Le modèle spirituel reste peu choisi par les professionnels interrogés, alors qu'il se réfère explicitement au modèle de prise en charge par des groupes d'entraide ou des communautés. La relative faible visibilité de ces types de prise en charge en France, surtout comparativement aux pays d'Amérique du Nord, peut expliquer en partie ce résultat. Le seul domaine où ce modèle est apparent est celui des addictions sans produit, pour lesquelles, nous l'avons vu, la notion d'addiction fait moins l'unanimité.

L'adhésion majoritaire à un modèle moral, où la personne est considérée comme responsable de son addiction et de sa "guérison" sous-tend que seule la personne elle-même peut s'en sortir et donc que son traitement n'est pas totalement indispensable. Et en effet, ici, les professionnels exerçant dans les centres de soins des addictions pensent que la probabilité de guérir sans traitement d'une addiction est forte, au moins pour le cannabis ou les jeux ou Internet, rejoignant ainsi les travaux sur les opinions en population générale (7). Cette possibilité est néanmoins considérée comme très improbable, en particulier pour les drogues illicites autres que le cannabis, malgré les nombreux travaux sur les sorties de la toxicomanie montrant le poids du *self recovery*, ce que Castel et al. appelaient autocontrôle, pour l'héroïne par exemple (19). La recherche sur les rémissions naturelles est en plein essor et l'on en trouvera une revue récente de la littérature dans l'article de Kinglemann et Kinglemann (20). Toutes les addictions

sont concernées, comme l'ont mis en évidence Toneatto et al. (21) à propos du jeu pathologique.

Pourtant, les professionnels interrogés considèrent que pour certains produits, tels que l'alcool ou le tabac, la probabilité de guérir avec un traitement n'est finalement pas très importante : si globalement six sur dix la considèrent comme au moins assez importante, ils ne sont que moins de 20 % à l'estimer comme très importante. Ils doutent que l'on puisse guérir d'une addiction, l'assimilant à une pathologie chronique. Pourtant, ils estiment cette probabilité supérieure pour les drogues illicites autres que le cannabis. Une hypothèse serait que cette opinion se fonde sur la possibilité de recourir aux traitements de substitution aux opiacés, donc que le modèle sous-jacent des autres drogues soit en fait celui de l'héroïne, alors même que les possibilités de traitement pour la cocaïne sont très limitées.

Des recherches américaines ont essayé d'évaluer l'influence que pourrait avoir sur les croyances des personnels des centres de soins et sur leur manière de prendre en charge les usagers le fait d'avoir eux-mêmes un passé de dépendance, les centres de soins faisant appel à des anciens usagers comme personnels (22). Il était ainsi montré que ces personnels "en rétablissement" étaient significativement plus enclins à adhérer à un modèle de maladie, mais que d'autres variables étaient sans doute davantage associées à leurs représentations que leur passé d'usagers. Cette question est difficile à aborder ici puisque notre enquête reposait sur un volontariat pour répondre au questionnaire et non sur un échantillon stratifié des différents types de personnel. Une question sur leur propre dépendance au cours de la vie et actuelle était posée, mais la très faible proportion de personnes s'étant reconnues dépendantes, hormis au tabac, ne permet pas d'en faire une analyse pertinente.

Limites de l'étude

Cette enquête sur les opinions des professionnels des addictions en France a été menée avec deux années de retard sur le calendrier des autres pays du fait de l'absence de financement français, alors que les équipes de Finlande, Suède et Canada étaient financées. Ceci nous a amenés à renoncer aux enquêtes en population générale et auprès des clients des centres de soins, qui ont pu être menées dans ces autres pays. Ensuite, la CNIL a refusé le principe d'une enquête par courrier électronique, à partir des courriels des centres de soins, compte tenu de la sensibilité du sujet, alors que le questionnaire avait été construit pour être renseigné directement sur Internet. Les deux problèmes combinés ont abouti à une enquête par voie postale, pour laquelle nous n'avons pas pu faire de relance faute de moyens financiers, d'où un taux de réponse plus faible que dans les autres pays. De plus, comme cela a été évoqué dans la revue de littérature, nous ne disposons pas d'une description précise des professionnels intervenant dans les centres de soins des addictions en France, ce qui n'a pas permis d'estimer la représentativité de notre population d'étude en termes de stratification sociale ni de genre ou d'âge.

Conclusion

Plusieurs résultats sont néanmoins intéressants et la comparaison approfondie avec l'enquête finlandaise, qui a également réuni 500 réponses, permettra de les replacer dans un contexte comparatif, l'utilisation du même questionnaire nous donnant la possibilité de fusionner les enquêtes et non de simplement comparer les résultats des deux pays.

La convergence des politiques publiques en matière de drogues caractérise les pays européens, malgré des traditions différentes de consommation. Les modalités de prise en charge, en particulier de la dépendance à l'alcool, restent néanmoins très contrastées, plutôt médicales en France et profondément sociales en Finlande. Malgré l'approche médicale française, par ses centres de soins, le modèle moral est largement dominant pour toutes les addictions.

Le profil des professionnels travaillant dans les structures enquêtées est différent en France et en Finlande. Les médecins sont surreprésentés en France, avec le niveau d'études correspondant, et une répartition géographique laissant une large place aux non-urbains, tandis que l'enquête finlandaise a plutôt recueilli des données sur des travailleurs sociaux, d'un niveau baccalauréat et très urbains (11). Dans les deux pays, les professionnels estiment que les individus sont responsables de leur problème, surtout en ce qui concerne le jeu, Internet et le tabac, mais moins pour les drogues illicites autres que le cannabis. Une différence notable est la question des médicaments psychotropes largement perçue en France comme une responsabilité collective, liée à une sur-prescription. Pour ces mêmes addictions, l'individu est également tenu pour responsable de la résolution du problème.

Un résultat remarquable obtenu en Finlande est que, au final, les opinions exprimées sur ces questions par les professionnels des addictions ne sont pas très différentes de celles obtenues en population générale et auprès des clients de centres de soins, ce qui tendrait à conforter l'hypothèse selon laquelle nos sociétés véhiculent des images des addictions qui sont partagées par l'ensemble de la population, quelle que soit la proximité au produit des enquêtés (11). ■

Conflit d'intérêt. – Nous déclarons l'absence de tout conflit d'intérêt.
Remerciements. – Nous remercions Anja Koski-Jännes, de l'Université de Tampere, Finlande, pour nous avoir associées à ce projet.

Références bibliographiques

1 - Roques B. La dangerosité des drogues. Paris : Éditions Odile Jacob et La Documentation française ; 1999. p. 316.
2 - Cunningham JA, Freedman JL, Sobell MB. Beliefs about the causes of substance abuse: a comparison of three drugs. *Journal of Substance Abuse*. 1994 ; 6 : 219-26.
3 - Costes JM et al. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*. 2010 ; 71 : 1-6.
4 - Beltzer N et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Île-de-France en 2010. Paris : ORS Île-de-France ; 2011. p. 153.
5 - Sulkunen P. Images of addiction: representations of addictions in films. *Addiction Research and Theory*. 2007 ; 15 (6) : 543-59.
6 - Holma K et al. Perceptions of addictions as societal problems in Canada, Sweden, Finland and St. Petersburg, Russia. *European Addiction Research*. 2011 ; 17 : 106-12.
7 - Blomqvist J. What is the worst thing you could get hooked on? Popular images on addiction problems in contemporary Sweden. *NAT*. 2009 ; 26 : 373-98.
8 - Palm J. The nature of and responsibility for alcohol and drug problems: views among treatment staff. *Addiction Research & Theory*. 2004 ; 12 (5) : 413-31.
9 - Meza EE et al. Alcoholism: beliefs and attitudes among Canadian alcoholism treatment practitioners. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001 ; 46 (2) : 167-72.
10 - Ogborne AC et al. Measuring treatment process beliefs among staff of specialized addiction treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1998 ; 15 (4) : 301-12.
11 - Koski-Jännes A, Hirschovits-Gerz T, Pennonen M. Population, professional, and client support for different models of managing addictive behaviors. *Substance Use & Misuse*. 2012 ; 47 (3) : 296-308.
12 - Brickman P et al. Models of helping and coping. *American Pyshologist*. 1982 ; 37 : 368-84.
13 - Pharo P. Sociologie cognitive et morale de l'addiction. *Revue Française de Sociologie*. 2010 ; 51 (4) : 693-720.
14 - Northhouse LL, Wortman CB. Models of helping cand coping in cancer care. *Patient Education and Counseling*. 1990 ; 15 : 49-64.
15 - Acier D, Kern L. Problematic Internet use: perceptions of addiction counsellors. *Computers and Education*. 2011 ; 56 (4) : 983-9.
16 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale . Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2008. p. 479.
17 - Costes JM et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances*. 2011 ; 77 : 1-8.
18 - Goyette M, Nadeau L. Utilisation pathologique d'Internet. *Alcoologie et Addictologie*. 2008 ; 30 (3) : 275-83.
19 - Castel R. Les sorties de la toxicomanie. Fribourg : Presses Universitaires de Fribourg ; 1998.
20 - Kinglemann H, Kinglemann J. L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*. 2008 ; 14 (3) : 111-26.
21 - Toneatto T et al. Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory*. 2008 ; 16 : 111-20.
22 - Humphreys K, Noke JM, Moos RH. Recovering substance abuse staff members' beliefs about addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1996 ; 13 (1) : 75-8.