



Ecole doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé Marseille

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 28 mai 2014

Présentée par **M. Nicolas ODIER**

Né le 18 juin 1973 à Marseille

**Apports des sciences sociales à la compréhension
des addictions : un enjeu de santé publique ?**

Pour obtenir le grade de **DOCTORAT d'AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ**

SPÉCIALITÉ : Recherche Clinique et Santé Publique

Membres du jury de la thèse

M. le Pr Jean Paul AURAY	Rapporteur
M. le Pr Pascal PERNEY	Rapporteur
M. le Pr Christophe LANCON	Directeur
M. le Pr Nicolas TANTI HARDOUIN	Co directeur
M. le Pr Roland SAMBUC	Membre
M. le Pr Gérard DURU	Membre

Table des matières

Résumé	5
Summary	6
Remerciements.....	7
Sigles et abréviations	8
Introduction	9
1. Qu'est-ce qu'une addiction ?	14
1.1. Les addictions	14
1.2. Histoire des grands courants de la pensée psychiatrique.....	15
1.2.1. La psychiatrie dans l'Antiquité	15
1.2.2. La psychiatrie au Moyen Age	16
1.2.3. Psychiatrie et Renaissance	16
1.2.4. La Révolution Française et la naissance de la clinique.....	17
1.3. Histoire des addictions	17
1.3.1. L'alcool.....	18
1.3.2. L'opium	19
1.3.3. Le tabac	19
1.3.4. Le cannabis	20
2. Les addictions, où en sommes-nous ?	21
2.1. De la psychiatrie moderne aux comportements addictifs	21
2.1.1. Psychiatrie moderne	21
2.1.2. Addictologie	27
2.1.3. Schéma des conduites addictives.....	38
2.2. Quelle est la prise en charge pour les addictions par le système de santé ?.....	43
2.2.1. Politiques publiques	43
2.2.2. Prise en charge des addictions en France	49
2.2.3. La prise en charge des addictions aux Etats-Unis	52
2.2.4. Traiter les addictions	57
2.3. Les comportements addictifs répondent-ils tous à un schéma unique ?	67
2.3.1. Neurobiologie des addictions.....	67
2.3.2. Aspects psycho-analytiques des addictions.....	75

2.3.3.	Vulnérabilité	85
2.3.4.	Addiction et principaux troubles psychiques.....	90
2.3.5.	Aspects psychosociologiques des addictions.....	97
2.4.	Evolutions des consommations et des comportements.....	103
2.4.1.	Organisation de Coopération et de Développement Économiques.....	103
2.4.2.	Observatoire français des drogues et des toxicomanies.....	105
2.4.3.	Approche épidémiologique des addictions en France.....	106
3.	L'apport des sciences sociales dans les comportements addictifs : un enjeu nouveau....	127
3.1.	La sociologie : l'approche paradigmatique de P. Bourdieu.....	130
3.1.1.	Les fondateurs.....	130
3.1.2.	Les démarches sociologiques.....	133
3.2.	Capital social et habitus : au cœur de la sociologie de P. Bourdieu.....	134
3.2.1.	L'habitus : un concept clé.....	134
3.2.2.	Le capital social : les différentes interprétations.....	137
3.3.	Relations entre habitus, capital social et le champ de la santé	142
3.3.1.	Habitus	142
3.3.2.	Capital social.....	143
3.4.	Importance de l'habitus et du capital social dans les comportements à risque.....	144
3.4.1.	Habitus	145
3.4.2.	Capital social.....	148
3.5.	Les hypothèses de notre travail	151
4.	Recherche.....	153
4.1.	Méthodologie	153
4.1.1.	Questionnaire.....	153
4.1.2.	Les populations de l'échantillon.....	153
4.1.3.	La méthode de recueillement	154
4.1.4.	Tests d'analyse utilisés	154
4.1.5.	Recodage des variables	156
4.2.	Les résultats.....	156
4.2.1.	Les résultats de l'enquête	156
4.2.2.	Analyse des poly-addictions.....	179
4.2.3.	Analyse des arrêts et des sevrages	181

4.2.4.	Analyse de la situation personnelle et socioprofessionnelle.....	182
4.2.5.	Analyse de la situation addictive.....	183
4.2.6.	Analyse de la perception sociologique.....	183
4.2.7.	Analyse de la perception addictive	184
4.3.	Discussion	184
4.3.1.	Habitus, déterminisme et liberté	188
4.3.2.	Déterminismes sociaux et inégalités de santé.....	190
4.3.3.	Capital social « positif » ou « négatif »	191
4.3.4.	Les limites du capital social et addictions	195
5.	Comment envisager la prise en charge médico-sociologique des addictions ?	196
5.1.	L'explication sociologique dans les addictions.....	196
5.2.	Peut-on pour autant modifier nos comportements pour préserver notre état de santé ?	198
5.3.	Pourquoi arrêter son addiction ?	202
5.3.1.	La théorie du conflit.	202
5.3.2.	La cristallisation du mécontentement.	202
5.3.3.	Le modèle transthéorique du changement.	203
5.3.4.	Facteurs externes.	203
	Conclusion	207
	Bibliographie	212
	Table des illustrations	215
	Annexe – Questionnaire.....	216

Résumé

Freud parlait au siècle dernier de *Malaise dans la civilisation* (Freud, 1929), notre siècle ne cache-t-il pas un malaise tout aussi profond ?

En effet, nous pouvons penser que la somme des contraintes aujourd'hui dépasse la capacité d'adaptation des individus et de leurs réseaux familiaux et sociaux ; le recours aux addictions devient alors pour beaucoup une stratégie de survie ou un mécanisme de contrôle pour garder un équilibre psychosocial.

Tout se passe dans la réalité de la prise en charge des addictions en lien ou pas avec un trouble psychiatrique ou inversement, comme si l'individu agissait dans un ensemble social vide. Or, le contexte social – et Freud a été un des premiers à le démontrer – interagit selon la tradition interactionniste sur tous les comportements déviants.

Notre travail a pour objectif de mettre en lumière les apports des sciences sociales et plus particulièrement de la sociologie dans la compréhension des addictions. En effet, il est admis aujourd'hui que les approches purement médicales qu'elles soient somatiques ou cognitives, n'ont su répondre aux attentes des patients et des professionnels de santé.

Nous proposons donc au travers de cette étude de démontrer que l'approche sociologique des addictions peut nous aider à la fois à comprendre pourquoi un individu à un moment de sa vie se laisse prendre dans un comportement à risque et comment nous pouvons essayer de l'accompagner à retrouver un état de plaisir.

L'enjeu est de comprendre l'addiction au travers de l'histoire sociale de l'individu. Les différents modèles proposés à ce jour sont des échecs pour des raisons normatives. Pour autant, nous savons que nous pouvons modifier nos comportements pour préserver notre état de santé.

Nous proposerons donc un modèle de prise en charge qui tienne compte à la fois d'une prise en charge individualisée sur le long terme et de l'histoire sociale de chacun.

Mots clé : addiction, habitus, capital social, santé.

Summary

In the last century, Freud spoke of "Discontents in Civilisation" (Freud, 1929), our century not hide a deeper malaise ?

Indeed, we can think that the sum of the constraints, now exceed the adaptive capacity of individuals and their family and social networks, that the use of addictions become so much a survival strategy or a control mechanism to keep a psychosocial balance.

Everything happens in the reality of the management of addictions related or not with a psychiatric disorder or vice versa, as if the individual was in an empty social world. However, the social context - and Freud was one of the first to demonstrate - interacts according to interactionist tradition on all deviant behavior.

One of our aims is to highlight the contributions of the social sciences and especially sociology in understanding addictions. Indeed, he is admitted today that purely medical approaches, somatic or cognitive, haven't met the expectations of patients and health professionals.

We therefore propose to demonstrate through this study that the sociological approach to addictions can help us both to understand why an individual at a time of his life gets caught in a risky behavior and how we can try to help him regain a state of pleasure.

The challenge is to understand the addiction through the social history of the individual. The various models proposed so far are failures for normative reasons. However, we know that we can change our behavior to preserve our health.

We propose a model of care that takes into account both an individualized management over the long term and the social history of each.

Key's word : addiction, habitus, social capital, health.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier le Pr Roland Sambuc, qui tout au long de mon parcours universitaire m'a inspiré et m'a permis de comprendre l'intérêt de la Santé Publique dans notre société moderne et d'aboutir à ce travail. Je le remercie aussi pour son soutien incondicional dans toutes mes démarches et mes travaux mais aussi pour ses conseils, sa disponibilité et sa gentillesse.

Je remercie tout particulièrement mes deux directeurs de thèse que sont les Prs Christophe Lançon et Nicolas Tanti Hardouin. En effet, M. Le Pr Lançon, tout votre éclairage et vos conseils sur les addictions n'ont pas été vains, il m'a fallu comprendre votre pensée et que vous me guidiez mais j'espère que grâce à vous nous apporterons une pierre à l'édifice de l'organisation de la prise en des addictions. M. Le Pr Tanti Hardouin, cette thèse est aussi la vôtre, la sociologie est une discipline qui apporte un réel atout dans la compréhension des comportements humains. Je ne pensais pas pouvoir sincèrement comprendre et accomplir ce travail sans vos apports, vos conseils et votre détermination à démontrer les apports des sciences sociales à la santé et tout particulièrement aux comportements addictifs.

Je remercie chaleureusement le Dr Marc Valleur et Mlle Aurelie Wellenstein pour vos conseils, votre écoute et votre participation dans notre enquête auprès des patients de l'Hôpital Marmottan.

Je remercie le Dr Jean-Claude Fisher pour toute son aide, son écoute et ses conseils ainsi que toute son équipe pour leur participation dans notre enquête auprès des patients de la Clinique des 3 Cyprées.

Je remercie les Prs Jean-Paul Auray et Pascal Perney d'avoir accepté la charge d'être les rapporteurs pour ce travail.

Je remercie les Prs Gérard Duru, le Pr Pascal Auquier d'avoir accepté d'être membre du jury.

Je remercie très chaleureusement tous les membres du Laboratoire de Santé Publique et tout particulièrement Elisabeth Auzière pour son accompagnement tout au long de mes études, ainsi que le Dr Jean-Christophe Delarozière pour son amitié et ses conseils, et, le Dr Bénédicte De Victor pour sons écoute, sa gentillesse et ses encouragements.

Je remercie aussi tous les membres du Master en Méthodes d'Analyses de Système de Santé pour la richesse de leur enseignement et leur disponibilité.

Je remercie ma famille, pour leur encouragement, leur écoute et leur soutien tout au long de mon parcours universitaire.

Je dédie enfin ce travail de thèse à ma fille Charlotte.

Sigles et abréviations

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OFDT : Office Français des Drogues et de Toxicomanie
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IMAO : Inhibiteur de Monoamine Oxydase
DMS : Durée Moyenne de Séjour
GABA : Acide γ -aminobutyrique
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
NIDA : National Institute on Drug Abuse
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TCA : Trouble des Conduites Alimentaires
OMS : Organisme Mondial de la Santé
ASAM : American Society of Addiction Medicine
CH/CHU : Centre Hospitalier / Centre Hospitalo-Universitaire
CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centre de Soins Spécifiques pour Toxicomanes
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
SU : Structure d'Urgence
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
USDHHS : United States Department of Health and Human Services
TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale
AA : Alcooliques Anonymes
ATV : Aire Tegmentale Ventrale
NA : Noyau Accumbens
GHB : Acide Gamma hydro Butyrique
LSD : Diéthylamide de l'acide lysergique
PCP : Phéncyclidine
HBSC : Health Behaviour in. School-aged Children
VIH : Virus Immuno Deficient
MDM : Methylène Dioxy Meta Amphétamine
TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés
BHD : Buprénorphine Haut Dosage
CepiDC : Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales Décès
OCRTIS : Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants
DRAMÉS : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances
AFSSAPS : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
IML : Institut Medico Légale
AFLD : Agence Française de Lutte contre le Dopage
CCPSR : Centre de Coordination, de Prévention, de Soins et de Réhabilitation

Introduction

Freud parlait au siècle dernier de *Malaise dans la civilisation* (Freud, 1929), notre siècle ne cache-t-il pas un malaise tout aussi profond ? En effet, notre contexte de pauvreté et de contraintes génère principalement des conditions propices aux addictions, toutes catégories confondues.

En effet, nous pouvons penser que la somme des contraintes aujourd'hui dépasse la capacité d'adaptation des individus et de leur réseaux familiaux et sociaux, le recours aux addictions devient alors pour beaucoup une stratégie de survie ou un mécanisme de contrôle pour garder un équilibre psychosocial.

C'est dans cette dynamique relationnelle : individu – objet de l'addiction – contexte social que transige la construction de l'addict en devenir via un processus de pathologisation et/ou de médicalisation de sa condition.

Nous pouvons définir l'addiction comme une habitude de consommation ou de pratique irrésistible, obnubilante et nuisible pour une personne.

La question qui se pose dans ce type de phénomène est de savoir pourquoi des sujets sociaux deviennent pathologiquement dépendants de certains plaisirs, et en particulier des substances psychoactives. Cette question s'impose comme importante au point de vue de l'expérience humaine courante, et, des politiques publiques qui cherchent à réduire les conséquences néfastes pour la santé et pour la société occasionnées par ces comportements.

Les personnes qui adoptent un comportement qui leur procure du plaisir n'en viennent pas toutes à être aux prises avec une addiction. À bien des égards, les comportements qui peuvent devenir addictifs sont encouragés ou découragés par des forces sociales plus vastes (par exemple la publicité) ou par des facteurs propres à la personne (biologiques ou psychologiques).

On ne connaît pas précisément les causes des problèmes de santé mentale et on ne peut pas prévoir qui éprouvera de tels problèmes à quelques reprises et qui les éprouvera pendant de longues périodes. Toutefois, il est de plus en plus évident qu'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux influent sur le développement des problèmes de santé mentale.

Le fait d'avoir un problème lié à l'utilisation d'une substance accroît considérablement le risque d'avoir un problème de santé mentale et vice-versa. Selon la « Epidemiologic Catchment Area Study » (Regier et coll., 1990), le risque qu'une personne ayant un trouble de santé mentale ait un trouble lié à l'abus d'une substance au cours de sa vie est presque 3 fois plus élevé que celui d'une personne n'ayant pas de trouble de santé mentale.

Le risque qu'une personne ayant un trouble lié à l'abus d'une substance (autre que l'alcool) ait un trouble de santé mental au cours de sa vie est environ 4,5 fois plus élevé que celui d'une personne n'ayant pas de trouble lié à l'abus d'une substance.

Les comportements liés à l'utilisation d'une substance causent-ils des symptômes psychiatriques ?

Les problèmes de santé mentale amènent-ils les personnes qui les éprouvent à utiliser une substance pour obtenir un soulagement ?

En général, le lien entre l'utilisation d'une substance et les problèmes de santé mentale est beaucoup plus complexe qu'un simple rapport de cause à effet.

Tout se passe dans la réalité de la prise en charge des addictions en lien ou pas avec un trouble psychiatrique ou inversement, comme si l'individu agissait dans un ensemble social vide. Or, le contexte social – et Freud a été un des premiers à le démontrer – interagit selon la tradition interactionniste sur tous les comportements déviants. Il en constitue le socle culturel et socio-anthropologique à partir duquel se font les choix de fumer, de boire ou de consommer une substance psychoactive.

C'est bien ce qu'a perçu Stéphane Haber dans son ouvrage très original « Freud sociologue » : « en matière de connaissances des réalités collectives, Freud n'a-t-il pas été cet amateur mal éclairé ou ce partisan d'une réduction aveugle du social au psychique que la plupart des commentateurs du siècle passé ont réprouvé ? »

Le Père de la psychanalyse fut sous bien des aspects, bel et bien un sociologue, mais un sociologue paradoxal et singulier, attentif tant à l'hétéronomie du monde social qu'à son entrelacement complexe avec le monde du psychisme individuel » (Stéphane Haber, Freud Sociologue – Le bord de l'eau, Paris 2012).

En tous les cas, chaque fois que Freud précise quelles sont les disciplines qui doivent faire partie de la formation d'un psychanalyste, ce sont les sciences sociales qui sont convoquées.

Telle sera notre posture dans cette thèse.

Notre travail a pour objectif de mettre en lumière les apports des sciences sociales et plus particulièrement de la sociologie dans la compréhension des addictions. En effet, il est admis aujourd'hui que les approches purement médicales qu'elles soient somatiques ou cognitives n'ont su répondre aux attentes des patients et des professionnels de santé.

De plus, l'absence de résultats observables n'aide en rien les pouvoirs publics à prendre les mesures nécessaires dans l'orientation à donner dans la prise en charge et dans la lutte contre les trafics.

L'application des sciences sociales à la santé, et plus particulièrement aux addictions a fait l'objet de nombreux écrits, très souvent très descriptifs, plus rarement hypothétiques et encore moins mesurée, testée ...

Nous proposons donc au travers de cette étude de démontrer que l'approche sociologique des addictions peut nous aider à la fois à comprendre pourquoi un individu à un moment de sa vie se laisse prendre dans un comportement à risque et comment nous pouvons essayer de l'accompagner à retrouver un état de plaisir.

Afin d'atteindre ce but, notre thèse s'articule en plusieurs grandes parties.

D'abord, en guise de préambule nous nous sommes demandé ce que nous appelions une addiction ? Nous avons souhaité essayer de comprendre brièvement l'origine étymologique « addiction » et au travers de l'histoire de produits comme l'opium, l'alcool, le tabac ou le cannabis leurs parcours dans la société. Nous aborderons les origines de la psychiatrie depuis l'Antiquité jusqu'à la Révolution Française. Comme nous l'avons dit en préambule la psychiatrie et les addictions sont intimement liées.

Les addictions, où en sommes-nous ? Dans cette première grande partie nous avons voulu essayer d'établir un bilan de l'ensemble des connaissances autour de l'addiction. Cette partie a été bâtie autour de 4 points clés.

- **De la psychiatrie moderne aux comportements addictifs :** l'objet de ce premier point est de faire le lien entre la psychiatrie moderne et les addictions. De mettre en lumière, la naissance de l'addictologie et de décrire au mieux le schéma général des comportements addictifs : de la prise de risque aux conduites à risque jusqu'à la dépendance.
- **La description de la prise en charge des addictions par le système de santé :** nous aborderons ainsi les différentes politiques publiques depuis les années 70 à nos jours, nous décrirons le rôle du système de santé dans les addictions en France versus l'approche américaine, et, en toute fin nous ferons un large focus sur les différentes formes de traitement et d'approches curatives.
- **Les conduites addictives répondent-elles à un schéma unique ? :** dans cette dimension de notre étude, nous allons voir que l'addiction n'est pas simplement une maladie cognitive ou psychiatrique ou un désordre social intime. En effet, les comportements addictifs ont une incidence somatique importante, ils en viennent à modifier de façon quasi permanente la neurobiologie du système de la récompense. Nous aborderons les différents aspects psycho-analytiques des addictions, à l'adolescence et les principales conceptions psychopathologiques en cause. Nous traiterons le cas de la vulnérabilité et notamment de ses déterminants qui permettent de comprendre l'installation d'une pratique addictive. En suivant, nous parlerons des troubles concomitants, c'est-à-dire la présence d'une maladie mentale et d'une addiction. Enfin, nous présenterons les aspects psychosociologiques des addictions notamment comme un phénomène de société et sa représentation ambivalente.
- **Evolution des consommations et des comportements :** dans ce dernier point, nous aborderons les aspects statistiques et épidémiologiques des addictions. Les addictions sont des facteurs directs de décès comme des facteurs de risque entraînant un décès prématurés. Les phénomènes les plus mesurés sont essentiellement les produits comme l'alcool, les drogues et le tabac. Des grands instituts, comme l'OCDE, l'OFDT ou INSERM, nous fournissent un nombre important de données.

L'apport des sciences sociales dans les comportements addictifs : un enjeu nouveau. Dans cette seconde grande partie nous allons aborder les différents concepts sociologiques dont nous avons besoin : les notions d'habitus et de capital social développées par Pierre Bourdieu, les relations entre habitus, capital social, santé et comportements addictifs. Enfin nous présenterons nos hypothèses. Les différentes approches des politiques publiques concernant les addictions partent du principe que l'individu est un être rationnel « homo medicus ». Et que donc l'addiction doit être vue comme une maladie et que le processus de médicalisation des conduites à risque doit permettre son traitement. Pierre Bourdieu, nous montre au travers de

l'habitus et du capital social que les choix d'un individu ne sont pas tributaires d'un contexte présent. En effet, l'habitus, produit de l'histoire individuelle et collective, et, le capital social, ensemble des relations sociales d'un individu, agissent comme déterminant de la santé et des comportements à risque. L'hypothèse principale qui fonde ce travail, est construite autour du fait que l'habitus et le capital social sont des déterminants dans la mise en place et dans le renforcement des addictions.

Méthodologie choisie. Dans cette 3^{ème} grande partie présente le cadre de notre recherche, des hypothèses à la méthodologie et aux résultats produits. Nous allons tâcher de démontrer que notre hypothèse sur le rôle de l'habitus et du capital social sont des éléments déterminants dans la pathologie addictive. Pour ce faire nous avons établi un questionnaire de 44 questions autour de 4 grands thèmes : situation socioprofessionnelle, situation addictive, perception sociale et la perception addictive. Nous avons interrogé 135 personnes réparties en 2 populations : la première de 67 personnes qui sont des patients addicts suivis dans un établissement de santé et la seconde de 68 personnes pris au hasard dans la population générale. Nous avons réalisé une analyse comparative des réponses de deux types de population à l'aide de différents tests. Nous avons pu démontrer ainsi qu'il y a bien une différence significative sur les grands thèmes que nous avons défini entre nos deux populations, et, que concernant spécifiquement l'habitus et le capital social, nos deux échantillons étaient significativement différents. Nous avons pu donc conclure au terme de cette analyse que les patients addicts et les personnes pris au hasard dans la population ont bien une trajectoire sociale différente. Dans notre discussion, nous vous montrerons que la composition et le niveau du capital social ainsi que l'habitus des individus de nos populations sont bien distincts. Nous vous expliquerons pourquoi et comment l'habitus et le capital social ont un rôle dans l'apparition et le renforcement du phénomène addictif. Nous aborderons aussi les limites de ces concepts afin de montrer que l'habitus et le capital social ne sont pas les réponses mais une partie de la réponse aux addictions en complément des autres approches neurologiques, psychologiques, génétiques ...

Comment envisager la prise en charge médico-sociologique des addictions. L'explication sociologique dans les addictions comme nous l'avons montré est essentiellement descriptive. L'enjeu est de comprendre l'addiction au travers de l'histoire sociale de l'individu. Les différents modèles proposés à ce jour sont des échecs pour des raisons normatives. Pour autant, nous savons que nous pouvons modifier nos comportements pour préserver notre état de santé. En effet, nous avons pu observer pour le tabac que les comportements se sont modifiés. Des années 70 aux années 2000, fumer était un comportement socialement admis même encouragé dans certaines formes pour l'éclosion sociale. Depuis les lois sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics dans beaucoup de pays et plus récemment en France, nous avons observé un net recul du tabagisme et un changement de mentalité car aujourd'hui fumer dehors dans la rue en bas de son bureau est un comportement vu avec une certaine défiance. Nous aborderons en suivant les raisons de l'arrêt de l'addiction. En effet, dans les modèles du changement se trouve une évaluation des coûts et des bénéfices vis-à-vis du comportement. L'individu à un moment de sa vie peut prendre conscience malgré son état de cette évaluation et décidé de mettre un terme à son comportement. Cet arrêt peut passer par une prise en charge, une aide extérieure, ou être brutale comme nous le décrivons dans le « natural recovery ».

En conclusion, au travers de recommandations et d'un système plus encadrant nous pourrions répondre à une prise en charge médico-sociologique des addictions. Nous proposerons donc un modèle de prise en charge qui tienne compte à la fois d'une prise en charge individualisée

sur le long terme et de l'histoire sociale de chacun. Pour ce faire, la mise en place de centres dédiés à la coordination, la prévention, les soins et la réhabilitation pour les addictions nous semble incontournable. Ces centres auront pour objectifs entre autre de repérer et guider l'individu dans son parcours addictif, et, de lui faire susciter le désir de changement. Ces centres regrouperont un ensemble de professionnels multidisciplinaires qui mettront tout en œuvre autour de l'accompagnement. Les hôpitaux, les établissements de rééducations et de santé mentale retrouveront leur fonction première qui est le soin, laissant le pilotage, l'organisation et le suivi de la prise en charge au centre plus apte à la compréhension globale que par exemple un médecin référent.

1. Qu'est-ce qu'une addiction ?

1.1. Les addictions

Depuis la nuit des temps, l'homme cherche à dépasser les frontières : les frontières matérielles comme la découverte de nouveaux mondes ou imaginaires comme l'exploration de l'esprit. Comme si au-delà de la pensée, du soi, de l'âme se cachait un monde différent de la réalité. L'homme a alors utilisé des produits stimulant son esprit pour modifier sa perception de son environnement. Ainsi en Chine, l'utilisation de l'Opium s'est fortement répandue, le Haschich au Moyen Orient, la Cocaïne ou les Hallucinogènes en Amérique du Sud et l'Alcool en Occident.

Au fil du temps ces « drogues » ont entretenu un rapport conflictuel avec la Morale et ont été définies par « vice ».

Si les drogues sont un sujet tabou elles le doivent à un lien avec le sacré et le secret parfaitement repris et diffusé par les religions.

De l'Antiquité au Moyen Age, le terme « Addiction » renvoie à des notions d'esclavage, de dette ou de contrainte : un homme victime d'une addiction devait par son corps sous la contrainte payer sa dette. Depuis cette lointaine époque le terme a évolué pour prendre une définition figurée de sa valeur historique. L'homme est « ad dicté » à un produit ou à une conduite compulsive, dont il en devient l'esclave, généralement sans une contrainte extérieure mais il éprouve un sentiment de dette envers lui-même.

Il existe une multitude de définitions du mot addiction. Elles sont utilisées pour décrire une grande variété de comportements allant d'une forte habitude à une compulsion intense.

Au sexe, aux jeux, aux achats, au travail, au sport ... depuis plusieurs années, le phénomène de dépendance ou d'addiction ne semble plus être limité à la simple consommation répétée d'une substance psychoactive (drogues, alcool, tabac ou cannabis) mais à tout comportement avec un investissement excessif, compulsif et nocif dans des activités d'ordinaire anodines.

Les addictions, les comportements addictifs, les conduites addictives ont des conséquences sanitaires et sociales graves pour les consommateurs mais également pour leur entourage : maladies, handicaps, suicides, violence, isolement, précarité en sont des exemples.

Notre société moderne est souvent citée comme « addictogène », l'homme dispose d'une autonomie plus importante, plus fragilisante et plus anxiogène au regard des exigences qui pèsent sur lui. En effet, notre société qui valorise la réussite, la performance mais aussi le bien-être et le bonheur, se trouve confrontée à une présence importante d'adjuvants pour satisfaire ces exigences sociales.

Aujourd'hui, notre système de santé doit faire face à une multiplication du nombre de cas et une multiplication du type ou de combinaisons addictives.

Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions entre dans sa dernière année, les pouvoirs publics avaient bâti celui-ci sur une approche globale des conduites addictives.

Les addictions et leurs conséquences sanitaires ou sociales constituent une question majeure de Santé Publique.

Plusieurs questions nous semblent pertinentes de nous poser :

- Qu'est-ce qu'une addiction ?
- Quels sont « les comportements addictifs » aujourd'hui ?
- Comment est pris en charge un « addict » ?
- Les addictions répondent-elles à un schéma unique ?
- Comment prendre en charge de manière globale un « addict » ?

Etre capable de prendre en compte les dimensions psychiatriques, psychosomatiques, neurobiologiques et sociales des conduites addictives dans une même démarche, nous ramène à une question à laquelle nous essaierons de répondre :

Comment prendre en charge une pathologie aussi disparate ?

1.2. Histoire des grands courants de la pensée psychiatrique

L'histoire de la psychiatrie éclaire les grands courants de pensée actuels, qui sont cependant très récents au regard de la médecine, qui se sont largement développés depuis le 19^{ème} siècle.

Quatre grandes périodes qui suivent l'histoire de nos sociétés vont influencer la clinique actuelle : l'Antiquité, le Moyen Age, la Renaissance et la Révolution Française.

La richesse des idées donnant lieu à des concepts puis à des courants va donner la naissance de la clinique du 19^{ème} siècle, puis de l'ère thérapeutique, de la psychanalyse aux chimiothérapies que nous étudierons plus loin dans notre document.

1.2.1. La psychiatrie dans l'Antiquité

L'Antiquité a fourni de nombreuses écoles doctrinales qui ont laissé des idées populaires inspirant les modèles anthropologiques contemporains de la maladie mentale.

L'école dogmatique est établie à partir des travaux d'Hippocrate et de ses élèves. Elle propose la théorie humorale de la santé : une bonne santé est le résultat de l'équilibre des humeurs (sang, la bile noire, la bile jaune et phlegme). Toute maladie naît donc d'un déséquilibre des humeurs et de leurs caractéristiques. Les maladies de l'« âme » ou mentales ne diffèrent pas des maladies du corps, puisqu'elles s'expliquent par la physiologie et se soignent par des méthodes physiques. Les maladies de l'âme sont donc des maladies du cerveau dont l'altération est due à la bile et le phlegme. Le cerveau ne crée pas ainsi de troubles mais en donne l'expression.

L'école empirique considère que le médecin n'a pas à se préoccuper des causes de la maladie mais à mettre en œuvre son traitement. Le savoir pour la clinique est acquis par la pratique et par l'expérience transmise.

L'école méthodiste inspirée par les travaux d'Asclépiade de Pruse où le corps dans sa représentation est un assemblage de particules en mouvement qui parcourent des conduits où circulent aussi les fluides. Les maladies du corps et de l'âme ne sont plus séparées. Les traitements proposés reposent sur la mobilisation et les traitements mécaniques. Le médecin ne s'intéresse pas la aussi aux causes de la maladie mais seulement à ces conséquences.

L'école éclectique de Galien développe la théorie des tempéraments qui oppose : « le sanguin », « le colérique », « le flegmatique » ou « le mélancolique ». Les maladies mentales sont des maladies de la sensibilité ou de l'intelligence secondaire à l'atteinte du cerveau ou d'un organe.

Cette période a permis de décrire l'ébauche des maladies mentales en définissant des concepts comme :

- « la frénésie » qui est une forme de folie aigue souvent associée à de la fièvre et de l'agitation ;
- « la léthargie » qui est marquée essentiellement par un état stuporeux ;
- « la manie » qui faite de délires et d'agitation ;
- « la mélancolie » qui se définit par constat de tristesse et d'aversion pour les choses chères.

Les troubles mentaux sont considérés durant cette période comme des maladies peu différentes de celle du corps qui ne nécessitent pas pour autant l'isolement.

1.2.2. La psychiatrie au Moyen Age

Cette époque est marquée par l'omniprésence de la religion et notamment du christianisme qui définit la maladie mentale comme une maladie de l'âme destinée à Dieu.

Saint Thomas d'Aquin marqua cette période de ses travaux en définissant l'homme sain comme fait d'ordre, de raison et de volonté.

La folie est une possession démoniaque qu'il s'agit exorcisée. La folie est donc une privation de la raison qui se traduit par une perte de liberté et de responsabilité.

La démence et la fureur peuvent être acquises, transitoires ou innées.

Il met en évidence les passions qui peuvent amener l'homme à perdre raison : tristesse, amour ou délectation.

1.2.3. Psychiatrie et Renaissance

La folie va voir sa marginalisation et son exclusion de la société « saine ». Les médecins de l'époque considèrent les maladies mentales comme un déséquilibre des humeurs et un vice du cerveau.

L'internement des fous et des insensés va se développer autour d'une idéologie sécuritaire renforcée par l'enfermement des « errants ».

Les dérives vont se multiplier avec l'usage abusif des lettres de cachet à l'encontre des indésirables.

1.2.4. La Révolution Française et la naissance de la clinique

Période marquée par Pinel et son mythe de Bicêtre quand il délivre les malades mentaux et qui introduit le « traitement moral » des maladies mentales en fondant sa clinique sur son « traité médico-philosophique » des maladies mentales de 1801.

La liberté individuelle est une priorité des révolutionnaires, qui en 1790 libèrent toutes les personnes enfermées par des lettres de cachet.

La circulaire de 1804 stipule que les aliénés ne peuvent être enfermés que sur jugement des tribunaux ou la demande des familles.

Séparant criminels à condamner et aliénés à soigner le Code Pénal de 1810 introduit dans son article 64 l'état de démence au moment des faits.

La loi de 1838 sur les aliénés fixe les modalités d'hospitalisation des malades mentaux : service libre, service fermé ou placement d'office. Les premiers asiles apparaissent à cette époque.¹

1.3. Histoire des addictions

Le terme d'addiction est d'étymologie latine : « ad-dicere » - « dire à » dans le sens d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage. « Addico », comme verbe, signifie adjuger à la personne au débiteur au créancier. Addiction, comme substantif, indique le penchant ou l'attachement d'une personne à quelque chose. « Addicté », comme adjectif, se réfère à une personne encline à une pratique, ou, partisane de conduites bien définies.

Au Moyen Âge, être addicté signifiait une obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement que par son travail.

Par la suite, la langue anglaise a désigné par « addiction » la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis elle la rapprocha dans un sens moderne à des passions nourries et moralement répréhensibles.

Au 19^{ème} siècle, en France comme Allemagne, certains comportements addictifs furent regroupés par le biais d'un dénominateur commun, un suffixe, « isme », « manie » ou « sucht ». C'est ainsi qu'apparaît en 1905, le terme de « Toxicomanie » issu du grec « toxikon », poison et « mania », folie. En Angleterre, à la même époque apparaît le terme de « Drug Habits » pour définir ces comportements.

¹ Pr JL.SENON, Drs N.LAFAY, N.PAPET et C.MANZANERA. « Grands courants de la pensée psychiatrique ». Psychiatrie adulte et psychologie médicale. Faculté de Médecine de Poitiers. Cours

Dès 1890, Freud va regrouper certaines conduites compulsives sous le terme d' « Habitudes Morbides », puis en 1911, Ferenczi définira une catégorie intitulée « Manifestations Pulsionnelles Symptomatiques ». Freud fut le premier à utiliser le terme en illustrant un besoin primitif qui fait partie de la condition de tout être humain : l'infant est dépendant de sa mère pour sa survie. C'est de cet état primordial qui aurait mal évolué que dériveraient les addictions.

En 1932, c'est à Glover que l'on doit le qualificatif d'addiction dans son étude des « drugs addictions ».

En 1945, Fenichel distingue parmi les « névroses impulsives » un 1er type que sont les « drugs addictions » (les types les plus nets d'impulsions) et le un 2nd type que sont les « addictions without drugs ».

En 1975, Peele affirme que c'est par une expérience que les sujets deviennent dépendants, expérience soulageant un conflit avec la réalité lié à un sentiment d'incompétence personnelle et sociale donnant ainsi naissance au modèle psychosocial des addictions.

En 2000, Alexander propose qu'une « désorganisation sociale » chez la personne sous-tende et précède l'addiction.²

L'addiction se rapporte autant à des conduites à risque qu'à la dépendance à des produits. Faire l'histoire de l'addiction, c'est faire l'histoire des produits comme l'alcool, l'opium, le tabac ou le cannabis.

1.3.1. L'alcool

La fin du 18^{ème} siècle avec la Révolution Française marque des changements de comportements sociaux et l'alcoolisme apparaît au courant du 19ème siècle.

En effet, c'est le début de la période industrielle qui s'accompagne de changements démographiques et de comportement social en Europe.

L'historien britannique Théodore Zeldin écrira que la France acquiert en même temps que le droit de vote, le droit de boire.

Dickens va décrire les méfaits d'une consommation excessive d'alcool et Magnus Hus proposera le terme d'alcoolisme qui décrira les alcoolopathies viscérales ou mentales.

² M. Corcos, M. Flament et P. Jeammet. « Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes ». Elsevier Masson, 2003.

Pasteur, en 1865, ne trouvant pas de germes nuisibles dans le vin déclara que celui ci était « la plus saine et la plus hygiénique des boissons ».

Un médecin affirmant même en 1877 « l'alcoolisme ne se rencontre que dans les départements qui ne consomment pas de vin ».

La victoire de 1918 a amené une expansion de l'alcoolisation, la défaite de juin 1940 amènera des restrictions, celle d'une cure de désintoxication nationale « obligée ».

C'est à cette époque, après les années 1950, qu'une véritable stratégie de soins sur le plan médical se met en place.³

1.3.2. L'opium

Les sumériens connaissaient déjà les effets de l'opium comme en témoignent des tablettes gravées datant de 3000 ans avant JC et des vestiges du néolithique suggèrent aussi des cultures de pavot somnifère à proximité des villages.

L'opium a été un objet de commerce pendant des siècles pour ses effets sédatifs. Il était bien connu dans la Grèce Antique sous le nom d'opium « jus de pavot », les médecins avaient déjà dénoncé les abus potentiels.

Son usage se poursuivit au Moyen Âge au travers de diverses préparations médicamenteuses dont le laudanum « teinture d'opium ». On l'utilisait aussi comme des « éponges somnifères » que l'on passait sur la zone à inciser ou que l'on faisait respirer.

Pendant la Renaissance, son utilisation dans les techniques antalgiques était très répandue.

C'est au 18^{ème} siècle que l'opium acquiert ses lettres de noblesses, dans des manuels et traités de médecine :

- manuel des dames de la charité, Rouen, 1789 ;
- traité des maladies chirurgicales et des opérations, Baron Boyer, 1818.

Au 19^{ème} siècle, l'opium est de plus en plus utilisé et c'est à cette époque qu'est découverte la morphine.

Aujourd'hui on estime à 5 000 tonnes la production illicite d'opium dont le tiers est consommé sous forme d'héroïne¹.

1.3.3. Le tabac

³ Drs J.Viala Artigues et C. Mechetti. « Alcool, Alcoologie, Alcoolisme. Histoire de l'alcool les temps modernes ». www.alcoologie.org. Octobre 2003

Le tabac n'existait pas dans l'Antiquité en Europe. Le tabagisme, lui remonte pourtant à la nuit des temps en Amérique. Les indigènes appelaient cette plante « petum ». Ce tabac était fumé de façon quotidienne, mais aussi pendant les grandes fêtes religieuses, par les Incas et les Aztèques. Le tabac avait comme vertu de calmer la faim ou de lutter contre la fatigue. En médecine, il était utilisé comme plante médicinale.

Le tabac fait son apparition en Europe au 16^{ème} siècle au Portugal. La culture se répand au travers toute l'Europe et principalement dans les zones portuaires.

Une opposition entre partisans et ennemis du tabac se déclencha durant toute la fin du 16^{ème} et du 17^{ème} siècle. Les effets du tabac sont décrits comme très bénéfiques ou comme une drogue diabolique.

C'est en 1909, que la nicotine est isolée comme un principe actif azoté dans la feuille de tabac.

En 1944, avec l'arrivée des Américains, le marché de la cigarette va exploser notamment avec les cigarettes blondes. A cette époque, la consommation de tabac représentait moins de 5 % de la consommation actuelle. Aujourd'hui, elle est planétaire.

L'étude princeps de Sir Richard Doll en 1948 va marquer les débuts de l'épidémiologie moderne. Le tabac a été l'objet d'une des plus grandes études.⁴

1.3.4. Le cannabis

Originaire d'Himalaya, le cannabis est utilisé depuis des millénaires en Extrême Orient et au Moyen Orient. Le cannabis est extrait du chanvre, qui lui était cultivé pour la fabrication de cordages, de papiers et de tissus alors que sa résine comme médication pour soulager les spasmes, les troubles du sommeil ou la douleur.

Le cannabis fut introduit en Europe par les soldats de Bonaparte et par les médecins anglais de retour des Indes qui lui prêtaient des vertus thérapeutiques dans le traitement des migraines, de l'asthme ou de l'épilepsie.

En France il n'existe pas de médicament à base de cannabis, par contre le cannabis ou ses dérivés sont toujours prescrits dans certains pays pour traiter les vomissements, la douleur et pour améliorer l'appétit de personnes atteintes de maladies graves.

¹ Pr JL.SENON, Drs N.LAFAY, N.PAPET et C.MANZANERA. « Grands courants de la pensée psychiatrique ». Psychiatrie adulte et psychologie médicale. Faculté de Médecine de Poitiers. Cours

⁴ B Dautzenberg. « Epidémiologie des maladies liées au tabac ». www.tabac-net.aphap.fr

2. Les addictions, où en sommes-nous ?

2.1. De la psychiatrie moderne aux comportements addictifs

2.1.1. Psychiatrie moderne

2.1.1.1. Psychiatrie contemporaine

La psychiatrie au 19^{ème} siècle

Le siècle sera marqué par la création de la clinique psychiatrique contemporaine ¹ :

- la paranoïa sera décrite par Heinroth ;
- la psychose hallucinatoire chronique sera décrite par Ballet ;
- le concept de dégénérescence sera développé par Morel et repris par Magnan ;
- la clinique de la schizophrénie se mettra en place par Kahlbaum, puis par Hecker, Krapelin et Bleuler ;
- les névroses seront individualisées par Cullen puis par Charcot et Janet ;
- la psychanalyse se développera à partir des travaux de Freud.

L'ère thérapeutique

Avec la psychanalyse née à la fin du 19^{ème} et les chimiothérapies, la psychiatrie se dote de moyens thérapeutiques modernes.

La psychanalyse sera développée par Freud après la description de l'hystérie par Briquet en 1880 et les travaux de Charcot en neurologie.

Charcot préconisa l'hypnose comme traitement des grandes crises de paralysie pseudo-comitiales de l'époque.

Le concept de psychogenèse d'une manifestation de conversion sera confirmé par les travaux de Freud. Un trouble mental et un trouble organique peuvent être rattachés pour la première fois à un événement traumatique antérieur chez le patient.

La psychiatrie s'édifie alors comme une science en parallèle de la neurologie en développant la nosologie, s'approchant de la psychologie comme équivalent physiologique.

La nosologie constitue une analyse complète de la maladie en prenant en compte à la fois :

- la sémiologie (analyse des symptômes) ;
- l'étiologie (analyse de l'origine de la maladie) ;
- la pathogénie (analyse du mécanisme de la maladie par un agent).

Les traitements biologiques vont se mettre en place et seront répartis en trois catégories :

Les traitements par choc :

- le choc insulinaire de Sakel utilisé dans le traitement de la schizophrénie ;

- le choc au Cardiazol de Von Méduna ;
- le choc électrique mis au point par Bini et Cerletti.

Les chimiothérapies :

- le Chloral (1869) utilisait comme sédatif, hypnotique ou analgésique ;
- le Gardéнал (1912), classe des barbituriques, utilisait comme anxiolytique et dans les crises épileptiques ;
- la Chlorpromazine sera utilisée dans les psychoses comme neuroleptique,
- les IMAO dérivé du Rimifon, sont des antidépresseurs ;
- l'Imipramine comme le Tofranil utilisé le traitement de la dépression sera à l'origine des antidépresseurs tricycliques ;
- les carbamates utilisaient comme tranquillisants ou les benzodiazépines comme anxiolytiques et hypnotiques ;
- le lithium est utilisé dans la régulation de l'activité thymorégulatrice.

En 1960, le psychiatre disposait donc des neuroleptiques, d'antidépresseurs, de tranquillisants, d'hypnotiques et d'un thymorégulateur.

A cela vient s'ajouter des techniques « mécaniques » :

- l'impaludation de Von Jauregg (traitement de la paralysie générale) ;
- la psychochirurgie d'Edgar Moniz (traitement des psychoses et des obsessions sexuelles).

Le 20^{ème} siècle et la psychiatrie

L'après Seconde Guerre Mondiale est un tournant pour la psychiatrie. Dans un premier temps, un chambardement des institutions, puis dans un second temps l'ouverture de la psychiatrie à différents courants comme les sciences humaines ou les neurosciences.

Cette période va être marquée par un principe : « la désinstitutionalisation ». En effet, nous allons assister à diminution des établissements de grande capacité souvent éloignés des centres urbains et à l'extension des traitements extrahospitaliers et des structures intermédiaires.⁵

En 1960, une circulaire signe l'acte de conception d'une idée : le SECTEUR. Une seconde circulaire précisera que les pavillons ne doivent pas dépasser 25 lits.

¹ Pr JL.SENON, Drs N.LAFAY, N.PAPET et C.MANZANERA. « Grands courants de la pensée psychiatrique ». Psychiatrie adulte et psychologie médicale. Faculté de Médecine de Poitiers. Cours

⁵ Dr Goldfarb et Dr Baudouin. « Histoire de la psychiatrie ». CHS Saint Avé (1986). Mis à jour Dr Boraud – CHS CHARCOT (1991).

Après les événements de 1968, la neuropsychiatrie est séparée en Neurologie et Psychiatrie. De cette période jusqu' à nos jours, le mouvement de désinstitutionnalisation est dans sa phase pratique et amène le dépérissement partiel de l'hôpital psychiatrique.

L'Institution fait place aux institutions. La psychiatrie ne se réduit plus à ce qui se passe dans les structures mais c'est la relation psychothérapeutique qui est mise en avant. Le dispositif est choisi alors en fonction de la longueur de l'évolution des troubles mentaux. Le traitement intra-hospitalier est conçu comme le dernier recours devant l'échec des soins.

2.1.1.2. Grands courants actuels de la psychiatrie moderne

Les grands courants de la pensée psychiatrique contribuent à la représentation de la maladie mentale dans la société, qui s'oriente de nos jours vers une moindre stigmatisation des troubles mentaux, notamment avec la mise en place d'un modèle médical ou bio-psycho-social de la psychiatrie moderne.

La psychanalyse

La psychanalyse, approche de la pathologie psychiatrique, s'est développée à la fin du 19ème siècle dans la continuité des travaux de Freud.

La découverte de l'hystérie et de l'hypnose sera un carrefour dans la trajectoire de chercheur et de clinicien de Freud. Les « études sur l'hystérie », publiées en 1895, valideront l'importance de l'inconscient. Il laisse alors l'hypnose pour les associations libres et met en évidence l'importance de la symbolisation dans la prise en compte du symptôme et de son sens.

Freud proposa alors une représentation de l'appareil psychique en 3 instances : l'inconscient, le préconscient et le conscient.

L'interprétation des rêves, en 1900, va lui donner accès à l'inconscient avec la mise en évidence du refoulement et du symptôme comme défense quand il est conçu comme un compromis entre le désir (inconscient) et la manifestation de ce désir (hystérie ou obsession).

Dans les « trois essais sur la théorie sexuelle » en 1905 (extrait des « cinq psychanalyses), il démontre l'importance de la sexualité infantile et met à jour l'œdipe et les trois stades précœdipiens : le stade oral, le stade anale et le stade phallique.

Freud va s'intéresser ensuite à la névrose obsessionnelle publiée dans les « cinq psychanalyses » et approchera la paranoïa avec l'étude du cas Schreber.

Les postfreudiens et les écoles étrangères développeront la diversité de la psychanalyse avec le courant freudo-marxisme, la psychanalyse américaine, la psychanalyse anglaise, la psychanalyse française et les écoles actuelles.

Plus tard, Lacan introduit le signifiant et les trois catégories structurales que sont l'Imaginaire, le Symbolique et le Réel. Il insiste sur l'importance du clivage et de la forclusion, enfin, il travaillera sur les objectifs de la cure et la formation de l'analyste.

Les travaux de Freud et de ses successeurs pour ne citer que Lacan ou Jung ont modifié la psychiatrie avec le développement des différentes psychiatries : thérapies individuelles et psychothérapies collectives.

De nouvelles thérapies se sont développées au cours de la dernière décennie s'inscrivant dans le courant de la psychologie humaniste qui trouve son origine aux Etats-Unis.

Les thérapies comportementales

Il s'agit d'une approche comportementaliste, où la maladie étant un ensemble de symptômes nés d'un conditionnement et que le déconditionnement pourrait faire disparaître les symptômes.

Les comportements pathologiques sont des conduites acquises, inadaptées, liées à l'apprentissage et donc susceptibles d'être remplacées par des comportements plus adaptés.

L'objectif étant de modifier un système inadapté sans chercher pour autant à modifier la personnalité.

Ce type de thérapies est utilisé dans le traitement de certaines addictions comme à l'alcool.

Les thérapies familiales et l'approche systémique

Il s'agit cette fois-ci de placer le patient non pas comme un individu isolé mais comme un individu lié à un environnement. Ce type de thérapie fait appel à des équipes pluridisciplinaires et la création thérapeutique naît des interférences qui se déploient dans le système famille – thérapeutes.

De la psychiatrie institutionnelle à l'antipsychiatrie

Le tournant de la psychiatrie asilaire a été marqué par le manque de ressources pour ces structures où les patients les plus régressifs se sont retrouvés à survivre et sont devenus alors actifs et dotés de capacités à s'autonomiser.

Ainsi les bases de la psychiatrie institutionnelle sont alors définies. L'asile ne pouvait être considéré à long terme comme une institution de soins car close et aliénante pouvant aboutir à un système pseudo-carcéral. La psychiatrie institutionnelle née contre l'oppression du monde asilaire peut être rapprochée de la psychiatrie de secteur en France ou de l'antipsychiatrie en Angleterre ou en Italie.

L'antipsychiatrie est née en Angleterre dans les années 1960, elle propose alors de créer des « communautés thérapeutiques » afin de responsabiliser les malades dans leur prise en charge.

Dans ce courant, la maladie mentale naît de l'oppression sociale et familiale et pour guérir il faut changer radicalement ce modèle social et familial. La maladie mentale peut être guérie en la laissant évoluer à son point extrême, c'est la métanoïa. Celle-ci fut considérée comme étant la conversion ou la transformation au-delà du délire paranoïde schizophrénique.

Aux Etats-Unis, Bateson développera son approche sur la théorie des systèmes ou la maladie naît d'une double contrainte « double bind » reliant le malade et ses proches par exemple pour le schizophrène à sa mère. Avec Watzlavick, il propose des thérapies paradoxales visant à prescrire le symptôme. Leurs travaux sont à l'origine des thérapies systémiques.

Le secteur et la psychiatrie sociale

Le secteur psychiatrique est le modèle d'organisation actuel de notre système psychiatrique hérité de l'après-guerre.

Les objectifs dans ce modèle étaient de prendre en charge les patients au plus près de leur domicile et de stopper autant que ce faire les conséquences néfastes de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique : chronicisation et la désociabilisation.

Le concept de secteur repose sur l'idée de rattacher à chaque centre hospitalier une aire de recrutement et d'intervention. Chaque secteur est donc doté d'une équipe médicale et paramédicale prenant en charge toutes les pathologies psychiatriques de son aire et devra organiser la prise en charge :

- hospitalisation à temps complet,
- hospitalisation de jour ou de nuit,
- centre médico-psychologique,
- centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP),
- équipe mobile.

La loi du 25 juillet 1985, va différencier au sein de chaque secteur :

- la psychiatrie adulte,
- la psychiatrie infanto-juvénile,
- la psychiatrie pénitentiaire.

La loi de 1990, va fixer les modalités d'hospitalisation :

- hospitalisation libre,
- hospitalisation à la demande d'un tiers,
- hospitalisation d'office.

Contrairement à l'hospitalisation libre où le patient a le libre choix de son praticien, dans les deux autres formes d'hospitalisation le patient est rattaché au secteur dont il dépend.

La sectorisation a permis entre 1970 et 1995 :

- une diminution de 60 % des lits d'hospitalisation à temps complet,
- une diminution de 84 % de la durée moyenne de séjour (DMS),
- 60 % des patients suivis ne soient jamais hospitalisés.

Les chimiothérapies et la psychiatrie biologique

L'ère thérapeutique en psychiatrie est à l'origine du développement de la psychiatrie biologique. En effet, la découverte des neuromédiateurs, et leurs altérations dans les maladies mentales, va marquer le développement des théories biologiques en psychiatrie.

En 1970, la déplétion noradrénergique est rendue responsable des dépressions ralenties alors que la déplétion sérotoninergique est associée aux dépressions par tristesse majeure.

Puis les voies dopaminergiques (déplétion au niveau cortico-sous-corticale) seront mises en causes dans les cas de psychoses schizophréniques.

La psychopharmacologie va mettre en évidence de multiples neuromédiateurs et neuro-modulateurs comme les récepteurs opiacés, GABA, glutamate ...

La psychiatrie biologique prône que l'esprit reste dans le corps et particulièrement dans le cerveau ce qui rapproche du dogme bouddhiste « un esprit sain dans un corps sain ».

Les neurosciences développent un courant important dans la médicalisation et favorisent la prise en charge de la crise.

La biologie moléculaire prend ainsi la place laissée par la psychochirurgie en développant la psychopharmacologie.

L'étude de l'évolution du neurone, avec les influences environnementales, est à l'origine de théories neuro-développementales qui pourraient apporter des réponses dans le domaine de la schizophrénie.

De la phénoménologie à la psychopathologie

La phénoménologie psychopathologique développée par Jasper vise à donner un sens au vécu que le patient peut avoir de sa maladie. Binswanger va consacrer une grande partie de son travail à l'étude phénoménologique de la mélancolie.

En France, Minkowski proposera une étude approfondie de la phénoménologie de la schizophrénie. Quant à Tatossian, ses travaux sur la clinique phénoménologique s'orienteront sur la phénoménologie des psychoses.

Le comportementalisme et le cognitivisme

Suite aux travaux sur le comportementalisme de Pavlov dans les années 1930, la réflexologie et le conditionnement ont leur importance en psychiatrie tant sur la clinique que sur la thérapeutique.

Sur le plan clinique, la pathologie mentale peut s'inscrire comme un comportement adaptatif au stress environnemental.

Sur le plan thérapeutique, des thérapies dites « comportementales » sont à l'origine de psychothérapies telles que les méthodes de désensibilisation.

Le cognitivisme, développé dans le sillage du comportementalisme, de la psychologie sociale ou de la phénoménologie, s'appuie sur le fait que le processus de pensée consciente ou inconsciente peut faire l'objet d'une investigation scientifique et d'une démarche expérimentale. Le psychisme est alors un système fonctionnel qu'il est possible de travailler en thérapie en s'appuyant sur les croyances et les logiques intérieures.

Le modèle bio-psycho-social dans la théorie de l'athéorisme classificatoire

La psychiatrie contemporaine a été marquée par le développement du modèle bio-psycho-social, par la diffusion de l'athéorisme classificatoire et par l'évolution vers une psychiatrie pragmatique qui confronte les approches théoriques dans un souci d'efficacité et d'économie.

La maladie mentale se définit donc bien comme une souffrance actuelle ou faisant référence à un traumatisme passé, souffrance ravivée par les interactions avec l'environnement.

Cette souffrance peut avoir une conséquence comportementale, émotionnelle ou cognitive, en modifiant les rapports du patient avec son entourage et ses proches.

Le modèle athéorique vise à décrire des symptômes et à les regrouper dans le cadre d'une classification validée. Ce modèle s'appuie sur le fait que toute maladie psychique peut être décrite en dehors même du modèle psychopathologique qui peut permettre de l'expliquer.

L'évolution de la législation depuis les années 90 essaie de rapprocher la psychiatrie de la médecine et à l'intégrer au sein des hôpitaux généraux. D'autre part l'appellation laisse sa place au terme de santé mentale.

Le contenu de la santé mentale vise à permettre une extension des interventions en psychiatrie vers les problèmes médico-sociaux, vers les problèmes d'adaptation, vers les problèmes de réaction dans les situations de stress.⁵

2.1.2. Addictologie

Le terme d'addiction est ancien, mais ce concept a surtout été développé, à propos des conduites de dépendance, depuis les années 1960-1970 aux États-Unis et plus particulièrement par Goodman (1990).

Le mot d'addiction, vieux terme juridique français signifiant « contrainte par corps » est utilisé par les auteurs anglo-saxons à partir des années 1950 pour caractériser les dépendances : Jellinek parle « d'addiction à l'alcool » (Jellinek, 1960).

Les premières descriptions cliniques sont dues à deux auteurs américains, Peele en 1977 et Orford en 1978. Pour Peele, l'addiction, envisagée en termes de psychologie du comportement, est liée à un conditionnement opérant : les sentiments d'incompétence poussent à la recherche de gratifications à court terme et prévisibles par le produit ou le comportement. Le pouvoir renforçateur immédiat entraîne l'addiction, qui accentue elle-même le sentiment d'incompétence (Peele et Brodsky, 1977). Les premiers critères de l'addiction sont dus à Orford. L'addiction se décomposerait en compulsions (à prendre le produit, à s'engager dans le comportement), maintien du comportement malgré ses conséquences négatives, obsession du produit ou du comportement, culpabilité au décours de l'action, enfin symptômes de sevrage en cas d'interruption brutale.

L'apparition du concept d'addiction dans la psychopathologie correspond à une mutation qui concerne autant la psychopathologie que la taxinomie psychiatrique. En effet, les conduites réunies sous le terme d'addiction ne se limitent pas à une consommation abusive d'un produit

ou d'une activité, mais elles renvoient à des notions comme « esclavage », « aliénation », « emprise » ... Elles suggèrent une idée de don de soi, de jouissance, de crispation ou d'enfermement du sujet autour d'un être ou d'une chose (Pédinielli, 1985).

Ce terme d'addiction est employé pour rendre compte d'un comportement de dépendance désigné aussi sous les noms de toxicomanie, de toxicophilie ou de recherche de la dépendance.

Le terme d'addiction était utilisé par Fénichel pour regrouper les diverses conduites impulsives et signifier l'urgence du besoin de les satisfaire, ainsi que l'incapacité finale de toute tentative de parvenir à la satisfaction⁶.

Critères de l'addiction : modèle de Goodman

Le psychiatre Goodman a publié en 1990, dans le *British Journal of Addiction*, des critères du trouble addictif, critères très proches des critères DSM de la dépendance et qui font aujourd'hui autorité. Ces critères ont été élaborés par Goodman pour théoriser les pratiques sexuelles addictives, mais sont applicables à toutes les addictions comportementales ou non (Goodman, 1990 et 1998 ; tableau ci-dessous). L'addiction, définie par Goodman, est une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- échec répété de contrôler ce comportement (« perte du contrôle » de Jellinek) ;
- poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives.

Tableau : Critères du trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement

B. Tension croissante avant d'initier le comportement

C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action

D. Perte du contrôle en débutant le comportement

E. Cinq des critères suivants ou plus :

1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
7. Poursuite malgré les problèmes sociaux
8. Tolérance marquée

⁵ Dr Goldfarb et Dr Baudouin. « Histoire de la psychiatrie ». CHS Saint Avé (1986). Mis à jour Dr Boraud – CHS CHARCOT. 1991.

⁶ Lydia Fernandez et Henri Sztulman. « Approche du concept d'addiction en psychopathologie ». *Annales Médico – Psychologiques*. 1997.

9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

Critères de Goodman repris et complétés dans les travaux récents sur l'addiction

Tous les travaux récents (Shaffer et coll., 1999 ; Maddux et Desmond, 2000 ; Petry, 2006 ; Potenza, 2006 ; West, 2006) reprennent les critères de Goodman, avec quelques légères modifications : ajout de « craving » avant de réaliser le comportement, compulsion, poursuite du comportement malgré les conséquences négatives.

Au terme de « perte du contrôle », certains préfèrent celui d'« altération du contrôle » (Maddux et Desmond, 2000). Selon Potenza (2006), les critères diagnostiques de l'addiction sont en partie communs avec ceux de la dépendance à une substance dans le DSM. Le terme d'addiction est considéré comme préférable à celui de dépendance (exemple fourni de dépendances purement pharmacologiques à un produit – ou médicament – sans les effets négatifs ou destructeurs de l'addiction).

Plus général que celui de dépendance, le concept d'addiction permet d'inclure les addictions comportementales. Le NIDA (National Institute on Drug Abuse) aux États-Unis, incitait, dès 2002, la mise en place de recherches portant sur les addictions comportementales et l'inclusion de ces dernières dans la catégorie des addictions.

Selon Goodman, l'addiction se situerait entre impulsion et compulsion : si l'impulsion implique la recherche d'un plaisir ou d'une gratification immédiate, la compulsion, le soulagement des tensions et la réduction des affects pénibles, l'addiction partage, selon les moments évolutifs, les caractéristiques de l'impulsion et de la compulsion (Goodman, 1998).

2.1.2.1. De l'approche produit aux conduites addictives

Pendant longtemps, les substances psychoactives, leurs consommations et leurs conséquences ont été décrites au travers des produits et de leurs effets. Puis on a appliqué la même démarche qu'aux médicaments en observant les effets intéressants puis les dommages induits.

En médecine, c'est la pathologie induite qui est identifiée et traitée, le produit n'étant considéré alors comme une étiologie. La consommation n'a été pas alors considérée comme un objectif thérapeutique individualisée et la prise en charge des complications a été confiée à des services spécialisés comme la gastro-entérologie pour les complications liées à l'alcool, la cancérologie et la pneumologie pour les complications liées au tabac.

Dans les années 90, le concept de comportement addictif est apparu face à l'approche par produit. En effet, les substances psychoactives, quel que soit leur statut légal, leur modalité d'action (notamment au niveau cérébral) ou l'itinéraire qu'emprunte l'utilisateur se sont révélés

proches. Leurs toxicités aiguës ou chroniques et leurs risques relatifs sont alors comparés en intégrant la notion de dose et de fréquence⁷.

Ainsi ont été définis 4 comportements de consommation :

- L'usage simple : expérimental, occasionnel ou récréatif. Le risque n'est pas nul mais il est considéré comme acceptable pour l'individu ou par la société.
- L'usage à risque : la consommation (quantité et/ou modalité) est susceptible de causer des dommages et représente un risque particulier.
- L'usage nocif : la consommation est ici répétée entraînant des dommages dans l'organisme et dans la vie de l'utilisateur.
- La dépendance : elle se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de consommer, par une tolérance au produit (obligation d'augmenter la dose pour obtenir un effet semblable) et par l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la consommation.

Les principaux caractères d'une addiction peuvent se définir comme :

- les efforts répétés par l'utilisateur pour réduire, contrôler ou arrêter le rituel ;
- le temps passé à la préparation, à la réalisation du rituel ainsi qu'à la récupération de ses effets ;
- le besoin d'augmenter la fréquence ou l'intensité des prises ;
- la réduction ou l'abandon de certaines activités sociales ou de loisirs.

Sur le plan psychique, le consommateur voit son comportement comme moteur avec des éléments positifs ce qui l'amène à négocier avec son environnement pour accéder peu ou prou à un contrôle.

A l'image des substances psychoactives, nombreuses attitudes ou activités de la vie peuvent par excès donner lieu à une addiction, on parle souvent de d'addiction sans produit : le sexe, l'internet, le jeu, le sport, le travail. ...

Ainsi l'existence de ces comportements menant à une addiction a permis de poser autrement la responsabilité du produit dans l'installation d'une addiction⁸.

2.1.2.1.1. Addictions avec produit

⁷ M Reynaud, D. Bailly, JL Venisse. « Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ». Médecine et addictions. Elsevier Masson. 2005

⁸ P. Gayard et P. Poloméni. « Vers une prise en compte effective des conduites addictives ». ADSP. 2007

Les substances psychoactives sont consommées pour leur effet immédiat sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Leurs effets varient selon la substance, la quantité, la fréquence et la durée de consommations.

Une consommation régulière a une conséquence négative sur les relations sociales. De plus, ces substances peuvent avoir des risques sanitaires majeurs à court terme comme l'overdose, accidents ou violence mais aussi à long terme comme des cancers, maladies respiratoires ou cardiovasculaires.

Comme nous l'avons vu ces substances peuvent aussi engendrer une dépendance plus ou moins rapide selon le produit et la fréquence.

Pour ces raisons plusieurs produits ont été soit réglementés, soit interdits. Mais d'autres produits courants ont vu leur usage détourné : médicaments, colles, solvants, champignons ou amphétamines.

Principaux produits pouvant conduire à des addictions ainsi que les principaux effets et risque :

Substances réglementées



Tabac

- Cancers du poumon, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL
- Bronchite chronique
- Asthme
- Pathologies cardiovasculaires



Alcool

- Diminution de vigilance et des réflexes
- Ebriété, perte de contrôle avec passages à l'acte violents, accidents du travail et de la route
- Coma éthylique en cas d'absorption massive
- A long terme, cirrhose du foie, cancer de l'œsophage et atteintes d'autres organes



Médicaments

Variables suivant la classe médicamenteuse :

- modifications du comportement,
- troubles de la mémoire,
- somnolence,

- troubles des capacités motrices

Substances interdites



Cannabis

- Etat ébrioux (altérations de la vigilance, excitation)
- Modifications de l'humeur
- Troubles des perceptions (vue, ouïe...)
- Hallucinations visuelles, auditives et corporelles
- Effet cancérigène avéré (voies aéro-digestives supérieures et appareil respiratoire)
- Troubles psychiatriques



Drogues dures

Variables suivant les produits :

- hallucinations,
- troubles psychiatriques,
- accidents cardiaques,
- violence,
- baisse de la vigilance,
- troubles respiratoires,
- infections virales ou/et bactériennes

2.1.2.1.2. Addictions sans produit

« Il y a ceux qui, après une journée sans sexe, sont en état de manque comme un drogué qui n'a pas eu sa dose. Mais plus surprenant encore : il y a ceux qui sont addicts à leur conjoint, au point de ne pouvoir se séparer de celui ou celle qui les maltraite », Valleur et Matysiack (2003).

A côté des addictions liées à la consommation de substances psycho-actives, il existe un autre champ de conduites addictives plus « silencieuses » : les addictions comportementales.

Les « nouvelles addictions » englobent des comportements à caractère répétitif et compulsif, sans consommation de substances psycho actives. Ces addictions s'inscrivent dans la lignée des toxicomanies sans drogues décrites par Otto Fenichel (1945).

Les addictions comportementales nous apprennent que ce n'est pas le produit qui définit l'addiction, mais la relation que l'individu entretient avec ce produit.⁹

Si le produit se définit, dans le cas des addictions classiques, par une substance psychoactive, il apparaît, d'une tout autre nature dans le cas des addictions comportementales, qui comprennent, de façon non limitative :

- le jeu pathologique
- les achats compulsifs
- les cyberaddictions
- les addictions alimentaires
- les dépendances sportives
- les dépendances sexuelles
- les dépendances au travail

Les addictions comportementales sont le plus souvent associées à des troubles psychiques. Elles touchent toutes les classes sociales et toutes les catégories d'âge, depuis l'adolescent jusque la personne âgée. Leurs conséquences négatives s'attaquent à toutes les composantes de la vie quotidienne : familiales, sociales, professionnelles, financières.¹⁰

Le jeu pathologique

Selon le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 1994), le jeu pathologique est défini comme une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu.

Jouer à des jeux de hasard et d'argent, qu'il s'agisse des loteries nationales, des jeux de grattage, des paris hippiques, ou encore des machines à sous dans les casinos ... est une habitude communément partagée. Heureusement, pour la très grande majorité, la pratique des jeux de hasard et d'argent ne pose aucun problème et demeure source de plaisir. On parle alors de pratique « sociale » ou « récréative ». Le jeu reste un loisir que la personne choisit de s'offrir, parce qu'elle peut se le permettre, à tous les points de vue.

Mais pour certains, la pratique peut devenir « problématique » ou « excessive ». L'excès se manifeste par trop d'argent dépensé et/ou trop de temps passé à jouer, et témoigne d'une perte de contrôle. Il est essentiel de repérer les sujets dans cette phase, avant qu'ils ne développent une pratique « pathologique » du jeu, marquée par une dépendance et des dommages à long terme.

Les études en population générale tendent à démontrer que le jeu pathologique est relativement répandu : le DSM-IV estime la prévalence entre 1 % et 3 % de la population adulte,

⁹ Dr D VELEA. « Journée d'étude sur les addictions comportementales ». Centre Médical Marmottan. Bobigny. 2005

¹⁰ Centre de Référence sur le Jeu Excessif. « Les autres addictions comportementales ». <http://www.crje.fr>. 2011

et note que le trouble est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et souligne que 20 % des sujets concernés ont fait des tentatives de suicide.

Les achats compulsifs

Aux Etats-Unis les achats compulsifs se trouvent à l'origine d'un nouveau concept concernant les acheteurs pathologiques, « le buying spree », phénomène amplifié de plus en plus avec le développement des ventes par correspondance et les achats sur Internet.

Les achats compulsifs désignent « un comportement d'achat incontrôlé et une tendance répétitive aux dépenses provoquant des conséquences négatives au niveau personnel, familial et social ». L'acheteur compulsif est évoqué pour la première fois, au XIXe siècle par les psychiatres Emile Kraepelin et Eugen Bleuler qui ont insisté sur la notion d'impulsivité. Plus tard, les achats compulsifs seront classés dans le chapitre « trouble de la personnalité et du comportement » et sous la rubrique « troubles des habitudes et des impulsions ».

La notion d'achat compulsif apparaît dans le Manuel alphabétique de Psychiatrie (1960) sous le terme de prodigalité.

On décrit plusieurs types d'acheteurs, en fonction d'un rapport plus ou moins normal aux achats, caractérisés par quatre dimensions :

- l'importance de la sensation de manque ou de besoin,
- l'implication dans la situation d'achat, la fréquentation des magasins et les relations avec les vendeurs,
- la signification psychologique de la dépense,
- la signification de la possession.

L'acheteur « compulsif » accomplit son acte comme une manière de lutte contre des tensions internes, des angoisses incontrôlables. Il éprouve souvent un fort sentiment de frustration en cas d'empêchement (contrainte de prix, familiale).

Cette pathologie a été rapprochée des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) : les pensées autour des achats envahissent la vie des personnes. L'existence d'une mauvaise estime de soi a également été relevée. La psychologie sociale a évoqué le fait que beaucoup de personnes déclarent se sentir exister plus intensément lors des achats compulsifs et que cela compense un manque sur le plan psychoaffectif. Ces troubles, qui n'existeraient que dans les pays développés, seraient en partie liés à des transformations économiques du comportement de consommation (facilité d'obtention de crédits, développement des galeries marchandes, des achats sur Internet, valorisation de la consommation dans les médias).

D'autre part, une insécurité généralisée pourrait expliquer que les plus jeunes se focalisent sur des biens matériels.

Les cyberaddictions

Elle englobe des formes de dépendance à l'outil informatique, à la sexualité sur Internet, aux achats compulsifs on-line, aux formes de communication synchrones et asynchrones par e-mail ou dans les groupes de discussion.

Le cyberdépendant passe progressivement de l'usage simple à l'abus, et de l'abus au besoin.

Selon Ivan K. Goldberg, l'addiction Internet peut déterminer la négation ou l'évitement d'autres problèmes de la vie courante. Les cyberdépendants sont des personnes, qui dans leurs efforts de combler un vide identificateur, cherchent refuge dans la virtualité, une échappatoire à la réalité dans un monde idéal.

Les addictions alimentaires

Le champ addictif des troubles des conduites alimentaires (TCA) comprend, l'anorexie, la boulimie, et, identifiées plus récemment, ses formes atténuées appelées compulsions alimentaires isolées (ou Binge).

Ces troubles touchent plus fréquemment les femmes que les hommes.

Avec l'adolescence, les manifestations atténuées de TCA augmentent.

Des études ont montrés que l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence était un facteur de risque important de développement de troubles physiques et psychiques à l'âge adulte.

Les dépendances sportives

Si la pratique du sport est encouragée et valorisée par notre société, car « le sport, c'est bon pour la santé », il apparaît que, lorsqu'il est pratiqué de manière excessive, chez les sportifs amateurs et encore plus fréquemment chez les sportifs de haut niveau, le sport s'apparente à une conduite addictive. En effet, l'addiction au sport s'installe progressivement lorsque l'individu n'est plus dans l'envie, mais lorsqu'il ressent un besoin compulsif irrésistible de pratiquer son sport, malgré les blessures et les souffrances du corps et malgré les avis limitant des médecins.

A travers l'hyperactivité physique, les sportifs recherchent des sensations de plaisir, des émotions fortes, et un sentiment de bien-être. L'investissement permanent, la constante préoccupation du dépassement de soi et la surenchère à la performance deviennent alors les enjeux incontournables de la récompense.

La pratique intensive du sport met en jeu un processus d'hypersécrétions d'hormones et neuromédiateurs divers, parmi lesquelles la dopamine, secrétée lors des sensations fortes, mais aussi l'adrénaline, les endorphines, et bien d'autres molécules.

Lorsque l'hyperactivité cesse, le sportif, en manque, va chercher des « flashs chimiques » à la hauteur de ce que lui a offert le sport pendant de longues années. La prise de substances psychoactives sera susceptible de devenir alors la réponse idéale pour pallier ces manques.

Les dépendances sexuelles

Dans le cadre général des addictions, les addictions sexuelles ont pris une place particulière liée aux différents paramètres qui s'y rattachent tant sur le plan sociologique (la morale, les effets de mode...), sur le plan clinique et thérapeutique.

Pour J.P. Schneider, lorsqu'un comportement sexuel compulsif se produit en dépit des conséquences négatives, nous sommes en présence d'une addiction sexuelle. Dans les dépendances sexuelles, le sexe est le remède à tout : il sert à calmer une angoisse, à se punir, à

se valoriser, à fuir, à rechercher des sensations fortes, à remplir un vide, à régler ses comptes avec l'autre... Le concept de dépendances sexuelles a été décrit à la fin des années 70 par Patrick Carnes, un psychiatre américain. Plus tard, J. Mac Dougall, psychanalyste a parlé de « relations addictives avec une demande constante de la présence de l'autre ou d'une sexualité addictive où l'autre est réduit à un objet partiel ».

Dans les années 80, les addictions sexuelles regroupent des comportements sexuels compulsifs, l'hypersexualité et les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des impulsions. Toutes les tranches d'âge sont concernées et elles touchent davantage les hommes que les femmes.

Les « addicts sexuels » présentent au moins deux des entités suivantes (Coleman, 1992) :

- La drague compulsive avec partenaires multiples, avec une recherche de gestion du stress et de l'anxiété.
- L'auto-érotisme compulsif - masturbation, comporte l'autostimulation obsessive et compulsive des parties génitales.
- La fixation compulsive, sur un ou des partenaires inaccessibles.
- Les rapports compulsifs amoureux multiples, avec une insatisfaction des relations amoureuses et la quête perpétuelle de l'amour idéal.
- La sexualité compulsive, avec de nombreux rapports sexuels, vécus de manière insatisfaisante, besoins interminables d'actes sexuels, d'expression amoureuse et d'attention.

Les dépendances au travail

Ce nouveau phénomène est aussi appelé « workaholisme ».

Le terme de workaholisme existe depuis les années 1970. Mais déjà au début du XXe siècle, la « névrose du dimanche » était décrite par un élève de Freud.

Le workaholisme se caractérise donc par une présence abusive ou une recherche frénétique de la performance ou de la productivité. L'état pathologique de dépendance auquel il conduit peut avoir des conséquences sur la personne et/ou sur son entourage professionnel ou familial. Il peut être à l'origine de stress, de surmenage, d'épuisement professionnel, voire de pression ou de harcèlement professionnel pour les collaborateurs.

« Le concept d'addiction a le mérite de promouvoir une approche globale de troubles et de patients trop souvent cloisonnés, au gré des clivages administratifs et thérapeutiques plus ou moins dépassés et centrés avant tout sur la nature des produits, plutôt que sur la problématique de ceux qui s'y adonnent ».

2.1.2.2. Les comportements addictifs

L'addiction, comme nous l'avons vu plus haut se rapporte autant à des conduites telles que le « jeu compulsif », les conduites à risques ou la pratique d'exercices sportifs inadaptés entraînant un syndrome de surentraînement qu'à la dépendance à des produits comme l'alcool, le tabac ou les psychotropes.

Il y a dans l'addiction une perte de liberté voir d'esclavage « ad dictus ». Loisirs ou activités sociales ne semblent plus aussi important que l'objet de l'addiction qu'il soit un produit, une

personne ou un comportement. Elle entraîne alors un manque lorsque l'on peut ne s'y adonner.

L'addiction est donc par nature handicapante et envahissante, avec des conséquences sociales et sanitaires souvent importantes.

Le scénario de l'addiction est généralement identique et se déroule en 3 étapes :

- étape du plaisir « liking » : expérience nouvelle et agréable ;
- étape du désir « wanting » : apparition des premiers méfaits ;
- étape du besoin « needing » : apparition du phénomène de manque.

Si le scénario de l'addiction est généralement identique c'est que le mécanisme physiologique et psychique menant à celle-ci paraît aussi semblable qu'il s'agisse d'une addiction avec ou sans produit. En effet, lorsque nous nous adonnons à un plaisir nous enclenchons les circuits cérébraux de la récompense : l'état de notre cerveau s'en trouve alors modifié. Quand le plaisir cesse celui-ci revient à son état initial, c'est ce qu'on appelle l'homéostasie.

Toutes les drogues fonctionnent comme des leurres de nos mécanismes naturels de récompense en provoquant leur emballement. Notre équipe cérébrale se trouve alors modifier et leur absence entraîne un phénomène de manque. Le cerveau sous l'effet de la drogue devient l'état normal, on parle alors d'allostasie.

Tous les produits qui déclenchent une dépendance ont en commun la propriété d'augmenter la quantité de dopamine dans les circuits de la récompense.

Les addictions sans produits semblent répondre au même schéma de dérèglement de notre système de récompense. Par exemple, dans le jeu pathologique, l'attente du gain mimerait des prises répétées de cocaïne, dans les sensations amoureuses intenses, le plaisir serait comparable à un shoot d'héroïne.

A côté de l'approche globale de l'addiction, l'approche par produit reste utile sur un plan opérationnel¹¹.

L'approche par produit permet de tenir compte :

- de la culture qui s'est construite autour de chaque produit,
- de la non cohérence du statut légal des substances,
- de la dangerosité et des différences d'accès,
- de l'histoire et du cloisonnement de la prise en charge,
- des différences épidémiologiques entre les consommations et les conséquences sanitaires.

¹¹ R. Persiaux. « Addiction : tous accros ? ». Le point sur ... N°185. www.scienceshumaines.com 2007

2.1.3. Schéma des conduites addictives

Le terme d'addiction désigne un processus dans lequel un comportement chargé de soulager un mal-être, finit par devenir plus ou moins incontrôlable et se maintient malgré ses conséquences négatives.

Lorsque nous nous sentons mal à l'aise, nous avons tous tendance à avoir recours à des conduites permettant de rétablir, au plus vite et ne serait-ce que temporairement, un équilibre menacé. Ces conduites adaptatives d'urgence risquent à long terme, trompeusement, de devenir des recours familiers et nécessaires, afin d'éviter certaines « questions ». Questions qui fatalement dérangent.

En effet, si l'autre ou la situation deviennent décevants, certaines conduites plaisantes et rassurantes aident à se reconforter de ces espoirs contrariés. Ce sont des conduites en apparences inoffensives et innocentes. En disposant à volonté d'un produit ou d'un comportement capable de fournir du mieux-être sur commande, on peut étancher provisoirement sa soif d'affection. De fait, nous avons l'illusion de ne plus dépendre de qui que ce soit.

A long terme, ces procédés de substitution se révèlent illusoire. Qui plus est, ils amènent tôt ou tard leur lot de déception, de décrépitude, de décadence et de déchéance.

2.1.3.1. De la prise de risque aux conduites à risque

Les prises de risque sont des comportements qui se caractérisent par la mise en danger : de soi, de sa santé, de sa vie ...

Elles sont plus fréquentes à l'adolescence, car ils vont rechercher le sens de leur vie à travers de nouvelles sensations plutôt que de trouver ce sens dans des activités symboliques ou créatrices.

Les comportements d'essai ou d'expérimentation font partie des prises de risque. Ils surviennent souvent dans des temps de loisir à caractère festif ou amical, quand se produisent des relâchements du contrôle social des conduites et que de nouveaux rites individuels apparaissent.

Les expérimentations notamment de substances psychoactives s'accroissent au cours des périodes historiques dominées par un affaiblissement des repères et des normes collectives, et dans les situations où les substances sont aisément accessibles.

Les conduites à risque sont des comportements répétés de prise de risque qui correspondent à une recherche de plaisir et au soulagement d'un malaise intérieur.

Elles se présentent sous des formes diverses qui sont déterminées par les identités sexuées, les contextes sociaux, les histoires de vie et les états psychopathologiques : violences itératives, scarifications multiples, conduites suicidaires, troubles des conduites alimentaires, addictions.

Elles ont souvent une fonction ordalique : l'ordalie représente la manière dont chacun va interroger, par les sensations extrêmes, la mort ou le danger, pour vérifier la possibilité et le droit d'exister.

Autrefois, l'ordalie était vécue au cours de rituels collectifs de passage et ponctuait la succession de cycles de vie et l'appartenance à une classe d'âge. Aujourd'hui, la recherche de sensations est vécue de manière individuelle et se présente sous la forme de prises de risque et de conduites à risque qui renforcent le sentiment d'exister en se mettant à l'épreuve du plaisir extrême, de la sensation la plus extraordinaire, ou de la contrainte la plus héroïque.

La prise de risque devient subie, plus que choisie, au fur et à mesure que s'installe une conduite compulsive qui reproduit la prise de risque dans un système organisé : la dépendance pour les addictions, le comportement de contrôle pour les troubles des comportements alimentaires¹²

...

En sociologie, le risque, correspond à des activités pour lesquelles, les individus s'engagent dans leur vie personnelle ou professionnelle pour aller à la rencontre du risque ou au contraire s'en protéger. Dans l'affrontement physique au monde, l'individu recherche ses marques, ses limites et les limites de la loi. Avant de vivre, s'impose la nécessité anthropologique de comprendre pourquoi l'on vit, de donner une valeur à sa présence sur « Terre ». Le risque apparaît comme un affrontement jusqu'aux limites ou comme un apprentissage de la capacité « à faire face ». La prise de risque sollicite l'estime de soi et la responsabilité envers les autres.

Pour certaines conduites de risques, la parallèle avec les conduites addictives semble évidente : concordance entre plaisir et besoin, répétition de la conduite, apparition et augmentation de la tolérance qui entraîne une accentuation des risques... La notion de risque apparaît comme une variable psychologique majeure, un facteur déterminant des comportements. L'acceptation, l'évitement ou la recherche du risque conduit à des typologies différentes pouvant aller de l'audace extrême à la plus grande prudence. Le risque pose d'une manière évidente la question de la mort, de la mise en acte de son impulsivité mais aussi de la recherche de sensations nouvelles et fortes. Le psychiatre Marvin Zuckerman, a essayé d'établir un lien entre les phénomènes d'activation psychiques et la recherche de sensation. Ces dernières correspondent aux besoins d'expériences nouvelles, à la volonté de prendre des risques physiques et sociaux dans le but d'obtenir et de maintenir un niveau optimal élevé d'activation cérébrale. Zuckerman a ainsi mis en place une échelle qui représente un descriptif psycho-comportemental de la recherche des sensations¹³.

Cette échelle comporte 4 facteurs qui définissent ce phénomène :

- La recherche de danger ou aventure (sport et conduites à risque) ;
- La recherche d'expériences (activités intellectuelles ou sensorielles) ;

¹² P. Dessez. Tababox. « Des prises de risques aux conduites à risques ». Centre J Bergeret Lyon

¹³ D. Velea. « Toxicomanie et conduites addictives ». Hdf. 2005

- La désinhibition (alcools ou excès sexuels) ;
- La susceptibilité à l'ennui.

Chez les personnes présentant des conduites addictives, on retrouve souvent les mêmes critères de la recherche des sensations susceptibles de favoriser l'adoption des comportements de dépendance.

2.1.3.2. Dépendance

La dépendance est un état pathologique où l'organisme est incapable de fonctionner physiologiquement en dehors de la consommation de la substance responsable. Le sevrage est un syndrome apparaissant chez un dépendant lorsqu'il ne peut consommer la dite substance. Le terme dépendance ne doit pas être confondu avec le terme addiction. La dépendance est un des facteurs servant à évaluer la dangerosité des produits psychoactifs. Elle s'estime par l'énergie dépensée pour parvenir à l'abstinence et par les efforts déployés pour se procurer le produit. Elle varie selon deux facteurs importants : les propriétés du produit (propriétés pharmacologiques de sensibilisation et d'accoutumance, mode de consommation, concentration, etc.) et la prédisposition de l'utilisateur (personnalité, antécédent d'usage, trajectoire personnelle, etc.)¹⁴.

On a assez vite remarqué que la dépendance ne concernait pas nécessairement un produit, mais plutôt une conduite, un comportement (Otto Fenichel, 1945). Le sujet devient dépendant d'une expérience, plus que du vecteur utilisé (jeu, alcool ...). La première expérience est agréable, mais c'est la répétition d'une routine comportementale qui apporte la réassurance, calme les angoisses.

« La dépendance peut être vue comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui a comme fonction de procurer du plaisir ou encore de soulager un malaise intérieur. Ce comportement est réalisé sans réel contrôle de la personne et qui a tendance à être répété malgré des conséquences négatives. » (M. Goodman)

La personne dépendante est dans l'impossibilité de résister aux impulsions vers la substance ou le comportement.

On peut voir trois phases :

- Sensation croissante de tension, de mal être, avant l'apparition du comportement ;
- Soulagement, voir plaisir pendant l'accomplissement du comportement ;
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

¹⁴ Sénat. « Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale (française) de lutte contre les drogues illicites ». Sénat français, 3 juin 2003.

L'OMS définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ». La dépendance se caractérise par la survenue de symptômes de sevrage en cas d'absence de la substance ou activité addictive, ainsi que par le développement d'une tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire – quels que soient les signes de destruction physique ou psychique.

Les individus considèrent qu'il est normal que la vie soit plaisante, facile, sans monotonie, digne et qu'ils puissent garder le contrôle de leur vie et de leur propre disposition. La superposition de plusieurs des désirs de l'individu se trouverait à l'origine de l'installation d'une dépendance. En effet, cette disposition est soutenue par le fait que si un comportement a comme conséquence immédiate le plaisir, alors ce comportement va alors se répéter. Si le plaisir diminue malgré la consommation ou la conduite alors le comportement s'intensifie plutôt qu'il ne devienne plus rare.

La notion de dépendance est généralement rattachée aux manifestations qui conduisent à la perte de liberté pour l'individu, cette perte de liberté est la conséquence de l'affaiblissement de la capacité de décision dans certaines situations. Mais ce n'est pas la seule caractéristique de la dépendance, en effet, elle est souvent connotée de manière négative par la perte de l'auto-détermination, de l'autocontrôle dans la réalisation des fonctions sociales et de la santé qui sont des valeurs importantes de nos sociétés modernes.

En 1975, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la dépendance comme : « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) présente l'addiction comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an.

Les autres symptômes incluent :

- une tolérance (ou accoutumance) qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial ;
- un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage ;
- une incapacité à gérer sa propre consommation, l'utilisateur consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait ;
- des efforts infructueux pour contrôler la consommation ;
- un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit ;
- les activités sociales, culturelles ou de loisir sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne ;
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Tolérance et sevrage constituent la dépendance physique, et ne recouvrent que deux critères sur 7. Il est donc possible d'être dépendant au sens du DSM sans avoir développé de tolérance physique.

La Classification internationale des maladies (CIM-10) présente la toxicomanie comme la manifestation d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée :

- un désir compulsif de consommer le produit ;
- des difficultés à contrôler la consommation ;
- l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage ;
- une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire) ;
- un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche ;
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

En août 2011, l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) propose une nouvelle définition de l'addiction. La dépendance est une maladie chronique du cerveau, un syndrome qui va au-delà d'un problème comportemental lié à l'excès de drogues, d'alcool, de jeux, de sexe ou de nourriture ...

Il existe deux types de dépendance.

Le premier est la **dépendance physique**. C'est un état dans lequel l'organisme assimile à son propre fonctionnement la présence d'un produit développant des troubles physiques parfois graves en cas de manque (non-présence du produit dans l'organisme), l'ensemble de ces troubles constituant appelé le syndrome de sevrage. La dépendance physique résulte des mécanismes d'adaptation de l'organisme à une consommation prolongée et peut s'accompagner d'une accoutumance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour éprouver un même effet.

Le second implique la **dépendance psychique**, qui se subdivise en deux sous-groupes :

- la **dépendance psychologique** : désir insistant et persistant de consommer qui peut parfois se traduire par des manifestations psychosomatiques (véritables douleurs physiques sans cause physiologique). La dépendance psychologique est bien plus liée aux caractéristiques des individus (états affectifs, styles de vie) qu'au produit lui-même. Des exemples de dépendance psychologique très répandus sont la dépendance au travail, à l'activité physique ou intellectuelle, qui peut parfois aboutir au surmenage. Un terme anglo-saxon la désigne sous l'appellation « workaholic » ;
- la **dépendance comportementale** : correspond à des stimulations générées par les habitudes ou l'environnement, facteur de rechute.

Bien que le terme addiction soit souvent utilisé comme synonyme de dépendance, il existe en réalité une nuance entre ces deux concepts. Comme cela a été montré plus haut, le concept de dépendance fait intervenir deux notions : la dépendance physique (tolérance et sevrage, critères 1 et 2 du DSM-IV) et la dépendance psychique ou comportementale (critères 3 à 7). En

pratique spécialisée, la tendance consiste à utiliser le terme d'addiction pour ne désigner que le volet comportemental du phénomène de dépendance (Lusher et al. Clin J Pain 2006).

Cette nuance permet, par exemple, de distinguer les situations problématiques réelles lors de traitements médicamenteux prolongés par certains médicaments addictogènes. Pour illustration, les patients douloureux chroniques, traités par analgésiques opioïdes au long cours, développent des critères de dépendance physique (à savoir une tolérance et, en cas d'arrêt brutal, un syndrome de sevrage) mais ces manifestations sont considérées comme normales et le prescripteur ne cherche pas spécialement à les éviter (la « dépendance » du patient est attendue comme une manifestation physiologique normale). En revanche des manifestations de dépendance physique/comportementale (c'est à dire de l'addiction) sont considérées comme indésirables et l'objectif est de les éviter (l'addiction du patient, elle, n'est pas attendue).

2.2. Quelle est la prise en charge pour les addictions par le système de santé ?

2.2.1. Politiques publiques

2.2.1.1. Début des années 70

Une politique publique de lutte héritée du modèle social-chrétien axée sur la seule abstinence.

Si la loi interdit l'usage de toute substance comme classée stupéfiante, la prise en charge prône le sevrage. La prévention, axe fort d'une politique publique, n'est pas abordée dans la loi du 31 décembre 1970 qui décrit la politique française en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

De fait, l'usager se trouve paradoxalement à la fois sanctionné par la loi et placé sous surveillance de « l'autorité sanitaire ». L'injonction thérapeutique n'est alors qu'une alternative à la réponse répressive. Cette prise en charge est fondée sur l'anonymat et la gratuité.

Le 14 mars 1972, une circulaire attribue aux secteurs psychiatriques la « lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ».

Des structures de soins spécialisées contre l'alcoolisme et la toxicomanie se constituent avec pour objectifs le sevrage, l'abstinence et la réinsertion.

2.2.1.2. Fin des années 80

Une politique publique incapable de lutter contre l'épidémie du SIDA s'oriente vers la réduction des risques.

L'urgence de la crise sanitaire oblige les pouvoirs publics à revoir leur dispositif basé sur l'abstinence. L'obligation de l'époque est de contenir l'épidémie en tablant sur la réduction des risques possibles de contamination (en 1987, les seringues sont alors mises en vente libre).

Les traitements de substitution se généralisant, ceux-ci remettent en cause le dogme de l'unique « abstinence » comme seul moyen de traitement efficace et donc par la même le fondement de la loi.

Ainsi une nouvelle politique dite de « réduction des risques » modifie l'approche globale aussi bien du côté politique, du côté répressif que du côté soignant.

Il s'agit alors de prendre en compte les pratiques de consommation des usagers et non plus simplement le fait de consommer, de favoriser la substitution et de promouvoir des pratiques à moindres risques.

2.2.1.3. Durant les années 90

La politique publique ouvre sa réflexion aux pratiques de consommations que l'utilisateur soit ou non dépendant.

En effet, la consommation de produits psychoactifs n'est pas basé sur un système binaire : « je consomme donc je suis toxicomane ou je ne consomme pas donc je suis sain » mais sur un système de comportement bien plus complexe :

- l'usage,
- l'usage nocif,
- la dépendance.

De plus, le phénomène de poly-consommations se développant la prise en charge ne peut ignorer l'interrelation entre des produits, des comportements, des troubles et donc doit permettre un décloisonnement des spécialités.

Cette approche doit permettre de définir les types de consommations, les risques et les dommages liés à l'usage nocif.

Plus spécifiquement, au début de l'année 91, la loi dite « Evin » est promulguée en faveur de la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme. Celle-ci insiste notamment sur le développement d'actions de prévention qui ne s'appuient pas sur une logique d'abstinence ou de prohibition mais qui doivent permettre aux usagers de choisir la meilleure solution pour faire face à leur état.

Ces nouvelles conceptions conduiront à repenser les politiques et les prises en charges par secteurs afin de proposer une organisation plus globale. Durant cette période, trois rapports furent rédigés (rapports Parquet, Roques et Reynaud) et une Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies fut mise en place puis étendue aux drogues licites, alcool et tabac.

- le rapport du Pr Parquet pour « une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives » a montré l'importance de l'approche des questions d'usages de substances en fonction des comportements au contraire de l'approche par les seules substances ;

- le rapport du Pr Roques sur la dangerosité des drogues a mis en valeur la gravité des problèmes liés aux drogues au-delà de leur seul statut licite (alcool et tabac) ou illicites (cannabis, héroïne, cocaïne et autres) ;
- le rapport Reynaud Parquet Lagrue popularisera la notion de pratiques addictives et jettera les bases d'une politique globale.

Un premier plan d'action gouvernemental est alors concrétisé pour la période 1998 – 2002 :

- mit l'accent sur l'ensemble de conduites de consommations et sur les différentes stratégies préventives ou thérapeutiques à adopter ;
- articula les prises en charge par la médecine de ville, le dispositif médico-social et les réponses hospitalières ;
- généralisa les équipes de liaison hospitalière ;
- facilita l'abord précoce des consommateurs avant le stade de dépendance ;
- dé-stigmatisa en partie les personnes dites « alcooliques » ou « toxicomanes » en requalifiant les lieux de soins ;
- permit un abord coordonné des poly-consommations.

2.2.1.4. Début des années 2000

Ouverture des politiques publiques à des orientations innovantes.

Comme le furent au 19^{ème} siècle l'hystérie et les névroses, les dépendances sont devenues des maladies emblématiques de notre temps.

Les discours préventifs mettent aujourd'hui en avant l'addictologie comme discipline à part entière dans la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, les autres produits psychoactifs, à usage nocif ou à dépendance.

La confrontation des différentes approches comme la psychanalyse, la biologie, le cognitivisme, ou le systémisme pris sous différents angles poussent à la construction de modèles intégrés dans la prise en charge des addictions.

En effet, celle-ci fait émerger par exemple une opposition entre l'approche quantitative de la santé publique et l'approche clinique de l'individu.

2.2.1.4.1. Plan gouvernemental sur les addictions 2007 - 2011¹⁵

Pour lutter efficacement contre les conduites addictives, c'est à l'Etat de poser les bases d'un système qui permette à chaque personne concernée de prendre conscience qu'elle présente

¹⁵ Ministère de la Santé et des Solidarités. « La prise en charge et la prévention des addictions ». Plan 2007 – 2011.

une addiction et qu'elle peut trouver de l'aide. C'est à l'Etat de lui donner également la possibilité de savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté.

Les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple, sans stigmatisation, et capable d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge.

Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions, est une réponse globale à un problème de santé publique majeur. Ce sont 77 millions d'€ chaque année et pendant cinq ans qui vont permettre de renforcer et coordonner les dispositifs existants et développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge: prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social.

La première exigence est celle de la prévention, celle de permettre à la personne atteinte d'une addiction d'en prendre conscience.

Organisation de la prise en charge

Le plan addiction vise donc dans un premier temps à restructurer l'offre de soins, à l'organiser pour placer le patient au cœur du dispositif en apportant à la fois une réponse médicale et une réponse médico-sociale.

Des consultations d'addictologie

Il s'agit pour cela de regrouper les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans substance psychotrope au sein d'un même lieu, d'un même pôle pour en faire des consultations hospitalières d'addictologie. Ces consultations seront organisées dans tous les hôpitaux ayant un service d'urgence.

Des équipes hospitalières de liaison

Les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie ont pour mission de repérer les patients en difficultés pendant leur hospitalisation, d'apporter une première réponse et d'orienter dans le parcours de soins. Tous les hôpitaux seront dotés d'une consultation ou d'une équipe de liaison.

Des services d'addictologie

Pour les patients nécessitant une prise en charge plus spécifique ou une hospitalisation, 120 services d'addictologie proposant des sevrages simples ou complexes seront créés d'ici 2011 pour tout territoire de santé supérieur à 500 000 personnes. Ce sont 20 services qui seront ainsi constitués.

Des pôles d'addictologie dans les CHU (Centre Hospitalo-Universitaire)

D'ici 2011, chaque centre hospitalier universitaire (soit 26 établissements) comportera un pôle d'addictologie qui a vocation à être à la fois un service d'addictologie de recours et un centre régional de référence, de formation et de recherche. Ce sont 5 pôles qui seront ainsi constitués.

Des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

La création de centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structure ouverte à toutes les addictions et réunissant les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), répond à l'objectif de développement de l'aide médico-sociale.

Les missions des CSAPA sont :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage. Ils peuvent également aider au repérage des usages nocifs.
- La réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause
- La prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole)
- La prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés,
- La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Des places d'accueil et d'hébergement

Les capacités d'accueil en hébergement vont être augmentées par la création de nouvelles communautés thérapeutiques. Assurer des places d'hébergement en aval de l'hospitalisation permet au patient de raccourcir la durée de son séjour hospitalier et de mieux répondre à ses besoins. En effet, les structures médico-sociales proposent des activités, des ateliers qui accompagnent la personne dans son sevrage.

L'implication de la médecine de ville

Afin d'impliquer plus encore la médecine de ville à la lutte contre les addictions, une campagne à destination des médecins de ville sera lancée en 2007 et les réseaux ville-hôpital seront développés. Il existe actuellement 46 réseaux de santé en addictologie. Le plan de prise en charge et de prévention des actions a pour objectif d'en créer 250 nouveaux d'ici 2011 afin de disposer d'un réseau de proximité en addictologie pour 200 000 habitants.

La mise en œuvre de schémas régionaux d'addictologie complétera le maillage de l'offre de soins et d'accompagnement. Ces réseaux facilitent le partage d'informations entre professionnels et améliorent ainsi la qualité de la prise en charge et du suivi du patient. Il est également nécessaire d'établir des référentiels précis pour la stratégie de prise en charge des patients, avant pendant et après la cure.

Accompagner la personne ayant une conduite addictive

Mettre fin à une conduite addictive est un combat qui s'inscrit dans le quotidien et dans le temps, il est essentiel de pouvoir apporter une aide médico-sociale qui soit adaptée à chaque parcours.

Mobiliser la communauté scientifique et médicale autour des addictions

Au-delà de l'amélioration de la prise en charge, le combat contre les conduites addictives passe par une sensibilisation de l'ensemble de la population aux risques d'addictions et tout particulièrement la communauté scientifique et médicale. Le repérage précoce des addictions doit en effet devenir un réflexe pour l'ensemble des professionnels de santé. C'est un des éléments essentiels de la prévention.

Pour cela, le plan a défini deux axes fondamentaux : l'enseignement et la recherche

La formation des professionnels de santé en addictologie est aujourd'hui insuffisante et elle est essentielle pour permettre un repérage précoce, un diagnostic rapide et une prise en charge

optimale. Cette formation portera notamment sur l'épidémiologie, la neurobiologie et les traitements des problèmes liés à l'alcool, le tabac, le cannabis et autres drogues.

La recherche en addictologie est morcelée sans coordination, il convient de mettre en place un programme de recherche clinique, de développer la recherche sur les addictions sans psychotrope et une coordination sur la recherche fondamentale.

2.2.1.4.2. Le livre Blanc de l'addictologie française¹⁶

Les conclusions de la Fédération Française d'Addictologie prônent la constitution :

- De tenir compte de la complexité des addictions
- De mettre en place des réponses diversifiées et complémentaires
- D'adapter l'organisation des soins et de la prévention

Les addictions s'appréhendent sur au moins trois plans :

- Le degré ou la sévérité de la perte d'autonomie : on observe donc un continuum depuis l'usage à risque, à l'usage nocif et à la dépendance.
- L'objet du comportement addictif : tout objet produisant du plaisir ou qui écarte une sensation de malaise interne est susceptible d'entrer dans une conduite addictive.
- La pluralité et la diversité des déterminants des conduites addictives sont de trois ordres :
 - ❖ Les facteurs propres aux substances psychoactives et/ou à l'expérience addictive ;
 - ❖ Les facteurs environnementaux ;
 - ❖ Les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection.

Le parcours de soin du patient implique donc de fournir au patient à un moment donné de sa trajectoire la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins et ce quelque soit la porte d'entrée.

Enfin le concept d'addiction a reçu une validation internationale et sera inscrit dans les Classifications Internationales des Maladies et dans le Diagnostic and Statistical Manual (CIM 11 et DSM 5).

Les propositions du livre blanc de l'addictologie se répartissent en 3 grandes catégories :

¹⁶ Fédération Française d'Addictologie. « 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France ». Livre blanc de l'addictologie française. 2011

- Prévention et législation
 - ❖ Préparation d'une loi d'orientation adossée à une politique de prévention qui supprimera l'incrimination de l'usage privé de stupéfiants et substituera à la loi 1970 un dispositif législatif plus cohérent avec un objectif de réduction des dommages ;
 - ❖ Une prévention rationnelle, scientifique et efficace reposant sur une organisation rationnelle et coordonnée de la prévention : prévention « universelle », éducation à la santé, intervention « précoce » et éducation thérapeutique.

- Soins
 - ❖ Définir une politique nationale de prévention et d'accès aux soins ;
 - ❖ Modification de la représentation de la pathologie addictive, développer les associations de patients et des familles ;
 - ❖ Renforcer l'addictologie de recours et de proximité par l'implication de l'ensemble de la médecine de ville ;
 - ❖ Renforcer le dispositif médico-social en addictologie par les CSAPA et les CAARUD
 - ❖ Renforcer l'addictologie hospitalière sur les 3 niveaux d'intervention ainsi que dans les relations avec le secteur psychiatrique.

- Enseignement et recherche
 - ❖ Mise en place d'un dispositif de formation cohérent : la formation est hétérogène qualitativement et quantitativement sur le territoire national. Les formations proposées aux soignants comme aux personnels sociaux sont insuffisamment valorisées.
 - ❖ Priorité donnée à la recherche clinique et thérapeutique qui sont insuffisantes tout comme en matière des sciences humaines et sociales.

2.2.2. Prise en charge des addictions en France

Comme nous l'avons vu ci avant, l'organisation de la prise en charge des « addictions » en France est décrite dans le Plan Gouvernemental des Addictions 2007 – 2011 (figure 1).

Comme nous pouvons le constater le patient est bien en amont du processus, non au centre de l'organisation. En amont, nous retrouvons tout un maillage de professionnels des secteurs sanitaire et médico-sociaux qui accueillent le patient excepté pour les urgences puis qui l'adressent vers l'hôpital ou le secteur psychiatrique en fonction de leur évaluation.

En aval, le patient est donc accueilli par des services dédiés au sein des hôpitaux et du secteur psychiatrique. Son entrée peut se faire directement par les urgences.

L'organisation de cette prise en charge est décrite pour chaque région au travers d'un volet spécifique du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

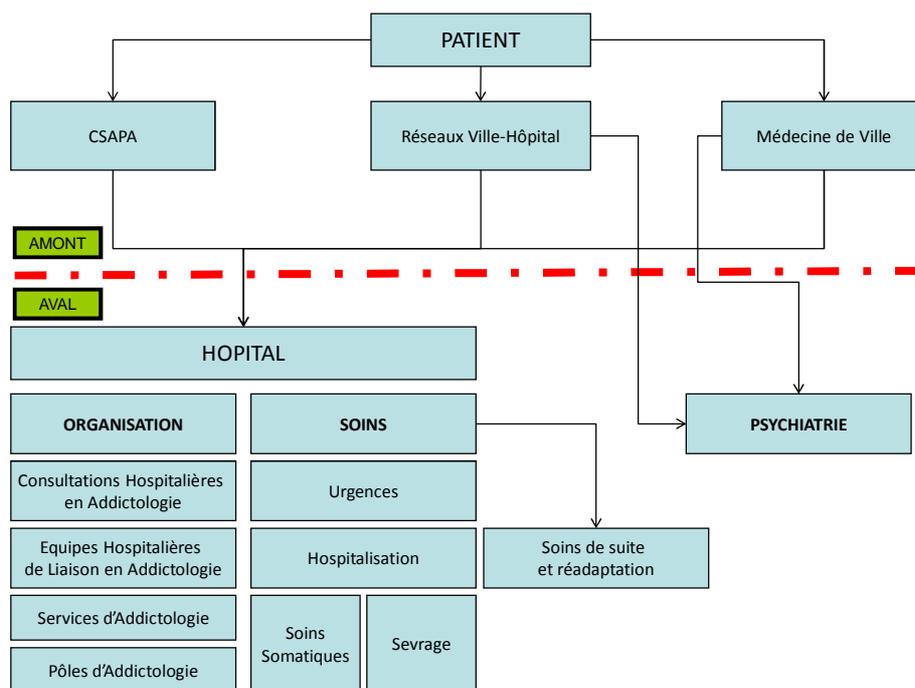


Figure 1 - Description de la prise en charge du patient

Les schémas régionaux d'Addictologie s'appuient sur les grands items du plan gouvernemental 2007 – 2011 : la prévention, la formation, la recherche, la santé carcérale, l'évaluation et la prise en charge

En matière de prévention, les SROS prévoient :

- S'appuyer sur des principes et inscrire les actions dans des chartes, cahiers des charges et référentiels validés
- Spécifier les champs d'intervention et les compétences
- Définir régulièrement les besoins en prévention

En matière de prise en charge, les SROS prévoient :

- Placer la personne au centre du dispositif
- Assurer l'équité des soins sur l'ensemble du territoire

Le parcours de soins du patient sur chaque territoire de santé englobe la prévention, le repérage précoce, l'accès aux soins et la réinsertion du patient ainsi que le soutien aux professionnels.

Ci-dessous un graphique (figure 2) nous permet de comprendre comment la prise en charge s'organise autour d'un maillage entre la ville (proximité), le secteur sanitaire (soins et recherche) et du secteur médico-social (dépistage, prévention et réduction des risques).

Le dispositif addictologique hospitalier est organisé, conformément à la circulaire du 16 Mai 2007, en trois niveaux pour permettre aux patients présentant des conduites addictives de pouvoir bénéficier, selon la gravité de leurs troubles, d'un dispositif gradué.

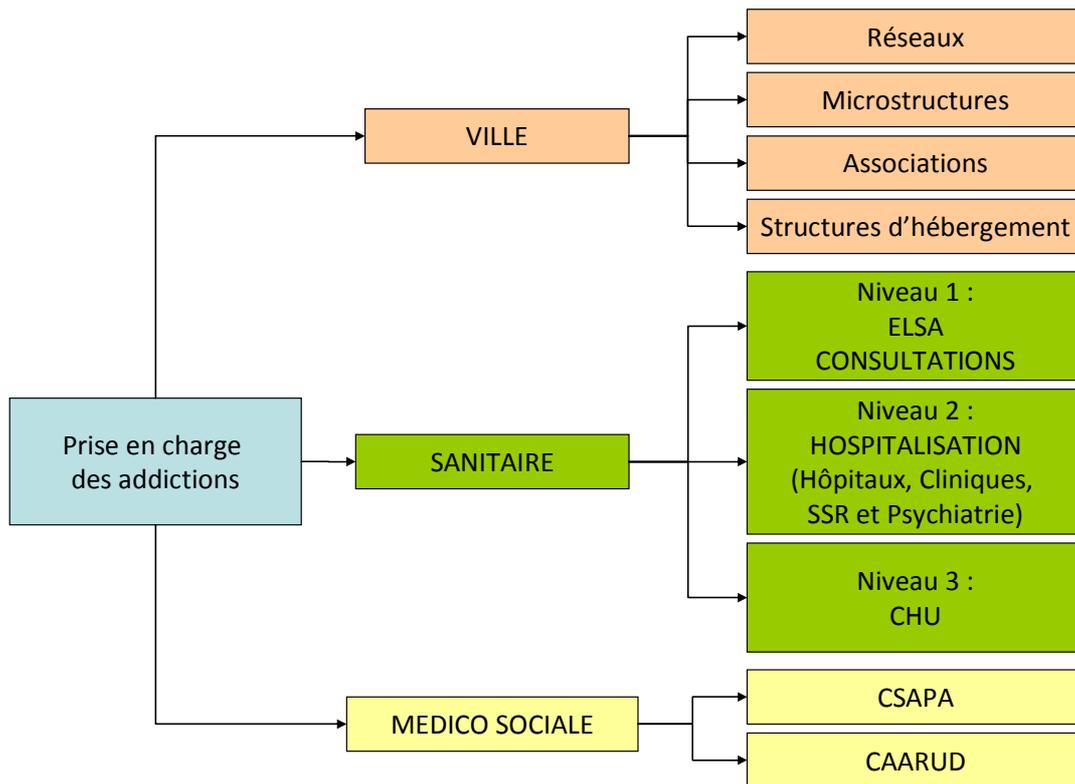


Figure 2 - Maillage de la prise en charge

Le niveau I assure des réponses de proximité, y compris les sevrages simples

Il comporte une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), des consultations hospitalières d'addictologie et un service d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages et soins résidentiels simples. Ces derniers sont situés le plus souvent dans le système de soins généraux (médecine interne, médecine polyvalente, hépato gastroentérologie et/ou psychiatrie ...).

Une équipe de niveau 1 dispose de personnels compétents en addictologie (médecin, infirmière, psychologue, diététicienne, assistante sociale) et doit pouvoir solliciter un avis psychiatrique chaque fois que nécessaire.

Au niveau régional, l'objectif est l'installation d'une structure de niveau 1 dans tous les établissements de santé dotés d'une Structure des Urgences (SU) comptabilisant plus de 20 000 passages annuels (toutes causes confondues), et au moins une par territoire de proximité.

Le niveau II, ou niveau de recours, propose des prises en charge spécialisées à des patients posant des problèmes particuliers

Les structures de niveau 2 prennent en charge l'ensemble des problèmes posés par les patients, qu'il s'agisse de la conduite addictive elle-même, de ses complications somatiques, psychiatriques et/ou des comorbidités associées.

Les établissements de santé type MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) de niveau de recours comprennent, outre les structures de niveau 1, un hôpital de jour et une unité d'hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes.

Les services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie et les établissements psychiatriques impliqués dans la prise en charge des addictions sont intégrés au niveau 2 de recours.

Une équipe de niveau 2 doit disposer de personnels compétents en addictologie (médecin addictologue, infirmière, psychologue, diététicienne, assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute).

Le niveau III, ou centre d'addictologie universitaire régional

Ils sont implantés dans les CHU et proposent les mêmes prises en charge que les structures de niveau II. Ils constituent en plus un lieu régional de ressources, de formation, et de recherche.

2.2.3. La prise en charge des addictions aux Etats-Unis

2.2.3.1. L'Amérique en guerre contre l'addiction¹⁷

Bien que la médecine américaine conçoive l'addiction comme une réalité scientifique et biologique inattaquable, le concept d'addiction a une histoire (Peele, 1985/1998 ; 1990). Au début du 20^{ème} siècle, les conceptions médicales de l'addiction se sont consolidées, en particulier aux États-Unis, et les contours d'un syndrome de l'addiction ont été tracés pour les stupéfiants, en particulier l'héroïne qui était devenue le stupéfiant le plus notoire de la première moitié du 20^{ème} siècle. Le syndrome d'addiction narcotique était censé différencier précisément les stupéfiants et l'héroïne de toutes les autres drogues. Selon cette conception, la consommation de stupéfiants engendre inévitablement une condition physique allant en s'aggravant et irréversible, marquée par l'impossibilité d'arrêter sans un sevrage traumatisant.

Ces idées ont marqué une rupture avec de nombreux siècles d'expérience des stupéfiants. L'extension du concept de l'addiction au-delà des stupéfiants est survenue relativement tard au 20^{ème} siècle. Quand les pharmacologues se sont intéressés à l'augmentation de la consommation de substances illicites dans les années 1960, « l'addiction » (ou, plus tard, la prétendue dépendance physique) était encore appliquée aux seuls stupéfiants parmi les substances illicites. Mais face à la grande variété de substances que les humains consommaient par récréation et par habitude, ce même groupe a rebaptisé l'addiction, « dépendance » en 1964 (OMS, Organisation Mondiale de la Santé 1964).

L'addiction a été redéfinie plus récemment en ce qui concerne la cocaïne. C'est seulement dans les années 1980, quand la consommation de cocaïne est devenue plus à la mode, que l'attention est passée du syndrome de manque classique, qui caractérisait la consommation de stupéfiants, aux explosions intensives d'intoxication à la drogue typiques de la cocaïne, et le concept d'addiction a été étendu pour inclure cette consommation de drogue.

¹⁷ Stanton Peele. « L'Amérique en guerre contre l'addiction ». Psychotropes. Vol. 15 n° 4, 2009, pp. 27-40.

La marijuana a été requalifiée de la même manière comme addictive dans les années 1990 (Wilson et al., 2004). La reconnaissance de l'addiction au Valium[®] et autres produits pharmaceutiques s'est également répandue à cette période.

Tout au long de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les experts se sont employés à diviser l'addiction en composantes physiques et psychologiques, alors même qu'ils minimisent ces distinctions. DSM-IV-TR et CIM-10 (Diagnostic and Statistical Manual et Classification Internationale des Maladies), en remplaçant « addiction » par « dépendance », associent ce qu'ils considéraient auparavant comme des symptômes psychiques et physiques de dépendance.

En 1988, la position selon laquelle le tabagisme n'était pas addictif n'était plus politiquement viable. Le ministre de la Santé a donc publié un rapport intitulé Nicotine and Addiction (USDHHS, 1988), destiné à prouver que nicotine et tabagisme étaient bien addictifs. Mais aucune recherche supplémentaire n'a été nécessaire pour qualifier le tabagisme d'addictif. Des millions de gens avaient consommé des cigarettes pendant des décennies, et les gens utilisaient le tabac depuis des siècles.

Les implications de la redéfinition du tabagisme comme addictif vont au-delà de ce seul changement. La redéfinition montre que les préoccupations politiques et sociales motivent la définition de l'addiction, que les éléments de l'usage d'une substance considérés comme fondamentaux pour la définition évoluent, que la tendance va inévitablement vers un élargissement du concept, car l'addiction est démythifiée et clairement apparente dans les activités et les circonstances quotidiennes. En conséquence, les gens perçoivent maintenant le syndrome d'addiction qui intervient dans toutes sortes d'habitudes compulsives, destructrices.

Les gens développent une addiction aux expériences. L'expérience addictive est la totalité de l'effet produit par un investissement ; cela provient des sources pharmacologiques et physiologiques, mais prend sa forme définitive dans les constructions culturelles et individuelles de l'expérience. La forme la plus reconnaissable d'une addiction est un attachement extrême, dysfonctionnel, à une expérience extrêmement nocive pour la personne, mais qui est une partie essentielle de l'écologie de cette personne et à laquelle cette dernière ne peut pas renoncer. Cet état est la conséquence d'un processus dynamique d'apprentissage social dans lequel la personne trouve une expérience gratifiante, parce qu'elle remédie à des besoins ressentis urgemment, alors que sur la durée elle détériore la capacité de la personne à faire face et son aptitude à produire des sources stables de gratification à partir de son environnement.

Parce que l'addiction est définitivement un phénomène humain, elle engage chaque aspect du fonctionnement d'une personne, à commencer par les récompenses (telles qu'interprétées par l'individu) que fournit un investissement, et le besoin individuel de ces récompenses. La motivation à poursuivre l'investissement, en comparaison avec d'autres investissements, est fonction d'une couche supplémentaire des variables sociales, situationnelles et de la personnalité. Tous ces éléments fluctuent en permanence étant donné qu'un individu grandit, change d'environnements, développe des mécanismes plus matures pour faire face, perd et gagne de nouvelles opportunités de satisfaction, et est soutenu ou découragé quand il s'agit de se forger de nouvelles manières de penser et idées de soi.

L'addiction – comme concept et comme réalité – nous accompagnera toujours. C'est une illusion du 21^{ème} siècle encouragée de manière officielle, que d'imaginer que nous trouverons la source de l'addiction, et que nous la guérirons. Cette illusion est particulièrement séduisante pour les Américains qui aiment à imaginer les problèmes comme des maladies, puis s'en remettent à leurs solutions médicales. Les Américains considèrent comme un progrès scientifique d'imaginer que nous sommes en train de découvrir les sources de l'addiction dans le cerveau, et que nous pouvons les traiter et les supprimer.

Mais, bien qu'il reçoive un large soutien purement formel, quasiment personne ne croit vraiment à ce modèle neurobiologique de l'addiction qui prédomine aux États-Unis. D'abord, presque chaque traitement de l'addiction fondé sur des données probantes actuellement reconnues est une thérapie cognitive et comportementale (TCC) comportant l'entretien de motivation, des interventions brèves, le développement des compétences, et l'approche de renforcement communautaire. Ces TCC partagent les caractéristiques suivantes : elles prennent en compte les motivations et les récompenses du monde réel ; elles se concentrent sur la manière dont les gens font face aux problèmes et aux environnements de leur existence ; elles exploitent les valeurs et systèmes de croyances des gens ; et elles reconnaissent et réagissent aux améliorations progressives dans les vies des gens, au lieu d'insister sur l'abstinence.

Pourtant, toutes ces caractéristiques sont absentes des thérapies médicales. Comme si les autorités médicales américaines disaient : « Nous connaissons les caractéristiques des thérapies qui fonctionnent, mais nous voulons développer des traitements purement médicaux se passant de chacune d'entre elles. » Cela n'a pas de sens, ni logiquement, ni déontologiquement, ni scientifiquement. Une démarche présentée comme scientifique est en fait une démarche nostalgique, désuète, moralisatrice, conçue pour soutenir deux idées : les gens ne devraient pas prendre de drogues ; ils sont poussés à se droguer par des forces hors de leur contrôle.

Presque personne ne croit vraiment que nous éradiquerons l'addiction par un remède médical définitif ou même que l'addiction diminuera durant la première moitié du 21^{ème} siècle. Il y a de nombreuses raisons toutes reconnues et non dénombrées à ce pessimisme : l'augmentation de la dépendance manifestée par les jeunes dans de nombreux domaines de leurs vies ; le sentiment culturel croissant que nous ne pouvons pas contrôler notre monde ; la substitution de remèdes médicaux et chimiques à la véritable confrontation avec les problèmes de la vie – incluant la prescription massive de médicaments aux jeunes – ; et, étrangement, l'expansion de cette même croyance dans une conception neurobiologique irrésistible de l'addiction, au moment où les gens sont exposés à l'envahissement de toujours plus de drogues, d'électronique, de médias et autres expériences intenses.

L'actuel Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) de l'American Psychiatric Association (2002) et la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – ou CIM-10 (OMS, 1992) – n'emploient pas le terme « addiction », et divisent à la place les problèmes de toxicomanie entre les catégories « dépendance » et « usage abusif ». Bien que le NIDA s'attache avant tout à identifier l'addiction par l'imagerie des impulsions cérébrales, personne aux États-Unis n'est déclaré « sous l'emprise d'une addiction » ou « dépendant » par imagerie cérébrale. Au lieu de cela, le DSM-IV-TR et la CIM-10 définissent ces états selon des critères expérientiels et comportementaux.

La directrice du NIDA, la neuroscientifique Nora Volkow, et d'autres (O'Brien et al., 2006) ont plaidé pour un retour au terme addiction dans DSM-V, qui est actuellement en cours de rédaction pour une publication prévue en 2012. Volkow et al., considèrent la dépendance comme une conséquence habituelle de la consommation pharmaceutique thérapeutique, et cherchent à n'appliquer l'addiction qu'à la consommation compulsive de substances illicites.

Parmi les défis à relever par la rédaction de DSM-V et par une spécialité interne de l'addiction, il y a leurs positions à l'égard de la réduction des risques, ou le progrès non abstinant et la rémission de l'addiction.

2.2.3.2. Le guide de l'American Society of Addiction Medicine¹⁸

L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) a pour objectifs :

- d'améliorer le traitement des addictions, d'éduquer le milieu médical ainsi que le public à ce sujet ;
- de promouvoir la recherche et la prévention en addictologie

Elle propose aux professionnels de l'addictologie un manuel d'aide à la décision par des critères objectifs pour le placement des patients pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances.

L'ASAM a publié sa première version en 1991 et ne cesse de proposer de nouvelles révisions. Dans sa dernière version datée de 2001, « PPC-2R », l'ASAM souhaite favoriser la prise en charge des patients autour de 4 changements :

- Le passage d'une évaluation unidimensionnelle des problèmes à une évaluation multidimensionnelle. L'addiction n'est pas seulement un problème médical ou psychologique ou sociologique. Il s'agit d'un phénomène dynamique ;
- Proposer un traitement basé sur un raisonnement clinique plutôt que sur une idéologie ou une philosophie propre à un programme ou à un centre ;
- Offrir une durée de traitement qui soit variable pour rendre le traitement plus individualisé plus flexible et qui répondrait davantage à l'aspect dynamique du phénomène d'addiction ;
- Mettre en place un continuum de services plutôt qu'un nombre limité de traitements séparés et sans passerelle.

¹⁸ Mme Emmanuelle C.P. Gira. « Prise en charge des addictions aux Etats-Unis ». Le guide de l'American Society of Addiction Medicine. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (1) : 59-63

Le « PPC-2R » décrit le traitement des addictions comme un continuum de services marqué par 5 niveaux de soins :

▪ **Niveau 0.5**

Il représente les interventions de nature préventive pour les patients qui présentent un risque de développer un problème d'abus ou de dépendance, ou pour ceux qui en souffrent probablement déjà mais qui n'ont pas donné suffisamment d'information au moment de l'évaluation pour qu'un tel diagnostic soit posé. Ce niveau est généralement utilisé pour les patients qui entrent dans ces critères et qui ont une injonction thérapeutique, laquelle est souvent automatique aux États-Unis après une arrestation pour conduite sous l'influence d'une substance. Le traitement de niveau 0,5 est généralement un groupe de nature éducative.

▪ **Niveau 1**

Il correspond au traitement ambulatoire avec une intensité de traitement qui est souvent de dix heures par semaine au maximum, et qui comprend des sessions de thérapie individuelle et des groupes thérapeutiques ou/et éducatifs. L'intensité du traitement est très variable, et ce niveau de traitement offre beaucoup de flexibilité au clinicien qui peut y placer un patient qui a besoin de soins moins intensifs ou un patient qui aurait besoin de soins plus intensifs mais qui n'est pas prêt à s'y investir.

▪ **Niveau 2**

Il correspond au traitement ambulatoire intensif ou centre de jour, avec souvent un minimum de 11 heures de traitement par semaine.

▪ **Niveau 3**

Il représente les programmes de traitement résidentiel, de plus ou moins longue durée (certains d'un mois environ, d'autres de trois mois à un an ou deux), avec souvent un traitement d'un minimum de 25 heures par semaine, mais qui inclut aussi les programmes de transition qui sont généralement effectués après un passage en programme résidentiel à proprement parler. En transition, le patient est toujours logé en résidentiel, mais le traitement est centré autour de la recherche et de l'obtention d'un emploi, puis de l'accompagnement pour favoriser la transition avec le monde du travail.

▪ **Niveau 4**

Ce dernier niveau correspond aux programmes résidentiels où sont prises en charge les personnes présentant également des problématiques médicales lourdes nécessitant des soins intensifs.

Les critères de placement dans les différents niveaux de soins sont définis au travers d'une grille d'évaluation qui comporte 6 dimensions. Cette évaluation prend en compte les différents facteurs impliqués dans les addictions. Ainsi chaque dimension fournit une évaluation du niveau de soin approprié au patient compte tenu des facteurs décrits par la dimension en question.

▪ **Dimension 1**

Elle décrit tout ce qui touche à la nature de la consommation du patient et à la nécessité qu'il soit pris en charge médicalement pour aider au sevrage ou pour un traitement de substitution.

- **Dimension 2**

Elle décrit la condition physique du patient. On y inclut tous les problèmes physiques (exception faite des symptômes de sevrage qui sont couverts par la dimension 1) ou facteurs physiques qui doivent être pris en compte, ainsi que les médicaments utilisés par le patient qui ne relèvent pas de la psychiatrie.

- **Dimension 3**

Elle décrit les troubles émotionnels et comportementaux que peut présenter le patient. C'est ici que s'inscrivent les antécédents psychiatriques : hospitalisations, tentatives de suicide, diagnostics, identification des psychiatres ou centres psychiatriques impliqués dans les soins du patient, traitement psychotrope. On y inscrit aussi l'histoire psychosociale et familiale du patient, les traumatismes subis par le patient (violence conjugale ou familiale, abus sexuels, addiction dans la famille, histoire relationnelle) et les comportements violents ou délinquants. La dimension 3 décrit enfin la stabilité et l'état émotionnels du patient, ainsi que sa capacité à l'exprimer.

- **Dimension 4**

Elle décrit la situation du patient dans la dynamique d'un changement par rapport à son addiction. C'est ici que sont pris en compte les motifs de la demande de traitement par le patient. On y inscrit également l'histoire judiciaire, ainsi que le degré d'implication du patient dans son traitement.

- **Dimension 5**

Elle décrit le niveau de risque de rechute du patient et l'état des connaissances qu'il présente quant à la nature et la dynamique de son problème de dépendance, et aux mécanismes de prévention de la rechute. Elle décrit aussi combien le patient semble avoir intégré les outils de prévention de la rechute dans ses problèmes quotidiens ou dans ses situations de crise.

- **Dimension 6**

Elle décrit l'environnement dans lequel le patient évolue. Il s'agit de son environnement physique (son quartier, logement) autant que de son environnement social (notamment présence d'un réseau de soutien dans son effort de changement). Elle décrit également la situation financière, la qualité de sa gestion du temps au quotidien. La dimension 6 décrit enfin son contact avec les organismes sociaux qui peuvent l'aider, notamment au niveau financier, et l'accès aux transports.

Une fois le traitement décidé et mis en place, le patient débute avec un clinicien primaire qui le suit en individuel et qui évalue régulièrement sa progression au cours de la thérapie, pour continuer de proposer un traitement dont l'intensité et la direction soient adaptées à sa situation.

2.2.4. Traiter les addictions

L'addiction est une problématique complexe, la traiter, c'est prendre en compte un champ qui va bien au-delà des conséquences somatiques et psychiatriques. Comme le montre la figure 3, l'addiction est au centre de plusieurs dimensions.

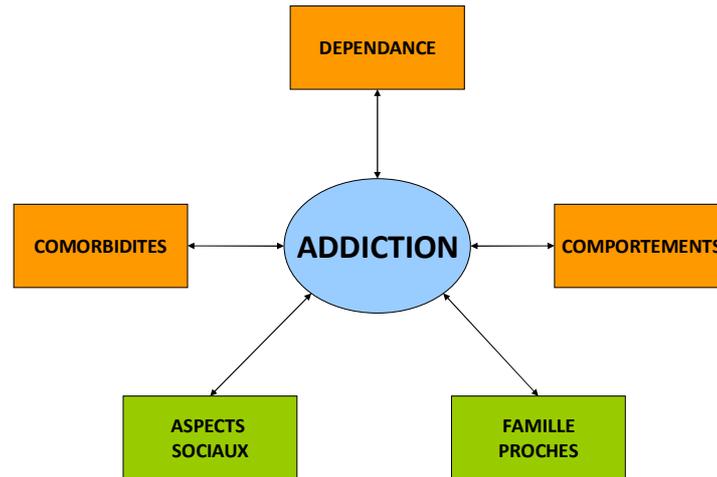


Figure 3 - Les dimensions de l'addiction

L'objectif général des soins de l'addiction est de permettre à l'individu de retrouver un fonctionnement satisfaisant, sur les plans physique, psychologique et social (y compris dynamisme, intégration professionnelle, bien-être psychologique, qualité des relations familiales et sociales, sexualité, autonomie...), bref de retrouver une qualité de vie. Pour approcher ce but, il faut passer par des objectifs intermédiaires, variables selon le terrain antérieur à la maladie, les caractères de la conduite addictive, et les conséquences biologiques, psychologiques et sociales.

Ces objectifs thérapeutiques sont les suivants :

- Permettre une maturation motivationnelle. Cela passe par la reconnaissance des problèmes, de la responsabilité de la consommation inadaptée du produit, de la dépendance, de la nécessité de changer d'attitude vis-à-vis des substances, posant problème, de l'importance de se refaire un projet de vie (professionnel, familial et social). Ce travail fondamental se met en place dès les premiers contacts et se poursuivra jusqu'à la fin du traitement. L'entretien motivationnel est l'intervention thérapeutique qui semble aujourd'hui la plus efficace pour faire progresser les patients dépendants dans les stades de changement, jusqu'à la solution de leurs problèmes.
- Aider à la réduction ou à l'arrêt de la consommation du produit. Il s'agit d'accompagner le sevrage du produit. Même si on retrouve quelques constantes, le traitement du sevrage est relativement spécifique pour chaque substance psycho active. Selon le produit, l'indication d'une hospitalisation va se poser différemment, pour des durées différentes. Naturellement, les traitements pharmacologiques diffèrent.
- Assurer un traitement des troubles cognitifs. Les troubles de la mémoire, de la concentration et du raisonnement sont le plus souvent consécutifs à une consommation excessive, surtout d'alcool et de tranquillisants. Ils s'amendent progressivement avec le maintien de l'abstinence. On est ainsi parfois conduit à prolonger des hospitalisations, pour laisser le temps au patient de récupérer d'un déficit cognitif, qui rend peu probable la mise en place de stratégies efficaces pour éviter la rechute.

- Un traitement des troubles relationnels. Les troubles relationnels ont pu contribuer au développement de la conduite addictive, mais ils peuvent aussi en être la conséquence (sauf dans le cas du tabac). Le travail sur ces problèmes relationnels (à l'aide de thérapie conjugale, familiale ou d'affirmation de soi) a montré son efficacité dans le traitement des conduites addictives. Ces techniques ne dépendent pas du type de substance, et sont donc identiques à travers l'ensemble des addictions.
- Un traitement des troubles psychiatriques. Là encore, ceux-ci peuvent être à la fois facteur causal ou conséquence de la conduite addictive. On peut évidemment retrouver tout type de comorbidité psychiatrique, quelle que soit la substance incriminée. Mais il y a quelques spécificités.
- Un traitement des problèmes sociaux par des assistants socio-éducatifs. C'est un volet majeur de la réponse aux conduites addictives, prenant en compte différentes dimensions : l'emploi, les revenus, le logement, la situation judiciaire et l'isolement social. Si les outils d'intervention sont identiques, la nature des problèmes (judiciaire dans le cas des drogues illicites) et leur intensité peuvent varier en fonction des substances. Les difficultés sociales sont souvent majeures concernant la prise de drogues illicites et d'alcool, mineures dans le cadre du tabagisme (du moins chez les demandeurs d'aide).
- Un traitement des troubles somatiques. Ces derniers sont évidemment très spécifiques selon le type de substance : essentiellement infectieux dans le cas des drogues illicites, hépato-gastro-entérologiques, neurologiques et oncologiques avec l'alcool, respiratoires, cardio-vasculaires et oncologiques en cas d'addiction au tabac.
- Mettre en œuvre un programme de prévention de la rechute. Les programmes de thérapie cognitivo-comportementale sont les mêmes quelles que soient les substances. Ces séances de thérapie peuvent se faire aussi bien individuellement qu'en groupe. L'expérience nous a montré qu'on pouvait associer sans difficulté dans les séances de groupe des patients ayant des problèmes avec des substances différentes. Il suffit de bien expliquer au groupe le sens de la démarche. Enfin, certains médicaments (spécifiques à chaque cas), peuvent contribuer à réduire le risque de rechute.¹⁹

Les traitements de l'addiction reposent à la fois sur des approches psychopharmacologiques et psychothérapeutiques.

Il existe de nombreux traitements pharmacologiques. Par exemple, une des interventions possibles est représentée par des substances ou des méthodes qui altèrent l'action du psychotrope sur l'organisme et qui en suppriment les aspects plaisants. Les approches psychopharmacologiques sont axées sur les traitements :

¹⁹ Henri-Jean Aubin. « De l'approche par produit au concept d'addiction ». Ceras - revue *Projet* n°282, Septembre 2004. URL : <http://www.ceras-projet.com/index.php?id=1303>.

- De la dépendance (sevrage) : benzodiazépines, méthadone ou buprénorphine (Subutex®)
- De l'addiction : Campral®, topiramate (Topamax®) ou méthadone
- Des comorbidités : anxiolytiques, antidépresseurs, stabilisateurs d'humeur ou neuroleptiques.

Il va de soi qu'un accompagnement psycho-social est un complément indispensable pour le respect de la complexité de l'individu dans son environnement et une condition nécessaire au succès du traitement. La question de l'efficacité d'un traitement est cependant délicate. En effet, en termes de résultats, est-ce que seule l'abstinence totale signe l'efficacité d'une thérapie, ou des réductions de la quantité, de la fréquence, des risques associés à la consommation d'une substance ou encore des risques de rechute peuvent-elles être considérées comme des succès ?

Soulignons encore que l'addiction est une affection chronique et récurrente, le risque de rechutes, même après de longues périodes de sevrage, reste un des défis majeurs du traitement de l'addiction. Pour compliquer encore un peu plus le tableau, il faut ajouter que l'addiction est souvent présente en même temps que d'autres affections physiques ou psychiques. La prise en compte de la comorbidité entre la consommation de substances et les autres troubles est donc fondamentale dans le cadre des bonnes pratiques de traitement et d'intervention.

Les approches psychothérapeutiques sont des thérapies multimodales en synergie orientées sur les addictions et les comorbidités :

- Intervention de crise
- Interventions brèves et approches éducatives
- Approche psycho-dynamique (compréhension du lien - Bowlby et Winnicott)
- Approche motivationnelle (exploration de l'ambivalence)
- Thérapies systémiques (« empowerment » des proches)
- Thérapies cognitives (prévention de la rechute – Marlatt et Beck)
- Thérapies spécifiques intégrées aux troubles associés (impulsivité – Linehan ; schémas des personnalités – Padevsky)²⁰.

Cycle de l'addiction

Traiter les addictions c'est aussi comprendre son cycle. Comme le montre la figure suivante (4), l'addiction n'est pas ou très rarement un phénomène instantané.

En effet, nous pouvons décrire un cycle qui commence par l'usage simple et récréatif, qui s'installe de nocive et se développe un phénomène de dépendance.

²⁰ Dr R Manghi. « Les addictions ». Hôpitaux Universitaires de Genève. 2011

L'addict pour son traitement pourra dans certains cas bénéficier soit:

- d'un traitement de substitution ;
- d'un sevrage ;
- de maintenir une consommation contrôlée.

Le sevrage est comme nous le verrons ci-après est un traitement médicamenteux permettant aux patients de lutter contre le phénomène de manque et d'entamer un processus de guérison au long terme.

Malgré tout, les risques de rechutes pendant la phase d'abstinence sont nombreux.

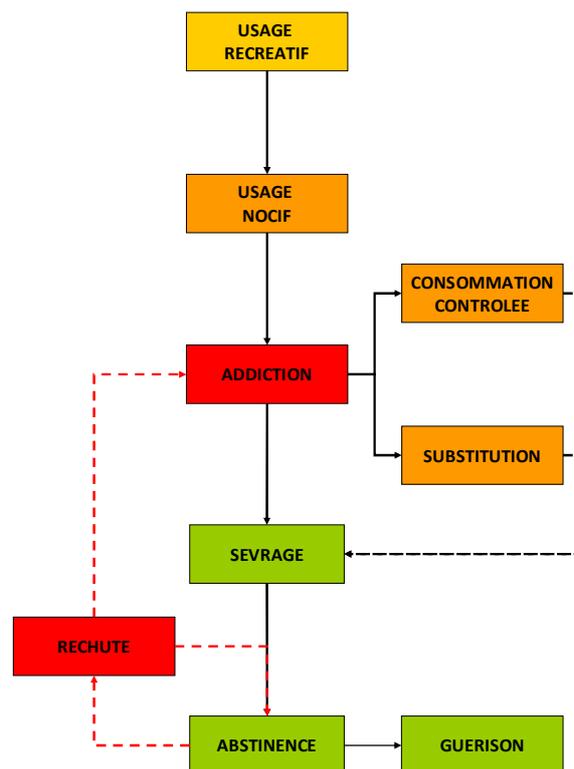


Figure 4 - Le cycle de l'addiction

2.2.4.1. Syndrome de sevrage

On appelle syndrome de sevrage un ensemble de symptômes provoqués par l'arrêt brusque de consommation d'une substance psychotrope. Il varie en forme et en intensité non seulement selon les substances et les doses consommées, mais aussi selon le sujet et le contexte socioculturel où il se trouve (prison, hôpital, domicile).

On parle de sevrage lorsque l'arrêt ou la diminution de la consommation d'une substance (alcool, amphétamine, cocaïne, nicotine, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques) amène une modification comportementale inadaptée avec des répercussions physiologiques (ex. augmentation de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire, du pouls et de la température corporelle) et cognitives. La plupart des symptômes de sevrage sont les opposés de ceux observés en cas d'intoxication avec la même substance.

Plus la durée d'action de la substance est prolongée, plus le délai, avant l'apparition des symptômes de sevrage, sera long et plus le sevrage pourra durer longtemps. Il va de soi que si la personne consommait plusieurs substances, les interactions compliqueront le sevrage. Les symptômes les plus intenses de sevrage cessent habituellement quelques jours à quelques semaines après l'arrêt de la consommation. D'autres symptômes peuvent durer pendant des semaines ou même des mois. Si les symptômes persistent, un trouble mental primaire (sans relation avec la médication) doit être envisagé.

Il peut être très dangereux, voire mortel, d'arrêter brusquement la consommation de certains psychotropes consommés régulièrement ou de façon soutenue. Ainsi, le sevrage d'anxiolytiques ou de somnifères doit se faire sur l'avis et sous la supervision d'une personne qualifiée.

2.2.4.2. Sevrage

C'est le stade initial de la prise en charge de consommateurs qui sont physiquement dépendants à des substances psychoactives. Le sevrage s'opère selon les cas en milieu hospitalier ou en ambulatoire (sans hébergement). Il vise à limiter le malaise physique et psychique lié au manque et ce, que l'arrêt soit brutal ou progressif.

On parle également de désintoxication ou cure de désintoxication.

Au sens strict du terme, le sevrage concerne les personnes physiquement dépendantes de l'alcool, du tabac et des opiacés. Mais il est maintenant courant de regrouper sous le terme de sevrage l'ensemble des mesures thérapeutiques destinées à aider un sujet à mettre fin à sa consommation de substances psychoactives même si cette dépendance est purement psychologique et/ou comportementale.

L'étape suivante du sevrage appelé « postcure » repose sur un travail essentiellement psychothérapeutique et sur le traitement de la réaction dépressive qui fait suite à l'arrêt de la consommation. Généralement, ce soutien renforce les résultats attendus et favorise le travail sur l'insertion.

La dépendance aux barbituriques, relativement rare aujourd'hui, fait l'objet d'un sevrage par diminution progressive des doses.

La dépendance aux benzodiazépines fait également l'objet d'un sevrage par diminution très progressive des doses.

Jusqu'à récemment la prescription d'un traitement de substitution était une alternative au sevrage mais depuis quelques années les médicaments de substitution aux opiacés peuvent être prescrits comme une aide au sevrage, au moins dans les premiers temps de la recherche de l'abstinence.

2.2.4.3. Substitution

Le principe du médicament de substitution est d'administrer au consommateur une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle du produit addictif. La substitution permet d'éviter les effets physique et psychique du « manque », de stabiliser et/ou de diminuer la consommation d'héroïne et surtout, de mettre en place les aides

psychologique et sociale suffisantes pour réduire au minimum les risques de rechute.

Le patient peut alors se consacrer à élaborer un nouveau projet de vie. L'accompagnement médico-psychologique et social, qui fait partie intégrante des traitements de substitution aux opiacés, l'aide à reconstruire un réseau familial affectif et professionnel et facilite la régularisation de ses problèmes (avec la justice, les organismes sociaux, médicaux etc.) La durée d'un traitement de substitution est variable en fonction des situations cliniques. Il existe peu d'indications sur la gestion de la phase d'arrêt de ces médicaments²¹.

2.2.4.4. Abstinence

L'abstinence est un renoncement volontaire et durable à la satisfaction d'un appétit ou d'une envie. Dans la plupart des cas, le terme désigne l'abstention de rapports sexuels, d'alcool, de tabac voire d'un type de nourriture ou d'une pratique addictive. L'abstinence est la cessation de toute consommation afin d'éliminer les problèmes liés à la dépendance. Cette abstinence doit être totale et définitive pour éviter les rechutes.

2.2.4.5. Consommation contrôlée, modérée ou maîtrisée ?

Par consommation contrôlée, on entend une consommation selon un plan ou des règles (quantité, fréquence ou cadre) préétablies par la personne concernée, de manière plus ou moins autonome selon sa situation.

Un principe de base de la consommation contrôlée ou des termes y référant est donc l'acceptation de la non-abstinence. La consommation est acceptée ou tolérée, moyennant des limites définies par la personne elle-même.

Une telle approche permet d'aborder la problématique addictive en introduisant une alternative à l'abstinence : la consommation se poursuit, mais de manière contrôlée. Le fait de proposer des choix aux usagers accroît leur motivation au changement, que ce dernier aille dans le sens du contrôle ou de l'abstinence²².

En lieu et place du terme de consommation « contrôlée », certains préfèrent « modérée » ou « maîtrisée ». Ces nominations semblent réservées aux substances moins dommageables ou pour décrire la consommation sans mésusage. Le contrôle en réfère davantage à une reprise de contrôle sur un usage qui au préalable était problématique, et non une maîtrise spontanée.

2.2.4.6. Rechute

²¹ MILDT - <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/>

²² Marlatt A & Witkiewitz K. « Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention and treatment ». *Addictive Behaviors*. 27, 867-886.

On considère une rechute lorsqu'une personne ayant un problème de dépendance consomme à nouveau après une période d'abstinence. Il convient de faire la distinction entre une rechute et un dérapage. Par « dérapage » ou « faux pas », on désigne habituellement le fait qu'une telle personne consomme une ou plusieurs fois, mais en faible quantité, puis s'abstient à nouveau complètement. Un dérapage n'est jamais banal. Toute re-consommation, même minime, est un véritable danger qui peut déboucher sur une rechute conséquente. Le passage d'une dépendance à une autre peut aussi être considéré comme une rechute, une substance ou une addiction étant remplacée par une autre (remplacer par exemple l'alcool par un abus de médicaments ou par le jeu pathologique). Lorsque l'on se sort d'une dépendance, il faut veiller à ce que l'addiction ne se déplace pas ailleurs.

Les rechutes font pour autant partie du chemin vers la guérison. La plupart des gens qui se libèrent d'une dépendance vivent, sur leur chemin, des rechutes plus ou moins graves, parfois à plusieurs reprises.

Une maladie comme la dépendance à l'alcool se développe sur une certaine durée ; elle a parfois une longue histoire. Cela signifie aussi qu'il ne serait pas réaliste de penser que le problème puisse être résolu rapidement.

Le risque diminue aussi avec le temps. La période qui suit le sevrage est particulièrement délicate, car pendant très longtemps, la vie a été organisée pour et autour de l'addiction. Après leur sevrage, les personnes sont souvent encore fragiles et n'ont pas encore trouvé un véritable équilibre. Il leur faut du temps pour gagner à nouveau de l'assurance. Le risque élevé de rechute lié à cette période tient aussi au fait que de nombreux problèmes ne sont pas encore surmontés et que la force permettant de les gérer manque encore. Les soucis de la vie quotidienne restent parfois très importants. Souvent, certains problèmes financiers et professionnels en rapport avec l'addiction sont encore présents, sans compter les tensions au sein de la famille. Avec le temps, l'envie de consommer diminue au profit des bénéfices obtenus par l'arrêt. Le risque de rechute, bien que toujours présent, est moins important.

2.2.4.7. Exemple d'un modèle d'approche psychothérapeutique : Modèle Minnesota

Le Modèle Minnesota a été créé aux Etats-Unis vers 1950 par des médecins et des alcooliques abstinentes pour venir en aide aux personnes alcooliques, toxicomanes et pharmacodépendantes. Il s'est inspiré des groupes de parole et mouvements d'entraide Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes (groupes autogérés d'anciens buveurs). C'est un modèle pragmatique qui ne retient que ce qui fonctionne. Le Modèle Minnesota se fonde sur une approche thérapeutique pluridisciplinaire, distincte de l'approche psychiatrique, et sur l'ancrage dans les groupes d'entraide. Le Modèle Minnesota repose sur un concept de maladie claire, (National Council on Alcoholism And Drug Dependence, 3 février 1990), qui définit l'alcoolisme comme une maladie primaire, chronique, avec des facteurs génétiques, psychosociaux, et environnementaux influençant son développement et ses manifestations.

Il se caractérise par une évaluation de la personne dans sa globalité et propose une palette thérapeutique appropriée à ce type de patient. Cela peut comporter une thérapie de groupe ou individuelle, une thérapie familiale ou encore une approche cognitive notamment ciblée sur des comportements associés à la consommation. Il prend en considération le contexte dans lequel l'individu se situe et prend en compte les difficultés et les interrogations de son

entourage. Il apprend aux patients à gérer leur condition de dépendant sur le long terme.

Le Modèle Minnesota repose sur cinq concepts clés :

La maladie de la dépendance

La « *maladie de la dépendance* » est considérée comme une maladie « *primaire* » avec ses symptômes, une évolution que l'on peut prédire et prévenir. Par conséquent, il nous apparaît préférable de travailler sur le « *comment* » devenir et demeurer abstinent plutôt que sur le « *pourquoi* » on est devenu malade dépendant.

L'abstinence

L'abstinence consiste en la non consommation de toute substance psychoactive : drogues, alcool, médicaments (sauf raison justifiée par des pathologies nécessitant un traitement spécifique). Dans notre approche, l'abstinence constitue la seule réponse efficace à la *maladie de la dépendance*, néanmoins elle n'est pas une fin en soi mais plutôt une condition souhaitée pour le processus de rétablissement.

Le changement

La rencontre avec d'autres personnes abstinentes est porteuse d'espoir et rend perceptible la possibilité de changer.

L'entraide

L'entraide s'appuie sur 3 principes qui gouvernent notre approche :

- L'expérience des patients est mise en valeur et est utilisée comme source de compréhension et de changement.
- Une conception de la dépendance qui fait consensus parmi les patients.
- La personne venue chercher de l'aide est aussi actrice dans l'aide apportée aux autres. Quand A aide B, A se rétablit.

Le travail des étapes des Alcooliques Anonymes

Chacune des étapes propose un axe d'introspection personnelle ayant comme fonction d'accroître la connaissance de soi, d'améliorer la qualité des relations avec autrui.

2.2.4.8. Addictions : le point de vue du Dr Mark Collins (extrait)

Psychiatre à Londres (MA, MB, BS, MRCP, MRCPsych).

Mark Collins exerce à l'Hôpital Priory Roehampton, où il est chef de service de l'unité de soins des addictions.

« L'addiction est une maladie. Une maladie sur laquelle nous en savons beaucoup plus aujourd'hui quant à sa nature neurobiologique.

La profession médicale a pris du retard quant à la gestion du problème de l'addiction. Nous nous sommes trop focalisés sur la substance psychoactive en question, consommée à l'excès et constituant l'arbre qui cache la forêt. Les traitements physiques visant à alléger les symptômes de sevrage, ou à tenter de contrôler ce qui est un problème incontrôlable, ont au mieux ralenti la dégradation progressive, et, au pire, crée des problèmes plus graves pour nos patients. Notre objectif thérapeutique devrait être beaucoup plus ambitieux que cela.

Au lieu de distinguer la problématique des dépendances chimiques à celle des dépendances comportementales, nous devrions plutôt les appréhender comme des facettes différentes d'un seul et même problème. Ainsi l'addiction à la cocaïne chez les hommes est-elle généralement liée à la dépendance sexuelle, alors que chez les femmes, elle est liée aux troubles de comportements alimentaires (la boulimie se comporte, dans le circuit dopaminergique méso limbique, comme l'addiction à la cocaïne ou aux jeux d'argent). De même que l'addiction à la cocaïne est souvent liée à des problèmes d'alcool. Et la dépendance à l'alcool, quant à elle, peut trouver son origine dans l'addiction aux benzodiazépines.

Où en sommes-nous aujourd'hui en termes d'évaluation et de traitement des patients ayant des problèmes d'addiction ?

Nous nous sommes éloignés du concept réducteur de dépendance physique, qui représente une des extrémités du spectre de la dépendance. Nous nous orientons davantage vers la piste qui consiste à comprendre l'addiction tel un processus du cerveau, où toute une gamme de produits chimiques et comportements addictifs sont utilisés de manière compulsive et répétitive, afin de modifier des états émotionnels, le plus souvent en nuisant à la fois au patient et à son entourage.

Les médecins, formés pour soulager les symptômes, aggravent souvent la situation à leur insu. De quelle façon ? Par exemple, en traitant les troubles de l'anxiété ou la dépression avec des benzodiazépines ou des antidépresseurs, considérant ces symptômes comme le principal problème, alors qu'en réalité, ils peuvent être simplement des sous-produits du processus de la dépendance. Traiter les symptômes individuels, ou chercher à contrôler un processus qui est intrinsèquement incontrôlable, est une approche vouée à l'échec. Les rats formés pour stimuler leur circuit méso limbique dopaminergique, en appuyant sur un levier, vont parfois mourir de faim plutôt que de s'arrêter en appuyant sur un autre levier leur permettant d'obtenir nourriture et boisson. En d'autres termes l'instinct de survie est court-circuité par la voie récompense / plaisir. Dans un tel contexte, rien d'étonnant si les tentatives pour traiter l'addiction par d'autres moyens que l'abstinence ont si peu de succès à long terme.

Pour traiter les patients souffrant de problèmes d'addiction, nous devons donc prêter la plus grande attention à l'historique de consommation de nos patients, en débusquant la présence d'un processus de dépendance à la fois chimique et comportementale.

La dépression est-elle causée par l'addiction ou est-ce l'addiction qui est une maladie dépressive d'automédication ?

Le patient a-t-il un réel trouble de l'anxiété ou est-ce seulement un symptôme d'abus d'alcool ?

Si les médecins spécialistes de l'addiction ont eu tendance à traiter, avec des stratégies de réduction des risques, une population d'addicts marginaux, en revanche la psychiatrie générale s'est montrée souvent incapable de diagnostiquer les problèmes d'addiction. Par manque de recul nécessaire. En se réfugiant dans les schémas plus confortables que sont la dépression et les troubles de l'anxiété en tant que tels. Au lieu de confronter les symptômes de l'addiction.

Les conseillers et les thérapeutes formés aux modèles de soins fondés sur l'abstinence comme rétablissement de la dépendance, tel que les 12 étapes des Alcooliques Anonymes (AA), ont été dans le passé trop évangéliques dans leur approche, dissuadant les médecins d'en apprendre

davantage. Aujourd'hui, le principe que d'autres troubles psychiatriques peuvent coexister aux côtés de l'addiction, et qu'ils nécessitent un traitement spécifique dans le cadre de la prévention des rechutes, est accepté. Idéalement, les premières approches thérapeutiques doivent être non médicamenteuses. Toutefois, si le médicament est nécessaire, le plus grand soin doit être exercé dans le traitement des comorbidités.

Une approche multidisciplinaire associant des psychiatres, des psychologues et des conseillers ou thérapeutes en addiction est devenue la norme aux Etats-Unis et au Royaume-Uni.

L'évaluation par des cliniciens expérimentés peut être soutenue par une série de questionnaires : ces derniers dicteront le plan de traitement maximal. Et tout cela ne peut donner de résultats que si les patients sont réévalués régulièrement.

Dans les cas les plus simples, la thérapie individuelle avec un thérapeute spécialiste de l'addiction peut suffire. Toutefois, lorsque la situation se complique, une liaison étroite entre le thérapeute et le psychiatre paraît opportune, voire l'intervention également d'un psychologue spécialisé pour des traitements particuliers telle que la TCC. Tout cela peut encore être renforcé par la fréquentation de groupes de soutien et d'entraide. Le premier d'entre eux, AA, a été fondé outre-Atlantique dans les années 1930 et il se décline aujourd'hui en plus de 100 programmes ciblant les différentes formes d'addiction.

Dans les cas d'une dépendance sévère, où plus d'une addiction - chimique ou comportementale - coexistent, la prise en charge résidentielle en centre de soins spécialisé est optimale. Le format d'une telle prise en charge doit tout au travail de pionnier de Hazelden Clinic dans le Minnesota (d'où la méthode de traitement éponyme). L'essence même de cette prise en charge est la thérapie de groupe incluant l'abstinence comme modèle de rétablissement et utilisant en parallèle AA ou tout autre groupe de parole capable d'assurer le rétablissement.

Le diagnostic de l'addiction est donc passé du concept réducteur de la dépendance physique à un spectre de troubles chimiques et de comportements dysfonctionnels, souvent multiples et en interaction avec des troubles concomitants du champ de la psychiatrie générale. Les connaissances neuroscientifiques de ce qui se passe réellement dans le cerveau sont en pleine évolution. Les médecins doivent en être conscients, afin d'éviter involontairement d'empirer la situation des patients avec des traitements bien intentionnés. Un traitement approprié est disponible. Mais il demande un investissement important dans la prise en charge multidisciplinaire efficace et durable. »

2.3. Les comportements addictifs répondent-ils tous à un schéma unique ?

2.3.1. Neurobiologie des addictions

Le déroulement des conduites menant à l'addiction est généralement ponctué de trois étapes.

La première, partagé par beaucoup de personnes est l'usage simple, la quête d'une expérience nouvelle et agréable, la recherche du plaisir ou la transgression d'un interdit.

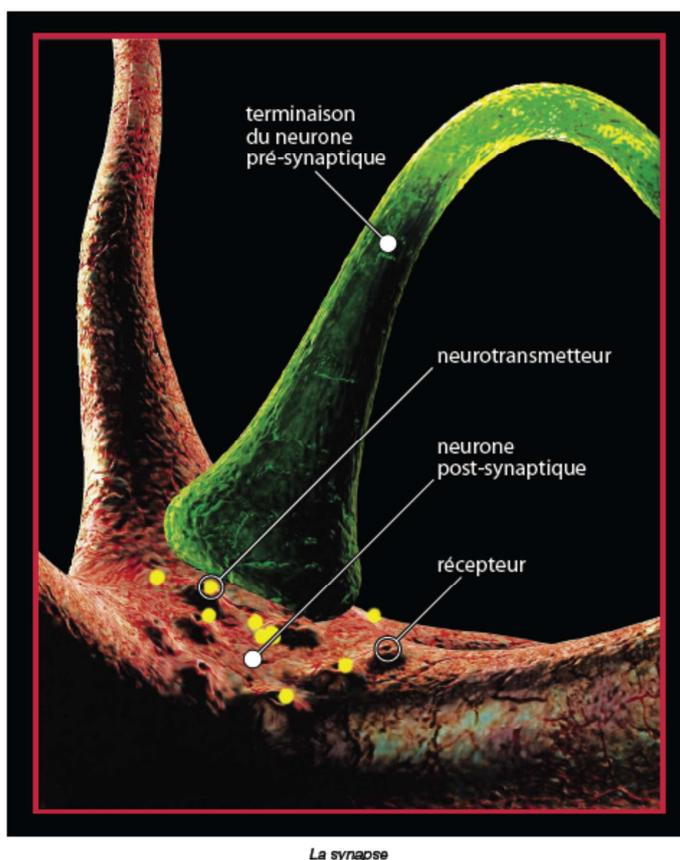


Figure 5 - La synapse et son fonctionnement

Ils produisent l'emballement et le dérèglement de notre système de récompense à tel point que leur absence est interprétée comme un manque. Le circuit ainsi modifié devient l'état normal c'est que l'on appelle l'allostase. Toutes les dépendances ont en commun une propriété, d'augmenter in fine la quantité de dopamine dans le circuit de la récompense. Les voies d'actions sont différentes selon la dépendance.

Le cerveau de l'addictif comme nous l'avons décrit, ne fonctionne plus selon la norme. Il s'agirait d'une altération des mécanismes cérébraux qui expliquerait la modification du comportement des patients et leur difficulté à contrôler leur consommation. Les systèmes de régulations neurobiologiques sont réorganisés de façon pathologique.

2.3.1.1. Le cerveau

Le cerveau présente une organisation structurale et fonctionnelle. Certaines parties gèrent ainsi plus spécifiquement certains aspects du comportement ou de la pensée. Le cerveau est composé de cellules excitables, les neurones. Lorsqu'un neurone est excité, il envoie une séquence de signaux électriques (potentiels d'action). Les prolongements neuronaux ne se touchent pas entre eux, ils ne sont pas connectés, ceux sont des structures ultra-spécialisées appelées synapses.

A ce niveau, l'information change de nature, le signal électrique est converti en la libération d'un messenger chimique (un neurotransmetteur). La fréquence des potentiels d'action module ainsi la concentration de neurotransmetteurs dans la synapse qui vont atteindre la membrane du neurone récepteur. La liaison entre le neurotransmetteur et son récepteur spécifique, à la

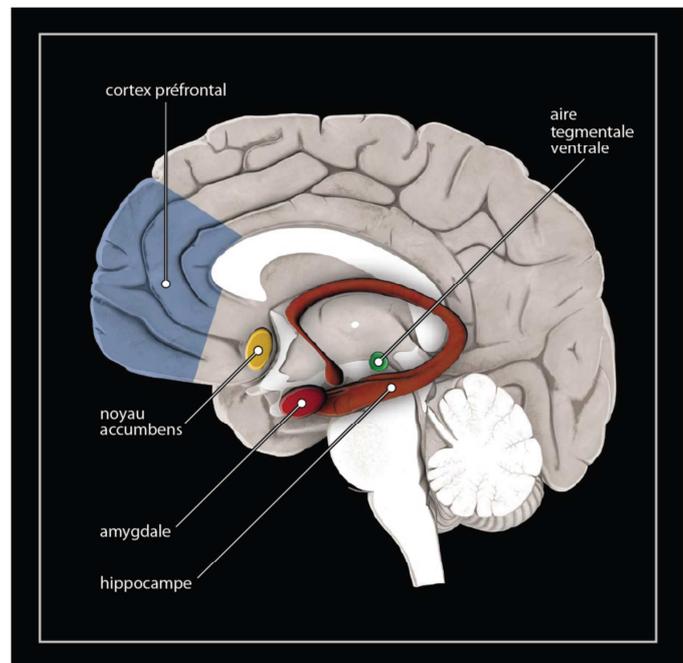
C'est une période de plaisir « liking » dont les conséquences sont mineures et invisibles. Après quelques reproductions rapides dans le temps viennent l'abus et l'usage nocif qui procurent encore plaisirs et stimulation malgré l'apparition des premiers signes négatifs. C'est que l'on appelle l'étape du désir « wanting ». Au-delà du plaisir s'installe la dépendance, brutale ou progressive, on ne peut plus se passer de consommer sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. C'est l'étape du besoin « needing ».

Lors d'une activité agréable notre cerveau identifie les circuits cérébraux de la récompense, l'état initial de celui-ci s'en trouve alors modifié. Lorsque notre plaisir cesse notre cerveau revient sans difficulté à son état initial. Ce mécanisme d'équilibre est appelé homéostasie. Dans le cas d'une addiction, ces mécanismes sont activés virtuellement par le produit ou la conduite à risque comme un leurre.

manière d'une clé et sa serrure, déclenche une réponse physiologique nommée potentiel post-synaptique.

Le cerveau produit des dizaines de types de neurotransmetteurs différents ; parmi ceux qui sont impliqués dans les mécanismes de la consommation de substances psychoactives nous pouvons citer la dopamine, la noradrénaline, la sérotonine, les opiacés endogènes, les cannabinoïdes, le GABA ou encore le glutamate.

Le système limbique n'est pas une structure cérébrale en tant que telle, mais un réseau de voies nerveuses intégrant certaines structures situées en profondeur dans les lobes temporaux, telles que l'hippocampe, une structure cérébrale qui intervient dans la mémorisation de souvenirs liés à une expérience, ou l'amygdale, une autre structure cérébrale qui aide à évaluer la valeur émotionnelle d'un événement. Le système limbique est très fortement associé à l'hypothalamus qui joue un rôle fondamental dans la régulation des fonctions corporelles (régulation de la température, cycle circadien, rythme alimentaire, etc.), ainsi qu'au cortex frontal qui est impliqué dans les fonctions cognitives, la planification, la motivation et la prise de décision. Il influe sur le système endocrinien (sécrétion d'hormones) et le système nerveux autonome responsable des fonctions automatiques (respiration, digestion, rythme cardiaque, etc.) et du maintien de l'équilibre intérieur (homéostasie). Une des fonctions primordiales du système limbique est de renforcer les comportements essentiels à la survie de l'espèce tels que la procréation, la prise alimentaire ou les mécanismes de défense contre les prédateurs. Il constitue en quelque sorte un carrefour où se gèrent des informations en provenance de plusieurs autres structures cérébrales avec le but de conduire à la mise en œuvre d'un comportement adapté à chaque situation rencontrée.



Le système limbique

Figure 6 - Description du système limbique

2.3.1.2. Le circuit de la récompense

Toutes les substances addictives ont en commun d'agir sur une partie spécifique du système limbique, le système de récompense. En particulier, elles activent une région appelée « aire tegmentale ventrale » (ATV), située en plein centre du cerveau. Cette structure reçoit de l'information de plusieurs autres régions du système limbique qui l'informent du niveau de satisfaction des besoins fondamentaux (respiration, alimentation, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, activité musculaire et neurologique, intégrité corporelle, contact social, sexualité) et la transmet ensuite à une autre structure cérébrale située plus en avant du cerveau, le noyau accumbens (NA). Grâce à ce circuit, les actions intéressantes pour l'individu sont repérées et renforcées dans le but de les voir, à l'avenir, reproduites dans le même contexte. Le neurotransmetteur utilisé par ces neurones est la dopamine.

La dopamine est le neurotransmetteur impliqué dans le fonctionnement du système de récompense. Les expériences pionnières de Schultz (1998, 2000 a, b) à l'Université de Cambridge, menées sur des singes, ont montré que l'activité des neurones du système de récompense qui produisent la dopamine est fortement augmentée lorsqu'un singe reçoit une récompense inattendue. Lorsque l'animal reçoit une récompense qu'il attendait, les neurones dopaminergiques s'activent normalement. Lorsque le singe attend une récompense qui n'est pas délivrée, l'activité de ses neurones dopaminergiques fortement réduite et

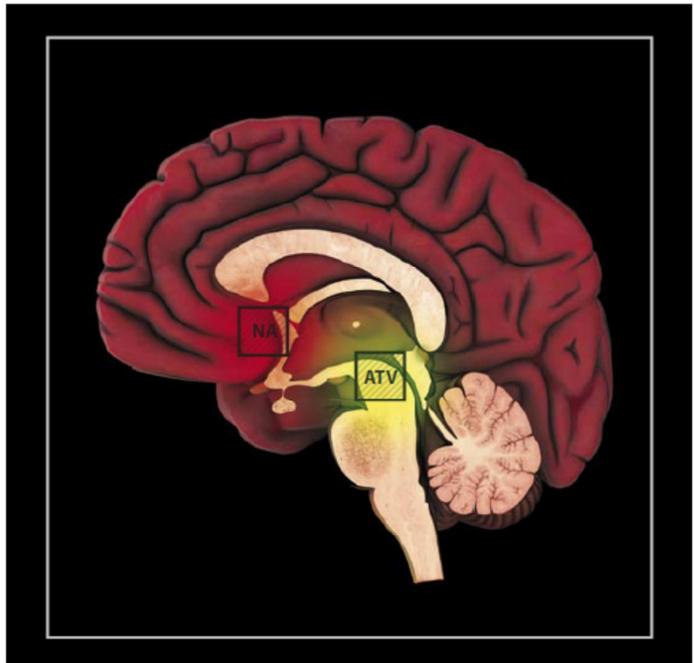


Figure 7 - Le circuit de la récompense

la concentration de dopamine passe en dessous de la normale. La dopamine

informe donc le système nerveux de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est effectivement reçu. Le fait que l'obtention d'une récompense attendue ne produise pas de pic de libération de dopamine permet probablement de prévenir le sur-apprentissage des comportements afin qu'ils puissent être désappris ou modifiés si leurs conséquences venaient à changer.

Contrairement à ce que l'on a longtemps pensé, la dopamine n'est donc pas responsable des états hédoniques, mais serait plutôt un signal d'apprentissage associé à l'obtention d'une récompense dans un contexte précis. Autrement dit, la dopamine signalerait la « saillance » ou l'importance d'un événement ou d'un comportement.

Des études de neuro-imagerie ont montré que les mêmes principes de renforcements sont pertinents chez l'Homme, bien que d'autres systèmes cognitifs viennent compléter, moduler ou s'opposer à ce système primitif (McClure et al., 2003, 2003b, 2004).

2.3.1.3. La consommation de substances psychoactives

Chaque substance produit des effets qui lui sont spécifiques et qui vont conduire, selon son appartenance à l'une des trois grandes familles de substances psychoactives, à l'excitation, au ralentissement ou à l'hallucination.

En plus de leurs actions spécifiques sur le cerveau, toutes les substances addictives ont une action commune : elles produisent toutes une augmentation de la libération de dopamine dans le système de récompense.

Cela signifie qu'il se produit, lors de leur consommation, un puissant signal d'apprentissage qui va favoriser une prochaine consommation.

Effets sur le SNC*	Substances psychoactives	Conséquences
Dépresseurs	Alcool Opiacés Sédatifs hypnotiques GHB Solvants volatils	Ivresse Désinhibition Sédation Modifications de l'humeur Troubles du comportement Syndrome de sevrage
Stimulateurs	Cocaïne Amphétamines Nicotine Caféine Qat	Troubles de l'humeur Troubles du comportement Tolérance importante Arrêt entraîne état dépressif
Perturbateurs	Cannabis Ecstasy LSD Kétamine PCP Hallucinogènes	Troubles de l'humeur Troubles du comportement Illusions, délire ou hallucinations

Figure 8 - Classement des substances psychoactives

*SNC : système nerveux central

Les principaux effets physiologiques et comportementaux des cinq substances psychoactives les plus étudiées sont décrits ci-dessous : l'alcool, la nicotine, le cannabis, la cocaïne et l'héroïne.

Substance	Action générale	Action sur le système de récompense	Usage prolongé	Potentiel addictif
Alcool	Action sur les systèmes dopamine, sérotonine, endorphine Neurones inhibiteurs activés Neurones activateurs inhibés Ralentissement du SNC	Neurones à dopamine désinhibés Concentration de dopamine augmentée	Sensation d'ivresse diminuée Adaptation du cerveau Sur-stimulation lors du sevrage Volume cérébral diminué Déficits cognitifs	Modéré/élevé
Nicotine	Action sur un type de récepteur cholinergique Lente dégradation synaptique Détente, humeur, éveil, plaisir augmentés Temps de réaction, anxiété, appétit diminués	Neurones à dopamine stimulés directement Neurones activateurs des neurones à dopamine stimulés Neurones à dopamine désinhibés Libération de dopamine prolongée Concentration de dopamine augmentée	Régulation de la nicotine par l'augmentation du nombre de récepteurs	Elevé
Cannabis	Libération modulée de plusieurs neurotransmetteurs Apprentissage et mémoire péjorés Contrôle moteur diminué Perception de la douleur perturbée Perceptions sensorielles modifiées Système immunitaire perturbé	Neurones à dopamine désinhibés Concentration de dopamine augmentée	Nombre et sensibilité des récepteurs diminués	Modéré / faible
Cocaïne	Effet stimulant suivi d'une phase de descente Inhibition de la recapture de neurotransmetteurs Activité des neurotransmetteurs décuplée	Recapture de la dopamine inhibée Concentration dopamine augmentée	Accroissement du nombre de récepteurs sur neurones inhibiteurs Plus grandes possibilités de stopper les neurones à dopamine	Elevé
Héroïne	Fixation sur les récepteurs aux opiacés endogènes Inhibition créant un état analgésique.	Neurones à dopamine désinhibés Concentration de dopamine augmentée	Adaptation des récepteurs aux opiacés	Elevé

Figure 9 - Effets physiologiques et comportementaux des substances psychoactives

2.3.1.4. La dépendance

Les psychotropes mimant l'action de molécules produites naturellement par le cerveau, leur présence dans l'organisme en perturbe l'équilibre interne. Lorsque la consommation de substances psychotropes devient répétitive, le cerveau s'adapte pour tenter de recréer son équilibre.

Toutes ces modifications qui peuvent se mettre en place à long terme sous-tendent les mécanismes de tolérance qui s'installent lors de la consommation régulière de psychotrope. L'individu doit alors augmenter les doses pour ressentir le même effet.

Ainsi, si la prise occasionnelle de psychotropes produit une sensation plaisante, d'intensité décuplée par rapport au fonctionnement naturel, lorsque la consommation devient répétitive et chronique, le cerveau s'adapte pour diminuer les effets de la substance et l'individu ressent un sentiment de tristesse, d'anxiété et d'irritabilité mêlée (dysphorie).

Cet état négatif le conduit à consommer à nouveau, non plus pour ressentir les effets positifs du produit, mais plutôt pour réduire les effets négatifs qu'il ressent lorsqu'il arrête de consommer. Il vit donc une frustration qui le pousse à de nouvelles consommations et à l'augmentation des doses, voire à ajouter ou à changer de substance. L'individu ne consomme alors non pas pour « améliorer » son état normal, mais pour le retrouver. Le problème est que cet état devient entre-temps inatteignable. Seule la consommation de la substance psychoactive permet d'effacer, en partie et de manière temporaire, le mal-être psychologique qui résulte de cet écart.

2.3.1.5. L'addiction vue par les neurosciences

La confusion existe souvent entre dépendance et addiction.

La dépendance est le mécanisme par lequel la consommation régulière a engendré un déséquilibre du fonctionnement neurobiologique de l'individu. Ce déséquilibre génère un malaise physique et psychique qui pousse l'individu à continuer la consommation, non plus pour éprouver les sensations plaisantes du psychotrope, mais pour éviter de ressentir les sensations désagréables engendrées par l'arrêt de la consommation.

L'addiction ne touche, contrairement à la dépendance, qu'une fraction des consommateurs chronique de substances psychotropes. Elle se caractérise par un besoin irrésistible de consommer la substance en dépit des conséquences négatives sur la santé mais aussi la vie sociale de l'individu.

Les travaux de ces dernières années en neurosciences démontrent que l'addiction est une maladie liée à la mise en place de processus d'apprentissage pathologiques. Ainsi, l'addiction se développe avec le glissement de comportements sous le contrôle de décisions conscientes vers des comportements automatisés et compulsifs. En cela, elle ne découle donc pas exclusivement de la consommation de substances. Elle peut en effet apparaître pour des comportements tels que la prise alimentaire, le jeu, le surf sur internet, etc. Selon ces explications, il peut donc exister des consommateurs dépendants mais non addicts ainsi que des personnes addicts à des comportements mais non-dépendantes à une substance.

Il est également intéressant de constater que le concept d'addiction évolue. De plus en plus d'articles scientifiques soulignent les "addictions sans substance" pouvant être développées,

par exemple, par le jeu, le travail, la sexualité ou encore internet, conduisent aux mêmes modifications cérébrales que les addictions liées aux psychotropes (Grant et al., 2006 ; Potenza, 2006). Cliniquement, le jeu pathologique, par exemple, induit une euphorie, un « craving » (désir compulsif de reproduire le comportement d'addiction), une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt. Potenza et ses collaborateurs (2001) ont par exemple montré que, quand des joueurs pathologiques regardent d'autres personnes en train de jouer ou simplement de parler du jeu, des changements de l'activité cérébrale se produisent dans les mêmes régions que celles des personnes accros à la cocaïne exposées à des indices liés à la cocaïne (Goldstein et al., 2007).

D'une façon générale, l'avancée des connaissances sur l'addiction permet d'envisager plus globalement la maladie et plaide en faveur d'un décloisonnement des stratégies thérapeutiques apportées aux patients.

2.3.1.6. Des facteurs individuels influencent la sensibilité addictive

Pour autant nous ne réagissons pas tous de la même manière face à une conduite à risque, certaines personnes semblent plus vulnérables que d'autres. En effet, comme tout mécanisme psychologique complexe, la biologie et l'environnement sont des facteurs importants au terrain de l'addiction. Plusieurs expériences animales et des conduites à risque lors de la grossesse ont montré l'influence de facteurs génétiques et de la prédisposition de certains. L'expression de cette vulnérabilité dépend aussi de l'interaction avec son environnement comme un stress répété ou des difficultés à l'enfance amenant la personne à une fragilité interne. Elle aura tendance alors à rechercher un produit, un comportement ou une personne qui va la rassurer.

L'apparition de troubles psychopathologiques peut renforcer le passage d'une consommation festive à une consommation auto thérapeutique ou toxicomaniaque. La survenue précoce de ces troubles psychiques peut multiplier par deux, selon certaines études, le risque de développer un abus ou une dépendance. Dans les deux tiers des cas environ, ces troubles précèdent l'apparition de l'abus de substances.

Les facteurs génétiques

S'il existe des facteurs génétiques de sensibilité aux substances addictives, déterminant en quelque sorte un "terrain favorable", ils restent pour l'instant hors de portée des méthodes actuelles. Par ailleurs il reste fondamental de rappeler qu'un gène s'exprime dans un environnement donné ; inné et acquis sont donc intrinsèquement liés.

Le stress

Dans les situations de stress, de grandes quantités d'hormones de stress (les glucocorticoïdes) sont sécrétées dans le cerveau. Or, ces hormones augmentent la sensibilité du cerveau aux psychotropes et favorisent l'émergence de comportements addictifs chez les animaux stressés de manière répétée (Piazza et Le Moal, 1998 ; Marinelli et Piazza, 2002). Parallèlement, des expériences montrent que chez les rats rendus "addicts" à une substance, l'administration de molécules qui réduisent l'action des hormones de stress a pour effet de diminuer la consommation des rongeurs (Richardson et al., 2008 ; Shalev et al., 2006 ; Specio et al., 2008 ; Zislis et al., 2007). Il faut savoir que chaque personne a un seuil individuel de tolérance aux situations stressantes. Par conséquent les sécrétions de glucocorticoïdes sont plus ou moins élevées selon les individus. Cette susceptibilité au stress influence la susceptibilité à l'addiction (Piazza et Le Moal, 1996). L'inverse a également été récemment vérifié. En effet, des personnes

accros à la cocaïne présentent une sensibilité exacerbée aux événements stressants (Fox et al., 2008). Le stress devient donc un facteur de risque d'une grande importance dans le phénomène de rechute. De plus, chez les personnes souffrant d'addiction, le stress peut devenir auto-généré et se traduire par la sur-activation de certains neurones de l'amygdale cérébrale qui produisent l'hormone de stress. La relation entre stress et addiction possède une autre particularité : elle persiste bien après la fin de l'événement stressant. Un stress précoce, durant l'enfance et même in utero, c'est-à-dire pendant des périodes où le cerveau est encore en plein développement, semble modifier de manière définitive la sensibilité de ce dernier aux psychotropes en provoquant des anomalies du développement des cellules nerveuses de l'hippocampe ainsi que des systèmes de neurotransmission (Deminière et al., 1992 ; Henry et al., 1995 ; Andersen et Teicher, 2008).

L'adolescence

La prise répétée de décisions non planifiées en dépit de conséquences ultérieures est une caractéristique de l'addiction, mais cette "désinhibition comportementale" existe dans une moindre mesure chez le sujet sain. C'est l'impulsivité. La recherche de sensations et la prise de risques, deux composantes de l'impulsivité (Sarramon et al., 1999) sont particulièrement caractéristiques de l'adolescence (Kelley et al., 2004). La tendance actuelle montre que la première expérimentation de psychotropes se fait de plus en plus précocement, ce qui est excessivement dangereux car le cerveau adolescent (12 à 25 ans) est beaucoup plus sensible aux effets toxiques et addictifs des substances psychoactives que le cerveau adulte (Crews et al., 2007). Il faut savoir que le développement cérébral continue bien au-delà de l'enfance et de l'adolescence. Il est possible que l'immaturation du cerveau explique en partie la prise de risques, la recherche de sensations, et les conséquences qui en résultent (Chambers et al., 2003). L'exposition aux substances psychoactives durant l'adolescence augmenterait la vulnérabilité aux effets psychotropes et aurait des effets délétères sur le développement cérébral (Crews et al., 2007). De plus, les problèmes liés aux substances à l'âge adulte semblent d'autant plus importants que la consommation a commencé tôt (Stansfield et Kirstein, 2007). En d'autres termes, une exposition précoce à une substance psychoactive peut augmenter la susceptibilité à l'addiction à l'âge adulte.

L'histoire personnelle

Il ne s'agit pas simplement de l'effet de l'environnement mais bien de caractéristiques personnelles modelées par l'environnement. L'histoire personnelle est également une dimension fondamentale à prendre en compte dans la vulnérabilité à l'addiction.²³

2.3.1.7. L'addiction, une maladie cérébrale chronique à part entière²⁴

Selon l'ASAM (American Society for Addiction Medicine), l'addiction serait une maladie chronique du cerveau. L'addiction est généralement décrite par ses symptômes

²³ COROMA. « Neurosciences de l'addiction ». Edition Axess Laboratoire (Suisse) 2009

²⁴ L.Neergaard. « L'addiction, une maladie cérébrale chronique à part entière ». Associated Press. Aout 2011.

comportementaux : la phase d'excitation, le manque, et les choses que les gens font pour obtenir la première et éviter la seconde.

Cette nouvelle définition ne contredit pas les recommandations standard fondées sur ces symptômes, mais vient spécifier que « le problème comportemental est le résultat d'un dysfonctionnement cérébral », explique le Dr Nora Volkow, directrice du NIDA (National Institute on Drug Abuse). Selon elle, la rechute n'est qu'une complication normale d'une maladie chronique. Il s'agit d'interactions complexes entre les réseaux émotionnel, cognitif et comportemental.

La génétique joue aussi un rôle, tout comme l'âge. Le cortex frontal aide à mettre un frein aux comportements malsains. C'est à ce niveau que la région du cerveau qui commande la raison se connecte au centre des émotions, et c'est la dernière région du cerveau à arriver à maturation.

Comme nous l'avons vu plus haut, quelle que soit la raison, le système de récompense du cerveau peut être modifié par la dopamine, dès lors qu'elle est conditionnée à aller chercher du plaisir au travers d'un comportement.

La personne devient dépendante quand ce système est détourné, et la contraint à retourner à sa consommation, même si elle n'en tire plus aucun plaisir. Le cerveau est alors accoutumé.

2.3.2. Aspects psycho-analytiques des addictions

L'addiction est un phénomène multifactoriel, à la fois dans le processus qui y conduit et dans les éventuelles conséquences qu'elle provoque. Ces facteurs sont biologiques, psychiques et sociaux. Aucun de ces facteurs pris isolément n'est ni nécessaire ni suffisant.

2.3.2.1. Adolescence et addiction

L'étymologie même d'adolescence par sa référence à la croissance suggère l'idée de changement.

Un sujet qui a déjà le poids d'une histoire se trouve confronté sur une période restreinte à des changements imposés :

- son corps propre par la puberté ;
- son statut psychosocial par la reconnaissance progressive d'une autonomie.

L'adolescence est exemplaire de l'articulation entre l'histoire d'un sujet (le passé, l'héritage transgénérationnel génétique ou fantasmatique), sa structure psychique (de son appareil psychique mise en place pendant la prime enfance) et la conjoncture (physiologique, psychosociale, environnementale en particulier social et familial).

2.3.2.1.1. Types de consommation

A l'adolescence, faire une expérience, comprendre ou connaître sont des attitudes normales.

Les produits consommés alors sont récréatifs, ils ont un effet agréables : euphorisant pour l'alcool, stimulant pour le tabac, relaxante pour le cannabis ... alors que leurs effets négatifs n'apparaissent que beaucoup plus tard. La consommation simultanée de plusieurs produits ou la recherche d'excès caractérise bien le début d'un comportement dépendant. La grande majorité des malades d'addiction ont vu leur consommation commencée à l'adolescence. C'est durant cette période que se mettent en place les habitudes de consommations du futur adulte.

Les conduites les plus communes à cette période-là se font autour de la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments ou encore de certaines drogues.

Tableau 1 - Expérimentations de tabac, d'alcool, de cannabis suivant le sexe et l'âge (%)

		Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble	Ratio 1	Ratio 2
Alcool	11 ans	64	54	1,2 ***	59		
	13 ans	74	71	1,0 ns	72	1,2***	
	15 ans	84	83	1,0 ns	84	1,2***	1,4***
Tabac	11 ans	10	5	1,9 ***	8		
	13 ans	30	29	1,1 ns	29	3,8***	
	15 ans	52	57	0,9 *	55	1,9***	7,2***
Ivresse	11 ans	9	4	2,3 ***	6		
	13 ans	17	14	1,2 ns	16	2,5***	
	15 ans	44	38	1,2 **	41	2,6***	6,6***
Cannabis	11 ans	1	1	2 ns	1		
	13 ans	5	4	1,3 ns	5	4,4***	
	15 ans	30	25	1,2 *	28	5,7***	25,0***

*Lecture : *, **, *** et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.
Ratio 1 et 2 : rapport des niveaux entre générations.*

Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

Figure 10 - Expérimentation à l'adolescence

L'alcool est en général le produit consommé en premier. Ces habitudes se développent progressivement avec l'âge, avec une augmentation de la fréquence et des quantités consommées. En effet, comme le montre les résultats de l'enquête HBSC 2006, 59 % des adolescents de 11 ans et 84 % de 15 ans ont eu des expérimentations avec l'alcool (figure 10 - tableau 1 de l'étude²⁵). La consommation régulière d'alcool à 15 ans est de 9 %. Le pourcentage d'ivresse par mois à 15 ans est de 16 % et plus masculine (tableau 2 de l'étude). Près de six jeunes de 15 ans sur dix déclarent avoir bu de l'alcool au cours des trente derniers jours et un peu moins d'un sur dix en a bu régulièrement. La surreprésentation masculine est très importante pour l'usage régulier comme l'ivresse alcoolique, qui concerne un jeune sur six sur la même période (selon les résultats de l'étude HBSC 2006).

²⁵ S. Legleye, S. Spilka, O. Le Nézet, F. Beck et E. Godeau. « Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence ». Mars 2008. Tendances N°59. OFDT

Pour le tabac, 8 % des adolescents de 11 ans puis 55 % des adolescents de 15 ans ont des expérimentations avec le tabac (figure 10 - tableau 1 de l'étude). Les occasions les plus propices pour fumer sont les rencontres avec les pairs. Le tabac au quotidien touche 18 % des adolescents de 15 ans (figure 11 - tableau 2 de l'étude). À 15 ans, la consommation de tabac est plus répandue parmi les filles que parmi les garçons. Mais si la proportion de fumeurs quotidiens varie peu avec le sexe, la consommation quotidienne s'avère plus intensive parmi les garçons (selon les résultats de l'étude HBSC 2006).

Tableau 2 - Niveaux d'usages récents de tabac, d'alcool et de cannabis à 15 ans

	Garçons	Filles	sex ratio	Ensemble
Tabac occasionnel	10	13	0,8*	12
Tabac quotidien	17	19	0,9ns	18
Alcool au cours du mois	60	57	1,1ns	58
Alcool régulier	11	5	2,1***	9
Ivresse au cours du mois	20	12	1,7***	16
Cannabis au cours du mois	14	11	1,3*	12
Cannabis régulier	5	2	2,7***	3

Tabagisme occasionnel : au moins une fois par mois mais moins d'une cigarette par jour

*Lecture : *, **, *** et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.*

Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

Figure 11 - Niveaux d'usage du tabac, de l'alcool et du cannabis à 15 ans

Tableau 3 - Niveaux d'usages au cours des douze derniers mois de drogues illicites et de médicaments pour se droguer à 15 ans (%)

	Garçons	Filles	sex ratio	Ensemble
Produits à inhaler	5	5	0,9 ns	5
Cocaïne ou crack	3	3	1,1 ns	3
Amphétamines	3	2	1,5 ns	2
Médicaments pour se droguer	1	3	0,3***	2
Ecstasy	1	1	1,6 ns	1
Héroïne	1	1	1,2 ns	1
LSD	1	1	0,9 ns	1

*Lecture : *, **, *** et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.*

Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

Figure 12 - Niveaux d'usage des drogues à 15 ans

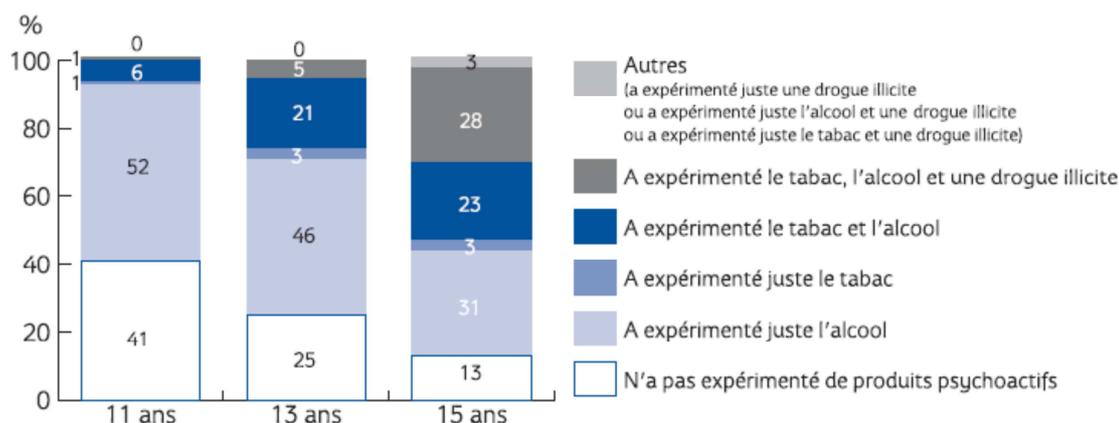
Pour les drogues, le cannabis est le produit principalement consommé : 1 % pour les adolescents de 11 ans et 28 % pour ceux de 15 ans (figure 10 - tableau 1 de l'étude).

L'usage régulier du cannabis touche 3 % des adolescents de 15 ans (figure 11 - tableau 2 de l'étude). Les écarts entre les sexes sont marqués et augmentent avec la fréquence de consommation considérée. À 15 ans, l'usage régulier de cannabis reste très en retrait de celui d'alcool (selon les résultats de l'étude HBSC 2006).

Les autres produits (produits à inhaler, cocaïne, amphétamines...) sont très peu expérimentés à l'adolescence (figure 12 - tableau 3 de l'étude).

La consommation de médicaments contre la nervosité et l'insomnie est plus souvent féminine (figure 12 - tableau 3 de l'étude).

Figure 1 - Poly-expérimentations des produits psychoactifs selon l'âge (%)



Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

Lecture : à 11 ans 52 % des élèves ont consommé au moins une fois de l'alcool et aucun autre produit psychoactif. En revanche, 1 % a déjà consommé à la fois de l'alcool, du tabac et un produit illicite, cannabis compris.

Figure 13 - Poly-expérimentations des substances psychoactives à l'adolescence

La figure 13 – figure 1 de l'enquête HBSC 2006, nous montre que :

- 41 % des adolescents de 11 ans n'ont expérimentés aucun produit psycho actif et qu'ils ne sont plus que 13 % à 15 ans ;
- 52 % des adolescents de 11 ans ont expérimenté au moins l'alcool ou le tabac et qu'ils ne sont plus que 34 % à 15 ans ;
- 6 % des adolescents de 11 ans ont expérimenté alcool et le tabac, et, qu'ils sont plus 51 % à 15 ans.

2.3.2.1.2. Modes de consommation

Le mode consommation observé chez les adolescents est généralement de 2 types : « récréatif » ou « addictif ».

Mode récréatif

L'effet euphorisant du produit est essentiellement recherché. La consommation se fait entre copains en fin de semaine, vacances ou lors de fêtes. Le cursus scolaire de l'adolescent est normal et son investissement personnel dans des activités sportives ou culturelles est présent. Dans ce type de consommation on ne trouve pas ou peu de facteurs familiaux et les facteurs individuels sont généralement absents.

Mode addictif

Le mode addictif est caractérisé par deux type de sous mode : « auto thérapeutique » et « toxicomaniaque ».

Mode auto thérapeutique

L'effet anxiolytique du produit est essentiellement recherché. La consommation est régulière et se fait de manière isolée. On aperçoit les premiers signes de décrochage scolaire voir de mise en échec. L'adolescent s'éloigne des activités habituelles et sa vie sociale s'appauvrit. Les facteurs familiaux sont pas ou peu présents au contraire des facteurs individuels : troubles du sommeil, troubles de la petite enfance ou de l'adolescence, troubles anxieux ou dépressifs.

Mode toxicomaniaque

Dans ce type de consommation c'est l'effet anesthésiant qui est recherché par l'adolescent. Sa consommation est à la fois isolée ou en groupe, régulière voir quotidienne. Sa vie est marquée par l'exclusion scolaire et sociale, et, son comportement en rupture. Les risques familiaux et individuels sont présents.

2.3.2.1.3. Facteurs de risque et comorbidité

Le passage d'un mode de consommation à un autre est souvent le fait de facteurs qu'ils soient individuels, familiaux ou environnementaux.

Facteurs individuels

Il existe deux types de profil dans les antécédents infantiles : « enfance comblée » ou « enfance en souffrance ». A la petite enfance, un certain nombre d'enfants présentent des souffrances somatiques ou psychiques qui peuvent perdurer durant l'adolescence ou qui ont suffisamment marqué l'enfant pour qu'à l'adolescence celui-ci présente des troubles du sommeil, des ruptures relationnelles ou des carences affectives.

Facteurs familiaux

Aucun facteur familial pris isolément ne peut être considéré comme un élément de causalité linéaire. Les facteurs les plus répandus sont : conflits familiaux, les habitudes de consommations abusives ou excessives des parents, les transplantations culturelles multiples, l'ignorance des parents face aux problèmes de l'adolescent, l'anxiété exacerbée d'un des parents ou des antécédents de deuils familiaux non résolus.

Facteurs environnementaux

On peut évoquer tous les facteurs allant vers une désorganisation ou d'une perte des repères sociaux ou habituels. Des facteurs comme la misère, le chômage, les trafics ou l'exclusion scolaire sont des risques sociaux importants, de plus le cumul de ces risques est un risque supplémentaire.

Comorbidité

A l'adolescence, la consommation de produits d'allure addictive est rarement isolée. L'apparition d'autres manifestations cliniques traduit souvent le passage à un mode auto thérapeutique ou toxicomaniaque. Chez l'adolescent la majorité des pathologies psychiques et comportementales pourraient être décrites pour expliquer sa consommation de produits psychoactifs. Pour autant, l'engagement de l'adolescent dans une consommation addictive témoigne d'un malaise ou d'une souffrance psychique diffuse et d'une tentative de trouver une solution personnelle, et, traduit une attitude de rupture relationnelle. Sur le plan psychopathologique, l'adolescent présente le plus souvent des troubles de l'organisation de la personnalité (limite, psychopathologique, abandonnique et plus rarement psychotique) qu'à des entités nosographiques rigoureusement définies.

2.3.2.1.4. Approches neuro-psycho-sociales

L'adolescence est un période sensible dans le développement humain. Comme nous l'avons vu un certain nombre de facteurs individuels, sociaux ou infantiles peuvent expliquer en partie un comportement addictif. L'adolescent essaie de remplacer une relation affective qu'il juge

intolérable pour son autonomie par une relation d'emprise à un « objet ». La relation addictive se nourrit alors de la non-satisfaction du besoin affectif de l'adolescent et crée ainsi un cercle vicieux d'auto renforcement.

Plusieurs facteurs sont avancés et peuvent expliquer en partie les choix de l'adolescent dans les comportements à risque :

- L'affirmation de la liberté et de l'indépendance ;
- Le besoin de l'autre et la préservation de soi ;
- La relation aux pairs ;
- La place du narcissisme infantile ;
- La recherche de sensations ;
- La stratégie face à la dépression ;
- Le développement neurobiologique.

L'affirmation de la liberté et de l'indépendance

La liberté et l'indépendance sont des éléments particulièrement présents chez l'adolescent, et sont issus de son travail d'élaboration psychique caractérisé par 3 tensions principales :

- L'appropriation d'un corps qui change, de nouvelles possibilités (sexualité, relations amoureuses) ;
- L'éloignement de l'ombre des parents afin d'accomplir ses propres découvertes ;
- L'inscription dans la société afin d'y trouver son statut et ses identifications.

L'adolescent oscille alors entre une appétence objectale et un désir de préservation narcissique. Cette tension entre une envie dévorante d'objet et un besoin d'affirmation de son autonomie explique l'importance de la question de la dépendance à l'adolescence.

Le besoin de l'autre et la préservation de soi

Dans ses relations, l'adolescent est tenté de déplacer la relation de la personne à la chose. En effet, la notion de plaisir dans une relation avec l'autre implique que les deux soient des dispositions identiques pour « être ensemble » alors que dans une relation à l'objet, son plaisir ne dépend que de son seul désir par la présence de l'objet. Cette disposition est commune chez les adultes. Mais pour l'adolescent, la consommation d'alcool ou tabac, relève de la solitude et de l'ennui. Or cette disposition est un état affectif caractéristique de l'adolescent qui témoigne d'une tentative de désengagement des investissements et des plaisirs de l'enfance alors que les intérêts, investissements et les relations d'amour de l'adulte ne sont pas encore présents. Si l'adolescent ne supporte pas l'attente d'une relation avec autrui, il risque de la transformer en une consommation immédiate de produit.

La relation aux pairs

Le lien qui existe avec les autres implique un mimétisme au sein du groupe tout en affirmant son originalité. Le groupe exerce une pression constante sur l'adolescent pour l'amener à faire comme les autres membres.

La place du narcissisme infantile

La petite enfance et l'enfance sont les strates préliminaires à la construction de l'adolescence. Ainsi la dépendance chez l'adolescent met à jour la relation de l'enfant avec son environnement, relation qui a conditionnée son assise narcissique autrement dit le socle de sa

personnalité. Si les identifications primaires et précoces de la petite enfance ont donné suffisamment de sécurité au socle de la personnalité, l'adolescent pourra s'éloigner des objets œdipiens (parents) sans se sentir menacé ou appauvri. Ainsi l'adolescent peut s'approcher des autres objets, en attendre jouissance et émotion, sans que leur relation ne soit vécue comme une excitation intolérable et menaçante pour l'assise narcissique. Au contraire, si lors de la petite enfance, des fragilités dans les identifications primaires et précoces ont été ressenties, le socle de la personnalité fera preuve d'instabilité et l'adolescent sera en souffrance face à la perception d'une dépendance aux personnes et par la nécessité de la rompre. Si l'adolescence est une période vulnérable face à l'apparition et à l'expérimentation des conduites à risque, les défaillances relationnelles issues de la petite enfance, qui ont fragilisé le socle narcissique, apparaissent comme un facteur essentiel dans le maintien de ces conduites, leur pérennisation et leur escalade.

La recherche de sensations

Les ruptures répétées dans les relations précoces durant la petite enfance, quelle qu'en soit la cause, donnent un tissu émotionnel défaillant où les trous, les manques ne sauraient être comblés que par des sensations. La pathologie de l'addiction est d'abord une pathologie de sensations. Ces besoins de sensation nécessitent la présence d'un objet (produit ou comportement) et requièrent un agir. Il existe ainsi une continuité entre la défaillance dans les interactions précoces et l'appétence à l'agir.

La stratégie face à la dépression

L'augmentation des consommations, de ce besoin de sensations correspond un besoin d'anesthésie de la pensée qui puisse faire taire les angoisses ou les émergences dépressives signant le renoncement à penser. En effet, l'installation d'une consommation régulière démontre la préférence de l'adolescent pour un recours à une solution extérieure couplée à un « évitement de penser ».

Le développement neurobiologique

Il existe des particularités neuro-développementales à l'adolescence : une activité plus importante du système dopaminergique et une immaturité du système inhibiteur sérotoninergique qui favorisent l'impulsivité et la recherche de nouvelles sensations. Or, si cet état est, en général, transitoire, l'effet direct de certaines drogues sur le système dopaminergique peut induire des changements et favoriser certains circuits à long terme, à la base du comportement addictif²⁶.

2.3.2.2. Principales conceptions psychopathologiques

Un des problèmes que soulève le concept d'addiction réside dans ses rapports avec les autres troubles présents chez le sujet. La question la plus souvent posée : l'addiction est-elle primaire, symptomatique d'une autre affection ou associée à une autre pathologie ? La plupart des

²⁶ C. Catry, D. Marcelli et Y. Gervais. « Adolescence et addiction » - Traité d'addictologie. Problématique générale. Paris : Flammarion médecine sciences, 2006. pp. 84-90

auteurs pensent que l'addiction est un trouble primaire, non réductible à un autre, mais qui est fréquemment associé certains troubles.

La plupart des addictions sont accompagnées de troubles de l'humeur, de troubles anxieux ou de troubles de la personnalité.

Pour de nombreux auteurs, les personnes présentant une addiction manifestent souvent un trouble associé. Pour Sztulman, il existe un lien entre personnalité limite addiction : « les toxicomanes s'inscrivent massivement dans l'axe narcissique par défaillances des régulations narcissique » comme le souligne Brusset, « finalement ils appartiennent à la classe des organisations ou des états-limite ».

Les termes de compulsion et d'impulsion souvent employés pour les addictions soulignent une force à laquelle un sujet peut difficilement résister et restituent la dimension de besoin, de perte de contrôle et répétition. Le niveau de l'opposition entre la lutte pour produire le comportement (la compulsion) et l'absence de contrôle et de prise de conscience après le geste (l'impulsion) traduit les différences cliniques entre les différents comportements addictifs.

Le terme de dépendance est utilisé en psychiatrie pour désigner des situations de dépendance à une substance, des traits de personnalité dont la passivité, la non assumption de solitude, la peur ou la phobie de l'abandon sont des caractéristiques majeures.

Les addictions offrent aussi une parenté avec les conduites à risque à caractère pathologique et la recherche de sensations. Pour Adès (1994), les conduites à risque impliquent " l'engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses, pour soi-même et éventuellement pour autrui, comportement non imposé par des conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour l'éprouvé de sensations fortes, du jeu avec le danger et souvent, la mort.

C'est le rapport fasciné du sujet au risque qui fait qu'un comportement devient à risque et c'est la dépendance qui fait de certains de ces comportements une addiction.

Le concept descriptif des addictions est désigné par le champ des conduites humaines dites pathologiques appelant à privilégier l'approche psychologique (Rigaud, Jacquet, 1994). Plus particulièrement ces conduites sont caractérisées par des actes répétés dans lesquels prédomine la dépendance à une situation ou à un objet matériel, qui est recherché et consommé avec « avidité » (Pédinielli et al., 1987).

Si c'est bien la psychopathologie qui se trouve répondre à ces conduites alors la notion de dépendance implique comme toute notion son contraire, l'indépendance ; l'addiction implique elle, un lien contraignant comme l'a souligné Rigaud et Jacquet (1994).

« La psychopathologie peut être définie comme une approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique. » (René Roussillon et coll. dans le Manuel, 2007).

L'analyse de ces conduites par différents auteurs a fourni trois modèles théoriques intéressants.

La démarche d'Olievenstein (1982) propose de produire un modèle du comportement en cause en lui donnant radicale spécificité. A partir de l'observation clinique, le thérapeute constitue une conduite en paradigme (système de représentation), puis donne aux mécanismes de la

première entité une fonction d'équation générique qui fait apparaître parfois de manière contradictoire, des hypothèses explicatives concernant les autres conduites. Le savoir clinique intervient alors comme un renversement de perspective et comme une " production " de la singularité d'un comportement : l'anorexie n'est pas de l'hystérie ou la boulimie n'est pas une névrose obsessionnelle.

L'approche de Brusset (1984) consiste à privilégier les différences entre deux conduites et à souligner les spécificités de chaque objet en insistant par exemple sur les singularités de la problématique toxicomaniaque. Il nous montre par exemple comment le " fantasme boulimique " et le " fantasme toxicomaniaque " sont au cœur de la problématique de l'anorexie. Les parentés et les différences servent alors de guides au clinicien.

Enfin Pédinielli (1985, et al. 1987) propose de regrouper différents comportements autour d'un phénomène commun par la mise en évidence d'une problématique et/ou d'une économie commune. Il privilégie un " axe " supposé pertinent puis ordonne autour d'une organisation pathologique des processus précis, comme une étiopathogénie unique, un ensemble de conduites cliniquement différentes.

Les concepts d'ordalie de Charles-Nicolas, d'addiction de Mac Dougall, de pratiques de l'incorporation de Gutton, tendent vers cette dernière démarche, dont la particularité est de dégager, dans la clinique des conduites, certaines formes d'organisations non figées, qui respectent la spécificité des comportements concrets et permettent d'analyser, à travers ces disparités, un phénomène particulier²⁷.

2.3.2.2.1. Facteurs biologiques

Le facteur biologique est lié à l'état physique et physiologique : l'état psychique varie sous l'action de psychotropes : alcool, cocaïne, produits toxiques, mais aussi de maladies, de troubles hormonaux... Il est évident que les facultés d'adaptation et d'analyse ne sont pas les mêmes lorsque les individus sont malades, ou ivres, que lorsqu'ils sont sobres et bien portants. De plus, la plupart des maladies psychiques sont liées à des anomalies neurobiologiques.

Des recherches laissent croire que le risque d'avoir une dépendance dépend notamment de facteurs héréditaires. Ainsi, si le frère, la sœur, le père ou la mère d'une personne a déjà eu une dépendance, celle-ci à plus de risque d'en avoir une à son tour. En outre, les comportements addictifs pourraient entraîner des changements biologiques qui rendent la personne plus vulnérable à une rechute (réapparition du comportement).

2.3.2.2.2. Facteurs sociologiques

²⁷ L. Fernandez et H. Sztulman. « Approche du concept d'addiction en psychopathologie ». Annales Médico Psychologiques (1997).

Le facteur social ou environnemental correspond à l'influence des événements et à la pression extérieure. Les responsabilités, la gloire, la jalousie, le surmenage, même connotés positivement, sont des facteurs de stress dans la mesure où ils testent en permanence nos capacités d'adaptation. Les addictions sont fortement influencées par les relations et les processus interpersonnels.

Les facteurs liés aux pairs déterminent en partie si une personne adoptera un comportement tel que le tabagisme ou la consommation d'alcool, de marijuana ou d'autres drogues pouvant causer une dépendance.

La disponibilité d'une substance a une incidence sur le risque qu'un comportement devienne addictif. L'augmentation du nombre de possibilités de jeu de hasard et d'argent en Occident a entraîné une hausse du nombre de personnes aux prises avec des problèmes de jeu dans la région. Parallèlement, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et la hausse des taxes perçues sur le tabac, qui s'est traduite par une hausse des prix, ont réduit considérablement le nombre de fumeurs.

Les facteurs culturels influencent aussi la perception des gens en ce qui concerne les comportements acceptables et inacceptables.

2.3.2.2.3. Facteurs psychopathologiques

Il faut d'emblée rappeler les difficultés méthodologiques qui apparaissent lorsque l'on veut mettre en évidence ces déterminants : en effet, la dépendance par elle-même et les effets neurobiologiques de la consommation chronique de substances psychoactives peuvent souvent modifier les caractéristiques du fonctionnement psychique d'un individu, et donc sa « personnalité », et entraînent très souvent des troubles psychiatriques secondaires (tels la dépression ou l'anxiété).

Un des problèmes posés par l'addiction réside dans ses rapports avec les autres troubles présents chez le sujet : l'addiction est-elle primaire, symptomatique d'une autre affection ou associée à une autre pathologie ? La plupart des auteurs pensent que l'addiction est un trouble primaire mais qui est fréquemment associé à certains troubles (comorbidité).

Les troubles psychiatriques, en particulier l'anxiété et la dépression, peuvent être des facteurs favorisants ou des conséquences de l'addiction. En effet, la plupart des produits psychoactifs ont un effet positif sur l'humeur dans un premier temps, pour entraîner lors d'un usage chronique, du fait des régulations neurobiologiques adaptatives secondaires, un effet négatif entraînant des manifestations anxieuses et dépressives.

Si il a longtemps été considéré que les addictions venaient le plus souvent répondre à une dépression sous-jacente, les travaux récents cliniques, épidémiologiques et neurobiologiques, viennent nettement nuancer cette position : la dépression est souvent secondaire à la prise chronique de ces substances psychoactives, à leurs effets biologiques et à leurs conséquences sociales.

La plupart des addictions sont accompagnées de troubles de l'humeur (alcoolisme, toxicomanies, boulimie, jeu, tabagisme...). Dans le tabagisme, les troubles de l'humeur associés à un arrêt brutal donnant lieu à un syndrome de manque sont essentiellement une humeur

dysphorique ou dépressive ; une irritabilité ; un sentiment de frustration et de colère. On peut aussi voir des troubles anxieux chez les alcooliques et les fumeurs.

On trouve encore des troubles de la personnalité (personnalité limite chez les boulimiques, anti-sociale chez les joueurs, les toxicomanes, personnalités narcissiques chez les fumeurs ?). Les fumeurs qui continuent à fumer malgré l'aversion pour la nicotine auraient certains traits de personnalité qui les prédisposeraient à développer une dépendance (hypothèse d'une réactivité différentielle aux effets de la nicotine).

Pour de nombreux auteurs, les personnes présentant une addiction manifestent souvent un trouble associé. Pour H. Sztulman (à paraître), il existe un lien entre personnalité limite et addiction, « les toxicomanes s'inscrivent massivement dans l'axe narcissique, par « défaillances des régulations narcissiques » (B. Brusset) et finalement appartiennent à la classe des organisations ou états-limites... ».

2.3.3. Vulnérabilité

Les déterminants de la vulnérabilité permettent de comprendre l'installation d'une pratique addictive.

2.3.3.1. Interaction entre vulnérabilité, situation déclenchante et comportement

L'interaction entre une fragilisation personnelle, des situations déclenchantes et la rencontre avec un produit/comportement entraîne à terme l'addiction.

Dans l'intervalle la conduite addictive se substitue, de façon apparemment satisfaisante pour le sujet (satisfaction éprouvée, évitement de la souffrance, évitement d'un sentiment d'incompétence), à un sentiment d'incompétence personnelle et sociale qu'il éprouve lors de situation d'échec. Puis l'addiction, par sa répétition et ses effets propres, transforme plus ou moins rapidement les sensations en conséquences néfastes.

Les conséquences négatives affectent l'individu tant sur le plan cognitif, émotionnel, comportemental et que social. Elles sont susceptibles de renforcer les situations déclenchantes et les facteurs de fragilisation et renforcent ce sentiment de dévalorisation et mène à rechercher alors la satisfaction éprouvée perpétuant ainsi cette conduite (figure 14).

Les différentes théories explicatives mettent en évidence un petit nombre de phénomènes invariants qui constitueraient « le noyau dur » de l'addiction (Pedieli) (figure 15) :

- l'existence d'une initiation (révélation) à l'origine de ce comportement,
- la répétition de ce comportement avec l'utilisation de l'addiction comme solution à tous les problèmes (solution commune, systématique et stéréotypée) et le recours prévalent à l'agir au préjudice de l'élaboration, recherchant la production de sensations corporelles au détriment des émotions ;
- l'installation de la dépendance (contrainte interne et impossibilité de remettre en cause le comportement).

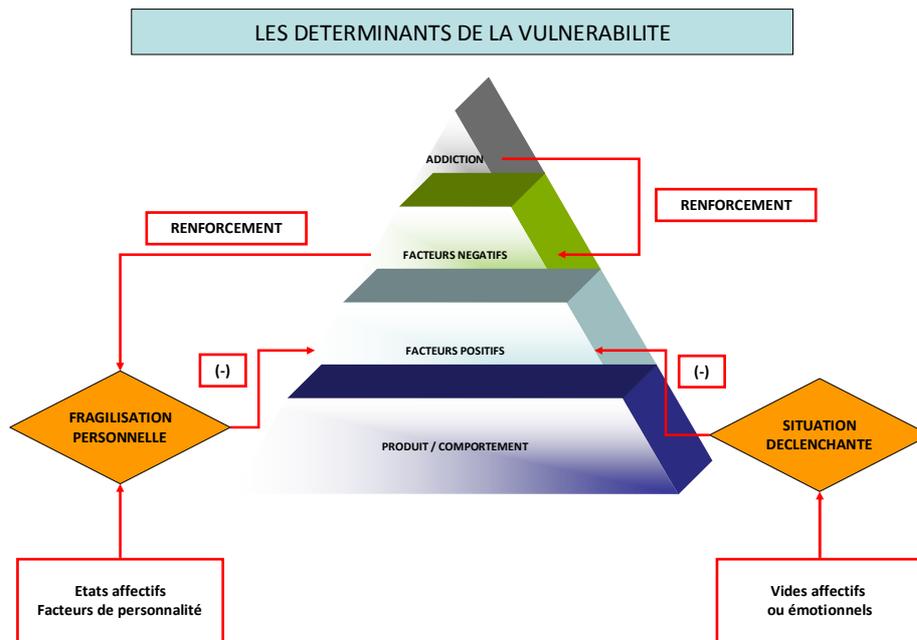


Figure 14 - Les déterminants de la vulnérabilité

Cette rencontre n'est pas seulement celle d'un individu avec une substance ou une pratique aux effets puissants sur la conscience. Si c'est en effet ici que réside le premier élément de l'addiction, le second est l'impossibilité à se défaire de la consommation avide. Pour qu'il y ait rencontre il faut qu'il y ait à la fois malaise et effet du produit sur le malaise.

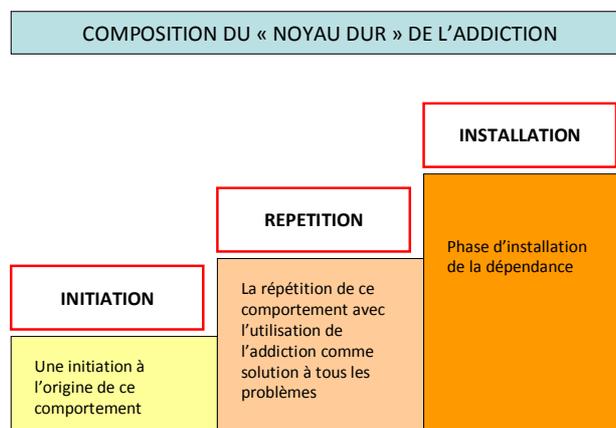


Figure 15 - Le noyau dur de l'addiction selon Pedinielli

2.3.3.2. Les facteurs de vulnérabilité

Les individus ne sont pas égaux face aux addictions. En effet, certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres.

Il existe 3 types de vulnérabilité : biologique, psychique et sociale.

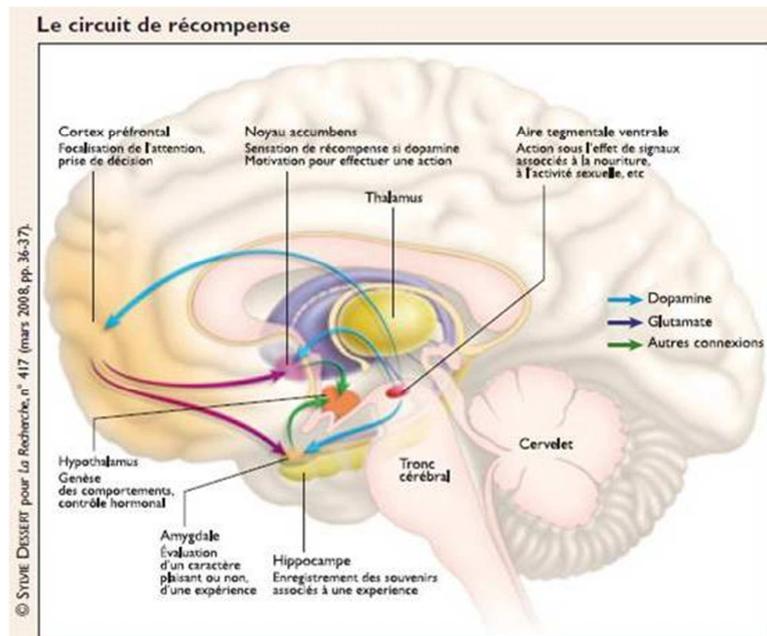


Figure 16 - Le circuit de récompense

La vulnérabilité biologique est basée sur le système de récompense (figure 16). Il se déclenche via l'appareil sensoriel. Comme nous l'avons expliqué les substances psychoactives viennent court-circuiter ce système en l'activant directement (figure 17).

Le système de récompense se trouve au centre de la réalisation des besoins vitaux. Plusieurs aires cérébrales sont impliquées comme expliquée si dessus.

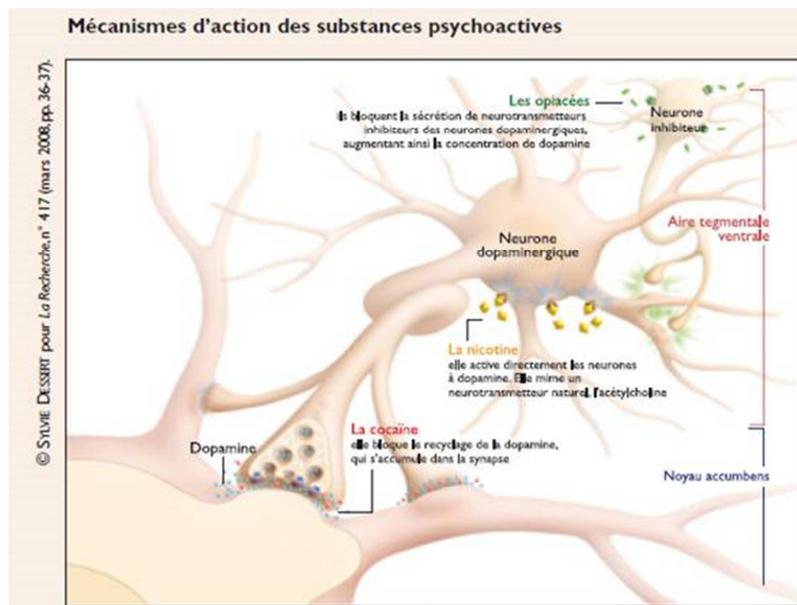


Figure 17 - Mécanisme d'action de la cocaïne

Toutes les substances psychoactives (figure 17) ont pour point commun de perturber le circuit de la récompense en augmentant la quantité de dopamine présente dans le noyau accumbens.

La vulnérabilité psychique a été relevée chez les personnes dépendantes et peut être de différentes natures :

- Elle peut être liée aux motivations : attrait de l'inconnu, recherche de plaisir ...
- Elle peut être rattachée à un état de souffrance psychologique : anxiété, angoisse, dépression ...
- Elle peut provenir de certains événements négatifs de la vie : décès d'un proche, maladie ...
- Elle peut avoir trait à la prise de risque pendant l'adolescence.

La vulnérabilité sociale concerne les facteurs liés à l'activité professionnelle et les facteurs sociaux. Les contraintes liées au travail peuvent conduire à des situations de stress important qui se traduisent par des symptômes au niveau physique, émotionnels, intellectuels et/ou comportementaux. Ces symptômes peuvent engendrer la consommation de substances psychoactives ou à des addictions comportementales.²⁸

Les facteurs de fragilisation les plus souvent cités sont :

- les états affectifs (l'anxiété, stress...),
- les difficultés interpersonnelles,
- la dépression,
- des facteurs de personnalité (recherche de sensations, l'impulsivité, les difficultés de communication, une faible estime de soi, une personnalité antisociale, dépendante, limite, ou narcissique).

Il s'agit naturellement là de facteurs hétérogènes dont le rôle est lié à des interactions entre eux, sans que tous les sujets qui présentent tel ou tel de ces éléments puissent être considérés comme potentiellement addictifs²⁹.

Nous ne sommes pas égaux face aux drogues, aux substances psychoactives et autres. En effet, parmi les consommateurs réguliers, une petite partie seulement devient dépendante. Les premières études épidémiologiques à grande échelle se sont tournées vers l'alcoolisme. Quelles que soient le type population étudiée, toutes les études suggèrent que la dépendance à l'alcool a une composante héritable. Ainsi, les enfants d'alcooliques semblent avoir plus de risques que les autres de devenir un jour dépendants à une substance psychoactive. Autrement dit, c'est la sensibilité à la dépendance et non simplement l'alcool qui aurait une part d'héritabilité³⁰.

Ces études ne permettent toutefois pas de conclure de manière définitive sur le rôle de la génétique. En effet, ces études ne recensent que des individus déjà dépendants, on ne voit pas la pathologie s'installer. De plus, elles ignorent certains facteurs favorisant directement ou indirectement la dépendance comme la dépression, elle-même en partie héritable. Il en reste qu'il y a une relation entre la génétique et la dépendance, cela a été démontré en laboratoire ; mais la liste des gènes associés à la dépendance devient si longue qu'elle ne permet d'avancer

²⁸ E. Durand et autres. « Conduites addictives et travail ». DMT N°115. 2008

²⁹ Rapport Reynaud, Parquet et Lagrue. « Les pratiques addictives ». Ministère de la Santé. 1999

³⁰ P Gorwood. « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance ». Alcoolisme et Psychiatrie. Masson. 1997.

une hypothèse convaincante. Une piste s'est ouverte avec les méthodes génomiques permettant de mesurer simultanément le niveau d'expression de centaines, voire de milliers de gènes. Encore une fois, on ne sait pas différencier si les éventuelles différences de profils d'expression sont la cause ou le résultat de la dépendance.

Comme nous l'avons vu précédemment, les facteurs favorisant l'addiction sont multiples et complexes. Ainsi, les situations comme celles occasionnées par le stress, qui est une réponse physiologique normale à un environnement agressif, augmentent le taux de glucocorticoïdes. Ces hormones augmentent la sensibilité du cerveau aux psychotropes, et elles facilitent à long terme l'apparition de comportements de dépendance³¹. Chaque individu a sa propre sensibilité à l'agression environnementale, il réagira par une sécrétion plus ou moins élevée en glucocorticoïdes. De plus, on a pu démontrer que le stress persiste bien après la fin de l'agression. En conséquence, un stress précoce à l'enfance ou in utero pourrait modifier la sensibilité du cerveau encore en développement aux psychotropes. De même, qu'une exposition précoce aux drogues peut augmenter la susceptibilité à la dépendance à l'âge adulte.

2.3.3.3. Les situations déclenchantes

Les individus présentant ces facteurs de vulnérabilité, qui ne constituent en rien une classe nosologique et ne présentent pas obligatoirement de pathologie avérée, ont plus de mal à faire face à des situations de vides affectifs ou motivationnels qui sont marquées par :

- une absence d'options positives,
- un faible soutien social (structures familiales et amicales perturbées),
- des périodes critiques de l'existence (adolescence, divorce, isolement, stress...).

Comme nous l'avons vu précédemment, et d'après une étude de Plancherel et al., en 1992, le stress résulterait de l'expérience d'événements ou situations considérés par les individus comme menaçant ou leur posant des exigences qui excèdent leur capacité à y faire face.

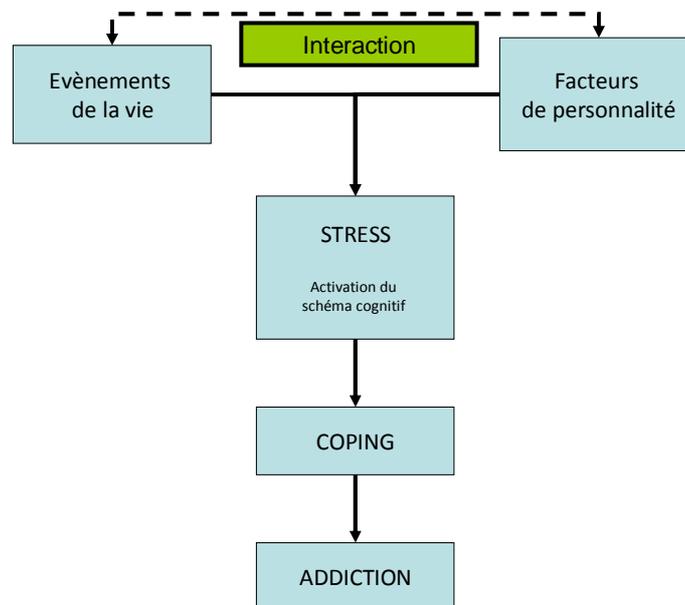
Tout individu est doté d'un système cognitif lui permettant de faire face aux situations de la vie. De ce système, découlent des stratégies cognitives et comportementales que le sujet met en œuvre consciemment ou inconsciemment afin de s'adapter aux diverses situations qu'il rencontre, c'est d'ailleurs ce qu'on nomme le « coping ».

Selon Lazarus et Folkman (1984), il est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementales destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

³¹ Deroche-Gamonet V, Darnaudery M, Bruins-Slot L, Piat F, Le Moal M, Piazza PV. « Study of the addictive potential of modafinil in naive and cocaine-experienced rats ». *Psychopharmacology (Berl)* 2002 Jun ; 161(4):387-95

Le « coping » est donc une stratégie d'ajustement qui permet aux individus de faire face aux situations délicates et c'est cette stratégie qui peut être à l'origine de la dépendance.

Dans son analyse des addictions, Beck (figure 18) explique que l'interaction entre les facteurs de personnalité et des situations déclenchantes, peut entraîner la dépendance. Cette interaction active des « schémas cognitifs ».



Mécanisme de la dépendance selon Beck

Figure 18 - La dépendance selon Beck

2.3.4. Addiction et principaux troubles psychiques

Un des problèmes posés par l'addiction réside dans ses rapports avec les autres troubles présents chez le sujet : l'addiction est-elle primaire, symptomatique d'une autre affection ou associée à une autre pathologie ? La plupart des auteurs pensent que l'addiction est un trouble primaire mais qui est fréquemment associé à certains troubles (comorbidité). Dans la nosologie, l'autonomie d'un trouble prévaut par rapport aux autres troubles mentaux, ce que la classification du DSM-IV spécifie par la formule « Non dû à ». Le trouble est une entité qui ne se réduit pas à une autre (critère de non redondance) et qui n'est pas la conséquence directe d'une autre (critères d'autonomie) d'où l'intérêt de sa définition. La plupart des addictions sont accompagnées de troubles de l'humeur (alcoolisme, toxicomanies, boulimie, jeu, tabagisme...).

Dans le tabagisme, les troubles de l'humeur associés à un arrêt brutal donnant lieu à un syndrome de manque sont essentiellement une humeur dysphorique ou dépressive ; une irritabilité ; un sentiment de frustration et de colère. On peut aussi voir des troubles anxieux chez les alcooliques et les fumeurs. Les fumeurs disent que la cigarette les soulage des manifestations d'anxiété qui ne sont pas assez importantes pour amener à consulter un spécialiste, et le DSM-IV décrit des troubles qui n'ont guère de rapport avec elles. Il ne parle que d'attaques de paniques, d'agoraphobie et de phobies diverses, en particulier les phobies sociales.

Les troubles psychiatriques les plus souvent associés aux addictions sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires, les pathologies anxieuses, la schizophrénie et certains troubles de la personnalité. Pour le Pr Jean Adès, qui s'appuie sur des études épidémiologiques récentes (notamment la grande étude Nescarc aux Etats-Unis), trois types de relations peuvent être envisagées entre addictions et pathologie mentale :

- les troubles mentaux préexistants peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité aux addictions, à travers notamment des conduites à visée d'automédication ;
- les troubles secondaires aux prises de produits s'avèrent être plus des symptômes psychiatriques (anxiété, affect dépressif par exemple) que des pathologies mentales avérées ;
- la co-occurrence fortuite serait, elle, plus rare.

2.3.4.1. Alexithymie

Proche de la « pensée opératoire » des psychosomaticiens français, la notion d'alexithymie désigne un comportement caractérisé par des difficultés à verbaliser les émotions, une limitation de la vie imaginaire et fantasmatique, une tendance à recourir aux passages à l'acte pour résoudre les conflits, ainsi qu'un discours descriptif centré sur le factuel et les ressentis physiques. Initialement observé chez des patients atteints de pathologies psychosomatiques, ce fonctionnement peut se retrouver au décours de nombreux troubles, ainsi qu'au sein de la population indemne de pathologie.

L'alexithymie, terme proposé par le psychiatre américain P.E. Sifnéos en 1972, est un néologisme s'inspirant des racines grecques « a » (privatif), « lexi » (mot) et « thymie » (émotion). Ce terme désigne un ensemble de caractéristiques cognitives et affectives qui rendent compte du mode particulier de gestion de la vie émotionnelle de certains patients.

Il existe actuellement un consensus qui définit un ensemble de quatre dimensions caractérisant l'alexithymie :

- une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels ;
- une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui ;
- une vie fantasmatique réduite, et notamment une limitation de l'aptitude à la « rêverie diurne » ;
- un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de ses aspects affectifs également appelé « pensée opératoire ».

Selon les données épidémiologiques disponibles, il existerait une surreprésentation de la variable alexithymie chez les sujets souffrant de pathologies psychosomatiques. La répartition

de l'alexithymie dans la population générale serait de 10 à 20 % en fonction des études, alors qu'elle serait supérieure à 50 % chez les sujets souffrant de troubles psychosomatiques.³²

Le statut de l'alexithymie est l'objet de controverses et ce concept n'a pas, à l'heure actuelle, reçu la reconnaissance des classifications nosographiques internationales. L'alexithymie n'est mentionnée ni dans le CIM 10, ni dans le DSM IV, que ce soit comme entité isolée ou comme trait d'un type de personnalité. L'alexithymie n'est donc pas à ce jour reconnue comme une maladie ou comme un fonctionnement psychique pathologique, ni même un signe inclus dans un des tableaux actuellement décrits. Cependant, pour certains, l'alexithymie pourrait être une forme de personnalité pathologique correspondant ainsi à un ensemble de traits.

Ainsi une prévalence de la dimension alexithymique relativement élevée est retrouvée chez les sujets présentant des conduites d'addiction. Les patients présentant des troubles du comportement alimentaire ont les taux les plus élevés, entre 50 et 80 %. Ceux consommant des substances ont un taux de 40-50 %.

Les études confirment les impressions cliniques de l'association d'un fonctionnement alexithymique aux toxicomanies et la nécessité que ce résultat soit indexé à la dimension dépressive. Il n'existe malheureusement pas d'éléments discriminants pour dire si l'alexithymie est sous-jacente et préexistante sous forme de dimension psychopathologique au comportement addictif, favorisant son émergence, et/ou si l'alexithymie est une voie évolutive de la dépendance installée et chronicisée.

Sifneos (1990) explique la dépendance aux substances psychoactives par le fait que, vivant dans une société où tout le monde parle d'amour, de tristesse, de tendresse, les alexithymiques auraient recours aux drogues ou à l'alcool afin d'apaiser l'anxiété générée par la conscience de leur déficit affectif.

Le recours à l'action expliquerait la fréquence des conduites addictives chez les sujets alexithymiques, qui seraient le seul moyen de décharger cette angoisse liée à l'impuissance, à la frustration de ne pouvoir exprimer ses émotions. Ainsi, la notion d'alexithymie chez les sujets ayant des conduites addictives s'appuie, pour Sifneos, sur l'hypothèse d'une tentative d'automédication d'un déficit affectif par le recours aux substances psychoactives. Ainsi, bien que la majorité des auteurs estime que l'alexithymie pourrait être une condition prédisposant aux addictions et expliquerait la genèse du passage à l'acte. La prise de substances, la consommation d'alcool, les conduites boulimiques représentent alors des tentatives pour juguler l'apparition de phénomènes émotionnels non identifiés, non compris par l'individu.

La question de la stabilité de l'alexithymie reste discutée ; les rares études longitudinales sont récentes et surtout portent sur des périodes relativement courtes (de quelques semaines à quelques mois). La dépendance, comme l'anorexie, n'étant pas une question de mois mais

³² L. Mekaoui. « Place et évolution du concept d'alexithymie dans les troubles psychosomatiques ». La Lettre du Psychiatre. N° 6 Mai/Juin 2007 –

d'années, ces études nous semblent méthodologiquement insuffisantes de par la durée entre les deux évaluations.³³

2.3.4.2. Dépression

Addictions et dépressions se développent depuis les années 70. Dans son ouvrage « *La fatigue d'être soi* », A. Ehrenberg évoque nos sociétés occidentales développées, fondées sur la responsabilité et l'initiative, qui produisent un individu sommé de se dépasser où les maîtres mots sont concurrence et compétition.

Pour y parvenir tous les moyens sont bons, comme dans le sport, avec le dopage, dénoncé et décrié dans le discours officiel, qui devient pourtant une obligation pour nombre de pratiquants. Une prescription miracle pour qui veut se dépasser, et dépasser l'autre.

Parallèlement on voit augmenter de façon significative le nombre de dépressions et l'usage de psychotropes, souvent considérés comme des drogues dopantes, source de confusion entre drogues et médicaments (exemple du Prozac).

Les statistiques l'attestent, il existe une comorbidité fréquente de la dépression et de l'addiction : dans les troubles du comportement alimentaire, de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les jeunes, on trouve 30 à 50 % de dépressifs. Chez les adultes, la dépression sous-jacente est souvent en cause (80 %) et les tentatives de suicide avant la conduite toxicomaniaque sont présentes dans plus de 60 %.

Cet intérêt pour regrouper dépression et addiction n'est pas nouveau : Sandor Rato, dès 1933, décrit des personnes souffrant d'une « dépression anxieuse » et qui ont un besoin d'euphorisants pour maintenir de manière artificielle une auto-estime et un narcissisme. Otto Fénichel, en 1945, analyse les rapports entre dépression et toxicomanie et invente l'expression « toxicomanie sans drogues » pour parler des nouvelles addictions que le déprimé utilise pour alimenter son narcissisme.³⁴

« L'addiction est un moyen de lutter contre la dépression ; elle abrase les conflits par un comportement compulsif... Les addictions incarnent l'impossibilité d'une prise complète de soi-à-soi : le drogué est l'esclave de lui-même... Si la dépression est l'histoire d'un introuvable sujet, l'addiction est la nostalgie d'un sujet perdu » (Ehrenberg, 1998).³⁵

« Une tendance dépressive est souvent sous-jacente à la conduite toxicomane : une carence de l'estime de soi, des failles dans l'organisation du narcissisme peuvent pousser certains sujets à

³³ Farges Florent et Farges Servane. « Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature ». *Psychotropes*, 2002/2 Vol. 8, p. 47-74. DOI : 10.3917/psyt.082.0047

³⁴ Van Damme Pierre. « Dépression et addiction ». *Gestalt*, 2006/2 no 31, p. 121-135.

³⁵ EHRENBURG A. « *La fatigue d'être soi, dépression et société* ». Odile Jacob, Paris, 1998.

rechercher dans la drogue un moyen artificiel et rapide de restauration du moi, voire de triomphe mégalomane » (Guelfi, 1987).³⁶

Si l'addiction peut être une manière de lutter contre la dépression, la dépression est un des risques majeurs de décompensation dans le sevrage brutal et rapide de certaines addictions comme l'alcool, la drogue ou la boulimie.

« Renoncer à la drogue se paie de cette nostalgie qui à tout moment peut basculer dans la mélancolie. Pour lui, il n'y a pas de temps à espérer, ni pire à redouter que tout ce qu'il a déjà vécu. » (Olievenstein).

Les manuels de psychopathologie et de psychiatrie décrivent une vulnérabilité dépressive chez la personnalité évitante, obsessionnelle, dépendante, narcissique ou limite. La personnalité évitante a tendance à fuir le contact et la réalité difficile ; la fuite dans les addictions est une réponse possible dans un ailleurs différent quand la réalité devient trop insupportable. La personnalité obsessionnelle compulsive est envahie d'idées obsédantes et lutte contre des agissements compulsifs envahissants, comme l'addiction à la sexualité ou l'alcoolisation, par des rituels d'ordre ou de propreté. La personnalité dépendante est sensible aux situations de solitude et d'abandon et, à défaut d'une dépendance à une personne, il peut devenir dépendant à un produit. La personnalité narcissique est décrite avec une idéalité d'elle-même ou d'un objet externe ; si cette idéalité s'effondre sous forme de chute dépressive et de désillusion, le sujet peut alors rechercher un rêve, un ailleurs dans l'addiction, qui, cette fois-ci, ne le décevra pas.

La personnalité limite est sans doute celle qui est le plus sujet à l'instabilité de l'humeur et à des addictions multiples.

2.3.4.3. Schizophrénie

La co-occurrence de problématiques d'abus ou de dépendance aux substances psychotropes et d'un trouble psychique est fréquente.

Pour le sous-groupe des patients schizophrènes, la littérature suggère que 50% d'entre eux sont susceptibles de souffrir d'un trouble addictif associé à leur trouble psychique, au cours de leur vie. On sait aujourd'hui qu'ils utilisent préférentiellement l'alcool et le cannabis et que l'impact de la consommation de substances sur leur évolution est important : aggravation des symptômes positifs, des troubles cognitifs, survenue plus fréquente de troubles dépressifs, majoration des conduites suicidaires et des violences.

Les hypothèses étio-pathogéniques vont dans le sens d'une combinaison complexe de facteurs psychologiques, sociaux et biologiques.

³⁶ GUELFY J. D. « *Psychiatrie* ». PUF fondamental, Paris, 1987.

Le problème soulevé par les soins à offrir à cette population est non négligeable : la littérature relève qu'il faudrait associer traitements psychiatrique et addictologique, mais que les filières de soins sont trop cloisonnées, se renvoyant ces patients mutuellement. Il est établi qu'au sein des structures de soins des addictions, la schizophrénie est sous-diagnostiquée et qu'au sein des équipes de soins psychiatriques, les professionnels, quand ils identifient le problème addictologique, peinent à se sentir compétents pour aborder les problèmes d'abus de substances.

Ces patients comorbides souffrent aussi d'une grande vulnérabilité au stress, ils sont ainsi particulièrement exposés à la rechute dans les abus de substances, même après des rémissions prolongées. On a montré que des stratégies de prévention de la rechute étaient efficaces et devaient être associées au traitement au long cours prodigué à ces patients.³⁷

2.3.4.4. Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires constituent une maladie à part entière, caractérisée par la survenue cyclique de troubles de l'humeur dont l'intensité peut être variable. Cette maladie était aussi appelée autrefois psychose maniaco-dépressive ou maladie maniaco-dépressive. Cette maladie chronique évolue au cours du temps avec l'alternance de survenue d'épisodes aigus, tantôt dépressifs (tristesse, abattement, perte de l'estime de soi, sentiment de culpabilité, etc.), tantôt maniaques (état de surexcitation et d'euphorie, impulsivité inhabituelle, troubles du sommeil et conduites à risque, etc.). Entre ces épisodes, les personnes retrouvent une humeur normale ou quasi normale.

Les résultats de différentes enquêtes montrent que les patients atteints de maladie bipolaire souffrent aussi parfois d'autres troubles, comme des troubles obsessionnels, une addiction, notamment à l'alcool, ou une anxiété importante.

Les addictions comme la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues sont fréquemment observées chez les personnes souffrant de maladie bipolaire et doivent aussi faire, au-delà du traitement de fond de la maladie bipolaire, l'objet d'une prise en charge spécifique. C'est la raison pour laquelle il est fortement déconseillé aux patients atteints de troubles bipolaires de consommer de l'alcool, même en petites quantités.

Entre la dépression que l'on va désespérément tenter de calmer en prenant de l'alcool ou de la cocaïne, l'anxiété et les pensées assourdissantes que l'on va étouffer dans le cannabis, et de l'autre côté les phases d'excitation qui vont être provoquées ou maintenues elles aussi par des prises de toxiques, les patients bipolaires et cyclothymiques sont extrêmement concernés par les toxicomanies.

³⁷ J. Besson J. Grivel M. Rihs-Middel I. Gothuey O. Simon A. Abudureheman A. Luongo A. Pelet. « Dépendance ». Revue Médicale Suisse. Numéro : 3185

Le fait que l'abus de drogues précède souvent le trouble bipolaire a conduit à s'interroger sur son influence éventuelle sur l'âge de début des troubles affectifs. La plupart des études menées dans ce cadre ont concerné l'alcool. Elles ont en règle conclue que les premières manifestations du trouble bipolaire sont plus précoces chez les patients non alcooliques que chez les patients alcooliques.³⁸

Une explication possible est que les troubles bipolaires les plus précoces sont aussi ceux dont l'évolution est la plus sévère, avec notamment le développement d'un alcoolisme ; inversement les troubles bipolaires de début plus tardif seraient moins sévères et il faudrait un facteur surajouté, tel l'alcoolisme, pour qu'ils se manifestent.³⁹

2.3.4.5. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Les personnes atteintes de troubles obsessionnels-compulsifs sont constamment troublées par des pensées récurrentes ou des sentiments qui leur viennent à l'esprit involontairement (obsessions) et qui les incitent à effectuer des gestes répétitifs et ritualisés (compulsions). Les patients considèrent ces pensées comme insensées et parfois désagréables, mais ils ne réussissent pas à les oublier ou à leur résister. Environ un sixième de la population présente des symptômes obsessionnels mineurs. Les troubles obsessionnels-compulsifs débutent généralement à l'adolescence et leur évolution est intermittente.

Certains troubles ont en commun avec le TOC, l'intrusion, la répétition, l'absurdité, l'absence de plaisir, la lutte, les sentiments de honte et le besoin de dissimulation. C'est le cas pour l'anorexie mentale, la dysmorphophobie (obsession de l'apparence), l'hypocondrie, la kleptomanie, les achats compulsifs pathologiques, la trichotillomanie, le syndrome de Gilles de la Tourette (tics complexes), la boulimie, le workaholisme (addiction au travail), le jeu pathologique, la pyromanie, les paraphilies ou conduites sexuelles compulsives (exhibitionnisme, fétichisme, frotteurisme, pédophilie, voyeurisme, transvestisme fétichiste...) et la personnalité borderline (état limite).

Classiquement, on rapprochait les addictions comme des équivalents dépressifs. Tout processus de régulation de l'estime de soi induit un phénomène addictif (compulsions sexuelles, jeu pathologique, dépenses excessives, exercices physiques...). Dans les addictions physiologiques, on retrouve la dimension du plaisir, tandis que dans la dépression, les addictions pathologiques représentent une lutte permanente contre la douleur psychique et la tristesse, une sorte de besoin obsédant de se déconnecter du vécu dépressif douloureux. Dans ce sens, les addictions se caractérisent plutôt par un aspect obsédant et une contrainte compulsive. Ainsi dans la définition moderne de l'addiction, on s'intéresse aux aspects psychologiques, notamment le « craving » ou désir compulsif et incontrôlable d'une substance ou d'un comportement. Donc, les

³⁸ Strakowski S.M., Sax K.W., McElroy S.L. et coll. « Psychiatric and substance abuse syndrome co-occurrence in bipolar disorder following a first psychiatric hospitalization ». J Clin Psychiatry 1998 ; 59 : 465-471.

³⁹ Winokur G., Coryell W., Akiskal H.S. et coll. « Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness : familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction ». Am J Psychiatry 1995 ; 152 : 365-372.

dimensions de contrainte, du besoin irrésistible et compulsif et de perte de contrôle (impulsivité) sont à la base de l'addiction. Ces dimensions persistent même dans les phases d'abstinence prolongée et sont désignés comme un facteur principal de vulnérabilité aux rechutes.

Les phénomènes d'attraction vers une substance ou un comportement sont souvent couplés alternativement ou simultanément à des phénomènes de répulsion et d'évitement compulsifs. Ainsi, beaucoup de sujets victimes des addictions vont être en abstinence « apparente » chronique mais avec un état dysphorique persistant avec un niveau élevé de résistance et de lutte anxieuse contre la rechute. Là se pose un piège : considérer le « craving » comme un TOC ou une dysphorie chronique sans rechercher une connexion bipolaire associée aux addictions.

En effet, le mélange de contrainte et d'impulsivité évoque la cyclothymie et les dépressions mixtes. Des études récentes consacrées aux addictions chimiques et « sans drogue » suggèrent leur appartenance au spectre bipolaire. Cette nouvelle approche des addictions est importante, car elle transforme radicalement les critères de jugement des traitements des addictions.

Certaines addictions comportementales (sans drogue), comme le jeu pathologique, la boulimie, la trichotillomanie, la kleptomanie, les achats compulsifs, montrent des similitudes avec les phénomènes obsessionnels compulsifs (contrainte compulsive) et bipolaires (colère impulsive et prise de risque). Parmi ces addictions, la boulimie est sans doute la plus connue.

2.3.5. Aspects psychosociologiques des addictions

La notion d'addiction est relativement récente dans la littérature médicale au sens large. Nous retrouvons plus souvent des termes propres à la substance psychoactive à l'origine d'une dépendance : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie ...

L'addiction se définit comme l'usage d'un produit ou la pratique d'un comportement qui envahit la vie d'une personne jusqu'au point où elle se voit sacrifier sa vie, sa santé, ses relations extérieures.

Cette urgence du besoin et cette incapacité à être satisfait n'a pas forcément besoin de support pour engendrer ce type de comportement.

Ces « habitudes morbides » (Freud), produits de remplacement, assouvissant un besoin primitif, produisent un effet anesthésique ; la mise en acte de façon répétitive traduit la tension interne qu'elle soulage.

La répétition de ces comportements peut pervertir certaines particularités du corps biologique dès qu'elle laisse une empreinte au niveau anatomo-physiologique dans le développement de la dépendance comportementale (récompense du cerveau, centre de plaisir).

Le comportement addictif va de pair avec une disposition addictive correspondant à des traits de personnalité décrits chez des sujets présentant :

- des état-limites,
- une fragilité narcissique ou une immaturité,
- une incapacité à être seuls, autonomes ou à établir des relations durables.

Pauvreté imaginaire et fragilité d'un sentiment d'identité peuvent être la cause de cette recherche de sensations fortes, dans un passage à l'acte dont l'impulsivité traduit l'intolérance à l'ennui.

Ces conduites de dépendance peuvent induire des troubles psychopathologiques dont la nature paraît découler des modifications du comportement qu'elles produisent chez le sujet.

Ces comportements qui définissent un mode particulier de relation aux objets, aux personnes, relation contraignante représentant un défi à la raison.

Ils évoluent en fonction des sujets :

- parfois vers l'appauvrissement de la vie affective, relationnelle et sociale,
- parfois vers son contraire : il devient alors un moteur de cette vie sociale, l'addiction au travail, qui se manifeste dans l'après-coup, lors du sevrage brutal qu'est la mise à la retraite des travailleurs impénitents.

L'existence d'une structure addictive ne semble pas improbable. Celle-ci comme dans la plupart des autres cas, elle prendrait naissance dans son environnement proche (le plus souvent familial) et se développerait durant l'adolescence, période sujette aux premières difficultés psychiques.

Nous sommes constitués de deux structures : l'une psychique, l'autre corporelle. Elles forment un tout intimement lié, mais semblent distinctes. Elles sont sans doute deux aspects d'un même nous-mêmes. Un peu comme la lumière est à la fois onde et particule.

La structure corporelle est une structure qui s'étend dans l'espace. C'est donc une structure spatiale (au sens stricte). Elle est constituée d'une tête posée sur un coup porté par un buste soutenu par des jambes elles-mêmes campées sur le sol.

La structure psychique est une structure qui semble s'étendre dans le temps. C'est donc en partie une structure temporelle. Le temps ne concerne que les événements. Pour ce qui est de notre structure psychique, elle est constituée de celui que nous sommes, de tous ceux que nous avons été et de ceux dont nous sommes issus.

L'Homme a toujours cherché à dépasser les limites qui lui sont imposé :

- par son corps : qui n'a rêvé de voler comme un oiseau ou nager comme un poisson ;
- par son esprit ou sa raison : jusqu'où peut aller notre esprit sachant que nous exploitons seulement quelques pour cent de ces capacités ;
- par les lois : lois qu'il a lui-même instauré comme garde-fou et comme éléments incontournables de la vie en société.

L'usage de certains produits, substances, comportements ou habitudes témoignent d'un désir de surpassement et d'évasion.

Ces mouvements de transgression n'ont qu'un objectif le dépassement des limites naturelles (biologiques, physiques ou psychologiques) et sociales.

2.3.5.1. L'addiction, un phénomène de société

La société n'aime pas ces mouvements de transgressions et particulièrement les addictions. Elle se voit donc obligée de les condamner et ce pour plusieurs raisons :

- l'addiction est la recherche de pur plaisir : tout produit utilisé dans le seul objectif de créer un plaisir supplémentaire par rapport à ce que la vie apporte naturellement a toujours été réglementé soit par des lois soit par la morale ;
- l'addict perturbe l'équilibre de la société : en effet, l'utilisation de tels produits modifie la personnalité de l'usager et rend par la même occasion ses rapports avec les autres plus complexes ;
- l'addict aime se laisser aller à ses pulsions : chaque personne cache en lui l'enfant qu'il a été, libre et insouciant profitant de plaisirs immédiats. L'adulte s'interdit la remontée de cette personnalité alors que l'addict retrouve ces moments au travers de ses consommations ou comportements.

Le développement des addictions dans la société s'est déroulé de manière antagoniste. Ce développement est dû aux progrès de la société, de la science (au départ de simples comportements puis l'usage de substances naturelles et aujourd'hui la multiplicité de produits chimiques dérivés) et parallèlement cette même société ne cherchant qu'à réglementer l'usage et l'usager (le tabac et l'alcool peuvent être des exemples – la question de la dépénalisation des drogues douces reste insoluble).

Il y a plusieurs siècles en arrière, notre société encore en proie à la pauvreté pour la plus grande majorité des citoyens, recherchait la satisfaction de besoins essentiels physiques ou psychiques comme nourriture, chaleur, liberté, amour ou santé. Une minorité de personnes pouvaient prétendre à s'offrir la luxure de soucis d'ordre intellectuel, culturel, religieux, ou philosophiques ... Ces plaisirs accessibles et limités pour des raisons financières furent acceptés comme des palliatifs à une vie monotone.

De nos jours, notre société a résolu pour la plus grande majorité les problèmes liés à la satisfaction de nos besoins primaires. Un grand nombre de nouveaux besoins sont donc apparus liés à notre société dite de consommation ; ce qui fut un accélérateur sans précédent du développement des usages et des produits de consommations de pur plaisirs.

L'incertitude quant à l'avenir de notre société, ajouté au développement des plaisirs, engendre un malaise psychique de plus en plus profond chaque jour. Nous pourrions citer en exemple les dérives outrageuses de la quête à l'esthétisme. La tentation de prendre des produits qui apaisent cette morosité ambiante, qui stimulent les sens, qui semblent nous rapprocher de nos icônes artificielles s'est considérablement accrue ces dernières années.

La période actuelle place la valeur essentielle comme étant la recherche d'un bien-être physique et moral non plus le simple besoin de survivre, l'excès représenté par une addiction devient rapidement un rejet. Parallèlement, le développement du phénomène « addiction » sépare notre société encore un peu plus, entre laxisme d'un côté (pro légalisation) et puritanisme de l'autre (anti légalisation).

L'exemple de la dépénalisation des drogues dites « douces » en Europe n'est pas partagé :

- Suite à un référendum en 1993, les italiens font partie du camp des pays à la législation dite « tolérante ». Une proposition visant à dépénaliser la consommation a été votée avec 55,4% de voix. Donc, les consommateurs ne vont plus en prison, et les médecins ne sont plus tenus de communiquer à la police le nom des drogués qu'ils soignent et les médicaments de substitutions sont prescrits librement.
- Depuis 1983, en Espagne la consommation personnelle est dépénalisée. La vente, la détention et le trafic sont interdits.
- En avril 1994, la cour constitutionnelle de justice en Allemagne a décidé une dépénalisation de fait de la possession de haschich ou de marijuana. En revanche, la vente, l'importation ou le don en grandes quantités restent punissables de prison.
- En Hollande, les drogues dures et douces ne sont plus rangées dans le même panier depuis 1976. Les drogues douces sont en vente libre dans les coffee-shop.
- Le Canada a promulgué en 2001 une nouvelle loi permettant la culture ou l'achat de la marijuana sur la simple présentation d'un certificat médical pour les personnes dont l'espérance de vie est inférieure à 1 an afin de soulager les douleurs.
- En France et au Royaume Uni, les drogues douces sont interdites au même titre que les drogues dures.

2.3.5.2. L'addiction, une représentation ambivalente

Si le concept d'addiction n'est pas encore établi auprès du grand public, les termes « drogue, drogué, toxico, junki » définissent une habitude quasi compulsive à l'objet.

Paradoxalement, l'alcool et le tabac ne sont pas identifiés comme étant potentiellement des "drogues". En effet, l'alcool et le tabac étant d'un usage courant dans la population, comment accepter notre propre comportement comme celui d'un « addict ».

Le terme « drogué » renvoie une image forte, celle d'un individu habité par le seul désir d'entretenir sa relation à l'objet, celle d'un individu faible, victime de son objet et attendant toujours plus.

Afin de décrire l'addiction, nous pouvons considérer deux aspects :

- nous l'observons dans son déroulement : où/quand elle a commencée, et, comment a-t-elle évoluée jusqu'au moment de son observation ;
- nous étudions les caractéristiques de "l'unité addictive" c'est à dire chacun des actes qui constituent l'addiction.

2.3.5.2.1. Les chemins de l'addiction

L'addiction est résultat d'un parcours. On ne nait pas ou n'est pas « addict » mais on le devient.

Même s'il existe bien une hérédité ou une addiction acquise à la naissance notamment dans le cas des mères toxicomanes notre propos se définit dans le cheminement.

Chaque personne qui pénètre dans l'univers des relations à un objet va faire face à des choix, à des mouvements vis à vis de cette relation (arrêt, reprise, retour en arrière). L'état présent est défini par l'individu vis à vis de son addiction comme n'étant pas définitif.

Les étapes dans l'addiction sont différentes selon l'objet, d'une part, et selon les individus, de l'autre.

Les premiers pas à l'objet sont volontaires et tout à fait conscient. Les addictions débutent le plus souvent à l'adolescence, période durant laquelle l'individu est intéressé par son image et celle qui renvoie aux autres. Les raisons sont le plus souvent futiles et ne sont pas en liens avec la personnalité. La plupart du temps il s'agit de faire une nouvelle expérience interdite jusque-là.

Ces premiers usages sont généralement accomplis avec d'autres et à leur instigation. Ils donnent à l'individu le sentiment d'appartenir à un groupe plus valorisant que sa propre condition. Ces actes, apportent un sentiment de bien-être, sont généralement sans inconvénients si l'on s'en tient à quelques usages.

Progressivement, l'habitude s'installe ou s'intègre dans la vie de l'individu. Différemment, de la première étape, il n'a plus besoin d'initiateur et peut faire face seul à son désir. Il l'a fait, il sait le faire, il peut le faire. Cette nouvelle étape est variable selon l'objet et la personnalité de la personne. Ainsi, l'expérience qu'il a vécue à son initiation, et, le sentiment après sa consommation peuvent avoir un effet quasi curatif pour l'individu. Pour d'autres, ils vont trouver un équilibre interne par l'utilisation de l'objet. A chaque moment de mal être, ils auront tendance à y remédier par l'objet et leur habitude devient très spécifique. Cette étape est plus ou moins longue selon l'individu et peut même être indéfinie.

Certains individus ne trouveront pas d'équilibre dans une situation intermédiaire. La situation psychique de base et les circonstances environnementales sont propres à faire basculer l'individu dans un nouvel état. Etat où la personne va se sentir « obligée » de consommer, de s'isoler pour s'évader afin de sortir de la souffrance psychique dans laquelle elle se trouve. Une escalade progressive et douce due à la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. L'addiction s'installe alors, elle est caractérisée par un état de besoin, de manque et de dépendance. L'addiction a tendance à faire un tout, et c'est ce tout qui devient la caractéristique de l'individu. Les malaises se rapprochent, les comportements se rapprochent aussi, l'individu ne tient plus les comptes, il est de plus en plus isolé. Le fait de consommer n'entraîne plus aucun plaisir positif. Le fait de leur addiction a annihilée pour partie toutes les autres facettes de leur personnalité. Ce phénomène d'annihilation des autres facettes de la personnalité est variable selon l'objet mais l'héroïne semble être la plus dévastatrice.

2.3.5.2.2. L'unité addictive

La notion d'unité addictive peut être caractérisée en 4 points : mode, l'objet, le sentiment et l'autonomie. L'unité addictive représente les caractéristiques communes de tout acte addictif.

Le mode

L'usage de l'objet obéit chez l'addict à une impulsion qui surgit à l'intérieur de lui-même. Cette impulsion est ressentie à la fois comme personnelle (sa relation à l'objet est unique et n'est pas comparable à la relation des autres vis à vis du même objet) et à la fois comme incompréhensible (il est incapable de comprendre pourquoi il agit ainsi). Cette impulsion vécue comme un acte compulsif est une grande faiblesse de l'addict, il a le sentiment qu'il ne s'appartient plus, que tout son être appartient à son objet qui a une force supérieure à la sienne et contraire à lui-même. Cette compulsion réduit à la pensée à son minimum et reste seulement opératoire : il s'agit alors de mettre en œuvre une relation bien particulière avec le monde extérieur celle du monde des « objets ». L'addict met toute son énergie, son activité et concentre toute ses pensées sur un seul et même objet.

L'objet

Les objets sont pour nous ordinaires. Boire, manger, jouer, faire du sport sont des actes courants, qui nous donnent du plaisir. Dans le cadre d'une addiction l'objet est alors détourné de sa fonction initiale. La nourriture n'est plus pour le boulimique un objet pour combler la faim, se nourrir et se faire plaisir au contraire il en absorbe des quantités importantes puis les rejettent. Les « drogues » sont à l'évidence des médicaments qui sont détournés de leur usage par l'addict. L'individu entretient une relation particulière spécifique avec l'objet. La substitution d'un objet par un autre n'est pas possible en l'état pour un addict. Les autres objets et les actes de la vie ne sont qu'accessoires pour lui, seul compte son objet, son acte. L'objet a une fonction particulière pour l'addict, il induit un effet sur son psychisme : euphorisme, hallucinations, antidépresseur ou calmant. Alcool, drogue, jeux, nourriture ... finissent toujours par envahir la vie de l'individu pour n'être plus que l'essentiel de leur existence. L'usage du tabac est une exception, il est le seul à avoir une activité accompagnatrice de la vie.

L'illusion

Par l'illusion, nous entendons voir les comportements, les effets qu'entraînent les addictions sur l'individu lui-même. En début de parcours, premier comportement est celui du défi, défi auquel répond l'individu généralement auprès des autres, le groupe. Plus l'addiction gagne l'individu au fil du temps, au fil de ses actes, plus celle-ci est intériorisée et prend de l'ampleur sur la personnalité de l'individu. L'addict rejette en partie la société, il pense qu'elle lui impose règles, valeurs, principes et interdictions. Il pense pouvoir être libre, en parallèle de celle-ci et vivre à travers le monde intérieur qu'il s'est créé. Tous les moments de pratiques ou de consommations pour les produits, sont des moments de plaisirs. Une fois interrompus ces moments deviennent insoutenables, le déplaisir. L'individu doit alors retrouver le plaisir perdu, souvent plus car le temps écoulé entre deux est moment de malaise, de vide, d'angoisse, de culpabilité et de manque. Ainsi l'engrenage addictif prend sa forme, il faut à l'addict toujours plus de plaisir pour combler la souffrance entre deux actes. Il y a chez l'addict, l'illusion qu'il dominera sa souffrance, qu'il dominera son comportement et emportera son défi sur la société.

L'autonomie

L'autonomie est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite ou en quelque sorte sa propre loi. Cependant, l'autonomie n'est pas naturellement acquise ; elle ne peut se construire que par l'environnement social et, dans une perspective de durabilité et de soutenabilité des contraintes environnementales naturelles. Cependant pour l'addict, l'autonomie va se caractériser par l'auto-administration, l'auto-érotisme et l'autodestruction. L'acte d'un addict est un acte auto-administré, rien ne doit être reçu de l'autre, rien ne doit faire naître un sentiment de dette. Demander de l'aide pour un addict est une démarche de

dernière heure et qui est contraire à sa personnalité. L'acte d'un addict est un acte d'auto-érotisme raté, comme si à chaque fois, l'acte est raté et doit être répété jusqu'au succès. C'est seulement lorsque l'acte rend le sujet physiquement incapable de continuer qu'il s'arrête. Les actes d'un addict sont autodestructeurs. Les addictions s'attaquent la plus part du temps au corps et au psychisme. Les désordres psychiques dus directement ou indirectement à l'addiction amènent une sorte de paralysie psychique vis à vis de son corps et des autres.⁴⁰

2.4. Evolutions des consommations et des comportements

Parmi les déterminants de la santé suivis par les grands instituts nous trouvons seulement le tabac et l'alcool en corrélation avec les addictions.

Les addictions sont responsables de décès directs (par exemple cancer du poumon) ou sont des facteurs de risque aggravant et entraînant le plus souvent un décès prématurés (VIH).

2.4.1. Organisation de Coopération et de Développement Économiques

La détermination du panel s'est faite à partir de 2 critères :

- la disponibilité des données dans les pays industrialisés ;
- la répartition entre Europe et hors Europe ;

Ainsi à partir de la base de données de l'OCDE nous avons retenu 3 pays européens (France, Royaume Uni et Suède) et 3 pays hors Europe (États-Unis, Canada et Japon).

2.4.1.1.1. Consommation de tabac chez les adultes

Excepté la Suède, tous les pays du panel ont vu leur quantité de tabac consommée diminuée sur les 10 dernières années (des baisses allant de 13 à 32 % sur la période).

Comme pour la quantité de tabac consommée, le part des fumeurs réguliers dans la population des plus de 15 ans a également diminuée dans tous les pays (des baisses de 3 à 27 % sur la période).

Paradoxalement, il est noté que (figure 19) :

- le Japon est le plus gros consommateur de tabac avec près de 2700 grammes par an et per capita 15+ ;
- la France, le Royaume-Uni et le Japon ont la plus grande proportion de fumeurs réguliers dans leur population (entre 24 et 28 % des plus de 15 ans) ;

⁴⁰ Odile LESOURNE. « La genèse des addictions ». PUF (2007).

- la France est le pays où la baisse de la part des fumeurs dans la population est la moins importante, pire la part des fumeurs dans la population féminine est en augmentation + 6 % sur la période.

Ensemble de données : Déterminants Non-Médicaux de la Santé
Consommation de tabac

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Moy
Grammes per capita (15+)	Canada	1510	1429	1294	1203	1108	1020					1260,7
	France	1636	1633	1571	1377	1153	1132	1136	1107	1080	1088	1291,3
	Japon	2995	2933	2861	2731	2662	2595	2455	2341			2696,6
	Suède	1631	1671	1713	1679	1654						1669,6
	Royaume-Uni	1259	1212	1224	1209	1178	1134	1007	1008	950	1093	1127,4
	États-Unis	1542	1588	1542	1452	1406	1315	1315	1225			1423,1
% population âgée 15+ fumant quotidiennement	Canada		22,3		18,6		17,3		18,4	17,5	16,2	18,4
	France	27	27	26		23,4		25,9		26,2		25,9
	Japon	32,9	32,7	30,9	30,3	29,4	29,2	26,3	26	25,7	24,9	28,8
	Suède	18,9	18,9	17,8	17,5	16,2	15,9	14,5	14	15	14,3	16,3
	Royaume-Uni	27	27	26	26	25	24	22	21	22	21,5	24,2
	États-Unis	19,1	18,7	18,4	17,5	17	16,9	16,7	15,4	16,5	16,1	17,2
% femmes âgées 15+ fumant quotidiennement	Canada		20,1		16,9		15,5		16	15,1	14,2	16,3
	France	21	21	21		19,1		21,4		22,3		21,0
	Japon	13,7	14,7	14	13,6	13,2	13,8	12,4	12,7	12,9	11,9	13,3
	Suède	21	19,9	19,3	18,3	17,5	18	16,7	15,2	16,8	15	17,8
	Royaume-Uni	26	26	25	24	23	23	21	20	21	20,7	23,0
	États-Unis	17,3	17,1	16,5	15,7	15,1	14,9	14,5	13,7	15,1	14,4	15,4
% hommes âgés 15+ fumant quotidiennement	Canada		24,6		20,4		19,1		20,3	19,9	18,2	20,4
	France	33	32	32		28,2		31		30,6		31,1
	Japon	53,5	52	49,1	48,3	46,9	45,8	41,3	40,2	39,5	38,9	45,6
	Suède	16,8	17,9	16,3	16,7	15	13,9	12,3	12,9	13,1	13,5	14,8
	Royaume-Uni	28	28	27	28	26	25	23	22	22	22,3	25,1
	États-Unis	21,2	20,3	20,5	19,4	19	19,1	19	17,1	17,9	17,9	19,1

Données extraites le 26 juil. 2011, 12h22 UTC (GMT), de OECD.Stat

Figure 19 - Evolution de la consommation de tabac

2.4.1.2. Consommation d'alcool chez les adultes

A part le Canada et les Etats-Unis, la consommation d'alcool a diminué dans les autres pays du panel sur les 10 dernières années (figure 20)

La consommation d'alcool au Canada et aux Etats-Unis a continué de croître entre 7 et 8 % sur la même période (figure 20).

Paradoxalement, ces deux pays ne sont pas les principaux consommateurs d'alcool, puisque la moyenne consommée est de 8 litres d'alcool par an et per capita de 15+.

De plus, la France et le Royaume-Uni sont les deux pays les plus consommateurs de notre panel (13 et 11 litres par an et per capita 15+).

Ensemble de données : Déterminants Non-Médicaux de la Santé
Consommation d'alcool
Litres per capita (15+)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Moy
Canada		7,6	7,6	7,7	7,7	7,8	7,8	8	8,1	8,2	8,2	7,9
France		14,1	14,2	13,9	13,4	13,1	12,7	12,9	12,7	12,3		13,3
Japon		8,6	8,6	8,4	8,3	8,2	8,5	7,9	7,7	7,5	7,4	8,1
Suède		6,2	6,5	6,9	6,9	6,5	6,6	6,9	6,9	6,9	7,4	6,8
Royaume-Uni		10,4	10,7	11	11,2	11,5	11,4	11	11,2	10,8	10,2	10,9
États-Unis		8,2	8,3	8,3	8,3	8,4	8,4	8,6	8,7	8,8		8,4

Données extraites le 26 juil. 2011, 12h48 UTC (GMT), de OECD.Stat

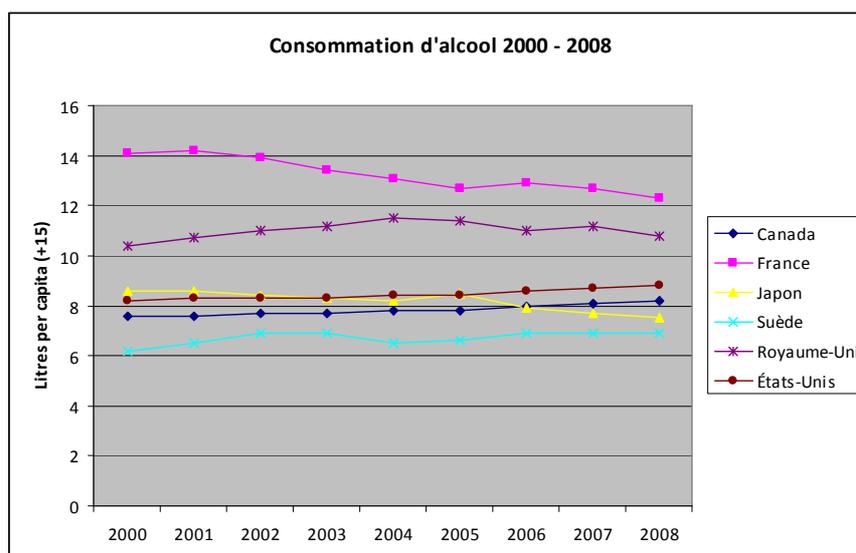


Figure 20 - Evolution de la consommation d'alcool

2.4.2. Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Une vue d'ensemble hiérarchisant les produits en termes de nombre de consommateurs est possible à partir des résultats du Baromètre santé 2010, complétés par les résultats d'autres enquêtes en population adolescente (figure 21).

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur du nombre des usagers.

Les substances licites, alcool et tabac, demeurent les produits les plus consommés dans la population, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien. Le tabac s'avère moins expérimenté que l'alcool (35,5 millions vs 44,4 millions de personnes), mais nettement plus souvent consommé quotidiennement (13,4 millions vs 5,0 millions de personnes).

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2008 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du rectorat de Toulouse)

// : non disponible

Définitions

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

- Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.

- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois ou d'au moins 120 fois au cours de l'année.

NB : le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (date mise à jour du recensement) est d'environ 49 millions.

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur du nombre des usagers. Une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

Figure 21 - Nombre de consommateurs de substances psychoactives en France

Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée, avec 13,4 millions de personnes à l'avoir déjà essayé. Son usage régulier (figure 21) concerne plus de un million de personnes en France. La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le

plus consommé, se situe bien en deçà et touche environ dix fois moins de personnes, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage dans l'année.

Parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, les consommations apparaissent très différentes selon le sexe et l'âge (figure 22). Pour tous les produits, les hommes se révèlent plus consommateurs que les femmes.

Tableau 2 - Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en %)

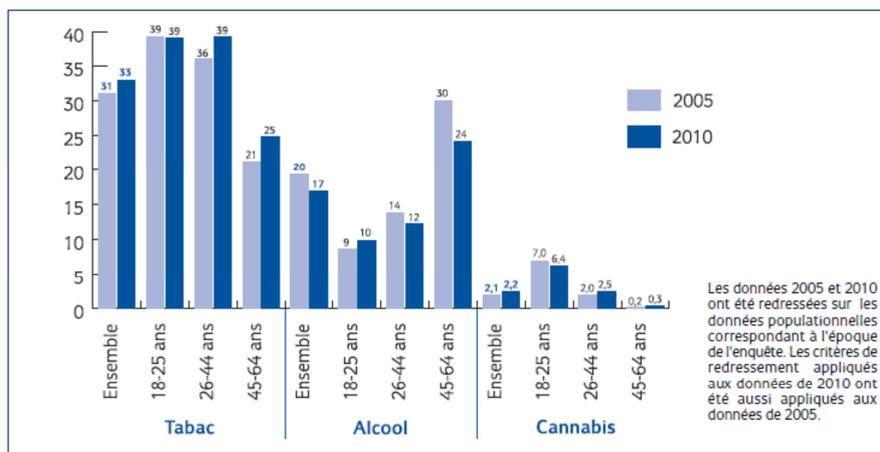
	Ensemble n = 21 818	18-25 ans n = 2 899	26-34 ans n = 3 872	35-44 ans n = 5 368	45-54 ans n = 4 637	55-64 ans n = 5 042	Hommes n = 9 866	Femmes n = 11 952
Alcool	94,9	91,8	92,3	95,5	96,5	97,0	96,5	93,3
Tabac	78,3	76,3	79,7	79,5	80,1	75,4	82,7	74,2
Cannabis	32,8	47,3	51,7	38,0	22,6	10,1	40,5	25,4
Poppers	5,3	10,8	7,9	6,6	2,4	0,5	7,2	3,4
Cocaïne	3,8	6,0	7,6	3,7	2,2	0,6	5,5	2,2
Champ. hall.	3,2	4,9	6,7	3,0	1,9	0,5	4,9	1,6
Ecstasy /MDMA	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1	4,0	1,4
Colles et solvants	1,9	2,7	3,2	2,2	1,4	0,3	2,7	1,1
LSD	1,8	2,1	3,4	1,4	1,3	0,9	2,7	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2	2,2	1,3
Héroïne	1,2	1,4	2,1	1,5	1,1	0,2	1,9	0,6

Source : Baromètre santé 2010, INPES

Figure 22 - Expérimentation des substances psychoactives selon l'âge

Les consommations régulières de tabac et de cannabis et l'expérimentation d'autres substances illicites sont moins élevées chez les plus âgés, à l'inverse de la consommation régulière d'alcool (figure 23).⁴¹

Figure 1- Évolutions des consommations régulières d'alcool et de cannabis et quotidiennes de tabac entre 2005 et 2010 suivant l'âge parmi les 18-64 ans (en %)



Source : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES

Figure 23 - Evolution des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis entre 2005-2010

2.4.3. Approche épidémiologique des addictions en France

⁴¹ OFDT. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 » - Revue « Tendances » 2011

Toutes les addictions ont des retentissements aussi bien sur la santé que sur la vie sociale du sujet. Plusieurs maladies et complications au niveau de l'organisme peuvent également apparaître sous l'effet de la dépendance, mais elles varient en fonction du type de produit ou de comportement créant l'addiction.

2.4.3.1. Alcool

La consommation d'alcool provoque des dommages sanitaires et sociaux. Elle expose tout d'abord à des risques pour la santé, variables selon les quantités absorbées, et qui dans certains cas peuvent conduire au décès. La consommation d'alcool représente un risque majeur, en particulier pour les nombreux Français qui croient que le seuil de danger est plus élevé, ou, sous-estiment leur consommation. En effet, l'alcool est responsable d'environ 45 000 morts chaque année en France (soit 8 % de tous les décès).

Selon Ministère de la Santé, en 2009, en France, parmi les décès liés à l'alcool, on dénombrait :

- 10 000 décès par cancer (essentiellement des voies aérodigestives supérieures),
- 6 900 décès par cirrhose,
- 3 000 décès par psychose et dépendance alcoolique,
- 2 200 décès par accident de la route.

Au total, l'alcool est à l'origine de 14 % des décès chez les hommes et de 3 % chez les femmes.

Sur la base de l'ensemble des maladies provoquées par la consommation d'alcool (cancers, cirrhose, traumatismes dus à des accidents de la route ou domestiques survenus sous l'effet de l'alcool, etc.), on estime que 1,3 million de séjours hospitaliers sont liés à l'alcool / an.

2.4.3.2. Tabac

Le tabac contient de la nicotine, qui possède un effet « éveillant », anxiolytique et coupe-faim. Les produits du tabac sont composés d'additifs. La combustion de ces produits crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons...) nocifs pour la santé.

L'ensemble de ces composants agit en particulier sur :

- la fonction cardiovasculaire : le tabac augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et détériore les artères. Les risques coronariens et les décès par infarctus du myocarde sont deux fois plus élevés chez les fumeurs. Ces risques vasculaires touchent aussi les artères du cerveau et des membres inférieurs.
- la fonction respiratoire : les fumeurs s'exposent à des troubles au niveau de tout l'appareil respiratoire, notamment au risque de bronchite chronique et au risque de cancer du poumon ;
- la fonction digestive : la nicotine augmente la sécrétion des acides gastriques et agit sur le système nerveux central.

Le tabac limite l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles. Il est responsable de maux de tête, de vertiges et d'une diminution de la résistance à l'exercice.

Le tabac est directement à l'origine de bronchites obstructives chroniques et de certains

cancers (poumon, voies aérodigestives supérieures et vessie). Il favorise également un grand nombre de pathologies (maladies cardio-circulatoires, cancer de l'œsophage et du col utérin) et les fausses couches chez la femme enceinte. S'ajoutent à cela les risques subis par les nourrissons nés de mères fumeuses.

Neuf décès liés au tabac sur 10 concernent les hommes. Ces décès représentent 32 % de la mortalité dans la classe d'âge des 35-69 ans. Chez les femmes, 2 % de la mortalité est liée au tabac ; elle est probablement sous-estimée.

Mais les évolutions sont différentes chez les uns et les autres :

- Baisse marquée de la mortalité masculine par cancer du poumon depuis le milieu des années 1990, surtout chez les 35-44 ans ;
- Croissance continue de la mortalité féminine liée au tabac depuis 1980, mais mortalité par cancer du poumon quasi-stable chez les 35-44 ans.

Ces évolutions de la mortalité sont en lien avec celles observées pour les consommations chez les hommes et chez les femmes.

Localisation du cancer	Hommes		Femmes		Total	
	FA %	Nombre de décès par cancers liés au tabac	FA %	Nombre de décès par cancers liés au tabac	FA %	Nombre de décès total par cancers liés au tabac
Cavité buccale	63 %	823	17 %	70	52 %	893
Pharynx	76 %	1 589	44 %	136	73 %	1 725
Œsophage	51 %	1 594	34 %	242	48 %	1 836
Larynx	76 %	963	65 %	98	75 %	1 061
Trachée, bronches, poumons	83 %	18 290	69 %	4 355	81 %	22 644
Foie	38 %	2 096	17 %	329	33 %	2 426
Pancréas	25 %	1 065	17 %	681	21 %	1 745
Estomac	31 %	945	14 %	240	25 %	1 185
Reins	26 %	639	12 %	156	21 %	795
Col de l'utérus*	--	--	23 %	355	23 %	355
Vessie	53 %	1 879	39 %	446	51 %	2 325
Total	--	29 883	--	7 107	--	36 991
% tous cancer	34 %	--	12 %	--	25 %	--

Figure 24 - Fraction attribuable et mortalité des cancers par le tabagisme en France (2006)

* : prenant en compte le certificat de décès portant la mention « utérus » sans autre précision ; FA : fraction attribuable.

Source : Données INVS de juin 2009 (Hill C. 2009 ; IARC, 2007) traitement INCa

2.4.3.3. Drogues et médicaments

2.4.3.3.1. Cocaïne et ses dérivés

La cocaïne se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche, cristalline et sans odeur. Elle est extraite des feuilles de cocaïer.

Lorsqu'elle est « sniffée », elle est appelée « ligne de coke » ; elle est aussi parfois injectée par voie intraveineuse ou fumée, principalement sous forme de crack (ou free base).

La cocaïne provoque :

- Une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins. Les tissus, insuffisamment irrigués, manquent d'oxygène, et se détériorent (nécrose). C'est notamment souvent le cas de la cloison nasale avec des lésions perforantes chez les usagers réguliers.
- Des troubles du rythme cardiaque. Ils peuvent être à l'origine d'accidents cardiaques, notamment chez des personnes fragiles et/ou qui consomment de fortes quantités de tabac.
- Des troubles psychiques, une grande instabilité d'humeur, des délires paranoïdes ou des attaques de panique.
- Une augmentation de l'activité psychique et, par conséquent, des insomnies, des pertes de mémoire et des phases d'excitation.

Une autre caractéristique de la cocaïne est de lever les inhibitions, ce qui peut conduire à des actes de violence, des agressions sexuelles, des dépenses compulsives, etc. La sensation de « toute-puissance » entraînée par la cocaïne peut engendrer des passages à l'acte.

En outre, les matériels utilisés pour « sniffer » peuvent transmettre les virus des hépatites B et C, s'ils sont partagés entre plusieurs usagers. En cas d'injection, le matériel partagé peut transmettre le virus du sida et des hépatites B et C.

2.4.3.3.2. Cannabis

Une prise de cannabis entraîne en général une euphorie modérée et un sentiment de bien être suivi d'une somnolence mais aussi un affaiblissement de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention. Le cannabis diminue les capacités de mémorisation et d'apprentissage, mais une prise peut également donner lieu à des symptômes psychiatriques : hallucinations et troubles anxieux très intenses. Une consommation soutenue peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, à une fatigue physique et intellectuelle, à des difficultés de concentration et de mémorisation et à une humeur dépressive.

Des études montrent l'impact de la consommation de cannabis sur la santé dans plusieurs domaines : les accidents de la route, certains cancers, certaines pathologies de l'appareil circulatoire et respiratoire, et certaines pathologies mentales. Les effets peuvent être liés soit au principe actif du cannabis (Delta9-THC) soit aux substances résultant de sa combustion (goudrons). Les produits ajoutés au cannabis de manière intentionnelle (coupe) ou involontaire (contaminants) pourraient plus rarement intervenir dans l'apparition de pathologies.

Sur le plan somatique, peu de pathologies ont été décrites comme étant en lien avec une consommation aigüe de cannabis (en dehors des accidents de la route sous l'emprise de ce produit). De rares risques d'infarctus du myocarde (où le cannabis interviendrait comme facteur déclenchant), de troubles du rythme voire d'accidents vasculaires cérébraux ont toutefois été cités. Les conséquences d'une consommation chronique de cannabis fumé, plus fréquentes, se rapprochent quant à elles des tableaux cliniques observés avec le tabac puisque sont retrouvés des risques de cancers (poumon et voies aéro-digestives supérieures essentiellement ; vessie, prostate ou cancer du col utérin plus rarement). Des maladies respiratoires chroniques (bronchopathies) sont parfois retrouvées tout comme plus rarement encore des maladies infectieuses (infections sexuellement transmissibles, sous tendues en partie par une prise de risques sexuels en cas de consommation de cannabis).

Sur le plan psychologique, des troubles de sévérité variable peuvent survenir lors d'une consommation aiguë de cannabis qu'il s'agisse le plus souvent de troubles anxieux (rapportés par près d'un quart des usagers) ou de troubles psychotiques aigus avec idées délirantes et/ou hallucinations pouvant persister jusqu'à un mois après la consommation de cannabis. L'exposition prolongée et la présence de troubles psychotiques peuvent également évoluer par la suite sous forme d'un trouble chronique à type de schizophrénie ; même si la survenue d'un tel trouble est relativement rare (1 personne sur 10 000) et d'origine souvent multifactorielle. Des troubles dépressifs et anxieux peuvent également être rencontrés en cas de consommation chronique de cannabis tout comme un « syndrome amotivationnel » caractérisé notamment par une perte d'intérêt généralisé et une fatigabilité importante. Si la consommation de cannabis peut entraîner la survenue de troubles psychiatriques ou aggraver des troubles préexistants il n'est pas possible à l'heure actuelle d'identifier les personnes particulièrement vulnérables à l'apparition de ce type de complications.

Selon les données de l'OFDT, en 2005 la France compte 1,2 million de consommateurs réguliers de cannabis (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours), dont 550 000 consommateurs quotidiens parmi les 12-75 ans. Le cannabis est, de loin, le produit illicite le plus consommé par la population française, en particulier chez les jeunes, et surtout les garçons.

En effet, on remarque une évolution importante de l'expérimentation des jeunes de 17 ans entre 1993 et 2005 (figure 25). À 17 ans, un jeune sur deux déclare avoir fumé du cannabis au moins une fois dans sa vie.

C'est le produit illicite le plus précocement expérimenté. L'expérimentation se fait en moyenne vers 15 ans. Les garçons sont davantage concernés et commencent plus jeunes.⁴²

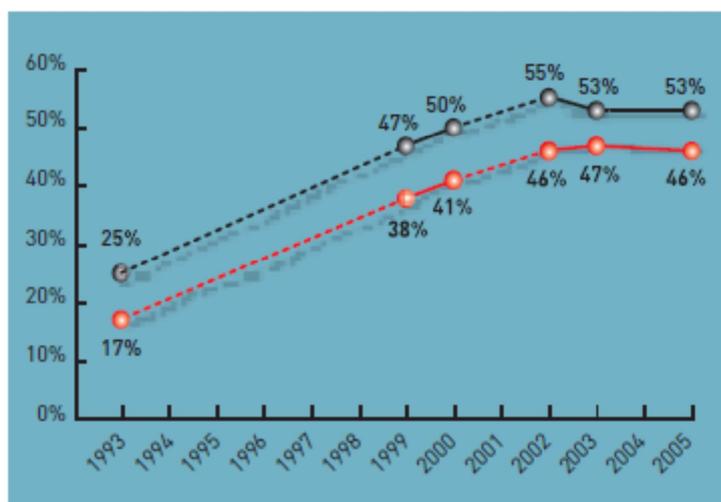


Figure 25 - Evolution de l'expérimentation du cannabis à 17 ans entre 1993 et 2005

— garçons
— filles

⁴² Beck F. et Legleye S. « Les jeunes et le cannabis ». Regards sur l'actualité. 2004 ; 294 : 53-65. Paris : La Documentation française.

Parmi les personnes accueillies dans les centres spécialisés en 2003, le cannabis est à l'origine de 27 à 29% des demandes de soins en centres spécialisés, qui ont notablement augmenté depuis la fin des années 1990⁴³. Pour répondre à ces demandes spécifiques, des consultations spécialisées, anonymes et gratuites, ont été mises en place en 2005 dans tous les départements.

Une étude récente évalue à 230 le nombre de décès par accidents de la route attribuables à la consommation de cannabis⁴⁴. La consommation régulière de cannabis serait également susceptible de provoquer des cancers mais il n'existe pour l'instant aucune estimation du nombre de décès qui pourraient en résulter.

2.4.3.3.3. Héroïne et ses dérivés

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu par synthèse à partir de la morphine, extraite du pavot.

L'héroïne provoque très rapidement l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Cet effet immédiat de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence, accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque. L'héroïne agit ponctuellement comme anxiolytique puissant et comme antidépresseur.

Quand l'usage se répète, la tolérance au produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. En quelques semaines, le consommateur ressent le besoin d'augmenter la quantité et la fréquence des prises. La vie quotidienne tourne autour de la consommation du produit.

La dépendance s'installe rapidement dans la majorité des cas. L'héroïnomane oscille alors entre des états de soulagement euphoriques (lorsqu'il est sous l'effet de l'héroïne) et des états de manque qui provoquent anxiété et agitation. La dépendance à l'héroïne entraîne presque toujours des risques importants de marginalisation sociale.

Des troubles apparaissent très vite, dont l'anorexie et l'insomnie.

La surdose (ou overdose) à l'héroïne provoque une dépression respiratoire souvent mortelle. Généralement provoquée par une consommation importante de produit, elle peut aussi survenir avec des doses relativement faibles, notamment lors d'une reprise de consommation après une période d'abstinence.

⁴³ Palle, C. Bernard, C. Lemieux, C. CSST en ambulatoire – « tableaux statistiques 1998-2003 ». Saint-Denis: OFDT, 2005, 30.

⁴⁴ Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-B., the SAM Group. « Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study». BMJ, december 2005 ; 331 : 1371.

D'autre part, la pratique de l'injection expose à des infections locales (abcès) lorsqu'une bonne hygiène n'est pas respectée. Surtout, la mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation expose à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida (VIH) ou de l'hépatite C. C'est pour enrayer le phénomène de contamination qu'a été mise en place à partir de 1987 une politique de réduction des risques.

Une autre approche de l'épidémiologie des addictions à l'héroïne et ses dérivés sont les traitements de substitutions : buprénorphine et méthadone.

Nombre de patient sous méthadone en 2003 : de 11 000 à 17 000

Nombre de patients sous buprénorphine en 2003 : de 72 000 à 85 000.⁴⁵

2.4.3.3.4. Ecstasy

L'ecstasy désigne un produit (comprimé, gélule, poudre) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (méthylène dioxy métamphétamine), responsable des effets psycho-actifs qui combinent certains effets des stimulants et ceux des hallucinogènes.

L'ecstasy provoque une certaine euphorie, une sensation de bien-être et de plaisir qui peut être ressentie dans un premier temps, mais parfois, au contraire, survient une sensation d'angoisse, une incapacité totale à communiquer. En général, les effets durent entre deux et quatre heures avant "la descente", qui s'apparente à une forme de dépression plus ou moins intense.

La consommation de MDMA peut entraîner des nausées, des sueurs, des maux de tête. Surtout, elle peut provoquer une déshydratation de l'organisme et une élévation de sa température (hyperthermie), d'autant plus forte que le consommateur se trouve dans une ambiance surchauffée et fait un effort physique important, comme souvent lors de fêtes ou de raves.

Des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations), des troubles digestifs et des pertes de connaissance ont été décrits. Des accidents graves ont été reliés à la consommation d'ecstasy : décès par hyperthermie, arythmies cardiaques. Ils sont cependant rares.

Une consommation régulière entraîne avec le temps un amaigrissement et, parfois, une irritabilité. L'ecstasy peut provoquer une forme de dépendance psychique. Des dépressions graves, nécessitant un traitement médical, peuvent survenir en cas d'usage intense.

Enfin, des études scientifiques ont établi que des lésions de cellules nerveuses sont possibles à la suite de consommations de MDMA. On ne sait pas à ce jour si elles sont réversibles. Elles pourraient entraîner des maladies dégénératives ou être responsables de dépressions.

⁴⁵ Cadet-Taïrou, A., et al. « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 ». Tendances, 2004(37): p. 1-2.

2.4.3.3.5. Médicaments psychoactifs

Prescrit et utilisé avec discernement, un médicament psychoactif permet d'atténuer ou de faire disparaître une souffrance psychique : anxiété, dépression, troubles délirants, etc.

Un médicament psychoactif est prescrit par un médecin. Après examen, celui-ci établit un diagnostic et, s'il l'estime nécessaire, détermine le traitement adapté à l'état de santé du patient.

Un grand nombre de personnes demandent à leur médecin des médicaments pour faire face à des troubles provoqués par leurs difficultés quotidiennes. On peut citer les personnes âgées confrontées à la solitude, les personnes soumises à une surcharge de responsabilités, celles exposées au stress ou à un événement éprouvant.

Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de prescription de médicaments psychotropes. Ces troubles peuvent être transitoires, occasionnels ou devenir chroniques. Dans tous les cas, les prescriptions ont une durée limitée (à un mois) : tout renouvellement donne lieu à une nouvelle consultation.

Les effets des médicaments psychoactifs diffèrent selon leur composition chimique, les doses administrées et la sensibilité individuelle du patient.

Associer les médicaments à d'autres substances psychoactives comporte des dangers, d'autant que certaines interactions sont méconnues médicalement. Le mélange avec l'alcool, par exemple, potentialise ou parfois annule les effets des substances absorbées.

Les effets d'un médicament psychoactif diffèrent selon la catégorie à laquelle il appartient :

- tranquillisants ou anxiolytiques ;
- somnifères ou hypnotiques ;
- neuroleptiques ou antipsychotiques ;
- antidépresseurs.

2.4.3.3.6. Surdose ou « Overdose »

On appelle décès par surdose les décès directement provoqués par l'ingestion d'une ou plusieurs substances.

L'overdose est un coma dû à la prise d'un produit, dépresseur ou stimulant, par surdosage. Elle peut conduire, dans les cas extrêmes, jusqu'à la mort du sujet.

L'overdose est due à l'excès de consommation d'un produit souvent trop fort ou coupé avec des produits toxiques ou mélangé à d'autres produits comme des médicaments, des drogues et/ou des produits de substitution ou encore de l'alcool. Il est alors ingéré, accidentellement ou non, en quantité supérieure à la dose limite supportable par l'organisme. Une overdose à des symptômes variables suivant le produit utilisé. Elle peut évoluer parfois vers une urgence vitale et entraîner la mort. Le risque de faire une overdose de drogue est maximal après une période d'abstinence ou dans le cas de poly-toxicomanies.

Bien que couramment associées à l'usage de substances illicites, les surdoses concernent aussi des produits licites, comme les traitements de substitution aux opiacés (TSO), c'est-à-dire la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD), et certains médicaments (sulfates de morphine).

Trois sources d'information sur les décès liés aux usages de drogues existent en France :

- la base de données sur les causes médicales de décès tenue par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) intégré à l'INSERM,
- le fichier de l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS),
- le fichier Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Dans les années 1990, seuls les décès par pharmacodépendances définis dans la 9ème Classification internationale des maladies étaient considérés comme surdose. Dans la 10ème classification, utilisée à partir de 2000, la cause initiale de décès à peu près équivalente a été définie comme « troubles du comportement liés à l'usage de substances ». La notion de troubles du comportement indique qu'il ne s'agit pas d'une intoxication accidentelle mais qu'on se situe dans le cadre d'une addiction. Il se peut que l'on ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si la personne décédée faisait habituellement usage de stupéfiants. La frontière entre comportement addictif, accident, suicide est souvent difficile à tracer.

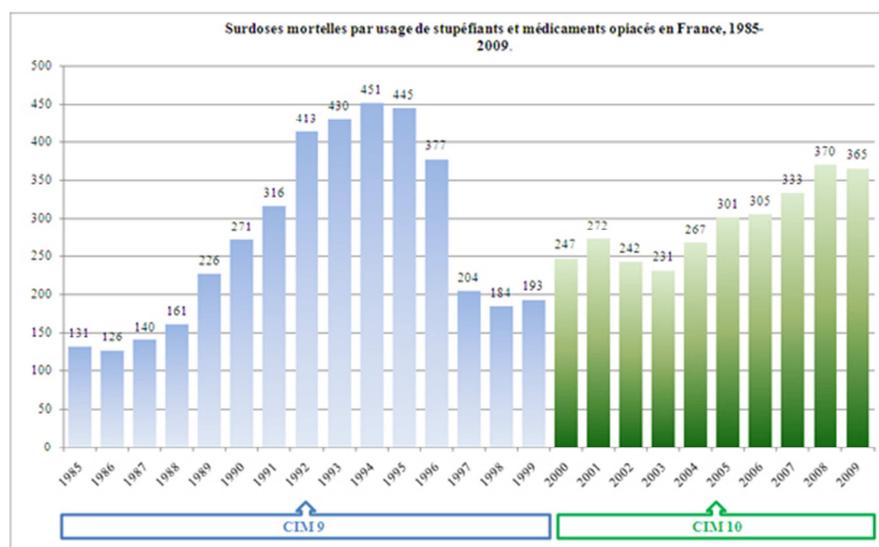


Figure 26 – Evolution des surdoses mortelles par stupéfiants et médicaments opiacés en France entre 1985 et 2009

Le nombre de décès par surdose de produits stupéfiants est en augmentation depuis 2003. Après le pic atteint au milieu des années 1990, le nombre de décès par surdoses avait rapidement reflué sous l'effet, entre autre, du développement des traitements de substitution aux opiacés et d'une désaffection pour l'héroïne. Le changement de la nomenclature utilisée pour indiquer les causes de décès sur les certificats de décès intervenu en 2000 rend difficile la lecture des évolutions au tout début de la nouvelle décennie. Mais plusieurs années après l'introduction de la 10ème classification internationale des maladies (CIM 10), la tendance constatée à la hausse sur les dernières années (2003 – 2009) ne peut être attribuée à un artefact statistique. Cette tendance à la hausse est encore plus nette lorsque l'on considère les individus de 15 à 54 ans, groupes d'âge associés aux usagers actifs de drogue: le nombre de décès recensés était de 208 en 2003 et atteignait 323 en 2009 (+50 %).

Différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer cette augmentation récente du nombre de décès par surdoses de drogues illicites. Plusieurs indices vont tout d'abord dans le sens d'un retour de la consommation d'héroïne : hausse des interpellations pour usage d'héroïne, plus forte disponibilité de l'héroïne (1), circulation d'échantillons d'héroïne de pureté supérieure à 30 %, dans un marché dominé depuis plusieurs années par une héroïne de mauvaise qualité. Les données issues des certificats de décès renseignent assez mal les produits en cause. Des données d'une autre source (DRAMES) moins exhaustive mais exclusivement basée sur des résultats d'analyse toxicologique font apparaître sur les années 2006 à 2009 un accroissement du pourcentage de décès par surdose dans lesquels l'héroïne est impliquée. Cette source montre également une augmentation des décès liés à la consommation de méthadone. L'apparition de jeunes usagers moins sensibilisés aux pratiques de réduction des risques a également été avancée comme explication de la hausse des décès par surdoses. Mais on trouve aussi parmi ces décès par surdoses une part non négligeable de personnes relativement âgées (plus de 64 ans), ce qui ne correspond pas au profil habituel des usagers de drogues. Si on constate bien une tendance au vieillissement des usagers d'opiacés vus dans les centres de soins, la proportion d'entre eux ayant dépassé cinquante ans reste encore relativement faible. L'hypothèse de décès accidentels ou de formes de suicides liés à l'utilisation de traitements antidouleur mériterait d'être explorée. Ce type de décès ne remet pas en cause la tendance à l'augmentation mais contribue à l'amplifier.

Parmi les décès par surdose, on compte un peu moins d'une femme pour quatre hommes.

Les données du graphique ci-dessus reposent sur les certificats de décès collectés et analysés par le CépiDc (INSERM). Les informations figurant sur les certificats de décès ont été codées suivant la nomenclature de la Classification Internationale des Maladies 9e version (CIM 9) jusqu'en 1999, puis de la 10ème classification (CIM 10) depuis 2000. Depuis cette date, les décès pris en compte pour établir le graphique ci-dessus sont ceux correspondant aux codes CIM10 F11-F12, F14-F16 et F19 (troubles du comportement liées à la consommation des différents produits stupéfiants) ainsi qu'aux codes X42 (décès accidentels liés aux stupéfiants), X62 (suicides par usage de stupéfiants) et Y12 (décès par usage de stupéfiants, contexte inconnu). Il s'agit des causes dites initiales, c'est-à-dire ayant directement provoqué les décès. Cette liste de codes est conforme aux recommandations européennes qui visent à l'établissement de statistiques comparables pour les pays de l'Union européenne. Les codes CIM 9 utilisés auparavant correspondaient également aux recommandations européennes.

Ces chiffres souffrent de certaines limites. Certains certificats de décès peuvent tout d'abord ne pas mentionner la présence de stupéfiants, volontairement dans certains cas ou involontairement si l'utilisation de stupéfiants n'est pas connue. Certains décès par surdose peuvent également être classés en « cause inconnue ou mal connue », notamment en cas d'enquête et d'expertise toxicologique. De plus ces données ont longtemps pâti d'un très long délai de mise à disposition qui a pu aller jusqu'à 4 ou 5 ans. Ce délai a récemment été réduit mais il est encore de presque 24 mois (seules les données 2009 étaient disponibles en décembre 2011).

En raison de l'importance des délais de publication des données de l'Inserm, ce sont les données de l'OCRTIS, disponibles quelques mois après la fin de l'année qui ont été utilisées pour la série statistique sur les décès par surdose jusqu'en 2005. Elles correspondaient aux décès par surdoses directement et immédiatement liés aux conditions d'administration de la

substance portées à la connaissance des services de police ou des unités de gendarmerie nationale. Jusqu'à la fin des années 1990 il a pu être constaté une grande similitude entre les chiffres de l'OCRTIS et ceux de l'Inserm. Des écarts pour le nombre de décès et des divergences dans les évolutions sont ensuite apparus, les données de l'OCRTIS montrant une poursuite de la baisse du nombre de décès jusqu'en 2005, alors que celles de l'Inserm allaient dans le sens d'une augmentation depuis 2003. Les données de l'OCRTIS semblaient donc clairement sous-estimer le nombre de décès par surdose.

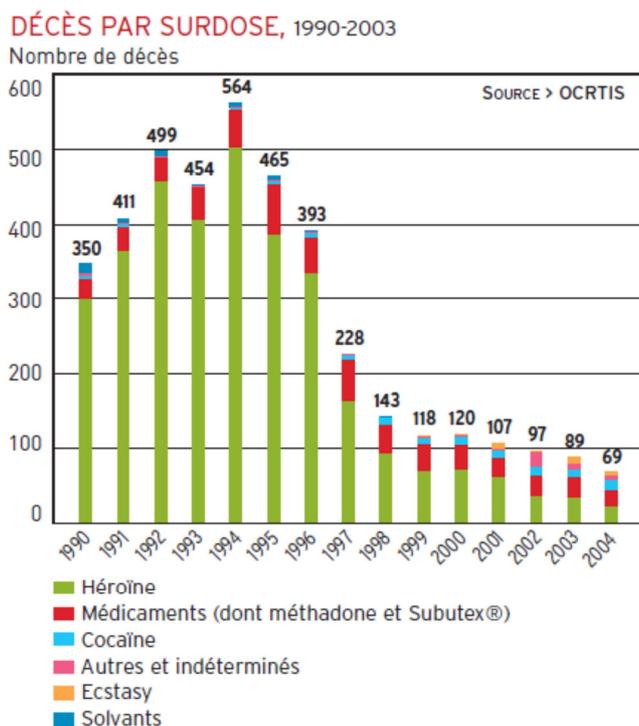


Figure 27 – Evolution des décès par surdose entre 1990 et 2003

Comme le montre les statistiques ci-dessus, le nombre de décès par surdose a chuté de presque 90 % en près de 10 ans (1994 – 2004). La mortalité par surdose d'héroïne est passée de 500 personnes à moins de 50 par an sur la même période. Les principales mortalités par surdose en 2004 sont par utilisation des médicaments, de l'héroïne et de la cocaïne.

L'AFSSAPS a de son côté mis en place dans le cadre du système DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) un recueil de données basé sur les informations fournies par les laboratoires d'analyses toxicologiques et les Instituts médico-légaux (IML). Les limites du système DRAMES tiennent pour l'instant à une couverture non exhaustive et variables des laboratoires et IML, ce qui rendait difficile les comparaisons d'une année sur l'autre. Depuis 2006, le nombre de laboratoires et IML participants est demeuré stable (19 centres, Nice et Strasbourg étant toujours manquant). Les données de DRAMES confirment

néanmoins la sous-estimation des données de décès par surdoses de l'OCRTIS, ainsi que la tendance à la hausse observée par les données du CépiDc au cours des dernières années⁴⁶.

2.4.3.4. Jeu pathologique

Pour qualifier quelqu'un de joueur, il faut qu'il s'adonne à cette activité avec une certaine fréquence, voire qu'il en ait fait une habitude. Selon le sociologue J. P. G. Martignoni-Hutin, le joueur serait, non celui qui joue, mais celui qui rejoue : cette définition peut être considérée comme le minimum requis. Avec Igor Kusyszyn (professeur de psychologie à Toronto), il est possible de distinguer plusieurs grandes catégories de joueurs :

- Les joueurs sociaux : ce sont des personnes qui jouent soit occasionnellement, soit régulièrement, mais dans la vie desquelles le jeu garde une place limitée, celle d'un loisir.
- Les joueurs professionnels.
- Les joueurs pathologiques, addicts, seraient donc une catégorie à part. À la dépendance, s'ajoute dans leur cas la démesure, le fait que le jeu est devenu centre de l'existence, au détriment d'autres investissements affectifs et sociaux.

L'apparition officielle du jeu pathologique comme entité individualisée dans la littérature à visée médicale et scientifique, remonte seulement à 1980, avec son introduction dans le DSM-III.

Selon le DSM-IV (1994), le jeu pathologique est défini comme : pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu.

Une étude menée en France auprès des personnes consultant le service téléphonique SOS. Joueurs (A. Achour-Gaillard) donne un aperçu de la population française des joueurs dépendants. Ce travail met en évidence une très forte surreprésentation des hommes (plus de 90% des sujets), un âge de 25 à 44 ans, la tranche la plus représentée étant les 40- 44 ans. Une majorité de ces joueurs sont mariés, et ont des enfants. La plupart ne jouent qu'à un seul jeu, les femmes surtout aux machines à sous. Une majorité de ces joueurs sont surendettés, et l'altération des relations conjugales est une conséquence fréquente. Près de 20% des joueurs ont commis des délits.⁴⁷

Une autre approche, consiste à différencier les joueurs selon la fréquence et les sommes dépensées :

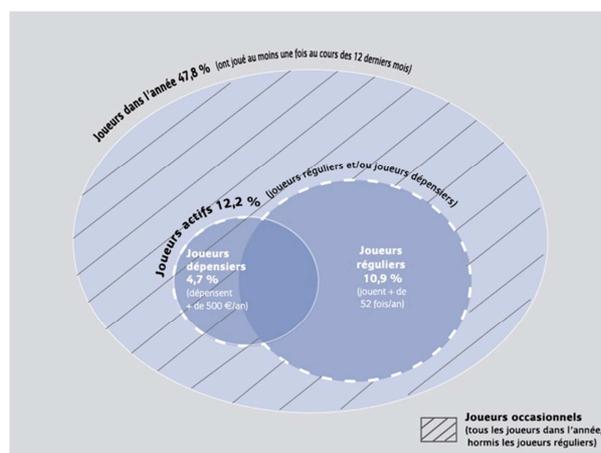
- Joueur dans l'année : a joué au moins une fois au cours des 12 derniers mois
- Joueur actif : a joué au moins 52 fois et/ou a misé au moins 500 euros au cours des 12 derniers mois.

⁴⁶ Source OFDT

⁴⁷ Marc Valleur et Dan Velea. « Les addictions sans drogue(s) ». Revue toxibase n° 6 - juin 2002

- Joueur sans risque : joueur ne présentant aucun critère indiquant qu'il pourrait se trouver en difficulté par rapport à sa conduite de jeu.
- Joueur à risque modéré : joueur répondant à des critères indiquant qu'il pourrait se trouver en difficulté par rapport à sa conduite de jeu.
- Joueur excessif : joueur répondant à des critères indiquant qu'il est en grande difficulté par rapport à sa conduite de jeu.

Ces deux derniers groupes peuvent être assimilés à la population des joueurs problématiques.



Les pourcentages correspondent à des prévalences en population générale
Figure 28 - Prévalence des joueurs dans la population générale

La rareté du phénomène, conjugué au fait que les joueurs en difficulté avec le jeu consultent peu de façon spontanée, ont amené à mettre en place des outils de dépistage en population générale. C'est dans cette optique que plusieurs instruments de mesure ont vu le jour, dont les trois principaux sont le SOGS (South Oaks Gambling Screen), le DSM-IV (vue précédemment) et l'ICJE (Indice Canadien du Jeu Excessif).

Indice canadien du jeu excessif (ICJE)	
Questions :	
	Au cours des douze derniers mois...
	Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
	Avez-vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ?
	Avez-vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ?
	Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
	Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ?
	Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?
	Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ?
	Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre entourage ?
	Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?
Réponses et score associé (par question) :	
Jamais (0), Parfois (1), La plupart du temps (2), Presque toujours (3)	
Calcul du score : somme des scores des 9 items	
Interprétation :	
- Sans risque : 0	
- À faible risque : 1-2	
- À risque modéré : 3-7	
- Excessif : ≥ 8	

Figure 29 - Indice du jeu excessif (Canada)

À partir des réponses des joueurs actifs aux neuf questions du test ICJE, il est possible de calculer le nombre de joueurs à risque modéré et de joueurs excessifs (formant ensemble le groupe des joueurs problématiques).

Au total, pour l'ensemble de la population française, on peut estimer que 0,9 % des individus (400 000 personnes) présentent un risque modéré et que 0,4 % sont des joueurs excessifs (200 000 personnes), soit 1,3 % de joueurs dits problématiques.

La différence par sexe s'accroît avec l'intensité du jeu : les joueurs excessifs sont encore plus souvent des hommes que les joueurs actifs (75,5 % vs 62,7 %) ; ils sont également plus jeunes (41 ans vs 47 ans). La gamme de jeux qu'ils pratiquent est plus large que celle des joueurs actifs sans risque et ils jouent plus souvent sur Internet. Enfin près de la moitié (47,0 % des joueurs excessifs) dépensent plus de 1 500 euros par an contre 7,1 % pour l'ensemble des joueurs actifs.

Outre ce premier constat, Les joueurs excessifs affichent des caractéristiques socio-économiques qui diffèrent sensiblement du reste de la population ; 57,8 % déclarent des ressources financières inférieures à 1100 euros par mois (contre un tiers chez les joueurs actifs). Par corolaire, davantage d'individus n'ayant aucune qualification ni diplôme (36,3 %) est recensé.

A ce portrait social viennent s'ajouter plusieurs comorbidités ; les résultats de l'enquête font apparaître un lien fort entre jeu problématique et usage de produits psychoactifs. L'alcool en premier lieu avec plus d'un quart (26,3 %) des joueurs excessifs sujets à un risque de dépendance (contre 3,2 % en population générale). L'usage du tabac quotidien et des drogues illicites sont également beaucoup plus répandus.

Des études portent sur les effets négatifs des jeux de hasard et d'argent : paupérisation accrue, surendettement, suicide, problèmes familiaux et divorce liés au jeu et co-addictions à des substances (alcool, drogues...).

Des estimations du coût social ont été réalisées à travers des enquêtes mais leurs interprétations restent encore en débat. Au Canada, une enquête menée auprès de joueurs révèle qu'environ 20 % à 30 % des joueurs ont perdu leur emploi et sont en faillites personnelles à cause du jeu. En France, les données de l'association SOS Jeux indiquent que 20 % des joueurs confrontés au surendettement ont commis des délits (abus de confiance, vol, contrefaçon de chèques...).

Pour estimer le coût social, il faut d'abord identifier et évaluer l'ensemble des dommages engendrés par la pratique des jeux de hasard et d'argent. Une étude menée en Australie à la demande de la Productivity Commission chiffre le coût social du jeu à environ quinze euros par habitant et par année, soit environ le coût social estimé en France.⁴⁸

2.4.3.5. Cyberaddiction

⁴⁸ OFDT - <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/jeu.html>

C'est en 1996 que la psychologue américaine Kimberly Young présente à Toronto une conférence intitulée « Internet addiction : the emergence of a new clinical disorder ». Depuis, plusieurs recherches ont été menées afin de mieux cibler cette nouvelle forme d'addiction.

Du point de vue épidémiologique, la cyberaddiction touche de plus en plus les jeunes de moins de 20 ans. De plus, ce trouble tend à se généraliser aux membres des deux sexes. Selon différentes études, 2 à 10% des utilisateurs d'internet développent une addiction.

S'il est difficile de mesurer cette addiction en termes de nombres d'heures passées devant l'écran, il paraît important de tenir compte des dommages que son utilisation crée dans la vie de la personne.

Les symptômes psychologiques de la cyberaddiction sont :

- un sentiment de bien-être et d'euphorie à naviguer sur Internet,
- une incapacité à s'arrêter,
- un besoin d'augmenter de plus en plus le temps consacré à Internet pour obtenir l'effet désiré,
- un manque de temps pour la famille et les amis,
- un sentiment de vide, de dépression, et d'irritabilité quand l'utilisateur est privé d'un ordinateur,
- des mensonges sur ses activités à la famille ou aux amis,
- des problèmes à l'école ou au travail.

Les conséquences peuvent être :

- des maux de tête migraineux,
- des maux de dos,
- le syndrome du tunnel carpien,
- une sécheresse des yeux,
- des repas irréguliers ou sautés, une perte de poids,
- une mauvaise hygiène personnelle,
- des insomnies ou des changements dans le cycle du sommeil.

Les conséquences psychiques peuvent être :

- un désintérêt général,
- un désinvestissement relationnel,
- des symptômes dépressifs,
- des symptômes de l'anxiété,
- une résistance à reconnaître le problème, le déni,
- des problèmes de comportement.

Une étude qui s'intéresse aux comportements des internautes a été réalisée par le cabinet américain JWT sur un panel de 1011 personnes en 2007.

Les résultats parlent d'eux-mêmes quant à la dépendance à internet :

- 15 % ne peuvent s'en passer plus d'un jour

- 21 % ne peuvent s'en passer plus de deux jours
- 19 % ne peuvent s'en passer plus de quelques jours

En clair, plus de la moitié des personnes interrogées admettent ne pas pouvoir s'en passer plus d'une semaine.

Ann Mack, responsable chez JWT : « Les gens nous disent à quel point ils sont inquiets, à quel point ils sont isolés et à quel point ils s'ennuient lorsqu'ils ne peuvent être en ligne. Ils se sentent déconnectés du monde, de leurs amis et de leur famille ».

Les amis et le sexe passent après Internet :

- 48 % indiquent que le téléphone portable et l'accès à Internet sont une partie primordiale de leur vie
- 28 % admettent consacrer moins de temps à leur vie sociale réelle du fait de l'augmentation du temps passé en ligne
- 20 % avouent même avoir une vie sexuelle moins importante à cause du temps passé en ligne.⁴⁹

2.4.3.6. Addiction sexuelle

Le sexe peut devenir une dépendance chez certaines personnes. Parfois cela entraîne, comme une addiction à la drogue, des dégâts considérables pour la personne qui en souffre et pour son entourage proche (conjoint(e)...).

La dépendance sexuelle, comme toute dépendance, comporte plusieurs phases, qui peuvent s'intensifier :

- phase d'obsession (champ psychique dominé par les préoccupations de recherche de stimulations sexuelles) ;
- phase de ritualisation (précède l'acte sexuel) ;
- phase compulsive (exécution de l'acte sexuel précis, et le sujet ne peut pas arrêter ou dominer son comportement) ;
- phase de désespoir (sentiment d'impuissance devant le comportement).

On peut également citer plusieurs symptômes :

- activité sexuelle à un rythme soutenu ;
- un désir sexuel incontrôlable ;
- activités sexuelles dans des situations à risque ;
- pensées sexuelles continues au point d'entraver les activités quotidiennes ou du moins de les ralentir (loisirs, travail...) ;

⁴⁹ <http://www.jwt.com>

- altération des facultés de discernement et de retenue.

La dépendance sexuelle est ainsi, pour certaines personnes, la seule manière possible de vivre leurs sentiments et/ou de faire face aux tensions. De ce fait, les comportements sexuels deviennent le principal mécanisme de défense face au stress.

L'addiction au sexe concerne donc des personnes qui ont une fréquence excessive, non contrôlée et croissante du comportement sexuel. Ils peuvent par exemple multiplier les partenaires de façon exponentielle, ou se masturber jusqu'à se blesser. Selon Florence Thibaut, chercheuse à l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), 3 à 6% de la population sexuellement active serait atteinte d'addiction au sexe, avec une proportion de 8 hommes pour 2 femmes.

2.4.3.7. Dépendance au travail ou « workaholisme »

Un « workaholique » est une personne qui est dépendante de son travail. Ce terme n'est pas un terme médicalement ou psychologiquement reconnu, il n'en est cependant pas moins une réalité professionnelle. Cette addiction est plus connue aux USA ou au Japon où elle est considérée comme un phénomène de société.

C'est vers la fin des années 1960 qu'apparaît la notion de « workaholisme » : une relation pathologique avec le travail. Les personnes qui en souffrent entretiennent une véritable compulsion, consacrant de plus en plus de temps et d'énergie à leurs activités professionnelles au détriment des autres aspects de leur vie. Mais il s'agit d'une dépendance « propre », socialement acceptée et qui suscite même l'admiration. Autrement dit, un mal très sournois.

En France et dans de nombreux pays, travailler fait partie des valeurs fondamentales de la société. De ce fait, le risque de passer d'un travail intense à un travail pathologique de type addictif est accru.

Les experts s'entendent pour établir la différence entre « gros travailleur » et « workaholique ». Le « gros travailleur » prend tous les moyens pour accomplir son travail. Il peut faire des heures supplémentaires lorsque la situation l'exige, mais ses objectifs et ses délais sont clairement définis. Surtout, il décroche une fois la tâche accomplie et recommence à consacrer du temps à sa famille et ses amis.

Le « workaholique », lui, fait du travail le centre de son univers. Il lui sacrifie tout. Son bien-être physique et sa santé mentale en sont affectés. Guidé par sa logique, il se prend au sérieux, se donne de hauts standards de performance et rejette la faiblesse. Il lui est difficile de travailler en équipe, son agressivité et son manque de confiance envers les autres le portent en effet à tout faire seul.

D'ailleurs, les études menées sur l'ergomanie (ou la dépendance au travail) ont montré qu'au-delà de 50 heures de travail par semaine, un rapport pathologique et compulsif à son travail a tendance à s'installer. Ainsi, selon les pays, entre 10 à 20% de la population active présenterait une dépendance au travail.

Le workaholisme est considéré comme un trouble obsessionnel du comportement. Il se traduit par un mal-être dès que la personne n'est pas en train de travailler. Ce sont en général des

personnes qui ne prennent jamais de vacances et, si c'est le cas, emmènent du travail avec elles; elles sont en permanence obsédées par le travail.

Un « workaholique » met son travail avant tout avec, pour conséquences, une forte réduction des contacts sociaux, une distanciation d'avec le conjoint et les enfants.

Plus précisément, deux principales composantes caractérisent la dépendance au travail : d'une part, la personne addictive consacre énormément de temps à son travail ; et d'autre part, elle relie très fortement ses réalisations professionnelles à son estime de soi. En effet, un individu souffrant d'ergomanie a tendance à travailler pour apaiser une anxiété de fond ou combattre un sentiment de culpabilité en cas d'oisiveté.

Le «workaholique» vit un état de stress chronique : maux de tête et migraines, tension artérielle élevée, douleurs musculaires, indigestions fréquentes, constipation ou diarrhée, ulcères d'estomac, fatigue chronique et insomnie...

Psychologiquement, les choses ne sont pas plus roses : l'anxiété, l'irritabilité, la tristesse, la colère, l'hypersensibilité, l'apathie, le désespoir, l'insécurité ou la dépression.

Il peut aussi être affecté par certains troubles du comportement : agressivité, augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues, tabagisme ou isolement.

2.4.3.8. Addictions alimentaires

L'addiction alimentaire est un ensemble de réponses de type hédonique et comportementales à une stimulation exogène répétitive d'origine alimentaire.

Au sens le plus large, le stimulus est de nature chimique (alcool, aliments...) ou physique (par exemple, l'hyperactivité physique et sportive et l'hyper-investissement professionnel des malades anorexiques et boulimiques). On retrouve ici ce qui caractérise l'addiction classique : besoin croissant de reproduire les effets désirables du stimulus en question, lutte plus ou moins forte pour y échapper, asservissement puis assouvissement.

Les plus connus des troubles du comportement alimentaire sont la boulimie, les compulsions alimentaires (binge eating) et l'anorexie mentale.

La crise boulimique est l'ingestion en un temps court d'une grande quantité d'aliments, sans faim, ni plaisir, avec un violent sentiment de perte de contrôle. La crise est suivie de vomissements provoqués. La boulimie « maladie » associe au moins deux de ces crises par semaine et des stratégies de contrôle du poids (saut de repas, jeûne, hyperactivité physique, laxatifs).

La compulsion alimentaire est l'ingestion en un temps assez court d'une certaine quantité d'aliments, sans faim, mais avec un certain plaisir, avec un certain sentiment de perte de contrôle. Il n'y a ici ni vomissements provoqués ni de stratégies de contrôle du poids ;

L'anorexie mentale est un besoin irrépissable de maigrir, alors que le poids actuel est normal ou même bas. Elle s'associe toujours à une restriction alimentaire et souvent à une

hyperactivité physique. Le peu d'estime du malade pour lui-même est mis dans le régime et la maigreur.

Il ne fait aucun doute qu'il existe des liens entre TCA et conduites addictives.

L'association TCA - conduites addictives classiques (alcool, drogues) est avérée : il y a plus de TCA (atypiques surtout) chez les patients addictifs et plus de conduites addictives chez les patients TCA.

La 1^{ère} publication remonte à 1994 (Bushnell) : elle conclut que les malades souffrant de TCA usent ou abusent deux fois plus que les témoins de substances addictives.

En 1996, Kashubeck et coll ont observé que, dans une population « tout venant » (étudiante), il y avait environ deux fois plus de risque d'avoir un TCA lorsqu'on prenait une de ces substances. Il semble que l'association touche nettement plus, voire seulement, les TCA avec compulsions alimentaires : anorexie-boulimie, boulimie (à poids normal) ou compulsions alimentaires non vomitives (« binge eating » des anglo-saxons).

Dans une population étudiante, Piran et coll (2006) ont trouvé 185 cas de TCA atypiques (régime perpétuel, régime + vomissements provoqués, régime + vomissements + crises). Une consommation excessive de tabac, de marijuana, de cocaïne, d'hallucinogènes, de stimulants était notée avec une fréquence élevée pour le tabac (60% vs 40%), la marijuana (50% vs 41%), la cocaïne (12% vs 2%), les hallucinogènes et l'héroïne (18% vs 12%), les amphétamines (16% vs 5%) et l'alcool (6% vs 3%) chez les étudiants TCA que chez les autres à chaque fois qu'il y avait crise alimentaire et/ou vomissements provoqués. Chez des malades suivies à l'hôpital pour TCA, la prise de substances addictives a été trouvée deux fois plus fréquentes (alcool, amphétamine, cocaïne, héroïne) chez les malades anorexiques-boulimiques et chez les malades boulimiques que chez les anorexiques restrictives.

2.4.3.9. Addiction au sport ou « bigorexie »

Pour un certain nombre de sportifs, la pratique régulière de leur passion est une véritable « drogue », source de plaisir et de bien-être. Dans les cas les plus extrêmes, l'entraînement excessif peut être comparé à une véritable addiction, comme pour les drogues, l'alcool ou le tabac.

Cette dépendance est alors source potentielle de fatigue chronique, et d'états pathologiques. Le sport n'est alors plus synonyme de bien-être et de santé, mais plutôt « d'auto-destruction ».

Décrite pour la première fois par Baeckeland en 1970, l'addiction au sport est rapidement reprise par Glasser en 1976 qu'il nomme « addiction positive des coureurs » en référence aux bénéfices que le sport procure. Sachs et Pargman (1979, 1981) ont été les premiers à constater des symptômes de manque et une forte anxiété chez des marathoniens privés de leur activité.

Chan et al. (1986) ont ensuite mis en avant des signes de dépression, d'anxiété, de confusion, de baisse de l'estime de soi et de l'estime du corps chez des coureurs dépendants blessés, contraints donc à deux semaines d'arrêt sportif.

Depuis ces premiers travaux, l'addiction à l'activité physique est devenue un objet d'étude à part entière (Allègre & Therme, 2007). La clinique de la dépendance au sport est clairement

établie (Avril, Nivoli et Lejoyeux, 2007). Cette dépendance commence par la recherche d'une sensation de plaisir dans l'effort physique. De ce plaisir va naître l'obsession du sport, le besoin d'accomplir une activité physique de plus en plus fréquente et de plus en plus intense.

Aux premiers temps de la dépendance, les sujets trouvent dans leur activité physique intensive une sensation de bien-être et souvent d'euphorie. Une fois la dépendance établie, les sportifs éprouvent des signes de sevrage lorsque l'activité est interrompue. Ils vont jusqu'à la souffrance et l'épuisement. Ces dépendants de l'exercice physique peuvent s'entraîner dans un club de sport pendant des heures d'affilée. Ils annulent des rencontres ou des sorties en famille, avec leurs amis ou leurs collègues, pour faire le plus de sport possible. Ils sont très motivés et finalement obsédés par l'exercice physique.

On ne peut pas parler de cette nouvelle forme d'addiction sans faire référence au dopage. Ce « fléau » est souvent répandu parmi la population des sportifs addicts et doit être compris dans le contexte de cette course à la performance et au changement de l'image corporelle. Le terme *dopage* prend racine dans un dialecte sud-africain, où il désignait une boisson stimulante absorbée au cours des cérémonies religieuses.

Aujourd'hui le terme dopage désigne la délivrance et l'utilisation de substances destinées à améliorer artificiellement les performances physiques et mentales d'un athlète.

Dans le rapport annuel 2010 de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD), les statistiques sur les données 2009 2010 nous donnent une photo des contrôles effectués et des substances consommées.

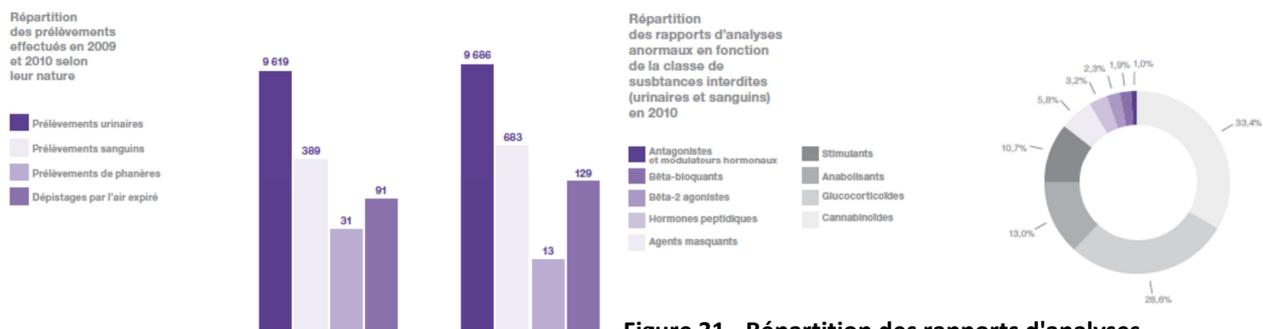


Figure 30 - Répartition des prélèvements entre 2009 et 2010

Figure 31 - Répartition des rapports d'analyses anormales en 2010

Le nombre de contrôle effectué est en hausse puisqu'il était de 8 805 en 2006 selon le rapport de l'Agence. L'essentiel des contrôles sont urinaires.

4 classes substances sont essentiellement détectées : stimulants, anabolisants, glucocorticoïdes et cannabinoïdes qui regroupent 85.7 % des substances détectées.

Un cas à part est celui de l'exercice compulsif. Celui-ci est une façon d'éliminer des calories. Les individus souffrant des troubles de comportement alimentaire vont associer ou non l'exercice compulsif à l'anorexie ou à la boulimie.

Les symptômes d'exercices compulsifs sont des épisodes d'entraînement sportif sans but de compétition, allant au-delà des exigences sanitaires et privilégiant ces exercices sur le travail ou sur l'école.

Le but est de brûler des calories et de soulager la culpabilité d'avoir mangé ou se donner la permission de manger.⁵⁰

2.4.3.10. Polyconsommation

Les consommations sont souvent associées soit par un effet d'entraînement, soit pour la recherche de sensations, soit encore pour atténuer les effets de certains produits.

On parle alors de polyconsommation, dont les dangers sont souvent méconnus : conjugués, les effets des produits sont amplifiés, entraînant des risques plus graves pour la santé.

19 % des 18-44 ans déclarent avoir déjà consommé en même temps au moins deux substances psychoactives (en excluant le tabac). Dans 90 % des cas, il s'agit du mélange alcool-cannabis.⁵¹

35 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà consommé simultanément au cours de leur vie du cannabis et de l'alcool, 10 % de l'alcool et des médicaments et 1.9 % du cannabis et des champignons hallucinogènes.⁵²

⁵⁰ Dan VÉLÉA. « L'addiction à l'exercice physique ». *Psychotropes* – Vol. 8 nos 3-4

⁵¹ Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel. « Drogues illicites : pratiques et attitudes ». Guilbert, P., F. Baudier, and A. Gautier, Baromètre santé 2000. Vol. Méthode (1) et Résultats (2). Vanves: Editions CFES 2001, 237-274.

⁵² Beck, F., S. Legleye, and S. Spilka. « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France ». ESCAPAD 2003. Saint-Denis: OFDT, 2004, 251.

3. L'apport des sciences sociales dans les comportements addictifs : un enjeu nouveau

Les différentes politiques de prévention et de lutte contre les addictions et les comportements à risque sont parties de l'hypothèse que l'individu est un être qui se comporte de manière rationnelle.

Si la prévention et les progrès médicaux ont largement contribué à améliorer nos vies, elles ont aussi bouleversées notre environnement par des mesures contraignantes voire même réglementaires.

La prévention s'attaque depuis quelques décennies à nos comportements. En effet, selon S.A Schroeder⁵³, les mauvais comportements de santé dans les pays développés seraient responsables de 40 % de la mortalité prématurée.

Or la prévention peine à infléchir nos conduites car elle s'adresse à un individu idéal, irréel : « l'homo medicus ».

La notion d'homo medicus a été initialement proposée par P. Pinell pour les besoins de la lutte contre le cancer⁵⁴. L'homo medicus est un individu autonome et responsable, capable d'utiliser les informations délivrées pour augmenter son espérance de vie. Cette notion suppose que l'information préventive est fiable, que l'individu s'emparera sans la discuter car sa santé est sa première préoccupation, qu'elle est prioritaire sur toutes les autres.

L'homo medicus nourrit aujourd'hui le processus de médicalisation des conduites à risque. Les conduites à risque sont en passe d'être définies comme une maladie ou comme le symptôme d'une maladie, et la médecine est alors le principal agent du contrôle social pour ces conduites.

En l'absence d'un agent pathogène, le déterminant commun des conduites à risque est la « compulsion ». Ces conduites sont les symptômes d'une maladie de la volonté qui compromettent la capacité de chacun à rester maître de soi et à faire des choix rationnels.

Si l'individu n'agit pas comme un homo medicus c'est qu'il a été engourdi par le mimétisme social, puis endormi par la puissance addictive d'une substance ou d'une pratique ; ainsi cela explique l'échec relatif des campagnes de prévention.

La notion d'homo medicus ne tient pas compte du motif principal recherché dans une conduite à risque : le plaisir. Les conduites à risque viennent satisfaire un besoin. Le besoin de chaque

⁵³ SA. Schroeder. « We can do better – Improving the health of the American people ». New England Journal of Medicine. 2007. N°357. P 1221 – 1228.

⁵⁴ P. Pinell. « Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890- 1940) ». Annales. Histoire des Sciences Sociales. Année 1998. Volume 53. Numéro 4. P 1052 - 1055

individu est socialement différent, ce qui explique l'hétérogénéité des comportements et ou des substances consommées.

Ce modèle, l'homo médecin, est fortement remis en question par P. Peretti Watel et JP. Moatti dans leur article « renoncer à l'homo médecin pour mieux comprendre les conduites addictives ». ⁵⁵

Depuis quelques années, bon nombre de comportements humains ont été l'objet d'une médicalisation. Dans le même temps, les médicaments ont vu leur caractère « magique » se dissiper pour devenir des produits de confort voir de consommation. Ainsi, certains faits de la vie naturelle, comme par exemple le vieillissement, accèdent au rang de maladie, et, les médicaments ne sont là pour s'occuper des symptômes plus que des causes.

Le corps humain est le carrefour où toute action consommatoire mettant en interaction une substance, une personne et un environnement donné. Gregory Lambrette propose d'ailleurs une approche constructiviste du corps dans la toxicomanie : une approche qui suppose que les connaissances de chacun sont le résultat d'une reconstruction de la réalité. Ainsi selon Lambrette, il y aurait un double apprentissage : celui du corps d'abord, dont le manque réifie la dépendance, et celui de l'esprit ensuite, qui doit apprendre à apprécier les effets générés par la consommation et développer sur cette reconstruction une « fonction » devant repasser devant par le corps. Mais ces processus de reconstruction peuvent également faire partie des rituels spécifiques du groupe ethnique auquel appartient l'individu ⁵⁶.

Selon les chercheurs (Saint Germain, Saint Onge et Beaulieu en 2005 ; Cohen et Breggin en 1999 ; Conrad en 1995), certains facteurs contextuels ont favorisé l'apparition de la médicalisation comme un mode de gestion des problèmes sociaux. Parmi ceux-ci, notons un déclin pour la religion, une foi inébranlable pour la science, l'individualisme grandissant, un affaiblissement des liens sociaux, la rationalité et le progrès et enfin, le pouvoir et le prestige accrus de la profession médicale.

Gori et Volgo (2005) n'hésitent pas à utiliser le terme de « pathologisation de l'existence », où la médecine prend le relais, via la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne. On peut penser à la médicalisation au moyen de la pilule du bonheur comme modalité de contrôle social pour gérer des groupes sociaux ayant un pouvoir moindre dans la société.

Loin d'être une donnée naturelle de notre existence, le recours à la médicalisation est une modalité de contrôle social qui s'inscrit dans une dynamique de rapports sociaux de pouvoir où évoluent des individus et des groupes ayant des intérêts divergents.

⁵⁵ P. Peretti Watel et JP. Moatti. « Renoncer à l'homo médecin pour mieux comprendre les conduites à risque ». Contact Santé. N° 231. 2010.

⁵⁶ Michel Hautefeuille. « Santé et addiction : du corps humain au corps social ». Psychotropes. 2008/2 Vol 14

Bien que le processus de médicalisation s'applique à l'ensemble des groupes sociaux, les citoyens les plus exclus au plan social se retrouvent comme des sujets à des médicalisations des comportements, car ils sont plus visibles et reconnus comme moins désirables dans l'espace social public (Lloyd, Stead et Cohen, 2006 ; Beaulieu, 2005).

Les études faites dans le domaine du SIDA et de l'hépatite C par Morissette et al. (2006) ainsi que Roy et al. (2003) illustrent bien que les pratiques de médicalisation s'inscrivent à l'intérieur d'une réponse de Santé Publique essentiellement médicale à un problème social. Problème social, car les modalités de médicalisation sont là pour gérer la « distanciation sociale » des populations comprises comme déviantes avec des liens sociaux faibles et donc plus difficiles à intégrer au plan social.

On peut conclure que deux domaines sont des cibles privilégiées dans le processus de la médicalisation. Le premier est celui du contrôle social médical des événements normaux de la vie comme la naissance, l'infertilité, la ménopause ... Le second concerne la gestion de certains comportements considérés comme déviantes et indésirables dont les addictions font partie.⁵⁷

En sociologie les choix qu'opèrent les acteurs ne sont pas tributaires exclusivement du contexte présent. Selon P. Bourdieu⁵⁸, les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus, systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes. Produit de l'histoire, l'habitus produit des pratiques, individuelles et collectives, donc de l'histoire, conformément aux schèmes engendrés par l'histoire ; il assure la présence active des expériences passées qui, déposées en chaque organisme sous la forme de schèmes de perception, de pensée et d'action, tendent, plus sûrement que toutes les règles formelles et toutes les normes explicites, à garantir la conformité des pratiques et leur constance à travers le temps. Plus simplement, les choix opérés par les individus sont dépendants en partie du passé, de la manière dont chaque individu a été sociabilisé.

Si le choix qu'opère un acteur peut apparaître comme irrationnel c'est que celui-ci est pris hors de son contexte. Par contexte, les sciences sociales entendent l'environnement social de l'individu : son capital social. Le capital social peut être défini simplement comme l'ensemble des relations sociales afférentes à un individu. Aujourd'hui, apparaît un paradigme nouveau, qui présente le capital social comme un déterminant de la santé, et plus particulièrement comme un déterminant pour expliquer les comportements addictifs.

En effet, le capital social et l'habitus permettent de traduire les résistances socioculturelles des acteurs à la propagande préventive et curative.

⁵⁷ Amnon Jacob Suissa. « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux ». Psychotropes. 2008/2 vol 14.

⁵⁸ P. Bourdieu. « Le sens pratique ». Editions de Minuit. Paris 1980.

La suite de notre travail, consiste à vous présenter ces concepts tels qu'ils ont été proposés dans les sciences sociales, puis de leur influence sur la santé et plus particulièrement sur les comportements addictifs.

La relation entre capital social et les addictions nous permettra de présenter les hypothèses de notre travail.

3.1. La sociologie : l'approche paradigmatique de P. Bourdieu

En présentant succinctement les principaux paradigmes du champ sociologique en évoquant ci-après les pères fondateurs qui ont comme avantages de déterminer deux approches des problèmes sociaux et culturels : l'approche holiste et l'individualisme méthodologique.

C'est précisément en articulant ces deux types d'analyse sociologiques que P. Bourdieu propose un troisième type d'approche d'une réelle fécondité pour comprendre les conduites addictives. Notre modélisation du comportement addictif s'appuie sur la sociologie bourdieusienne.

La sociologie comme toute science, s'est constituée à partir du refus d'expliquer chaque phénomène, à l'aide d'une cause extérieure que l'on nommait Dieu. Elle peut se définir de prime abord comme la « science des phénomènes sociaux, des mécanismes qui président à leur déroulement ou encore des comportements des individus en tant qu'acteurs sociaux » (Cf. C-D ECHAUDEMAISON Dictionnaire d'économie et de sciences sociales Nathan 1997). Elle a pour but d'expliquer le social, par le social.

Si le terme de « sociologie » a été inventé par Auguste COMTE (1798-1857), en 1839 précisément, en revanche la sociologie en tant que discipline à part entière remonte aux travaux d'Emile DURKHEIM (1858 - 1917), et de l'allemand Max WEBER (1864-1920).

La sociologie est une démarche scientifique.

La science (du latin scientia, de scire, savoir) est une activité par laquelle l'être humain tente de comprendre le monde et la nature des choses, tels qu'ils sont (et non pas tels qu'il aimerait qu'ils soient), à partir des données fournies par l'observation et l'expérience. Elle est à ce titre, certes un ensemble de connaissances, mais aussi un processus et une éthique (promotion des valeurs d'universalité, de neutralité...).

L'ambition de la sociologie est donc de rendre compréhensibles des phénomènes sociaux apparents ou non. Cependant, la réalité sociale ne se laisse pas facilement identifier et interpréter. Pour rendre compte de cette réalité, le sociologue utilise des méthodes communes avec d'autres sciences sociales (droit, sciences politiques, ethnologie) et humaines (histoire, géographie, philosophie).

Ces méthodes sont aussi bien quantitatives que qualitatives.

3.1.1. Les fondateurs

3.1.1.1. L'objectivisme d'Emile Durkheim

Déjouer le piège du sens commun

Dans Les règles de la méthode sociologique (1895), DURKHEIM explicite la méthodologie de sa sociologie empirique naissante, qui se rapproche des sciences de la nature (méthode comparative basée sur l'utilisation des statistiques).

Pour DURKHEIM, lors d'une analyse sociologique rigoureuse, le sociologue doit faire abstraction des « prénotions » que l'on retrouve dans le « sens commun » et qui sont autant de préjugés à détruire.

Tout concourt à prouver que le sens commun, est bien l'ennemi d'une démarche scientifique rigoureuse. Le travail du sociologue consistera donc, à s'ôter ses propres prénotions, en s'extrayant de lui-même pour mieux analyser les faits sociaux comme des choses.

Définir et expliquer le fait social

Les faits sociaux sont « des manières d'agir, de penser, et de sentir qui présentent cette remarquable propriété qu'elles existent en dehors des consciences individuelles. Non seulement, ces types de conduites ou de pensées sont extérieurs à l'individu mais ils sont doués d'une puissance impérative et coercitive, en vertu de laquelle ils s'imposent à lui, qu'il le veuille ou non »⁵⁹.

En somme, les faits sociaux sont contraignants et extérieurs aux individus. Ils existent avant la naissance de l'individu et lui survivent après sa mort. Des exemples de faits sociaux : la pratique religieuse, une conduite collective comme l'omerta (loi du silence). Cette notion de contrainte est ambivalente « car en même temps que les institutions s'imposent à nous, nous y tenons » - la société nous contraint mais ce faisant nous soutient.

Il est fondamental « de considérer les faits sociaux comme des choses » ; « est chose, en effet, tout ce qui est donné, tout ce qui s'offre, ou plutôt s'impose à l'observation ». « Il nous faut considérer les phénomènes sociaux en eux-mêmes, détachés des sujets conscients qui se les représentent ; il faut les étudier du dehors comme des choses extérieures ; car c'est en cette qualité qu'ils se présentent à nous ».

Selon DURKHEIM, il est donc nécessaire d'avoir une certaine « attitude mentale » vis à vis de ces faits sociaux, dont les causes et les propriétés ne peuvent être découvertes par l'introspection.

Un fait social présente des caractéristiques précises objectives (constance, régularité, existence propre) mises en lumière grâce à la méthode comparative qui consiste à remplacer l'expérience (propre aux sciences de la nature) par la découverte (via la statistique) de faits cruciaux dont on pourra induire des lois valables pour des sociétés appartenant à un même type social.

⁵⁹ E. DURKHEIM. « Les règles de la méthode sociologique ». PUF. 1986

De plus, un fait social ne peut être expliqué que par d'autres faits sociaux (et non par des motivations psychologiques). Chaque fait social est enraciné dans un milieu, une époque et évolue en fonction des changements de ce milieu.

Le suicide

E. DURKHEIM va dans « Le suicide » (1897), démontrer par l'analyse de séries statistiques, que le suicide ne peut en aucun cas se réduire à un événement psychologique et individuel. Il s'agit d'un fait social aux dimensions collectives, qu'il définira de la manière suivante « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

Pour DURKHEIM, les causes du suicide sont à rechercher dans les formes du déséquilibre du lien social qualifié « d'anomie ». Cette dernière est « le mal de l'infini » : elle apparaît lorsque les désirs des individus ne rencontrent plus de limites. Autrement dit, plus les facteurs de cohésion et d'intégration d'un groupe ou d'une société seront forts, moins les suicides seront nombreux.

Ainsi, selon lui à son époque, « la famille protège et la misère protège ».

L'analyse de DURKHEIM, reste, de nos jours encore, très perspicace ; quelques aspects ont toutefois évolué.

Le but que DURKHEIM assigne in fine à la sociologie est de créer une connaissance scientifique des sociétés et des êtres humains apte à bâtir une nouvelle morale civique et séculière, digne de corriger les mœurs et de soigner les « pathologies » des sociétés occidentales (idée de réforme sociale).

3.1.1.2. La sociologie compréhensive de Max Weber

Pour Max WEBER, l'histoire est fondamentalement indéterminée car la réalité est infiniment complexe. La science ne peut donc rendre compte que d'une partie du réel. Pour décoder le social, il est nécessaire de comprendre l'action des hommes du point de vue de leur subjectivité et de leurs valeurs (en se plaçant du point de vue de l'acteur tout en gardant ses distances « il n'est pas besoin d'être César pour comprendre César »).

Il écrit ainsi : le but de la sociologie est de « comprendre par interprétation l'activité sociale et par là d'expliquer causalement son déroulement et ses effets. Nous entendons par « activité » un comportement humain quand et pour autant que l'agent ou les agents lui communiquent un sens subjectif. Et par activité « sociale », l'activité qui, d'après son sens visé par l'agent ou les agents se rapporte au comportement d'autrui, par rapport auquel, s'oriente son déroulement »⁶⁰.

⁶⁰ M. WEBER. « Economie et société ». Plon. 1971.

Il se place dans une perspective individualiste a priori ; affirmant au début du siècle « si je suis devenu sociologue, c'est essentiellement pour mettre un point final à ces exercices à base de concepts collectifs dont le spectre rôde toujours. En d'autres termes, la sociologie, elle aussi, ne peut procéder que des actions d'un, de quelques, ou de nombreux individus séparés. C'est pourquoi, elle se doit d'adopter des méthodes strictement individualistes ».

3.1.2. Les démarches sociologiques

En sociologie, deux démarches a priori antinomiques s'opposent.

3.1.2.1. L'holisme

Les partisans du holisme (du grec holos : qui forme un tout) privilégient le tout sur les parties et mettent en avant une vision globalisante de la société. Pour cette démarche, tout fait social ou culturel est d'une nature différente des éléments qui le composent. Il existe donc une logique sociale qui domine l'individu et le détermine mais celui-ci, n'en est pas conscient. L'objet de la sociologie est donc de trouver les grandes lois de portée générale expliquant le fonctionnement objectif de la société.

En privilégiant le tout sur les parties, cette théorie explique que l'individu est le produit de la société, de la structure ; le choix individuel n'existe pas. L'individu n'est qu'un pion, une marionnette soumis aux lois supérieures du social.

La société a ses propres lois qui précèdent l'individu qui vient de naître et s'imposent à lui, de facto.

On peut reprocher à cette perspective de nier la conscience individuelle de l'acteur et sa marge d'autonomie par rapport à sa socialisation, sa culture ...

3.1.2.2. L'individualisme méthodologique (IM)

Les partisans de l'individualisme méthodologique expliquent, que tout phénomène social est la résultante des stratégies personnelles, mises au point par l'individu pour répondre à ses motivations. Il convient de retrouver lesdites motivations afin de les expliquer et de les rendre cohérentes (WEBER : sociologie « compréhensive »). L'objet de la sociologie est donc, de rechercher le sens de l'action.

Dans cette optique, le tout (la société) n'est que la somme des parties (les individus), à travers des phénomènes « d'émergence et d'agrégation » (R. BOUDON). Ces « effets de composition » sont qualifiés « d'effets pervers » dès lors qu'ils sont non désirés et contraires aux visées des acteurs.

La base de la sociologie est donc l'individu ; il est conçu comme un être de raison (libéré de ses instincts), qui n'agit que par intérêt. Conscient des contraintes du monde social, il cherche par des calculs « coût-avantage » à optimiser son utilité, c'est à dire selon l'optique utilitariste à maximiser ses plaisirs et minimiser ses peines : ce comportement égoïste est qualifié de « rationnel » (G. BECKER - prix Nobel d'économie 1992).

Les théories de « l'action rationnelle » (Rational Action Theory), sont un simple décalque de l'approche microéconomique néoclassique. R. BOUDON s'en distingue quelque peu puisqu'il considère que la rationalité des individus est « située », c'est à dire « limitée » et extensive (élargie aux « bonnes raisons » que peuvent invoquer les acteurs).

La quintessence de la rationalité est le comportement du « free rider » ou passager clandestin, qui consiste à profiter des avantages sans subir les coûts. Cependant, si tout le monde se comporte selon la rationalité pure, cela conduit à l'altération voire à la destruction de la collectivité (V. PARETO).

Pour autant, Pierre BOURDIEU, va lui développer une analyse visant à dépasser la dichotomie holisme - Individualisme Méthodologique. Il estime que les structures sociales influencent les comportements individuels, mais que l'agent demeure toutefois acteur. Il va développer ainsi le concept « d'habitus », comme « intériorisation de l'extériorité ».

3.2. Capital social et habitus : au cœur de la sociologie de P. Bourdieu

3.2.1. L'habitus : un concept clé

3.2.1.1. Définition

Sens commun : « manière d'être » (*Le Robert*).

Sens philosophique : « phénomènes d'habitude sociaux qui peuvent se produire sans que ceux qui y participent en aient conscience : on en voit des exemples dans le langage et dans les mœurs » (André Lalande, *Dictionnaire technique et critique de la philosophie*. PUF, Quadrige, 1997).

Sens médical : désigne l'apparence extérieure en tant qu'elle traduit un état général du sujet (n'est pas lié au sens commun). Malade est une contraction tardive de « male habitus ».

Sens sociologique : « ensemble de dispositions durables où sont intégrées les expériences passées. Il fonctionne comme une grille de perceptions, jugements, et actions (...) » (Madeleine Grawitz, *Lexique des sciences sociales*. Dalloz, 1994).

3.2.1.2. Notion d'habitus

Il convient tout d'abord de distinguer les habitus des habitudes qui ne sont que des manières de se comporter et d'agir individuelles et non socialement construites, apprises et reproduites.

Le concept sociologique d'habitus est un emprunt fait à la philosophie.

La notion d'habitus se trouve déjà largement définie et utilisée chez Aristote, sous le terme « d'hexis » dont habitus est la traduction latine. L'hexis n'est pas une habitude car si les habitudes peuvent être puissantes, elles ne s'inscrivent pas profondément dans les êtres. C'est la connaissance authentique qui est à même d'engager l'âme d'un être dans son entier, un type de connaissance qu'Aristote lie à la vertu. Dans l'Éthique, il identifie la vertu morale à une hexis.

Le terme d'hexis est lui-même débattu dans le Théétète de Platon : Socrate y défend l'idée que la connaissance ne peut pas être seulement une possession passagère, qu'elle se doit d'avoir le caractère d'une hexis, c'est-à-dire d'un avoir en rétention qui n'est jamais passif, mais toujours participant. Une hexis est donc une condition active, ce qui est proche de la définition d'une vertu morale chez Aristote.

Chez Thomas d'Aquin, le terme d'habitus se réfère à l'intériorisation par un sujet de la perfection à laquelle il aspire, et qui se révèle dans les activités pratiques.

Le sens moderne de cette notion philosophique a ensuite été construit par Leibniz qui a notamment employé le terme « d'habitudines » dans le cadre de ses recherches sur « l'alphabet des pensées humaines » et surtout sur les langues, qui sont pour lui en rapport avec le fonctionnement de l'entendement. Leibniz était convaincu qu'une analyse exacte de la signification des mots ferait mieux connaître que toute autre chose les opérations de l'entendement.

Enfin, bien plus tard, les phénoménologues, et Husserl le premier, ont repris à leur compte cette tradition philosophique, en forgeant le mot « habituelle » (« en habitus », ou « en forme d'habitus »). Les phénoménologues ont lié la théorie du jugement à une théorie de l'habitus. L'habitus est expressément nommé dans l'œuvre de Husserl et constitue un médiateur essentiel entre la somme des expériences passées et les principes de perception et de comportement à venir ; Husserl rejette ainsi le mécanisme, le déterminisme et l'intellectualisme.

Le concept sociologique d'habitus emprunte donc à la tradition philosophique ses principales caractéristiques.

Les premiers sociologues à se l'approprier sont les fondateurs de la sociologie : Weber, Durkheim, Tönnies, Veblen.

Le sens donné au concept par **Max Weber** est intéressant : il a servi au sociologue de grille de compréhension pour la transformation systématique des habitudes sociales physiques par l'ascèse religieuse (Economie et Société, pp.546-554 notamment).

Un autre sociologue, également historien, qui ait adapté le concept aux besoins des sciences sociales, est Norbert Elias. Il y recourt pour comprendre les conditions de changement de la sensibilité et « des réactions émotionnelles, de l'économie pulsionnelle et de la pensée ». Il assimile alors l'habitus aux « attitudes sociales ». Il évoque le terme latin d'habitus à propos d'une « empreinte » de type social laissée sur la personnalité de l'individu par les diverses configurations (systèmes d'interdépendance) au sein desquelles celui-ci agit.

Dans la sociologie de **Marcel Mauss**, l'habitus est un principe important de sa vision de « l'homme total », une sorte de connecteur des composantes physiologiques, psychologiques et sociétales de l'homme.

Le sociologue **Alfred Schütz**, qui sur les traces de Husserl mettra en œuvre une sociologie phénoménologique, reprendra à son compte une partie des concepts de la phénoménologie concernant l'habitus et créera ainsi un concept « *d'habitual knowledge* » : à chacune de nos perceptions, chacun de nos jugements, chacune de nos décisions, nous mobilisons, ne serait-ce

que de façon préreflexive, un habitus préconstruit qui structure nos attentes et nos intérêts ; chaque expérience à son tour se dépose en habitus.

Erving Goffman, un peu plus tard, reprendra et complexifiera à son tour ces perspectives dans le cadre de sa sociologie de l'interactionnisme symbolique qui fait une place de premier plan à la « *mise en scène des corps* » et surtout à tous les rites sociaux d'interaction exprimés par le langage et les gestes et sont de ce fait éminemment significatifs.

La notion d'habitus a été popularisée en France par le sociologue **Pierre Bourdieu** et met en évidence les mécanismes d'inégalité sociale. L'habitus est pour lui l'ensemble des expériences incorporées et de la totalité des acquis sociaux appris aux cours d'une vie par le biais de la socialisation, définition qu'il résume comme un « système de dispositions réglées ». Selon Bourdieu, un habitus est « *un système de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente des fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre* » (Le sens pratique, pp.88-89). Ce concept a alors pour équivalent celui « *d'inconscient culturel* ».

Fruit d'une histoire incorporée, l'habitus conditionne et génère à la fois une multitude de choix chez un individu qui jouit d'une liberté conditionnée.

Cette histoire provient en premier lieu d'un processus d'apprentissage particulièrement prégnant lors de la prime enfance. L'éducation conditionne en effet un certain nombre de « savoir-faire » nécessaires à la vie quotidienne. Elle repose également sur un ensemble de prescriptions constitutives d'un « savoir-être ». Ces différentes inculcations conditionnent un rapport au monde développant les capacités de perception et de jugement. En second lieu, l'institution scolaire, l'espace social vont également avoir des influences.

L'habitus peut être aussi appréhendé comme la superposition de couches de socialisation. Chacune d'entre elles étant composée par l'appropriation de repères collectifs qui s'opère à travers les expériences des individus. La couche primaire s'élabore à partir des représentations archétypales et collectives articulés autour d'un système d'opposition binaire (homme/femme, jour/nuit, intérieur/extérieur). Cette couche primaire se particularise à la petite enfance, durant laquelle la famille puis l'école vont transmettre des modèles de représentation qui organiseront les perceptions de l'individu tout comme lui montreront des conduites qui vont structurer ses pratiques. Ce processus d'acquisition participe à la construction de ce que l'on est, de ce que l'on devient et développe une propension à la réalisation d'un « soi » possible.

L'individu grandit et au fil de son autonomisation, il développe la couche secondaire de son habitus. Elle se compose d'une dimension collective particularisée. En effet, si l'individu a bel et bien un style de vie, un habitus propre à un groupe ou une classe, il n'en reste pas moins un individu singulier. Cette délimitation souligne l'importance de la trajectoire et le caractère évolutif de l'habitus. La vie quotidienne et les événements qui la ponctuent renforcent ou déforcent une habitualité.

Pour Pierre Bourdieu, ces expériences aussi différentes soient elles ne font le plus souvent que renforcer le poids de l'apprentissage initial. L'ensemble des expériences auxquelles nous sommes confrontés s'intériorisent et s'accumulent pour se transformer en dispositions

générales : des façons de faire, de sentir, des manières d'être constitutives d'un habitus. Cette incorporation est souvent proche chez des individus occupant une position voisine dans l'espace social. Les pratiques des individus réfèrent ainsi à leur classe, à la position qu'ils occupent et au trajet qui les y a conduits.

L'habitus est donc à la fois le produit d'une histoire individuelle mais aussi collective, incorporée dans nos têtes et dans nos actions. Ainsi, les individus sont amenés, tout au long de leur vie, à opérer des choix. Ces choix, ressentis comme un libre arbitre, sont fortement liés à l'intériorisation de leurs chances objectives de réussite à divers moments et dans différents lieux, donc à leurs habitus.

Par exemple, les chances objectives qu'ont les filles d'ouvriers d'épouser des fils de polytechniciens sont très réduites, l'homogamie prévaut encore largement. Les individus issus du même groupe social ont plus de chances de se rencontrer. Chances encore accrues par la distribution sociale issue de l'habitus : on a des goûts pour ceux qui ont le même goût que soi.

L'habitus permet de comprendre la constance et les relations existantes entre les différents aspects de la pratique, il n'est pas pour autant le produit d'un processus mécanique par lequel l'individu serait guidé et duquel il ne pourrait s'écarter. L'habitus ne trouve les conditions de son efficacité, de son déclenchement que dans la relation qui le lie au monde social.

Les individus sont confrontés à un monde en pleine mutation, ils doivent cependant sans cesse s'adapter. Les trajectoires sociales affectant un individu ou un groupe, le changement des rapports de force au sein des univers dans lesquels évoluent les individus, peuvent induire des stratégies différentes. Ces stratégies sont généralement le produit d'un sens pratique, d'un habitus, elles peuvent aussi résulter de choix rationnels effectués en tentant d'évaluer les coûts et les bénéfices des actions de l'individu.⁶¹

3.2.2. Le capital social : les différentes interprétations

3.2.2.1. Définitions multiples

Le capital social est entendu de diverses façons selon les chercheurs mais pour l'OCDE, il représente les réseaux, les normes, les valeurs et les ententes qui facilitent la coopération au sein des groupes ou entre eux. Il faut le distinguer des dispositifs politiques, institutionnels et juridiques plus formels qui ont un rôle complémentaire dans ce processus.⁶²

Contrairement au capital humain qui tend à être la propriété d'un individu, le capital social est avant tout considéré comme une variable relationnelle, c'est-à-dire qu'il prend sa forme dans les relations entre les gens, individus, groupes ou communautés.

⁶¹ P.Vinaches. « L'habitus : concept médiateur ». DEES 113. Octobre 1993. P35-P37

⁶² OCDE. « Du bien-être des nations : le rôle du capital humain et social ». 2001

Le capital social est une notion complexe, du fait qu'aucun consensus ne soit encore admis sur sa définition. Cette notion a émergé en sociologie mais a été repris rapidement par d'autres disciplines comme facteur explicatif ou du moins contributif à de nombreux problèmes d'inégalités dans l'éducation, le milieu professionnel ou la santé.

Pierre Bourdieu (1980)

Le concept de capital social est utilisé pour la première fois par Pierre Bourdieu pour faire référence à un des types de ressources dont disposent les individus et les groupes sociaux. Le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées la possession un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées interconnaissance et inter reconnaissance. En autres termes, à l'appartenance à un groupe, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes (susceptibles d'être perçues par l'observateur, par les autres ou par eux-mêmes) mais sont aussi unis par des liaisons permanentes et utiles. Ces liaisons sont irréductibles aux relations objectives de proximité dans l'espace physique (géographique) ou même dans l'espace économique et social parce qu'elles sont fondées sur des échanges inséparablement matériels et symboliques dont l'instauration et la perpétuation supposent la re-connaissance de cette proximité. Le volume du capital social que possède un agent particulier dépend donc de l'étendue du réseau des liaisons qu'il peut effectivement mobiliser et du volume du capital (économique, culturel ou symbolique) possédé en propre par chacun de ceux auxquels il est lié.⁶³

James Coleman (1988)

Le capital social correspond aux caractéristiques d'une structure sociale qui « facilitent les actions des individus au sein de la structure ». La ressource, inhérente à la structure, existe ici indépendamment de l'action ou de l'intention des acteurs, elle est accessible à tous les membres d'une communauté et bénéficie à tous.⁶⁴ Selon J. Coleman, la fonction majeure du capital social est de rendre les comportements conformes, c'est-à-dire de réduire l'incertitude concernant les actions des individus au sein d'une structure. Cette fonction est d'autant mieux assurée que la structure est fermée, que les relations y sont denses et les connexions multiples. Dans l'approche de J. Coleman, le capital social ne se manifeste en effet pas dans les ressources qu'un individu est susceptible de mobiliser grâce à ses contacts, mais sous trois formes principales qui renvoient essentiellement à la notion de contrôle social : les attentes et obligations mutuelles, l'information – qui fait les réputations –, et les normes et sanctions qui dissuadent des tentations opportunistes.⁶⁵

Robert Putnam (1995)

En janvier 1995, Putnam publie un article intitulé « Bowling Alone » dans le Journal of Democracy. Sa thèse est qu'on assiste aux Etats-Unis à un déclin du capital social, un recul de

⁶³ Pierre Bourdieu. « Le capital social. Notes provisoires ». Actes de la recherche en sciences sociales. vol. 31, janvier 1980. P 2-3

⁶⁴ James Coleman. « Social Capital in the Creation of Human Capital ». American Journal of Sociology. 1988, n° 94

⁶⁵ Sophie Ponthieux. « Les analyses du capital social : apports et controverses ». CNAF. Informations sociales, 2008/3 - n° 147. P 32 à 33

l'engagement civique qui compromet la vie démocratique. Tout en se référant à Coleman, Robert Putnam redéfinit les dimensions individuelle et collective, privée et publique de la notion de capital social. Les relations sociales soutiennent les règles de la vie sociale en produisant du capital social, qui profite aux individus, mais aussi à la communauté. Le capital social peut donc être simultanément un bien « privé » et un bien « public ». Les réseaux sociaux reposent sur des obligations mutuelles, ils ne sont pas simplement des contacts. Ils produisent une réciprocité spécifique et, surtout, une réciprocité générale : « je fais cela pour toi sans attendre de ta part une contrepartie immédiate, mais je suis confiant qu'à l'occasion, quelqu'un me le rendra ». Selon Putnam, « une société caractérisée par la réciprocité généralisée est plus efficiente qu'une société méfiante, de la même façon que la monnaie est plus efficiente que le troc ». La distinction la plus importante qu'il établit entre les multiples formes de liens sociaux, formels, informels, professionnels, familiaux, associatifs, etc., créant du capital social, est celle qui différencie les liens « ouverts » des liens « fermés » (qui unissent des égaux). Les liens entre personnes évoluant dans des cercles différents sont plus utiles que les liens forts qui me relient à mes proches. Les liens forts sont bons pour se ressourcer, se reconforter ; les liens faibles sont bons pour avancer, évoluer. Le capital social qui unit agit comme une « colle » sociologique ; le capital qui relie (*bridging*) agit comme un « lubrifiant » sociologique.⁶⁶

Francis Fukuyama (1997)

Dans l'approche du capital social, Fukuyama s'est surtout intéressé à la confiance. Dans « Trust. The Social Virtues and the Creation of Prosperity », Francis Fukuyama explique comment, au sein des structures sociales d'un pays, confiance réciproque entre les individus, capital social et réussite économique capitaliste vont de pair et conditionnent l'avènement de la démocratie et du bonheur collectif. Cette confiance, étroitement liée aux traditions religieuses et culturelles, impliquerait que certains pays soient plus « développés » que d'autres. « Trust » vise ainsi à montrer que, si le capitalisme est synonyme de bonheur parce qu'il crée du lien social, et s'il contribue grandement à l'avènement de la démocratie, il a besoin de conditions culturelles favorables pour fonctionner correctement et tenir ses promesses de bien-être collectif. En d'autres termes, selon les caractéristiques historico-politiques et religieuses de sa culture, un pays sera plus ou moins compétitif et performant sur le plan économique. Une société de confiance est donc fortement pourvue en capital social ; elle est capable de s'auto-organiser pour satisfaire des objectifs économiques et politiques communs. En effet, la rationalité et l'instauration du droit privé ne suffiraient pas, à elles seules, à expliquer le développement économique d'un pays : les valeurs et les normes, transmises par l'histoire, seraient tout aussi importantes. Ce qui importe dans tous les cas, pour l'auteur de « Trust », c'est que, en sus et inséparablement de la démocratie qui a instauré l'égalité politique, le capitalisme demeure le garant principal du bonheur humain parce qu'il crée en soi du lien social. Mais, pour que cela fonctionne, le respect des normes qui créent du capital social doit être inhérent à la société, produites par l'histoire, et non imposées de l'extérieur.

3.2.2.2. La notion de capital social

⁶⁶ Dominique Méda. « Le capital social : un point de vue critique ». L'Économie politique 2/2002 – N°14. P 36-47.

3.2.2.2.1. Formation du capital social

Le rapprochement des deux termes « capital » et « social » suggère d'une part que l'on évoque une ressource qui peut s'accumuler et être utilisée à l'occasion et, d'autre part, que cette ressource est distincte de ce que l'on désigne par le capital économique et par le capital humain. Le capital économique est incorporé dans les objets ; on peut se l'approprier et il est échangeable. Le capital humain est incorporé dans les individus, il est lié à ce qu'ils ont appris, à leurs expériences, il appartient à la personne mais n'est pas échangeable. Le capital social, lui, serait incorporé dans les relations entre les personnes. On ne saurait ni se l'approprier ni l'échanger.⁶⁷

Le capital est défini en général comme une ressource permettant un investissement. Le capital peut être accumulé et l'on peut l'utiliser pour engendrer un flux d'avantages pour le futur. Pour Coleman, comme nous l'avons vu précédemment, le capital social tout comme le capital humain ou physique est créé par une transformation et facilite l'activité productive. Il se différencie du capital humain ou physique, car son accumulation dépend de l'action de plusieurs personnes. Si les éléments culturels comme les visions communes, la mémoire, la religion, les éléments de voisinage et d'amitié peuvent être considérés comme des précurseurs du capital social, il nécessite quand même un investissement initial et un entretien comme toute forme de capital.

En effet, en tant que stock, le capital social possède de nombreux points communs avec les autres formes de capital. Il est tout aussi possible de l'accumuler. C'est le cas notamment, d'un point de vue structurel, la taille d'un réseau augmente si de nouveaux membres intègrent le groupe ou si des liens sont mis en place avec d'autres groupes. Un autre exemple de caractéristique que partagent le capital social et le capital humain, réside dans le fait qu'il peut être simultanément un bien de consommation et d'investissement, c'est-à-dire qu'il ne se déprécie pas à l'usage ; au contraire, il grandit. En revanche, il se déprécie avec la non utilisation et il est destructible par certains usages : discrimination, racisme, méfiance ...

Bourdieu, met en avant une autre caractéristique du capital social, qui selon lui est convertible en d'autres formes de capital, comme un substitut ou un complément d'autres ressources. Par exemple si le capital humain d'un individu est insuffisant pour obtenir un poste et qu'il se fait aider par un autre, le capital social dans ce cas se substitue au capital humain. Dans un autre exemple si un individu reçoit de l'aide pour construire sa maison le capital social devient complémentaire du capital économique.

Comme pour d'autres concepts le sens du capital social dépend du point de vue qu'adopte l'analyste. Certains adoptent le point de vue « macro » et utilisent l'expression « capital social » pour désigner les ressources partagées par l'ensemble des membres d'un groupe de grande taille ou d'une société. Ils y incluent les formes de régulation de la vie en commun. Dans

⁶⁷ Alain Degenne. « Mise en œuvre empirique de la notion de capital social : définitions et exemples ». - CNRS-LASMAS, CAEN

cette acception le capital social renvoie à des notions générales et donc abstraites telles que des valeurs, des normes qui permettent la vie en société. Le concept devient difficile à distinguer de celui de culture, ce que d'ailleurs certains sociologues ont pointé en se demandant s'il était bien utile d'avoir deux expressions. En adoptant un point de vue « micro », on comprend que le capital social puisse être conçu comme un ensemble de ressources très individualisées et rattachées aux relations concrètes d'une personne ou d'un ensemble de personnes. Entre les deux on trouve les efforts d'auteurs qui partent bien de relations mais recherchent dans la structure du système qu'elles forment, et en particulier lorsqu'il s'agit de groupes ou d'organisations, l'origine de la capacité à agir ensemble et à produire des normes collectives. C'est le niveau « méso ».

3.2.2.2. Capital social « individuel » ou « collectif »

De manière implicite ou explicite, le capital social est présenté sous une forme soit « individuelle » soit « collective ». Le capital social est considéré « individuel » s'il repose sur les relations que les individus entretiennent entre eux (Coleman (1998), Flap et De Graaf (1986), Lin (1995), Schiff (1992), Smart (1993), Mc Lanahan et Sandefur (1994)). Si le capital social est traité comme un attribut de la structure sociale ou des groupes en tant que collectivité généralement définie par l'appartenance à un territoire, à une nation, à une ethnie ... il est alors considéré comme « collectif » (Putman (1993), Fukuyama (1995), Coleman (1987, 1990), Brown et Ashman (1996), Evans (1996), Fox (1996), Hadenius et Ugglå (1996), Heller (1996), Ostrom (1994), Renaud (1998)).

Le capital social « individuel » sera le produit de liens sociaux « libérés » de l'influence de la structure sociale dans laquelle ils sont inscrits. Le capital social « collectif » lui est inséré dans une structure et produit sans action. La première approche conduit à des interventions centrées sur les individus dans l'objectif de changer les comportements, la seconde rend l'intervention particulièrement difficile, car c'est l'ensemble de la structure sociale qui devrait être ciblé.

Il semble donc que la production ou l'existence de capital social « collectif » par rapport à une forme « individuelle » soit essentiellement attribuable au fait que dans le premier cas des acteurs « collectifs » sont impliqués et des acteurs « individuels » dans le second. L'acteur collectif renvoie à différents organismes qui « regroupent » une plus ou moins grande quantité d'individus et qui forment une entité sociale particulière.

Ces lieux « sociaux » sont conçus comme des lieux de production du capital social en cela que, par la rencontre des différentes personnes qu'ils mettent en contact les unes avec les autres, ils créent ou peuvent créer des conditions favorables à l'élargissement des réseaux sociaux et, potentiellement, à un accroissement du capital social. Bien que cette fonction de création des possibilités concrètes de développement du capital social soit assumée par l'ensemble des lieux physiques ou des espaces sociaux qui permettent à des individus de se rencontrer, les groupes « sociaux » ou « collectifs » - spécifiques à chaque groupe - permettant en cela, à tout le moins

potentiellement, de transformer des formes contingentes de sociabilité reposant principalement sur des relations affinitaires en des échanges orientés vers des objectifs plus spécifiques – la promotion ou l’atteinte d’intérêts ou d’objectifs d’ordre « collectifs », c'est-à-dire partagés par le groupe en question.⁶⁸

3.3.Relations entre habitus, capital social et le champ de la santé

3.3.1. Habitus

Comme nous l’avons expliqué précédemment, la notion d’habitus trouve un sens selon l’observateur : commun, sociologique, philosophique ou médical. Si dans son sens initial, l’habitus désigne une disposition acquise et stable, pour Aristote, l’homme vertueux actualise la manière d’être (hexis) sur laquelle il a délibéré (Léon Robin, 1947). L’habitus est la disposition d’un acteur qui développe volontairement son agir, son comportement. Les déterminants d’un comportement sont multiples et difficilement appréhendables puisque intriqués à l’habitus de l’individu et aux conditions sociales, économiques, politiques et environnementales dans lesquelles vit celui-ci.

Dans un sens second, l’habitus reçoit la signification passive et extérieure de manière d’être ou d’apparaître à autrui. Cette acception morphologique de type médical définit l’habitus comme l’aspect général du corps ou du visage. L’habitus indique ainsi un état global de santé ou de maladie, mais il permet également de singulariser une espèce (Diderot et d’Alembert, 1765).

L’habitus ne trouve pas une signification médicale uniquement dans l’acceptation morphologique mais aussi dans son éducation vis-à-vis de la santé. En effet, l’éducation pour la santé est un ensemble d’interventions qui vise à informer, motiver et aider la population à adopter volontairement des comportements favorables à la santé, favorables à former un « habitus de santé ».

L’histoire de l’éducation pour la santé peut s’écrire en miroir des théories sociologiques analysant le lien entre individu, société et éducation.

Si au début du 20^{ème} siècle, nous parlions d’éducation sanitaire, Emile Durkheim décrivait une société organisée et hiérarchisée autour d’émetteurs « éducatifs » comme la famille, l’école, l’État et la religion. Ceux-ci étaient les seuls prescripteurs, auprès des individus, des attitudes, des comportements et des valeurs utiles et nécessaires à la vie en société et au développement d’une conscience collective. L’éducation devait avant tout servir cet idéal de société : « L’éducation est l’action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l’enfant un certain nombre d’états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui, et la société politique dans son appartenance, et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné. »

⁶⁸ Maurice Lévesque et Deena White. « Le concept de capital social et ses usages ». Lien social et Politiques. N° 41, 1999. P 23-33

Dans ce modèle, les enfants, les adolescents sont des êtres sans réflexion, sans pensée, et seuls les adultes – représentant les émetteurs éducatifs mentionnés ci-dessus – peuvent leur inculquer les bons principes. Si cette théorie est historiquement datée, les premiers pas de l'éducation sanitaire reposaient sur ce principe, notamment par la négation des savoirs de la personne.

L'évolution de la société, de la santé publique et de l'éducation pour la santé a permis de prendre conscience des limites de ce modèle, par la prise en compte des déterminants de la santé. En effet, ces derniers agissent selon notre position sociale sur nos conceptions et représentations de la santé, qui elles-mêmes influencent nos pratiques.

Selon Bourdieu (1980)⁶⁹, l'individu n'évolue pas dans un espace social neutre, il existe un espace de liberté. Par la connaissance de son habitus, de son environnement, l'individu laisse une place à la liberté donc au développement d'une responsabilité individuelle en favorisant l'autonomie et d'une responsabilité collective en supprimant autant possible les effets négatifs des déterminants sociaux.

3.3.2. Capital social

Le capital social est un concept qui a migré d'une discipline à l'autre, initialement intronisé en sociologie, il en a dépassé les frontières pour être repris dans des disciplines comme les sciences politiques, économiques ou l'éducation. Le capital social est devenu une des réponses possibles à de nombreuses interrogations soulevées dans différentes disciplines faisant une place aux problèmes sociaux dans leurs théories. Ainsi il apparaît naturel de voir apparaître le capital social comme un lien évident entre l'environnement social d'un individu et sa santé.

Le capital social serait aujourd'hui un indicateur dans un pays aussi important que le taux de chômage, le produit intérieur brut ou les conditions environnementales selon Putman (2000)⁷⁰. Pour analyser ce déterminant social de la santé, les chercheurs font intervenir essentiellement les indicateurs de base du capital social, tel qu'il a été défini à l'origine par Coleman (1990) et Putman (1995)⁷¹. Bien que le concept ni les indicateurs ne constituent des nouveautés dans le domaine de la santé, les études des théoriciens du capital social ont toutefois renouvelé l'approche et inspiré d'autres études plus récentes dans le domaine, notamment celle de Kawachi et de ses collaborateurs (1997, 1999)⁷². Ce dernier utilise le concept de capital social comme une combinaison d'indicateurs regroupant la confiance sociale, la participation civique et les réseaux. Certains auteurs signalent, à titre d'hypothèse, que l'intensification d'inégalité de la répartition de la richesse engendre un accroissement de la frustration, qui risque à son

⁶⁹ P. Bourdieu. « Le capital social : notes provisoires ». Actes de la recherche en sciences sociales. 1980

⁷⁰ R. Putman. « Bowling alone: the collapse and revival of american community ». 2000

⁷¹ R. Putman. « Bowling alone: America's declining social capital ». Journal of Democracy. 1995

⁷² I. Kawachi. « Social capital, insome inequality, and mortality ». American Journal Public Health. 1997

tour d'avoir des effets négatifs sur la santé physique et psychique des personnes (Wilkinson, 1996)⁷³.

Depuis la fin des années 90, nous assistons à la prise en compte du capital social comme déterminant de certaines maladies. Bien que très récentes, ces recherches deviennent de plus en plus fréquentes. L'analyse de l'influence des facteurs de risque classiques dans l'étude des maladies se voit ainsi enrichie par la prise en compte de l'influence exercée par la communauté sur l'individu, notamment à travers la manière d'interagir de celui-ci avec les autres membres. Le capital social a été mis en parallèle des différents aspects de la santé comme l'accès aux soins, l'alcoolisme, l'inactivité physique, la tuberculose, le suicide ... (Kawachi, 2008)⁷⁴.

Au cours des dernières années le capital social s'impose dans des études épidémiologiques comme concept susceptible de permettre une meilleure compréhension des relations entre le capital social et la santé. Des recherches récentes ont montrées que la probabilité de mortalité précoce était de 2 à 3 fois plus élevée chez les personnes sans un réseau de soutien social que chez celles qui en bénéficiaient. Deux types de recherches ont émergé, l'une définissant le capital social par le réseau de relations social donnant accès à des ressources, l'autre par les normes de réciprocité, de participation sociale et civique, et de confiance. C'est cette dernière que Wilkinson a d'abord utilisée pour rapprocher le concept de capital social de la cohésion sociale. Wilkinson a lancé l'idée que les sociétés plus égalitaires et plus cohésives socialement ont une meilleure espérance de vie⁷⁵.

Aujourd'hui le capital social a gagné en importance dans les études épidémiologiques visant à élucider les liens entre inégalités sociales et les taux de mortalités. D'ailleurs, une association étroite existe entre l'existence et la qualité des liens interpersonnels et la mortalité, morbidité, la convalescence et l'ajustement face à une maladie chronique ou à une limitation des activités. Par exemple, le genre de milieu social au sein duquel s'intègre une personne à un lien direct avec ses comportements en matière de santé, pour le meilleur ou le pire comme dans le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, le régime alimentaire, la consommation de médicaments ... Une bonne intégration sociale engendre habituellement un bon soutien social, ou du moins, l'impression qu'on peut avoir accès à un soutien. Par contre, l'isolement social est lié à une détérioration de la santé, surtout la santé mentale, en raison des effets négatifs qui y sont associés, dont l'aliénation.

3.4. Importance de l'habitus et du capital social dans les comportements à risque

L'étude de la santé mentale englobe comme nous l'avons vu précédemment un large panel de maladies et de troubles du comportement. Ces troubles du comportement peuvent se matérialiser par exemple des addictions.

⁷³ R. Wilkinson. « Unhealthy societies: the afflictions of inequality ». 1996

⁷⁴ I Kawachi. « social capital and health ». American journal of preventive Medicine. 2008

⁷⁵ R. Wilkinson. « The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier ». 2005

3.4.1. Habitus

Comme nous l'avons précédemment, l'habitus est un ensemble des dispositions acquises par l'agent social, c'est-à-dire les schèmes de perception, d'appréciation et d'action inculqués par le contexte social en un moment et une place donnée. L'habitus est de plus, producteur de pratiques (intériorisation de l'extériorité et extériorisation de l'intériorité). Cet habitus entraîne donc des modes de pensées, de jugement, des conduites conformes aux rapports de classe. L'habitus est donc le lien invisible établi entre les structures sociales qui nous ont façonnés, comme nos « goûts personnels ».

Habitus et alcoolisme

L'habitus est cette matrice, que nous appelons aussi « choix personnels », à travers laquelle nous voyons le monde et qui guide nos comportements entre autres par rapport à l'alcool, la convivialité, mais aussi dans nos réponses aux tensions, nos modalités de recours à l'alcool, ou sous d'autres formes, aux pressions internes et externes. Il se manifeste par un ensemble cohérent de positionnements, de goûts et de dégoûts, de réactions et de pratiques d'alcoolisation.

L'alcoologie ne mentionne pas suffisamment ce trait de la dépendance qu'est la dépendance socioculturelle liée à l'habitus. Si comme on se plaît à le dire l'alcoolodépendance est une maladie bio-psycho-sociale, il conviendrait de mentionner et de prendre en compte la dépendance socioculturelle, première, bien avant même la dépendance psychique. Pourtant, cette forme de dépendance, commune à des millions de consommateurs, n'implique en rien un futur parcours alcoolique, par contre, en ce qui concerne le risque sécurité, les habitus liés aux différentes formes d'alcoolisation à substrat culturel et social, structurent solidement les résistances à tout changement des comportements d'alcoolisation au travail ou avant le travail, par exemple.

La systématisation de l'inculcation, l'essence du processus d'éducation « alcoolophile vs alcoolophobe » naturelle, nous informe durablement, faisant de « l'habitus alcool » un principe unificateur et générateur des pratiques dans la durée, tant dans le rapport à l'alcool que dans le rapport à l'alcoolique. La réalité-vin, et la réalité-alcool font partie de cet arbitraire culturel dont les mentalités sont imprégnées à la suite d'une inculcation multiséculaire, produit de la famille, de l'église, de l'école, du groupe... Une boisson alcoolique n'est donc pas simplement un liquide constitué de plus ou moins d'eau, d'alcool et d'autres substances hétérogènes, elle est avant tout une « réalité socio culturellement construite et intégrée » en appui sur des représentations individuelles et collectives, véritable héritage symbolique conditionnant les attitudes et les comportements.

Il conviendrait d'avoir ce schéma en mémoire chaque fois qu'il sera question de la réalité alcool, qu'il s'agisse du vin, de la bière, du cidre ou d'autres produits plus titrés en alcool.⁷⁶

Habitus et tabagisme

Les vitraux de nos cathédrales avaient des missions d'éducation religieuse. Les paquets de cigarettes sont illustrés également, dans un but certes laïque, mais qui se veut éducatif et promotionnel pour la santé. On passe d'une vision de la promotion de la santé par les mots à une éducation par les images. Des images fortes, non tant pour menacer d'un enfer probable si le péché persiste, mais pour faire entrevoir quand-même l'issue défavorable possible d'un mauvais habitus qui se prolongerait.

La revue *Social Science & Medicine* dans son numéro de mars 2011 publie un article de Niederdeppe J et coll., des équipes de Cornell University à New York et du Public Health Policy Research Program en Caroline du Nord aux USA. Leur travail s'intéresse à l'efficacité comparée des campagnes de lutte contre le tabac en fonction des classes sociales. L'étude nord-américaine précitée a été conduite entre 2007 et 2009 auprès de 7 000 fumeurs adultes, pour évaluer l'effet des différents types de campagnes anti-tabac en fonction des catégories socioculturelles. Les fumeurs de bas niveaux de revenus et d'éducation répondent moins bien aux campagnes axées sur le « comment arrêter la cigarette », et beaucoup mieux aux campagnes utilisant des images fortes et des témoignages individuels. Les auteurs évoquent une explication possible qui serait que les images et les témoignages font remonter des émotions fortes et négatives et augmentent ainsi la probabilité d'arrêt du tabac.

Habitus et toxicomanie

Tout comme pour l'alcool, la toxicomanie, est littéralement décrite en médecine au travers de l'habitus alcoolique ou de l'habitus toxicomane. Ces habitus sont le reflet de la clinique vis-à-vis de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Pourtant, il apparaît essentiel de mettre en lumière le rôle de la famille dans le processus thérapeutique. Le concept de famille, comme le rappelle Sylvie Angel, s'est pendant très longtemps réduit en matière de toxicomanie au couple parental⁷⁷.

La mère était assimilée de façon réductionniste à l'image de la castratrice, tandis que le père était perçu comme un être passif et détaché de la famille. Ces conclusions s'appuyaient sur un ensemble de points communs aux familles des toxicomanes (absence de la figure du père, forte possessivité de la mère), qui ne sont pas par ailleurs dénués de véracité. L'image de la famille s'est progressivement transformée au cours des années quatre-vingt par l'étude du schéma familial et du rôle de la famille joué dans la toxicomanie⁷⁸.

⁷⁶ Jean Paul JEANNIN. « Éthique et Prévention des risques liés à l'alcoolisation du point de vue des Sciences Sociales ». CRIPS. 2002

⁷⁷ Angel S. & Angel P. « Famille, fratrie et toxicomanie de l'adolescent ». *Toxicomanies*, Paris, Masson, 2000, pp. 157-164

⁷⁸ Luca Fazzi, Antonio Scaglia & FrancoAngeli. « Le politiche famigliari ». *Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia*. Milan, 2001, pp.65-82

Des études ont mis en évidence l'importance des troubles d'ordre familiaux dans les conduites déviantes. Donati (1990) évoque à ce propos la présence de « difficultés relationnelles qui provoquent un vide lors de la construction de l'adolescent. Khanzian (1985) envisage alors l'usage de substances stupéfiantes comme une « automédication » pour compenser les mécanismes de défense du soi.

Dans un autre registre, les modèles parentaux de comportement influencent les consommations de substances psycho-actives en déterminant l'acquisition des habitus. Le rapport à l'alcool (principalement pour le père) ou aux médicaments psychotropes (essentiellement chez la mère) semblent avoir une valeur prédictive sur la consommation de substances psycho-actives chez l'adolescent. Les opinions des parents, plus ou moins laxistes ou restrictifs, semblent également participer aux facteurs prédictifs. Il est toutefois nécessaire de rappeler qu'il s'agit là de phénomènes complexes qui ne s'apparentent pas à des causes unilatérales mais plutôt à des facteurs à risque.

Le rôle accordé à la famille en matière de toxicomanie est triple: tout d'abord en terme de prévention de l'usage de substance (prévention primaire), puis dans la thérapie elle-même c'est-à-dire le dépassement de l'état de dépendance, et enfin dans la réinsertion sociale. La prévention peut se réduire à la transmission d'un message plus ou moins alarmiste qui vise à renforcer le rôle coercitif joué par la famille. Ces messages de prévention sont très fréquents aux Etats-Unis. Leur objectif est avant tout de sensibiliser les familles aux problèmes de l'adolescence afin d'améliorer le contrôle parental exercé sur les adolescents. Cette idée d'un contrôle social comme prévention de la toxicomanie est très forte aux Etats-Unis.

Dans un article, P. Bourgois et J. Schonberg, décrivent les dimensions ethniques de l'habitus chez les toxicomanes sans-abri de San Francisco. Comme nous l'avons vu précédemment un certains nombres de schèmes sont générateurs de l'habitus. Dans le cadre de leur article, les auteurs nous montrent que l'esclavagisme, et, les expériences liées à la famille et à l'enfance sont les deux principales dimensions de la genèse de l'habitus.

L'esclavage est sans nul doute une sédimentation historique que l'on peut observer dans l'habitus de nombreux afro-américains aux États-Unis. Les effets structurels que l'esclavage continue de produire sur la localisation régionale et la position de classe dans la société contemporaine sont évidemment extrêmement complexes. La mémoire de l'esclavage garde donc une importance symbolique considérable aux États-Unis. Concrètement, la mémoire historiquement sédimentée de l'esclavage se manifeste dans la façon dont les toxicomanes afro-américains au chômage et à la rue trouvent humiliantes les relations paternalistes que les employeurs imposent aux travailleurs journaliers. Les sans-abri blancs ne ressentent pas le même outrage ni le même affront aux mains de leurs employeurs occasionnels, qui les traitent pourtant souvent de façon grossière. Les afro-américaines sont extrêmement sensibles à toute manifestation raciste de la part de leurs employeurs qu'elle soit explicite ou suggérée. Leur résistance affichée à l'exploitation, au racisme et à l'humiliation trouve aussi ses origines dans l'expérience historique de la migration afro-américaine vers San Francisco.

Les structures forgées au cours de l'enfance continuent de hanter ou d'avantager les individus alors même qu'ils avancent en âge et que leurs vies se transforment du tout au tout. Bien qu'ils aient grandi dans les mêmes quartiers que les blancs de l'échantillon, tous les afro-américains ont passé des moments décisifs de leur adolescence dans des institutions correctionnelles pour mineurs pour avoir participé à des luttes entre gangs, avant de commencer à consommer des

drogues. En revanche, la plupart des blancs n'ont pas fait partie de gangs d'adolescents. Ils ont connu leurs premières expériences carcérales après avoir passé le cap des vingt ans, déjà « accros » à l'héroïne, lorsqu'ils ont commencé à commettre des délits liés à la drogue. Au sein des communautés ouvrières ou paupérisées, l'appartenance à un gang est souvent pour les jeunes garçons une façon de s'accomplir dans un contexte de marginalisation sociale. Il n'est guère surprenant, par conséquent, que les afro-américains, arrivés à l'âge adulte, se reconnaissent de façon positive dans l'idéal de la réussite criminelle. En revanche, les blancs à la rue sont en rupture totale avec leurs familles et considérés comme des parias dans les communautés ouvrières dont ils proviennent. Pour eux, cet ostracisme est source de honte. On ne s'étonnera donc pas du fait que les blancs dépendants aient plus tendance à se considérer en situation d'échec que comme des hors la loi patentés.

La plupart des forces génératrices qui influencent les stratégies économiques expliquent aussi pourquoi les afro-américains et les blancs administrent leurs injections d'héroïne de façon différente. Les blancs sont vêtus de haillons, ils sentent mauvais, ils marchent en boitant, à l'aide de cannes, et boivent jusqu'à s'en abrutir avant même que la journée ne touche à sa fin. La plupart d'entre eux disent qu'ils ne prennent plus de plaisir à planer. Ils hochent la tête d'un air satisfait après l'injection, mais ils le font discrètement, comme s'ils somnolaient, tandis que les afro-américains émettent parfois des grognements de plaisir sonores et adoptent des positions corporelles extrêmement détendues. Se considérant comme de véritables proscrits, rebelles et triomphants, les afro-américains persévèrent dans la recherche de « trips » intenses.

Cela est conforme à leurs pratiques corporelles, comme leur détermination à rester bien habillés, à se laver quoi qu'il arrive, leur démarche décidée, le buste droit, et le regard franc. Cette façon d'être s'accorde aussi avec le fait de maintenir à partir de la rue un réseau social dense et dynamique constitué par la famille étendue, des amis et de simples connaissances.

Ces oppositions entre les blancs et les afro-américains ne reflètent pas seulement des caractéristiques culturelles persistantes, mais des schèmes générateurs à l'œuvre dans les relations de pouvoir symboliques. En l'occurrence, l'examen minutieux des dimensions ethniques de l'habitus chez les sans-abri de San Francisco nous a permis d'élaborer le concept d'« apartheid intime ». Il nous aide à comprendre la production et le maintien de barrières imposantes séparant des individus qui diffèrent par l'ethnicité mais qui par ailleurs survivent au contact les uns des autres, et sont dépendants des mêmes drogues. En fait, bien que les afro-américains et les blancs dorment, s'injectent de l'héroïne, fument et boivent côte à côte, en partageant les mêmes abris, tout un monde les sépare⁷⁹.

3.4.2. Capital social

La mesure du capital social, telle que nous l'avons abordée dans notre étude, est le résultat de la participation à la vie sociale et à la confiance en autrui.

⁷⁹ P. Bourgois et J. Schonberg. « Un apartheid intime ». Actes de la recherche en sciences sociales 5/2005 (n° 160), p. 32-44.

Lindström (2003), a démontré une corrélation négative entre la participation sociale, la confiance et le tabagisme régulier. De plus, il a montré que l'existence d'un fort capital social était un bon facteur de prédiction dans le maintien de l'arrêt du tabac.⁸⁰

Lowell (2002), s'est intéressé aux populations ayant des comportements addictifs et sa conclusion est que les consommateurs de drogues qui appartenaient à des réseaux de consommation étaient plus facilement engagés dans des comportements à risque d'injection de drogues.⁸¹

Siapush et al. Ont étudié le tabagisme en fonction des inégalités de revenus, ils ont montré que les individus présentant un faible capital social ont plus facilement tendance à fumer. Ils ont également observé que les communautés avec une forte inégalité objective de revenus, avec un faible niveau de sécurité et de confiance avaient le pourcentage de fumeurs élevé. Selon les auteurs, ces résultats suggèrent que l'augmentation de la probabilité de fumer est associée à une perception négative de sa propre position sociale.⁸²

Ceci confirme la théorie développée par Wilkinson (1996), à savoir que dans les pays développés, le ressenti d'une privation matérielle pourrait avoir un impact plus important sur la santé des individus que les effets directs d'une réelle pauvreté.⁸³

Capital social et alcoolisme

Une récente étude américaine rapportée par le Journal of Labour Research en septembre 2006 montre que les buveurs d'alcool gagneraient 10 % de plus que les non buveurs. Ceci pour les hommes. Chez les femmes, le différentiel est plus important encore : 14 % d'écart entre celles qui boivent et les autres. Explication ? La consommation d'alcool permet d'accumuler du capital social. « Les buveurs tendent à être plus « sociaux » que les non buveurs », explique le professeur d'Economie, co-auteur de l'étude Edward Stringham. Plus étonnant encore, l'étude révèle que les hommes qui boivent dans des lieux publics (bars...) ajoutent encore 7 % à leur feuille de paie. Pour Edward Stringham, la raison tient au fait que « les gens qui boivent en société construisent des réseaux, des relations et accumulent des contacts. Cela se traduit par des salaires plus élevés ». En revanche, pour une femme, le fait de boire en public n'augmente pas le revenu par rapport à une femme « simplement buveuse ». La raison de cette différence avec les hommes serait qu'elles construisent du social d'une autre façon.

Capital social et tabagisme

⁸⁰ M. Lindström. « Social capital and the miniaturization of community among and intermittent smokers: a population based study ». Preventive Medicine 2003, 36, 177-184

⁸¹ AM Lowell. « Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices and social capital ». 2002. Social science and medicine, 55, 803-821

⁸² M. Siahpush and al. « The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital ». 2006. Social science and medicine, 63, 2801-2812.

⁸³ R. Wilkinson. « Unhealthy societies : the afflictions of inequality ». 1996. London Routledge

Dans les pays occidentaux, le tabagisme suit généralement un gradient socioéconomique prononcé : les groupes qui se situent en bas de l'échelle soit les moins instruits, ceux qui disposent d'un faible revenu et qui exercent un travail manuel peu spécialisé fument davantage que leurs concitoyens d'un statut social plus favorisé. Le tabagisme accentue donc le taux de mortalité lié aux inégalités sociales. Ainsi, en Angleterre, aux Pays de Galle, aux États-Unis, en Pologne et au Canada, le taux de mortalité des hommes de 35 à 69 ans est deux fois plus élevé que chez leurs semblables des strates sociales mieux nanties.

Capital social et toxicomanie

Bouhnik & Touzé (1995) observent que, pour vivre au quotidien avec les drogues, les personnes sont conduites à adopter « un système de vie qui intègre des règles et rites d'apprentissage, d'organisation des échanges et des liens. L'ancrage de leurs pratiques dans un système commun rend plus facile l'accès aux produits et à la pratique de l'injection intraveineuse. Cette organisation nécessaire – compte tenu du caractère illicite de leurs pratiques addictives – les fixe dans un réseau de relations et d'inter-dépendances dont ils ont par la suite (quand ils veulent « en sortir ») beaucoup de mal à se débarrasser ». Pour ces auteurs, l'interdépendance précède souvent la dépendance aux produits, surtout dans le cadre urbain et social qui est celui de familles fortement précarisées, avec de très faibles ressources légales et un passé de relégation. En trouvant appui au sein du réseau des dealers et des groupes d'usagers, il se met en place un semblant de vie collective qui va lier très étroitement les usagers entre eux, dans une dépendance à l'argent, aux réseaux d'approvisionnement, aux relations de sociabilité.

La description par Fernandez (2000) des conditions dans lesquelles se produit l'initiation à la première injection l'amène également à constater l'importance du réseau social dans lequel le « débutant » est intégré. Il considère que la présence ou non d'usagers de drogue par injection sera déterminante « pour le futur initié, la volonté de mettre à l'épreuve sa propre représentation du risque augmente proportionnellement avec son degré de familiarité avec des injecteurs expérimentés. La perception du risque apparaît essentiellement liée à la familiarité que certains jeunes vont avoir avec des usagers de drogue par voie intraveineuse ».

Capital social et internet

L'usage d'Internet le plus répandu est l'envoi et la réception de courrier électronique. Internet permet ainsi de communiquer avec son entourage (familial, professionnel, associatif, ...), mais aussi de rencontrer de nouvelles personnes, via les forums, la messagerie instantanée... De nombreux internautes déclarent ainsi avoir développé des relations avec des personnes rencontrées pour la première fois sur Internet (Parks et Floyd, 1996, Velkovska, 2002). L'usage de l'Internet accroît-il pour autant la sociabilité des individus ? Pas sûr, si l'on en croit l'étude d'Attewell *et al.* (2003) qui montre que les adolescents qui disposent d'un ordinateur à la maison passent moins de temps à faire du sport ou jouer dehors, que les jeunes n'ayant pas d'ordinateur. Internet pourrait donc isoler les individus en venant se substituer à des loisirs générateurs de liens sociaux. Tout d'abord, Internet peut permettre d'entretenir son stock existant de capital social ou d'empêcher sa dépréciation (notamment avec les personnes distantes géographiquement). Mais, Internet peut aussi aider à renouveler et diversifier son capital social (en rencontrant de nouvelles personnes, en participant à de nouvelles communautés).

Plusieurs études empiriques ont déjà apporté des éclairages partiels sur les effets d'Internet en matière de capital social. A partir d'un panel de 700 individus interrogés en 1998 et en 2001, Franzen (2003) montre que l'usage d'Internet n'a aucun effet sur le réseau social de l'individu

(ni sur le nombre d'amis proches, ni sur le temps passé avec ces derniers). En revanche, l'usage d'Internet réduirait le temps passé devant la télévision. Par ailleurs, Franzen montre que l'existence d'un fort capital social joue positivement sur l'usage d'Internet : un réseau social dense faciliterait l'adoption d'Internet.

D'autres travaux, de nature plus sociologiques, concluent à un effet significatif de l'usage d'Internet sur la sociabilité. Wellman et al. (2001) montrent que plus l'usage d'Internet est intensif et plus la participation à des associations et l'engagement civique de l'internaute augmente, une partie de cet engagement se faisant dans des associations ou communautés en ligne. Kraut *et al.* (2002) ont montré que l'usage fréquent d'Internet avait aussi tendance à accroître les interactions sociales avec les amis et la famille. Toutefois, cet effet positif ne ressort que pour des internautes disposant d'un capital social significatif. Pour ceux qui sont dépourvus de capital social, l'usage d'Internet aurait comme effet d'accroître l'isolement. Ces résultats rejoignent ceux de Katz *et al.* (2001) qui montrent que les internautes de longue date rencontrent plus d'amis et ont un plus grand réseau social (institutionnel et informel) que les non internautes ou les internautes récents. De leur côté, Riphagen et Kanger (1997) constatent que les utilisateurs de l'email ne communiquent pas avec plus d'interlocuteurs que les non utilisateurs de l'email mais que la part des personnes, que l'on peut qualifier d'étrangères, avec lesquelles ils communiquent, est plus importante que chez les non utilisateurs d'Internet. Au final, la plupart des études mentionnées précédemment tendent à montrer l'existence d'un impact positif de l'usage d'Internet sur le capital social et les pratiques de sociabilité.⁸⁴

3.5. Les hypothèses de notre travail

De nombreuses disciplines s'intéressent aux pratiques addictives, à leurs causes ou à leurs conséquences. Prises isolément, toutes les variables que nous avons identifiées à ce jour ne permettent pas d'expliquer pourquoi certains individus adoptent de telles pratiques et d'autres pas. Cela tient pour parti à la multi-factorialité particulièrement complexe d'un phénomène inscrit à la fois dans l'individuel et le collectif, à la fois dans le passé et le présent.

Nous avons montré l'intérêt de l'apport des sciences sociales dans les comportements addictifs. Nous avons présenté les concepts sociaux que sont le capital social et l'habitus. Nous avons montré l'importance de ces facteurs dans la compréhension de la société et de l'individu.

Afin de dépasser la seule approche bio-médicale dont l'intérêt est certain, nous nous posons maintenant la question de savoir si ces facteurs de capital social et d'habitus ont une conséquence sur l'état de santé de l'individu et particulièrement sur les consommations et les comportements addictifs.

⁸⁴ T. Pénard & N. Poussing. « Usage de l'Internet et investissement en capital social ». Université de Rennes. 2006.

En effet, le capital social et l'habitus d'une personne à la fois héritage du passé et des choix de chaque individu pourraient-ils être des éléments favorisant l'installation ou renforçant les consommations et les comportements chez un individu ?

L'étude que nous avons souhaité mener à pour objectif principal, la mesure de l'impact social de l'habitus et du capital social dans les addictions.

Capital social et habitus sont-ils des déterminants dans la mise en place ou dans le renforcement des conduites addictives ?

4. Recherche

Notre travail bibliographique, nous a montré l'intérêt de rapprocher habitus et capital social des comportements addictifs. De plus, nous avons vu qu'il y a très peu d'études quantitatives sur le sujet. L'objet de notre recherche est d'évaluer avec précaution si l'habitus et du capital social ont un impact sur les comportements addictifs. Pour cela, nous avons mené une étude à partir d'un questionnaire sur deux échantillons l'un de patients l'autre issue de témoins pris au hasard. Le questionnaire comporte 44 questions fermées.

4.1.Méthodologie

4.1.1. Questionnaire

Le questionnaire comporte 44 questions.

Ces questions sont uniquement fermées afin de faciliter l'analyse et d'obtenir un résultat mesurable et exploitable rapidement.

Le questionnaire est divisé en 4 parties :

- 1^{ère} partie : situation personnelle et socioprofessionnelle (Q1 à Q7)
- 2^{nde} partie : situation addictive (Q8 à 26)
- 3^{ème} partie : perception sociologique (Q27 à Q40)
- 4^{ème} partie : perception addictive (Q41 à Q44)

Les questions ont été déterminées afin de déterminer la situation actuelle des personnes, leur situation vis à vis des addictions, leur habitus, leur capital social et leur vision de l'addiction et des soins.

Les situations personnelles et professionnelles sont mesurées par des déterminants couramment utilisés dans des études de ce type. Les déterminants permettant de mesurer l'habitus et le capital ont été déterminés à partir des éléments bibliographiques exposés au préalable. Pour les addictions, nos questions permettent de déterminer le type et la fréquence. Pour les soins, nous avons recueilli leur choix vis à vis des différentes prises en charge proposées.

Une analyse qualitative par la méthode des entretiens aurait pu être aussi intéressante mais au delà de l'aspect organisationnelle complexe, l'analyse des réponses est rendue plus aléatoire tout comme la conclusion sur le lien entre habitus/capital social et addictions. L'intérêt d'une analyse qualitative ou le suivi d'une cohorte arrive dans un second temps afin de déterminer l'importance de l'habitus et du capital social vis à vis des autres déterminants des comportements addictifs.

4.1.2. Les populations de l'échantillon

Les populations étudiées sont de 2 types. En effet, l'intérêt du questionnaire est de pouvoir mesurer les effets des déterminants sociaux chez les personnes addicts mais aussi de pouvoir comparer ces résultats avec une population témoin pris au hasard dans la société.

- Population cible : ce sont des patients suivis pour addictions. Ces patients sont soit hospitalisés en établissement de santé soit suivis par des praticiens libéraux.
- Population témoin : ce sont des personnes pris au hasard qui ont bien voulu répondre.

A noter que l'échantillon « témoin » n'a pas été réalisé par la méthode des quotas. Notre choix s'est porté sur une étude cas/témoins. A cette fin nous avons interrogé des patients dans établissements de santé, hospitalisés pour addiction à Marseille et Paris, il nous a semblé pertinent que l'échantillon « témoin » soit questionné dans ces villes. La limite de cette méthode est le manque de représentativité vis à vis de la population générale.

4.1.3. La méthode de recueillement

La méthode de recueillement est faite soit par un praticien ou un personnel soignant dans les établissements de santé et par un sondeur pour la population témoin.

Le questionnaire est anonyme, toute fiche présentant un élément discriminant a été écarté volontairement.

Le sondeur et le personnel de santé ont reçu la même information quant aux règles de remplissage.

4.1.4. Tests d'analyse utilisés

Test de Levene

Le test de Levene permet de vérifier l'égalité des variances de deux échantillons :

- Si $p < 0.05$ → différence est significative
- Si $p > 0.05$ → différence est non significative

Le test de Levene est une alternative crédible du test de Bartlett (et de Fisher). Il est robuste c'est à dire il est moins sensible à un écart par rapport à l'hypothèse de normalité. De fait, si la distribution sous-jacente de X n'est pas gaussienne : il aura moins tendance à détecter des faux positifs (conclure à l'inégalité des variances alors que l'hypothèse nulle est vraie) ; et il sera plus apte à détecter les vrais positifs (conclure à juste titre à l'inégalité des variances).

Test-t

Le test t est la méthode la plus courante pour évaluer les différences entre les moyennes de deux groupes.

Le niveau p reporté dans un test t représente la probabilité d'erreur associée à l'acceptation d'une hypothèse quant à l'existence d'une différence. En langage technique, il s'agit de la probabilité d'erreur de rejeter l'hypothèse selon laquelle il n'existe pas de différence entre les deux groupes d'observations dans la population alors qu'en réalité, l'hypothèse est vraie.

Le test-t vérifie si la différence des moyennes des deux groupes est significative avec une marge d'erreur de 5 % :

- Si $p < 0.05$ → différence est significative
- Si $p > 0.05$ → différence est non significative

Test d'indépendance du Khi-carré de PEARSON

Ce test sert à apprécier l'existence ou non d'une relation entre deux caractères au sein d'une population, lorsque ces caractères sont qualitatifs où lorsqu'un caractère est quantitatif et l'autre qualitatif, ou bien encore lorsque les deux caractères sont quantitatifs mais que les valeurs ont été regroupées. À noter que ce test permet de contrôler l'existence d'une dépendance mais en aucun cas le sens de cette dépendance.

Le test va nous aider à comprendre si le fait d'être « patient » a une influence significative sur les réponses à nos questions.

Le test du Khi 2 va apporter une information supplémentaire. Il va permettre de dire si les différences de réponses pour les diverses questions qui sont attribuées à l'addiction sont le fait du hasard du tirage ou si elles sont réelles. Elles peuvent en effet être dues au hasard de l'échantillon.

Les règles sont les suivantes :

- La valeur de p ou Signification asymptotique est l'erreur alpha, soit la probabilité ou le risque de commettre une erreur en déclarant qu'il existe une différence significative entre les fréquences des deux groupes, « patients » et « témoins ».
- Cette valeur de p permet de confirmer ou d'infirmer votre hypothèse statistique (H1) et, partant, l'hypothèse où l'objectif de notre recherche.
- Rappelons qu'en sciences humaines, le seuil de signification est de 0,05.
- Si la valeur de p ou Signification asymptotique est supérieure à 0,05, nous devons accepter l'hypothèse nulle (H0) et conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les « patients » et les « témoins ».
- Si la valeur de p ou Signification asymptotique est inférieure à 0,05, nous devons rejeter l'hypothèse nulle (H0) et conclure qu'il y a une différence significative entre les « patients » et les « témoins » (H1 est vraie).

Les p-valeurs (signification asymptotique) sont à comparer à 0.05, elles sont indiquées en rouge dans les tableaux ainsi que le test statistique utilisé.

Concernant l'exploitation des résultats de notre enquête, dont certains effectifs apparaissent trop faibles pour que les Khi2 soient interprétables.

L'analyse de nos questionnaires a été réalisée au laboratoire de Santé Publique avec le logiciel SPSS statistics Version 17 (INC, IL, USA).

Lorsque les conditions d'application du Khi2 de Pearson ne sont pas respectées (c'est à dire que au moins un effectif théorique est inférieur à 5), nous avons utilisé selon la configuration des tableaux de contingence :

- à 4 cases : le test exact de Fisher (ddl=1),
- supérieur à 4 cases : le test étendu de Fisher ou test de Freeman-Halton (ddl>1).

Dans les résultats présentés, c'est la case « signification exacte » qui correspond au « p » calculé par le test de Fischer ou de Freeman-Halton.

Le test exact de Fisher est une alternative au test du χ^2 lorsque la condition sur les effectifs théoriques n'est pas respectée ou bien lorsque le tableau des effectifs croisés est de taille 2×2 du fait des ddl qui valent alors 1. L'idée du test exact de Fisher est de comparer la distribution observée avec l'ensemble des combinaisons possibles et issues (au sens statistique) d'une distribution aléatoire.

Pour des tableaux allant au-delà de la taille 2×2 , Freeman et Halton ont proposé une généralisation du test exact de Fisher. En partant du tableau croisé obtenu sur X^1, X^2 a, respectivement, P, Q modalités. La mesure de l'éloignement pour le calcul de la p-valeur revient alors à calculer le déterminant associé au tableau croisé.

Le test de Fisher-Freeman-Halton est reconnu comme conservateur du fait de sa méthode de calcul faisant intervenir un plus grand nombre de configurations que dans le cas du test exact de Fisher.

Ainsi l'application de l'ensemble nous a permis d'exploiter au mieux les résultats produits.

4.1.5. Recodage des variables

Pour l'analyse des données et notamment pour la comparaison des échantillons P et T, des variables ont été recodées en r par exemple Q8 et Q8r, les variables ont été regroupées mais dans tous les cas, les deux variables ont été analysées.

Les variables recodées sont entre parenthèses :

```
recode q8 (5,6=5)(0=sysmis)(else=copy) into q8r.  
recode q9 (2,3=2)(0=sysmis)(else=copy) into q9r.  
recode q10 (2,3=2)(0=sysmis)(else=copy) into q10r.  
recode q11 (1,2,3=1)(0=sysmis)(else=copy) into q11r.  
recode q12 (1,2,3,4=1)(0=sysmis)(else=copy) into q12r.  
recode q13 (1,2,3,4=1)(0=sysmis)(else=copy) into q13r.  
recode q14 (2,3,4=2)(0=sysmis)(else=copy) into q14r.  
recode q15 (1,2,3=1)(0=sysmis)(else=copy) into q15r.  
recode q16 (1,2,3=1)(0=sysmis)(else=copy) into q16r.  
recode q17 (4,5=5)(0=sysmis)(else=copy) into q17r.  
recode q18 (1,2=1)(0=sysmis)(else=copy) into q18r.  
recode q19 (1,2=1)(0=sysmis)(else=copy) into q19r.  
recode q20 (1,2=1)(0=sysmis)(else=copy) into q20r.  
recode q21 (3,4=3)(0=sysmis)(else=copy) into q21r.  
recode q22 (3,4=3)(0=sysmis)(else=copy) into q22r.  
recode q23 (3,4=3)(0=sysmis)(else=copy) into q23r.  
recode q25 (3,4=3)(0=sysmis)(else=copy) into q25r.
```

4.2. Les résultats

4.2.1. Les résultats de l'enquête

L'échantillon

Effectifs des échantillons				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
p	67	49,60%	49,60%	49,60%
t	68	50,40%	50,40%	100%
Total	135	100%	100%	

Nous avons pu recueillir 135 témoignages, et nous avons constitués deux groupes homogènes de 67 patients et de 68 témoins. Le seuil pour une analyse comparative de deux échantillons est dépassé (30 participants pour chaque échantillon).

Q1. Quel est votre âge ?

Q1 - Moyenne de l'échantillon		
N	Valide	133
	Manquante	2
Moyenne		42,1
Médiane		41
Ecart-type		12,892
Minimum		15
Maximum		80

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 42 ans.
Le sujet le plus jeune a 15 ans et le plus âgé à 80 ans.

Q1 – Moyenne d'âge des échantillons				
Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
p	67	45,01	10,509	1,284
t	66	39,14	14,412	1,774

La moyenne d'âge de notre échantillon de patients est de 45 ans, celle de notre échantillon de témoin est de 39 ans. Pour autant, y'a-t-il une différence significative de la moyenne d'âge dans nos deux échantillons ?

Hypothèses :

- H0 : la différence de moyenne d'âge est significative
- H1 : la différence de moyenne d'âge est non significative

Q1 - Test d'échantillons indépendants					
	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)
H0 : Hypothèse de variances égales	5,512	0,02	2,691	131	0,008
H1 : Hypothèse de variances inégales			2,684	118,818	0,008

Conclusions du test

- Test de Levene : $p < 0.05$ – nous pouvons retenir l’hypothèse que les variances sont inégales.
- Test -t : $p < 0.05$ donc les moyennes de nos échantillons sont significativement différentes.

En conclusion, patients et témoins ont des moyennes d’âge significativement différentes.

Q2. Quel est votre sexe ?

2	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Homme	80	44	36
2	Femme	55	23	32
		135	67	68

Sur les 135 personnes interrogées, une grande majorité, sont des hommes (59 %). Cette proportion s’accroît chez les patients (66 % sont des hommes). Pour les témoins la proportion hommes / femmes est plus équilibrée (53 % sont des hommes).

Q2 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,265 ^a	1	0,132	0,162	0,092
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 27.30.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous donne un $p > 0.05$ pour cette comparaison, c’est dire qu’il n’y a pas de différence significative entre les deux échantillons sur la question du sexe.

Q3. Quel est votre statut personnel ?

3	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Célibataire	50	33	17
2	En couple	64	18	46
3	Divorcé	20	15	5
4	Veuf (ve)	0	0	0
5	Ne se prononcent pas	1	1	0
		135	67	68

Sur les 135 personnes interrogées, presque la totalité des personnes sont soit célibataire, en couple ou divorcée.

Ce résultat est équivalent dans nos deux échantillons. Par contre, nous remarquons que la répartition au sein de chaque échantillon est différente.

En effet, chez les patients, le statut de célibataire se dégage majoritairement (49 %) alors que les personnes en couple ou divorcé se répartissent plus ou moins équitablement.

Chez les témoins, une forte majorité se dégage, les personnes interrogées sont essentiellement en couple (68%), puis célibataires (25%) puis enfin divorcés (7%).

Q3 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	22,345 ^a	2	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9.85.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous donne un $p < 0.05$, c'est à dire qu'il y a une différence significative entre les deux échantillons sur la question du statut personnel. En effet, 72 % des patients sont seuls (célibataires ou divorcés) contre 32 % des témoins qui sont à 67 % en couple.

Q4. Avez-vous des enfants ?

4	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Oui	75	41	34
2	Non	59	25	34
3	Ne se prononcent pas	1	1	0
		135	67	68

56 % des personnes sondées ont des enfants. Si chez les témoins la répartition est parfaite entre ceux qui ont des enfants et ceux qui n'en ont pas, chez les patients, 61 % des personnes interrogées ont des enfants.

Q4 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,997 ^a	1	0,158	0,169	0,108
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 29.06.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous donne un $p > 0.05$ pour cette comparaison, c'est dire qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux échantillons sur la question des enfants.

Q5. Quel est votre niveau d'étude ?

5	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	J'ai arrêté avant le bac	37	30	7
2	Niveau bac	19	11	8
3	Diplôme supérieur	59	10	49
4	Diplôme professionnel	20	16	4
		135	67	68

Sur les 135 personnes interrogées, près de 44 % ont un diplôme supérieur, cette proportion est encore plus importante chez les témoins puisqu'elle atteint 72 %. Par contre, chez les patients la proportion la plus importante est représentée par des personnes qui ont arrêté avant le bac (près de 45 %).

Q5 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	47,746 ^a	3	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9.43.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous donne un $p < 0.05$ pour cette comparaison, c'est dire qu'il y a une différence significative entre les deux échantillons sur la question du niveau d'étude. En effet 71 % des patients ont un niveau bac ou inférieur ce qui n'est le cas que pour 22 % des témoins.

Q6. Quel est / ou était votre catégorie socioprofessionnelle ?

6	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Agriculteurs	1	1	0
2	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	17	13	4
3	Professions intermédiaires	3	2	1
4	Cadres	50	7	43
5	Employés	33	23	10
6	Ouvriers	11	11	0
7	Retraités	9	2	7
8	Sans emploi	11	8	3
		135	67	68

Sur l'ensemble de l'échantillon, les professions les plus représentées sont les cadres (37%) et les employés (24%). Pour les témoins la proportion de cadres est encore plus importante (63 %) alors que pour les patients la catégorie la plus représentée sont les employés (34 %).

Q6 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	53,185 ^a	7	0,000	0,000	
a. 6 cellules (37.5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .50.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous donne un $p < 0.05$ pour cette comparaison, c'est dire qu'il y a une différence significative entre les deux échantillons sur la question de la catégorie socioprofessionnelle. En effet 77 % des témoins ont une activité professionnelle dit « administrative » (cadre ou employé), la proportion de patients artisans, commerçants et chef d'entreprise est de 19 % contre près de 6 % pour les témoins seulement.

Q7. Quels sont vos niveaux de revenu mensuel ?

7	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Aucun	8	6	2
2	Aide sociale	31	29	2
3	Du SMIC à 2000 €	34	20	14
4	De 2000 € à 3000 €	33	6	27
5	Plus de 3000 €	26	4	22
6	Ne se prononcent pas	3	2	1
		135	67	68

L'analyse de l'échantillon principal n'est pas pertinente car les résultats se distribuent de manière équivalente dans 4 items allant de l'aide sociale à ceux qui gagnent plus de 3.000 €. Par contre nous pouvons noter que dans l'échantillon témoin 72 % des personnes gagnent plus de 2.000 €, alors que dans l'échantillon patients 73 % ont des revenus allant de l'aide sociale à 2.000 €.

Q7 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	52,382 ^a	4	0,000	0,000	
a. 2 cellules (20.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.94.					

Comme nous le présentions dans notre analyse, le test du Khi 2 de Pearson, nous donne un $p < 0.05$ pour cette comparaison, c'est dire qu'il y a une différence significative entre les deux échantillons sur la question des revenus.

Q8. Buvez-vous de l'alcool

8	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	34	31	3
2	Plusieurs fois par semaine	29	8	21
3	Plusieurs fois par mois	26	6	20
4	Plusieurs fois par an	24	10	14
5	Une fois pour essayer	8	3	5
6	Jamais essayé	6	1	5
7	Ne se prononcent pas	8	8	0
		135	67	68

Plus de 46 % des personnes interrogées ont une consommation d'alcool au minimum hebdomadaire (dont la moitié ont une consommation journalière). 46 % des patients ont déclaré avoir une consommation journalière d'alcool contre 4 % pour les témoins dont la consommation est plus occasionnelle (hebdomadaire ou mensuelle).

Q8R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	39,222 ^a	4	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6.50.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme notre analyse, puisque $p < 0.05$, il y a une différence significative entre les deux échantillons dans leur consommation d'alcool.

Q9. Consommez-vous du tabac ?

9	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	70	57	13
2	Plusieurs fois par semaine	7	1	6
3	Plusieurs fois par mois	4	0	4
4	Plusieurs fois par an	10	2	8
5	Une fois pour essayer	19	0	19
6	Jamais essayé	18	2	16
7	Ne se prononcent pas	7	5	2
		135	67	68

Plus de 52 % des personnes interrogées sont des fumeurs (consommation journalière). Cette proportion est de 85 % chez les patients et de 19 % chez les témoins. 52 % des témoins interrogés ont déclaré n'avoir jamais essayé ou essayé une fois.

Q9R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	68,452 ^a	4	0,000	0,000	
a. 1 cellules (10.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4.84.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme notre analyse, puisque $p < 0.05$, il y a une différence significative entre les deux échantillons dans leur consommation de tabac.

Q10. Consommez-vous du cannabis ?

10	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	10	10	0
2	Plusieurs fois par semaine	5	3	2
3	Plusieurs fois par mois	2	2	0
4	Plusieurs fois par an	11	9	2
5	Une fois pour essayer	44	17	27
6	Jamais essayé	51	16	35
7	Ne se prononcent pas	12	10	2
		135	67	68

Plus de 71 % des personnes interrogées n'ont jamais de consommer de cannabis ou ont juste essayé. Seuls 15 % des patients déclarent avoir une consommation journalière de cannabis.

Q10R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	24,564 ^a	4	0,000	0,000	
a. 3 cellules (30.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.24.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous confirme que nos échantillons sont significativement différemment pour la consommation de cannabis ($p < 0.05$).

Q11. Consommez-vous des médicaments en dehors d'un traitement prescrit ?

11	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	8	8	0
2	Plusieurs fois par semaine	2	1	1
3	Plusieurs fois par mois	5	3	2
4	Plusieurs fois par an	11	1	10
5	Une fois pour essayer	17	13	4
6	Jamais essayé	84	35	49
7	Ne se prononcent pas	8	6	2
		135	67	68

Plus de 62 % des personnes de notre échantillon ne consomment pas de médicaments en dehors d'un traitement prescrit. Par contre, 12 % des patients déclarent en consommer chaque jour et 15 % des patients en consommer plusieurs par an.

Q11R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	19,695 ^a	3	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5.28.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous confirme que nos échantillons sont significativement différemment pour la consommation de médicaments ($p < 0.05$).

Q12. Consommez-vous de la cocaïne ?

12	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	4	4	0
2	Plusieurs fois par semaine	2	2	0
3	Plusieurs fois par mois	3	3	0
4	Plusieurs fois par an	6	5	1
5	Une fois pour essayer	17	14	3
6	Jamais essayé	86	24	62
7	Ne se prononcent pas	17	15	2
		135	67	68

Plus de 87 % de notre échantillon ont déclaré n'avoir jamais essayé de consommer de la cocaïne ou d'avoir essayé une fois (13 % pour ces derniers). 6 % de notre échantillon de patients consomment de la cocaïne chaque jour.

Q12R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	33,992 ^a	2	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6.61.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous confirme que nos échantillons sont significativement différemment pour la consommation de cocaïne ($p < 0.05$).

Q13. Consommez-vous de l'héroïne ?

13	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	5	5	0
2	Plusieurs fois par semaine	1	1	0
3	Plusieurs fois par mois	1	1	0
4	Plusieurs fois par an	1	1	0
5	Une fois pour essayer	9	9	0
6	Jamais essayé	103	37	66
7	Ne se prononcent pas	15	13	2
		135	67	68

Plus de 76 % de notre échantillon n'a jamais essayé de prendre de l'héroïne. Par contre, nous pouvons noter que 7 % des patients en consomment journalièrement et 13 % ont essayé au moins une fois.

Q13R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	24,207 ^a	2	0,000	0,000	
a. 4 cellules (66.7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.60.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous confirme que nos échantillons sont significativement différemment pour la consommation d'héroïne ($p < 0.05$).

Q14. Consommez-vous d'autres drogues ?

14	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	14	14	0
2	Plusieurs fois par semaine	4	3	1
3	Plusieurs fois par mois	1	1	0
4	Plusieurs fois par an	2	2	0
5	Une fois pour essayer	9	7	2
6	Jamais essayé	98	35	63
7	Ne se prononcent pas	7	5	2
		135	67	68

Les autres drogues sont regroupés toutes les autres drogues exceptées celles précédemment citées (cocaïne, héroïnes ou cannabis).

Plus de 73 % de notre échantillon a déclaré qu'ils n'ont jamais consommé d'autres drogues. Néanmoins, 21 % des patients se déclarent consommateurs journaliers d'autres drogues que la cocaïne ou l'héroïne.

Q14R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	28,252 ^a	3	0,000	0,000	
a. 4 cellules (50.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.39.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous confirme que nos échantillons sont significativement différemment pour la consommation d'autres drogues ($p < 0.05$).

Q15. Pratiquez-vous des jeux vidéo ?

15	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	5	5	0
2	Plusieurs fois par semaine	13	6	7
3	Plusieurs fois par mois	8	5	3
4	Plusieurs fois par an	24	6	18
5	Une fois pour essayer	45	20	25
6	Jamais essayé	36	22	14
7	Ne se prononcent pas	4	3	1
		135	67	68

16 % des patients déclarent avoir un usage intensif des jeux vidéo (de plusieurs fois par semaine à plusieurs fois par jour) contre 10 % chez les témoins. Au contraire, 30 % des témoins déclarent avoir un usage récréatif des jeux vidéo (de plusieurs fois par mois à plusieurs fois par an) contre 16 % pour les patients.

Q15R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,654 ^a	3	0,022	0,021	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11.73.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous confirme que nos échantillons sont significativement différemment pour la pratique des jeux vidéo ($p < 0.05$).

Q16. Pratiquez-vous des jeux d'argent ?

16	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	1	0	1
2	Plusieurs fois par semaine	5	4	1
3	Plusieurs fois par mois	13	12	1
4	Plusieurs fois par an	25	11	14
5	Une fois pour essayer	43	13	30
6	Jamais essayé	41	22	19
7	Ne se prononcent pas	7	5	2
		135	67	68

Plus de 6 % des patients de notre étude ont une pratique intensive des jeux d'argent (de plusieurs fois par semaine à plusieurs fois par jour) contre 2 % pour les témoins. 34 % des patients ont un usage récréatif des jeux d'argent (de plusieurs fois par mois à plusieurs fois par an) contre 22 % pour les témoins.

Q16R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	16,086 ^a	3	0,001	0,001	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9.20.					

Le test du Khi 2 de Pearson, nous confirme que nos échantillons sont significativement différemment pour la pratique des jeux d'argent ($p < 0.05$).

Q17. Utilisez-vous internet en dehors de votre travail ou de la consultation de vos emails ?

17	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	52	17	35
2	Plusieurs fois par semaine	34	9	25
3	Plusieurs fois par mois	16	12	4
4	Plusieurs fois par an	2	1	1
5	Une fois pour essayer	5	5	0
6	Jamais essayé	24	21	3
7	Ne se prononcent pas	2	2	0
		135	67	68

Plus de 39 % des personnes interrogées ont une utilisation pluri-journalière d'internet en dehors de leur travail ou de la consultation de leur mail. Cette proportion est de 51 % chez les témoins contre 25 % chez les patients. L'addiction à internet, est une addiction récente, liée à la fois aux progrès techniques qui permettent à chaque foyer d'être équipé, mais aussi de manière itinérante avec le développement de l'internet mobile, à la fois au développement des réseaux sociaux, à la fois à la facilité de l'accès à l'information... Toutes ces spécificités en font un support idéal à la consommation.

Néanmoins comme nous le montre le test du Khi 2 de Pearson, le rapport à l'internet entre les patients et les témoins est significativement différent ($p < 0.05$).

Q17R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	34,782 ^a	4	0,000	0,000	
a. 2 cellules (20.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.42.					

Il est à noter que 31 % des patients interrogés n'utilisent pas internet contre 4 % pour les témoins.

Q18. Comment qualifiez-vous votre désir d'achat ?

18	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	7	5	2
2	Plusieurs fois par semaine	26	13	13
3	Plusieurs fois par mois	37	9	28
4	Plusieurs fois par an	16	5	11
5	Uniquement le nécessaire	45	32	13
6	Ne se prononcent pas	4	3	1
		135	67	68

Il est à noter que 33 % des personnes interrogées déclarent n'acheter que le nécessaire, cette proportion est plus importante chez les patients (48 %) que chez les témoins (19 %). Au contraire, 28 % des personnes de notre échantillon déclarent avoir plusieurs fois par mois un désir d'achat, mais cette proportion est beaucoup plus importante pour les témoins (41 %) que pour les patients (13 %).

Q18R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	20,244 ^a	3	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7.82.					

Toutefois, selon le test du Khi 2 de Pearson, nos échantillons sont significativement différents ($P < 0.05$).

Q19. Comment qualifiez-vous votre pratique sportive ?

19	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	4	3	1
2	Plusieurs fois par semaine	37	15	22
3	Plusieurs fois par mois	27	10	17
4	Plusieurs fois par an	25	10	15
5	Jamais	35	26	9
6	Ne se prononcent pas	7	3	4
		135	67	68

Plus de 27 % des personnes interrogées déclarent faire du sport chaque semaine, cette proportion est supérieure chez les témoins (32 %) que chez les patients (22 %). Tout autant, 26 % de l'échantillon total déclare ne jamais faire de sport avec une nette différence pour l'échantillon des patients (39 %) contre 13 % pour les témoins.

Q19R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	11,682 ^a	3	0,009	0,008	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 12.50.					

Le test du Khi 2 Pearson, nous donne un $p < 0.05$, nos échantillons sont significativement différents sur la question de la pratique sportive.

Q20. Comment qualifieriez-vous votre activité sexuelle ?

20	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Plusieurs fois par jour	6	5	1
2	Plusieurs fois par semaine	63	24	39
3	Plusieurs fois par mois	38	20	18
4	Plusieurs fois par an	13	9	4
5	Jamais	9	5	4
6	Ne se prononcent pas	6	4	2
		135	67	68

Nous voulions au travers de cette question aborder la fréquence des rapports.

Plus de 47 % des sondés, ont une activité sexuelle pluri hebdomadaire. Moins de 4 % des interrogés ont une vie sexuelle journalière et 7 % n'en ont aucune.

Q20R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,825 ^a	3	0,281	0,280	
a. 2 cellules (25.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4.40.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre qu'il n'y a aucune différence significative entre patients et témoins sur la question de la vie sexuelle ($p > 0.05$).

Q21. Avez-vous des pertes d'appétit ?

21	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Non	58	14	44
2	De temps en temps	55	34	21
3	Régulièrement	16	14	2
4	Tout les temps	2	2	0
5	Ne se prononcent pas	4	3	1
		135	67	68

84 % des personnes interrogées n'ont pas ou quelques fois des pertes d'appétit ce qui concerne 96 % de notre échantillon témoins contre 72 % de notre échantillon patients. De ce fait 21 % des patients déclarent avoir régulièrement des pertes d'appétit contre 3 % pour notre échantillon témoins.

Q21R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	29,426 ^a	2	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 8.79.					

Nos échantillons sont significativement différents pour la question de la perte d'appétit, en effet le p du test du Khi 2 de Pearson est inférieur à 0.05.

Q22. Suivez-vous un régime ou vous imposez-vous des restrictions alimentaires ?

22	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Non	76	40	36
2	De temps en temps	42	15	27
3	Régulièrement	10	7	3
4	Tout les temps	3	1	2
5	Ne se prononcent pas	4	4	0
		135	67	68

Près de 9 % des personnes interrogées déclarent suivre un régime ou s'impose des restrictions alimentaires.

Q22R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,147 ^a	2	0,126	0,118	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6.25.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre que nos échantillons ne sont pas significativement différents pour la question des régimes ou des restrictions alimentaires ($p > 0.05$).

Q23. Consommez-vous des produits pour accélérer votre transit ou pour lutter contre la constipation ?

23	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Non	109	50	59
2	De temps en temps	16	9	7
3	Régulièrement	5	5	0
4	Tout les temps	2	1	1
5	Ne se prononcent pas	3	2	1
		135	67	68

Plus de 5 % des personnes interrogées déclarent utiliser régulièrement et très régulièrement des produits pour accélérer leur transit ou pour lutter contre la constipation.

Q23R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,535 ^a	2	0,104	0,117	
a. 2 cellules (33.3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.45.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre que nos échantillons ne sont pas significativement différents pour la question des produits favorisant le transit ou la lutte contre la constipation ($p > 0.05$).

Q24. Consommez-vous des produits diurétiques tels que le café ou le thé ?

24	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Non	13	2	11
2	De temps en temps	14	9	5
3	Régulièrement	56	28	28
4	Tout les temps	47	25	22
5	Ne se prononcent pas	5	3	2
		135	67	68

Plus de 76 % de notre échantillon utilise des produits diurétiques (café ou thé). Les résultats de cette question sont faussés. En effet, notre question a été mal posée puisque celle-ci avait pour objective de connaître la consommation de produits diurétiques. Le thé ou le café à fortes consommations agissent comme diurétiques et sont de bons indicateurs dans le cadre du dépistage de la boulimie. Nous consommons journalièrement du thé ou du café mais non à des fins diurétiques.

Q24 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,536 ^a	3	0,057	0,056	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6.40.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre que nos échantillons ne sont pas significativement différents concernant la consommation des produits diurétiques ($p > 0.05$).

Q25. Comment définiriez-vous votre relation par rapport au travail ?

25	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	C'est un stress permanent	11	9	2
2	Vous vivez au rythme de votre travail	41	19	22
3	Vous vous adaptez à la situation	74	35	39
4	Vous prenez les distances nécessaires	3	1	2
5	Ne se prononcent pas	6	3	3
		135	67	68

Plus de 38 % des personnes interrogées vivent leur relation au travail comme un stress permanent et/ou vivent au rythme de leur travail. 13 % de notre échantillon patients voit leur situation au travail comme un stress permanent contre 3 % pour les témoins.

Le stress permanent et/ou vivre au rythme de son travail sont les 2 premiers des 4 items permettant le dépistage d'une addiction au travail.

Q25R - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,991 ^a	2	0,082	0,089	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5.46.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre qu'il n'y a pas de différence significative entre nos deux échantillons quant à la relation qu'ils entretiennent avec leur travail ($p > 0.05$).

Q26. Pour accomplir votre travail ?

26	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Vous prenez tous les moyens possible pour l'accomplir	34	20	14
2	Vous définissez des objectifs et des délais que vous tenez à respecter	58	21	37
3	Vous êtes en recherche permanente de performance et de productivité	21	12	9
4	Vous estimez que votre présence est indispensable tout le temps	8	7	1
5	Ne se prononcent pas	14	7	7
		135	67	68

25 % des personnes interrogées, déclarent être en recherche permanente de performance et de productivité et/ou estiment que leur présence est indispensable tout le temps.

Le stress permanent et/ou vivre au rythme de son travail sont les 2 derniers des 4 items permettant le dépistage d'une addiction au travail.

A noter que plus de 10 % des patients estiment que leur présence est indispensable contre plus de 1 % pour les témoins.

Q26 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,394 ^a	3	0,016	0,014	
a. 2 cellules (25.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3.97.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre qu'il y a une différence significative entre nos échantillons sur la question de l'accomplissement de leur travail ($p < 0.05$).

Q27. Quel est le souvenir de votre enfance qui vous a marqué le plus ?

27	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Des parents unis	62	27	35
2	Une famille séparée	33	22	11
3	Une tierce personne	16	7	9
4	Autres	13	6	7
5	Ne se prononcent pas	11	5	6
		135	67	68

46 % de notre échantillon global a gardé comme souvenir le plus marquant de son enfance, des parents unis (40 % pour les patients et 51 % pour les témoins). Par contre, 33 % des patients ont comme souvenir une famille séparée.

Q27 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,026 ^a	3	0,170	0,178	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6.50.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre qu'il y a différence significative entre nos deux échantillons sur la question du souvenir de l'enfance ($p < 0.05$).

Q28. Quel est le sentiment qui a marqué le plus votre enfance ?

28	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Amour	78	29	49
2	Violence	10	9	1
3	Solitude	30	17	13
4	Abandon	10	8	2
5	Ne se prononcent pas	7	4	3
		135	67	68

Pour 58 % des personnes interrogées, l'amour est le sentiment qui marqué le plus leur enfance, juste après vient le sentiment de solitude. L'amour a plus marqué notre échantillon témoins et la solitude plus notre échantillon patients. Par contre 13 % des patients interrogés ont souligné le souvenir d'une enfance ou la violence était présente contre 1 % chez les patients tout comme 12 % des patients déclarent avoir ressentis un sentiment d'abandon durant leur enfance contre 3 % chez les patients.

Q28 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	15,634 ^a	3	0,001	0,001	
a. 2 cellules (25.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4.92.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme qu'il y a une différence significative entre nos deux échantillons sur les sentiments liés à notre enfance ($p < 0.05$).

Q29. Votre éducation vous la devez le plus ?

29	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	A vos parents	84	34	50
2	A l'école	6	3	3
3	A vous-même	21	12	9
4	A une tierce personne	14	11	3
5	A vos frères et sœurs	5	4	1
6	Ne se prononcent pas	5	3	2
		135	67	68

Pour une grande majorité de notre population (62 %), nous devons notre éducation à nos parents. Ce sentiment est plus marqué pour les témoins (74 %) que pour les patients (51 %). L'école ne représente que 4 % des réponses pour notre échantillon. En seconde position arrive leur propre expérience qui a fait leur éducation (16 %).

Q29 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,819 ^a	4	0,044	0,037	
a. 4 cellules (40.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2.46.					

Pour autant, selon le test du Khi 2 de Pearson, nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$) pour ce qui concerne l'origine de leur éducation.

Q30. Un évènement a-t-il marqué votre enfance ?

30	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Aucun en particulier	58	16	42
2	La mort d'un proche	34	18	16
3	La violence, les disputes	20	15	5
4	La drogue, l'alcool, le tabac	12	9	3
5	Ne se prononcent pas	11	9	2
		135	67	68

Pour 43 % des personnes interrogées, aucun évènement en particulier n'a marqué leur enfance. Puis pour 25 % des personnes de notre échantillon total, le fait le plus marquant est la mort d'un proche.

Ce que nous remarquons dans cette analyse des réponses, c'est que les réponses des patients se répartissent entre aucun évènement en particulier dans 24 % des cas, la mort d'un proche dans 27 % des cas, et dans la violence et les disputes dans 22 % des cas.

Contrairement les témoins, l'évènement le plus marquant de leur enfance est la mort d'un proche dans 24 % des cas sinon 62 % des personnes interrogées n'ont eu aucun souvenir d'un évènement marquant.

Q30 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	19,337 ^a	3	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5.61.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q31. Avez-vous durant votre enfance été suivi par ?

31	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Psychologue	9	6	3
2	Psychiatre	6	5	1
3	Orthophoniste	12	5	7
4	Autre professionnel	32	18	14
5	Ne se prononcent pas	76	33	43
		135	67	68

44 % des personnes interrogées ont déclaré avoir été suivi durant leur enfance par un professionnel de la santé :

- 9 % par une orthophoniste ;
- 4 % par psychiatre ;
- 7 % par un psychologue ;
- 24 % par un autre professionnel.

16 % des patients déclarent avoir été suivi par un psychiatre ou un psychologue contre 5 % pour les témoins.

Q31 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,202 ^a	3	0,362	0,354	
a. 3 cellules (37.5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2.54.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre qu'il n'y a pas de différence significative entre nos deux populations sur la question du suivi durant l'enfance ($p > 0.05$).

Q32. Comment voyez-vous le monde actuel ?

32	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Triste et noir à l'image de ce que vous ressentez	17	15	2
2	C'est une société de consommation	56	24	32
3	C'est une société individualiste	53	24	29
4	C'est une société parfaite	1	1	0
5	Ne se prononcent pas	8	3	5
		135	67	68

80 % des personnes interrogées voient notre monde actuel comme une société de consommation ou individualiste. A noter que 22 % des patients pensent que notre société est triste et noire à l'image de leur ressenti contre seulement 3 % des témoins.

Q32 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	12,549 ^a	3	0,006	0,003	
a. 2 cellules (25.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .50.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q33. Comment vous sentez-vous dans ce monde ?

33	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Vous ne le comprenez pas et il ne vous comprend pas	22	13	9
2	Vous le rejetez et il vous rejette	13	9	4
3	Vous en êtes un acteur	71	25	46
4	Vous en êtes une victime	20	16	4
5	Ne se prononcent pas	9	4	5
		135	67	68

53 % des personnes interrogées pensent qu'ils sont des acteurs dans le monde d'aujourd'hui. Cela est d'autant plus vrai chez les témoins (63 %) que chez les patients (37 %). A noté que pour 24 % des patients ce monde fait d'eux une victime.

Q33 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	16,062 ^a	3	0,001	0,001	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6.50.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q34. Cette société a-t-elle particulièrement marqué votre vie d'adulte par ?

34	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	La perte d'un emploi	22	16	6
2	Une rencontre	45	17	28
3	Le décès d'un proche	35	21	14
4	Un problème de santé	13	8	5
5	Ne se prononcent pas	20	5	15
		135	67	68

33 % des personnes interrogées ont été marquée plus particulièrement par une rencontre et pour 26 % des personnes c'est le décès d'un proche. 24 % des patients interrogés déclarent avoir été particulièrement marqué par la perte de leur emploi.

Q34 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	8,675 ^a	3	0,034	0,034	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5.99.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q35. Allez-vous voter pour les élections ?

35	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Oui	94	40	54
2	Non	33	21	12
3	Ne se prononcent pas	8	6	2
		135	67	68

70 % des personnes interrogées déclarent aller voter pour les élections. Cette proportion est plus faible chez les patients (60 %) que chez les témoins (79%).

Q35 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,350 ^a	1	0,037	0,044	0,03
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 15.85.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q36. Participez-vous à une vie associative ou un groupe ?

36	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Oui	48	21	27
2	Non	81	42	39
3	Ne se prononcent pas	6	4	2
		135	67	68

60 % des personnes interrogées ne participent pas à la vie d'une association ou sont membres d'un groupe. Cette proportion est plus importante chez les patients (63 %) que chez les témoins (57 %).

Q36 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,792 ^a	1	0,374	0,466	0,24

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 23.44.

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre que nos échantillons sont homogènes, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence significative sur la question de l'appartenance à un groupe ou à la vie associative ($p > 0.05$).

Q37. Avez-vous des amis, des connaissances ou des personnes proches ?

37	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Moins de 5 personnes	26	19	7
2	De 5 à 20 personnes	50	24	26
3	De 20 à 30 personnes	15	5	10
4	Plus de 30 personnes	38	15	23
5	Ne se prononcent pas	6	4	2
		135	67	68

37 % des personnes, que nous avons interrogées, déclarent avoir entre 5 et 20 personnes dans leur entourage. Cette proportion est identique chez les patients (36 %) et les témoins (38 %). Nous soulignons un élément d'opposition puisque 28 % des patients interrogés ont déclarés avoir moins de 5 personnes dans leur entourage (10 % pour les témoins) et à contrario 34 % des personnes de l'échantillon témoin ont déclarés avoir plus de 30 personnes dans leur entourage (22 % pour les patients).

Q37 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	8,904 ^a	3	0,031	0,030	

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7.33.

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q38. Etes-vous proche d'une religion et avez-vous des contacts avec ses représentants ?

38	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Oui	36	15	21
2	Non	92	48	44
3	Ne se prononcent pas	7	4	3
		135	67	68

68 % des personnes de notre échantillon ne se sentent pas proche d'une religion, cette proportion est plus importante chez les patients (72 %) et plus faible chez les témoins (65 %).

Q38 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,143 ^a	1	0,285	0,329	0,192
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 17.72.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous montre que nos échantillons sont homogènes, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence significative sur la question de l'appartenance à une religion ($p > 0.05$).

Q39. Vivez-vous ?

39	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Seul	43	27	16
2	En famille	68	25	43
3	En colocation	7	4	3
4	Dans un foyer	4	2	2
5	Sans domicile fixe	3	3	0
6	Ne se prononcent pas	10	6	4
		135	67	68

50 % des personnes interrogées vivent en famille et 32 % vivent seules, ces proportions sont de 37 % et 40 % chez les patients et 63 % et 24 % chez les témoins. Si les deux principales catégories se retrouvent dans les trois échantillons, leur répartition est différente.

Q39 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,656 ^a	4	0,031	0,020	
a. 6 cellules (60.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1.46.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q40. En général, faites-vous confiance aux autres ?

40	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Oui	30	10	20
2	Le plus souvent	55	21	34
3	Rarement	33	26	7
4	Non	11	6	5
5	Ne se prononcent pas	6	4	2
		135	67	68

41 % des personnes interrogées déclarent faire le plus souvent confiance aux autres, 24 % rarement et 22 % toujours. Nous retrouvons les mêmes réponses chez les patients et témoins mais dans des proportions différentes. Pour les patients, 31 % d'entre eux, font le plus souvent confiance aux autres, 39 % plus rarement et 15 % toujours. Pour les témoins, 50 % font le plus souvent confiance aux autres, 10 % rarement et 29 % toujours.

Q40 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	17,376 ^a	3	0,001	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5.37.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q41. Depuis combien de temps souffrez-vous d'addiction ?

41	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Je ne souffre pas d'addiction	54	5	49
2	Entre 0 et 10 ans	21	16	5
3	Entre 10 et 20 ans	26	23	3
4	Plus de 20 ans	26	19	7
5	Ne se prononcent pas	8	4	4
		135	67	68

40 % des personnes interrogées déclarent ne pas souffrir d'action, contre 54 % qui en souffrent et 6 % qui ne se prononcent pas. 86 % des patients déclarent souffrir d'addiction et 6 % ne se prononcent pas. La catégorie la plus représentée est celle des 10 à 20 ans avec 34 % des réponses. Pour les témoins, 72 % déclarent ne pas souffrir d'une addiction, 21 % en souffrir d'une dont 10 % depuis plus de 20 ans.

Q41 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	62,533 ^a	3	0,000	0,000	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10.42.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q42. Vous rappelez-vous votre premier contact avec un produit ou un comportement addictif ?

42	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Je n'ai jamais eu de contact avec un produit ou comportement addictif	35	2	33
2	A l'enfance	9	8	1
3	A l'adolescence	47	31	16
4	En tant qu'adulte	27	20	7
5	Vous l'avez toujours connu	4	1	3
6	Ne se prononcent pas	13	5	8
		135	67	68

26 % des personnes interrogées n'ont jamais été en contact avec une addiction, au contraire des 64 % qui déclarent l'avoir été. 35 % ont été en contact à l'adolescence et 20 % en tant qu'adulte. Pour les patients, seulement 3 % n'ont jamais été en contact avec une addiction, et 88 % l'ont connu entre l'enfance et l'âge adulte. 46 %, ce qui est la catégorie la plus représentée, l'ont connu à l'adolescence. Chez les témoins, 49 % des personnes n'ont jamais été en contact avec une addiction, à contrario des 39 % qui l'ont été. 24 % des patients l'ont connu à l'adolescence et 10 % à l'âge adulte. A noter que 4 % des témoins déclarent avoir toujours connu l'addiction seulement 1 % chez les patients.

Q42 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	44,927 ^a	4	0,000	0,000	
a. 4 cellules (40.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1.97.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q43. Qu'attendez-vous de la médecine vis-à-vis des addictions ?

43	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Sevrage complet et retour à la vie normal le plus rapidement possible	48	42	6
2	Trouver un équilibre dans votre consommation, peut-être en la réduisant et en la contrôlant	20	9	11
3	Pouvoir consommer un produit ou agir sans conséquence pour ma santé	3	0	3
4	Que l'on vous comprenne, que l'on vous aide et que l'on vous accompagne	21	12	9
5	Je n'attends rien	28	0	28
6	Ne se prononcent pas	15	4	11
		135	67	68

36 % des personnes interrogées attendent de la médecine un sevrage complet et un retour à la vie normale, et, 21 % n'attendent rien. Chez les patients, 63 % attendent de la médecine un sevrage complet et retour à la vie normale. Chez les témoins, 41 % n'attendent rien de la médecine vis-à-vis des addictions.

Q43 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	58,475 ^a	4	0,000	0,000	
a. 2 cellules (20.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1.43.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

Q44. Pensez-vous que le meilleur moyen de vous aider est ?

44	Items	Ensemble	Patients	Témoins
1	Un hôpital ou une clinique, où vous seriez hospitalisé durant une longue période (hospitalisation complète)	23	18	5
2	Un hôpital ou une clinique, où vous pourriez vous rendre la journée, et, bénéficier de soins et d'activités thérapeutiques (hospitalisation de jour)	19	13	6
3	Un centre d'accueil en ville, où vous pourriez consulter la journée des professionnels et participer à des groupes d'entraide	18	9	9
4	D'être suivi par des professionnels en ville séparément	43	19	24
5	Ne se prononcent pas	32	8	24
		135	67	68

32 % des personnes interrogées pensent que le meilleur moyen d'être aidé est d'être suivi par des professionnels en ville, cette proportion est de 28 % chez les patients et de 35 % chez les témoins. Les patients, dans 27 % des cas, pensent qu'un établissement de santé est plus adapté à leur prise en charge.

Q44 - Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	8,504 ^a	3	0,037	0,035	
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7.69.					

Le test du Khi 2 de Pearson nous confirme que nos échantillons sont significativement différents ($p < 0.05$).

4.2.2. Analyse des poly-addictions

A partir de notre base de données nous avons croisé chaque addiction déclarée, c'est-à-dire, une consommation ou un comportement pluri-journalier.

A noter qu'il est impossible en l'état de déterminer quelle est la consommation ou le comportement principal. Nous pouvons seulement déterminer que par exemple pour les personnes ayant une consommation pluri journalière d'alcool, 82 % présentent aussi une consommation pluri journalière de tabac.

	Alcool	Tabac	Cannabis	Médicaments	Cocaïne	Héroïne	A.Drogues
Alcool	100%	40%	50%	63%	75%	60%	14%
Tabac	82%	100%	80%	100%	75%	100%	100%
Cannabis	15%	11%	100%	13%	25%	20%	7%
Médicaments	15%	11%	10%	100%	50%	40%	0%
Cocaïne	9%	4%	10%	25%	100%	40%	0%
Héroïne	9%	7%	10%	25%	50%	100%	0%
Autres drogues	6%	20%	10%	0%	0%	0%	100%
Jeux vidéo	6%	7%	0%	13%	0%	0%	14%
Jeux d'argent	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Internet	24%	26%	30%	38%	75%	40%	29%
Achats	6%	6%	20%	38%	50%	0%	7%
Sport	6%	3%	10%	0%	25%	0%	7%
Sexe	6%	7%	0%	25%	0%	0%	0%

Parmi les 3 premiers produits consommés selon notre enquête, on note que :

Chez les personnes souffrant d'alcoolisme :

- 82 % sont tabagiques,
- 24 % ont une utilisation abusive d'internet,
- 15 % consomment en plus soit du cannabis soit des médicaments.

Chez les personnes souffrant de tabagisme :

- 40 % sont alcooliques,
- 26 % ont une utilisation abusive d'internet,
- 20 % consomment d'autres drogues.

Chez les personnes consommant d'autres drogues :

- 100 % sont tabagiques,
- 29 % ont une utilisation abusive d'internet,
- 14 % sont alcooliques ou ont une utilisation abusive des jeux vidéo.

Parmi les 3 premiers comportements problématiques* repérés par notre enquête, on note que :

Chez les personnes ayant une utilisation abusive d'internet :

- 35 % sont tabagiques,
- 15 % sont alcooliques,

Chez les personnes ayant un comportement abusif vis-à-vis des achats :

- 57 % sont tabagiques,
- 57 % ont une utilisation abusive d'internet,
- 43 % consomment des médicaments.

Chez les personnes ayant un comportement abusif vis-à-vis du sexe :

- 83 % sont tabagiques,
- 50 % ont une utilisation abusive d'internet,
- 33 % consomment des médicaments ou sont alcooliques.

* Nous avons sorti de notre résultat les items concernant le travail et les troubles alimentaires car ils font l'objet d'items multiples dans notre enquête rendant l'analyse plus aléatoire.

	Jeux vidéo	Jeux d'argent	Internet	Achats	Sport	Sexe
Alcool	40%	0%	15%	29%	50%	33%
Tabac	100%	0%	35%	57%	50%	83%
Cannabis	0%	0%	6%	29%	25%	0%
Médicaments	20%	0%	6%	43%	0%	33%
Cocaïne	0%	0%	6%	29%	25%	0%
Héroïne	0%	0%	4%	0%	0%	0%
Autres drogues	40%	0%	8%	14%	25%	0%
Jeux vidéo	100%	0%	4%	29%	25%	17%
Jeux d'argent	0%	100%	4%	0%	0%	0%
Internet	40%	100%	100%	57%	50%	50%
Achats	40%	0%	8%	100%	50%	17%
Sport	20%	0%	4%	29%	100%	0%
Sexe	20%	0%	6%	14%	0%	100%

Toujours à partir des résultats de notre enquête nous avons pu déterminer la fréquence des polyaddictions.

Nous avons compté le nombre de personnes ayant déclaré avoir une consommation pluri journalière ou un comportement pluri journalier en sus de la consommation ou du comportement principal.

Alcool	39,1%
Tabac	71,9%
Cannabis	12,5%
Médicaments	19,0%
Cocaïne	12,3%
Héroïne	8,7%
Autres drogues	10,2%
Jeux vidéo	9,5%
Jeux d'argent	0,3%
Internet	46,5%
Achats	20,0%
Sport	8,6%
Sexe	6,5%

En conclusion, comme nous le voyons dans le tableau ci-dessus, le tabac (71 %), internet (46 %) et l'alcool (39%) sont les principales co-addictions.

4.2.3. Analyse des arrêts et des sevrages

Plusieurs patients ont souhaité notifier l'état de leur consommation, notamment en précisant l'arrêt de certaines de leur consommation.

Ainsi sur les 67 patients interrogés :

- 21 % ont cessé leur consommation de cocaïne,
- 16 % ont cessé leur consommation d'héroïne,
- 13 % ont cessé leur consommation de tabac, de cannabis ou d'autres drogues

45 Les patients ayant déclaré avoir arrêté leurs consommations		Patients
1	Arrêt alcool	9
2	Arrêt tabac	1
3	Arrêt cannabis	9
4	Arrêt médicament	2
5	Arrêt cocaïne	14
6	Arrêt héroïne	11
7	Arrêt autres drogues	9
8	Arrêt jeux vidéo	0
9	Arrêt jeux d'argent	1
		56

A titre d'information, lors de notre enquête, le Dr Valleur, directeur de l'Hôpital Marmottan à Paris, nous a proposé de compléter l'enquête concernant les patients visitant son service d'une question sur les traitements de substitution.

46 Les patients ayant déclaré recevoir un traitement de substitution		Patients
1	Méthadone	7
2	Subutex	9
		16

La méthadone et le subutex sont utilisés pour le traitement substitutif de la dépendance aux opiacés.

Dans notre enquête, 5 personnes ont déclarés avoir une consommation pluri journalière d'héroïne et 11 personnes ont arrêtées leur consommation.

4.2.4. Analyse de la situation personnelle et socioprofessionnelle

Nous avons rassemblé dans ce tableau tous les items concernant la situation à la fois personnelle et professionnelle des personnes interrogées.

On peut conclure que dans la plus grande majorité des items proposés (71%) les résultats nous montrent que les réponses de chaque échantillon sont significativement différentes. En effet, excepté pour le sexe et la parentalité, les répartitions des réponses restent identiques dans les deux échantillons.

Question	Situation socioprofessionnelle	P < 0,05	P > 0,05
1	Quel est votre âge ?	0,008	
2	Quel est votre sexe ?		0,132
3	Quel est votre statut personnel ?	0	
4	Avez-vous des enfants ?		0,158
5	Quel est votre niveau d'étude ?	0	
6	Quel est ou était votre catégorie socioprofessionnelle ?	0	
7	Quels sont vos niveaux de revenu mensuel ?	0	
		71%	29%

Comme nous l'avons vu précédemment, le statut personnel, le niveau d'étude et le niveau de revenus qui sont des marqueurs importants de la différenciation sociale, nous montrent que nos échantillons sont socialement différents.

En effet, l'échantillon « patients » peut être caractérisé par sa situation personnelle qui est majoritairement célibataire, avec un niveau d'étude le plus souvent inférieur au bac et des revenus allant de l'aide sociale à 2 000 € mensuel. Au contraire, l'échantillon « témoins » est lui caractérisé par sa situation personnelle qui est majoritairement en couple, avec un niveau d'étude supérieur et des revenus d'au moins 2 000 € mensuel.

4.2.5. Analyse de la situation addictive

Nous avons rassemblé dans le tableau ci-dessous les items concernant les consommations et/ou les comportements des personnes interrogées.

Question	Situation addictive	P < 0,05	P > 0,05
8	Buvez-vous de l'alcool ?	0	
9	Consommez-vous du tabac ?	0	
10	Consommez-vous du cannabis ?	0	
11	Consommez-vous des médicaments en dehors d'un traitement prescrit ?	0	
12	Consommez-vous de la cocaïne ?	0	
13	Consommez-vous de l'héroïne ?	0	
14	Consommez-vous d'autres drogues ?	0	
15	Pratiquez-vous des jeux vidéo ?	0,022	
16	Pratiquez-vous des jeux d'argent ?	0,001	
17	Utilisez-vous internet en dehors de votre travail ou de la consultation de vos emails ?	0	
18	Comment qualifieriez-vous votre désir d'achat ?	0	
19	Comment qualifieriez-vous votre pratique sportive ?	0,009	
20	Comment qualifieriez-vous votre activité sexuelle ?		0,28
21	Avez-vous des pertes d'appétit ?	0	
22	Suivez-vous un régime ou vous imposez-vous des restrictions alimentaires ?		0,126
23	Consommez-vous des produits pour accélérer votre transit ou pour lutter contre la constipation ?		0,117
24	Consommez-vous des produits diurétiques tels que le café ou le thé ?		0,057
25	Comment définiriez-vous votre relation par rapport au travail ?		0,082
26	Pour accomplir votre travail ?	0,014	
		74%	26%

Globalement, on peut conclure que dans 74 % des cas les réponses émises par chacun des deux échantillons nous montrent qu'il y a une différence significative entre nos deux échantillons sur la situation addictive.

Excepté donc pour les comportements liés au sexe, à la nourriture ou au travail, nos deux échantillons sont significativement différents vis à vis des addictions.

4.2.6. Analyse de la perception sociologique

L'analyse des items concernant de l'approche sociale et notamment concernant le capital social et l'habitus de chaque personne interrogée. Cette analyse nous montre qu'effectivement dans 71 % des cas, les réponses données par nos deux échantillons sont significativement différentes.

Les thèmes partagés par les deux populations sont les réponses aux questions sur l'enfance, la vie associative ou la vie spirituelle.

Question	Perception sociale	P < 0,05	P > 0,05
27	Quel est le souvenir de votre enfance qui vous a marqué le plus ?		0,17
28	Quel est le sentiment qui a marqué le plus votre enfance ?	0,001	
29	Votre éducation vous la devez le plus ?	0,037	
30	Un évènement a-t-il marqué votre enfance ?	0	
31	Avez-vous durant votre enfance été suivi ?		0,354
32	Comment voyez-vous le monde actuel ?	0,003	
33	Comment vous sentez-vous dans ce monde ?	0,001	
34	Cette société a-t-elle particulièrement marqué votre vie d'adulte ?	0,034	
35	Allez-vous voter pour les élections ?	0,037	
36	Participez-vous à une vie associative ou à un groupe ?		0,374
37	Avez-vous des amis, des connaissances ou des personnes proches ?	0,031	
38	Etes-vous proche d'une religion et avez-vous des contacts avec ces représentants ?		0,285
39	Vivez-vous ?	0,02	
40	En général, faites-vous confiance aux autres ?	0,001	
		71%	29%

4.2.7. Analyse de la perception addictive

Enfin, comme nous pouvons le constater ci-dessous, la perception des addictions et des modalités de traitement sont radicalement en opposition entre nos deux échantillons.

Si le constat semble logique vis-à-vis de la souffrance qu'engendre les addictions ou des contacts avec un produit ou un comportement tout au long de la vie, il semble y avoir un vrai décalage entre ce que pense et souhaite les patients en matière de prise en charge et notre échantillon de témoins.

Question	Perception addictive	P < 0,05	P > 0,05
41	Depuis combien de temps souffrez-vous de votre addiction ?	0	
42	Vous rappelez-vous votre premier contact avec un produit ou un comportement addictif ?	0	
43	Qu'attendez-vous de la médecine vis-à-vis des addictions ?	0	
44	Pensez-vous que le meilleur moyen de vous aider est ?	0,037	
		100%	0%

Certainement, il y a une réflexion à mener entre ce que nous pouvons imaginer de perspicace en matière de prise en charge et la réalité ressentie et attendue par les patients.

4.3. Discussion

Comme le montre les résultats de notre enquête, nos populations étudiées, à savoir, des patients suivis pour addiction et des personnes prises au hasard dans la société, sont significativement différentes. En effet, comme le montre les résultats de notre étude, aucune des dimensions retenues et défini en terme d'analyse (4 dimensions : personnelle/socioprofessionnelle, situation addictive, perception sociologique ou addictive) semblent corrélées une similitude de nos deux échantillons.

Si nous pouvons nous attendre à des différences de statuts personnels et socio-professionnels, des différences face à des comportements addictifs (comportements ou produits), notre étude nous apprend qu'il y a des différences profondes dans l'approche sociologique de nos deux populations ainsi que dans l'attente des soins.

Notre enquête nous permet de déterminer un portrait sociologique vis-à-vis des addictions d'une part des personnes souffrant d'addiction et d'autre part des personnes en général.

Avant de décrire les différences sociologiques de nos deux individus pris dans chacun des échantillons, nous pouvons aborder les points communs sociologiques. En effet, dans l'un et l'autre échantillon, le souvenir le plus marquant de l'enfance sont des parents unis, une enfance ne nécessitant pas un suivi médical et des individus éloignés de la vie associative ou religieuse.

Ainsi une personne addictive pourrait être décrite comme une personne qui enfant a ressenti de la solitude, issu souvent d'une famille séparée mais ayant reçu tout de même de l'amour. Elle doit son éducation à ses parents le plus souvent, à elle-même ou à une tierce personne. Durant son enfance, ces personnes n'ont pas le plus souvent souvenir d'un évènement traumatisant mais elles ont souffert de la mort d'un proche ou de violence. Elles sont amenées à voir le monde de manière triste et noire comme leur ressenti profond et considère la société comme consummatrice et individualiste. Dans la société, elles se sentent acteurs, incompris ou victimes.

Un évènement sociétal les a marqués le plus souvent comme la perte d'un emploi, une rencontre ou un décès. Dans la majorité, ces personnes participent à la vie publique (élections) mais restent éloignées de la religion et des activités de groupe (association). Leur entourage est moins élargi (5 à 20 personnes), elles vivent en famille ou seules et attribuent plus difficilement leur confiance aux autres. Leur addiction est ancienne, plus de 10 ans voir plus de 20 ans, le premier contact a eu lieu généralement à l'adolescence voire à l'âge adulte. Ces personnes recherchent généralement à être prise en charge dans le cadre soit d'une hospitalisation complète soit d'un suivi par des spécialistes libéraux pour être sevrées et revenir à une vie normale.

Les personnes prises dans notre échantillon de référence se décrivent sociologiquement comme des personnes qui ont connu des parents unis, l'amour et parfois la solitude. Elles doivent leur éducation essentiellement à leurs parents, elles n'ont pas connu d'évènement en particulier durant leur enfance, excepté la mort d'un proche pour quelques personnes. Elles perçoivent la société comme une société individualiste et consummatrice, dont elles sont malgré tout un acteur. Si elles n'ont pas connu d'évènement en particulier durant leur enfance, elles reconnaissent qu'une rencontre ou le décès d'un proche a eu une portée sur leur vie. Une plus grande majorité que les personnes suivies pour addiction participe à la vie politique de notre société mais une plus faible majorité participe à une vie associative ou de groupe.

L'environnement décrit par les personnes du groupe est plus dense que celui des personnes suivies pour addiction, la vie de famille est le mode de vie essentiel de ces personnes. Elles déclarent le plus souvent faire confiance aux autres, ne pas souffrir d'une addiction mais pour autant elles ont été en contact avec l'une d'entre elles durant leur adolescence. Si elles déclarent ne pas souffrir d'addiction en majorité elles déclarent aussi vouloir trouver un équilibre dans leur consommation et rechercher des solutions auprès de professionnels en ville.

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la sociologie bourdieusienne, et notamment les concepts d'habitus et de capital social définis par Pierre Bourdieu viennent éclairer notre analyse.

En effet, le travail de Bourdieu est dominé par une analyse des mécanismes de reproduction des hiérarchies sociales. L'œuvre de Pierre Bourdieu est construite sur la volonté affichée de dépasser une série d'oppositions qui structurent les sciences sociales (subjectivisme/objectivisme, micro/macro, liberté/déterminisme), notamment par des innovations conceptuelles. Les concepts d'habitus, de capital ou de champ ont été conçus, en effet, avec l'intention d'abolir de telles oppositions. Bourdieu propose de donner à sa théorie sociologique le nom de « structuralisme constructiviste » ou de « constructivisme structuraliste ». Bourdieu veut ainsi souligner que, pour lui, le monde social est constitué de structures qui sont certes construites par les agents sociaux, selon la position constructiviste, mais qui, une fois constituées, conditionnent à leur tour l'action de ces agents, selon la position structuraliste.

Dans *Les formes de capital* (1986) Pierre Bourdieu distingue trois formes de capital : capital économique, capital culturel et capital social. Il définit le capital social comme « agrégat des ressources réelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de plus ou moins de rapports institutionnalisés de la connaissance et de l'identification mutuelles. » Le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance. Le volume du capital social que possède un agent particulier dépend donc de l'étendue du réseau des liaisons qu'il peut effectivement mobiliser et du volume du capital (économique, culturel ou symbolique) possédé en propre par chacun de ceux auxquels il est lié. L'existence d'un réseau de liaisons est le produit du travail d'instauration et d'entretien qui est nécessaire pour produire et reproduire des liaisons durables et utiles, propres à procurer des profits matériels ou symboliques.

Les résultats de notre enquête nous montrent que la valeur du capital social d'un individu de la population générale ou d'un des patients de notre étude est profondément différente. Excepté pour la vie associative ou pour la religion ou nos échantillons sont indifférents, les autres items concernant le capital social (35 à 40) montrent une différence significative qui peut expliquer pourquoi l'addiction est plus prompte à s'installer et à perdurer.

En réalité, Pierre Bourdieu n'a fait jouer à la notion de capital social, contrairement à celle de capital culturel, qu'un rôle relativement secondaire dans son élaboration théorique des mécanismes de la reproduction sociale, dans la mesure où il lui a semblé que cette troisième sorte de capital ne constituait pas en fait une forme spécifique de ressources, produisant des effets propres. Autrement dit, le capital social d'un agent serait proportionnel à ses propres dotations en capital économique et en capital culturel, elles-mêmes très fortement liées à son origine sociale : le capital social n'aurait alors aucun effet distinct (mais seulement un « effet multiplicateur ») et ne viendrait que redoubler ceux du capital économique et du capital culturel. Ce qui est particulièrement vrai dans le cas des addictions puisque le choix du produit ou du comportement, si choix il y a, dépend du capital économique et culturel de l'agent ou du groupe auquel y appartient.

En effet, comment ne pas trouver dans l'analyse bourdieusienne, une explication dans l'utilisation de certains produits ou comportements. La classe sociale, les revenus, les groupes sociaux déterminent l'accès et le prolongement d'un comportement. La cocaïne par exemple est la drogue la plus courante dans les milieux festifs et artistiques. Au contraire, du « crack » qui est une drogue très présente dans les milieux paupérisés. Le capital économique et le capital social interviennent directement sur les comportements addictifs en tant que vecteur d'accès et déterminant.

L'habitus, Pierre Bourdieu, l'a décrit comme le résultat de conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence. L'habitus est un système de dispositions durables et transposables, de structures structurées prédisposées à fonctionner comme des structures structurantes, c'est-à-dire comme des principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur objectif sans un ordre conscient.

L'habitus est un produit de l'histoire, il produit des pratiques individuelles et collectives conformément aux schèmes engendrés par l'histoire. L'habitus assure la mémoire des expériences passées qui sont enregistrées en nous sous la forme de schèmes de perception, de pensées et d'action. Cette mémoire vise à garantir la conformité des pratiques et leur constance à travers le temps beaucoup plus sûrement que toutes règles ou toutes normes. Cette mémoire issue du passé est présente dans l'actuel et se perpétue dans l'avenir en s'actualisant dans des pratiques structurées selon ses principes.

Appréhender l'habitus, c'est mettre en rapport les conditions sociales dans lesquelles il s'est constitué et les conditions sociales dans lesquelles il s'exprime. La sociologie traite comme identiques tous les individus biologiques qui, étant le produit des mêmes conditions objectives, sont dotés des mêmes habitus. S'il semble exclu que les tous les membres d'une même classe aient fait les mêmes expériences et dans le même ordre, il semble certain que tous les membres d'une même classe ont plus de chances que n'importe quel autre membre d'une autre classe de s'être retrouvée faces aux situations les plus fréquentes pour les membres de cette classe.

Il semble d'ailleurs que cet aspect ait été confirmé par notre enquête auprès de nos deux populations. Populations qui doivent offrir des classes et des sous classes qui n'ont pu être déterminées à ce stade.

Le poids particulier des expériences primitives (petite enfance, enfance et adolescence) tend à démontrer que l'habitus assure sa propre constance et sa propre défense contre le changement à travers une sélection qu'il opère sur les informations nouvelles, informations capables de remettre en questions les informations accumulées. Par le choix systématique qu'il opère entre les lieux, les événements, les personnes susceptibles d'être fréquentés, l'habitus tend à se mettre à l'abri des crises et des mises en question critiques. Ainsi l'habitus s'assure un milieu auquel il est aussi pré-adapté que possible, un environnement relativement constant propre à renforcer ses dispositions.

L'habitus est à la base un terrain vierge où s'installe au fur et à mesure du temps des règles définies et apprises durant la petite enfance à l'adolescence de notre éducation, de nos rencontres, de nos expériences ... Les gènes ne peuvent prédestiner notre environnement, notre histoire ou notre vie. L'habitus qui se construit lui au fil du temps peut nous prédestiner un certain nombre d'éléments et de comportements. Ainsi, les addictions qu'elles soient à un produit ou comportementales ne sont pas innées ou transférées par nos gènes mais se développent sur un terrain durablement préparé. La rencontre du terrain avec le produit ou le comportement se trouve comme naturel et propice à son renforcement.

Notre étude, et particulièrement les questions 27 à 31, nous montre qu'excepté le souvenir le plus marquant de l'enfance ou le fait d'être suivi ou non pendant l'enfance, tous les autres

apports sur l'habitus comme le sentiment le plus marquant à l'enfance, l'éducation, ou un événement ont marqué différemment les individus de nos échantillons. En effet, l'échantillon concernant les personnes souffrant d'addiction nous montre que leur habitus est profondément différent de celui de la population générale. Ces différences d'habitus ont contribué de manière directe ou indirecte à l'installation et au développement de l'addiction.

D'ailleurs, il est montré dans la littérature qu'un enfant élevé par des parents souffrant d'une addiction a un terrain plus favorable à l'installation de son addiction. Mais si la porte d'entrée reste le produit ou le comportement des parents, l'addiction chez le futur adulte sera forcément différente – mimétisme puis indépendance. Par exemple, un enfant d'alcoolique ne sera pas forcément alcoolique à l'âge adulte mais plus facilement usagers des drogues. Ainsi l'habitus de cet enfant est bâti sur le socle de l'environnement, de l'éducation, de ses propres expériences mais aussi de la confrontation dès son plus jeune âge à l'addiction.

L'habitus addictif une fois installé, sous-entendu durablement, va modifier de fait le capital social de la personne dans sa qualité plus que dans sa quantité. En effet, comme nous l'avons vu pour éviter toute critique et mises en question l'individu va transformer son capital social et l'adapté à son habitus et ainsi le renforcer.

On peut comprendre ainsi que la prise en charge d'une personne addict ne peut reposer sur le sevrage et la psychothérapie mais plus essentiellement sur la modification de comportements durablement acquis.

Habitus et capital social ont comme toutes autres théories des défauts, des faiblesses, des contre-exemples. Il semble opportun d'en prendre connaissance afin d'aborder au mieux ces notions dans le contexte de la santé.

4.3.1. Habitus, déterminisme et liberté

La notion d'habitus comme nous l'avons vu précédemment évoque une disposition difficile à transformer, une finalité sans conscience, perceptible et compréhensible par la seule manifestation phénoménale. La difficulté est d'établir une incidence réelle de l'habitus sur nos conduites, de mieux comprendre les déterminations afin de pouvoir les infléchir, de saisir l'importance et l'effet qu'exerce la conscience des contraintes sur les contraintes.

Le modèle d'habitus fut souvent accusé de déterminisme. Le déterminisme est une doctrine philosophique d'après laquelle les actions des hommes sont, comme les phénomènes de la nature, soumises à un ensemble de causes extérieures. En d'autres termes, le déterminisme est une notion selon laquelle chaque événement est déterminé par un principe de causalité. Or d'un point de vue épistémologique, la théorie de Pierre Bourdieu dans le traitement de l'habitus implique au moins trois principes qui excluent le déterminisme :

- La production d'un nombre infini de comportements à partir d'un nombre limité de principes ;
- La mutation permanente ;
- Les limites de l'appréhension sociologique.

L'habitus génère un nombre infini de comportements à partir d'un nombre limité de principes.

C'est un système générateur composé de principes limités et transposables. L'individu incorpore des règles au fil de sa socialisation et de sa trajectoire sociale. Ces règles sont peu nombreuses mais déterminent une matrice représentationnelle et une matrice d'action. Le mode de fonctionnement social de l'individu est à la fois contraint et rendu possible par une structure structurante et structurée, constituée par un nombre restreint de principes qui permettent de générer un nombre infini de comportements.

L'habitus est une notion dynamique et se compose de schèmes producteurs de pratiques et de schèmes classificatoires qui permettent la perception et l'appréciation des pratiques. Un schème est une action organisée, structurée et généralisable d'une situation à une autre.

Le terme s'applique aussi bien aux actions sensori-motrices (les schèmes sensori-moteurs) qu'aux actions intériorisées. Ainsi l'individu perçoit, comprend, évalue, s'adapte et agit dans une situation en fonction de son habitus. Les actes qu'ils posent et le résultat de son action influent de façon plus ou moins importante sur sa perception des choses et, par voie de conséquence, sur ses dispositions à l'action et à la perception. Du fait de sa dimension évolutive, l'habitus détermine la pratique mais est aussi déterminée par elle. L'habitus est donc en mutation permanente, mutation d'autant plus forte qu'il s'expose à des contraintes et des situations hétérogènes. Cette mutation peut renforcer ou déforcer les dispositions déjà acquises.

Le dernier principe retenu s'inscrit dans la suite du précédent et est propre à l'analyse des sciences sociales. En effet, on ne peut saisir qu'approximativement les différents éléments qui ont formé et qui forment l'habitus. Il est impossible de les appréhender tous ou même de comprendre de façon parfaite l'influence d'un seul d'entre eux.

Ces trois éléments intrinsèques à la modélisation facilitent le traitement de l'imprévisibilité des pratiques. Le principe d'une production d'un nombre indéfini de comportements à partir d'un nombre restreint de principes traduit l'infini variété des pratiques possibles pour un individu, la mutation permanente témoigne de la relative malléabilité de l'habitus au de la trajectoire d'un individu et donc des limites d'une analyse figée, les limites intensives et extensives de l'appréhension sociologique rendent compte de l'impossibilité de saisir la totalité du réel et de la faible capacité prédictive de la sociologie.

L'habitus est un système de dispositions durables et transposables. L'analogie de l'expérience facilite à la fois le recours à des schèmes identiques pour des situations différentes et la capacité d'improvisation des individus, l'adaptation, improvisée ou non, à de nouveaux contextes. A partir de ce schéma analogique, l'habitus amène l'individu à ajuster ses pratiques en accord avec la réalité objective telle qu'elle lui apparaît subjectivement. L'inadéquation entre le contexte objectif et l'appréciation subjective donne lieu à des phénomènes d'hystérésis.

Dans la théorie développée en sociologie par Pierre Bourdieu, l'hystérésis de l'habitus désigne le phénomène par lequel les dispositions acquises par la socialisation d'un individu dans un espace social défini perdurent dans le temps. Autrement dit, même si l'individu en question se retrouve dans un espace social différent (changement de statut, de position sociale, ou évolution de cet espace social), il tendra à conserver au moins en partie, ou au moins pendant un certain temps, les dispositions initiales. Cette hystérésis de l'habitus peut d'ailleurs conduire l'individu (ou mieux dit, ses dispositions) à une situation d'inadaptation temporaire ou

définitive aux conditions nouvelles en vigueur dans l'espace social. Ainsi plus l'hystérésis est maîtrisée par l'individu plus elle devient un facteur de liberté et inversement.

La liberté de l'individu face à une détermination de soi par soi, de son histoire future par son histoire passée, de son être par un avoir été, réside dans sa capacité d'objectivation de sa propre condition. Les individus les plus libres sont ceux qui, conscients de leurs déterminations, finissent par les choisir ou par les transformer. Selon Pierre Bourdieu toujours, le degré de liberté est variable, il croît à mesure que le capital scolaire et économique augmente. La liberté implique un effort de maîtrise du futur qui nécessite une connaissance de l'adéquation possible entre les potentialités objectives et les espérances subjectives.

Notre étude (questions 5 à 7) démontre en effet que le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de revenu sont significativement différents entre nos deux échantillons. Le capital économique et social étant directement liés à ces indicateurs nous pouvons donc conclure que l'addiction à trouver un terrain plus propice chez ces individus.

D'un point de vue normatif, la capacité de changement que recèle en lui chaque individu doit être renforcé par l'extension de la conscience du fonctionnement du monde social afin de pallier les inégalités produites par les structures objectives.⁸⁵

4.3.2. Déterminismes sociaux et inégalités de santé

Comme nous l'avons vu précédemment, l'individu par la connaissance de son habitus et de son environnement, peut déterminer un espace de liberté en développant une responsabilité individuelle et collective, et réduire les inégalités sociales.

Si l'éducation pour la santé intègre autant que ce faire cette conception, les orientations actuelles en matière de santé publique remettent en cause l'idée d'une responsabilité collective. Ainsi les bons et les mauvais comportements selon ce postulat relèvent avant tout de la responsabilité individuelle. Selon Boudon (1973), il existerait une indétermination partielle du social, dès lors que ce dernier serait le résultat d'actions d'individus libres, rationnels et guidés par leur intérêt. Débarrassé de superstitions et de fausses croyances grâce à l'avènement de la modernité, l'individu, disposant de connaissances nouvelles, saurait adopter de bonnes conduites pour sa santé dès lors que cela servirait son intérêt : « homo medicus ».

Notre étude montre que 42 % des individus interrogés et 58 % des addicts ont connu le premier contact avec un produit ou un comportement durant leur enfance ou leur adolescence. Ce contact ou cette exposition répétée jouera plus tard comme déterminant social et donc altèrera l'état de santé notamment par un renforcement de l'addiction.

En matière de santé, l'existence d'un individu totalement maître de lui, œuvrant pour sa bonne santé est utopique. Le « tout individuel » a des conséquences néfastes sur l'individu ; en effet

⁸⁵ Mathieu Hilgers. « Liberté et habitus chez Pierre Bourdieu. » EspacesTemps.net. 2006

les individus se voient confronter à une société qui répète « que tout est possible » et qu'il ne tient qu'à soi de le faire. Or arrêter de fumer, boire moins d'alcool, manger équilibrer, ne pas prendre de drogues ou de médicaments inutiles ... développent un sentiment de culpabilité et d'échec, chez les individus n'y parvenant pas, vis-à-vis d'une société où la réussite individuelle est leitmotiv.

4.3.3. Capital social « positif » ou « négatif »

Prenant le contre-pied de la pensée « asociale » en économie, comme définissant un individu inapte à s'insérer dans la société économique, bon nombre de travaux dans le domaine de la gestion et du développement social, ont tendance à considérer le capital social comme une « ressource positive ». Trois grands types de mécanismes permettent de rendre compte des impacts positifs des relations sociales sur la performance économique notamment : la transmission d'informations, les problèmes d'opportunisme, et la coopération.

Concernant la transmission d'informations, l'importance de ce mécanisme est due au fait que lorsqu'on s'intéresse à des problèmes de développement, l'hypothèse d'une information parfaite des agents sur la technologie et les marchés est difficile à tenir. En effet, se développer signifie innover, sinon au niveau de la technologie, du moins au niveau des relations entre acteurs économiques, et dans ce cas, il existe de nombreuses informations privées qui peuvent nécessiter des investigations coûteuses pour être obtenues, ou qui se diffusent très lentement.

Ainsi, les offres d'emploi très spécialisées sont souvent peu diffusées. Les entreprises doivent faire des études de marché avant de lancer un nouveau produit, pour connaître la demande et la concurrence. Les nouveaux procédés de production, font l'objet de stratégies de protection (confidentialité, brevets) pour bénéficier au maximum de la quasi-rente d'innovation. Dans ces contextes, l'existence de « bonnes » relations, sources d'informations pertinentes, peut être un atout crucial pour un agent économique.

Le second type de mécanisme est la réduction de l'opportunisme. L'appartenance ressentie à une même communauté fournit des incitations souvent opposées à l'intérêt matériel immédiat, et va faire tendre les agents à « internaliser » l'externalité négative qu'un comportement opportuniste aurait sur l'ensemble du groupe social. La proximité sociale induit donc de la loyauté et de la confiance. Même indépendamment d'un tel mécanisme purement psychologique, les relations sociales indirectes permettent d'assurer un monitoring efficace du comportement des agents à coût réduit, du moment que chaque agent est « surveillé » par au moins l'un des membres du groupe. Coleman (1988) cite l'exemple célèbre du marché des diamants de New York, où les marchands se prêtent couramment des diamants entre eux, confiants dans la cohésion de leur communauté. Un exemple typique en matière de développement rural est le paternalisme fréquemment observé dans l'industrie rurale : les ouvriers sont typiquement considérés comme une main d'œuvre stable, loyale (et peu payée), tandis que les employeurs assurent la stabilité de l'emploi (Aubert, 1997).

Le dernier type de mécanisme est l'existence de coopérations locales. La coopération peut prendre deux formes : la réduction de l'incertitude (gestion du risque), et la production de biens publics locaux. Il peut s'agir de mutualiser les risques dans des opérations d'investissement, de se cotiser ou de se partager le travail pour la réalisation d'un bien public local, ou encore de partager le matériel ou la main-d'œuvre en cas de difficulté. La littérature sur les districts industriels fait état de relations de ce type même dans les pays industrialisés.

Ainsi, les descriptions par Becattini (1988) des districts italiens mettent en évidence des échanges fréquents de main-d'œuvre ou de travail à façon de manière informelle pour atténuer les fluctuations d'activité entre les entreprises. La littérature sur les systèmes productifs localisés a fourni de multiples autres exemples (cf. par ex. Courlet et Pecqueur, 1991).

Si le capital social est par définition positif au niveau individuel (c'est une ressource), il n'en est pas de même au niveau agrégé. On doit à la recherche empirique et particulièrement aux travaux de Portes (1998) et de ses collaborateurs (Sensenbrenner (1993), Landolt (1996)) d'avoir clairement établi la présence d'effets « pervers » associés au capital social.

En premier lieu, des relations sociales privilégiées peuvent occasionner une limitation des gains potentiels de l'échange. En effet, elles peuvent aboutir à négliger des opportunités potentiellement intéressantes, au profit du maintien de relations anciennes. On peut ainsi aboutir à une trop faible diversité dans les relations économiques : un groupe soudé tend à être trop homogène, tandis que les gains tirés du commerce et de l'entrepreneuriat sont, au contraire, liés à la valorisation de la diversité et des complémentarités.

Deuxièmement, une société trop intégrée peut produire des incitations économiques insuffisantes. Il peut s'agir tout d'abord d'une opposition à toute innovation qui pourrait remettre en cause l'ordre social établi. D'autre part, une logique d'entraide forte est la source d'une externalité positive qui décourage les entrepreneurs potentiels de se lancer dans un projet dont ils ne recueilleraient qu'une part faible des bénéfices, et favorise les logiques d'assistanat, menant à une « trappe à pauvreté ».

Enfin, des relations sociales trop intenses peuvent aboutir à des phénomènes de collusion et de discrimination. Le mécanisme bien connu de captation d'une rente de monopole par un petit groupe, avec une perte sociale sèche, se retrouve dans de nombreux phénomènes : discrimination outsiders / insiders sur le marché du travail (entre syndiqués et non syndiqués dans une entreprise, entre statuts stables et précaires...), techniques de marketing de différenciation d'un produit (pouvant même diffuser des informations erronées), etc. Tout dépend naturellement du système dont on évalue la performance, puisque le groupe captant la rente en tire naturellement un bénéfice.

Selon les situations invoquées, le capital social « négatif » ou ses inconvénients peuvent renvoyer au potentiel d'exclusion présent dans des collectivités fermées dont les liens sont très forts pouvant voir tendance à exclure les agents étrangers à cette collectivité.

Le tableau ci-dessous résume les mécanismes, positifs et négatifs, impliquant les relations sociales. Il est intéressant de remarquer que l'on peut mettre en parallèle les trois types de mécanismes négatifs avec les trois mécanismes positifs.

Le passage en revue de ces mécanismes de relations sociales fait apparaître un arbitrage qui peut se résumer de la manière suivante : il faut à la fois une forte cohésion locale et des liens diversifiés à l'extérieur, pour bénéficier au mieux des avantages potentiels des liens sociaux.

Cela apparaît clairement pour les problèmes d'information (arbitrage entre fiabilité et diversité).

C'est aussi le cas pour les incitations (une pression extérieure oblige à innover et limite l'effet d'assistanat) et pour l'action collective (l'ouverture des groupes sociaux limite la discrimination et rend la collusion plus difficile).

Cette distinction essentielle a été introduite par Putman (2000), par les termes de bonding « capital social fermé » et bridging « capital social ouvert ». Elle est cohérente avec les travaux de Burt (2000) au niveau individuel, qui sont centrés sur l'arbitrage entre densité des réseaux sociaux et trous structurels (la notion de trou structurel étant liée à l'ouverture du réseau).⁸⁶

Fondement du mécanisme	Mécanismes positifs	Mécanismes négatifs
Information, connaissances	Transmission	Diversité insuffisante
Incitations individuelles	Autocontrôle de l'opportunisme	Manque d'initiative, nivellement par le bas
Action collective	Gestion informelle du risque	Collusion, discrimination

Figure 32 - Effets positifs et négatifs du capital social

Si la plupart des chercheurs suggèrent la présence d'effets négatifs associés au capital social, dans la même foulée ils le présentent comme un formidable « instrument » de développement (Putman (1993, 1995), Sullivan et Beranger (1998), Fukuyama (1995), Woolcock (1998) et Coleman (1988, 1990)).

En ce sens, le capital social peut avoir un effet « bénéfique » ou « néfaste » sur la santé des individus.

Notre enquête vient tout à fait corroborer cet état de fait. Le capital social peut effectivement se mesurer par le nombre de liens sociaux établis par les individus. Mais il ne nous permet pas de dissocier des individus qui ont le même nombre de liens. Par contre comme l'a démontré notre travail le lien social étant présent nous devons nous intéresser à la qualité de ce lien. En effet, notre travail sur les liens avec la société (questions 35 à 40) au travers des élections, de la vie associative, des liens amicaux, de la religion, du foyer ou de la confiance montre qu'il y a une différence significative entre nos échantillons.

Lorsque le capital social est un bien de la collectivité, son action sur la santé des individus serait à la fois due aux membres de cette communauté, mais également à la mobilisation de ressources permettant ainsi un accès plus facile à des services de soins. Cette hypothèse a été soutenue par Sampson et al (1997).⁸⁷

⁸⁶ Jean-Marc Callois. « Capital social et performance économique. Un test économétrique sur l'espace rural français ». Revue d'Économie Régionale & Urbain. Armand Colin. 2006/2 – juillet pages 227 à 243

⁸⁷ R. Sampson and al. « Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficiency ». Science (1997). 277, 918-924

Lorsque le capital social est un bien individuel, les auteurs semblent plus divisés. Pour Subramanian et al (2002)⁸⁸, les communautés avec de hauts niveaux de capital social sont plus efficaces à exercer un contrôle social sur les comportements déviants relatifs à la santé. Putman conforte cette hypothèse que toutes les normes sociales sont renforcées avec dans les communautés avec de forts capitaux sociaux y compris les normes relatives à la préservation de la santé. C'est pourquoi selon la même hypothèse, les individus isolés socialement ont des comportements néfastes pour leur santé.

Plus le capital social d'une communauté est important plus les individus seront contraints à abandonner leurs mauvaises habitudes afin de préserver leur environnement social.

Kawachi, Kennedy et Glass (1999)⁸⁹ ont essayé d'expliquer l'action du capital social sur la santé. Leur étude nous présente 3 modes selon lesquels le capital social peut influencer la santé :

- Les réseaux sociaux formels et informels associés à un capital social élevé permettent aux individus d'accéder plus facilement aux soins, à l'éducation pour la santé et à la prévention ;
- L'action collective et le capital social qui en découle permettent une meilleure distribution des soins en augmentant l'accès aux différents services ;
- Les groupes de soutien associés au capital social agissent comme une source d'estime de soi et de respect mutuel.

Selon Wilkinson (1996), le capital social apporte un soutien social et matériel, et agit comme un « tampon » au stress et réduit la morbidité qui y est associée. Dans le même sens, pour Lindström (2000), si le capital social devient une ressource manquante pour l'individu, l'abus de substances psychoactives relaxantes (alcool, tabac, cannabis) peut devenir un comportement alternatif face au stress.

En effet, comme le montre les résultats de notre enquête, l'abus d substances psycho-actives relaxantes est présente dans notre échantillon, le rapport entre addicts et population montre la dichotomie entre substance et capital social, et vient conforter les hypothèses de Wilkinson et celles de Linström :

- 46 % de notre échantillon a une consommation pluri hebdomadaire d'alcool (88% chez les addicts versus 35 % dans la population générale) ;
- 58 % de notre échantillon a une consommation pluri hebdomadaire de tabac (86 % chez les addicts versus 28 % dans la population générale) ;
- 11 % de notre échantillon a une consommation pluri hebdomadaire de tabac (19 % chez les addicts versus 3 % dans la population générale).

⁸⁸ SV Subramanian and al. « Social trust and self-rated health in US communities: a multiple analysis ». Journal of Urban Health 2002., 79, S21-S34

⁸⁹ I Kawachi and al. « Social capital and self-rated health: a contextual analysis ». American journal of Public Health 1999. 87, 1491-1498.

Un capital social faible, ce qui est souvent le cas chez les personnes souffrant d'addictions à pour conséquence de renforcer l'utilisation de comportements addictifs afin de faire face au stress et l'anxiété de la société.

Pour autant, dans le cas des addictions, les individus souffrant de ce type de comportements peuvent avoir un capital social élevé ... Ces personnes peuvent faire partie d'une classe sociale élevée ou au contraire être très entourée de personnes comme elles.

Si le capital social est présenté généralement comme bénéfique pour la santé, certains individus peuvent subir des conséquences néfastes pour leur santé. En effet, comme le souligne Fukuyama, ces personnes peuvent se retrouver « enfermées » dans un groupe social défini où ils sont très actifs mais en quelque sorte prisonnière comme les gangs ou les sectes. Certes ces situations sont extrêmes mais ces personnes sont alors coupées de l'accès aux soins et à la promotion de la santé.

Malgré le peu de théories développées sur les effets négatifs du capital social, il semble indispensable que les chercheurs doivent se pencher sur les aspects qualitatifs que quantitatifs relatifs au capital social.

4.3.4. Les limites du capital social et addictions

L'ensemble des résultats des différentes études nous montre une grande complexité d'association entre les comportements addictifs et le capital social, qu'avec la santé perçue. Il semble certain toutefois que le capital social ait des effets bénéfiques pour la santé des individus. L'action sur la consommation de substances psycho-actives est plus ambiguë. Ceci est peut être dû à la simplification des indicateurs utilisés et à la diversité des populations étudiées.

En effet, certains paramètres qui peuvent modifier les résultats d'une étude sont à prendre en compte :

- la limite entre consommation régulière et addiction ;
- la participation sociale de façon quantitative et qualitative ;
- l'âge et la catégorie de population.

Par exemple, le milieu festif est propice à la fois à la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues) et à une forte participation sociale. Ainsi un individu avec une forte participation au milieu festif aura un fort capital social et aura plus de probabilité de consommer régulièrement qu'un individu aux habitudes plus calmes considéré comme ayant un faible capital social. Autre exemple, chez les adolescents, le tabagisme ou l'alcoolisation peuvent être associés à des comportements d'intégration dans certains groupes sociaux. Dans ce cas, la participation sociale entraîne une incitation aux comportements addictifs.

5. Comment envisager la prise en charge médico-sociologique des addictions ?

Comme nous l'avons vu, les rapports entre maladie et santé ont été profondément bouleversés. Notamment, nous avons vu comment la « pathologisation » des comportements liés aux addictions devenir une priorité dans les modalités de gestion et de contrôle social. Ainsi nous avons développé un savoir médico-administratif permettant de gérer le danger social comme un risque pathologique.

5.1. L'explication sociologique dans les addictions.

La littérature contemporaine de science sociale sur les addictions, est plutôt riche sur les approches descriptives et pratiques mais l'est beaucoup moins sur les approches explicatives. Généralement si l'étude s'intéresse à un lien causal c'est principalement dans un but d'évaluation politique comme par exemple les effets de la dépénalisation de l'usage sur la consommation courante. Les liens causaux qui peuvent exister entre l'addiction et toute une série de situations sociales vont de l'usage précoce à l'habitude familiale en passant par les contextes sociaux, les influences religieuses ou l'âge des premières relations sexuelles. Les raisons sont innombrables, hétéroclites et font partie de l'histoire sociale de chaque individu.

Par exemple, l'addiction aux drogues est corrélée à un usage précoce de tabac ou d'alcool mais on ne sait pas encore comment ces deux faits s'articulent avec d'autres causes, organiques ou sociales qui les commanderaient.

La sociologie peut nous permettre de comprendre ce que peut être l'histoire addictive et sociale d'un individu, en quoi elle dépend des conditions sociales favorables dans son apparition et de l'implication de l'individu dans sa propre consommation donc dans l'installation de l'addiction. Comme nous l'avons vu au travers de notre enquête il existe des liens entre la consommation ou le comportement addictif et les événements stressants ou douloureux de la vie comme par exemple la séparation, la mort ou le chômage dans une famille à l'adolescence de l'individu.

Les études françaises de Mauger (1984) et de Dubet (1991) nous montrent qu'il est plus facile d'introduire de nouveaux usages que de rompre un cycle habituel de consommation abusive dans une population donnée.

Les grands modèles sociologiques explicatifs que nous devons à Durkheim et à Weber, peuvent difficilement être appliqués tels quels au phénomène de l'addiction. On peut admettre que les usages se répandent par mimétismes sociaux ou des influences idéologiques mais la complexité de l'addiction nous montre qu'il existe toutes sortes de produits, de mimétismes, d'influences et de conditions contextuelles susceptibles de favoriser les courants addictogènes. Une des façons de tenir compte de cette complexité serait alors de multiplier les études microsociologiques avec le risque de ne jamais pouvoir produire un modèle social suffisamment général pour être universel.

On peut aussi adopter un point de vue plus culturaliste qui caractérise une partie de la sociologie postweberienne, où l'explication la plus compréhensive est liée à des croyances ou des habitus religieux ou culturels. Or le point de vue culturaliste ne tient pas compte que les addictions sont capables de traverser les barrières ethniques et culturelles. En effet, Sanchez

(2003) a montré que la cocaïne, produit réputé artistique ou aristocratique passe facilement la barrière sociale qu'elle devient économiquement accessible sous forme de crack.

En 1977, le Dr Olivenstein lançait que « la drogue n'est pas une maladie, c'est un symptôme ». En effet, comme le montre notre diagramme ci-dessous, les conditions sociales au sens large (enfance, famille, environnement, évènement) jouent un rôle important dans l'apparition des fragilités psychologiques propice à l'usage puis à l'installation d'une addiction.

Il faut comprendre que l'habitus et le capital social consécutifs de l'histoire sociale de l'individu vont venir renforcer l'usage puis l'installation de l'addiction. Le capital social va à son tour se modifier pour se tourner pleinement vers des relations entre individu partageant cette addiction et l'habitus va se renforcer autour de l'addiction.

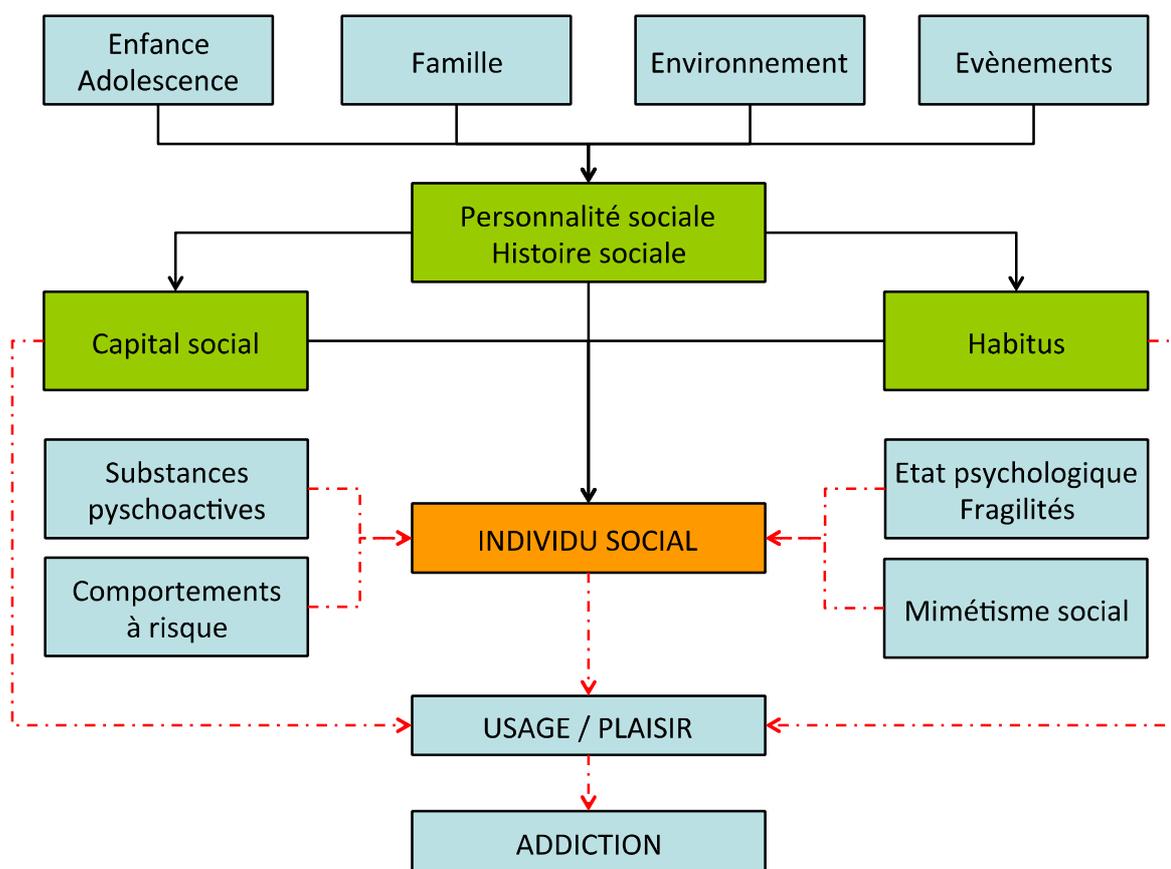


Figure 33 - L'individu au centre de son histoire sociale

Pour autant il ne faut pas réduire ce modèle, et donc l'addiction à un problème de mal être social sans prendre en compte la nature de l'état psychologique de l'individu et notamment sur le rapport subjectif qu'il pourrait entretenir vis-à-vis des risques et des plaisirs.

Jusqu'à aujourd'hui, les modèles proposés sur l'addiction, se sont avérés un échec, pour des raisons essentiellement normatives. Ces modèles et les politiques qui en ont découlé n'ont jamais tenu compte de la possibilité d'un usage socialement encadré, récréatif et qui ne serait pas nécessairement destructeur (Faugeron et Kokoreff, 2002). Car c'est peut-être ce que nous avons souvent oublié dans les addictions c'est qu'elle découle du plaisir. Nous éprouvons du plaisir lorsqu'un besoin est comblé, lorsque nous agissons dans le sens d'une inclination qui

nous est propre. Le plaisir est plus ou moins grand ou intense, selon l'importance du besoin ou de la tendance et le degré de satisfaction de ceux-ci.

Pour autant comme nous l'avons vu dans notre travail, nous ne définissons pas exclusivement au travers de notre environnement. Notre cerveau « pense ». En effet, il est tout aussi important d'intégrer que nos comportements ont un impact sur non seulement sur notre relation avec l'environnement mais aussi avec notre corps. Une partie de notre cerveau, la zone mésolimbique, et les neurotransmetteurs qui y ont sont situés à l'intérieur du système dopaminergique ou système de la récompense sont sollicités dans la motivation et le plaisir.

Comme l'ont démontrées les recherches médicales dans ce domaine, ce système peut être modifié par nos comportements, des modifications profondes peuvent s'installer voir même de manières irrémédiables lors d'une addiction sévère. De plus, certaines dispositions génétiques pourraient favoriser ces modifications et l'installation plus rapide de la maladie.

La plupart des recherches actuelles en neurophysiologie soulignent l'importance de l'interaction du sujet avec son environnement, de ces interactions vont dépendre la transformation de fragilités psychologiques en addiction.

Nous pouvons approcher ces interactions corps/environnement sous le seul angle des prédispositions cognitives ou génétiques, mais nous pouvons comme nous le proposons au travers de l'habitus et du capital social étudier leur dimension sociale et logique ce qui peut permettre de définir la place des sciences sociales dans l'explication des phénomènes anthropologiques fondamentaux.

Comme le montre les résultats de notre étude, dans 71 % des questionnements concernant le capital social et l'habitus, nous avons observés une différence significative entre nos deux échantillons ce qui vient conforter notre hypothèse sur les rôles joués par ces principes sociaux développés par Bourdieu dans les comportements liés à la santé et plus particulièrement dans les addictions.

5.2. Peut-on pour autant modifier nos comportements pour préserver notre état de santé ?

Selon John Caldwell (1999), il existe sur le plan de la santé entre différents groupes affichant des comportements opposés des différences qui les séparent qui concernent la santé et la mortalité, au-delà de ce que peut expliquer l'accès aux soins.

Comme l'on montré les travaux sur la mortalité infantile de Preston et Van de Walle (1978) l'essentiel de ces différences peut être probablement attribué à des changements sociétaux notamment dans le domaine de l'éducation.

De plus les études menées par Mensch et al. (1985) montrent que la survie des enfants entre les différents groupes culturels des sociétés plurales révèle des différences prononcées et que celles-ci persistent même lorsque les revenus et l'éducation sont réglementés et que l'accès aux soins est gratuit ou bon marché.

Ce sont les recherches systématiques consacrées aux effets du niveau d'instruction des parents qui fournissent la démonstration la plus spectaculaire de l'incidence des différences de

comportement sur la survie des enfants. Les parents ont une culture et des réactions comportementales sensiblement différentes selon leur niveau d'instruction. L'éducation n'est qu'un aspect de la culture.

Si les cultures produisent des effets différents sur la santé c'est qu'elles y attribuent des valeurs différentes. Pour Simons (1989), la modernisation, la sécularisation et l'éducation ont eu deux effets majeurs : le premier qu'éviter la mort est une fin en soi et le second qu'il incombe à chacun et non à la collectivité de prendre les dispositions pour réduire les risques ou pour démarrer un traitement.

Il n'y a pas de doute que les changements effectifs de comportement s'opèrent sur des durées importantes sous l'effet de l'éducation. Mais pour autant, la question qui se pose est de savoir si des interventions à court terme visant à modifier les comportements pour répondre à des besoins sanitaires précis peuvent donner des résultats.

Nous avons vu que les bons comportements peuvent influencer bénéfiquement la santé de deux manières possibles : l'une préventive et l'autre curative. Nous avons vu aussi que le changement social positif contribue à améliorer la santé. Ces modifications de comportements ont des effets bénéfiques sur la santé et prouvent que nous devrions être capables de modifier sélectivement nos comportements pour obtenir des résultats bien précis dans le domaine de la santé. En effet, un individu avec un capital social élevé et de qualité, et, d'un habitus socialement favorable sera prémuni face stress, à l'anxiété ou des comportements déviants, ou, pourra plus facilement être aidé en cas d'addiction. Comme le montre notre étude, le capital social et l'habitus sont plus favorables à la population générale qu'aux personnes addicts. En effet, l'habitus est lié principalement au passé, au vécu de l'individu et aux schèmes qu'il applique dans le présent. Ce passé intervient dans le présent comme un code social. Si ce passé a été positif le capital social de l'individu a plus de chance d'être riche et qualitativement bon. Nos résultats nous confortent en ce sens vu que les patients addicts ont un habitus défavorable et donc un capital social faible ou de mauvaise qualité.

Dans le cadre des addictions, Gary Becker a proposé une « théorie rationnelle de l'addiction », fondée sur deux idées : l'une que la dépréciation des utilités futures et l'autre que la complémentarité entre consommation passée et actuelle serait plus grande pour les produits addictifs que pour les produits non addictifs (Becker, 1996). Finalement, son analyse nous montre que la meilleure manière d'enrayer le processus serait soit à augmenter de façon forte et régulière les prix (quid des produits illégaux et des addictions sans produit) soit d'interrompre brutalement l'usage pour interrompre le cycle d'augmentation du capital de consommation et rendre moins attractives les nouvelles prises (quid des effets négatifs d'un sevrage forcé et des addictions sans produit).

Le psychologue Georg Ainslie reproche au modèle de Becker de tabler sur une courbe exponentielle de la consommation addictive, hors cette courbe serait plus proche d'une hyperbole avec des phases où l'utilité de la prise est faible et des phases où l'utilité est irrésistible. Même si de fait, l'addiction se caractérise par une augmentation progressive des prises ce n'est peut-être pas là son caractère essentiel. La critique d'Ainslie ne s'arrête pas là, puisque selon lui le modèle de Becker néglige le rôle de la volonté et de la faiblesse dans le processus addictifs. Becker dans son modèle propose l'arrêt brutal comme la seule voie de sortie de l'addiction mais il n'explique comment cet arrêt brutal peut se produire et pourquoi il ne se produit pas dans un très grand nombre de cas. Les recherches de Davidson sur la faiblesse

de la volonté nous montrent qu'au contraire la part des propensions organiques plus ou moins contrôlables ou compulsives dans les formes pratiques « d'irrationalité motivée », c'est-à-dire les actes contraires au meilleur jugement du sujet.

Il y a dans les addictions un paradoxe, assez largement partagé, qui est lié à deux sortes de constats :

- l'addiction est un état organique pouvant être jusqu'à irréversible que l'on retrouve dans la littérature sous forme de « brain disease » ;
- le rôle de la décision personnelle dans les arrêts définitifs ce qu'on nomme « natural recovery ».

C'est un aspect des addictions que nous n'avons pas abordé jusqu'ici mais qui nous semble essentiel d'aborder dans la conclusion. En effet, le « natural recovery » vient bousculer toutes les modèles pré établis dans le traitement des addictions. Le « natural recovery » est aussi appelé rémission ou arrêt spontané, ils sont décrits par les professionnels comme les moyens de désintoxication les plus efficaces à long terme qui ont été souvent négligés par le corps médical qui se concentrait sur les effets des traitements sans prendre en compte l'évolution du patient dans son ensemble. L'incidence des arrêts spontanés sur le tabac, l'alcool ou la marijuana semble plus évidente mais de nombreux cas ont été rapportés pour la cocaïne ou l'héroïne (Klingeman, Sobell, 2001).

Les différentes recherches menées sur ce sujet rendent compte de différents modèles : la théorie des conflits personnels, la cristallisation du mécontentement, devenir un « ex », le murissement par l'usage, le pour et le contre, le changement par étape. Ces différents modèles mettent à jour un certain travail réflexif du sujet sur ses propres états. Ce travail n'a rien d'un exercice de rationalité consommatoire mais il met en jeu les différents entre liberté et volonté dans la gestion des plaisirs et des comportements.

Une personne qui souffre d'addiction est quelqu'un que l'on peut décrire par des comportements précis, consommatoires et non-consommatoires tout comme par un certain état du corps ou du cerveau, et, comme nous l'avons démontré une histoire sociale ou une personnalité sociale. C'est quelqu'un qui peut penser à ces différents « états » corporels – corps physique, corps psychique et corps social. Cette dimension réflexive est susceptible d'avoir elle-même des effets favorables ou défavorables sur les autres états.

Lorsqu'on cherche à produire une réponse psychosociologique à la question des addictions deux dimensions explicatives sont susceptibles d'orienter le comportement individuel :

- l'une est issue de la psychologie naturaliste qui insiste sur les dispositions organiques au plaisir des êtres humains acquises au cours de l'évolution naturelle ainsi que les leurres neurologiques que suscite l'abondance de l'offre addictive dans les sociétés libérales contemporaines. Ces dispositions neurologiques sont issues de notre habitus et l'abondance de l'offre addictive favorise le contact et le développement de l'addiction en cas d'habitus défavorable.
- l'autre, de caractère phénoménologique qui est centrée sur le traitement réflexif et moral des impulsions du corps et de l'usage des plaisirs qui peut en découler selon les options prises par le sujet aux différents moments de sa vie. Ici aussi la qualité de

notre habitus et de notre capital social joue positivement ou négativement dans la balance au moment des contacts répétés avec un comportement.

Nous retrouvons donc en filigrane derrière ces deux dimensions explicatives, les notions d'habitus et de capital social développés par Bourdieu. Dans les deux cas, les conditions sociales existantes gouvernent l'accès aux produits et comportements selon des courants idéologiques, médiatiques, modes, mimétismes sociaux... (Sperber, 1996) qui interviennent sur le système de détermination pratique du sujet tant par l'attractivité du produit ou du comportement que par leur mise à disposition effective.

D'un point de vue individualisant, nous devons nous pencher sur les moyens d'analyse du traitement réflexif par un sujet de sa propre insertion dans un système d'offres agissant sur ses dispositifs organiques et le cas échéant pouvant biaiser ou altérer son jugement, sa volonté, l'exercice de sa liberté et le sentiment qu'il a de lui-même.

Nous pouvons ainsi distinguer 4 dimensions comment étant essentielles à l'usage des plaisirs et en particuliers ceux liés aux addictions :

- Le jugement individuel sur les plaisirs résulte d'un exercice plus ou moins éclairé ou distordu de la faculté rationnelle. Le mode d'accès à l'information sur les produits et pratiques, ajouté aux caractéristiques individuelles des sujets sont susceptibles d'altérer le jugement rationnel, et, d'infléchir les investissements ou désinvestissements sur le futur qui sont un élément fondamental de la retenue en matière d'usage.
- L'exercice heureux ou malheureux de la volonté est relatif aux occasions de plaisir et de consommation / de pratique. La plus ou moins grande fermeté de cette volonté nous ramène aux aléas pratiques du choix rationnel.
- L'exercice de la liberté enregistre le choix effectif du sujet, c'est-à-dire ce qu'il fait en réalité ou sa « volonté exécutive » (Proust, 2005). Le choix pratique effectif est en principe capable de moduler ou de remettre en question et finalement arbitrer en dernier ressort un jugement spontané aussi bien qu'un désir ou une volonté ajustée ou non à ce jugement. Si cet arbitrage se traduit par un décalage entre la volonté pratique et le meilleur jugement sous l'effet d'un désir compulsif ou irrésistible on peut parler de faiblesse de la liberté (dans le sens d'un jugement altéré) ou de faiblesse de la volonté (volonté qui ne résiste pas à la tentation).
- Le rapport réflexif à soi et l'estime de soi accompagne voire détermine les positions précédentes. On peut supposer que le rapport réflexif à soi constitue l'élément moteur du système de choix, car il agit sur le sens et la valeur de chacun des éléments de ce système, il procure une partie de l'énergie nécessaire aux différents efforts pratiques que le sujet doit fournir pour essayer d'être celui qu'il préfère être.

Le sens psychologique et moral de l'exercice pratique de la liberté dépend en effet de son rapport au contenu du jugement et de la volonté tout comme de la manière dont à le sujet de concevoir sa propre unité cognitive et pratique, suivant qu'il accepte, valorise ou rejette certaines formes de cohérence ou d'incohérence.⁹⁰

5.3. Pourquoi arrêter son addiction ?

Lorsque nous interrogeons la plupart des professionnels travaillant avec les addicts sur les raisons qui poussent les patients à stopper leur comportement addictifs, ils nous répondent que c'est à cause du traitement. Si quelque part le traitement peut être une raison valable il n'explique pas pourquoi comme nous l'avons vu plus avant des addicts sévèrement touchés par des drogues ou des comportements peuvent se rétablir sans aide extérieur. De plus, une étude de Miller, Brown, Simpson et al. (1995), nous montre que les patients qui demandent de l'aide et obtiennent un traitement vont globalement mieux que ceux qui en cherchant de l'aide et qui tardent à être traités.

Nous professionnels de la santé, que nous soyons soignants, spécialistes de santé publique ou décideurs nous devrions nous interroger sur les mécanismes du changement de comportement dans le cadre des addictions afin de pouvoir proposer un système de prise en charge adéquat.

Au centre des théories des modèles de changement se trouve une évaluation coût/bénéfice basée essentiellement sur une analyse cognitive.

L'ensemble de ces théories se réfère à l'influence des croyances et des émotions dans les décisions de changement. Généralement, et plus particulièrement dans les addictions, les avantages l'emportent suffisamment longtemps sur les inconvénients, le temps de l'installation de la dépendance. Quand cet équilibre devient défavorable, l'individu s'interroge alors sur sa condition addictive et c'est dans ce contexte que peut s'inscrire un processus de changement.

5.3.1. La théorie du conflit.

Janis & Mann (1968), ont émis l'hypothèse qu'une tension interne émerge d'une discordance entre plusieurs croyances. Le changement survient pour réduire ce changement interne. L'effort individuel pour résoudre ce conflit est alors proportionnel au niveau de discordance entre les croyances.

5.3.2. La cristallisation du mécontentement.

Ce modèle adapté aux comportements addictifs par Winick (1962), nous montre que les personnes vont stopper leur addiction au moment où l'effort à fournir pour satisfaire sa

⁹⁰ P. Pharo, « Naturalisme et phénoménologie dans l'explication sociologique : le cas de l'addiction ». L'Année sociologique, 2007, 57, N°1.

dépendance devient tellement important qu'il préfère abandonner son comportement. Il atteint un seuil d'inconfort tel que cela le motive à changer de comportement.

5.3.3. Le modèle transthéorique du changement.

Prochaska & et Di Clemente (1982), décrivent leur modèle de changement comme une suite d'étape que le sujet traverse dans un ordre qui peut varier mais dont la séquence la plus habituelle est : pré-contemplation, contemplation, détermination, action, maintien et rechute.

Décrit initialement pour les fumeurs, ce modèle a été appliqué aux autres comportements addictifs mais si ce modèle nous renseigne mieux sur le comment le changement se déroule, il ne nous éclaire pas sur le pourquoi le changement intervient.

Si ces modèles ont pu être décrits c'est qu'ils s'appuient sur un ensemble de facteurs influençant le changement.

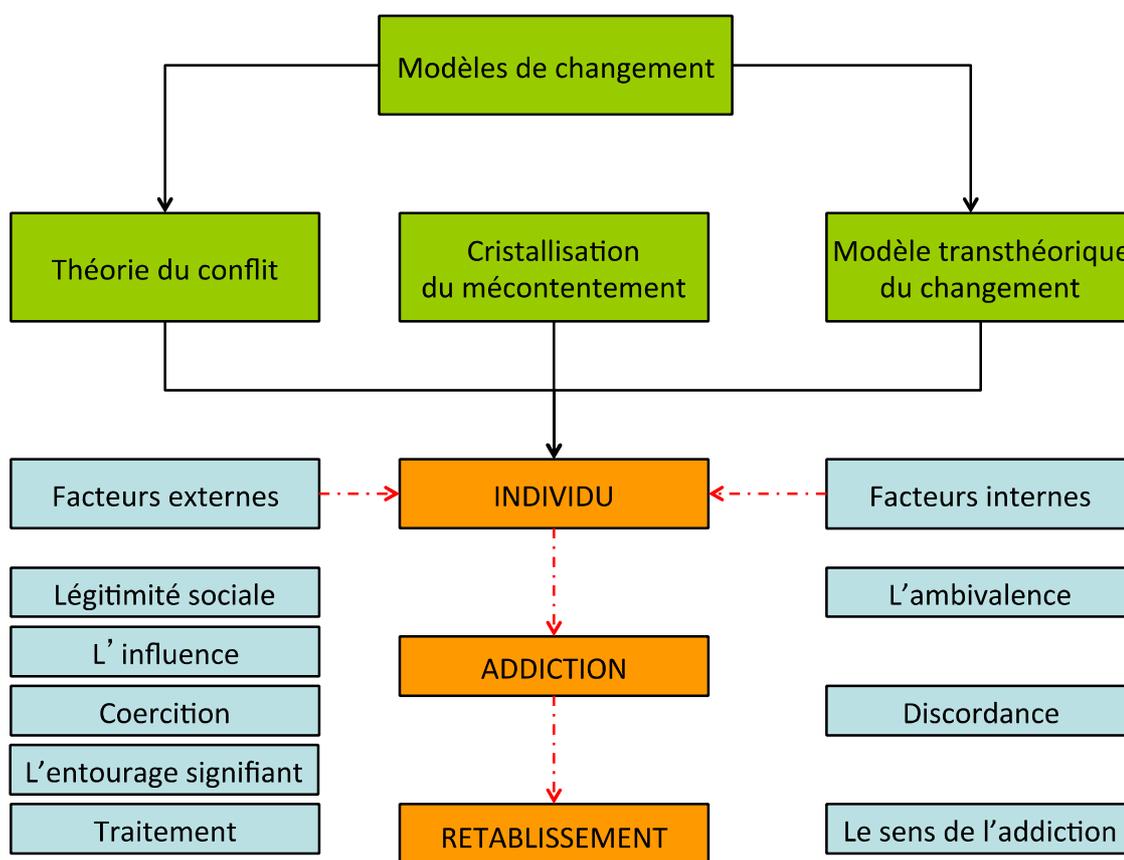


Figure 34 - Facteurs du changement

5.3.4. Facteurs externes.

La société et les groupes ont un intérêt constant à influencer les individus c'est à dire à faire changer les opinions et en matière de santé les croyances et les comportements. Nous pouvons définir 4 types de facteurs externes :

5.3.4.1.1. La légitimité sociale

Les travaux d'Asch cités par Mugny (1997) ont mis en exergue la notion de légitimité sociale d'un comportement. Celle-ci démontre comment un individu peut changer de comportement y compris addictif quand celui-ci perd de sa légitimité au sein du groupe auquel l'individu appartient.

L'influence se réfère ici à une norme pas toujours explicite mais énoncée par un groupe de personnes.

Se conformer à la norme d'un groupe peut se révéler comme un mécanisme suffisamment puissant pour changer de comportement.

L'exemple le plus marquant est celui du tabagisme, si celui-ci fut largement diffusé comme vecteur de socialisation au sein des sociétés modernes, il est devenu aujourd'hui désuet et son maintien est problématique en raison de la perte de légitimité sociale dudit comportement.

5.3.4.1.2. L'influence comme conséquence du conflit

Un des exemples les plus parlants à nouveau en matière d'addiction est le tabagisme, en effet, les fumeurs sont les mieux informés en matière de prévention sur les méfaits de leur comportement mais bon nombre persiste à fumer.

Une explication formulée par Perez & Mugny (1993) avance que les fumeurs veulent donner l'image que leur décision d'arrêter ne serait pas liée à une pression extérieure mais une à une décision personnelle et autonome.

Bon nombre de programmes existent aujourd'hui pour les personnes dépendantes qui souhaitent se faire soigner, mais le fait le plus souvent observé, est que l'entrée dans un programme permet d'échapper aux conséquences de leur comportement comme une incarcération en cas de délit.

Cette apparente contradiction pourrait trouver un début d'explication dans la théorie motivationnelle qui met l'accent sur la discordance perçue entre ce qu'il fait et ce qu'il voudrait être.

5.3.4.1.3. L'entourage signifiant

Nous avons observé que l'entourage des personnes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie dépense une énergie considérable pour aider l'individu dépendant dans un changement de comportement. Plusieurs études ont essayé de montrer comment l'attitude d'un proche pouvait influencer le patient à s'engager dans un changement.

Pour autant, plusieurs théories s'affrontent sur le rôle des proches :

- les Alanon (une branche des Alcooliques Anonymes) invite l'individu à se détacher de son comportement et à prendre seul sa décision ;
- l'Institut Johnston recommande une confrontation directe afin de briser le déni ;
- Miller & co. (1999) nous montrent au travers de leur étude qu'une attitude de renforcement positif des comportements adéquats en évitant toute confrontation

directe (CRAFT) se révélait plus efficace pour engager les patients dans une démarche thérapeutique.

Si nous suivons l'idée de Miller & co., nous pouvons conclure que les patients peuvent plus facile décider de quitter leur comportement addictif si les interactions avec leurs proches ne les confrontent pas directement mais les renvoient vers une discordance qu'ils pourraient observer eux-mêmes entre ce qu'ils voudraient être et ce qu'ils sont.

5.3.4.1.4. L'influence du traitement

Pour la plupart des soignants, les patients changent car le traitement fonctionne ... hors l'influence des traitements sur les addictions est moins flagrante que ce nous pourrions penser.

En effet, les traitements proposés ne fonctionnent pas de manière uniforme et ne sont pas un gage de réussite.

De plus, comme nous l'avons expliqué bien avant un certain nombre de patients peuvent sans aide ni recours sortir de leur addiction. Ainsi si nous voulons évaluer le potentiel d'un traitement d'un programme il faut prendre l'étape de changement de comportement dans lequel se trouve l'individu.

5.3.4.2. Facteurs internes

Rollnick (1999) imagine que les patients changent quand ils estiment que c'est important pour eux, qu'ils sont prêts à le faire et qu'ils ont suffisamment confiance en eux pour espérer y arriver. Miller (1998) essaie de nous éclairer sur les trois éléments que sont les l'ambivalence, la discordance entre les valeurs essentielles et le sens de l'addiction, et, qui pourraient jouer un rôle important sur les composantes avancées par Rollnick.

5.3.4.2.1. L'ambivalence

Miller & Rollnick considère que l'ambivalence est la clé de voute dans la description de l'entretien motivationnelle. Elle apparaît comme inhérente à la nature humaine et comme une résistance au changement. C'est finalement en résolvant l'ambivalence de son comportement que le patient débutera son processus de changement.

5.3.4.2.2. La discordance

Kanfer (1986) développe sa théorie de l'autorégulation, et pour lui le changement de comportement est déclenché par la discordance perçue par l'individu entre son statut actuel et les valeurs et objectifs qu'il souhaite pour lui. Pour autant cette discordance semble être insuffisante pour expliquer à elle seule le changement mais la tension interne qu'elle occasionne peut inciter l'individu à vouloir la réduire en provoquant un changement de comportement.

5.3.4.2.3. Le sens de l'addiction

La construction du sens donné à un comportement est un phénomène cognitif sophistiqué. Alors si l'individu se rend compte que son comportement addictif entre en conflit avec l'opinion

qu'il a de lui-même, il tentera en modifiant son comportement voir de l'arrêter de se mettre en accord avec l'image qu'il veut de lui-même.

Conclusion

En résumé, si nous voulons pouvoir lutter contre les comportements addictifs, il nous faut prendre l'ensemble des dimensions en compte quel soit physique, psychique, génétique ou sociale.

La prévention est un élément incontournable dans le processus qui vise à éviter de modifier son comportement vers des prises de risque, pour autant ces comportements sont confrontés au problème du plaisir.

Dans tout comportement, il y a comme nous avons vu la recherche du plaisir.

Comment prévenir alors que notre plaisir peut nous conduire à des comportements addictifs.

L'histoire nous montre que nous avons essentiellement essayé de démontrer que notre plaisir était dangereux et nous avons érigé des lois pour les définir comme des délits ...

L'addiction installée, nous avons vu au travers de notre travail que la psychiatrie avait échoué dans sa tentative de vouloir de traiter une « pathologie » aussi complexe par la seule approche cognitive comme elle le fait pour les pathologies mentales classiques.

Nous ne pouvons pas dire que l'addictologie et sa prise en compte plus large de la pathologie soit une franche réussite dans le traitement des addictions. Là aussi si l'approche médicale prend une part trop importante dans l'approche complexe des comportements addictifs.

Le modèle biopsychosociale développé ces dernières années définit assez bien les comportements, mais il reste encore insuffisant.

En effet, comme le démontre l'ensemble de notre travail, l'approche sociologique des addictions est une vraie composante de l'addiction. Si une personne est défini par ses gènes et son environnement, il n'en est pas moins qu'un individu est défini par son histoire sociale, son habitus et son capital social.

Comment alors intégrer l'approche sociologique dans la prévention et dans la prise en charge des addictions ?

Il semble pertinent de dire que le système actuel est basé essentiellement sur les soins thérapeutiques que cela soit en établissements de santé ou auprès de professionnels de santé libéraux.

Quelques associations viennent en aide aux addicts, comme les alcooliques anonymes, et permettent un soutien, une entraide, un lien ... Des campagnes de publicité propage des messages préventifs qui semblent le plus souvent inadaptés.

Ce système d'organisation est insuffisant et en échec au regard face à la prévention à délivrer, face aux soins à apporter et face à la complexité et à la diversité des comportements addictifs.

Afin de pouvoir tenir compte de ces éléments ainsi que d'une approche sociologique nous pensons qu'il est nécessaire de proposer une nouvelle organisation ainsi que des recommandations afin de répondre aux besoins et attentes de chacun.

Centre de Coordination, de Prévention, de Soins et de Réhabilitation pour les Addictions

L'organisation telle que nous la proposons est centrée sur la mise en place d'un centre spécialisé dans chaque ville au même titre de ce que sont le CCAS, le CMPS ou CMPP.

Ce centre aura en charge la coordination, la prévention, des soins et la réhabilitation sur son territoire.

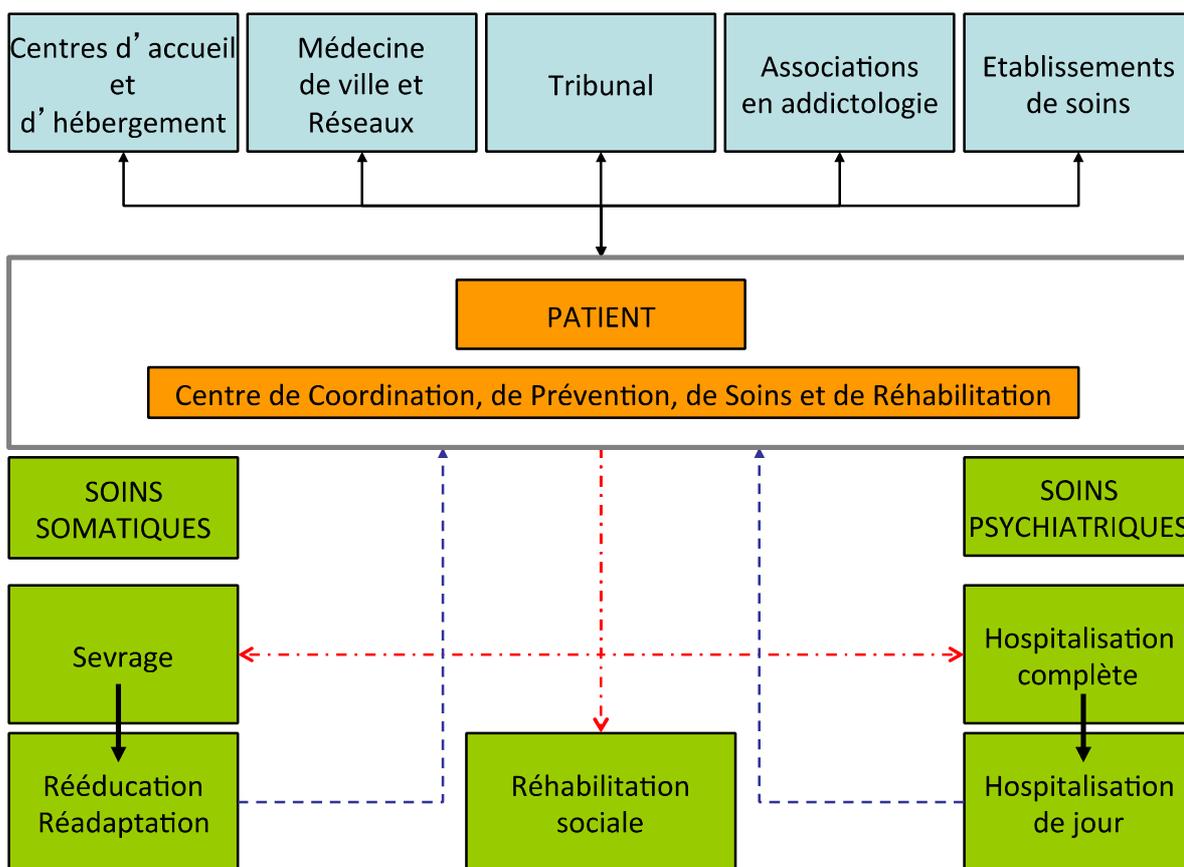


Figure 35 - Centre de Coordination de Prévention de Soins et de Réhabilitation

En amont du centre, tous les professionnels libéraux et institutionnels ainsi que les familles peuvent adresser ou s'adresser à ce centre afin de faire accompagner un addict. Ce centre sera l'unique porte d'entrée dans le système de prise en charge.

La personne qui souhaite pouvoir se renseigner ou se faire aider ou se faire soigner sera prise en charge par le centre qui coordonnera son parcours tout au long du processus.

En plus de la prévention, du dépistage, le centre propose tout l'accompagnement nécessaire au sevrage, à l'hospitalisation et au suivi en cure. Le centre est prescripteur des soins et organise le parcours du patient. De plus, le centre peut organiser le suivi sous forme d'hospitalisation de

jour et de prise en charge sociale : groupes d'entraide, groupes de paroles, centre de ressources ...

L'objectif est d'intervenir autant sur le secteur éducatif, santé et social. De doter le centre de toutes les compétences professionnelles nécessaires afin de proposer un accompagnement global : préventif, curatif, et réhabilitation sociale.

En termes de mission, les CHU gardent leur service d'hospitalisation spécialisé pour les cas les plus complexes, leur mission d'enseignement et leur mission de recherche en addictologie.

Le financement des centres est assuré en partie par la fermeture des services dédiés à l'addictologie en centre hospitalier, et, l'hospitalisation se fait au sein des services spécialisés en fonction de l'atteinte somatique et en collaboration avec le centre.

Toutes les hospitalisations dans les établissements de santé mentale sont organisées aussi par le centre.

Cette organisation permet à la fois de proposer une prise en charge au long terme, de mettre en place des cohortes pour des études et de faciliter la mise en place de bases de données et d'études statistiques.

Recommandations

Dépénalisation des drogues ou de certains comportements : si l'absence de dépénalisation développe trafics, marché noir, délits et crimes pour les drogues et certains comportements comme le jeu, la dépénalisation engendrerait une explosion des usages avec le risque accru de bascule dans l'addiction sans pour autant endiguer les effets néfaste liés aux trafics, délits et crimes.

Publicité : la question de la publicité est aussi épineuse que celle de la dépénalisation. En effet, comment peut-on accepter la publicité pour des produits et des comportements addictogènes comme l'alcool, le tabac ou le jeu. A la fois, la position des gouvernements est difficile à tenir entre prévenir, réprimander, soigner et recettes fiscales importantes. Faut-il interdire toute publicité visant un produit ou un comportement addictif ? Pour autant, le produit ou le comportement n'est pas addictif de lui-même son usage fréquent rend celui-ci addictif.

Moralisation des comportements : comme nous l'avons plus en amont dans notre travail, la société a toujours condamné les conduites addictives. Les usagers de stupéfiants favorisent les trafics, les alcooliques sont des futurs cirrhotiques, les fumeurs sont de futurs cancéreux ... toutes les campagnes menées stigmatisent les comportements. La morale judéo-chrétienne prend le pas sur les conduites de plaisir. Les approches préventives relèvent de la loi du tout ou rien. Si vous fumez vous aurez un cancer, si vous buvez vous aurez une cirrhose, si vous vous droguez vous aurez le SIDA ... Friedrich Nietzsche disait que « L'addiction, derrière le plaisir une douleur se construit. » En effet, le plaisir fait partie de la vie. L'usage que nous faisons de nos plaisirs peut nous mener à des dépendances mais pour autant ne serait-il pas plus efficace lors des campagnes de prévention d'expliquer que le plaisir n'est pas un tabou que de ne présenter les conséquences les plus dures. Fumer une cigarette après un bon repas, accompagné d'un bon verre de vin terminé par un digestif ... où y'a-t-il le mal ? Notre société et nos gouvernants ont du mal avec le plaisir c'est quelque chose qui ne se maîtrise pas, il est plus facile de parler

et de concevoir des politiques du tout ou rien. Pourtant, si nous voulons aborder les addictions y compris dans le domaine social nous devons nous pencher sur les conduites de plaisir.

Justice : la justice peut avoir à être saisie d'un comportement inadapté d'un individu. Si la question de la dépénalisation est politique, la consommation de tabac dans les lieux publics, l'ébriété, la consommation de stupéfiants et autres comportements troublants l'ordre public sont du ressort de la justice. La politique publique des 20 dernières années s'est traduite d'un côté par un renforcement des mesures réglementaires et une diversification des réponses pénales et d'un autre côté par une profonde évolution des modalités de prise en charge, basée sur une approche globale de l'usager, de nouvelles thérapies et des collaborations intersectorielles. Dans leur ensemble, les mesures visent à réduire l'accessibilité aux produits jugés toxiques, en agissant sur la production et la distribution, à favoriser la fiscalisation, à protéger les jeunes, à prévenir les risques sanitaires et sociaux, à organiser les soins et à réprimer les infractions et délits. Encore une fois, l'approche des addictions n'est pas binaire, soins ou prison. Par exemple, un alcoolique, un toxicomane ... pourrait voir son permis de conduire suspendu jusqu'à qu'il entame de son propre chef les soins appropriés pour sortir de son comportement. Un autre exemple, un joueur pourrait voir ses revenus mis sous tutelle afin de protéger la famille. L'objectif serait de définir pour chaque comportement et chaque situation la meilleure réponse afin de déclencher chez l'individu le désir de changer de comportement.

Education : nous pouvons nous poser des questions sur les messages préventifs et éducatifs délivrés. En effet, si « fumer tue », si « à consommer avec modération » ... on peut évidemment se demander pourquoi les ventes sont « libres ». Il y a une forte dichotomie entre les entrées fiscales, les emplois et les coûts pour la santé. Il y a aussi une forte différence entre le message envoyé et le message perçu. Comme nous l'avons souligné dans le paragraphe sur la moralisation nous pourrions orienter nos messages pour un retour à la notion de plaisir : « fumer, mais fumer par plaisir pas sous contrainte », « ne soyez plus l'esclave de votre bouteille ». L'objectif serait de faire prendre conscience aux addicts qu'ils ont perdu la notion de tout plaisir dans leur comportement. Ce n'est pas en stigmatisant les comportements que nous faciliterons un changement mais en les accompagnants dans leur évolution de la pensée.

Pour conclure notre travail, nous pouvons nous poser une dernière question, l'addiction doit-elle être considérée comme une maladie ?

L'apport de la sociologie, nous montre que l'histoire sociale de chaque individu, son capital social, son habitus sont intimement liés aux choix et aux comportements pour lesquels l'individu optera. Il n'y a pas d'hasard dans le choix d'un comportement.

Oui l'addiction est une maladie pour ses conséquences sanitaires, qu'elles soient somatiques ou cognitives et relèvent des soins ...

Non l'addiction n'est pas une maladie, car l'approche psychosociale nous montre que les comportements adoptés sont en réponse ou une adaptation de l'histoire sociale de chaque individu.

De plus, les personnes qui adoptent un comportement qui leur procure du plaisir n'en viennent pas toutes à être aux prises avec une addiction. À bien des égards, les comportements qui peuvent devenir addictifs sont encouragés ou découragés par des forces sociales plus vastes

(comme la publicité) ou par des facteurs propres à la personne (biologiques ou psychologiques).

En reconnaissant à quel point les comportements peuvent être gratifiants plutôt qu'en considérant le comportement addictif comme foncièrement mauvais ou entièrement négatif, nous comprendrons mieux les problèmes des comportements addictifs.

Dans ces conditions, l'hôpital ne peut pas être la seule réponse. Il ne peut pas être intégré comme une pierre angulaire dans le processus de rétablissement même si la tentation de nos gouvernants est d'encadrer autant que ce faire le phénomène addictif jugé déviant par la communauté.

Bibliographie

- ¹ Pr JL. SENON, Drs N. LAFAY, N. PAPET et C. MANZANERA. « Grands courants de la pensée psychiatrique ». Psychiatrie adulte et psychologie médicale. Faculté de Médecine de Poitiers. Cours
- ² M. Corcos, M. Flament et P. Jeammet. « Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes ». Elsevier Masson, 2003.
- ³ Drs J. Viala Artigues et C. Mechetti. « Alcool, Alcoologie, Alcoolisme. Histoire de l'alcool les temps modernes ». www.alcoologie.org. Octobre 2003
- ⁴ B. Dautzenberg. « Epidémiologie des maladies liées au tabac ». www.tabac-net.aphap.fr
- ⁵ Dr Goldfarb et Dr Baudouin. « Histoire de la psychiatrie ». CHS Saint Avé (1986). Mis à jour Dr Boraud – CHS CHARCOT (1991).
- ⁶ Lydia Fernandez et Henri Sztulman. « Approche du concept d'addiction en psychopathologie ». Annales Médico – Psychologiques. 1997.
- ⁷ M. Reynaud, D. Bailly, JL. Venisse. « Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ». Médecine et addictions. Elsevier Masson. 2005
- ⁸ P. Gayraud et P. Poloméni. « Vers une prise en compte effective des conduites addictives ». ADSP. 2007
- ⁹ Dr D. VELEA. « Journée d'étude sur les addictions comportementales ». Centre Médical Marmottan. Bobigny. 2005
- ¹⁰ Centre de Référence sur le Jeu Excessif. « Les autres addictions comportementales ». <http://www.crje.fr>. 2011
- ¹¹ R. Persiaux. « Addiction : tous accros ? ». Le point sur ... N°185. www.scienceshumaines.com 2007
- ¹² P. Dessez. Tababox. « Des prises de risques aux conduites à risques ». Centre J Bergeret Lyon
- ¹³ Dr D. Velea. « Toxicomanie et conduites addictives ». Hdf. 2005
- ¹⁴ Sénat. « Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale (française) de lutte contre les drogues illicites ». Sénat français, 3 juin 2003.
- ¹⁵ Ministère de la Santé et des Solidarités. « La prise en charge et la prévention des addictions ». Plan 2007 – 2011.
- ¹⁶ Fédération Française d'Addictologie. « 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France ». Livre blanc de l'addictologie française. 2011
- ¹⁷ Stanton Peele. « L'Amérique en guerre contre l'addiction ». Psychotropes. Vol. 15 n° 4, 2009, pp. 27-40.
- ¹⁸ Mme Emmanuelle C.P. Gira. « Prise en charge des addictions aux Etats-Unis ». Le guide de l'American Society of Addiction Medicine. Alcoologie et Addictologie 2006 ; 28 (1) : 59-63
- ¹⁹ Henri-Jean Aubin. « De l'approche par produit au concept d'addiction ». Ceras - revue *Projet* n°282, Septembre 2004. URL : <http://www.ceras-projet.com/index.php?id=1303>.
- ²⁰ Dr R. Manghi. « Les addictions ». Hôpitaux Universitaires de Genève. 2011
- ²¹ MILDT - <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/>
- ²² A. Marlatt & K. Witkiewitz « Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention and treatment ». *Addictive Behaviors*. 27, 867-886.
- ²³ COROMA. « Neurosciences de l'addiction ». Edition Axess Laboratoire (Suisse). 2009
- ²⁴ L. Neergaard. « L'addiction, une maladie cérébrale chronique à part entière ». Associated Press. Aout 2011.
- ²⁵ S. Legleye, S. Spilka, O. Le Nézet, F. Beck et E. Godeau. « Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence ». Mars 2008. *Tendance* N°59. OFDT
- ²⁶ C. Catry, D. Marcelli et Y. Gervais. « Adolescence et addiction » - Traité d'addictologie. Problématique générale. Paris : Flammarion médecine sciences, 2006. pp. 84-90
- ²⁷ L. Fernandez et H. Sztulman. « Approche du concept d'addiction en psychopathologie ». Annales Médico Psychologiques (1997).
- ²⁸ E. Durand et autres. « Conduites addictives et travail ». DMT N°115. 2008
- ²⁹ Rapport Reynaud, Parquet et Lagrue. « Les pratiques addictives ». Ministère de la Santé. 1999
- ³⁰ P. Gorwood. « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance ». Alcoolisme et Psychiatrie. Masson 1997.
- ³¹ V. Deroche-Gamonet, M. Darnaudery, L. Bruins-Slot, F. Piat, M. Le Moal et PV. Piazza. « Study of the addictive potential of modafinil in naive and cocaine-experienced rats ». *Psychopharmacology (Berl)* 2002 Jun ; 161(4):387-95
- ³² L. Mekaoui. « Place et évolution du concept d'alexithymie dans les troubles psychosomatiques ». *La Lettre du Psychiatre*. N° 6 Mai/Juin 2007
- ³³ Farges Florent et Farges Servane. « Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature ». *Psychotropes*, 2002/2 Vol. 8, p. 47-74. DOI : 10.3917/psyt.082.0047
- ³⁴ Van Damme Pierre. « Dépression et addiction ». *Gestalt*, 2006/2 no 31, p. 121-135.
- ³⁵ EHRENBURG A. « *La fatigue d'être soi, dépression et société* ». Odile Jacob, Paris, 1998.
- ³⁶ GUELFY J. D. « *Psychiatrie* ». PUF fondamental, Paris, 1987.

- ³⁷ J. Besson, J. Grivel, M. Rihs-Middel, I. Gothuey, O. Simon, A. Abudureheman, A. Luongo et A. Pelet. « Dépendance ». Revue Médicale Suisse. Numéro : 3185
- ³⁸ Strakowski S.M., Sax K.W., McElroy S.L. et coll. « Psychiatric and substance abuse syndrome co-occurrence in bipolar disorder following a first psychiatric hospitalization ». J Clin Psychiatry 1998 ; 59 : 465-471.
- ³⁹ Winokur G., Coryell W., Akiskal H.S. et coll. « Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness : familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction ». Am J Psychiatry 1995 ; 152 : 365-372.
- ⁴⁰ Odile LESOURNE. « La genèse des addictions ». PUF (2007).
- ⁴¹ OFDT. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 » - Revue « Tendances ». 2011
- ⁴² Beck F. et Legleye S. « Les jeunes et le cannabis ». Regards sur l'actualité. 2004 ; 294 : 53-65. Paris : La Documentation française.
- ⁴³ Palle, C. Bernard, C. Lemieux, C. CSST en ambulatoire – « tableaux statistiques 1998-2003 ». Saint-Denis: OFDT, 2005, 30.
- ⁴⁴ Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-B., the SAM Group. « Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study ». BMJ, december 2005 ; 331 : 1371.
- ⁴⁵ Cadet-Taïrou, A., et al. « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 ». Tendances, 2004(37): p. 1-2.
- ⁴⁶ Source OFDT - <http://www.ofdt.fr/>
- ⁴⁷ Dr Marc Valleur et Dr Dan Velea. « Les addictions sans drogue(s) ». Revue toxibase n° 6 - juin 2002
- ⁴⁸ OFDT - <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/jeu.html>
- ⁴⁹ <http://www.jwt.com>
- ⁵⁰ Dr Dan VÉLÉA. « L'addiction à l'exercice physique ». *Psychotropes* – Vol. 8 nos 3-4
- ⁵¹ Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel. « Drogues illicites : pratiques et attitudes ». Guilbert, P., F. Baudier, and A. Gautier, Baromètre santé 2000. Vol. Méthode (1) et Résultats (2). Vanves: Editions CFES 2001, 237-274.
- ⁵² Beck, F., S. Legleye, and S. Spilka. « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France ». ESCAPAD 2003. Saint-Denis: OFDT, 2004, 251.
- ⁵³ SA. Schroeder. « We can do better – Improving the health of the American people ». New England Journal of Medicine. 2007. N°357. P 1221 – 1228.
- ⁵⁴ P. Pinell. « Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890- 1940) ». Annales. Histoire des Sciences Sociales. Année 1998. Volume 53. Numéro 4. P 1052 – 1055
- ⁵⁵ P. Peretti Watel et JP. Moatti. « Renoncer à l'homo médecin pour mieux comprendre les conduites à risque ». Contact Santé. N° 231. 2010.
- ⁵⁶ Michel Hautefeuille. « Santé et addiction : du corps humain au corps social ». *Psychotropes*. 2008/2 Vol 14
- ⁵⁷ Amnon Jacob Suissa. « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux ». *Psychotropes*. 2008/2 vol 14.
- ⁵⁸ P. Bourdieu. « Le sens pratique ». Editions de Minuit. Paris 1980.
- ⁵⁹ E. DURKHEIM. « Les règles de la méthode sociologique ». PUF. 1986
- ⁶⁰ M. WEBER. « Economie et société ». Plon. 1971.
- ⁶¹ P. Vinaches. « L'habitus : concept médiateur ». DEES 113. Octobre 1993. P35-P37
- ⁶² OCDE. « Du bien-être des nations : le rôle du capital humain et social ». 2001
- ⁶³ Pierre Bourdieu. « Le capital social. Notes provisoires ». Actes de la recherche en sciences sociales. vol. 31, janvier 1980. P 2-3
- ⁶⁴ James Coleman. « Social Capital in the Creation of Human Capital ». American Journal of Sociology. 1988, n° 94
- ⁶⁵ Sophie Ponthieux. « Les analyses du capital social : apports et controverses ». CNAF. Informations sociales, 2008/3 - n° 147. P 32 à 33
- ⁶⁶ Dominique Méda. « Le capital social : un point de vue critique ». L'Économie politique 2/2002 – N°14. P 36-47.
- ⁶⁷ Alain Degenne. « Mise en œuvre empirique de la notion de capital social : définitions et exemples ». - CNRS-LASMAS, CAEN
- ⁶⁸ Maurice Lévesque et Deena White. « Le concept de capital social et ses usages ». Lien social et Politiques. N° 41, 1999. P 23-33
- ⁶⁹ P. Bourdieu. « Le capital social : notes provisoires ». Actes de la recherche en sciences sociales. 1980
- ⁷⁰ R. Putman. « Bowling alone: the collapse and revival of american community ». 2000
- ⁷¹ R. Putman. « Bowling alone: America's declining social capital ». Journal of Democracy. 1995
- ⁷² I. Kawachi. « Social capital, insome inequality, and mortality ». American Journal Public Health. 1997
- ⁷³ R. Wilkinson. « Unhealthy societies: the afflictions of inequality ». 1996
- ⁷⁴ I Kawachi. « social capital and health ». American journal of preventive Medicine. 2008
- ⁷⁵ R. Wilkinson. « The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier ». 2005
- ⁷⁶ Jean Paul JEANNIN. « Éthique et Prévention des risques liés à l'alcoolisation du point de vue des Sciences Sociales ». CRIPS. 2002

- ⁷⁷ Angel S. & Angel P. « Famille, fratrie et toxicomanie de l'adolescent ». Toxicomanies, Paris, Masson, 2000, pp. 157-164
- ⁷⁸ Luca Fazzi, Antonio Scaglia & FrancoAngeli. « Le politiche famigliari ». Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia. Milan, 2001, pp.65-82
- ⁷⁹ P. Bourgois et J. Schonberg. « Un apartheid intime ». Actes de la recherche en sciences sociales 5/2005 (n° 160), p. 32-44.
- ⁸⁰ M. Lindström. « Social capital and the miniaturization of community among and intermittent smokers: a population based study ». Preventive Medicine 2003, 36, 177-184
- ⁸¹ AM Lowell. « Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices and social capital ». 2002. Social science and medicine, 55, 803-821
- ⁸² M. Siahpush and al. « The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital ». 2006. Social science and medicine, 63, 2801-2812.
- ⁸³ R. Wilkinson. « Unhealthy societies : the afflictions of inequality ». 1996. London Routledge
- ⁸⁴ T. Pénard & N. Poussing. « Usage de l'Internet et investissement en capital social ». Université de Rennes. 2006.
- ⁸⁵ Mathieu Hilgers. « Liberté et habitus chez Pierre Bourdieu. » EspacesTemps.net. 2006
- ⁸⁶ Jean-Marc Callois. « Capital social et performance économique. Un test économétrique sur l'espace rural français ». Revue d'Économie Régionale & Urbain. Armand Colin. 2006/2 – juillet pages 227 à 243
- ⁸⁷ R. Sampson and al. « Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficiency ». Science (1997). 277, 918-924
- ⁸⁸ SV Subramanian and al. « Social trust and self-rated health in US communities: a multiple analysis ». Journal of Urban Health 2002., 79, S21-S34
- ⁸⁹ I Kawachi and al. « Social capital and self-rated health: a contextual analysis ». American journal of Public Health 1999. 87, 1491-1498.
- ⁹⁰ P.Pharo, « Naturalisme et phénoménologie dans l'explication sociologique : le cas de l'addiction ». L'Année sociologique, 2007, 57, N°1.

Table des illustrations

Figure 1 - Description de la prise en charge du patient	50
Figure 2 - Maillage de la prise en charge	51
Figure 3 - Les dimensions de l'addiction	58
Figure 4 - Le cycle de l'addiction	61
Figure 5 - La synapse et son fonctionnement	68
Figure 6 - Description du système limbique.....	69
Figure 7 - Le circuit de la récompense	70
Figure 8 - Classement des substances psycho-actives	71
Figure 9 - Effets physiologiques et comportementaux des substances psychoactives	71
Figure 10 - Expérimentation à l'adolescence	76
Figure 11 - Niveaux d'usage du tabac, de l'alcool et.....	77
Figure 12 - Niveaux d'usage des drogues à 15 ans	77
Figure 13 - Poly-expérimentations des substances psychoactives à l'adolescence	78
Figure 14 - Les déterminants de la vulnérabilité.....	86
Figure 15 - Le noyau dur de l'addiction selon Pedinielli	86
Figure 16 - Le circuit de récompense	87
Figure 17 - Mécanisme d'action de la cocaïne	87
Figure 18 - La dépendance selon Beck	90
Figure 19 - Evolution de la consommation de tabac.....	104
Figure 20 - Evolution de la consommation d'alcool.....	105
Figure 21 - Nombre de consommateurs de substances psychoactives en France	105
Figure 22 - Expérimentation des substances psychoactives selon l'âge.....	106
Figure 23 - Evolution des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis entre 2005-2010	106
Figure 24 - Fraction attribuable et mortalité des cancers par le tabagisme en France (2006) ...	108
Figure 25 - Evolution de l'expérimentation du cannabis à 17 ans entre 1993 et 2005	110
Figure 26 – Evolution des surdoses mortelles par stupéfiants et médicaments opiacés.....	114
Figure 27 – Evolution des décès par surdose entre 1990 et 2003.....	116
Figure 28 - Prévalence des joueurs dans la population générale	118
Figure 29 - Indice du jeu excessif (Canada)	118
Figure 30 - Répartition des prélèvements entre 2009 et 2010.....	125
Figure 31 - Répartition des rapports d'analyses anormaux en 2010	125
Figure 32 - Effets positifs et négatifs du capital social	193
Figure 33 - L'individu au centre de son histoire sociale	197
Figure 34 - Facteurs du changement.....	203
Figure 35 - Centre de Coordination de Prévention de Soins et de Réhabilitation.....	208

Annexe – Questionnaire



LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE EVALUATION DES SYSTEMES DE SOINS ET SANTE PERCUE

Université de la Méditerranée - EA 3279 - IFR 125 Physiopathologie Humaine de Marseille
U.F.R. Médecine – 27, Bd Jean Moulin - 13385 Marseille Cedex 05
Téléphone : 04.91.32.44.72 - Fax : 04.91.38.44.82
E-mail : therese.auriol-vigne@univmed.fr/elisabeth.auziere@univmed.fr

Evaluation psycho-sociale des comportements addictifs

A renseigner par l'enquêteur : PT PC

Compléter toutes les questions à l'aide du chiffre correspondant à votre réponse

Q1. Quel est votre âge ?

Q2. Quel est votre sexe ? 1. Homme 2. Femme

Q3. Quel est votre statut personnel ? 1. Célibataire 2. En couple
 3. Divorcé(e) 4. Veuf (ve)

Q4. Avez-vous des enfants ? 1. Oui 2. Non

Q5. Quel est votre niveau d'étude ? 1. J'ai arrêté avant le bac 2. Niveau bac
 3. Diplôme supérieur 4. Diplôme professionnel

Q6. Quel est ou était votre catégorie socioprofessionnelle ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Agriculteurs exploitants | <input type="checkbox"/> 2. Artisans, commerçants, chefs d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> 3. Professions intermédiaires | <input type="checkbox"/> 4. Cadres et professions intellectuelles supérieures |
| <input type="checkbox"/> 5. Employés | <input type="checkbox"/> 6. Ouvriers |
| <input type="checkbox"/> 7. Retraités | <input type="checkbox"/> 8. Autres pers. sans activité professionnelle |

Q7. Quels sont vos niveaux de revenu mensuel ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Aucun | <input type="checkbox"/> 2. Aide sociale | <input type="checkbox"/> 3. Du SMIC à 2000 € |
| <input type="checkbox"/> 4. De 2000 à 3000 € | <input type="checkbox"/> 5. Plus de 3000 € | |

1





LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE EVALUATION DES SYSTEMES DE SOINS ET SANTE PERCUE

Université de la Méditerranée - EA 3279 - IFR 125 Physiopathologie Humaine de Marseille

U.F.R. Médecine - 27, Bd Jean Moulin - 13385 Marseille Cedex 05

Téléphone : 04.91.32.44.72 - Fax : 04.91.38.44.82

E-mail : therese.auriol-vigne@univmed.fr/elisabeth.auziere@univmed.fr

Q8. Buvez-vous de l'alcool ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q9. Consommez-vous du tabac ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q10. Consommez-vous du cannabis ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q11. Consommez-vous des médicaments en dehors d'un traitement prescrit ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q12. Consommez-vous de la cocaïne ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q13. Consommez-vous de l'héroïne ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q14. Consommez-vous d'autres drogues ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q15. Pratiquez-vous des jeux vidéo ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |

Q16. Pratiquez-vous des jeux d'argent ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 2. Plusieurs fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3. Plusieurs par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Plusieurs fois par an | <input type="checkbox"/> 5. Une fois pour essayer | <input type="checkbox"/> 6. Jamais essayé |



LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE EVALUATION DES SYSTEMES DE SOINS ET SANTE PERCUE

Université de la Méditerranée - EA 3279 - IFR 125 Physiopathologie Humaine de Marseille

U.F.R Médecine - 27, Bd Jean Moulin - 13385 Marseille Cedex 05

Téléphone : 04.91.32.44.72 - Fax : 04.91.38.44.82

E-mail : therese.auriol-vigne@univmed.fr/elisabeth.auziere@univmed.fr

- Q17. Utilisez-vous internet en dehors de votre travail ou de la consultation de vos emails ?
1. Plusieurs fois par jour 2. Plusieurs fois par semaine 3. Plusieurs par mois
 4. Plusieurs fois par an 5. Une fois pour essayer 6. Jamais essayé
- Q18. Comment qualifieriez-vous votre désir d'achat ?
1. Plusieurs fois par jour 2. Plusieurs fois par semaine 3. Plusieurs par mois
 4. Plusieurs fois par an 5. Uniquement le nécessaire
- Q19. Comment qualifieriez-vous votre pratique sportive ?
1. Plusieurs fois par jour 2. Plusieurs fois par semaine 3. Plusieurs par mois
 4. Plusieurs fois par an 5. Jamais
- Q20. Comment qualifieriez-vous votre activité sexuelle ?
1. Plusieurs fois par jour 2. Plusieurs fois par semaine 3. Plusieurs par mois
 4. Plusieurs fois par an 5. Jamais
- Q21. Avez-vous des pertes d'appétit ?
1. Non 2. De temps en temps 3. Régulièrement 4. Tout le temps
- Q22. Suivez-vous un régime ou vous imposez-vous des restrictions alimentaires ?
1. Non 2. De temps en temps 3. Régulièrement 4. Tout le temps
- Q23. Consommez-vous des produits pour accélérer votre transit ou pour lutter contre la constipation ?
1. Non 2. De temps en temps 3. Régulièrement 4. Tout le temps
- Q24. Consommez-vous des produits diurétiques tels que le café ou le thé ?
1. Non 2. De temps en temps 3. Régulièrement 4. Plusieurs fois par jour
- Q25. Comment définiriez-vous votre relation par rapport au travail ?
1. C'est un stress permanent 2. Vous vivez au rythme de votre travail
 3. Vous vous adaptez à la situation 3. Vous prenez les distances nécessaires



LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE EVALUATION DES SYSTEMES DE SOINS ET SANTE PERCUE

Université de la Méditerranée - EA 3279 - IFR 125 Physiopathologie Humaine de Marseille
U.F.R Médecine - 27, Bd Jean Moulin - 13385 Marseille Cedex 05
Téléphone : 04.91.32.44.72 - Fax : 04.91.38.44.82
E-mail : therese.auriol-vigne@univmed.fr/elisabeth.auziere@univmed.fr

Q26. Pour accomplir votre travail ?

- 1. Vous prenez tous les moyens possibles pour l'accomplir
- 2. Vous définissez des objectifs et des délais que vous tenez à respecter
- 3. Vous êtes en recherche permanente de performance et de productivité
- 4. Vous estimez que votre présence est indispensable tout le temps

Q27. Quel est le souvenir de votre enfance qui vous a marqué le plus ?

- 1. Des parents unis
- 2. Une famille séparée
- 3. Une tierce personne
- 4. Autres (adoption, foyer, famille d'accueil...)

Q28. Quel est le sentiment qui a marqué le plus votre enfance ?

- 1. Amour
- 2. Violence
- 3. Solitude
- 4. Abandon

Q29. Votre éducation vous la devez le plus ?

- 1. A vos parents
- 2. A l'école
- 3. A vous-même
- 4. A une tierce personne
- 5. A vos frères et sœurs

Q30. Un évènement a-t-il marqué votre enfance ?

- 1. Aucun en particulier
- 2. La mort d'un proche
- 3. La violence, les disputes
- 4. La drogue, l'alcool, le tabac

Q31. Avez-vous durant votre enfance été suivi par un :

- 1. Psychologue
- 2. Psychiatre
- 3. Orthophoniste
- 4. Autre professionnel

Q32. Comment voyez-vous le monde actuel ?

- 1. Triste et noir à l'image de ce que vous ressentez
- 2. C'est une société de consommation
- 3. C'est une société individualiste
- 4. C'est une société parfaite

Q33. Comment vous sentez-vous dans ce monde ?

- 1. Vous ne le comprenez pas et il ne vous comprend pas
- 2. Vous le rejetez et il vous rejette
- 3. Vous en êtes un acteur
- 4. Vous en êtes une victime

Q34. Cette société a-t-elle particulièrement marqué votre vie d'adulte par ?

- 1. La perte d'un emploi
- 2. Une rencontre
- 3. Le décès d'un proche
- 4. Un problème de santé



LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE EVALUATION DES SYSTEMES DE SOINS ET SANTE PERCUE

Université de la Méditerranée - EA 3279 - IFR 125 Physiopathologie Humaine de Marseille

U.F.R Médecine - 27, Bd Jean Moulin - 13385 Marseille Cedex 05

Téléphone : 04.91.32.44.72 - Fax : 04.91.38.44.82

E-mail : therese.auriol-vigne@univmed.fr/elisabeth.aziere@univmed.fr

- Q35. Allez-vous voter pour les élections ? 1. Oui 2. Non
- Q36. Participez-vous à une vie associative ou à un groupe ? 1. Oui 2. Non
- Q37. Avez-vous des amis, des connaissances ou des personnes proches ?
 1. Moins de 5 2. De 5 à 20 personnes
 3. De 20 à 30 personnes 4. Plus de 30 personnes
- Q38. Etes-vous proche d'une religion et avez-vous des contacts avec ces représentants ?
 1. Oui 2. Non
- Q39. Vivez-vous ? 1. Seul 2. En famille 3. En colocation
 4. Dans un foyer 5. Sans domicile fixe
- Q40. En général, faites-vous confiance aux autres ?
 1. Oui 2. Le plus souvent
 3. Rarement 4. Non
- Q41. Depuis combien de temps souffrez-vous de votre addiction ?
 1. Je ne souffre pas d'addiction 2. Entre 0 et 10 ans
 3. Entre 10 et 20 ans 4. Plus de 20 ans
- Q42. Vous rappelez-vous votre premier contact avec un produit ou un comportement addictif ?
 1. Je n'ai jamais eu de contact avec un produit ou comportement addictif
 2. A l'enfance 3. A l'adolescence
 4. En tant qu'adulte 5. Vous l'avez toujours connu
- Q43. Qu'attendez-vous de la médecine vis-à-vis des addictions ?
 1. Sevrage complet et retour à la vie normale le plus rapidement possible
 2. Trouver un équilibre dans votre consommation, peut-être en la réduisant et en la contrôlant
 3. Pouvoir consommer un produit ou agir sans conséquence pour ma santé
 4. Que l'on vous comprenne, que l'on vous aide et que l'on vous accompagne
 5. Je n'attends rien



LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE
EVALUATION DES SYSTEMES DE SOINS ET SANTE PERCUE

Université de la Méditerranée - EA 3279 - IFR 125 Physiopathologie Humaine de Marseille
U.F.R Médecine - 27, Bd Jean Moulin - 13385 Marseille Cedex 05
Téléphone : 04.91.32.44.72 - Fax : 04.91.38.44.82
E-mail : therese.auriol-vigne@univmed.fr/elisabeth.auziere@univmed.fr

Q44. Pensez-vous que le meilleur moyen de vous aider est ?

- 1. Un hôpital ou une clinique, où vous seriez hospitalisé durant une longue période (hospitalisation complète)
- 2. Un hôpital ou une clinique, où vous pourriez vous rendre la journée, et, bénéficier de soins et d'activités thérapeutiques (hospitalisation de jour)
- 3. Un centre d'accueil en ville, où vous pourriez consulter la journée, des professionnels et participer à des groupes d'entraide
- 4. D'être suivi par des professionnels en ville séparément (médecin, psychiatre, psychologue, assistante sociale ...)