



Marc
Auriacombe ^{*,**}



Mélina
Fatséas ^{*,**}



Jean-Pierre
Daulouède ^{*,***}

Réduction des risques, gestion des dommages, soins de l'addiction *Comment s'y retrouver et faire au mieux ? Soyons responsables : simplifions !*

À nous trois, nous embrassons une période de la fin des années 60 du 20^e siècle jusqu'au début des années 40 du 21^e siècle (sauf accident à venir), soit plus de 70 ans d'activité professionnelle combinée. Dans le laps de temps déjà passé, nous avons assisté à des changements considérables dans la compréhension et les représentations, en passant d'un pluriel désorganisé à un singulier pluriel : l'addiction. Nous n'avons pas été passifs et avons contribué aux changements. Nul ne peut nous confondre tant nous sommes divers, à tout point de vue : formes, tailles, styles. Mais nous avons un point commun : notre intérêt pour l'étude de l'addiction et comment aider au mieux, dans une démarche thérapeutique, les personnes qui en sont victimes et que nous ne confondons pas avec l'addiction. Cet intérêt commun, il ne vient initialement pas de nous. C'est à Jean Tignol, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Bordeaux, que nous le devons. Il l'a anticipé, initié, stabilisé, maintenu. Aujourd'hui, à nous trois, nous sommes entourés d'une centaine de collègues,

* Équipe phénoménologie et déterminants des comportements appétifs, Sanpsy CNRS USR 3413, Université de Bordeaux, France

** Filières de soins hospitalières et médico-sociales des addictions, CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

*** BIZIA centre d'addictologie, CH Côte Basque, Bayonne, France

collaborateurs, praticiens de toutes les professions, élèves. C'est un privilège dont nous avons conscience et que nous voulons partager.

Nous avons bien connu l'époque du "tout sevrage" où c'était l'usager l'exclusif responsable de l'usage et de son éventuel changement. Une responsabilité terrible pour l'usager. Mortelle. Nous connaissons aujourd'hui, progressivement installé depuis la fin des années 1990, le "tout RDR" (réduction des risques) où les professionnels se sont mis au service des besoins de l'usager, pour le plus grand bénéfice de sa survie, mais en passant peut-être à côté de sa souffrance. Finalement, la responsabilité reste encore sur l'usager. Moins mortelle et ainsi moins terrible. Mais toujours seul responsable.

• Pour bien intervenir, clarifions l'addiction. Mais qu'est-ce donc ? Ce qui est central et ce qui est périphérique

Les substances et les comportements qui peuvent exprimer l'addiction (être objet d'addiction) ont en commun de donner de l'intérêt, du plaisir (sont renforçants). En soi, cela n'est pas un problème, au contraire, c'est le moteur du vivant. L'addiction est une modalité d'usage particulière, dérégulée, pathologique et durable. Elle

se traduit par un mode d'utilisation excessif au point qu'il met en danger l'individu. Cet excès d'utilisation est généralement facile à voir par simple observation. Mais souvent, les utilisateurs excessifs eux-mêmes vont le signaler comme dérangeant, si l'opportunité leur est donnée en entretien. En l'absence d'intervention, les conséquences dangereuses de l'excès peuvent s'étendre de l'individu à son environnement, faisant de l'addiction une caractéristique individuelle (un trouble, un désordre, une maladie), avec des conséquences environnementales et sociales (impact de santé publique, implications politiques et sociétales). Cela en rend la préhension délicate.

Les mécanismes d'action des substances et des comportements qui peuvent faire l'objet d'excès sont différents, mais tous activent finalement le même système de récompense du cerveau impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs. Ils induisent tous une expérience (plaisir) qui motive la répétition. La perte de contrôle de l'utilisation d'une substance ou de la pratique d'un comportement est considérée comme le noyau central, spécifique, de l'addiction. La difficulté va être de différencier ce noyau central et spécifique de la constellation environnante des facteurs de risque préexistants (qui ne sont pas des causes) et des conséquences,

qu'elles soient toxicologiques, physiques ou environnementales. Une fois installées, toutes ces caractéristiques coexistent chez un même individu. Cette coexistence rend le repérage et la distinction difficiles.

L'excès est bien une caractéristique ordinaire et commune des addictions, mais sa définition est difficile. Si l'excès est défini comme une utilisation au-dessus d'un seuil déterminé, comment déterminer le seuil ? Si l'excès est défini comme une utilisation avec des conséquences négatives, comment différencier la perte de contrôle caractéristique de l'addiction de l'utilisation à dose toxique pour des raisons autres que l'addiction ? L'excès ne suffit pas pour caractériser l'addiction, comme on le fait trop souvent. L'utilisation excessive peut simplement refléter un mode d'utilisation volontaire sans addiction ou indépendamment du choix perçu par la personne, des éléments de l'organisation sociale et culturelle où elle se trouve. Le dilemme est que toute utilisation, excessive ou non, a des conséquences indépendantes de la façon et du pourquoi de l'utilisation (c'est-à-dire indépendantes de l'addiction), car, pour une part, cela est déterminé par ce qui est utilisé, et non uniquement par la modalité d'utilisation. C'est là que toxicologie et addictologie se différencient. Quoi qu'il en soit, l'utilisation excessive de substance ou un comportement excessif ont des conséquences toxicologiques à court, moyen et long termes pour le cerveau et de nombreuses parties du corps, ainsi que des conséquences sociales, à la fois directes et indirectes. Et il faut en tenir compte.

Une caractéristique importante de l'addiction (objet de controverse), c'est qu'il s'agit d'une condition stable : elle persiste au-delà de l'arrêt, volontaire ou imposé, seul ou assisté. Il ne suffit pas de suspendre l'usage pour que l'addiction disparaisse. Cela s'exprime

par les rechutes répétées (c'est-à-dire le retour à un usage posant les mêmes problèmes). Pendant longtemps, beaucoup ont vu dans la rechute la responsabilité de l'utilisateur, son défaut d'attention ou de motivation. Pourtant, les plus observateurs avaient rapporté (et cela est maintenant montré) que les rechutes sont précédées d'expériences douloureuses d'envies involontaires, fluctuantes et qui apparaissent d'autant plus que les personnes tentent de contrôler l'utilisation excessive par la restriction. Cette expérience déroutante la plupart des personnes qui en sont victimes, et les mots pour nous le dire leur manquent. Cette envie pathologique correspond à ce que l'on appelle en français le *craving*. C'est une expérience psychologique d'intrusion d'un désir étranger qui contraint à faire contre la volonté. Le *craving* pourrait être au cœur de l'addiction comme marqueur spécifique et pronostique. Contrairement au sevrage et à la tolérance qui se résorbent rapidement (de quelques jours à quelques semaines), le *craving* persiste des années malgré l'interruption de l'usage de la substance ou du comportement et prédit fortement la rechute.

• Mais alors, que faire ?

La RDR : toujours et sans condition d'addictions. Le soin de l'addiction : sans délai, dès que repéré

La RDR, en dehors de son contexte politique et militant, consiste tout simplement à éduquer l'utilisateur sur le mode d'emploi de ce dont il fait usage. Cette éducation à l'usage va permettre à l'utilisateur de faire un usage éclairé. Il est de l'intérêt général que les usagers (nonobstant la qualité de l'objet d'usage) soient éclairés. Car les dommages individuels dus à l'usage mal éclairé s'étendent le plus souvent à l'entourage et à l'environnement de l'utilisateur. De ce fait, la RDR ne doit pas être réservée aux seuls usagers ayant une addiction, mais à tous les usagers, du seul fait qu'ils sont usagers.

Si le *craving* est bien le marqueur pronostic de l'addiction et donc de la rechute, son repérage d'abord, puis son suivi et son management vont être le cœur du soin thérapeutique de l'addiction. Si le *craving* est bien le moteur de l'usage et de son excès, il ne s'agit plus de demander à l'utilisateur de s'abstenir et de le confronter à l'échec, mais de l'informer et d'intervenir en amont de l'usage sur le *craving*, afin de lui permettre de reprendre le contrôle. L'usage se modifiera en conséquence, et l'éventuelle abstinence sera la résultante du soin, pas sa condition. Chacun reconnaîtra que si cela est avéré (et nous pensons que cela l'est), c'est un sacré changement ! Pour repérer le *craving*, il faut d'abord apporter à l'utilisateur les mots pour le dire. C'est essentiel. Mais les outils pharmacologiques (médicaments addictolytiques ou anti-*craving*), lorsqu'ils existent, doivent être utilisés sans restriction injustifiée. Chacun accepte pour soi que l'expérience psychologique qu'est la douleur puisse légitimement être gérée par des agents pharmacologiques agissant sur la douleur, tout en sachant que la douleur peut aussi être atténuée par des actions psychologiques cognitives et attentionnelles, ainsi que par des actions physiques et motrices. Pourquoi en priver les personnes victimes d'addiction ?

Références bibliographiques

- Auriacombe M, Serre F, Denis C, Fatséas M. Diagnosis of addictions. Chapter 10. In : Pickard H, Ahmed S, editors. The Routledge handbook of the philosophy and science of addiction. Abingdon : Routledge ; 2017. In press.
- Auriacombe M, Dubernet J, Sarram S, Daulouède JP, Fatséas M. Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In : Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin HJ, éditeurs. Traité d'addictologie. 2^e édition. Paris : Lavoisier ; 2016. p. 307-10.
- Fatséas M, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, Auriacombe M, Svendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction*. 2015 ; 110 (6) : 1035-42.
- Tignol J. Le craving ou la passion torturante du toxicomane aux opiacés. *Humeur*. 1992 ; 1 (8) : 10-1.