

Les Pratiques Addictives

Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho- actives

Michel REYNAUD

Philippe Jean PARQUET

Gilbert LAGRUE

Rapport rédigé à la demande :
de Monsieur Joël MENARD, Directeur Général de la Santé
et remis à Monsieur Bernard KOUCHNER, Secrétaire
d'Etat à la Santé et aux Affaires Sociales

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PREMIÈRE PARTIE	9
• LÉGITIMITÉ DU CONCEPT D'ADDICTION AU REGARD DE L'APPROCHE PAR PRODUIT	9
Chapitre 1	10
Les comportements de consommation de substances psychoactives	10
Chapitre 2	17
Pourquoi parler de pratiques addictives ?	17
Chapitre 3	23
Les éléments cliniques et épidémiologiques en faveur d'une approche commune des pratiques addictives	23
Chapitre 4	33
La voie biologique commune des pratiques addictives	33
DEUXIÈME PARTIE	44
• LES DÉTERMINANTS DES PRATIQUES ADDICTIVES	44
Chapitre 1	45
Comprendre l'installation d'une pratique addictive: les déterminants généraux de vulnérabilité	45
Chapitre 2	48
Les déterminants psychologiques	48
Chapitre 3	58
Les déterminants biologiques	58
TROISIÈME PARTIE	67
• LES RISQUES DES PRATIQUES ADDICTIVES	67
Chapitre 1	68
Une politique cohérente implique d'analyser, pour chaque produit : la dépendance, les dommages induits, la place sociale	68
Chapitre 2	70
Le risque de dépendance	70
Chapitre 3	82
Les différents produits et les différents types de risque	82

QUATRIÈME PARTIE	108
• L'ÉTAT ACTUEL DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE SOINS	108
Chapitre 1	109
Le dispositif de prévention et de soins aux toxicomanes	109
Chapitre 2	113
Le dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool	113
Chapitre 3	128
III - Le dispositif de prévention et de soins aux tabagiques	128
Chapitre 4	132
Evaluation critique globale	132
CINQUIÈME PARTIE	139
• PROPOSITIONS POUR UNE POLITIQUE COHÉRENTE EN MATIÈRE DE PRATIQUES ADDICTIVES	139
Les propositions pour une meilleure organisation de la prévention, des soins et de la recherche	140
• CONCLUSION	147
• BIBLIOGRAPHIE	153

« Jadis, si je me souviens bien, ma vie était un festin où s'ouvraient les cœurs, où tous les vins coulaient »

RIMBAUD

« Une saison en Enfer » 1873

Introduction

Exceptionnels ou banaux, les comportements de consommation de substances psychoactives ont comporté des aspects conjonctuels liés à l'époque, à la culture, aux modes de vie, qui ont souvent masqué les aspects universels et constants des comportements humains de consommation. Ceux-ci ont toujours été perçus comme en relation avec le fonctionnement de la personne, c'est pourquoi les cultures, les législations, les religions et la morale ont toujours pris partie quant à ces comportements humains.

En France, dans le cadre du développement des connaissances scientifiques, on a essentiellement considérés ces comportements comme le résultat des effets des substances psycho-actives sur le système nerveux central et sur l'ensemble de l'organisme. Cette ère psychopharmacologique persiste encore, avec légitimité ; elle a eu un très grand développement depuis la découverte des neurotransmetteurs et l'accroissement de nos connaissances sur le fonctionnement du système nerveux central.

Ces substances psycho-actives ont été longtemps considérées comme seules à l'origine du phénomène. C'est ce que l'on appelle "**l'approche produit**". Cette conception repose sur la théorie de l'intoxication. Implicitement on affirmait que la rupture d'avec les consommations antérieures "la cure de sevrage" et le maintien de l'abstinence suffisaient pour réinscrire les personnes dans une démarche de santé.

Ceci a conduit, d'autre part, à fragmenter le champ en ce qui à trait à l'alcool, aux drogues illicites, au tabac, aux médicaments psychotropes. Des dispositifs sanitaires, législatifs, réglementaires distincts ont ainsi été mis en place. Une spécialisation des intervenants est apparue alors comme nécessaire et allant de soi.

La prise en compte de la spécificité de chaque produit a donc servi de base à la construction des politiques françaises à cet égard. L'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme devenaient donc des domaines distincts, les personnes étaient caractérisées par la nature du produit consommé. : alcoolique, tabagique, héroïnomane, cocaïnomane.

Il est apparu évident aux intervenants dans ces domaines et à la communauté scientifique que cette approche était réductionniste et aboutissait à la mise en place de politiques et de dispositifs non pertinents.

Plusieurs constatations ont été faites :

Le concept de substances psycho-actives

Au delà de la diversité de leur génie pharmacologique, toutes ces substances possèdent des propriétés en commun et utilisent des infrastructures du système nerveux central identiques, à côté de leurs actions propres. Il en est ainsi de leur capacité commune à déclencher une pharmaco-dépendance, en perturbant les sécrétions de Dopamine.

Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelque soit la substance qui l'a induite ; les personnalités dépendantes le savent bien, car lorsqu'elles ne disposent plus de leur produit habituel elles utilisent d'autres produits pour calmer les effets de sevrage.

D'autre part les consommateurs sont habituellement des polyconsommateurs de plusieurs substances soit en même temps, soit séquentiellement.

Tout ceci plaide pour une approche prenant en compte l'ensemble des substances psycho-actives.

Le concept de comportement humain

L'approche produit exclusive avait négligé la part de la personne consommatrice. Lorsqu'on réintroduit celle-ci on est spontanément amené à aborder le phénomène consommation en terme de comportement.

Les approches centrées sur les consommations, sur la diversité de leurs effets et sur leurs caractères psychopharmacologiques communs demeurent légitimes. Cependant l'approche centrée sur les comportements en tant que tels est plus opératoire et doit être retenue. La référence au comportement à le mérite de proposer à l'observation, à l'analyse, à l'étude des phénomènes observables, aisément accessibles et définissables.

La référence au comportement a aussi le mérite de ne pas faire dépendre les définitions des multiples hypothèses, forgées à l'aide de références théoriques très diverses, permettant de rendre compte de leurs caractéristiques, de leurs déterminismes, de leur évolution. Il s'agit donc là d'une **démarche clinique descriptive** qui permet de construire ensemble et d'utiliser un savoir commun.

Les connaissances produites par les disciplines éthologiques, neurobiologiques et par l'ensemble des disciplines des sciences humaines permettent d'avoir des données précises sur les comportements, sur les mécanismes sous-jacents à ceux-ci, sur les facteurs et les déterminants à l'oeuvre. Cela représente un ensemble de bases solides, que l'ensemble des acteurs peut s'approprier aisément.

Les concepts d'usage, d'usage nocif et de dépendance

Dans le cadre de cette démarche descriptive, il convient de distinguer, avec les grandes instances scientifiques internationales,

- l'usage individuellement et socialement réglé,
- l'usage nocif unissant un comportement de consommation et les dommages biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels induits
- la dépendance.

Le recours à cette triple approche descriptive permet de construire des politiques préventives, soignantes et de réhabilitations adéquates aux besoins et attentes de la population, des politiques culturelles, réglementaires et législatives cohérentes au plus près de la diversité des phénomènes observés.

Les comportements de **dépendance** et **d'usage nocif (ou "abus")** sont les deux catégories les plus validées, leurs critères de définition font l'objet d'un vaste consensus international.

● **Le comportement de dépendance** nécessite une prise en charge sanitaire et sociale spécifique, par des structures et des personnes ayant compétence en ce domaine, quelle que soit la ou les substances qui ont induit la dépendance.

● **L'usage nocif** nécessite qu'un très grand nombre d'acteurs sanitaires et sociaux oeuvrent ensemble avec les intervenants des actuels dispositifs spécialisés alcool/ toxicomanie. Ceci est nécessaire car ces consommateurs ne demandent pas d'aide en première intention pour leur comportement de consommation mais pour les dommages induits. Il s'agit là de développer les réseaux ville-hôpital mis en place actuellement, mais aussi de construire des réseaux de soins coordonnés unissant toute la médecine résidentielle et sur le réseau des travailleurs sociaux.

C'est dans le cadre de l'usage nocif que se situe la politique dite de réduction des risques, les risques devant être compris bien au delà des risques sanitaires et notamment infectieux.

● **L'usage individuellement et socialement réglé** est caractérisé par une consommation sans dommage induit. Ces dommages sont potentiels, c'est pourquoi cet usage doit être considéré comme une **pratique à risque**. La politique à mettre en place est à l'ordre de l'éducation pour la santé et doit permettre à chacun de gérer le risque, d'être capable de choisir les comportements bénéfiques pour la santé, d'éliminer les comportements nuisibles à celle-ci. Dans ce cadre, c'est un abord général de la personne et de sa santé qui doit être proposé sans négliger cependant des aspects thématiques. C'est l'ensemble des compétences de la personne qu'il faut développer, et pas seulement celles qui ont trait aux comportements de consommation de substances psycho-actives.

La notion d'addiction

En 1990 Goodman a proposé une définition de l'addiction : "processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. "Il en a défini par ailleurs les critères diagnostiques".

Un certain nombre d'auteurs ont assimilé cette notion d'addiction au comportement de dépendance, ce qui ne permet pas de travailler sur la période précédant la dépendance, sur les mécanismes du craving déjà présent lors de l'usage nocif et de comprendre pourquoi certains sujets poursuivent un comportement malgré la connaissance, qu'ils ont de ses conséquences négatives.

Nous considérons donc, quand à nous, -et ceci est contenu dans la définition de Goodman- **que l'addiction inclue les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives, et donc l'usage nocif (CIM10) (l'abus du DSM IV) et la dépendance « Reynaud ».**

Pratiques addictives – Conduites addictives

A côté de cette démarche descriptive, une **démarche compréhensive** est indispensable. Elle a permis d'individualiser la notion de conduites addictives. Pour que celle-ci soit efficace et pertinente, il est nécessaire de s'éloigner de ce qui a été antérieurement fait. La recherche des causes, des pourquoi des consommations, l'énonciation de système de causabilité simpliste ou réductionniste ont encombré les esprits, les politiques, les pratiques.

Ne peut on plutôt, puisque nous avons à considérer dans une démarche de santé publique des manifestations, des modes de vie du sujet et de la population , tenter d'identifier les déterminants de ces comportements. Cette démarche méthodologiquement plus facile, pourra se traduire directement dans des actions pragmatiques dégagées de toute référence idéologique, car ceux-ci sont clairement identifiable

Ces déterminants sont de nature très hétérogènes, génétiques, neurobiologiques, psychologiques, affectifs, cognitifs mais surtout culturels, économiques, environnementaux. Certains ont une action de protection quant aux comportement de

consommation de substances psycho-actives, ils sont dit facteurs de protection ; à l'inverse ils peuvent être des facteurs de vulnérabilité.

Une politique de santé bénéficie de cette approche par les déterminants, car de multiples actions ayant un objectif déterminé, une méthodologie adéquate, une cible précise peuvent être ainsi mises en place. On comprend mieux ainsi qu'une politique qui ne serait que sanitaire en ce domaine ne saurait être efficace. Une action sur les représentations, sur les attitudes des personnes et de la population est nécessaire.

Nous proposons que soient appelés "pratiques addictives" l'ensemble des comportements de consommation de substances psycho-actives, car ils présentent à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive, reposent sur les mêmes déterminants. **"Les pratiques addictives" sont définies, dans une démarche descriptive, par l'ensemble des comportements de consommation de substances psycho-actives : usage, usage nocif et dépendance et, dans une démarche compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution : perennisation ou cessation. "Parquet"**

Compte-tenu de la place considérable tenu par les déterminants environnementaux, le terme de pratiques addictives est souhaitable, de la même manière qu'on dit pratiques sexuelles, pratiques sportives. Cet emprunt à la sociologie et à l'anthropologie a le mérite de bien mettre en évidence le multi-déterminisme de ces comportements et d'énoncer clairement qu'il s'agit de comportements humains.

Ce terme de pratiques addictives nous paraît permettre de mieux intégrer la dimension sociale des comportements de consommation que la notion de « conduites addictives », qui est souvent utilisé dans le même sens, mais qui tend à privilégier les mécanismes psychiques sous-jacents.

Ceci peut donc servir à une politique générale en ce qui concerne les pratiques addictives qui ne peut que comprendre de multiples volets, dont le volet sanitaire n'est qu'une petite partie. Le présent rapport insiste sur ce volet sanitaire car tel était un objectif principal de la mission confiée.

De très nombreux rapports ont été écrits en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives. Ils permettent de mieux connaître l'ensemble des champs de pratiques addictives. Ces rapports ont été établis sur des bases conceptuelles et avec des objectifs très spécifiques, cela témoigne de la fragmentation du champ. Ceux-ci doivent être utilisés dans une approche de santé publique et doivent être ainsi confrontés afin de mettre en place une politique générale et une politique de santé dans ce domaine. Cette démarche est recommandée par le haut Comité de Santé Publique.

Mais pour construire cette nouvelle politique nous avons l'impérieuse nécessité de la construire sur des bases conceptuelles précises et acceptables par la communauté scientifique nationale et internationale. Cette conceptualisation doit aussi être compatible avec les représentations et les attitudes de la population. La clarté de la conceptualisation est garantie de l'efficacité et de l'efficacé des dispositifs sanitaires et sociaux quant aux besoins et attentes de la population.

Conceptualiser, décrire, comprendre, analyser pour mieux organiser les réponses, afin d'aider plus adéquatement, voici ce à quoi nous allons nous efforcer.

Première partie

❖ Légitimité du concept d'addiction au regard de l'approche par produit

Chapitre 1

Les comportements de consommation de substances psychoactives

On peut individualiser trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives – et ce quelle que soit la substance concernée - : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

L'usage, n'entraînant pas de dommage, par définition, ne saurait être considéré comme pathologique.

Si, à l'inverse, la dépendance, perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique d'un individu, est, sans conteste, une pathologie, l'abus (ou usage nocif) de substances psychoactives pose un réel problème conceptuel et de positionnement : il est difficile de parler de maladies alors que cet état est réversible, et en grande partie sous l'effet de la volonté du consommateur. En revanche, l'existence des complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques induits justifie de parler de «troubles liés à la consommation de ...» (en anglais : «Substances Use Disorders») et de proposer une véritable réponse sanitaire d'aide à la gestion de ces comportements nocifs.

I – L'usage

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages : ceci signifie que l'on admet l'existence d'un comportement, régulier ou non, de consommation de substances psycho-actives qui n'entraînerait pas de dommages. Un grand nombre de données cliniques validant cette hypothèse ont été publiées dans la littérature nationale et internationale. Une telle définition veut donc dire que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, (alors que l'abus et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale.) Le caractère illicite de la substance consommée ne saurait être pris comme critère de pathologie. Les seules complications de l'usage simple de substances illicites sont d'ordre pénal ou social.

Les pratiques d'usage de substances psychoactives réfèrent à trois modalités de consommation :

1) la non-consommation :

Qu'il s'agisse de non consommation primaire (pas d'initialisation) ou secondaire (arrêt après une phase de consommation), une partie plus ou moins importante de la population ne consomme pas (10 % des Français ne consomment pas d'alcool, 66 % ne consomment pas de tabac, 90 % ne consomment pas de produits illicites, avec des variations importantes selon le sexe et l'âge). Si les facteurs sociaux s'avèrent de première importance pour expliquer ces faits, il conviendrait également de mieux connaître les facteurs individuels de protection biologiques et psychologiques.

2) la consommation socialement réglée :

Cette consommation est en lien direct avec le refus, la tolérance, ou au contraire, la valorisation d'une substance par une société donnée, à un moment donné (citons la place du vin et de l'alcool en France, du cannabis au Maroc, du Khat au Yémen...) Rappelons toutefois que la place sociale d'un produit est souvent ambiguë, compromise entre des

intérêts et des prises de position multiples et parfois contradictoires. Les «normes» de consommations varient souvent dans le temps. Il suffit de citer, pour exemples, l'évolution du regard social porté en France sur la consommation de tabac ou de haschich

3) la consommation à risque :

Il convient d'affirmer très fortement que, dans certaines circonstances, même cette consommation socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. Il convient donc que le consommateur soit parfaitement informé de ces risques, tant par les pouvoirs publics que par les producteurs.

Il faut également mentionner les femmes enceintes : tous les psychotropes ont là un plus ou moins grand degré un effet néfaste sur le fœtus

Les risques peuvent être aigus, dans certaines circonstances :

Le risque est déterminé, d'une part par les propriétés pharmacologiques du produit, d'autre part par les modalités de la consommation, en particulier par les situations où ont lieu la consommation : on pense ainsi tout particulièrement aux tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice (conduite automobile, conduite d'engins, mais aussi tâches professionnelles), mais aussi par l'organisation de la personnalité du consommateur, facilitant, par exemple, la prise de risque ou des comportements agressifs.

Ces risques aigus concernent évidemment les produits psychotropes ayant une action sur la coordination psychomotrice (alcool, héroïne, haschich...) ou sur le comportement (alcool, amphétamines, ecstasy...)

Le risque peut-être statistique sur le long terme :

Il convient de bien connaître, pour les différents produits psychoactifs, le risque épidémiologique et les corrélations entre l'augmentation de la morbidité et de la mortalité et la quantité consommée. Les risques sont, en général, proportionnels, de façon exponentielle, à la quantité consommée, ce qui explique qu'ils apparaissent plus clairement chez les sujets dépendants.

II - L'abus ou usage nocif de substances psychoactives

Les définitions les plus communément acceptées sont celles de l'Association Américaine de Psychiatrie reprise dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits.

Ces définitions, de la même manière que pour l'usage, ne font pas référence au caractère licite ou illicite des produits. Dans ces définitions, on met l'accent sur le fait que les dommages ne doivent pas être réduits à ce qu'on appelle classiquement les dommages sanitaires ; les effets nocifs s'expriment dans des domaines divers tels que la santé physique et mentale, mais aussi le bien être général, la qualité des relations conjugales, familiales et sociales, la situation professionnelle et financière, les relations à l'ordre, à la loi, à la société.

ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES DSM IV (1994)

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois

1 - **Utilisation répétée** d'une substance conduisant à l'**incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison** (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - **Utilisation répétée** d'une substance **dans des situations où cela peut être physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - **Problèmes judiciaires répétés** liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - **Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

UTILISATION NOCIVE POUR LA SANTE (CIM 10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Nous assimilerons par la suite, dans le cadre de ce travail, les notions d'abus et d'usage nocif.

III - La dépendance

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet.

Dépendance DSM IV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- 1 - existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2 - existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- 3 - la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- 4 - un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5 - un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 - d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7 - l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Rappelons que Fouquet avait énoncé, à propos de l'alcoolisme, une image condensée qui représente très clairement la dépendance et peut s'appliquer aux autres consommations de substances psycho-actives : « l'impossibilité de s'abstenir de consommer ».

Il est habituel de distinguer :

- la dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit. Cette dépendance psychique a pour traduction principale le « craving » : la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.

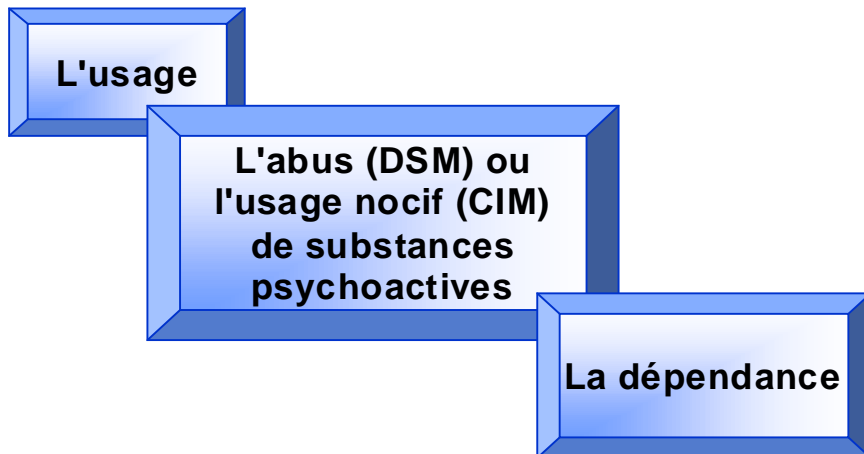
- la dépendance physique définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic.

Si la dépendance physique et la dépendance psychique ont longtemps été présentées de façons distinctes et semblaient correspondre à deux réalités cliniques et différentes, il convient à l'heure actuelle de nuancer considérablement cette distinction :

- un clivage théorique, philosophique «corps-esprit» (psyché-soma) n'aurait évidemment plus aucune consistance scientifique, le fonctionnement psychique reposant sur le fonctionnement neurobiologique cérébral. Ceci concerne évidemment les affects, les émotions, le besoin, la volonté. Et il est désormais admis que la dépendance psychique traduit un dysfonctionnement neurobiologique durable, provoqué par les substances psychoactives, des systèmes dopaminergiques mésolimbiques et opioïdes . Cette perturbation durable de ces systèmes explique le malaise psychique majeur que ressentent les sujets dépendants lors du sevrage. Elle permet de mieux comprendre pourquoi l'arrêt de la consommation n'est pas une simple affaire de volonté.

- le syndrome de sevrage, qui traduit la dépendance physique, semble pour sa part lié au dysfonctionnement d'autres systèmes neurobiologiques qui s'avèrent également être perturbés par la consommation chronique de la substance : système gaba-ergique pour l'alcool, système noradrénergique pour les opiacés, système cholinergique pour le tabac.

Les comportements de consommation de substances psychoactives



1

Les comportements de consommation de substances psychoactives

L'usage

- Consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages
 - Ne relevant pas d'une problématique pathologique
 - Substance illicite ≠ critère de pathologie

Sources DSMIV - CIM10

- Non consommation
- Consommation socialement réglée
- Consommation à risque :
 - Risques potentiellement aigus
 - Conduite auto, machines-outils
 - Tâches nécessitant une coordination psychomotrice
 - Sujets présentant des troubles du comportement
 - Grossesse
 - Risque peut être statistique sur le long terme

2

Les comportements de consommation de substances psychoactives

L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) de substances psychoactives

- Consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux
 - soit pour le sujet lui-même
 - soit pour son environnement proche
 - ou à distance, les autres, la société

- Caractère pathologique de cette consommation défini à la fois par
 - la répétition de la consommation
 - la constatation de dommages induits

Sources DSMIV - CIM10

3

Les comportements de consommation de substances psychoactives

La dépendance

- "L'impossibilité de s'abstenir de consommer"
 - Existence d'une tolérance
 - Existence d'un syndrome de sevrage

- Dépendance psychique ou "craving" :
 - dysfonctionnement durable des systèmes dopaminergiques, mésolimbiques et opioïdes.
- Dépendance physique ou syndrome de sevrage
 - lié au dysfonctionnement d'autres systèmes neurobiologiques.

Sources DSMIV - CIM10

4

Chapitre 2

Pourquoi parler de pratiques addictives ?

Les pratiques addictives incluent la totalité des conduites addictives, la totalité des comportements de consommation : cela veut dire que la notion d'usage doit être incluse dans la réflexion c'est ce qui permet de se dégager du point de vue essentiellement médical qui centrerait l'approche antérieure.

L'utilisation d'un concept fédérateur est absolument indispensable si l'on souhaite dépasser la fragmentation actuelle : alcoolisme, tabagisme, toxicomanie et la réduction à l'approche exclusive par les produits. Ceci a eu des conséquences organisationnelles dommageables :

- construction des dispositifs spécialisés séparer alcool/toxicomanie,
- exclusion des dispositifs spécialisés alcool/toxicomanie du régime général,
- centrage exclusif sur le comportement de dépendance

Nous allons donc dans la première partie de ce rapport préciser les raisons qui mènent à ce concept de pratiques addictives. Ces raisons sont épistémologiques, s'appuyant sur la sociologie des consommations et sur l'histoire des réponses sanitaires aux maladies qui en sont la conséquence et cliniques, prenant en compte les apports de l'épidémiologie, de la neurobiologie et de la psycho pathologie.

I - Définition de l'addiction

Le terme d'addiction trouve ses origines dans le droit romain ancien et reste utilisé dans ce même contexte juridique jusqu'au Moyen Age en Europe occidentale. L'addiction correspondait à un arrêt du juge, donnant "au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant" : il s'agissait donc d'une véritable contrainte par corps.

C'est dans les pays anglo-saxons que le terme d'addiction apparaît initialement en psychiatrie, désignant les toxicomanes. De son usage initial, son utilisation va progressivement s'étendre à d'autres catégories cliniques qui pour certaines, présentent des similitudes, notamment au niveau comportemental (Peele – 1995). Néanmoins, entendu dans son sens le plus couramment utilisé, il recouvre les comportements d'utilisation pathologique de substances telles que les drogues, les médicaments et l'alcool.

Goodman a proposé en 1990 une définition opératoire, dans une forme calquée sur celle utilisée pour le diagnostic des troubles mentaux dans le DSM IV

Critères pour le diagnostic de trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

- A - Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
- B - Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.
- C - Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement.
- D - Sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement.
- E - Au moins cinq des items suivants :
1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.
 2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.
 3. Efforts répétés pour réduire contrôler ou arrêter le comportement.
 4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
 5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.
 6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.
 7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.
 8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.
- F - Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

En résumé, et pour être le plus clair possible, l'addiction se caractérise par :

- **l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;**
- **la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.**

Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

II - Les intérêts du concept de «pratiques addictives»

Le rassemblement sous le terme de "pratiques addictives" permet un abord commun, plus objectif et comparatif, des troubles liés à l'abus et à la dépendance aux différentes substances psychoactives. L'intégration dans les pratiques addictives de celles liées au tabac, à l'alcool ou aux médicaments psychotropes permettra de comparer, le plus objectivement possible, leurs effets, les pathologies induites, leurs conséquences et leurs coûts à ceux des différentes toxicomanies "illicites". Ceci permettra vraisemblablement de sortir élégamment du carcan rigide de la loi de 1970 qui globalise les différents produits illicites et assimile les différents types de consommateurs à des délinquants

Le concept de pratiques addictives permet également sortir du piège des vocables stigmatisant : «alcoolisme», «toxicomanie», à dominante essentiellement sociale pour s'appuyer sur des données scientifiques. Il permet d'éviter l'utilisation de certains termes commodes comme «alcoolisme» ou «toxicomanie» : tout utilisateur d'alcool ou de stupéfiant, même chronique, ne présente pas un comportement addictif si l'on ne retrouve pas cette

avidité, cette répétition et cette impossibilité à lutter contre la dépendance. Ce qui signe l'addiction ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet. La sage distinction entre usage, abus et dépendance doit être maintenue, repérage rendu impossible par l'emploi des termes globalisant d'alcoolisme ou de toxicomanie.

III – Les limites du concept de «pratiques addictives»

1) Les addictions sans drogues

Nous limiterons notre conception de l'addiction, dans ce rapport, aux comportements pathologiques de consommation de substances psycho-actives. Nous ne traiterons volontairement pas des "addictions sans drogue", telles l'anorexie-boulimie, l'addiction sexuelle, l'addiction au travail, le jeu pathologique ou les achats compulsifs. Les similitudes comportementales avec les addictions aux substances psycho-actives que l'on peut observer dans ces addictions "sans drogue" s'expliquent vraisemblablement par des mécanismes neurobiologiques et psychologiques similaires ou proches, mettant en jeu les fonctions du plaisir, de l'évitement de la souffrance, de la dépendance.

L'analyse de ces similitudes peut s'avérer féconde sur le plan de la recherche psychopathologique ou neuro-biologique. Malgré cet intérêt certain, il y a un risque important, du fait de l'élargissement mal délimité du champ de réflexion, du fait de l'incertitude actuelle des soubassements psychopathologiques ou neurobiologiques de perdre ce qui fait la force la pertinence et l'unité du champ précédemment défini : l'abus et la dépendance à des substances psycho-actives ; l'élément central, le noyau fédérateur se situant dans la consommation d'un produit psychotrope susceptible de conduire à la dépendance.

De plus, sur un plan sociologique, cette notion d'addiction sans drogue est beaucoup plus difficile à faire passer risquant de banaliser la toxicomanie, ramenée au niveau d'une simple habitude gênante ou socialement "non correcte" : il n'y aurait plus alors de différence entre l'existence tragique du "junkie", le goût immodéré pour le chocolat ou l'achat répété de billets de loteries. Des habitudes plutôt anodines deviendraient ainsi des équivalents de maladies. On risque alors de brouiller le message que nous souhaitons faire passer et auquel l'opinion nous paraît, de façon assez intuitive, prête : il doit y avoir quelque chose de commun dans la réflexion et dans l'action sur les conséquences néfastes des produits psychoactifs.

2) Les spécificités de chaque addiction

Les nuances sont évidemment liées aux spécificités biologiques et sociales de chaque produit, qui modèlent des particularités cliniques et organisent des dispositifs spécifiques de réponses sanitaires et sociales. Tout l'enjeu est donc de bien préciser ce qui doit absolument rester spécifique et donc ce qu'il conviendra de laisser autonomisé dans le dispositif sanitaire et social.

De façon très simplifiée remarquons que les effets néfastes du tabac sont essentiellement dus aux complications sanitaires qu'il entraîne, alors que les effets néfastes de l'alcool et des drogues illicites cumulent des complications psychologiques, relationnelles et sociales, liées à leurs effets cognitifs et comportementaux, à un accroissement de la morbidité et de la mortalité.

Les paramètres sociaux à prendre en compte sont également différents :

La production et la distribution du tabac sont bien centralisés mais l'intérêt social porté à la limitation de consommation est minime.

L'alcool, qui n'entraîne pas de problèmes chez des 90 % des consommateurs, a des circuits de production et de consommation extrêmement complexes. Il participe de la vie de la très grande majorité des Français et en fait vivre plusieurs millions. Si la dangerosité en est perçue, la mobilisation pour des actions sanitaires et de prévention est faible.

A l'inverse, les drogues illicites impliquent des actions difficiles sur des circuits de production et de consommation clandestins. En revanche, la motivation sociale envers ces actions est très forte. Ceci explique l'existence d'une forte mobilisation, d'un financement relativement important et la mise en place d'un dispositif ou prédomine nettement et de façon légitime la prise en charge sociale.

On notera toutefois la grande faiblesse et le peu des valorisations pour des raisons diverses, des actions médicales dans chacun de ces champs.

3) L'importance des déterminismes sociaux

Enfin, une réflexion globale sur les pratiques addictives implique de rappeler que ces pratiques s'inscrivent souvent dans un malaise plus grand, lui aussi surdéterminé socialement. Les pratiques addictives sont donc également une des manières les plus significatives actuellement d'exprimer ce malaise social. Ceci explique en partie pourquoi elles se recoupent si largement avec les troubles du comportement, la violence et la délinquance, la souffrance psychique et les tentatives de suicide. Ces éléments seront plus largement explicités dans l'analyse des déterminismes sociaux .

Définition de l'addiction

L'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substance
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives

Sources : Pele 1985 - Goodman 1990

5

"Pratiques addictives" : intérêts du concept

- **Concept fédérateur** indispensable pour dépasser les conséquences cliniques, sociales et organisationnelles négatives dues aux clivages entre les différentes addictions
- Permet un **abord commun**, plus objectif et comparatif, des troubles liés à l'abus et à la dépendance
- **Sortir du piège des vocables stigmatisants** : "alcoolisme", "toxicomanie", et pouvoir réfléchir sur les conduites d'abus.

6

Les limites du concept de "pratiques addictives"

- **Les addictions sans drogue**
 - Ne sont considérés dans le concept de l'addiction que les comportements pathologiques de consommation de substances psycho-actives.
 - Ne seront pas pris en compte les addictions sans drogue qui risquent de banaliser la toxicomanie.
- **Les spécificités de chaque addiction**
 - Il existe des spécificités biologiques et sociales pour chaque produit.
 - Bien préciser ce qui doit absolument rester spécifique afin de l'autonomiser dans le dispositif sanitaire et social.
- **L'importance des déterminismes sociaux**
 - L'addiction participe à l'expression du malaise social
 - L'abord plus médical ne doit pas faire passer au second plan l'importance des déterminismes sociaux.

7

Chapitre 3

Les éléments cliniques et épidémiologiques en faveur d'une approche commune des pratiques addictives

I - Un problème qui concerne en priorité les adolescents et les jeunes adultes

1) la consommation de substances psychoactives chez les jeunes

a) Progression selon l'âge

Les enquêtes épidémiologiques effectuées chez l'enfant, permettent d'affirmer que le processus de consommation de substances licites ou illicites débute dès 9-10 ans, et augmente surtout vers 15 ans. L'évolution de la consommation se fait, lorsqu'elle doit exister, des drogues "licites" (tabac, alcool, solvants) vers les drogues "illicites" (marijuana, cocaïne)(Bagnal 1988). Quant aux phénomènes d'abus/dépendance, ils apparaissent vers la fin de l'adolescence ou au seuil de l'âge adulte. L'initiation et la consommation précoce de substances psycho-actives, constituent le meilleur prédicteur d'abus et/ou dépendance à ces substances à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte.

La prévalence de la consommation a été établie dans plusieurs vastes études menées dans les pays anglo-saxons (Royaume Uni, Canada, USA) concernant soit des enfants seulement, soit à la fois des enfants et des adolescents. Une étude récente menée sur un grand échantillon de sujets explorés prospectivement de 9 à 15 ans, montre la progression avec l'âge de la consommation de cigarettes, alcool, marijuana et autres drogues, avec forte augmentation à 15 ans.

La progression de la consommation de substances de l'enfance à l'adolescence (étude épidémiologique Great Smoky Mountains, Federman et coll. 1997).

Age (ans)	9	10	11	12	13	15
N	n=341	n=316	n=628	n=317	n=581	n=255
	%	%	%	%	%	%
Substances						
Cigarettes	0	0,8	1,8	4,6	6,5	24,6
Alcool	3,3	4,9	5	7	12	33,3
Marijuana	0	0,1	0,8	2,4	3	18,7
Autres drogues	0,1	0,3	0,2	0,3	1	6,9

b) La consommation d'alcool augmente chez les jeunes

D'après la Direction Générale de la Santé et le Comité Français d'Education pour la Santé, alors que la fréquence pour tous types de boissons alcooliques avait significativement diminué chez les jeunes de 1984 à 1991, elle a fortement progressé depuis 1991 :

- . 65% des 12-18 ans consommaient de l'alcool en 1995, contre 47% en 1991
- . la consommation d'alcool fort a doublé entre 1991 (25%) et 1995 (47%)
- . quant au nombre d'ivresses, on constate une forte augmentation, supérieur à 30%.

c) la consommation tabagique chez les jeunes

En ce qui concerne la consommation tabagique, les données de la (Escabedo 1993 – Federman 1997) semblent concorder sur les points suivants :

-un âge précoce d'initiation à la cigarette (antérieur à 12 ans, le plus souvent entre 9 et 10 ans ou même avant) constitue un facteur de risque d'addiction à la nicotine (c'est-à-dire de devenir de fumeur régulier) à l'adolescence

- la consommation de tabac augmente régulièrement de l'adolescence à l'âge adulte.

Selon Swan et coll. en Grande Bretagne, les fumeurs "réguliers" (il définit ainsi ceux fumant plus d'un paquet par semaine) étaient au nombre de 8,5% à 12 ans (échantillon de 6311 sujets) et 14,5 % à 13 ans (pour information, ce pourcentage atteignait 71% à 22 ans). En France, M. Choquet évalue à 25 % à 11-13 ans et à 79 % à 18 ans, le pourcentage de fumeurs. Le dernier chiffre est proche de celui des adultes.

Le tabagisme chez l'enfant et l'adolescent est le meilleur prédicteur de la consommation/abus d'alcool et de drogues illicites. Une enquête a été effectuée dans l'état d'Indiana aux USA, par Torabi sur 20629 élèves de 10 à 17 ans : ceux qui signalaient l'utilisation d'un paquet de cigarettes ou davantage par jour, avaient par rapport aux non-fumeurs trois fois plus tendance à boire de l'alcool, sept fois plus tendance à consommer du tabac et dix à trente fois plus tendance à consommer des drogues illicites (marijuana, substances volatiles, tranquillisants, amphétamines).

2) L'abus de substances psychoactives chez les jeunes

a) Le début des conduites d'abus est en général précoce

La prévalence des troubles liés aux substances psychoactives est extrêmement faible dans l'enfance, augmentant nettement à la fin de l'adolescence (17-20 ans) pour l'alcool, le cannabis et les autres drogues illicites. (Cohen)

Progression de l'abus de substance à l'adolescence

	Alcool	Cannabis	Autres drogues
10-13 ans (n=541)	0%	0,2%	0,2%
14-16 ans (n=508)	3,5%	1,4%	0,6%
17-20 ans (n=446)	14,6%	3%	1%

Les données concernant l'âge du début des différents troubles mentaux obtenues lors de l'étude E.C.A (Epidémiologic Catchment Aréa) par le "National Institute of Mental Health", permettent de mettre en évidence, que de façon extrêmement significative, aux Etats-Unis, les conduites d'abus débutent entre 10 et 30 ans avec un pic très important entre 15 et 19 ans (Burke 1990). Toutes les informations dont nous disposons en France vont dans le même sens.

L'installation de la dépendance sera plus ou moins rapide selon ou les produits en cause et leurs modalités de consommation.

tableau Burke

Les données et les tableaux présentés ci-dessus illustrent la nécessité de développer d'importants efforts d'information, de diagnostic précoce et de soins éventuels en direction des adolescents et des jeunes adultes. Ces actions d'information doivent donc être globales, portant sur l'ensemble des produits psycho-actifs.

b) Les conduites d'ivresse augmentent chez les jeunes

Les conduites d'ivresse touchent en premier lieu les personnes jeunes (36,4% des 18-29 ans) alors qu'elles ne concernent que 8% de la population au-delà de 30 ans (Choquet 1995) Ces conduites se recoupent la plus souvent avec la consommation d'autres produits : 30,4% des fumeurs et 47,4% des consommateurs de drogues ont été ivres (contre 8,3% des non fumeurs et 10,4% des non consommateurs).

La consommation abusive d'alcool reste, dans la plupart des cas, un phénomène éminemment transitoire (Bailly 1995). Pour certains adolescents, la prise d'alcool correspond à une tentative d'affirmation de soi, à un mode d'intégration au monde des pairs et au monde des adultes. Pour d'autres, elle peut correspondre à de simples modalités réactionnelles, parfois même structurantes, à des situations affectives ou relationnelles particulières. Parmi ces consommateurs, deux modèles se dégagent (Choquet et Ledoux, 1991):

1) l'alcoolisation socialisée (entre amis, à l'occasion de soirées, rencontres sportives) aboutissant à l'ivresse de façon occasionnelle).

2) l'alcoolisation toxicomaniaque, associée à l'utilisation d'autres drogues, en particulier le tabac et la drogue illicite. L'ivresse est recherchée délibérément. " On ne boit pas à l'occasion d'une rencontre, on se rencontre pour boire".

Les adolescents du second groupe se distinguent de ceux du premier par le cumul de leurs troubles personnels (dépressivité, troubles fonctionnels et/ou de santé) et de leurs troubles comportementaux (violence, consommation de drogues, conduites de déscolarisation) et ce bien avant que la dépendance alcoolique ne s'installe.

c) Le développement des polyconsommations chez les jeunes...

Plus l'alcool est consommé tôt (très jeune adolescent), plus le risque de poly-consommation future est grand. (Choquet et Davidson 1981), en France, ont également montré la valeur prédictive des ivresses précoces et répétées. Cette relation est maximale lorsqu'on considère l'alcoolisation massive précoce (3 ivresses dans l'année avant l'âge de 16 ans). (Choquet 1988). Typiquement, le jeune alcoolique actuel a commencé à boire de l'alcool vers 13-14 ans et présenté une conduite addictive vis-à-vis de l'alcool dès 15-16 ans. Et seulement un an ou deux après avoir débuté la consommation d'alcool, il essaie d'autres drogues et les utilise très rapidement de façon addictive

Ces dernières années, le comportement des jeunes face à l'alcool évolue avec une augmentation de la consommation de type toxicomaniaque et la recherche de "défonce". Le moteur essentiel de l'alcoolisation devient la recherche d'ivresse. Les enquêtes réalisées en milieu scolaire mettent en évidence l'aggravation du phénomène : les ivresses dans les collèges et les lycées sont de plus en plus fréquentes et surviennent chez des jeunes en grande difficulté psychologique. Si le vin reste la boisson la plus consommée des adultes, il joue un rôle initiatique chez les jeunes, mais ceux-ci lui préfèrent par la suite la bière et les alcools forts, afin d'atteindre plus vite cet état d'ivresse. Par ailleurs, on constate l'association de plus en plus fréquente de la prise d'alcool à celle de médicaments psychotropes et de toxiques illicites (cannabis, héroïne, LSD ...).

d) La consommation de substances volatiles

Très significatives de troubles graves, elles comprennent des produits divers dont les colles, les solvants, les peintures aérosols, l'essence, les effaceurs utilisés en bureautique, les recharges pour briquets, etc.. Ces produits sont directement inhalés (au-dessus d'un récipient, dans un sac en plastique) ou respirés dans un chiffon imbibé. La consommation/abus de substances volatiles intéresserait les communautés socio-économiquement défavorisées et les minorités ethniques. L'âge de l'initiation aux substances

volatiles est précoce, avant la puberté, faisant de ces produits des drogues d'entrée des sujets jeunes.

La consommation de substances volatiles constitue un facteur de risque de progression vers d'autres drogues : elle multiplierait par trois la consommation de cannabis, par huit celle des barbituriques et des hallucinogènes et par quatorze celle des opiacés. Le risque serait également augmenté de l'usage de la voie intraveineuse. (Dinwiddie et Schutz) Là encore, il est vraisemblable que seul le regroupement de ces consommations pathologiques sous le vocable commun d'"addiction" facilitera une compréhension et une action globale sur ces phénomènes qui sont encore trop souvent perçus comme séparés

II – L'extrême fréquence des dépendances à plusieurs produits.

1) comorbidité alcool-tabac :

Il existe une corrélation fortement positive entre les consommations d'alcool et de tabac dans la population générale (Aubin 1997) (Bien et al, 1990, Friedman et al, 1991). Cette association est dose dépendante : les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs et, inversement, les gros buveurs fument plus que les petits buveurs. Carmody et al (1985) ont enfin montré que les anciens fumeurs ont une consommation alcoolique intermédiaire entre les fumeurs et les non fumeurs. Enfin, il existe 90% de fumeurs dépendants parmi les sujets dépendants à l'héroïne.

Cette relation entre l'alcool et le tabac est beaucoup plus marquée dans la population alcoolique, où la prévalence du tabagisme se situe entre 83 % et 100 %, selon les études citées par DiFranza et al. (1991). Ces derniers estiment que l'alcoolisme est dix fois plus fréquent dans la population des fumeurs que dans celle des non fumeurs. Plusieurs études ont montré que les alcooliques ont une consommation tabagique plus importante que les buveurs occasionnels (plus de double) (Kaprio et al. 1982). De plus, il y a, chez les alcooliques, une corrélation positive entre les intensités des dépendances alcoolique et tabagique (Batel et al, 1995).

2) comorbidité tabac-héroïne :

En ce qui concerne la consommation de toxiques illicites on remarque que les fumeurs sont cinq fois plus nombreux à avoir consommé de la drogue au cours de leur vie (31,5 % vs 6,8 %) ou au cours de l'année (10,8 % vs 0,8 %) que les non fumeurs. Enfin, il existe

3) comorbidité héroïne-alcool :

Les buveurs excessifs (diagnostiqués par le test DETA-CAGE) sont deux fois plus nombreux à consommer (au cours de leur vie ou sur l'année) des drogues illicites.

Plusieurs études réalisées en populations cliniques permettent de mieux situer la place de l'alcool dans les toxicomanies actuelles (Lambin et coll., 1995). Plus de 50 % des toxicomanes présentent, à un moment ou à un autre de leur évolution, un abus ou une dépendance à l'alcool. L'abus d'alcool apparaît de plus en plus comme un des signes précurseurs immédiats de la toxicomanie aux opiacés. Par la suite, les troubles liés à l'utilisation de l'alcool apparaîtraient principalement pendant les périodes d'abstinence volontaire ou non de drogues. L'alcool est alors consommé seul ou en association avec le cannabis ou les médicaments psychotropes. Ce phénomène s'observerait essentiellement chez les toxicomanes qui ont débuté leurs conduites d'intoxication par l'alcool. Enfin, il n'est pas rare de voir de jeunes toxicomanes abandonner leurs drogues habituelles pour se tourner vers l'alcool.

L'association abus d'alcool-toxicomanie représenterait un facteur de mauvais pronostic, se

traduisant notamment par un taux de rechutes plus élevé et entraînant une aggravation des complications psychiatriques, somatiques et sociales. En particulier, l'abus d'alcool chez les toxicomanes vient aggraver considérablement l'évolution des hépatites C. Certains des intervenants en toxicomanies ne prennent pas encore ce problème spécifiquement en compte et se contentent de conseils d'abstinence le plus souvent totalement inefficaces, alors que le pronostic vital n'est plus lié à la toxicomanie –mais à la dépendance alcoolique-.

4) comorbidité méthadone-alcool :

De même 25 % environ des sujets sous méthadone développeraient une dépendance à l'alcool. Là encore, certaines données tendent à indiquer que ce sont les jeunes toxicomanes qui avaient connu l'alcool avant le début de leurs conduites toxicomaniaques qui se tournent préférentiellement vers une consommation abusive d'alcool après l'arrêt de l'usage des drogues (Touzeau 1997).

5) comorbidité héroïne-médicaments psychotropes :

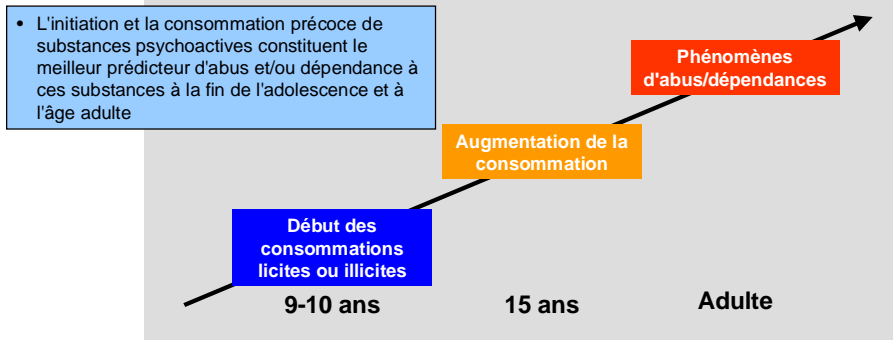
La consommation d'un (ou plusieurs) produit(s) en association avec le produit principal de dépendance concerne au moins 62% des toxicomanes qui ont recours aux soins en novembre 1995. Cette proportion semble s'être légèrement accrue au cours des derniers années : (77%) l'alcool et les médicaments psychotropes sont les produits les plus utilisés en association (Actualités et Dossier en Santé Publique 1998).



Un problème qui concerne en priorité les adolescents et les jeunes adultes

La consommation de substances psychoactives chez les jeunes

Progression selon l'âge



Sources : Bagnal 1988

9

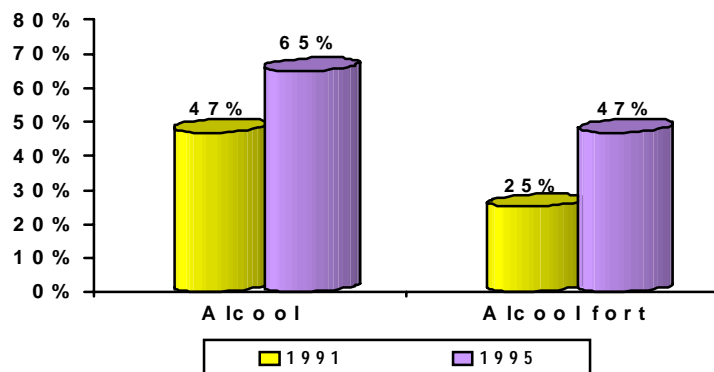


Un problème qui concerne en priorité les adolescents et les jeunes adultes

La consommation de substances psychoactives chez les jeunes



La consommation d'alcool augmente chez les jeunes



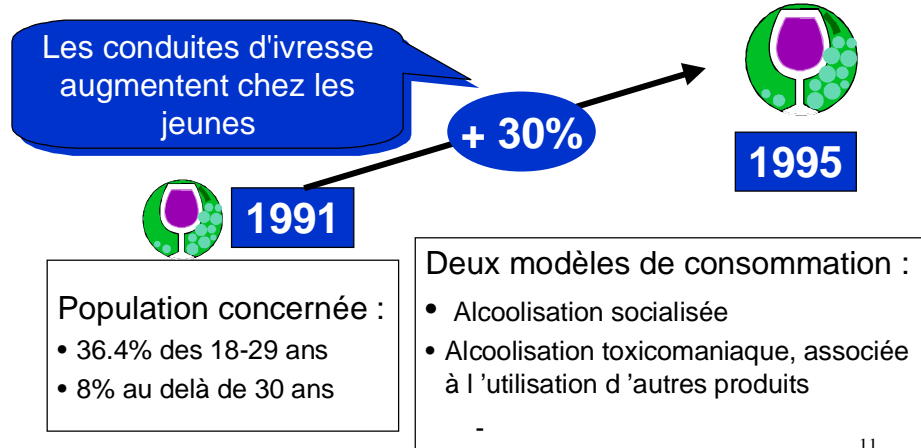
Sources : CFES 1996

10



Un problème qui concerne en priorité les adolescents et les jeunes adultes

La consommation de substances psychoactives chez les jeunes

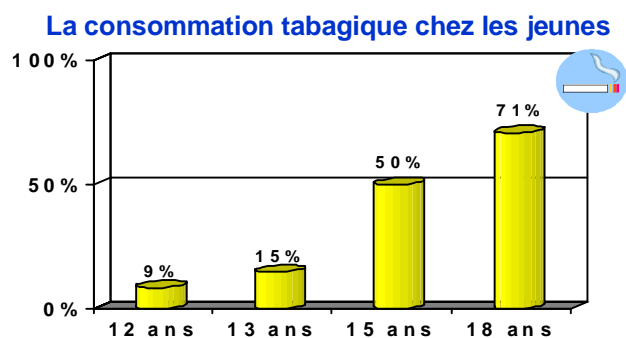


Sources : Choquet 1995



Un problème qui concerne en priorité les adolescents et les jeunes adultes

La consommation de substances psychoactives chez les jeunes



Age précoce ==> fumeur régulier
Tabagisme chez l'enfant et l'adolescent ==> le meilleur prédicateur de la consommation/abus d'alcool et de drogues illicites

Sources : Escobedo 1993 - Felderman 1997

12



Un problème qui concerne en priorité les adolescents et les jeunes adultes

La consommation de substances psychoactives chez les jeunes

Le développement des polyconsommations chez les jeunes



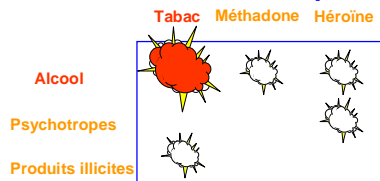
Plus l'alcool est consommé tôt, plus le risque de polyconsommation future est grand :

- valeur prédictive des ivresses précoces et répétées
- relation maximale avec l'alcoolisation massive précoce

Sources : Choquet 1995

13

Extrême fréquence des dépendances à plusieurs produits

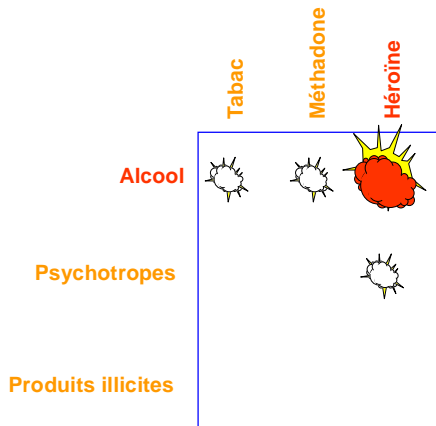


- **Corrélation** fortement **positive** entre les consommations d'alcool et de tabac dans la population générale
Cette relation entre l'alcool et le tabac est beaucoup plus marquée dans la population alcoolique : **prévalence du tabagisme comprise entre 83% et 100%**
- L'alcoolisme est **10 fois plus fréquent** dans la population des fumeurs

Sources : Di Franza 1990 - Fredmann 1991 - Aubin 1997

14

Extrême fréquence des dépendances à plusieurs produits

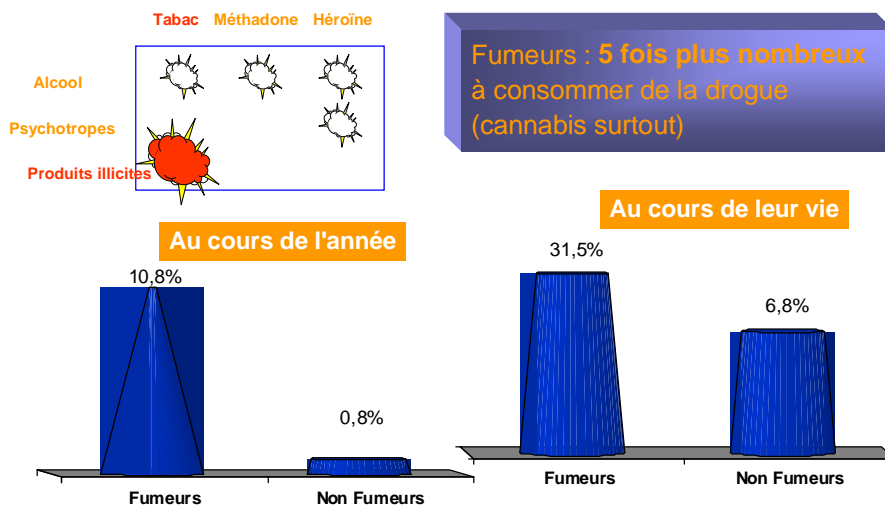


- Les buveurs excessifs sont **10 fois plus nombreux** à consommer des drogues illicites.
- **50% des toxicomanes** présentent un abus ou une dépendance à l'alcool.
- L'abus d'alcool est **un des signes précurseurs** des la toxicomanie aux opiacés.
- L'association abus d'alcool-toxicomanie est un **facteur de mauvais pronostic**.
- L'alcool **aggrave** considérablement **l'évolution** des hépatites C.

Sources : Touzeau 1997 - Actualités en Santé Publique 1998

15

Extrême fréquence des dépendances à plusieurs produits



Sources : CFES 1997 - Aubin 1997

16

Chapitre 4

La voie biologique commune des pratiques addictives

L'installation d'une conduite addictive refléterait un défaut dans la régulation des schémas fonctionnels de réseaux neuronaux permettant à l'animal ou à l'homme de s'adapter à son environnement. Deux grands systèmes d'effecteurs chimiques endogènes interviendraient dans ces comportements d'adaptation : les neurotransmetteurs classiques et tout particulièrement la dopamine, et les neuromodulateurs peptidiques, en particulier les peptides opioïdes « hédoniques » et les peptides « antiopioïdes ». Il faut enfin tenir compte du fait que ces systèmes dopaminergiques et opioïdes sont en interrelations étroites avec l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien.

La voie dopaminergique mésocorticolimbique, base du « circuit de plaisir » ou « système de récompense », reconnue comme étant l'un des supports de la dépendance, est la mieux étudiée. C'est celle dont les mécanismes sont le plus clairement représentés. Les travaux concernant les voies opioïdique et corticotrope permettent d'affirmer qu'elles sont également en cause. De plus, ces différents systèmes se modulent les uns les autres.

Les phénomènes à comprendre sont multiples et complexes :

- attirance pour les substances psychoactives
- abus
- renforcement
- « craving » et dépendance psychique
- dépendance physique.

Les explications doivent également tenir compte des facteurs de personnalité favorisant les addictions, mis en avant par la clinique :

- recherche de sensation
- anxiété
- dépressivité.

Ces éléments de personnalité se traduisent, à des degrés divers, par des dysfonctionnements de ces mêmes systèmes neurobiologiques.

Il est possible d'envisager que tel ou tel système soit préférentiellement défaillant, ou préférentiellement sollicité, selon la génétique, l'environnement précoce ou la personnalité du patient avant d'aboutir dans une voie finale commune, la dépendance, état dans lequel l'ensemble de ces systèmes, du fait de leurs interrelations, est dysrégulé.

I - Système de récompense et dépendance : la voie dopaminergique

Quelle que soit la substance toxicomanogène (morphine, héroïne, cocaïne, nicotine, alcool...), **les mécanismes de dépendance empruntent des voies finales communes de renforcement**, qui sont probablement les mêmes que celles qui renforcent nos comportements fondamentaux. En effet, des études récentes d'imagerie cérébrale (PET-scan ou tomographie par émission de positons) ont montré que **toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance activent les circuits dopaminergiques mésolimbiques, impliqués dans ce que l'on appelle plus largement les systèmes de**

récompense (Tassin 1997). Et notamment toutes ces substances augmentent la concentration extra-cellulaire de dopamine dans le noyau accumbens (Di chiara et Impérato – 1988)

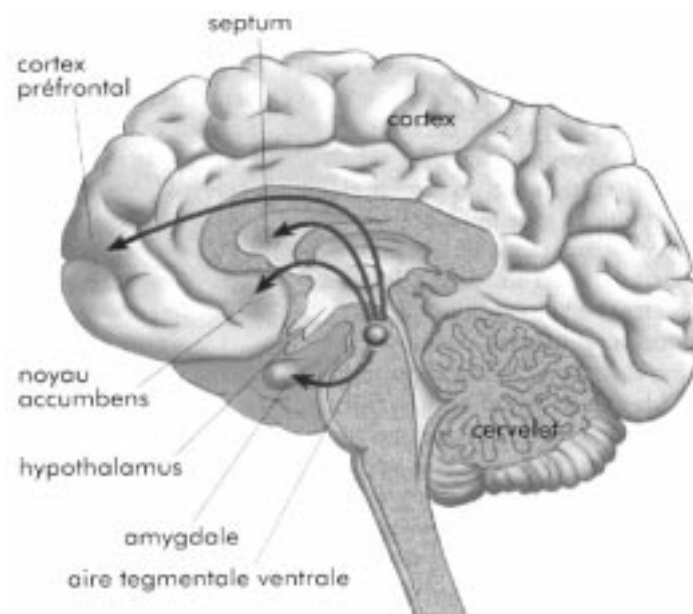
Le phénomène renforçant d'autostimulation (système de récompense) fut mis en lumière en 1954 par Olds et Milner, qui ont montré qu'un rat, auquel on avait implanté une électrode dans certaines régions cérébrales, était capable d'appuyer sur une pédale pour se stimuler au point d'en négliger sommeil et nourriture. Toutes les structures impliquées dans le système de récompense appartiennent au système dopaminergique méso-corticolimbique. Elles jouent un rôle déterminant dans les processus appétitifs, motivationnels et décisionnels. A l'intérieur de ce système, le nucleus accumbens (N. Acc) occupe une position clef, ses afférences limbiques et ses projections sur le pallidum ventral en faisant une interface capable de « transformer la motivation en action » (Mogenson et coll. 1980)

Le circuit de « récompense » cérébral

L'arrivée d'un signal annonçant une récompense, après traitement sensoriel par le cortex, modifie l'activité de certains neurones de l'aire tegmentale ventrale.

Ceux-ci libèrent de la dopamine dans le septum, le noyau accumbens, l'amygdale et le cortex préfrontal (flèches vertes).

- *le noyau accumbens intervient dans l'activation motrice de l'animal.*
- *Le cortex préfrontal est impliqué dans la focalisation de l'attention.*
- *Ces différentes zones sont interconnectées et innervent l'hypothalamus l'informant de la présence d'une récompense.*

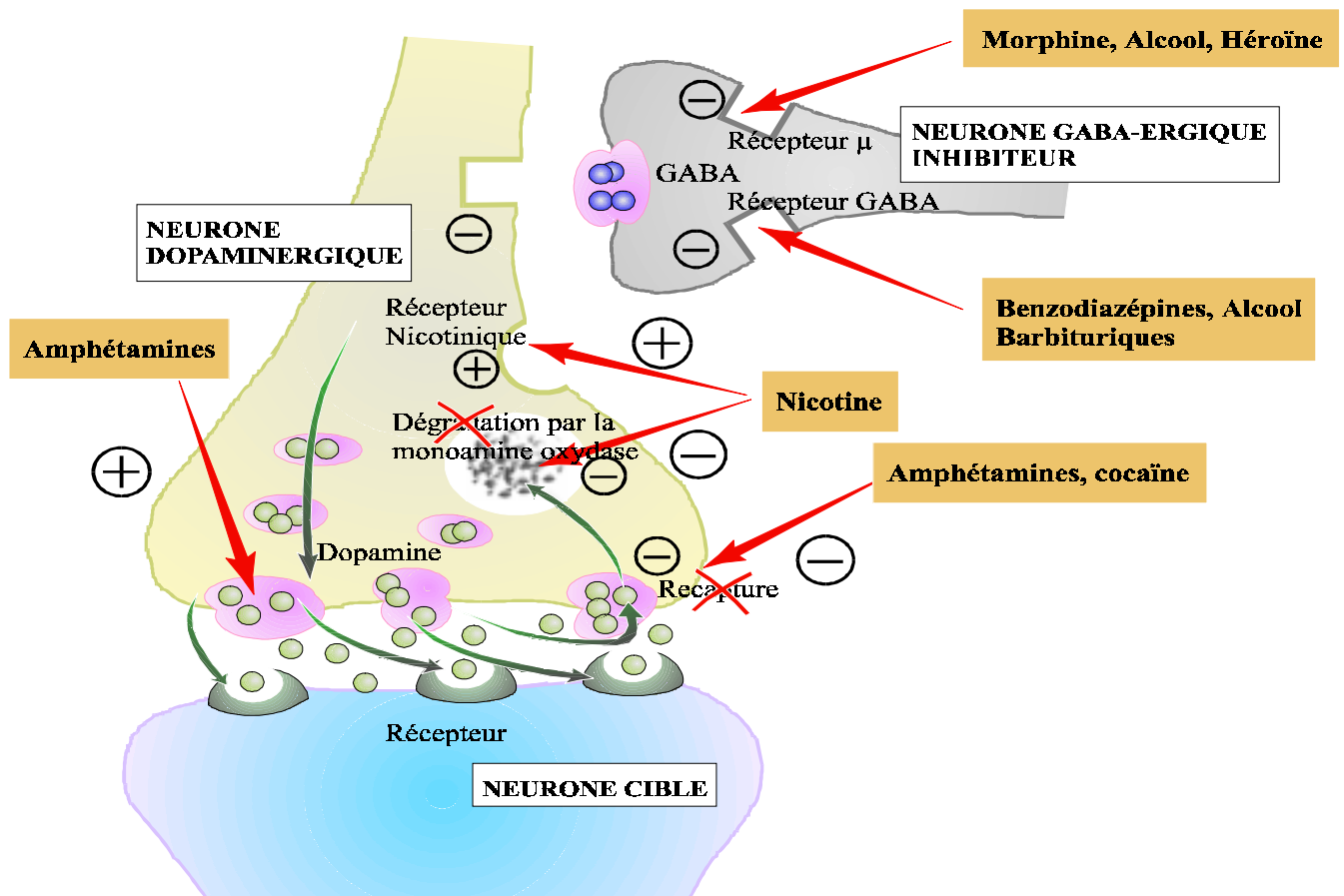


A - Dépendance et stimulation dopaminergique

Tous les agents connus pour induire une dépendance psychique ont en commun d'accroître notablement la concentration extracellulaire de dopamine dans ce noyau accumbens.

Il existe schématiquement deux manières d'activer la voie dopaminergique (Adès 1997, Kreeck 1997, Tassin 1997) :

- directe par des substances qui agissent en augmentant la libération de dopamine (amphétamine et autres psychostimulants, alcool, nicotine) ou en inhibant sa recapture (cocaïne, Mét-amphétamine, méthylène-Met-amphétamine, « ecstasy ») en particulier au niveau des terminaisons ;
- indirectes par levée d'inhibition du fonctionnement de la voie mésocorticolimbique au niveau des neurones dopaminergiques (héroïne, opioïdes) conduisant dans tous les cas à une concentration plus importante de dopamine dans le Nucleus Accumbens.



Ce schéma représente les connexions réciproques entre un neurone dopaminergique (DA) de l'aire tegmentale ventrale (ATV) et un neurone de projection du noyau accumbens..

La synapse GABAergique, modulant l'activité dopaminergique, est inhibitrice

Les récepteurs représentés par des ovales marqués d'un + sont excitateurs.

Les récepteurs représentés par des rectangles marqués d'un - sont inhibiteurs.

L'alcool

• il a des effets indirects

l'éthanol inhibe, via ses effets facilitateurs sur les récepteurs GABA-A, des neurones et des interneurons GABAergiques qui exercent un contrôle inhibiteur sur les neurones dopaminergiques de

• il pourrait exercer des **effets activateurs directs** en facilitant l'activité des récepteurs sérotoninergiques 5-HT³ situés sur les corps cellulaires des neurones dopaminergiques.

• L'alcool-dépendance pourrait également être liée, chez certains malades, à un **dysfonctionnement des systèmes opiacés**, dont on sait qu'ils exercent des effets activateurs indirects sur le système de récompense (pour revue : Gianoulakis, 1996)

Les psychostimulants ont **des effets directs** sur la transmission dopaminergique.

- **l'amphétamine** et ses dérivés comme l'ectasy provoquent une « vidange » des vésicules présynaptiques contenant de la DA et inhibe sa recapture :
- **la cocaïne** inhibe la recapture de DA en bloquant le transporteur de la dopamine.

Les opiacés ont essentiellement **des effets indirects** sur la transmission dopaminergique..

Les opiacés, comme la morphine et l'héroïne activent également les neurones libérant la dopamine, mais de façon indirecte : les opiacés exercent leur action sur les neurones gabaergiques qui, eux-mêmes, ont pour effet de diminuer l'activité des neurones libérant la dopamine. En se fixant sur des récepteurs (récepteurs μ) portés par ces neurones intermédiaires, les opiacés diminuent leur activité : ils inhibent l'inhibition, ce qui revient, en fin de du compte, à augmenter l'activité des neurones qui libèrent la dopamine

La nicotine :

- **effet direct** d'une part, stimule des récepteurs nicotiques (N) situés sur les corps cellulaires des neurones dopaminergiques, d'où une augmentation de leur activité, et sur leurs terminaisons présynaptiques, d'où une augmentation de la libération de dopamine.
- **effet indirect** d'autre part, elle empêche la destruction de la dopamine en bloquant le fonctionnement de l'enzyme monoamine oxydase

La nicotine agit aussi sur des récepteurs présynaptiques et stimule ainsi directement la production de noradrénaline et de sérotonine.

Les benzodiazépines et les barbituriques ont **des effets indirects** : doués de propriétés agonistes GABAergiques, lèvent également l'inhibition des neurones dopaminergiques en déprimant l'activité des interneurons GABAergiques de l'ATV (ils inhibent l'inhibition).

La phencyclidine (PCP) et la kétamine ont **des effets indirects** : antagonistes des récepteurs NMDA . ils peuvent ainsi bloquer les influx excitateurs d'origine corticale qui parviennent aux neurones de rétroprojection et aux interneurons et donc désinhiber les neurones dopaminergiques.

Le cannabis entraîne, quant à lui, une faible libération de dopamine selon un mécanisme encore discuté, car les cannabinoïdes sont capables de moduler l'action de pratiquement tous les systèmes de neurotransmission (DA, 5HT, GABA, Ach., opioïdes...)

En effet, il existe des sites de liaison spécifiques au cannabis : les récepteurs CB1. La distribution de ces récepteurs CB1 (Herkenham et al., 1991) montre une **densité très forte dans le système limbique**, y compris dans le Nucleus Accumbens et dans le cervelet et forte dans l'hipocampe et le cortex. La distribution recouvre dans de nombreuses régions celles des récepteurs dopaminergiques mais les récepteurs cannabinoïdes ne sont pas situés sur des neurones dopaminergiques. Il existe des **ligands endogènes des récepteurs CB1 et CB2** : le premier, l'anandamide a été isolé en 1992

B - Le seuil de stimulation dopaminergique est variable

Le seuil autour duquel fluctue l'activité des neurones libérant la dopamine est fondamental dans l'attitude face aux drogues. C'est en fonction de lui, que le cerveau recherche la récompense et ressent la satisfaction – lorsqu'il est au dessus du seuil – ou le manque – en dessous du seuil. La base de ce seuil, propre à chacun d'entre nous, dépend de facteurs génétiques et se module au cours des premières années du développement.

Cette notion de **seuil relatif**, dépendant à la fois des événements antérieurs et des réactions du cerveau à l'environnement immédiat, permet de mieux comprendre l'appétence et la recherche de produits stimulants. L'ingestion de produits toxicomanogènes est effectivement susceptible de déclencher des sensations de bien-être, mais aussi d'augmenter le seuil ; et l'élévation chronique du seuil augmente évidemment, à moyen terme, la probabilité de se trouver en dessous. Ce qui poussera à rechercher à nouveau la drogue.

Le déplacement de l'équilibre homéostatique par les substances addictives

La théorie qui semble la mieux étayée actuellement pour expliquer le passage de l'usage à l'abus découle de la définition neurobiologique des états émotionnels. A ces derniers correspond une stabilisation de réseaux neuronaux régie par des concentrations définies de neurotransmetteurs, dont la Dopamine, et de neuropeptides. L'administration d'une substance psychoactive, en modifiant cet équilibre, associe une sensation plus intense de plaisir à un changement dans les concentrations synaptiques de ces effecteurs, et crée un nouvel état émotionnel.

L'usage prolongé de cette substance établit de nouveaux seuils émotionnels et modifie peu à peu les effets subjectifs de la drogue. Ainsi, au cours du développement de la dépendance on peut observer une diminution progressive de la sensation de plaisir produite par l'administration de la substance accompagnée d'une augmentation de la sensation de malaise quand la drogue n'est plus présente dans l'organisme.. La conséquence de ce phénomène est que les consommateurs excessifs vont être finalement incités à utiliser la drogue plutôt pour pallier ces malaises émotionnels que pour obtenir les effets positifs de celle-ci (Solomon and Corbit, 1974 ; Robinson and Berridge , 1993). Il est permis de penser que lorsque la dépendance est installée, la dysrégulation durable concerne, outre les circuits dopaminergiques, d'autres circuits de neuro-transmission et de neuro-modulation modelant les spécificités des dépendances aux différentes substances concernées.

C - Dépendance et mémorisation

En situation normale, la fluctuation de l'activité des neurones libérant la dopamine dure de une à deux secondes. Les satisfactions naturelles sont assujetties à cette cinétique et ne la modifient pas. En revanche, **les produits toxicomanogènes agissent directement sur les neurones libérant la dopamine, et cette action se compte en dizaines de minutes.** La cinétique du phénomène est donc complètement perturbée par les drogues. Pendant la large fenêtre de temps durant laquelle les taux de dopamine sont ainsi artificiellement élevés, **tous les éléments de l'environnement, ainsi que les sensations psychiques, sans discrimination peuvent être associés à la récompense. La dépendance se maintient des mois voire des années, même en l'absence de drogue, parce qu'il y a mémorisation des associations.** Un autre déterminant de la dépendance psychique est, en effet, sans aucun doute le conditionnement, la mémorisation

Les travaux de Siegel ont bien montré que l'on peut induire chez l'animal un conditionnement de type pavlovien de la recherche d'un produit addictif ; il suffit pour cela

d'associer de façon répétée un stimulus donnée à la consommation du toxique et ultérieurement la seule présentation du stimulus déclenchera la quête. La nature des stimulus conditionnants efficace est très variée et il est aisé de leur trouver des corrélats cliniques : il peut s'agir d'un environnement particulier (de nombreuses rechutes ont lieu lorsque le toxicomane retrouve les lieux et les compagnons de son intoxication), d'un autre produit addictif (faut-il rappeler que la consommation d'alcool pousse volontiers à allumer une cigarette), des signaux sensoriels délivrés par l'administration du produit, y compris en faible quantité (le petit verre consommé par l'alcoolique abstinent à l'occasion d'une réunion familiale est souvent cause de rechutes).

II - Dépendance et système opioïde

La plupart des substances renforçantes y compris l'alcool et le THC, agissent également par l'intermédiaire d'une augmentation des opioïdes endogènes.

Là encore, toutes les substances psychoactives pouvant induire une dépendance agissent sur les circuits opioïdes. Par exemple le T.H.C. libère de la dopamine dans le noyau accumbens et cette libération est antagonisée par la naloxone (Tanda 1997) ce qui semble confirmer qu'elle est contrôlée par la stimulation du système opioïde.

Le schéma précédent rend compte de la permanence de l'activation de la voie dopaminergique mésocorticolimbique par toutes les drogues licites ou illicites (Pontieri et al., 1995, 1996). Il suggère un rôle important des opioïdes et de ce fait rend compte des effets favorables des opioïdes (agonistes ou antagonistes) dans les traitements de substitution à la cocaïne et à l'alcool et inversement il explique l'utilisation fréquente de ces derniers pour réduire les effets négatifs du manque lors des sevrages à l'héroïne (Ginoulakis 1994, Kreek 1996).

III - Dépendance et axe hypothalamo-hypophysaire

Le Moal et coll. ont été les premiers à mettre en évidence **les liens entre stress chronique et produits addictifs**, à propos des **psychostimulants** :

- les rongeurs particulièrement enclins à s'autoadministrer ces produits se singularisent par une hyperréactivité au stress, comportementale et hormonale, cette dernière résultant de la défaillance des mécanismes centraux de rétrocontrôle de la sécrétion surrénalienne de glucocorticoïdes (Piazza et coll 1989)
- de même, il a été montré que ce sont les rats les plus « attirés » par la nouveauté, qui par un conditionnement avec les concentrations faibles d'amphétamines s'auto-administrent les plus fortes doses de cette substance (Dellu et al., 1993, 1996). De manière intéressante, ce sont les rats appartenant à cette dernière catégorie qui ont, dans des conditions de stress, les sécrétions de cortisone les plus longues et les taux de dopamine libérés dans le Nucleus. Accumbens. les plus importants (Piazza et al., 1991). La pré-disposition à la recherche de situations nouvelles serait ainsi source de vulnérabilité.
- le stress chronique ou l'administration chronique de fortes doses de corticostérone induisent chez le rongeur une propension à s'autoadministrer des psychostimulants à des doses qui laissent indifférents les animaux témoins, ainsi qu'une hyperréactivité à ces produits, tant comportementale (activité locomotrice) que neurobiochimique (libération de

dopamine dans le Nucleus. Accumbens) (Piazza et coll. 1990 ; Pauly et coll, 1993)
- les effets du stress sont transmis par des récepteurs pour les glucocorticoïdes situés sur les neurones dopaminergiques de l'ATV : ces récepteurs sont de type GR, c'est-à-dire qu'ils ne sont occupés que pour les fortes concentrations plasmatiques de corticostérone atteintes lors du stress (Deroche et coll 1992, 1995 ; Piazza et coll. 1994).

Les observations précédentes ont ensuite été **reproduites avec d'autres produits addictifs, dont l'alcool** (Roberts et coll. 1995). On a également montré que l'administration prolongée de divers produits addictifs, l'alcool y compris (Benjamin et coll. 1992), induit elle aussi une sensibilisation comportementale et dopaminergique à ces produits, ainsi qu'une hyperactivité de l'axe corticotrope. Par ailleurs, il existe une sensibilisation croisée pour les différents produits addictifs entre eux et avec le stress. Des études sur des modèles animaux d'autoadministration de diverses drogues ont montré que des situations de stress entraînent une reprise rapide des prises de drogue auparavant stoppées (Koob et Le Moal, 1997 Volpicelli, 1986).

Au total, stress chronique et rencontres répétées avec les produits addictifs sensibilisent les voies dopaminergiques mésocorticolimbiques aux effets de ces produits.

Plusieurs études ont permis d'avancer l'hypothèse que **le CRF jouerait un rôle dans les processus d'addiction.** :

- l'utilisation chronique de l'ensemble des drogues psychoactives (héroïne, alcool, cocaïne, T.H.C, ...) conduit, comme le stress, à une augmentation de libération de CRF (Shippenberg et al., 1996 ; Koob, 1996).
- les glucocorticoïdes libérés stimuleraient la voie dopaminergique en augmentant la synthèse de dopamine et en altérant son métabolisme et sa recapture (Piazza et al., 1991, 1992).
- la suppression des conditions de stress entraînant un affaiblissement de la libération de CRF et par voie de conséquence de glucocorticoïdes, diminue la sensibilisation des réponses comportementales à l'amphétamine et à la morphine.
- d'après les données obtenues sur des modèles animaux, la concentration extra-cellulaire du CRF mesuré par microdialyse augmente dans l'amygdale lors du sevrage à l'héroïne, à la cocaïne et à l'alcool et participe sans doute aux effets anxiogènes observés (Zhou et al., 1996). Un phénomène semblable a été récemment décrit avec le THC (De Fonseca, 1996).

Le CRF semble donc jouer un rôle clé dans l'activation par les substances addictives des structures cérébrales de récompense. Il n'existe toutefois pas encore de consensus sur ce point. Rappelons que son action endocrine, et semble-t-il paracrine au sein de l'hypothalamus, consiste à faire libérer de la POMC, qui est un précurseur de la bêta-endorphine, ce qui suggère donc une des voies possibles de stimulation opioïde.

IV -Interactions entre les systèmes dopaminergique, opioïdique et l'axe corticotrope

Nous avons détaillé ci-dessus les interrelations entre système dopaminergique et opioïdique et entre système dopaminergique et axe corticotrope.

Il existe également des interactions entre le système opioïde et l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien.

Une hypothèse intéressante pour expliquer les rechutes après sevrage chez l'homme est basée sur l'existence d'un contrôle tonique négatif de l'axe hypothalamo-hypophysaire par les

opioïdes endogènes qui a la même répercussion comportementale que le contrôle négatif chez les rongeurs. Celui-ci rendrait compte du taux très faible de CRF circulant et de son augmentation, ainsi que de celle de l'ACTH et de la bêta-endorphine, après administration de naloxone chez le sujet naïf ou chez l'héroïnomane sevré depuis plus d'un an (Kosten et al., 1986). Inversement, l'administration aiguë d'opioïdes à demi-vie courte (héroïne, morphine) s'ajoutant aux opioïdes endogènes diminue encore davantage les taux d'ACTH, de bêta-endorphine et de cortisol (Kreek, 1992).

Chez les sujets dépendants, l'axe hypothalamo-hypophysaire serait désensibilisé, mais deviendrait hypersensible à la suite de l'arrêt de la consommation. Ceci pourrait être en partie responsable des rechutes, la reprise d'une consommation d'héroïne servant à normaliser de nouveau ce système d'adaptation au stress (revue dans Kreek, 1996). Il est intéressant de noter que le traitement à la méthadone fait disparaître ce déséquilibre endocrinien.

V - Quelques particularités de la dépendance selon les produits

Au delà de ces différentes voies communes de ces mécanismes d'abus et de dépendance, chaque produit psychoactif a des modes d'action particuliers expliquant la spécificité de ses effets et les particularités de sa dépendance. Ces particularités ne seront pas détaillées ici. Elles peuvent être retrouvées dans les ouvrages traitant spécifiquement des différents produits.

Sans entrer dans les détails, **à titre d'exemple**, nous pouvons résumer comme suit la **complexité des mécanismes mis en jeu par la dépendance d'alcool**.

Dans une importante revue (environ trois cents études) publiée en 1995, Nevo et Hamon détaillent les effets observés pour les principaux neuromédiateurs connus, essentiellement d'après des études sur l'animal in vivo et in vitro. D'ores et déjà, il est important de noter que l'alcool affecte de manière ubiquitaire quasiment l'ensemble des systèmes de communication cérébrale. Ses effets sont dans la plupart des cas différents selon la dose administrée, mais aussi selon que l'administration est aiguë ou chronique.

En résumant très brièvement cet article, nous nous contenterons d'en rapporter les éléments saillants suivants. En prise aiguë et à dose faible, l'éthanol exerce une stimulation du système dopaminergique mésolimbique, qui serait impliquée dans le renforcement positif. Les systèmes sérotoninergiques et opioïdes sont eux aussi stimulés, avec pour une fonction la modulation des voies dopaminergiques. Quant à l'activation constatée des voies noradrénergiques hypothalamiques et mésencéphaliques, elle serait impliquée dans l'excitation psychomotrice et l'euphorie.

A dose plus importante, on observe une inhibition dopaminergique supposée liée à l'état de dysphorie de l'ivresse « avancée », ainsi qu'une activation des circuits inhibiteurs gabaergiques, responsable de l'effet sédatif (cf : tolérance croisée entre alcool et benzodiazépines).

Quant à la prise chronique, elle provoquerait une stimulation des systèmes excitateurs glutamatergiques qui serait toxique à long terme, directement et via une altération des voies cholinergiques. Les voies glutamatergiques seraient mises en jeu également dans les phénomènes épileptiques liés à l'alcool.

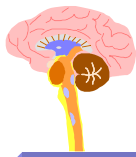
De multiples neurotransmetteurs semblent donc orchestrer collectivement : d'une part le profil de récompense de l'alcool (effet renforçateur) qui peut conduire à une « appétence accrue »

donc à l'abus et d'autre part, l'adaptation plus ou moins « homéostatique » à l'alcool qui conduit à la tolérance et à la dépendance (craving ou syndrome de sevrage).

Les systèmes dopaminergiques, opoïdes, sérotoninergiques et l'axe corticotrope semblent réguler de concert la prise d'alcool, l'appétence et la perte de contrôle de la consommation.

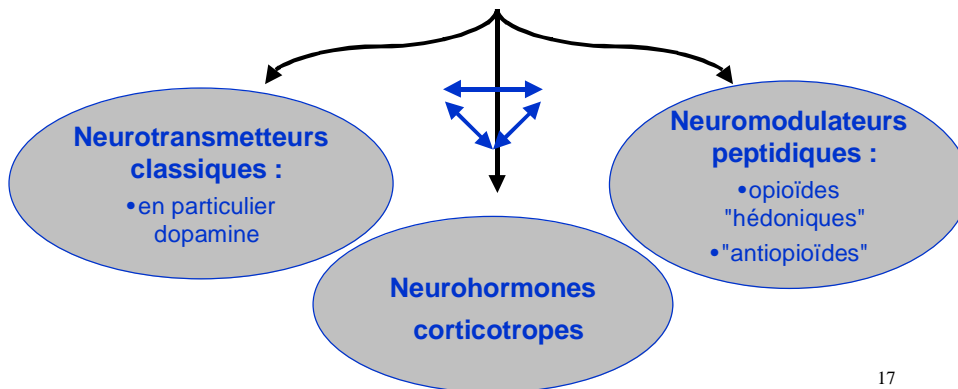
La tolérance nerveuse et la dépendance physique avec le « syndrome de sevrage » vues sous l'angle de l'excitabilité neuronale **concernent essentiellement le système GABA** couplé au canal chlore Cl^- sédatif **et le système glutamatergique** de type NMDA couplé aux canaux calciques Ca^{++} excitateurs. De plus le système NMDA et l'entrée neuronale des ions Ca^{++} sont régulés par les variations de monoxyde d'azote NO, voie nouvelle d'investigation. Un rôle très central du glutamate dans l'action cérébrale de l'alcool apparaît de plus en plus nettement.

Enfin lors de l'adaptation cellulaire à l'alcool, l'expression de certains gènes semble être affectée. La dépendance apparaît donc, non seulement comme une perturbation de la neurotransmission cérébrale, mais aussi comme une altération de la programmation de l'ADN cérébral, ce qui va ouvrir peut-être de nouvelles voies d'études et de possibilité d'action thérapeutique grâce à la pharmacologie moléculaire.



La voie biologique commune

Trois grands systèmes d'effecteurs chimiques endogènes interviendraient dans ces comportements d'adaptation

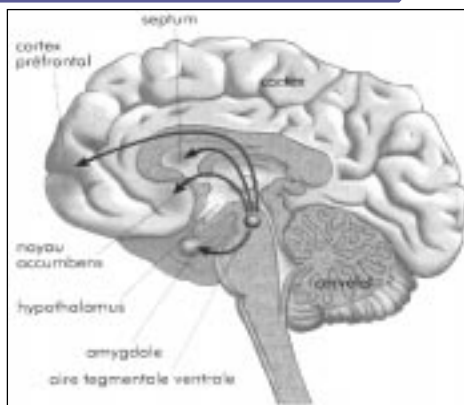


17

La voie biologique commune

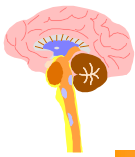
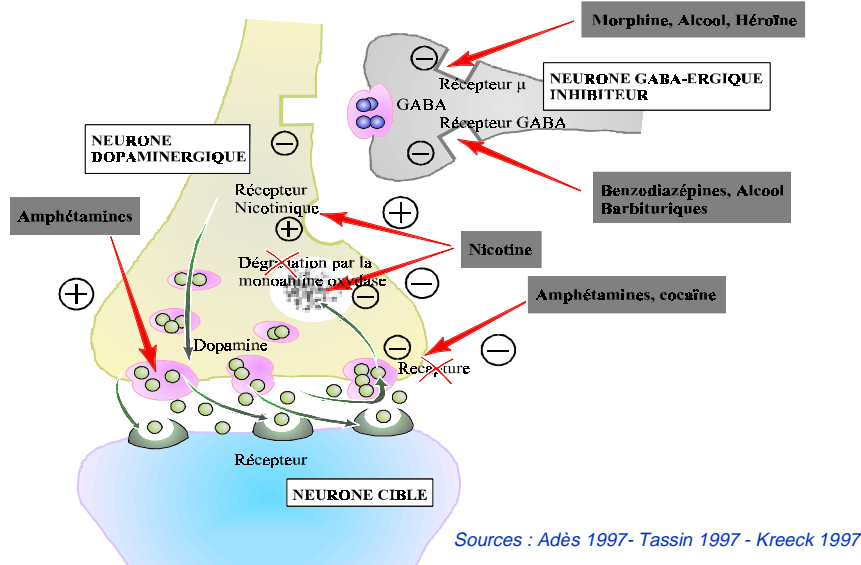
Système de récompense et dépendance : la voie dopaminergique d'adaptation

- Toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance :
 - activent les circuits dopaminergiques mésolimbiques,
 - systèmes de récompense
 - augmentent la concentration de dopamine dans le noyau accumbens (Di Chiara)



Sources : Di chiara 1988 - Tassin 1997¹⁸

Systeme de récompense et dépendance : la voie dopaminergique



La voie biologique commune

Interactions entre les systèmes dopaminergique, opioïdique et l'axe corticotrope

Interrelations entre

- systèmes dopaminergique et opioïdique
- système dopaminergique et axe corticotrope.
- le système opioïde et axe corticotrope.

Deuxième partie

❖ Les déterminants des pratiques addictives

Chapitre 1

Comprendre l'installation d'une pratique addictive: les déterminants généraux de vulnérabilité

I - Interaction entre une vulnérabilité, une situation déclenchante et un produit

Le schéma général est assez simple : l'interaction entre une fragilisation personnelle, des situations déclenchantes et la rencontre avec un produit entraîne l'addiction qui comporte elle-même des conséquences cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales susceptibles de renforcer les situations déclenchantes et les facteurs de fragilisation : la conduite addictive se substitue, de façon apparemment satisfaisante pour le sujet, 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, renforce ce sentiment de dévalorisation et mène à rechercher alors la satisfaction éprouvée perpétuant ainsi cette conduite.

Les différentes théories explicatives mettent en évidence un petit nombre de phénomènes invariants qui constitueraient «le noyau dur» de l'addiction (Pedinelli); ce sont 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 ; puis, dans une deuxième phase, l'installation de la dépendance (contrainte interne et impossibilité de remettre en cause le comportement).

Cette rencontre n'est pas seulement celle d'un individu avec une substance 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 déprendre 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.

Il convient donc de distinguer deux périodes :

- la phase d'initiation de l'addiction : les bénéfices retirés de cette consommation initiale, initiatique entraîneront rapidement la consommation abusive.
- puis la phase d'installation de la dépendance.

Les déterminants psychologiques de ces deux éléments de vulnérabilité - et leurs soubassements biologiques - sont vraisemblablement différents.

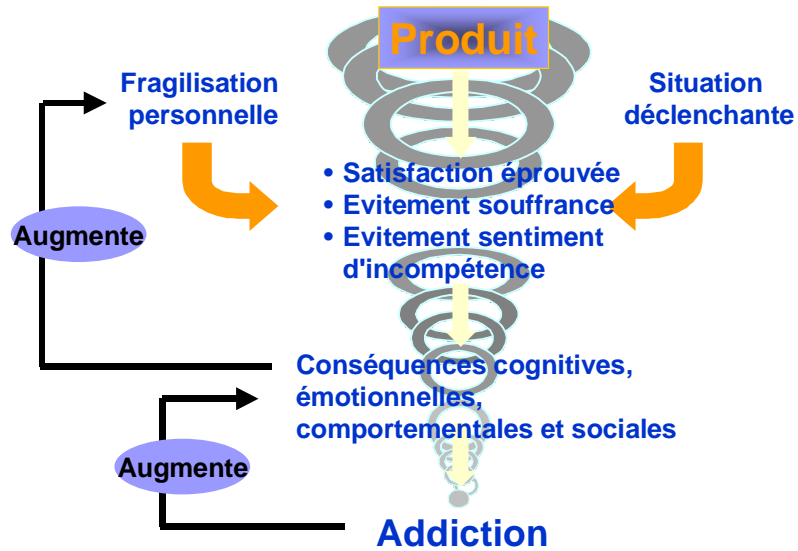
II - Les facteurs de vulnérabilité

Parmi les facteurs de fragilisation on cite des *états affectifs* comme l'anxiété, les difficultés interpersonnelles, la dépression, et des *facteurs de personnalité* comme la recherche de sensations, l'impulsivité, les difficultés de communication, une faible estime de soi, une assertivité basse, et/ou les traits de personnalité antisociale, dépendante, limite, 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 addictifs.

III - Les situations déclenchantes

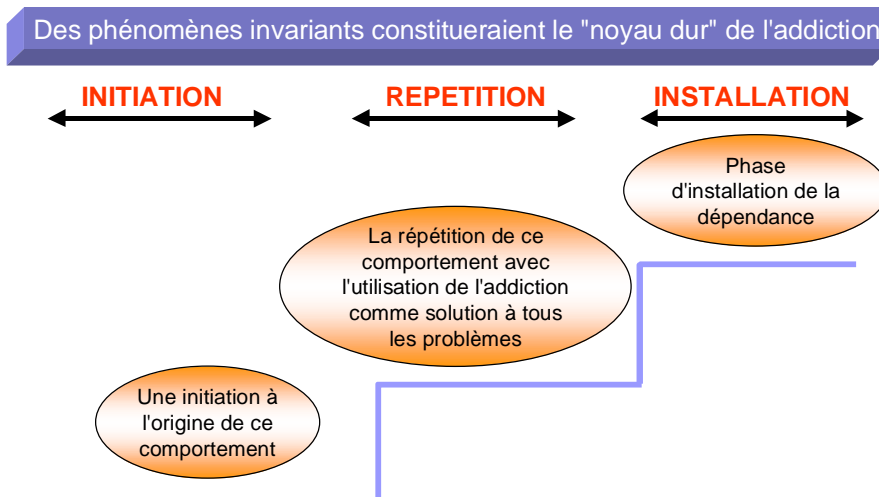
Les personnes présentant ces facteurs de vulnérabilité- qui ne constituent en rien une classe nosologique et ne présentent pas obligatoirement de pathologie avérée - ont plus de mal à faire face à des situations de vides affectifs ou motivationnels, marquées par une absence d'options positives (par exemple groupes sociaux désavantagés, zones de conflits armés...), par un faible soutien social (structures familiales et amicales perturbées), ou à des périodes critiques de l'existence (adolescence, divorce, isolement, stress...)

Les déterminants de vulnérabilité



21

Les déterminants de vulnérabilité



22

Chapitre 2

Les déterminants psychologiques

Nous traiterons dans ce chapitre des éléments psychologiques susceptibles de favoriser l'initiation des pratiques addictives ou l'installation de la dépendance.

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).

Ces réserves méthodologiques expliquent les variations importantes de prévalence dans les études chiffrées lorsque les recherches sont effectuées de façon rétrospective, à posteriori .

I - Troubles de la personnalité et pratiques addictives

Plusieurs méthodes d'abord des troubles de la personnalité sont possibles : soit la recherche de traits spécifiques de personnalité, soit l'approche psychopathologique, soit la corrélation avec les personnalités définies par la DSM IV (ou l'ICD 10).

1) La recherche de sensations et l'impulsivité

Recherche de sensation – Zuckerman

Les dimensions les plus étudiées chez les sujets souffrant de troubles appartenant au spectre addictif sont "l'impulsivité" et la "recherche de sensations". Cette dernière dimension évaluée par la S.S.S. (Sensation Seeker Scale - Echelle de recherche de sensation) a été développée par Zuckerman au début des années 60. La définition la plus courante de cette dimension est " le besoin de sensations et d'expériences, variées, nouvelles, complexes, associé au goût et la volonté de prendre des risques physiques et sociaux pour l'intérêt de telles expériences ". Plusieurs auteurs ont montré l'importance de cette dimension chez des patients souffrant d'alcoolisme. Par ailleurs, certains résultats de recherche neurobiologique sont en faveur d'un lien entre une activité monoaminergique plaquettaire basse et une dépendance à l'alcool. Il a donc été postulé qu'un score haut à la Sensation Seeker Scale et une activité monoaminergique plaquettaire basse pourraient être des marqueurs de vulnérabilité de cette affection.

L'association entre cette dimension et l'utilisation de drogue, en particulier, de cannabis, d'amphétamine, ou de psychodysléptiques, a également été rapportée. Une étude recherchant des facteurs de risque toxicomaniaques dans la fratrie d'héroïnomanes, montre que la recherche de sensation est significativement associée à une vulnérabilité à la toxicomanie. Il en est de même pour le tabagisme. Chez des joueurs pathologiques et cocaïnomanes, il a été montré que la recherche de sensations est significativement plus élevée que chez des cocaïnomanes non joueurs. La "recherche de sensations" étant également élevée chez ces derniers, il pu être postulé que "le risque addictif" augmente en fonction de l'intensité de cette dimension.

L'impulsivité est retrouvée dans l'ensemble des troubles addictifs et son intensité élevée est associée au nombre de rechutes chez des sujets abstinents. Le comportement addictif aurait

une valeur adaptative en modulant un bas niveau d'activation corticale. La recherche d'expériences nouvelles, l'attrait pour les stimulations fortes, pour le changement, la nouveauté, la sensibilité à l'ennui, peuvent donner à certains produits - dont le rôle est implicitement vanté par la culture (ou une subculture) - le pouvoir d'accroître les sensations. Ce modèle peut d'ailleurs s'appuyer sur des réalités biologiques et physiologiques (activation corticale et activation du système limbique, rapports avec les axes dopaminergique et sérotoninergique).

De façon prospective, Masse et Tremblay ont mesuré, dans une large population de 1034 écoliers canadiens de sexe masculin, les dimensions de personnalité évaluées par le questionnaire de Cloninger, à 6 et 10 ans.: un niveau élevé de " Recherche de nouveautés " et un faible " Evitement du danger " s'avéraient significativement prédictifs, d'un début de consommation d'alcool, tabac, et drogues entre 10 et 15 ans. Ces traits, parfaitement stables entre 6 et 10 ans, suggèrent une possibilité de prédiction (et de prévention ?) encore plus précoce de ces comportements " à risque ".

2) La souffrance et la dépressivité

La clinique retrouve souvent chez ces sujets l'existence d'une souffrance, généralement difficile à verbaliser ou même simplement à représenter. Qu'il s'agisse de la douleur d'être, ou du sentiment de vide intérieur, de perte du sens de l'identité et de l'existence, la souffrance psychique est présente, souvent tue, transformée en manque du produit (Bergeret 1990).

L'addiction aide le sujet à se sentir accepté et à reconstituer l'estime de soi. L'addiction amenuise les humeurs négatives (anxiété, dépression), suspend temporairement la souffrance et les sensations déplaisantes, devient le centre d'intérêt primordial. L'addiction pourrait alors être une "solution" à cette souffrance, lors de la rencontre avec le toxique et de ce que certains ont nommé l'"initiation" ("rencontre initiatique avec le produit").

3) L'association «recherche de sensations» et dépressivité

Si chacun de ces traits peut exister isolément, on les retrouve fréquemment associés chez les personnes souffrant de conduites addictives. Ainsi de nombreux travaux ont montré que l'alcoolisme à début précoce, avant l'âge de 20 ans, se caractérisait par des tendances dépressives, impulsives et antisociales marquées, par la fréquence des tentatives de suicide et des conduites toxicomaniaques associées et par une fréquence élevée d'antécédents familiaux d'alcoolisme et de comportements délinquants (Buydens-Branchey. 1989 ; Cloninger 1981).

4) Les troubles du comportement

Dans le même ordre d'idées, de nombreuses études ont tenté de mettre en évidence des facteurs de personnalité de l'enfance ou de l'adolescence prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation de l'alcool ou des drogues. Parmi les facteurs clairement identifiés, les troubles du caractère et du comportement apparaissent avec une certaine constance: conduites antisociales (fugues, école buissonnière, petite délinquance, etc), instabilité, agressivité, intolérance aux frustrations, impulsivité, troubles de l'attention, dont le regroupement évoque les diagnostics de trouble des conduites et de syndrome d'hyperactivité (Glantz 1992). Des études récentes sur le tempérament semblent indiquer qu'un haut degré d'activité comportementale pourrait constituer un facteur de risque non négligeable pour la survenue d'un abus d'alcool à l'adolescence (Tarter 1990)

5) L'abord psychopathologique

Les hypothèses de Philippe Jeammet (1994-1995) permettent de mieux comprendre comment peuvent se lier les deux particularités de la personnalité, décrites ci-dessus, souvent associées chez les personnes souffrant d'addiction. Leur intérêt réside dans la relation établie entre les troubles de la séparation (c'est-à-dire de la relation à l'objet d'affection) et la recherche paradoxale d'une dépendance à un objet externe (le psychotrope).

La clinique des addictions montre que le sentiment de sécurité intérieure semble faire défaut à ces sujets : le plaisir, la détente paraissent équivaloir à un vide, à une menace d'annihilation, de confusion avec l'objet. Les émotions liées à la relation représentent une brèche intolérable ouverte dans le Moi; ils risquent alors de perdre leur autonomie et leur identité. En revanche, la production et le maintien d'une excitation provenant de l'extérieur les assure de leur différence avec l'environnement, de leurs limites et de leur identité propre.

L'addiction privilégie les sensations au détriment des émotions liées à la relation qui menacent le narcissisme du sujet.

6) La corrélation avec les personnalités définies par le DSM IV ou l'ICD 10

Les travaux sont beaucoup moins parlants que les corrélations avec les traits spécifiques de personnalité précédemment étudiés. C'est ainsi que sortiront préférentiellement les personnalités dans lesquelles on peut retrouver des éléments d'impulsivité, de recherche de sensations, de dépressivité et de vide. Par exemple, la prévalence de l'ensemble des troubles de la personnalité chez les alcooliques est comprise entre 11 et 78% (Movalli et coll. 1996). Les troubles de la personnalité les plus fréquents sont la personnalité antisociale, la personnalité limite et la personnalité hystérique. Les taux de prévalence varient de manière sensible selon les auteurs et aucune étude n'a montré la présence d'un type spécifique de personnalité pathologique chez les alcooliques, ce qui se comprend aisément quand on tient compte de l'importance du facteur environnement : l'exposition à l'alcool est telle que des sujets peu vulnérables peuvent être amenés à consommer de façon excessive. Il en est de même pour les tabagiques (Lagrué 1997).

II - Troubles psychiatriques et pratiques addictives

La encore, la méthodologie visant à mettre en évidence les rapports entre troubles psychiatriques et pratiques addictives est complexe : 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 dépression est, dans 20 à 50 % des cas, préexistante ; mais elle ne suffit pas à expliquer l'addiction et n'est un facteur de vulnérabilité que pour certains patients.

Quoiqu'il en soit l'association entre la dépression et les conduites de dépendance est

fréquente (environ un tiers des sujets déprimés, et plus de la moitié des bipolaires) présentent des conduites addictives.

Pourcentage de conduites de dépendance chez les patients présentant un trouble de l'humeur

Diagnostic	% de conduites de dépendance	Risque relatif
Tous troubles de l'humeur	32%	2,6
Troubles bipolaires de l'humeur	56,1%	6,6
Dépression majeure	27,2%	1,9
Dysthymie	31,4%	2,4

1) Alcool et dépression

La fréquence d'un trouble dépressif chez le malade alcoolique a été diversement appréciée par les études cliniques. De façon caricaturale, les chiffres extrêmes rapportés varient de 12 à 98 % (Ades et Rondepierre 1987). Là encore, les problèmes de méthodes et de critères diagnostiques de l'alcoolisme et de la dépression sont à l'origine de cet écart entre les chiffres. H. Ollat (1992) quantifie à environ 50 % le pourcentage de malades alcooliques non abstinents relevant du diagnostic de trouble dépressif à un moment donné de leur histoire.

Prévalence de la dépression chez les sujets présentant un abus ou une dépendance (d'après Grant et Harford 1995).

	Abus	Dépendance	Abus et dépendance
Prévalence de la dépression sur un an	6,3%	15,05%	21,36%
Prévalence de la dépression (vie entière)	7,54%	32,49%	40%

Ceci vient confirmer les travaux beaucoup plus anciens de Veissman et al (1980) qui révélaient qu'à peu près la moitié des malades alcooliques ont présenté ou présentent un trouble dépressif. Cette enquête témoigne aussi de la diversité des formes de dépression s'exprimant au cours de l'alcoolisme : (44 % de dépressions majeures, 15 % de dépressions mineures, 6 % de troubles bipolaires, 18 % de personnalités dépressives.) D'après Cottureau (1992), l'aspect le plus fréquent serait celui de la dépression dysthymique.

Pour H. Ollat (1992) reprenant les travaux de M. Schuckit (1985-1986), ce n'est pas tant l'aspect sémiologique de la pathologie dépressive qui importe, mais son moment de survenue par rapport à l'installation de la conduite alcoolique. Il convient alors de distinguer :

- les états dépressifs liés au sevrage, sont de deux types : soit précoces, survenant dans les premières semaines du sevrage, soit tardifs survenant dans les mois ou années qui suivent le sevrage.

- les états dépressifs apparaissant suite à la consommation abusive d'alcool (appelés alors "secondaires").

- les états dépressifs précédant la conduite d'alcoolisation (appelés alors "primaires") les plus fréquents

Schuckit lui-même, en 1995 soulignait, à partir d'études cliniques, que la majorité des sujets alcoolo-dépendants (de 70 à 80%) ne présentent pas de comorbidité psychiatrique indépendante de l'intoxication alcoolique.

La grande fréquence des troubles dépressifs chez l'alcoolique a des implications thérapeutiques (nécessité de traiter ces épisodes dépressifs, sauf éventuellement ceux survenant pendant le sevrage) mais surtout pronostiques :

- l'association dépression-alcoolisme aggrave le pronostic de la dépression et de l'alcoolisme ;

- l'association de l'anxiété ou du trouble panique et de la dépression chez l'alcoolique aggravent encore ce pronostic ;

- l'association dépression majeure et alcoolisme augmente considérablement le risque suicidaire (Cornélius, 1995) (39) ; ces sujets ayant le périlleux privilège d'une synergie entre troubles de la personnalité et de l'adaptation, baisse de l'estime de soi et impulsivité .

2) Alcool et anxiété

L'alcool et l'anxiété entretiennent des relations fortes et complexes l'un avec l'autre. L'ensemble des données de la littérature concordent pour avancer l'hypothèse que chez les sujets présentant soit un alcoolisme, soit un trouble anxieux, le risque de survenue de l'autre trouble est nettement supérieur au risque observé en population générale (Servant et Parquet, 1995) (20).

De nombreuses études mènent à des pourcentages de co-morbidité relativement différents (de 20 % pour Weiss à 70 % pour Mullaney) repris dans le travail de Chignon et Bourgeois (30), s'expliquant, la encore, par les divers systèmes diagnostiques utilisés et par l'imprécision des critères de l'abus ou de la dépendance. Afin d'éviter une fastidieuse énumération d'études apparemment peu concordantes (12 études citées par Ades), nous nous appuyerons sur le travail de Kushner et collaborateurs (1990) qui ont comparé les résultats des différentes études cliniques et des différentes enquêtes épidémiologiques, et notamment celle de la vaste étude ECA conduite aux Etats-Unis. Nous nuancerons éventuellement ces résultats par quelques autres études particulièrement significatives, notamment en France.

Prévalence du trouble panique chez l'alcoolique : 8,3 % (contre 1,4 % en population générale). Pour Chignon et Bourgeois (1995), ce chiffre pourrait même s'élever jusqu'à 18,7 %. La difficulté d'évaluation de la prévalence du trouble panique chez les alcooliques est due, en partie, à la difficulté de distinguer chez ces patients les symptômes du trouble panique de ceux du sevrage. Par ailleurs, un long passé d'alcoolisation pourrait modifier la réactivité des systèmes biologiques impliqués dans le trouble panique (Krystal et al, 1992).

Prévalence de l'anxiété généralisée chez l'alcoolique : 22,9 %. Il s'agit là d'un chiffre élevé, même si l'augmentation par rapport à la population générale (5,8 %) est proportionnellement moins élevée que les autres troubles anxieux.

Quel que soit le trouble apparu en premier, la sévérité des symptômes anxieux ou dépressifs apparaît corrélée à celle de la dépendance. Mc Lellan (1986), évaluant la gravité de la

dépendance au moyen de l'A.S.I. (Addiction Severity Index) a montré que plus les patients étaient dépendants, plus ils présentaient de troubles psychiatriques.

Corrélation entre les scores d'addiction (A.S.I.) et la prévalence des troubles anxieux et dépressifs (d'après Mc Lellan 1986).

Syndromes	Scores d'addiction		
	Bas N = 26	Moyen N = 82	Haut N = 23
Dépression	15	63	90
Anxiété	11	57	100

3) Tabagisme et troubles anxieux et dépressifs

Source : Aubin - Lagrue

Glassman et al. (1990) sont les premiers à avoir étudié la relation de comorbidité entre la pathologie dépressive et le tabagisme dans une enquête épidémiologique visant la population générale. Ils ont pour cela, eux aussi, utilisé les données de la vaste enquête ECA (StLouis Epidemiologic Cacthment Area Survey of the National Institute of Mental Health), dont l'objectif était d'étudier la prévalence et l'incidence des troubles psychiatriques La prévalence sur la vie entière de la dépression majeure était de 5,1%. Parmi les sujets qui n'avaient jamais fumé, cette prévalence était de 2,9% alors qu'elle était de 6,6% dans l'ensemble fumeurs et ex-fumeurs (p 0,001). Le risque relatif d'avoir été fumeur était de 2,38 (significativement supérieur à 1) pour la dépression majeure. Il était également significativement élevé pour la dysthymie (1,63), l'agoraphobie (1,76), le trouble panique (1,57) et l'alcoolisme (4,68). Cette étude a également montré que les sujets ayant un antécédent dépressif avaient plus de risques d'être fumeurs ou ex-fumeurs que les autres (respectivement 76% et 52%).

Breslau (1991, 1995) a étudié, dans un échantillon représentatif de 1007 adultes jeunes, l'association entre d'une part la dépendance à la nicotine, classée par niveau de sévérité (DSM IIIR) et d'autres dépendances à des substances psychoactives, et d'autre part la dépression majeure et les troubles anxieux. Les diagnostics ont été effectués sur la vie entière. Le risque relatif de dépendance à la nicotine était de 3,11 pour la dépression majeure seule (sans comorbidité psychiatrique), de 2,03 pour l'anxiété seule (addition du trouble panique, de l'anxiété généralisée, du TOC, du stress post-traumatique et des phobies) et de 4,38 pour l'association dépression majeure et anxiété toutes formes. Ces risques relatifs étaient significativement élevés.

L'ensemble de ces données montre un lien de comorbidité important entre antécédent dépressif et tabagisme, présent ou passé. Ce lien semble plus marqué que celui existant entre trouble anxieux et tabagisme (Breslau 1991) Glassman 1990). Il semble cependant moins important que celui unissant la tabagisme à l'alcoolisme (Bien 1990, Difranza 1990, Glassman 1990) et à la schizophrénie (Lorh 1992)

4) Toxicomanie et dépression :

Quel que soit le type de travaux portant sur la toxicomanie, deux grandes difficultés méthodologiques apparaissent d'emblée : difficultés de l'anamnèse chez le toxicomane ; difficultés de distinction des différents degrés ou intensités de toxicomanie. En dépit de ces

difficultés, nous disposons de résultats d'études épidémiologiques devant être considérés davantage comme des estimations. En population clinique, les résultats sont extrêmement variables avec des extrêmes de 4 à 30-50 %. C'est encore une fois l'étude ECA qui apporte un certain nombre de données chiffrées. La comorbidité de toxicomanie non opiacés vie entière dans la dépression est de 27 %. Dans le trouble bipolaire cette prévalence s'élève à 67 %. A l'inverse, le risque de survenue d'une dépression chez un sujet toxicomane a été évalué à 26,4 %. Les études prospectives sont peu nombreuses. Leurs résultats contribuent à remettre en cause l'hypothèse du rôle contra-dépressif de la toxicomanie .

Troubles de la personnalité et pratiques addictives

La souffrance et la dépressivité

- La souffrance, généralement difficile à verbaliser, est très souvent présente.
- L'addiction pourrait alors être une "solution" à cette souffrance

L'association "recherche de sensations" et dépressivité

Sources : Bergeret 1990 - Venisse 1990 - Muller 1991 - Jaffe 1992

23

Troubles de la personnalité et pratiques addictives

La recherche de sensations et l'impulsivité

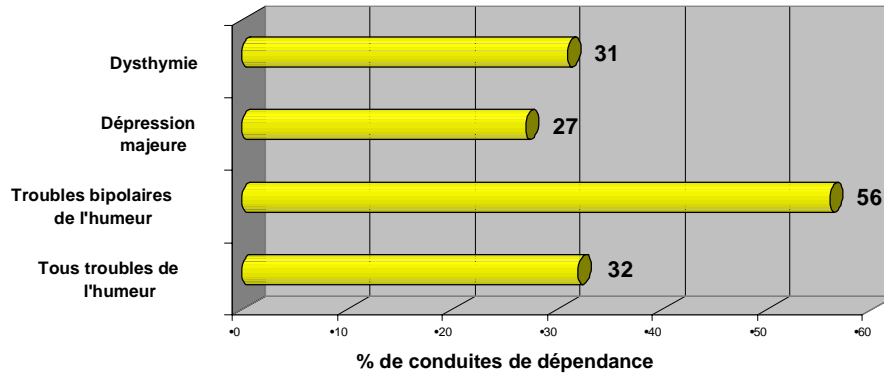
- Besoin de sensations et d'expériences variées, nouvelles, complexes
- Goût et volonté de prendre des risques physiques et sociaux pour de telles expériences
- Association de cette dimension et utilisation d'héroïne, de cannabis, d'amphétamine, ou de psychodysléptiques
- retrouvée chez les joueurs pathologiques et les cocaïnomanes
- L'impulsivité est retrouvée dans l'ensemble des troubles addictifs

Sources : Zuckerman 1997 - Cloninger 1987 - Adès 1997

24

Troubles psychiatriques et pratiques addictives

Pourcentage de conduites de dépendance chez les patients présentant un trouble de l'humeur

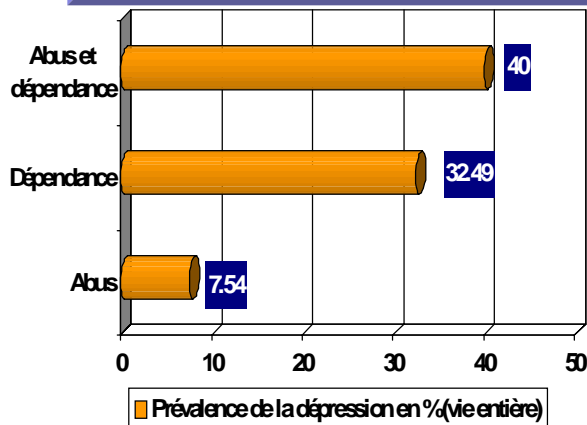


Sources : Adès 1997

25

Troubles psychiatriques et pratiques addictives

Prévalence de la dépression chez les patients présentant un abus et/ou une dépendance (Grant et Harford - 1995)



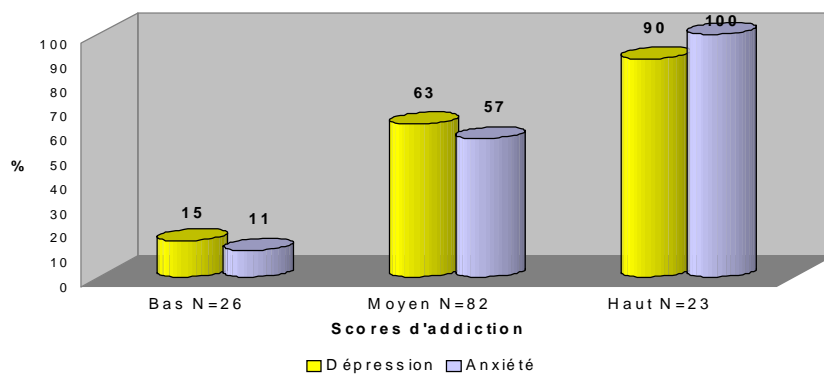
- Dépression **souvent secondaire** à la prise chronique de substances psychoactives, à leurs effets biologiques et à leurs conséquences sociales
- Dépression **préexistante** dans 20 à 50% des cas
- Ne suffit pas à expliquer l'addiction et n'est qu'un facteur de vulnérabilité

Sources : Grant 1995

26

Troubles psychiatriques et pratiques addictives

Corrélation entre les scores d'addiction (A.S.I.) et la prévalence des troubles anxieux et dépressifs



Sources : Mc Lellan 1986

27

Chapitre 3

Les déterminants biologiques

I – Génétique, addictions et vulnérabilité

Précisons d'emblée qu'en ce qui concerne les troubles du comportement, les troubles psychiques et en particuliers les troubles addictifs, la génétique ne permet que de repérer éventuellement des facteurs de vulnérabilité. Le déterminisme des troubles addictifs est très vraisemblablement polygénique et toujours en interaction avec les facteurs environnementaux.

Il est évident, et nous préférons l'énoncer clairement dès le début, que toute exploitation de ce type de données doit faire l'objet d'une profonde réflexion éthique, la prudence étant toujours de mise même si les applications pratiques paraissent encore pour la plupart assez lointaines (on s'interrogera à ce sujet sur la position de certains auteurs proposant à terme un dépistage des populations à risque, ou d'autres cherchant à attribuer à la personnalité antisociale des déterminants génétiques).

Les buts que l'on peut légitimement se fixer nous paraissent être, d'une part et principalement, obtenir un moyen d'approcher la complexité physiopathologique de la dépendance en essayant d'élucider les différences de vulnérabilité constatées (entre individus ou entre ethnies), d'autre part de mieux cibler l'utilisation des thérapeutiques disponibles dont l'efficacité semble aussi sujette à de grandes variations interindividuelles.

L'essentiel des recherches ayant porté sur la génétique de l'alcoolisme (pour revue voir : Dumont- Damien, Gorwood) nous détaillerons un peu plus longuement cette problématique, puis nous ferons le point des éléments dont nous disposons en ce qui concerne la génétique du tabagisme et des toxicomanies.

A - Génétique et alcoolisme

La concentration familiale de cas d'alcoolisme a été remarquée depuis semble-t-il deux mille ans au moins, et il est classique de citer à ce sujet des auteurs anciens, tels Plutarque énonçant « l'alcoolique engendre l'alcoolique ». Cette notion s'est perpétuée dans « l'inconscient collectif » (devrait-on dire « l'imaginaire » ?) et l'on en retrouve une évocation exemplaire dans la saga des Rougon-Macquart où Emile Zola confère à l'hérédité biologique de l'alcoolisme le poids d'un destin familial. La démonstration du regroupement de patients alcoolo-dépendants dans certaines familles a été faite depuis longtemps, mais pour explorer plus finement ce domaine il a fallu attendre d'autres progrès de la génétique et de l'alcoologie.

Si les recherches de corrélation génétiques concernant l'alcoolisme ont débuté il y a une bonne cinquantaine d'années, les outils permettant une exploration fine de ce domaine sont relativement récents. De très nombreuses études ont montré l'agrégation familiale de l'alcoolisme, défini par l'alcoolodépendance.

1) Les études cliniques

a) Les études familiales

Elles ont permis de mettre en évidence que la probabilité d'avoir une histoire familiale d'alcoolisme est plus importante chez les alcooliques que chez les non-alcooliques, le risque étant inversement proportionnel à la distance biologique. Le risque d'alcoolisme est dans les

familles atteintes très supérieur au risque de développer toute autre maladie psychiatrique. On constate également que de nombreux alcooliques n'ont pas de parents atteints, ce qui fait évoquer déjà une dichotomie entre alcoolisme « plutôt génétique » et « plutôt environnemental ».

Quelques rares auteurs ont tenté au moyen d'**analyses de ségrégation** de déterminer le mode de transmission du caractère (dominant, récessif ou lié au sexe) : chacun a trouvé une réponse différente, ce qui incite à postuler de manière plus réaliste pour une transmission polygénique complexe, portant plus sur des facteurs de vulnérabilité que sur la maladie elle-même. Ces études de ségrégation penchent, en effet, en faveur d'une maladie à déterminisme complexe, où un (ou des) gène(s) participe(nt) étroitement à une (ou des) sous-population(s) de malades alcooliques. Dans ce sens, Cloninger (1987 b) a montré que le coefficient d'héritabilité variait en fonction du type de malade alcoolique analysé, allant de 21 à 88 %.

b) Les études de jumeaux

Les études de jumeaux permettent de différencier plus rigoureusement la participation des facteurs génétiques puisque les jumeaux monozygotes ont un patrimoine génétique identique, alors que les jumeaux dizygotes ont uniquement 50 % du capital génétique en commun.

Ces études de jumeaux permettent d'affirmer que les facteurs génétiques ont un rôle significatif, mais partiel, dans la modalité de consommation d'alcool : Koopmans et Boosman (1996) évaluent ces facteurs génétiques comme expliquant 43 % de la variance interindividuelle de la consommation d'alcool (les facteurs familiaux représentant 37 % de cette même variance). Pickens trouve un taux maximal de concordance pour les conduites alcooliques ayant un âge de début précoce, et une concordance spécifiquement élevée chez les jumeaux monozygotes lorsque l'on considère un spectre étroit (dépendance seule).

De façon résumée les résultats sont en faveur d'une influence de facteurs génétiques, la plupart des travaux montrant une concordance intra-paire plus élevée chez les monozygotes que chez les dizygotes, ceci de façon plus nette dans le sexe féminin, mais avec des valeurs relativement modérées.

c) Les études d'adoption

On cherche ici à savoir si, pour le trait étudié, l'enfant adopté ressemble plus à ses parents biologiques ou adoptifs. Si le caractère est plus proche de celui des parents adoptifs, on peut conclure à une influence environnementale ; par contre, si c'est aux parents biologiques, on ne peut pas, en toute rigueur savoir si cela est dû à des facteurs génétiques ou environnementaux précoces c'est à dire pré ou postnataux.

Les résultats de ces études d'adoption sont hétérogènes. Ainsi, si l'on considère l'alcoolisme de manière globale, aucune différence n'apparaît entre les fréquences d'atteinte des deux types de parents. Par contre, lorsque l'on considère les hommes exclusivement, et ce particulièrement pour les alcoolisme sévères, les études retrouvent un excès d'atteinte chez les parents biologiques par rapport aux parents adoptifs. Une fois de plus, la présence de sous-groupes avec une participation génétique plus marquée est mise en évidence. L'étude de Bohman (1981), portant sur 862 adoptés, fait référence en la matière et ne retrouve aucune augmentation d'alcoolisme chez les parents adoptifs d'enfants alcooliques, alors que les parents biologiques sont plus fréquemment atteints. Cloninger (1987) souligne que ce n'est pas l'alcoolisme seul qui est « hérité », mais surtout un type de consommation (début précoce et abus sévère) ainsi que des facteurs associés (sexe masculin et conduite antisociale). Cloninger précise ainsi deux sous-types différents d'alcoolisme selon l'importance du déterminisme génétique : le type I, ou abus "milieu-dépendant" existe chez l'homme et chez la

femme, est caractérisé par un abus peu sévère, un début à l'âge adulte, sans histoire de criminalité chez les parents biologiques ; le type II ou abus "sexe-dépendant" se retrouve chez l'homme et est caractérisé par un début dans l'enfance, un abus sévère, un fort taux de criminalité chez les pères biologiques et une forte composante génétique, les facteurs postnataux ayant un rôle minime. Cloninger (1987b) estime que ces sous-groupes sont associés à des mécanismes neuroadaptatifs particuliers et hérités, qui se reflètent dans les comportements de ces malades

2) les études de marqueurs génétiques

a) Les études d'association

Seuls ont émergé actuellement deux courants de travaux. Ceux portant sur les enzymes de métabolisme de l'alcool ont montré que la plupart des Asiatiques de l'Est présentent une forme isoenzyme moins active de l'aldéhyde-déshydrogénase, responsable chez les homozygotes d'une hypersensibilité responsable de réactions désagréables lors de la prise d'alcool (flush, malaise...) et relativement protectrice de l'apparition de la dépendance. Toutefois il existe dans les régions du monde concernées des alcooliques quand même porteurs de l'**allèle «de protection»** (ALDH 2) ; et en tout état de cause, cela n'apporte pas d'explication quant à la variabilité inter-individuelle constatée en population caucasienne, où cette forme allèle est rare.

D'autre part depuis l'étude de Blum et al. en 1990, **une forme allèle** (dénommée **A1**, du nom de l'enzyme de restriction utilisée) de la région **du récepteur D2 à la dopamine** est « candidate » au rôle de marqueur autant que de facteur de vulnérabilité à la survenue de l'alcoolisme. Cependant ce résultat n'a pu être répliqué que dans la moitié de la vingtaine d'études qui ont suivi. Une récente méta-analyse (Gorwood) conclut à l'existence d'une influence de ce marqueur, mais aussi à l'hétérogénéité de cette association.

L'étude la plus convaincante est celle de Noble et coll. (1991) qui ont analysé les caractéristiques des récepteurs dopaminergiques postsynaptiques D2 chez les sujets ayant l'allèle A1, par rapport aux sujets n'ayant pas cet allèle. Ce travail montre que le fait d'avoir l'allèle A1 est fortement associé à une hyposensibilité (baisse de l'affinité, mais non de la concentration) des récepteurs D2 à la dopamine. Les alcooliques auraient donc une hyposensibilité des récepteurs à la dopamine, en partie du fait de la consommation d'alcool (état) et en partie, en tout cas pour certains, de l'existence de l'allèle A1 du D2 (trait). Ces données sont compatibles avec l'étude de cohorte de Schuckit (1994) portant sur des enfants à haut risque d'alcoolisme qui montre que le facteur le plus discriminant, repérant ceux qui vont devenir alcooliques des autres, est la tolérance initiale à l'alcool, ce qu'on pourrait aussi expliquer par une hyposensibilité des récepteurs D2.

Un autre résultat très intéressant nous semble avoir été obtenu par l'équipe de Lawford en 1995 : après avoir échoué à démontrer l'action d'un agoniste dopaminergique (bromocriptine) dans la prévention des rechutes alcooliques sur un échantillon de patients non sélectionnés, cette équipe a montré que ce type de traitement était efficace dans une population de sujets homozygotes pour l'allèle A1 du récepteur D2 à la dopamine, suggérant là l'intérêt d'une démarche de pharmacogénétique. Ce type de résultat n'est toutefois pas encore applicable en pratique courante : idéalement, il faudrait disposer de marqueurs cliniques ou biologiques simples de cette disposition allélique, qui n'est, pour l'instant, détectable que par des méthodes lourdes de biologie moléculaire.

b) Les études de liaison

Elles portent non plus sur des populations mais sur des généalogies de malades ou sur des

paires de jumeaux. Schuckit a ainsi mis en évidence certaines caractéristiques de réactivité hormonale et neurologique propres aux alcooliques « familiaux » et à leurs descendants. En résumé, les résultats de cet auteur sont évocateurs d'une hyposensibilité à la prise d'alcool chez les malades et leurs apparentés, l'installation de la dépendance étant dans ce modèle favorisée par la nécessité de prendre des doses plus élevées que la moyenne pour obtenir un effet similaire.

B – Génétique et tabagisme

De nombreuses études de jumeaux homozygotes ou hétérozygotes ont permis d'aborder l'influence de la génétique et de l'environnement, c'est-à-dire les facteurs innés et les facteurs acquis, dans le développement du comportement tabagique. Ces travaux ont bien établi le rôle respectif de ces deux éléments. Un travail particulièrement bien documenté est celui de Carmelli aux Etats-Unis. Une cohorte de 4960 jumeaux homozygotes et hétérozygotes, anciens soldats de la Seconde Guerre Mondiale, a été examinée à deux époques successives.

- en 1967-1969, date où la poursuite du tabagisme dépendait principalement de facteurs extérieurs, la pression socio-culturelle s'exerçant en faveur du tabac.
- En 1983-1985, où la situation s'était inversée.

Entre ces deux périodes, le pourcentage de fumeurs était tombé de 52 à 27% dans la population globale, mais avec un pourcentage plus élevé de "gros" fumeurs dépendants. Ces résultats indiquent que l'influence des facteurs génétiques est modérée, mais indiscutable. Un facteur d'héritabilité, c'est-à-dire une prédisposition héréditaire, a été démontré pour les faits suivants :

- être ou rester un non-fumeur, c'est-à-dire le rejet du tabagisme ;
- devenir un fumeur à forte consommation (plus de 20 cigarettes par jour) avec une forte dépendance nicotinique et les plus grandes difficultés pour arrêter.

A partir de tous ces travaux, l'importance du facteur héréditaire a pu être évaluée. Le poids de l'héritabilité est en moyenne de l'ordre de 50% (30 à 80% selon les études) ; mais il faut tenir compte des consommations d'alcool et de café, très souvent associées et qui, elles aussi, comportent des facteurs génétiques. Dans l'étude de Carmelli, en ajustant par calculs statistiques les résultats en fonction de ces variables, **les chiffres** deviennent respectivement pour **le tabac : 35 %**, **l'alcool : 29 %** et **le café : 36 %**, c'est-à-dire au moins un tiers de facteurs héréditaires pour l'installation du tabagisme; il s'agit ici essentiellement de la cigarette. Cette notion est essentielle : jusqu'à une date récente, seuls les facteurs comportementaux et socio-culturels étaient considérés comme importants.

C - Y a t il des facteurs génétiques communs aux différentes addictions?

La forte comorbidité alcoolisme-toxicomanie (Miller 1993), les études familiales sur la toxicomanie (Noble 1993) et la recherche sur les lignées animales du rat et de la souris (Di Chiarra et Imperato, 1988) plaident en faveur de l'existence d'un déterminisme commun entre les différentes toxicomanies à l'alcool, l'héroïne ou la cocaïne. La dépendance au tabac a de même fait l'objet d'analyses génétiques montrant qu'il existe un déterminisme partiellement génétique dans ce trouble (Carmelli et coll. 1992). Les modèles animaux (Piazza et coll 1989) et les connaissances neurophysiologiques chez l'homme ont mis en cause, dans le processus addictif, le système mésolimbique, dont notamment le noyau accumbens riche en récepteurs à la dopamine.

1) Les modèles animaux

Il existe une préférence croisée aux différents psychotropes précités selon les lignées de rongeurs. L'alcool, mais aussi les opiacés et la cocaïne ont un fort pouvoir addictif sur les lignées de rats Lew et les lignées de souris C57BL/6J, alors que les lignées de rats F344 et de souris DBA/2J ne développent pas d'appétence pour l'alcool, ni pour les opiacés et la cocaïne (George 1991). Le choix des drogues auto-injectées apparaît donc variable d'une lignée de rongeurs à l'autre (génétiquement différents), mais stable dans la même lignée (génétiquement identiques).

2) Les études de jumeaux

Peu d'études ont été consacrées à l'agrégation ou la co-transmission des différentes dépendances chez l'homme. Une étude de jumeaux (Pickens 1991), précitée, a analysé de manière croisée la concordance chez les jumeaux homozygotes et dizygotes pour les dépendances à l'alcool mais aussi aux autres toxiques. Lorsque le sujet souffre de dépendance (alcoolisme ou autre toxicomanie) le risque de dépendance chez le frère (ou la sœur) augmente. On note un excès de concordance chez les monozygotes par rapport aux dizygotes, pour l'alcoolisme (76% versus 61%) comme pour les autres toxicomanies (63% versus 44%) Cela est moins net chez la femme, bien que les différences restent comparables pour l'alcoolisme (31% versus 24%) comme pour les autres toxicomanies (22% versus 15%).

3) Les études d'adoption

Cadoret (1978) a aussi retrouvé des arguments en faveur d'une susceptibilité génétique croisée en évaluant le risque relatif de toxicomanie chez les parents, adoptifs versus biologiques, d'enfants adoptés toxicomanes. On remarque alors que les parents biologiques sont plus fréquemment atteints que les parents adoptifs, et ce quel que soit le toxique. De plus, l'odds ratio de toxicomanie chez les parents biologiques d'enfants toxicomanes adoptés est au moins égal à 2 ($OR \geq 2$), quel que soit le toxique considéré.

4) Les études de marqueurs génétiques

Une des douze études (Smith et coll. 1992) impliquant l'allèle A1 du gène codant pour le deuxième récepteur dopaminergique (D2) dans l'alcoolisme a élargi l'évaluation aux addictions en général, incluant les consommations de tabac, alcool, cocaïne et opiacés. Il est alors frappant de noter que **l'allèle A1 est de plus en plus fréquent au fur et à mesure que les comportements addictifs sont plus sévères** (substance plus addictive, consommée plus fréquemment et de manière plus importante). La fréquence de l'allèle A1 passe de 22,2 % chez les sujets n'ayant aucune toxicomanie à 30 % quand la toxicomanie est légère, 36 % quand la moyenne et 41,8 % pour les toxicomanies sévères. Plus récemment, Noble (1993) a analysé les fréquences alléliques du D2 chez 50 toxicomanes à la cocaïne comparés à 100 témoins sains. Les auteurs ont trouvé une forte association entre la présence de l'allèle A1 et la toxicomanie à la cocaïne (50,9 % chez les malades, 16 % chez les sujets sains). Sur la population de cocaïnomanes étudiés, 58,5 % avaient au moins un parent alcoolique. De plus 70 % des malades étaient parallèlement dépendants de l'alcool. La conclusion de l'article est basée sur une analyse de régression logistique qui croise la présence ou l'absence de l'allèle A1 avec différentes variables. Selon cette méthodologie, l'allèle A1 contribue pour 87,5 % à la présence de phénotype regroupant : « utilisation de la cocaïne en intraveineux ou en inhalation, avec antécédents familiaux d'alcoolisme et traits précoces de déviance sociales ». Pour certains auteurs (Blum 1995), l'allèle A1 représenterait un facteur de risque pour un syndrome de « déficit des systèmes de récompense » plutôt que pour telle ou telle addiction (Reward deficiency syndrome).

D - Les perspectives qu'ouvre la génétique des addictions

1) Complexité

La revue de l'ensemble de ces résultats suggère donc très fortement l'existence de déterminants génétiques à l'origine de la dépendance. Toutefois, on est bien loin d'avoir mis en évidence « le » gène hypothétique responsable selon un lien de causalité linéaire. La réalité semble beaucoup plus complexe : on doit s'attendre à mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité, prédisposant certains individus plus que d'autres à la dépendance. Ces facteurs sont vraisemblablement multiples, interagissant les uns avec les autres, et paraissent obéir à des modes de transmission non mendéliens complexes. On évoquera pour en rendre compte, de façon non exhaustive, les notions de polygénie, de pénétrance et d'expressivité variables, d'hétérogénéité génétique, d'épistasie ou encore de pléiotropie. L'hétérogénéité de ces facteurs se retrouve dans leur nature autant que dans leur mode de transmission : les premiers résultats éloquentes portent sur des enzymes du métabolisme hépatique, d'autres sur des systèmes de neurotransmission, et l'on peut s'attendre à retrouver des liens avec, par exemple, les qualités de la paroi du tractus digestifs, ou, pourquoi pas, le système gustatif. Enfin, certains facteurs génétiques ne s'exprimeront que dans un environnement donné (biologique, culturel...)

2) Limites éthiques

Outre ces limites scientifiques, on ne peut pas aborder la génétique des comportements sans évoquer les problèmes éthiques qu'elle soulève : la réflexion ne doit jamais cesser, par exemple, au sujet des risques d'un dépistage précoce des sujets « à risques » évoqué par certains auteurs. Comme le soulignait Konrad. Lorenz, l'homme a accès à « l'ouverture » de son programme génétique, ayant acquis, contrairement aux autres espèces animales, la possibilité de s'affranchir d'une partie de ses contraintes biologiques grâce à l'activité de son cerveau. En d'autres termes, la détection chez un individu d'un risque de développer tel comportement, n'implique pas forcément la réalisation de ce risque. Toute mesure plus ou moins discriminatoire, basée sur la seule notion de risque, même justifiées par de « bonnes intentions », est donc caduque et doit, nous semble-t-il, être rejetée.

3) Perspectives

Aucun facteur génétique participant objectivement au déterminisme des addictions de ce comportement complexe qu'est l'alcoolisme n'a pu être mis en évidence. On est donc loin de pouvoir proposer, à l'heure actuelle, un diagnostic génétique de prédisposition, avec les avantages qu'une telle mesure pourrait comporter (prévention, sensibilisation, traitement précoce). L'histoire des relations entre génétique et pathologie psychiatrique montre toutefois que les progrès dans les connaissances en biologie moléculaire permettent d'approcher des pathologies de déterminisme de plus en plus complexe. Il existe en effet trois modèles encourageant pour les études ultérieures sur la génétique des addictions : le diabète, l'obésité et les coronaropathies. Dans ces trois pathologies, toutes multifactorielles, avec une composante environnementale indéniable, des gènes ont été mis en évidence et ont ainsi permis de mieux comprendre les mécanismes de la maladie. C'est à chaque fois l'isolement d'une sous-population spécifique qui a permis cette découverte, le diabète non insulino-dépendant du sujet jeune (MODY), l'obésité avec prise rapide de poids et absence de compensation par augmentation de l'activité physique, les coronaropathies à dyslipidémie familiale. L'isolement de tels phénotypes dépend des avancées de la connaissance à partir des approches cliniques, épidémiologiques, pharmacologiques, génétiques et expérimentales des troubles considérés. On peut raisonnablement penser que la caractérisation de ces groupes homogènes est proche.

II – Addictions et vulnérabilité neurobiologique

Tous les individus qui utilisent de la drogue ne deviennent pas nécessairement dépendants. Il existe donc des vulnérabilités individuelles ou des processus de protection vis-à-vis de la toxicomanie. Une part est bien sûr innée: nous venons d'envisager la part de la vulnérabilité génétique, la sensibilité aux substances psychoactives des circuits dopaminergiques diffère d'un individu à l'autre, comme nous l'avons vu dans les lignées pures animales.

Mais la susceptibilité dépend aussi de l'histoire de l'individu, en particulier des situations stressantes ou conflictuelles qu'il a pu rencontrer au cours de son existence. De cette histoire individuelle dépend le seuil de stimulation et la sensibilité des circuits dopaminergiques, mais aussi corticotropes et opioïdiques.

1) Des stress provoqués avant la naissance où juste après celle-ci, augmenteraient le comportement d'auto-administration (Glick 1977; Jacobson 1990; Blanchard 1992; Deminière 1992, Henry 1997

2) Différents auteurs (Schenk 1987; Higley 1991) ont montré que des stress répétés augmentaient l'auto-administration d'alcool et d'amphétamines.

3) . La privation de relations sociales entre animaux ou entre jeunes et adultes stimule l'auto-administration de composés très variés (alcool, héroïne, cocaïne, THC) par rapport aux groupes contrôles (Schenk 1987; Higley 1991).

4) - Le stress active la libération de dopamine et, selon toute vraisemblance, des stress chroniques augmentent ce seuil.. (Pier Vincenzo Piazza et Hervé Simon)

5) - Les sécrétions de corticoïdes induites par le stress augmentent la réactivité aux produits toxicomanogènes des neurones libérant la dopamine.

Ces différents travaux mettent en évidence que la vulnérabilité neurobiologique, traduisant la sensibilité des circuits impliqués dans les mécanismes de dépendance, est variable d'un individu à l'autre. Cette sensibilité des différents circuits est influencée et modulée par les stress environnementaux, que ceux-ci soient périnataux, durant l'enfance ou même à l'âge adulte (en particulier pour les stress sociaux ou les privations relationnelles).



Génétique et alcoolisme

Les études de marqueurs génétiques

- Les études d'association
 - La plupart des Asiatiques de l'Est présentent une forme moins active de l'enzyme responsable d'une hypersensibilité lors de la prise d'alcool (flush, malaise) : allèle de protection (ALDH 2)
 - Blum découvre **une forme allèle**, dénommée **A1**, de la région du **récepteur D2 à la dopamine**
 - **L'allèle A1 est fortement associé à une hyposensibilité** (baisse de l'affinité, mais non de la concentration) **des récepteurs D2 à la dopamine**
- Les études de liaison
 - Schuckit a mis en évidence certaines caractéristiques de réactivité hormonale et neurologique propres aux alcooliques "familiaux" et à leurs descendants
 - Résultats évocateurs d'une hyposensibilité à la prise d'alcool chez les malades et leurs apparentés.

Sources : Blum 1995 - Schuckit 1986 - Noble 1994

29



Y-a-t-il des facteurs génétiques communs aux différentes addictions?

- Les études de jumeaux
 - Lorsque le sujet souffre de dépendance (alcoolisme ou autre toxicomanie) le risque de dépendance chez le frère (ou la sœur) augmente
 - Excès de concordance chez les monozygotes par rapport aux dizygotes, pour l'alcoolisme (76% vs 61%) comme pour les autres toxicomanies (63% vs 44%)
- Les études d'adoption
 - L'odds ratio de toxicomanie chez les parents biologiques d'enfants toxicomanes adoptés est au moins égal à 2 ($OR \geq 2$), quel que soit le toxique considéré (Cadoret)

Sources : Cadoret 1978 - Pickens 1995 - Noble 1991

30

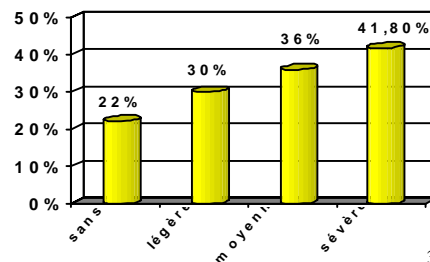


Y-a-t-il des facteurs génétiques communs aux différentes addictions?

- Les études de marqueurs génétiques (suite)

- Forte association entre la présence de l'allèle A1 et la toxicomanie à la cocaïne (50,9% chez les malades, 16% chez les sujets sains)
- L'allèle A1 représenterait un facteur de risque pour un syndrome de "déficit des systèmes de récompense »
- L'allèle A1 est de plus en plus fréquent au fur et à mesure que les comportements addictifs sont plus sévères (substance plus addictive, consommée plus fréquemment et de manière plus importante).

Fréquence de l'allèle A1 selon le type de toxicomanie



Sources : Blum1993 - Smith 1992

31

Addictions et vulnérabilité neurobiologique

- Vulnérabilités individuelles vs. processus de protection
- De l'histoire individuelle dépend le seuil de stimulation et la sensibilité des circuits dopaminergiques, mais aussi corticotropes et opioïdiques.
 - 1) des stress provoqués avant la naissance augmenteraient le comportement d'auto-administration
 - 2) des stress répétés augmenteraient l'auto-administration d'alcool et d'amphétamines.
 - 3) la privation de relations sociales entre animaux ou entre jeunes et adultes stimule l'auto-administration (alcool, héroïne, cocaïne, THC)
 - 4) le stress active la libération de dopamine
 - 5) les sécrétions de corticoïdes induites par le stress augmentent la réactivité aux produits toxicomanogènes des neurones libérant la dopamine.
- Cette sensibilité des différents circuits est influencée par les stress environnementaux, périnataux, de l'enfance à l'âge adulte.

Sources : Henry Schenk - Higley - Piazza 1989

32

Troisième partie

❖ Les risques des pratiques addictives

Chapitre 1

Une politique cohérente implique d'analyser, pour chaque produit : la dépendance, les dommages induits, la place sociale

La consommation d'un produit psychoactif présentera deux types de risques, reliés mais non parallèles :

- le risque d'installation d'une dépendance :

L'évolution de l'abus à la dépendance est progressive, mais non inéluctable. Elle dépend beaucoup du potentiel toxicomanogène de la substance concernée, mais aussi, nous y reviendrons, de déterminants personnels et environnementaux

- le risque d'apparition de complications :

- physiques,
- psychologiques,
- sociales.

Cette différenciation a une valeur didactique, mais aussi stratégique car chacune de ces problématiques nécessitera un type de réponse particulier :

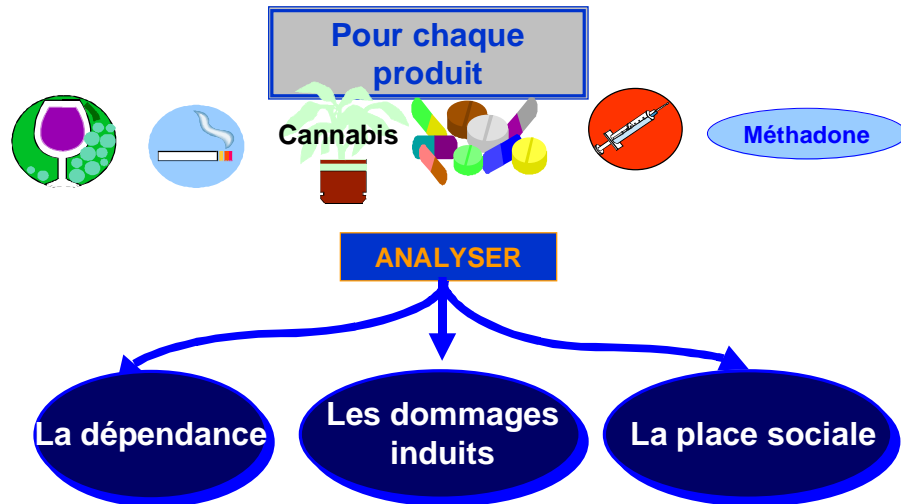
- la problématique de la dépendance : elle implique d'éviter l'installation de la dépendance et d'obtenir un changement dans les comportements de consommation (retour à une consommation modérée, ou abstinence s'il y a lieu).

- la problématique de la nocivité : elle implique de mener une politique sanitaire comprenant :

- la réduction de risques, visant à empêcher ou à limiter l'apparition des complications physiques, psychiques ou sociales liées à la consommation des produits.
- le traitement de ces complications et des comorbidités

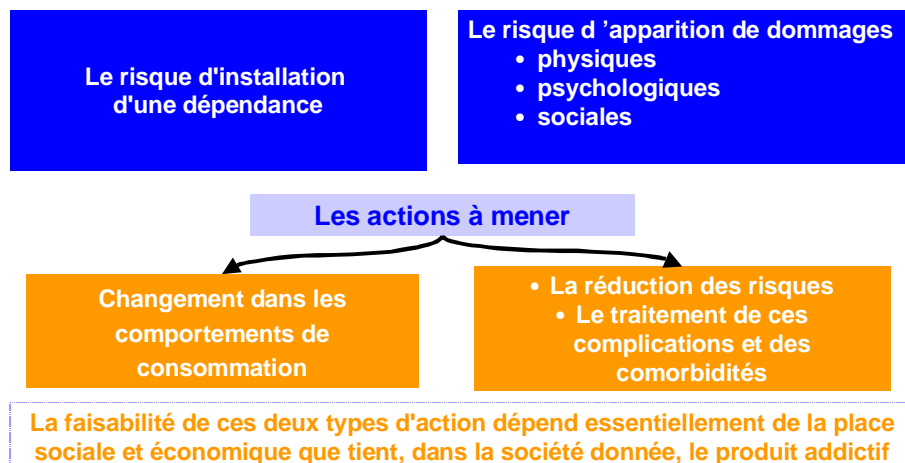
La faisabilité de ces deux types d'action dépend essentiellement de la place sociale et économique que tient, dans une société donnée, le produit addictif. Les actions concernant la consommation d'un produit dépendront donc des représentations sociales de sa consommation, de l'importance des motivations sociales à ces actions et de l'intérêt qu'y porteront les acteurs sociaux, politiques et économiques.

Les risques des pratiques addictives une politique cohérente



33

Deux types de risques Deux types d'actions



34

Chapitre 2

Le risque de dépendance

I - Le risque de dépendance est facteur de la vulnérabilité, du produit et de l'exposition

Le risque de dépendance peut se représenter avec l'aide d'une métaphore, simplification parlante énoncée par Claude OLIEVENSTEIN à propos de la toxicomanie.

"La toxicomanie c'est la rencontre entre un individu, un environnement et un produit".

De façon plus détaillée (Reynaud M. 1982) on peut évaluer le risque de dépendance à un produit comme la résultante de l'interaction entre trois facteurs : la vulnérabilité, les caractéristiques liées au produit et l'exposition

R dep : V.P.E

R dep : risque de dépendance – V : vulnérabilité – P : caractéristiques liées au produit – E : exposition

V représente les facteurs de vulnérabilité (et de résistance) d'un individu. Les facteurs de vulnérabilité comprennent des facteurs génétiques et des facteurs psychologiques.

Nous avons détaillé ces facteurs de vulnérabilité dans la deuxième partie, analysant les déterminants des pratiques addictives

P représente les caractéristiques liées au produit :

.ses potentialités toxicomanogènes (ses capacités à induire plus ou moins rapidement une dépendance).

- . les quantités consommées
- . les durées de consommation
- . les modes de consommation.

E représente les facteurs d'Exposition à un produit, dans une société ou une micro société donnée.

On comprend alors aisément que plus l'Exposition est élevée (ce qui est par exemple le cas de l'alcool en France), moins il est nécessaire d'avoir une forte vulnérabilité (ce qui explique, par exemple, les "alcoolismes d'entraînement"). A l'inverse, lorsque l'exposition est faible (pour l'héroïne, par exemple) on retrouvera d'importants facteurs de vulnérabilité. Toutefois, certaines microcultures présentent une exposition plus importante à l'héroïne.

De même lorsque le facteur Produit est important (par exemple, le tabac induit une dépendance rapide) les paramètres sociaux ou personnels passent au second plan. Ce risque toxicomanogène propre à un produit peut s'évaluer sur la rapidité d'installation de la dépendance induite chez l'animal. Il peut s'évaluer également de façon très parlante par le rapport consommateurs dépendants/consommateurs non dépendants.

L'évaluation du risque de dépendance lié à un produit pour un individu, ou pour une société, devra donc tenir compte de ces trois facteurs. On comprend également que l'on puisse diminuer ce risque :

- soit en jouant sur la vulnérabilité mais ceci pose sur un plan général des problèmes éthiques et pratiques (définition des personnalités à risque, connaissances génétiques balbutiantes en ce domaine). En revanche, sur un plan individuel, le soutien des sujets en

difficulté et le renforcement des attitudes et facteurs de résistance est tout à fait légitime.

- soit en jouant sur les potentialités toxicomanogènes du produit (richesse en principe actif, modes de consommation).

- soit en jouant sur l'exposition (diminution globale de la consommation ou diminution dans certaines populations à risque - les jeunes notamment -).

Aucun de ces éléments ne doit être éludé pour une appréhension globale du phénomène ; on comprend alors qu'un spécialiste ne puisse totalement maîtriser les disciplines concernées par une aussi vaste problématique. Ceci explique la plupart des oppositions et querelles de chapelles, traduction de l'étroitesse de vue des protagonistes : un pharmacologue pourra oublier les déterminants sociaux ou un psychologue négliger les effets biologiques des produits. Bien des débats entre spécialistes se limitent à des oppositions entre des vues partielles toutes vraies mais toutes incomplètes.

Nous allons dans les paragraphes suivants étudier les facteurs liés aux produits et les facteurs d'exposition sachant que les facteurs de vulnérabilité ont été traités dans la deuxième partie.

II- Facteurs liés aux produits - Comparaison entre les risques de dépendance aux différentes substances psychoactives

Peu de travaux ont étudié comparativement le risque de dépendance aux diverses substances psychotropes. L'enquête réalisée par G. Woody en 1993 apporte des faits précis à partir d'un travail réalisé à l'Université de Washington.

Environ 1.100 sujets furent interrogés dans le cadre d'une étude s'appuyant sur les critères du DSMIV. Le critère de recrutement était l'usage de la substance à plus de 6 reprises au cours de la vie.

Les critères 1 à 9 et le critère 11 du DSM IV furent utilisés pour évaluer la dépendance, selon le nombre d'items présents (absence de dépendance, dépendance faible, dépendance moyenne ou forte) et ainsi la quantifier. Un autre score fut établi, basé sur l'intensité et la fréquence de l'utilisation les sujets classés en trois groupes : consommation faible, moyenne ou forte. Les résultats sont résumés dans les tableaux suivants tirés de l'article de G. Woody

Sévérité de la dépendance à l'héroïne en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	36%	7%	10%	18%
3-4 légère	4%	9%	13%	9%
5-6 moyenne	11%	9%	5%	9%
7-9 sévère	49%	74%	72%	64%

Sévérité de la dépendance à la cocaïne en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	29%	7%	6%	14%
3-4 légère	15%	11%	5%	10%
5-6 moyenne	20%	21%	16%	19%
7-9 sévère	36%	62%	73%	57%

Sévérité de la dépendance aux amphétamines en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	84%	54%	31%	57%
3-4 légère	13%	28%	13%	18%
5-6 moyenne	3%	5%	25%	11%
7-9 sévère	0%	13%	31%	15%

Sévérité de la dépendance à l'alcool en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	88%	45%	8%	47%
3-4 légère	8%	22%	12%	14%
5-6 moyenne	3%	15%	19%	12%
7-9 sévère	1%	17%	61%	27%

Sévérité de la dépendance au cannabis en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	85%	53%	35%	59%
3-4 légère	11%	21%	24%	18%
5-6 moyenne	2%	14%	23%	13%
7-9 sévère	3%	12%	17%	10%

Sévérité de la dépendance au tabac en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	18%	14%	5%	13%
3-4 légère	28%	30%	22%	27%
5-6 moyenne	34%	39%	51%	40%
7-9 sévère	19%	17%	23%	20%

Si l'on compare l'importance de la consommation et celle de la dépendance, on voit que même pour une faible consommation, une dépendance moyenne ou forte est présente dans :

- 60 % des cas pour l'héroïne
- 56 % des cas pour la cocaïne
- 53 % pour le tabac,

alors que pour l'alcool, le cannabis et les amphétamines, les chiffres sont inférieurs à 10%

Les trois substances ayant le pouvoir addictif le plus fort sont l'héroïne, la cocaïne et la nicotine de la feuille de tabac ; mais l'intensité de la dépendance est différente pour chacune d'entre elles : pour l'héroïne une dépendance forte est présente dans 64% des cas, le chiffre est de 57 % pour la cocaïne et seulement 20 % pour le tabac. Si l'on regroupe les dépendances moyenne et forte, les substances se répartissent ainsi :

- 60% des cas et plus pour l'héroïne-la cocaïne et le tabac
- environ 40% pour l'alcool
- moins de 25% pour le cannabis-les amphétamines.

Sévérité de la dépendance selon les critères du DSMIV

Dépendance	Héroïne	Cocaïne	Amphétamines	Alcool	Cannabis	Tabac
Absente	18%	14%	57%	47%	59%	13%
Faible	9%	10%	18%	14%	18%	27%
Moyenne	9%	19%	11%	12%	13%	40%
Forte	64%	57%	15%	27%	10%	20%

Ainsi, schématiquement ces substances se différencient très nettement en deux groupes, selon leur pouvoir addictif. Celui-ci est fort pour héroïne-cocaïne-tabac, faible pour alcool-amphétamines¹-cannabis. Bien évidemment pour obtenir une évaluation du nombre de sujets dépendants à un produit il faut croiser les données de consommation (nombre de consommateurs et quantités consommées) avec le pouvoir addictif de ce produit.

III- Facteurs d'exposition - La loi de Ledermann

La loi de Ledermann, loi statistique, établit un lien mathématique entre la consommation moyenne d'alcool par habitant et l'importance des problèmes liés à l'alcool dans la population (nombre de buveurs excessifs, mortalité).

Ainsi deux grandes études (citées dans Reynaud M. – Parquet P.J.) rappellent qu'il n'y a pas de coupure entre la population des buveurs modérés et celle des grands buveurs :

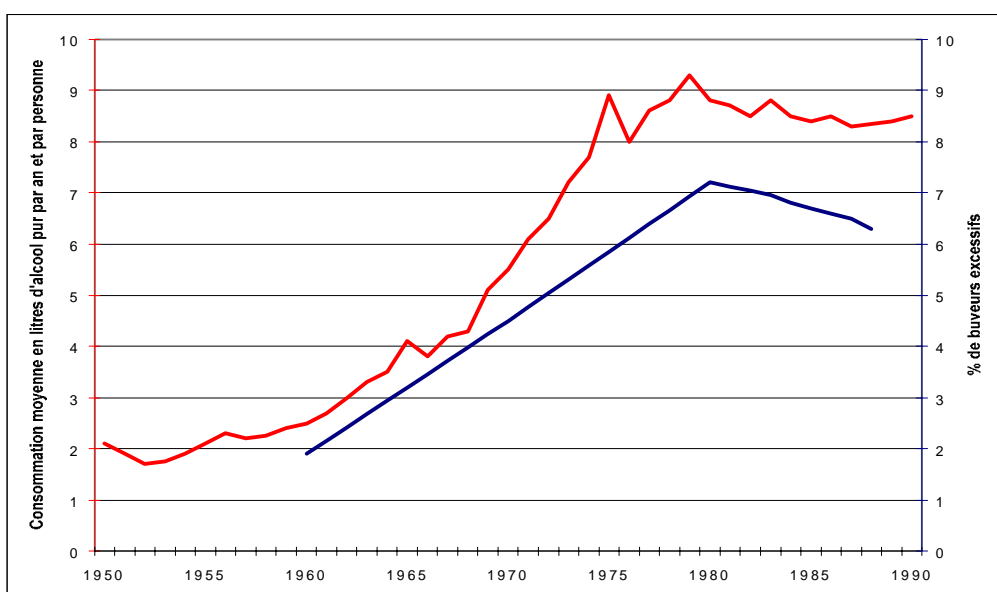
- O.J.Skog, chercheur norvégien, montre, à partir de 21 enquêtes menées dans 9 pays (dont la France) au cours des années 1950, 60 et 70, que la consommation des buveurs, quel que soit le rang qu'ils occupent dans l'échelle des consommations, est en relation étroite avec la consommation moyenne de la population à laquelle ils appartiennent. Il en résulte que, dès lors que le seuil de consommation excessive est fixé pour l'ensemble des populations, la proportion des buveurs excessifs augmente avec la consommation moyenne.

- une comparaison internationale, portant sur des données plus étendues (une trentaine de pays) et plus récentes, aboutit à des résultats très proches : la prévalence des consommations excessives augmente régulièrement avec la consommation moyenne.

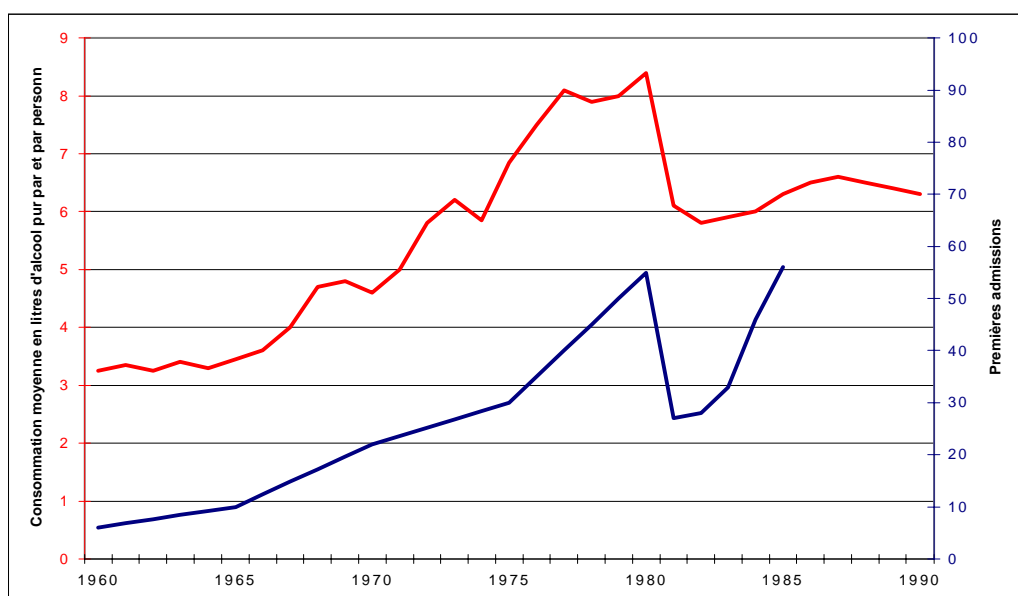
Ces résultats sont encore confirmés par des enquêtes nationales :

¹ Ce travail porte sur les amphétamines et ne peut pas être extrapolé à l'ectasy, bien que les données disponibles paraissent assez proches

- aux Pays-Bas, la proportion de buveurs excessifs a évolué parallèlement à la consommation moyenne d'alcool pur par habitant



- en Pologne, on observe un parallélisme saisissant entre la consommation moyenne et le nombre de premières admissions à l'hôpital pour alcoolisme ou psychose alcoolique). Ces statistiques mettent en évidence que l'entrée dans la sous-population des buveurs excessifs - dont les premières admissions hospitalières sont un indicateur fiable - est sous l'étroite dépendance des variations de la consommation moyenne.



La polémique

En France, des avis divergents sont apparus lors des débats des années 1980 aboutissant à l'amendement Barrot. Schématiquement, deux positions s'affrontent :

- pour les uns, l'importance des problèmes liés à l'alcool est corrélée directement au niveau de la consommation moyenne d'alcool de la population. Dès lors, la prévention doit viser l'ensemble de la population. Un levier important de cette prévention est l'action des pouvoirs publics sur la réduction de l'offre collective d'alcool, par le biais du contrôle des débits de

boissons, de la protection des mineurs, de l'encadrement de la publicité.

- pour les autres, les alcooliers en particulier, les conséquences de la consommation excessive d'alcool ne concernent qu'un petit nombre, dont le mode de consommation est différent. A chacun donc de déterminer son niveau de consommation, à la condition certes qu'une éducation soit faite, concernant la consommation d'alcool dans des situations particulières (alcool au volant, alcool chez une femme enceinte...). Aussi, la politique de prévention doit-elle être ciblée sur la consommation excessive et la dépendance, en développant le dépistage précoce, et en augmentant les moyens de prise en charge, tant sanitaire que psychologique ou sociale.

Or, le risque alcoolique est facteur :

- . de l'exposition (facile en France où l'alcool est disponible et relativement abordable) : c'est là l'apport principal de Ledermann
- . mais aussi de la vulnérabilité individuelle
- . et de la dangerosité du produit (caractéristiques et surtout modalités de consommation, en particulier lors des ivresses ou de la conduite sous l'emprise de l'alcool)

Dans le même ordre d'esprit, les polémiques actuelles autour de la dépénalisation du haschich ou de la distribution contrôlée d'héroïne dépendent essentiellement des représentations sociales de ces produits. L'analyse objective des risques entraînés par leur consommation passe au second plan.

Ces réflexions sur la loi Ledermann, énoncées pour la consommation d'alcool, peuvent s'appliquer à toutes les consommations de substances psychoactives

Une politique cohérente devrait donc essayer d'influer sur les trois facteurs :

- **en agissant sur les populations à risque** (sujets jeunes, ou présentant des troubles de la personnalité, ou des troubles psychiatriques, vulnérabilité génétique ...)
- **en agissant sur les consommations à risque** (ivresse, conduite automobile ...)
- **en diminuant la quantité globale consommée**, afin de diminuer les complications physiques, psychiques et sociales. Cette décision doit être un choix politique tenant compte des bénéfices et des risques, sachant que toute consommation entraînant des risques aura des conséquences sanitaires et sociales.

Le risque de dépendance

"La toxicomanie c'est la rencontre entre un individu, un environnement et un produit" Claude Olievenstein

Risque de dépendance =
Vulnérabilité (V) x Caractéristiques liées au produit (P) x Exposition (E)



Sources : Reynaud 1982

35

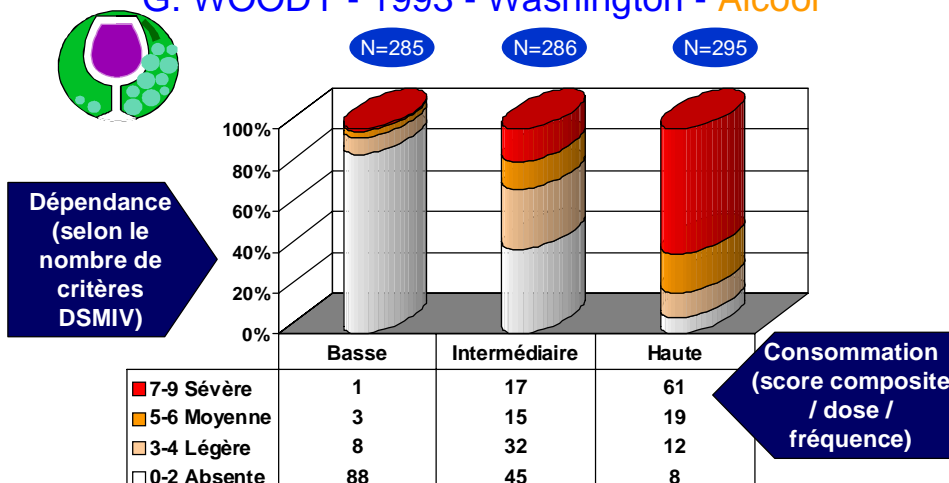
Le risque de dépendance

Facteurs liés aux produits

36

Comparaison entre les risques de dépendance aux différentes substances psychoactives

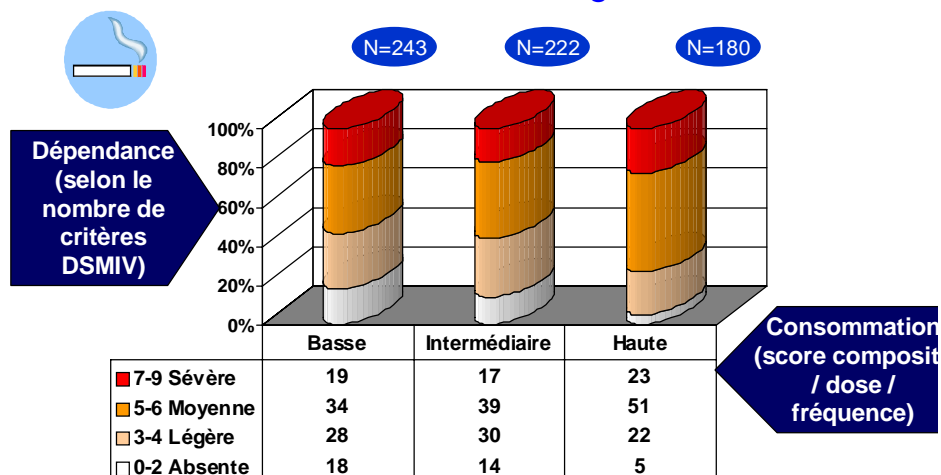
G. WOODY - 1993 - Washington - Alcool



37

Comparaison entre les risques de dépendance aux différentes substances psychoactives

G. WOODY - 1993 - Washington - Tabac

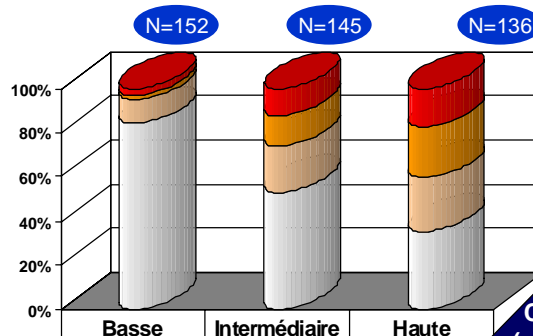


38

Comparaison entre les risques de dépendance
aux différentes substances psychoactives
G. WOODY - 1993 - Washington - Cannabis



Dépendance
(selon le
nombre de
critères
DSMIV)



	Basse	Intermédiaire	Haute
7-9 Sévère	3	12	17
5-6 Moyenne	2	14	23
3-4 Légère	11	21	24
0-2 Absente	85	53	35

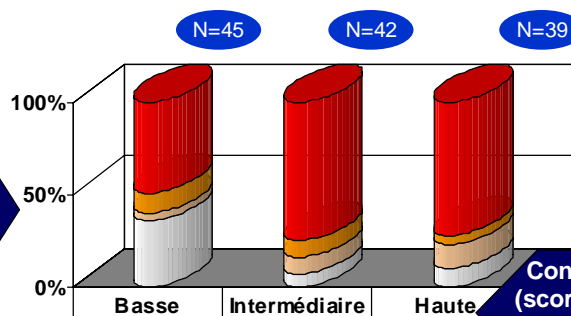
Consommation
(score composite
/ dose /
fréquence)

39

Comparaison entre les risques de dépendance
aux différentes substances psychoactives
G. WOODY - 1993 - Washington - Héroïne



Dépendance
(selon le
nombre de
critères
DSMIV)

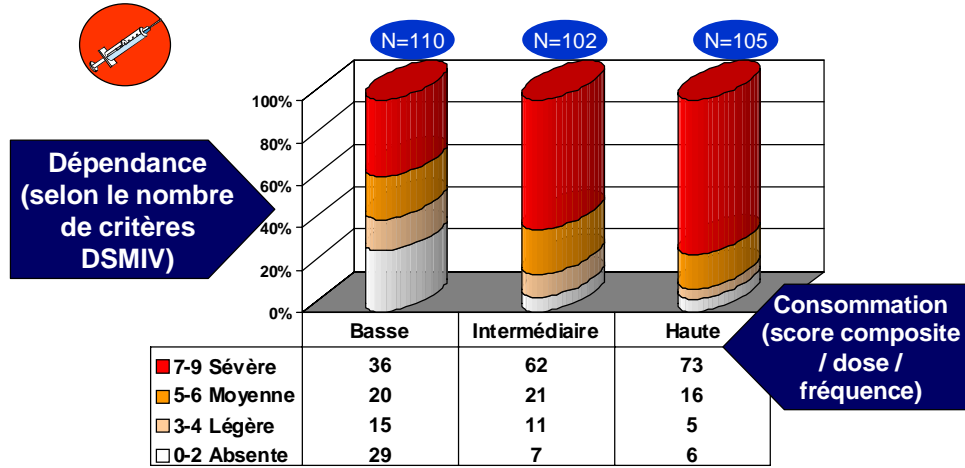


	Basse	Intermédiaire	Haute
7-9 Sévère	49	74	72
5-6 Moyenne	11	9	5
3-4 Légère	4	9	13
0-2 Absente	36	7	10

Consommation
(score composite
/ dose /
fréquence)

40

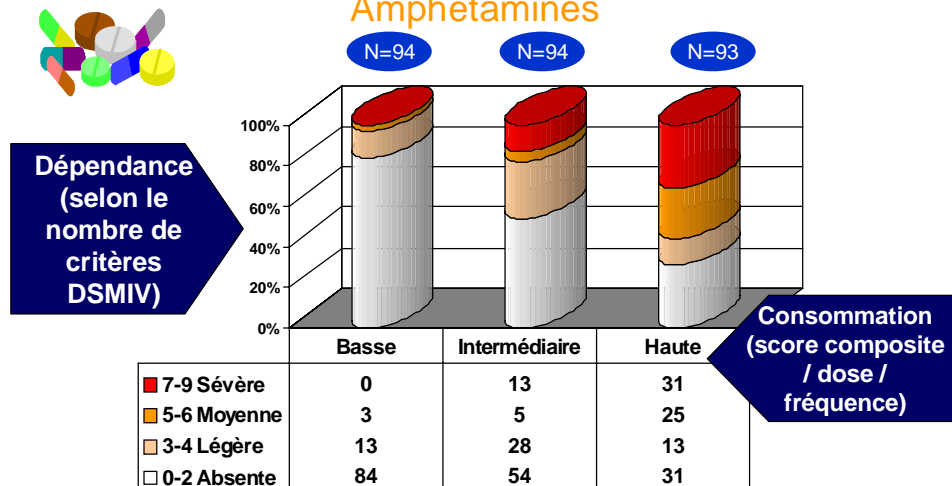
Comparaison entre les risques de dépendance
aux différentes substances psychoactives
G. WOODY - 1993 - Washington - **Cocaïne**



41

Comparaison entre les risques de dépendance
aux différentes substances psychoactives
G. WOODY - 1993 - Washington -

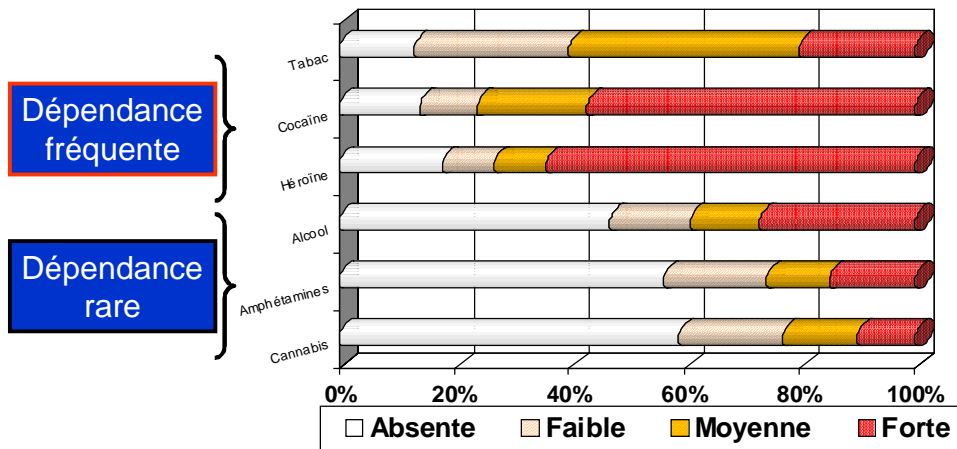
Amphétamines



42

Sévérité de la dépendance selon les critères du DSMIV

G. WOODY (Addiction 1993, 88 : 1573 - 1579)



Sources : Woody 1993

43

Le risque de dépendance


Facteurs d'exposition

44

Loi de Ledermann

- **La loi de Ledermann**, loi statistique, établit un lien entre la consommation moyenne d'alcool par habitant et l'importance des problèmes liés à l'alcool dans la population (nombre de buveurs excessifs, mortalité).
- Deux grandes métaanalyses :
 - O.J.Skog, 21 enquêtes, la consommation des buveurs est en relation étroite avec la consommation moyenne de la population
 - Des données plus étendues (une trentaine de pays) et plus récentes : la prévalence des consommations excessives augmente régulièrement avec la consommation moyenne

45



Polémique autour de la loi de Ledermann Réflexions pour une politique de prévention des consommations nocives

- Une politique cohérente devrait essayer d'influer sur les trois facteurs :
 - **en agissant sur les populations à risque** (sujets jeunes, ou présentant des troubles de la personnalité, ou des troubles psychiatriques, vulnérabilité génétique ...)
 - **en agissant sur les consommations à risque** (ivresse, conduite automobile ...)
 - **en diminuant la quantité globale consommée**, afin de diminuer les complications physiques, psychiques et sociales. Cette décision doit être un choix politique tenant compte des bénéfices et des risques, sachant que toute consommation entraînant des risques aura des conséquences sanitaires et sociales.

46

Chapitre 3

Les différents produits et les différents types de risque

I - L'alcool

sources :Reynaud M. – Parquet P.J.

Dans son rapport sur la santé en France en 1994, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) a défini comme déterminant prioritaire, parmi les objectifs d'amélioration de la santé, les consommations d'alcool. Il est admis que deux catégories d'action sont possibles pour limiter les problèmes liés à la consommation abusive d'alcool : décès prématurés, morbidité importante, souffrances personnelles et sociales, coût extrêmement élevé pour la collectivité (au moins 20 milliards pour les conséquences sanitaires, et plus de 60 milliards pour les conséquences sociales) :

- la première porte sur la modification de certains comportements individuels de consommation d'alcool
- la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins.

La mission ministérielle concernant les personnes en difficulté avec l'alcool et le rapport (Reynaud M. – Parquet P.J.) édité au CFES, ont fait le point sur le problème de l'usage, de l'usage nocif et de la dépendance en France..

1) La consommation d'alcool

Des raisons sociologiques extrêmement fortes empêchent le repérage et le traitement des troubles liés à l'alcool : l'alcool ayant un poids culturel et économique très important

a) Les représentations de la consommation d'alcool

Cinq modèles de consommation peuvent être distingués dans les textes religieux, médicaux :

● **La consommation "alimentaire" et bénéfique (essentiellement de vin ou de bière) comme complément du repas)**

Un bon repas "bien arrosé" en France comporte vin et viande de façon obligatoire, surtout s'il y a un homme à table.

La consommation de vin est donc aussi une manière de marquer un certain mode de vie reconnu comme "national"

Cette consommation de vin "alimentaire" est favorisée par certaines publications médicales qui prescrivent la mesure dans la consommation.

● **La consommation d'alcool comme symbole de sociabilité**

En règle générale, la consommation de boissons sera d'autant plus alcoolisée que l'occasion est socialement investie. Lors de grands événements sociaux positifs ou négatifs, contrats, alliances, changements de vie, de métier, même les plus tempérants s'autoriseront une consommation d'alcool, comme s'il y avait une sorte de nécessité sociologique au boire alcoolisé.

● **La consommation d'alcool comme symbole de fête**

Depuis les Grecs, le vin évoque la joie, la vie, le sang, le bien-être, la chaleur, la puissance virile, il inspire toute poésie et toute œuvre lyrique. Cette symbolique s'est étendue au cours des siècles aux autres boissons alcooliques.

Les vertus notamment anxiolytiques et désinhibitrice accordées à l'alcool font qu'on lui confère un rôle majeur dans la réussite d'une fête, en particulier les jeunes.

● **La consommation d'alcool comme marqueur culturel**

La connaissance œnologique fait partie du bagage culturel des élites françaises depuis au moins le XIX^e siècle.

● **La consommation pathologique : l'alcoolisme.**

A l'opposé de toutes ces représentations positives, il existe une représentation franchement négative : l'alcoolisme. Le boire pathologique, opposé au boire festif ou au boire esthétique, serait un échec du savoir boire, caractérisé par des troubles du comportement des pathologies psychologiques et somatiques, un retentissement social négatif, une alcoolodépendance, une mortalité élevée. Ce boire pathologique serait dommageable pour la personne, pour son entourage, pour la société. Il entraîne des dépenses médico-sociales élevées, des désordres sociaux importants notamment des comportements délictueux voire criminels. Il s'illustre par les stéréotypes de l'alcoolisme : l'ivrogne, la femme alcoolique, la clochardisation ... Le paradoxe de l'ivresse en est la meilleure illustration : valorisée en cas de fête, elle a une représentation uniquement négative chez l'ivrogne.

● **Pas de représentation de la consommation nocive de l'abus**

L'alcool (vin, champagne, cognac ...) est pour la France un marqueur identitaire, symbole de l'identité française dans ce qu'elle a de plus positif : la gaieté, la paillardise, le bien-vivre, la qualité de vie ... Tous les symboles positifs précédemment décrits recouvrent de leur grande ombre l'apparition progressive des difficultés liées à la consommation d'alcool, et ne permettent à notre société que de se représenter l'alcoolodépendance et ses complications : il n'y a aucune représentation de la progressivité des consommations nocives. On passe sans transition de la consommation très "positive", extrêmement valorisée socialement, à "l'alcoolisme" de l'ivrogne. Toute la longue phase des consommations à risque et de l'abus d'alcool est un «trou noir sociologique».

Il faut enfin rappeler que la grande majorité des Français ne bénéficient que des éléments positifs de la consommation d'alcool, ce qui rend d'autant plus difficile la conduite d'une politique publique de lutte contre l'alcoolisme et surtout contre l'abus d'alcool.

b) La consommation d'alcool en France : particularités et tendances

Ainsi, malgré une diminution régulière, la consommation usuelle de vin forme encore les deux tiers de la consommation totale d'alcool dans les années 1990. Mais il faut noter l'augmentation importante de consommation de bière à haut degré d'alcool et des alcools forts, en particulier chez les jeunes, population sur laquelle il faut particulièrement agir en matière de prévention.

Une augmentation inquiétante de la consommation d'alcool chez les jeunes.

D'après la DGS et le CFES, alors que la fréquence pour tous types de boissons alcooliques avait significativement diminué chez les jeunes de 1984 à 1991, elle a progressé depuis :

- 65 % des 12-18 ans consommaient de l'alcool en 1995, contre 47 % en 1991
- la consommation d'alcool fort a doublé entre 1991 (25 %) et 1995 (47 %)
 - quant au nombre d'ivresses, on constate une forte augmentation, supérieure à 30%.

c) De la consommation à la dépendance

● La non consommation d'alcool

Qu'il s'agisse d'abstinence primaire ou d'abstinence secondaire, l'influence de l'environnement et du milieu s'avère de première importance et une action sur l'ensemble de la société doit être développée, car le modèle normal proposé à chacun d'entre nous par notre milieu est celui du consommateur. Le milieu culturel français s'avère souvent hostile à ces non consommateurs

● La consommation socialement réglée

Dans le cadre de cette consommation réglée, on constate que notre société développe une valorisation de ce comportement, allant même jusqu'à mettre en avant les bénéfices que la personne et la société pourraient tirer de cette consommation.

Cette consommation correspond à une consommation contrôlée de boissons alcooliques, dans le cadre du savoir boire. C'est sur cette base que sont construites certaines actions de prévention qui visent à développer chez chacun d'entre nous un savoir boire susceptible de n'entraîner aucun dommage. Cette consommation socialement réglée demeurera le comportement de consommation habituel pour la forte majorité de la population.

● La consommation à risque

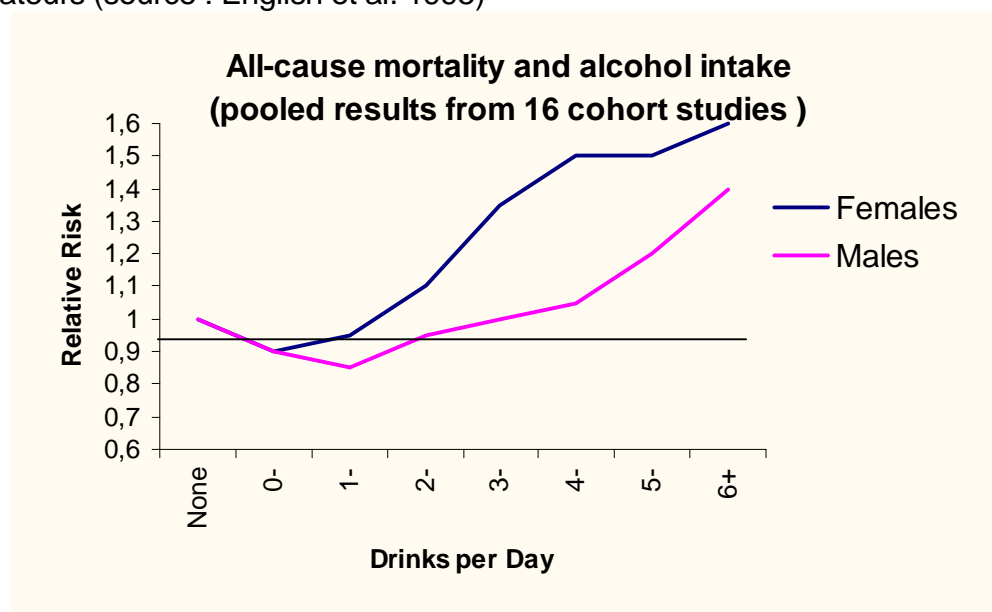
Il convient donc d'affirmer très fortement que, dans certaines circonstances, même cette consommation socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. Il convient donc que le consommateur soit parfaitement informé de ces risques, tant par les pouvoirs publics que par les producteurs.

Afin de bien clarifier cette notion de consommation à risque, **il convient de se représenter ce risque de deux manières :**

- d'une part un risque sur le long terme

Les données épidémiologiques les plus solides permettent d'affirmer la corrélation entre l'augmentation de la mortalité et la quantité globale d'alcool consommée : la mortalité augmente au delà d'une consommation globale supérieure à 4 verres/jour (tous les jours : soit 28 unités par semaine) pour les hommes (et 2 verres/jour pour les femmes). Rappelons que l'on considère qu'un verre = 0,10g d'alcool = 1 unité.

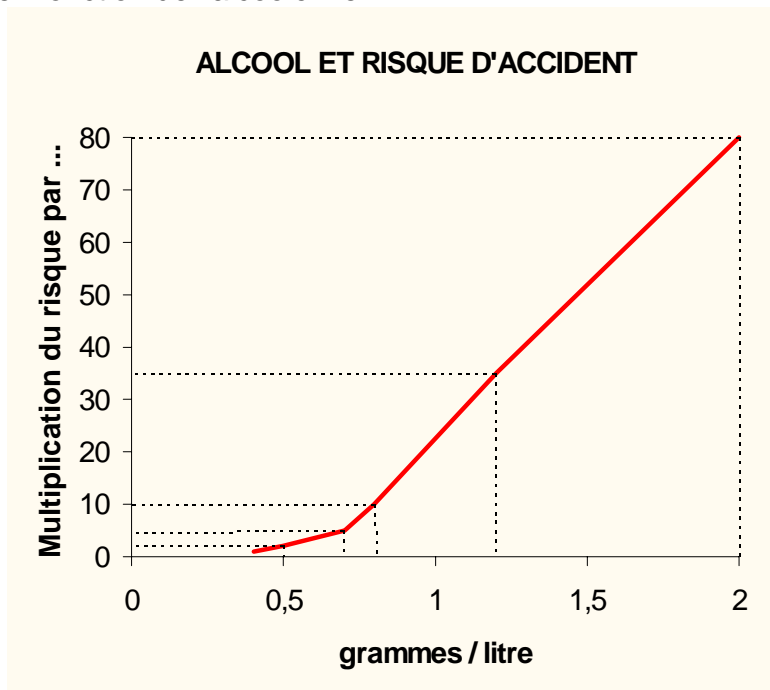
Le tableau suivant, retenu par l'OMS, présente une métaanalyse de 16 cohortes de consommateurs (source : English et al. 1995)



- d'autre part, un risque en cas de consommation dans certaines circonstances

La dangerosité s'explique par l'abaissement des compétences nécessaires à la réalisation de certaines **tâches (conduite automobile, conduite d'engins, mais aussi tâches professionnelles)**. L'alcool diminue les habiletés psychomotrices ; cette diminution est liée exponentiellement à la quantité absorbée.

La meilleure illustration en est donnée par la courbe suivante représentant le risque d'accident routier en fonction de l'alcoolémie.



Des courbes similaires existent en ce qui concerne les accidents du travail.

Ces données épidémiologiques peuvent être nuancées et adaptées en fonction de la plus ou moins grande vulnérabilité de chaque individu.

d) L'abus d'alcool

Mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative.

- Trois types cliniques de comportement de consommation nocif d'alcool peuvent être repérés:
- une utilisation répétée d'alcool provoquant des dommages récurrents et significatifs
 - une utilisation répétée de l'alcool dans des situations où l'usage en est particulièrement risqué
 - des alcoolisations massives et dangereuses comportant une ivresse, une désinhibition ou des troubles du comportement.

De multiples raisons sociologiques et économiques, nous l'avons vu, tendent à occulter l'abus d'alcool derrière la consommation habituelle, dite "normale". L'abus d'alcool se caractérise par des dommages et des souffrances liés à une consommation répétée (sans qu'il y ait encore de dépendance). Mais tout se conjugue pour confondre cette consommation pathologique avec la consommation habituelle ou festive de la population française. Le retard au diagnostic, aggravé par l'absence de connaissances des stratégies thérapeutiques dans cette phase des conduites d'alcoolisation, permet l'installation ultérieurement d'une véritable alcoolo-dépendance, ou, plus précocement, l'apparition des conséquences familiales et sociales souvent dramatiques de l'abus d'alcool, en y incluant, évidemment, une part importante de l'accidentalité routière et des violences..

e) La dépendance :

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture d'avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. A ce stade le diagnostic ne pose en général pas de problèmes, s'appuyant sur la tolérance, les symptômes de sevrage et la place prise par l'alcool dans la vie du patient.

2) Les dommages induits

La prévalence dans le système de soins

● En ambulatoire

Diverses études permettent d'évaluer que les patients ayant un risque lié à l'alcool et ceux souffrant déjà d'une pathologie liée à l'alcool représentent 20% des consultants adultes (30 % chez les hommes, 11% chez les femmes). Dans 5% des cas, il s'agit d'alcoolodépendants

● A l'hôpital

L'enquête nationale sur les hospitalisés, menée par le CREDES en 1991/1992, représente actuellement en France une des principales sources de données.

D'après cette enquête, 13 % de l'ensemble des patients hospitalisés souffrent d'alcoolisme, soit 59 000 patients présents en hospitalisation complète un jour moyen de l'année ou encore 10 personnes sur 10 000 résidant en France

Ce pourcentage est probablement sous-estimé.

Enquête Yvelines

Les résultats de l'enquête un jour donnée menée dans les YVELINES montrent que la prévalence de l'alcoolisation excessive chez les patients hospitalisés est de 13%. Elle est de 18% si l'on exclut les services de soins de suite et de longue durée. Elle est de 25% chez les hommes et de 6,5% chez les femmes.

Ces chiffres devraient amener à rechercher systématiquement une alcoolisation excessive dans cette population.

C'est en psychiatrie que la prévalence est la plus élevée (26,5%), ce qui est particulièrement marqué chez les femmes (21,7%). De plus c'est là que l'on observe le plus faible pourcentage de dépistage d'emblée, dû sans doute aux priorités diagnostiques dans cette discipline.

Etudes récentes en France (Etude de Nîmes (Balmès) – étude Auvergne (Reynaud))

On peut considérer qu'en milieu hospitalier :

-10 % des séjours chez les hommes et 5 à % chez les femmes sont liés aux complications de l'alcoolisme.

- 20 à 30% des hommes hospitalisés et 10% des femmes hospitalisées ont une consommation nocive d'alcool qui devrait être diagnostiquée et traitée

b) Morbidité

Conséquences somatiques

Hypertension artérielle	PCA = 10 %
Accident vasculaire cérébral	PCA = 24%
Tumeur du sein	PCA = 16 %
Tumeur du pancréas	PCA = 20 %
Psoriasis	PCA = 33 %
Dépression	PCA = 10 %

L'alcool intervient comme facteur de risque et/ou facteur directement causal dans un quart de l'ensemble des maladies.

Accidents

	Prévalence (%)
Accidents mortels de la circulation	30 - 40%
Accidents du travail	10 - 20%
Accidents domestiques*	20%
Accidents dus aux sports	3%

- La proportion parmi les accidents domestiques est probablement sous-estimée car la pratique de l'alcoolémie est loin d'être systématique (l'alcool serait responsable notamment de la moitié des noyades)

Conséquences psycho-affectives et sociales

	Prévalence (%)
Rixes	50%
Suicides	5 - 25%
Délits	20%
Criminalité	50 - 60%

Derrière la sécheresse des chiffres, le problème est essentiellement la souffrance de l'individu, mais également de sa famille et de son entourage, qui se traduit bien dans toutes les complications indirectes (violences, coups et blessures, mauvais traitements à femme et/ou enfants, crimes et délits sexuels, homicides volontaires, délinquance, incendies volontaires, outrages et dégradations multiples, vols, vagabondage et mendicité ...).

Il faut tenir compte, au-delà des conséquences de l'abus d'alcool sur la santé physique, des conséquences psychoaffectives, des difficultés dans les relations sociales et familiales, difficilement chiffrables mais qui représentent une somme de souffrances considérables, perçues par tous les praticiens de terrain, mais par contre socialement déniée

c) Mortalité

• Données

La mortalité imputable à l'alcool est évaluée entre 40 000 et 50 000 morts par an (chiffre minimal), soit près de 10 % de la mortalité toutes causes confondues, l'équivalent du crash de 2 à 3 Boeings par semaine

• Selon l'âge

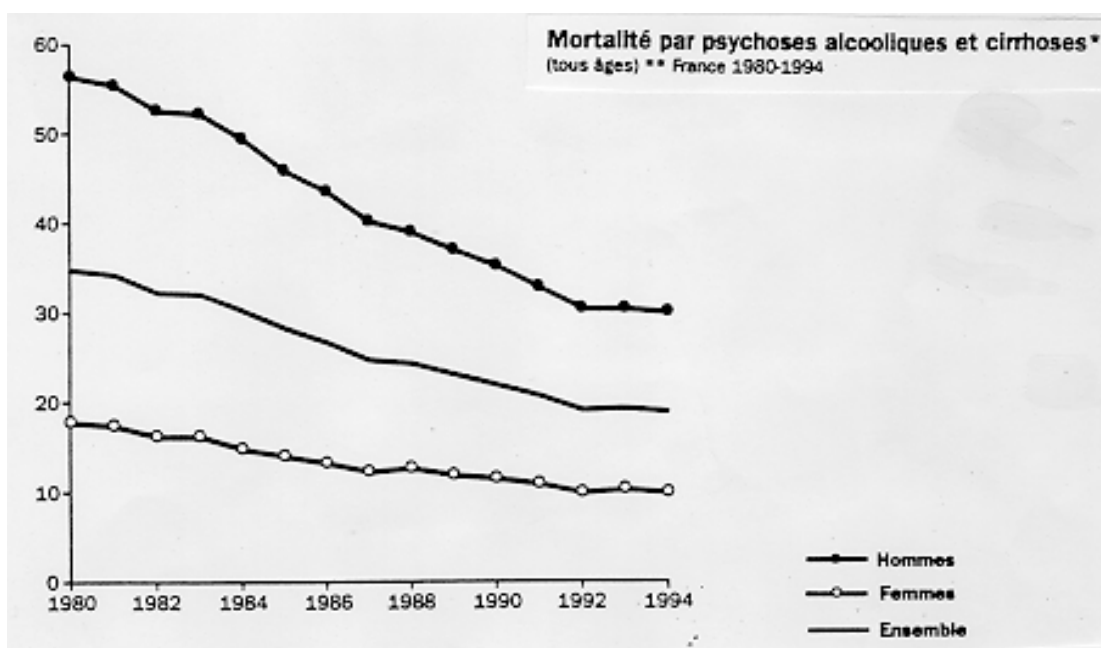
Que la consommation soit aiguë ou chronique, l'alcool est essentiellement facteur de mortalité

prématurée. Des études longitudinales ont essayé de quantifier ceci ; nous en retenons que le risque de décès en cas d'alcoolodépendance est de l'ordre de 3 pour les hommes, et 5 pour les femmes, atteignant des valeurs respectivement de 6 et 10 lorsque l'on ne prend en compte que les moins de 40 ans.

La mortalité imputable à l'alcool concerne essentiellement la population jeune et active.

● Evolution

Au cours des années 1980, le nombre de décès liés à ces causes a diminué au rythme rapide de 600 décès par an, à mettre en relation avec la décroissance régulière de la consommation moyenne d'alcool, ainsi que l'amélioration des techniques médicales pour soigner les cirrhoses.



II - Le tabac

Sources : Lagrue G. – Aubin H.J.

1) Consommation et risque de dépendance

a) Modalités de consommation

Deux périodes doivent être considérées dans l'histoire du tabac :

avant l'apparition de la cigarette industrielle, le tabac a été prisé, chiqué et fumé essentiellement sous forme de pipe. Les risques n'étaient pas ou peu connus ; les complications n'avaient pas le temps d'apparaître en raison de la moindre durée de vie et elles étaient certainement moindres qu'avec la cigarette..

La cigarette industrielle s'est rapidement développée depuis le début du vingtième siècle et surtout depuis 1945 ; elle est l'instrument le plus redoutable pour induire la dépendance, car elle s'accompagne de l'inhalation de la fumée, avec également toutes les conséquences pathologiques que cela comporte (absorption rapide et diffusion de tous les toxiques).

Jusqu'en 1960-1970 fumer était considéré comme un comportement normal, admis et d'ailleurs encouragé par la société : le tabac entra en 1945 dans l'indice des prix, les cigarettes étaient distribuées gratuitement aux soldats et même aux patients dans certains

établissements hospitaliers.. Cette situation a commencé à s'inverser lorsque les risques furent mieux connus et surtout à partir de 1975 où parut la loi Veil. Actuellement l'évolution est en cours : fumer a cessé d'être la norme et l'image de marque du fumeur s'altère progressivement au profit de celle du non-fumeur.

Les enquêtes récentes (C.F.E.S., Réseau 9 des Centres d'examens de santé de la C.P.A.M.) ont montré que s'établissait progressivement une différence de consommation en fonction du statut socio-économique. Les sujets en situation de précarité apparaissent désormais les plus exposés (source I.R.S.A. :J.Tichet).

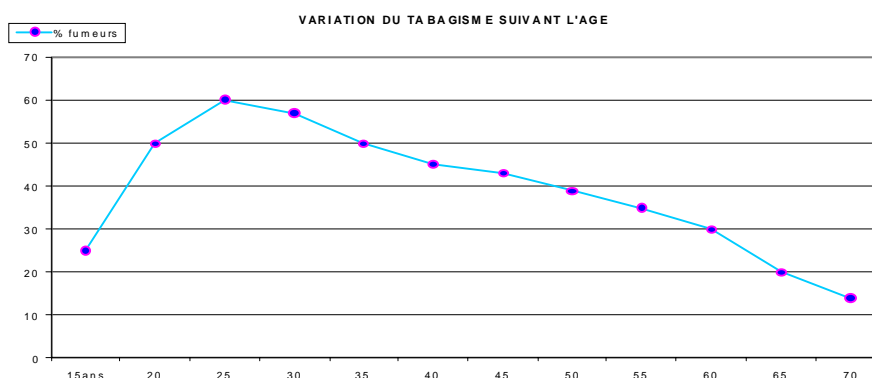
Analyse des tendances de la consommation (source CFES-1995)

La tendance générale est à la baisse progressive chez l'Homme et à l'augmentation chez la Femme.

Il existe en France 36 % de fumeurs : 31% fumeurs réguliers, 5% d'occasionnels soit environ 15 millions d'adultes, auxquels il faut ajouter 1,5 à 2 millions d'adolescents = 16 à 17 millions de fumeurs.

La consommation moyenne est de : 15 cigarettes/j chez l'Homme et 12,5 cigarettes/j chez la Femme avec une augmentation progressive de la proportion des « gros » fumeurs et une augmentation progressive de la consommation avec l'ancienneté.

En effet la consommation augmente de façon massive entre 15 et 20 ans, puis la consommation globale a tendance à décroître (mais cette décroissance concerne surtout les petits fumeurs et les fumeurs occasionnels)



b) Consommation chez les adolescents

La consommation de tabac chez les adolescents se fait essentiellement sous forme de cigarettes. Le début est précoce, avant 15 ans pour plus de la moitié des fumeurs, exceptionnellement après 20 ans. Les faits importants sont les suivants :

après avoir régressé sensiblement entre 1980 et 1990, depuis une dizaine d'années le nombre d'adolescents fumeurs (12-18 ans) est stable.

le tabagisme des filles a progressivement rejoint celui des garçons.

le pourcentage de fumeurs réguliers augmente progressivement avec l'âge, en même temps que leur consommation de cigarettes. A 18 ans plus de 50% des « ados » sont fumeurs réguliers, fumant en moyenne 10,5 cigarettes par jour ; ceci traduit l'installation rapide de la dépendance.

l'augmentation des prix a conduit à l'utilisation du tabac scaterlati en paquet pour confectionner les cigarettes roulées à la main, 3 à 4 fois moins chères mais beaucoup plus toxiques.

selon des études épidémiologiques récentes faites aux Etats Unis, plus de la moitié de ces adolescents de 16-18 ans, fumeurs réguliers de cigarettes, vont devenir des fumeurs dépendants, à forte consommation et le resteront au moins jusqu'à 35-40ans ; c'est parmi eux que se trouvent les futures victimes du tabagisme.

c) Consommation et dépendance

Il faut distinguer :

- consommation < 10 cigarettes/jour (1-9) = 30 à 40% des fumeurs adultes - dépendance faible ou nulle
- consommation < 20 cigarettes/jour = 40 à 50% des fumeurs adultes - dépendance moyenne avant tout psychologique
- consommation \geq 20 cigarettes/jour = 20 à 25 % des fumeurs adultes - dépendance forte à la fois psychologique et physique

3) Dommages induits

a) Les risques sanitaires

La toxicité de la fumée de tabac est rigoureusement dose-dépendante. Elle est liée essentiellement aux goudrons cancérigènes (hydrocarbures), aux substances irritantes bronchiques (acroléine), au monoxyde de carbone (facteur d'hypoxie) et aux agents oxydants. La nicotine seule est peu nocive :

- elle a une action catécholaminergique (augmentation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque), mais avec induction rapide d'une tolérance qui limite ces effets.

- elle n'est pas cancérigène, mais elle est responsable de la dépendance.

elle a en elle-même à court terme de nombreuses actions psychotropes : action hédonique, stimulante, anxiolytique, anorexigène.. Contrairement à toutes les autres « drogues », elle exerce une réelle action psycho-stimulante avec augmentation de la concentration, de la vigilance, de la mémorisation et amélioration des fonctions cognitives.

Morbidité

Pour le risque de cancer, théoriquement il n'y a pas de seuil ; le risque commencerait à une cigarette par jour. Le rôle des facteurs associés est important : pollution industrielle, amiante... Pour les bronchites chroniques et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, il existe une vulnérabilité individuelle et une relation dose-effet, l'atteinte devenant quasi constante au delà d'un certain seuil et d'une certaine durée.

Pour les complications vasculaires, le poids du tabac est différent selon les localisations :

- 90% pour les artériopathies des membres inférieurs ;
- facteur associé important pour les coronaires (au moins 50%) ;
- facteur favorisant pour les accidents vasculaires cérébraux (environ 20%).

Mortalité

Elle est directement liée à la dose quotidienne et à la durée du tabagisme.

En 1990 : 60 000 morts (rapport Hirsch – 55 000 H et 5 000 F)

En 1998 : estimation de la mortalité : près de 80 000 morts

Cancer : au moins 25% des 140 000 par cancer sont liés au tabac → 35 000 morts

Maladies cardio-vasculaires : le tabac est associé aux autres facteurs de risque et son poids relatif est évalué à 20% : 30 000 morts par maladies cardio-vasculaires sont ainsi dues au tabagisme.

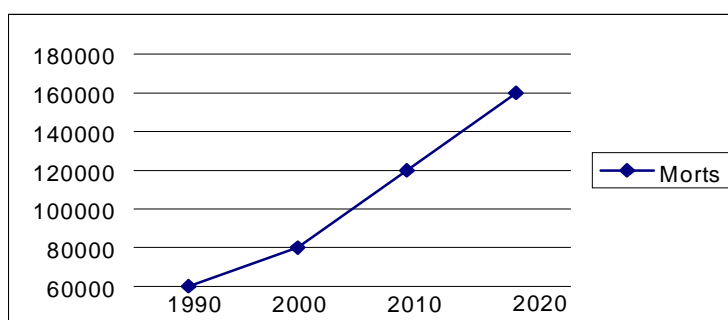
B.P.C.O. : mortalité annuelle de 10 000 morts pour une morbidité considérable de plus de 1 million.

En 2020-2025 :

Projection à partir de l'évolution des consommations et des mortalités depuis 20 ans : 160 000 morts, si le tabagisme des adultes jeunes reste à son niveau actuel (C.Hill).

Augmentation dramatique de la mortalité par tabagisme féminin, qui serait multipliée par 10, passant de 5 000 à plus de 50 000 morts par an. Le cancer du poumon chez la femme était exceptionnel il y a 25-30 ans ; sa fréquence augmente rapidement et si rien n'est fait, nous serons dans 20-25 ans dans la situation des Etats-Unis, où ce cancer est devenu le plus

fréquent, dépassant le cancer du sein.



Projection de la mortalité liée au tabagisme selon C.Hill

b) Les risques sociaux

Ils sont à peu près inexistant, le tabac n'entraînant ni troubles du comportement, ni altération psychomotrice.

COUT ECONOMIQUE

Le Net-1994 : Congrès mondial sur le tabac → 100 à 150 milliards
Recettes fiscales (taxes) → 60 milliards (prévus en 1998).

III - Le cannabis (haschisch, h ou chanvre indien)

Sources : Richard – Hall – Roques - Toxibase

1) Consommation et risques de dépendance

a) Modalités de consommation

Le cannabis est parmi les drogues illicites celle qui est la plus utilisée. La substance psychotrope principale est le Tetrahydrocannabinol (T.H.C.).

Dans notre pays le H est essentiellement fumé sous deux formes :

- soit « l'herbe » ou marijuana : les feuilles et les extrémités fleuries sont peu riches en T.H.C., de 1 à 5%
- soit la résine ou haschisch ou encore « shit », qui doit être chauffée et mélangée à du tabac pour obtenir des cigarettes artisanales, les « joints », contenant 2 à 10 µg et parfois plus de T.H.C.

L'utilisation associée du tabac est donc indispensable : les fumeurs de H sont toujours des fumeurs de cigarettes roulées de tabac. Il est ainsi difficile d'analyser isolément les dommages induits et le degré de dépendance propre au H.

Notons qu'il existe une utilisation médicale de cannabis depuis des siècles : analgésique, oréxigène, antiémétique, anxiolytique. Il a été interdit en Grande Bretagne à partir de 1932 et par l'O.M.S. en 1960 du fait de la survenue de médicaments plus spécifiques et d'efficacité démontrée, présentant beaucoup moins d'effets contraires. Ces propriétés thérapeutiques anecdotiques ne doivent en aucun cas constituer un argument pour l'usage « récréatif » du cannabis ; elles doivent tout d'abord être l'objet de recherches cliniques prouvant leur efficacité dans certains traitements.

b) Les tendances de la consommation

Près de 5% des adultes ont consommé au moins une fois du H dans l'année, ce qui représente environ 2 millions de français. C'est donc la drogue illicite dont l'usage est le plus répandu ; mais le pourcentage de consommateurs réguliers n'est pas connu pas plus que le pourcentage de sujets dépendants.

D'autres chiffres ont été rapportés par une enquête du centre de sélection des armées, après interrogatoire et analyse d'urine : 26% des sujets examinés ont consommé du H dans les trois mois précédents. 96% de sujets ayant consommé au moins une fois de la drogue l'ont fait avec du cannabis.

Les pourcentages de consommation des drogues illicites en 1995 ont été les suivants :

Cannabis	4,4% (23% pour le sexe masculin entre 18-24ans)
Ecstasy	0,3%
Cocaïne	0,1%
Héroïne	< 0,1%

c) Consommation et dépendance

Même chez les utilisateurs chroniques, la dépendance est peu fréquente, peu importante, avant tout psychologique ; elle toucherait environ 10% des consommateurs réguliers.

2) Les dommages induits

a) Les effets aigus

Les effets recherchés sont un certain degré d'euphorie, de détente, d'action tranquillisante et anxiolytique ; de rares accidents de surdosage ont été décrits avec délires, hallucinations, troubles du rythme cardiaque.

Il y a surtout des troubles de la concentration, de la vigilance et du comportement. Un usage occasionnel de cannabis provoque, ce qui ne se produit pas avec la cigarette, une perturbation des mécanismes d'attention et de la mémoire immédiate (ivresse cannabique), une modification des perceptions sensorielles (vision, ouïe etc.) et des sensations d'ébriété ainsi que des troubles du comportement (euphorie, désinhibition). Il s'agit là d'effets qui expliquent, chez les conducteurs de véhicules, une augmentation du risque d'accident.

b) En cas de consommation prolongée :

- des risques pulmonaires et cardiovasculaires liés à la consommation concomitante de tabac. De plus, son mode d'absorption avec blocage prolongé de la respiration, pour favoriser la pénétration de l'agent psychoactif, suscite également une plus grande imprégnation d'agents cancérogènes bien identifiés et en outre, plus nombreux.

- des risques psychologiques et psychiatriques : la consommation régulière de H, même modérée, est un facteur indéniable d'échec scolaire, par suite de déficit de mémoire et de troubles de l'attention

Enfin, le cannabis hollandais cultivé en serre, titre de « 20 à 40% » de principe actif, au lieu de 7% pour la marijuana marocaine des années soixante dix, « devenant ainsi un hallucinogène puissant dont les effets rappellent ceux de l'acide lysergique (LSD) ». La corrélation avec certains états délirants aigus, voire chroniques, est très vraisemblable.

Un usage régulier et important peut être à l'origine d'une baisse des défenses immunitaires et de l'altération des mécanismes de fécondation.

IV - L'ecstasy

Rapport ROQUES - Expertise collective INSERM

1) Consommation et risque de dépendance

a) Modalités de consommation

Le groupe d'experts a souligné un certain nombre de points essentiels.

Sous l'étiquette « ecstasy » sont vendus des comprimés qui en principe contiennent de la MDMA, mais où sont souvent présents d'autres composés.

Le consommateur ne connaît ni la composition ni le dosage des comprimés vendus.

La diffusion de l'ecstasy est associée à un vaste phénomène culturel et social porté par un courant musical.

L'appartenance à des réseaux sociaux ou à des groupes d'amis est une des caractéristiques les plus marquantes du consommateur. Des usages privés et solitaires semblent toutefois se développer maintenant.

b) Les tendances de la consommation

On ne connaît pas bien l'importance de la consommation d'ecstasy en France. Entre 1 et 5% des jeunes seraient concernés. En Angleterre, les chiffres sont 2 à 5 fois plus élevés.

En France, les consommateurs d'ecstasy sont de jeunes adultes souvent bien insérés socialement. Le sexe masculin est le plus représenté, mais moins prédominant que pour les autres usages. Un nombre non négligeable de consommations s'inscrit dans des schémas de poly-intoxication ou de polytoxicomanie impliquant d'autres produits (cannabis, tabac, alcool, voire pour certains héroïne et cocaïne).

A l'échelle des indicateurs globaux du trafic et de la toxicomanie, l'ecstasy occupe une place minimale (moins de 2% des toxicomanes interpellés en 1996) mais dispersée sur l'ensemble du territoire.

c) Consommation et dépendance

Le risque de dépendance semble faible, proche de celui des amphétamines

La MDMA se comporte chez le macaque et le babouin comme une drogue toxicomanogène.

Un certain nombre d'animaux conditionnés à avoir un comportement particulier sous cocaïne ou amphétamines conservent ce même comportement quand ils sont soumis à la MDMA. Ces données montrent que certains effets de l'amphétamine ou de la cocaïne sont généralisables à ceux de la MDMA ; autrement dit, l'état interne (sensations) produit par ces substances est en partie semblable. Cette parenté d'effet est encore augmentée après une administration répétée de MDMA.

Deux études réalisées chez le singe font état d'un comportement d'autoadministration intraveineuse de MDMA. Chez l'animal, l'autoadministration d'une substance constitue un bon index de ses potentialités toxicomanogènes : les animaux s'autoadministrent la quasi totalité des substances addictives chez l'homme. Cependant, il faut remarquer que les caractéristiques biocomportementales de l'autoadministration de MDMA n'ont pas été étudiées. Aucun des facteurs connus pour influencer la prise de drogue, comme le contexte environnemental, l'histoire ou le patrimoine génétique n'a été examiné.

2) Dommages induits

Les effets toxiques de la MDMA peuvent être immédiats, à moyen terme ou à long terme.

Dès la première prise d'un comprimé unique, sans autre association mise en évidence, la MDMA peut entraîner une **mort rapide**, dans un **tableau clinique d'hyperthermie avec rhabdomyolyse et/ou faillite multiviscérale**.

La population concernée par ce syndrome d'hyperthermie présente probablement une susceptibilité individuelle d'origine génétique, qui ne s'était jamais exprimée cliniquement auparavant. L'hyperthermie est elle-même dépendante de la température ambiante.

Des **hépatites et leurs complications** (cirrhoses) liées à la consommation de MDMA pourraient, à l'avenir, représenter un problème de santé publique.

La prise de MDMA est **associée à de nombreux troubles psychopathologiques** qui

peuvent se manifester de façon aiguë, subaiguë ou à distance de l'ingestion. Des facteurs de prédisposition génétique et de fragilité psychologique rendent certains individus plus vulnérables.

L'altération des transmissions sérotoninergique et dopaminergique est en partie responsable des perturbations physiologiques et mentales associées à la consommation de MDMA.

Des travaux expérimentaux chez le singe démontrent que le MDMA peut provoquer des lésions irréversibles des systèmes sérotoninergiques qui constituent des risques à long terme.

V - L'héroïne

Source : Roques – Actualités et Dossier en Santé Publique

L'héroïne est une substance addictive très puissante. C'est un produit de synthèse obtenu à partir de la morphine, principal alcaloïde de l'opium (di-acétylmorphine).

1) Consommation et risque de dépendance

Le risque de dépendance est majeur, survenant rapidement et après des usages courts : dans l'étude de Woody, plus de 80 % des sujets ayant consommé plus de 6 fois le produit deviennent dépendants, avec une dépendance moyenne ou forte dans la plupart des cas.

a) Modalités de consommation :

L'héroïne, sous forme de sel hydrosoluble, est le plus souvent injectée par voie IV après avoir été dissoute dans de l'eau chauffée (le « fix »).

Plus rarement, l'héroïne est sniffée ; elle peut également être fumée, en association avec la cocaïne, le « crack », le « speed-ball ». Dans la majorité des cas, il y a polytoxicomanie : cocaïne, amphétamines, ecstasy et surtout haschich sont très souvent associés, ainsi que les benzodiazépines. (95 % des « héroïnomanes » sont des fumeurs à forte consommation). Signalons que ces consommations restent fréquentes au cours du traitement de substitution par la Méthadone ou le Subutex. Les médicaments opiacés, détournés de leur usage, sont le plus souvent également injectés.

b) Tendances actuelles de la consommation :

Les usages occasionnels et les abus ponctuels ou itératifs devraient être différenciés de la dépendance. La consommation étant illicite, l'évaluation du nombre d'héroïnomanes est difficile (consommation prolongée et régulière de l'héroïne en produit principal). Dans le dossier Santé Publique de Mars 1998, ce nombre est estimé à 160 000. Ce chiffre apparaît en légère diminution ces dernières années.

On peut plus précisément évaluer le nombre d'héroïnomanes pris en charge par le système de soins : au cours de l'année 1995, 64 738 toxicomanes ont été suivis dans les centres de soins spécialisés ; pour 41 % d'entre eux, il s'agissait d'un premier recours à ce type de structure.

Le nombre de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution s'est considérablement accru au cours des deux dernières années. On estime à plus de 50 000 le nombre de patients substitués en médecine de ville et à 6 000 le nombre de patients sous Méthadone suivis dans les centres spécialisés.

2) Dommages induits

Complications sanitaires

La morbidité

- Complications liées directement au produit :
 - l'overdose : l'héroïne y est le plus souvent associée à d'autres produits psychotropes
 - l'état de manque, douloureux, n'est jamais mortel par lui-même
 - les effets neurotoxiques à long terme

- Complications indirectes liées au mode d'utilisation (injections) et au caractère illicite du produit:
 - SIDA : depuis 1991, les taux de séropositivité par le VIH baissent sensiblement chez les toxicomanes qui ont recours aux soins. En 1996, la population de sujets séropositifs se situe entre 12 % et 20 %.

 - hépatites : en 1996, la proportion de sujets séropositifs au VHC parmi les toxicomanes ayant recours aux soins et dont on connaît la sérologie se situe, selon différentes enquêtes, entre 46 % et 55 %. Il semble toutefois qu'il s'agisse d'un taux minimum car parmi ceux, et ils sont nombreux, pour lesquels le statut sérologique VHC est inconnu, on estime bien plus importante la part des séropositifs.
 - infections locales, septicémies

La mortalité

La mortalité des toxicomanes n'est pas réellement connue. Elle semble toutefois devoir être au moins trois fois plus importante (sinon beaucoup plus) que celle de la population générale de même âge. Parmi les décès liés à l'usage de la drogue, décès qui ne constituent qu'une partie de la mortalité des toxicomanes, on peut repérer les décès par SIDA des usagers de drogue par voie intraveineuse et les décès par « surdose » recensés par les services de police et de gendarmerie.

Quatre causes principales de mortalité sont retrouvées chez les toxicomanes par voie intraveineuse suivies dans les cohortes :

- les décès par SIDA (et stade pré-SIDA), qui sont devenus, aux alentours de 1989, quel que soit le pays, la première cause de mortalité chez les toxicomanes ;
- les surdoses qui, bien que reléguées en deuxième position, ont vu également leur taux de mortalité s'accroître, comme le montre l'étude Galli dans laquelle le taux par surdose est passé de 3,5 ‰ personnes-années en 1981 à 19,6 ‰ personnes-années en 1991,
- les suicides et les autres morts violentes. les pourcentages de décès par suicides varient selon les cohortes de 1,7 % à 16 % selon les études. Celui des morts par actes de violence, généralement plus élevé que celui des suicides, oscille de 7,8 % à 28 %.
- enfin, les infections « hors SIDA » et la pathologie hépatique (cirrhoses et hépatites principalement).

Après un accroissement très fort du nombre des deux premiers types de décès jusqu'à 1994, la tendance est désormais à la baisse. En 1996, 649 toxicomanes dont le SIDA avait été déclaré, sont décédés et 393 décès par surdose ont été constatés sur la voie publique ou à domicile. Pour ces derniers, l'héroïne reste très largement dominante (85 % en 1996) dans les produits mis en cause, mais la part des médicaments n'est pas négligeable (13 % en 1996). Par ailleurs, nombreux sont ceux dus à une consommation associée abusive d'alcool et d'héroïne ou de médicaments.

b) Dommages sociaux

L'insertion des toxicomanes dans la vie active est faible. 72 % des toxicomanes suivis en Novembre 1995 n'exercent pas d'activité professionnelle ; parmi ceux-ci 57 % sont au chômage. La situation de ceux qui exercent un emploi est cependant relativement précaire, puisque parmi eux, plus de la moitié sont en contrat à durée déterminée. Enfin, 7 % des toxicomanes suivis n'ont aucune couverture sociale et 26 % perçoivent le RMI.

Il semble que, par rapport aux années antérieures, les états de pauvreté et les situations précaires (logement, insertion sociale, revenus...) soient de plus en plus fréquents chez les toxicomanes, qu'ils soient suivis ou pas en institution. Les toxicomanes non suivis connaissent toutefois des situations bien plus difficiles. L'héroïnomanie est génératrice d'un nombre important de pathologies, mais les interactions entre les drogues, le milieu et l'alcool rendent les recherches de causalité mal aisées : le traitement est alors difficile à mettre en œuvre. C'est le champ de la « pathologie liée au milieu » qui recouvre les accidents et les séquelles d'accidents (accidents de la voie publique, rixes ...), les pathologies de la précarité, la tuberculose, etc...

VI - La cocaïne

1) Consommation et risque de dépendance

a) les modalités de consommation

La cocaïne, sous forme de « sniff » ou de « crack » (fumable) agit de façon très rapide, avec une stimulation dopaminergique intense. Le renforcement du comportement est donc très important. Les effets obtenus sont les suivants :

- * une extrême euphorie,
- * une augmentation de la confiance en soi, de la concentration, de l'activité,
- * une réduction de l'appétit et du besoin de sommeil.

Ces effets sont brefs, de 10 à 20 minutes, suivis d'anxiété et d'une pulsion irrésistible à reprendre le produit (le « craving »).

Il faut bien différencier deux formes de consommation :

* l'usage occasionnel, récréatif est très fréquent surtout dans les milieux socio-économiques aisés, parmi les « Vedettes » du spectacle, de la littérature, du sport. La cocaïne commence à apparaître dans les « Raves-parties ».

* l'usage dans les milieux « toxicomanes », dans les populations marginalisées, en association

le plus souvent avec les autres drogues, alcool, héroïne...

b) Les tendances de la consommation

La cocaïne est l'une des substances les plus addictives. Elle se répand rapidement dans le monde, surtout sous forme de « crack » (fumable) ; elle a atteint d'abord les Etats-Unis, puis maintenant l'Europe. En France, la prévalence de sa consommation est mal connue : elle reste faible, de l'ordre de 1% pour les consommations occasionnelles et beaucoup moins pour les usages chroniques. Mais une augmentation relativement rapide serait actuellement en cours.

Comme pour le Cannabis, il faut bien distinguer l'usage occasionnel, récréatif ; mais pour la cocaïne, au même titre que l'héroïne ou le tabac, la dépendance s'installe très rapidement et pour un seuil très bas.

c) Consommation et dépendance

La dépendance psychique est majeure, mais la dépendance physique est faible ou nulle, car il n'y a que rarement un syndrome de sevrage.

2) Les dommages induits

a) Les dommages sanitaires

L'abus de cocaïne est à l'origine de complications somatiques graves, liées à la cocaïne elle-même ; les accidents cardiovasculaires sont les plus fréquents, liés à une stimulation catécholaminergique prolongée, se manifestant par une hypertension artérielle et des accidents vasculaires cérébraux,

A long terme apparaissent des troubles neuro-psychiques avec une diminution de la concentration, mais aussi des états dépressifs et des crises comitiales...

Des complications pulmonaires aiguës sont également possibles.

L'association à l'abus d'alcool est très fréquente et redoutable : elle est à l'origine de modifications comportementales graves, liées à la formation de coca-éthylène. La dépendance psychique est alors encore plus importante.

Les conséquences sur la grossesse sont souvent liées à une poly-toxicomanie et sont dramatiques : retard de croissance fœtale, anomalies neurologiques et psychiques chez l'enfant.

b) Les dommages sociaux

Ils sont multiples comme pour toute drogue illicite avec son cortège de vols, de trafic, de violence et de prostitution. Les M.S.T. sont particulièrement fréquentes, environ 60% chez les utilisateurs chroniques : VIH, syphilis et autres maladies sexuellement transmissibles, en raison de la prostitution et des conduites sexuelles à risques.



ALCOOL

La consommation modérée est modulée par les images sociales

- Des raisons sociologiques extrêmement fortes empêchent le repérage et le traitement des troubles liés à l'alcool



Un poids culturel très important

La consommation d'alcool en France est symbole de :

- La qualité de vie en France
- La qualité de sa gastronomie
- La qualité française

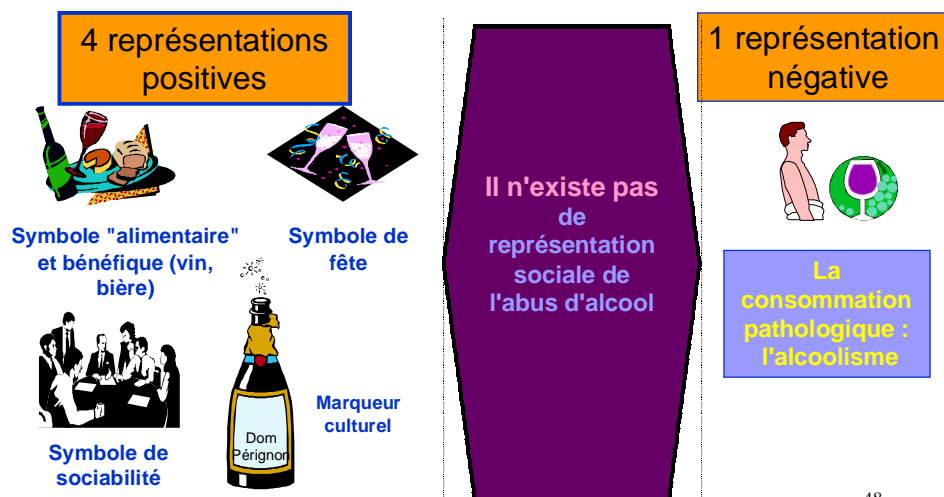
Sources : Reynaud/Parquet 1999

47



ALCOOL

Représentations de la consommation d'alcool



Sources : Nahoum-Grappe 1996 - Reynaud/Parquet 1999

48



ALCOOL

Dépendance

Dommages induits

Consommation et risque de dépendance

- **Prévalence dans la population générale**
 - Plus de 90% des français adultes sont consommateurs d'alcool dont 23% sont consommateurs quotidiens
 - 10% ont une consommation nocive dont 4% sont dépendants
 - 90% des consommateurs français n'ont que les bénéfices de l'alcool

Sources : Reynaud/Parquet 1999

49



ALCOOL

Dépendance

Dommages induits

Consommation et risque de dépendance

- **Prévalence dans la population générale**

Source	Enquête	Hommes	Femmes	Population
LES BUVEURS EXCESSIFS				
INSEE (1991-1992)	Enquête de santé 1991-1992	15.9%	5.1%	
CFES (1993-1994)	Baromètre santé 1993-1994	14.4%	3.2%	10.2% (hypothèse basse)
HCSP (1994)		5M de personnes exposés		15% (hypothèse haute)
LES ALCOOLO-DEPENDANTS				
HCSP (1994)		1,5-2 M		3,5-5 %

Sources : Reynaud/Parquet 1999

50



ALCOOL

- Dommages induits : les risques sanitaires
- Mortalité
 - Statistiques
 - 11000 décès (mortalité alcoolique)
 - +12000 décès (mortalité alcoolo-tabagique)
 - + accidents de la route, du travail, domestiques, etc...
 - Selon l'âge
 - Surmortalité des sujets jeunes et actifs
 - Evolution
 - Diminution de 600 décès par an dans les années 80

40 000 à 50 000 morts/an
(=10% de la mortalité globale)

Sources : Reynaud/Parquet 1999

51



ALCOOL

Dépendance

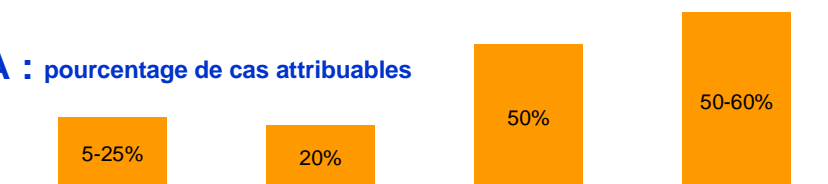
Dommages induits

Dommages induits : Risques sociaux

➡ Conséquences psycho-affectives et sociales



PCA : pourcentage de cas attribuables



Sources : Reynaud/Parquet 1999

52



TABAC

Dépendance

Dommages induits

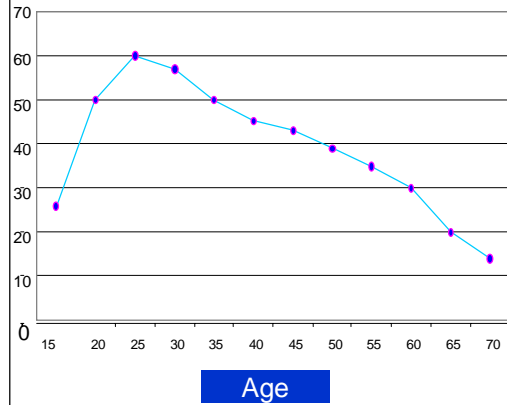
Analyse des tendances de la consommation

- Baisse progressive chez l'Homme et augmentation chez la Femme
- En France 36% de fumeurs : 31% fumeurs réguliers, 5% d'occasionnels – (16 à 17 millions de fumeurs)
- Consommation augmente de façon massive entre 15 et 20 ans puis la consommation globale a tendance à décroître, cette décroissance concerne surtout les petits fumeurs et les fumeurs occasionnels

CFES-1995

% fumeurs

VARIATION DU TABAGISME SUIVANT L'AGE



Sources : Perriot 1995 - Aubin 1998 - Lagrue 1998

53

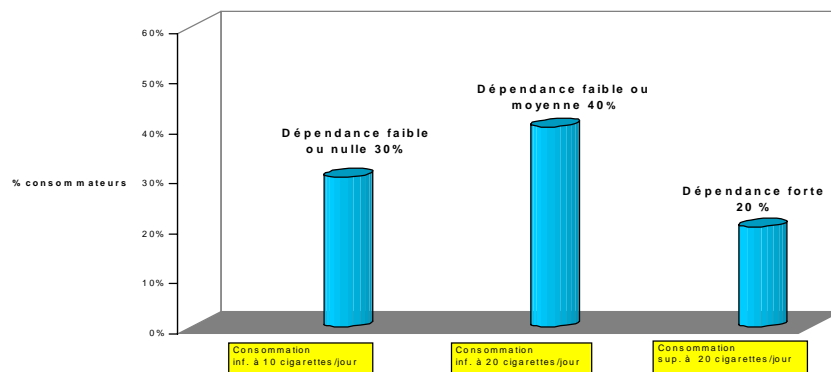


TABAC

Dépendance

Dommages induits

Consommation et dépendance



Sources : Perriot 1995 - Aubin 1998 - Lagrue 1998

54



TABAC

Dépendance

Dommages induits

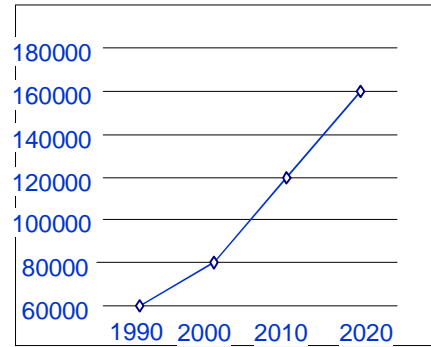
Les dommages induits Sanitaires : Mortalité

- Directement liée à la dose quotidienne et à la durée du tabagisme
- Mortalité en 1997 : 80 000 morts dont 70 000 hommes et 10 000 femmes
 - cancers : 35 000
 - maladies cardiovasculaires : 30 000
 - BPCO = 10 000

Pas de risques sociaux

Sources : Perriot 1995 - Aubin 1998 - Lagrue 1998

Projection de la mortalité (selon C.HILL)



CANNABIS

Dépendance

Dommages induits

Consommation et risque de dépendance

- **Modalités de consommation**
 - Herbe - marijuana - résine - haschisch - " shit "
 - Utilisation associée du tabac indispensable
 - Utilisation médicale de cannabis : anecdotique
- **Tendances de la consommation**
 - Près de 5% des adultes ont consommé au moins une fois du H dans l'année – environ 2 millions de français
 - Près de 40% des jeunes adultes hommes
 - Le pourcentage de consommateurs réguliers n'est pas connu
- **Consommation et dépendance**
 - Même chez les utilisateurs chroniques, la dépendance est peu fréquente, peu importante (environ 10% des consommateurs réguliers)

Sources : Richard - Hall 1998 - Roques 1998

56



CANNABIS

Les dommages induits : les effets aigus

- Modification des perceptions sensorielles – sensations d'ébriété
- Troubles du comportement (euphorie, désinhibition)
- Troubles de la concentration, de la vigilance et du comportement – perturbation des mécanismes d'attention- de la mémoire immédiate (ivresse cannabique)
- Augmentation du risque d'accident

57



CANNABIS

Les dommages induits : en cas de consommation prolongée

- Risques pulmonaires et cardiovasculaires
- Risques psychologiques et psychiatriques
 - déficit de la mémoire , troubles de l'attention, échec scolaire
 - états délirants aigus ou chroniques (notamment avec le haschich hollandais fortement dosé en THC 30%)
- Altération des mécanismes de fécondation
- Baisse immunitaire

58



ECSTASY

Dépendance
Dommages induits

Consommation et risque de dépendance

- Comprimés qui contiennent MDMA + autres composés
- Vaste phénomène culturel et social porté par un courant musical
- Jeunes adultes souvent bien insérés socialement
- En poly-intoxication ou polytoxicomanie le plus souvent
- Concerne en France entre 1 et 5% des jeunes (en Angleterre les chiffres sont 2 à 5 fois plus élevés)
- Dépendance faible, proche des amphétamines
- La MDMA se comporte chez le macaque et le babouin comme une drogue toxicomagène

Sources : INSERM 1998 - Roques 1998

59



ECSTASY

Dépendance
Dommages induits

Dommages induits

- **Immédiats**
 - La MDMA peut entraîner (rarement) la mort
 - Tableau d'hyperthermie avec rhabdomyolyse et/ou faillite multiviscérale (susceptibilité individuelle d'origine génétique probable)
- **Consommation régulière**
 - Hépatites - cirrhoses
 - Nombreux troubles psychopathologiques (altération des transmissions sérotoninergiques et dopaminergiques)
 - Chez le singe, la MDMA peut provoquer des lésions irréversibles des systèmes sérotoninergiques

Sources INSERM 1997- Mac Cown 1998 - Roques 1998

60



COCAINE

Dépendance

Dommmages
induits

Consommation et risque de dépendance

- **Modalités de consommation**

- En " sniff " ou en injection
- Effets : euphorie – augmentation de la confiance en soi, de la concentration, de l'activité – réduction de l'appétit et du besoin de sommeil
- Deux formes de consommation
 - usage occasionnel, récréatif dans les milieux socio-économiques aisés
 - usage dans les milieux toxicomanes et dans les populations marginalisées- en association avec les autres drogues , alcool, héroïne
- La prévalence de consommation mal connue : elle reste faible (1% pour les consommations occasionnelles et beaucoup moins pour les usages chroniques)
- Augmentation relativement rapide en cours

- **Consommation et dépendance**

- Une des substances les plus addictives – surtout sous forme de " crack "
- Dépendance psychique majeure/dépendance physique faible ou nulle

Sources : Roques 1998

61



COCAINE

Dépendance

Dommmages
induits

Les dommages induits

- **Sanitaires**

- Accidents cardiovasculaires - accidents vasculaires cérébraux
- Troubles neuro-psychiques : diminution de la concentration - des états dépressifs - crises comitiales
- Complications pulmonaires
- Association à l'abus d'alcool à l'origine de modifications comportementales graves
- Conséquences sur la grossesse : retard de croissance fœtale- anomalies psychiques

- **Sociaux**

- Vols, trafic, violence et prostitution
- MST particulièrement fréquentes

62



HEROINE

Dépendance

Dommmages
induits

Consommation et risque de dépendance

- **Modalités de consommation**
 - Le plus souvent injectée (le "fix").
 - Plus rarement, sniffée, fumée, en association avec la cocaïne, le "crack", le "speed-ball".
 - Dans la majorité des cas, il y a polytoxicomanie
 - Utilisation fréquente de médicaments, opiacés détournés : Dolosal, Palfium, Moscontin, Néocodion, Sirop Nivert, Subutex
- **Consommation et dépendance**
 - Substance addictive très puissante = risque de dépendance majeur survenant rapidement

Sources : Roques 1998

63



HEROINE

Dépendance

Dommmages
induits

Les dommages induits : sanitaires

- **Complications liées directement au produit :**
 - L'overdose
 - L'état de manque,
 - Les effets neurotoxiques à long terme
- **Complications indirectes liées au mode d'utilisation (injections) et au caractère illicite du produit :**
 - SIDA : les taux de séropositivité par le VIH baissent depuis 1991, en 1996, entre 12 % et 20 % des sujets.
 - VHC : en 1996, entre 46 % et 55 % des sujets
 - Infections locales, septicémies

64



HEROINE

Dépendance

Dommages
induits

Les dommages induits : sociaux

- Insertion faible dans la vie active :
 - 72 % n'ont pas d'activité professionnelle
 - 7 % n'ont aucune couverture sociale
 - 26 % ont le RMI.
- Les états de pauvreté et les situations précaires sont de plus en plus fréquents.

65



HEROINE

Dépendance

Dommages
induits

Les dommages induits : mortalité

- La mortalité des toxicomanes n'est pas réellement connue
- Quatre causes principales de mortalité :
 - Les décès par SIDA
 - Les surdoses
 - Les suicides et les autres morts violentes.
 - Les infections " hors SIDA " et la pathologie hépatique
- 649 décès par SIDA et 393 décès par surdose en 1996

66

Quatrième partie

❖ L'état actuel des dispositifs de prévention et de soins

Chapitre 1

Le dispositif de prévention et de soins aux toxicomanes

Sources : Actualité et Dossier en Santé Publique 1998
Rencontre Nationale Toxicomanie 1997
analyse des bilans d'activité des CSST
Rapport de la Cour des Comptes

I - Problematique generale

Le dispositif de soins aux toxicomanes en France est relativement étoffé. Si, de 1970 à 1990, l'essentiel de l'effort a porté sur le dispositif spécialisé et l'approche sociale on a pu assister, ces dix dernières années, du fait de l'atteinte par le VIH et les hépatites, puis du fait des traitements de substitution à une mobilisation des acteurs sanitaires du dispositif général (médecins généralistes, spécialistes concernés et services hospitaliers). La mise en place récente des réseaux ville-hôpital et des équipes de liaison et de soins aux toxicomanes, bien qu'encore insuffisante, traduit cette mobilisation et la nécessité de formaliser les articulations avec le dispositif spécialisé.

La moitié environ des toxicomanes bénéficient de soins spécifiques, les autres peuvent, en partie du moins, être approchés par les acteurs sanitaires ou sociaux.

Malgré un effort politique, financier et social, important un certain nombre de carences persistent. Nous allons dans un premier temps, analyser l'état du dispositif de soins puis, dans un deuxième temps énoncer les carences repérées.

II - Description de l'organisation actuelle des soins aux toxicomanes

La politique de lutte contre la toxicomanie a été conçue dans le cadre d'une prise en charge globale d'un problème de santé publique associant prévention, soins, accès aux soins et réinsertion. L'évolution des pratiques et des politiques corrélée avec la diversification des prises en charge a permis un certain rapprochement et la coopération entre le système sanitaire et social général et le dispositif spécialisé mis en place en application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

1) Le dispositif spécialisé

a) Les Centres de soins spécialisés

Il s'agit d'un **dispositif d'exception financé par l'Etat** avec parfois un cofinancement pour les activités de prévention. Le décret du 29 juin 1992 précise ses missions ainsi que par les textes d'application, le fonctionnement des différents centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

En 1995, 65000 toxicomanes ont été suivis dans les centres de soins spécialisés

- **Les centres spécialisés de soins en ambulatoire**, au nombre de 227, assurent une prise en charge globale associant un suivi médical, psychologique et éducatif des toxicomanes et le soutien de leurs familles. Ils préparent et assurent le sevrage en ambulatoire, l'accompagnement en cas d'hospitalisation et le suivi postérieur s'il s'est avéré nécessaire. Pour les toxicomanes dépendants majeurs et avérés aux opiacés, ils assurent la primo-

prescription de méthadone et prescrivent du Subutex. Leurs missions peuvent être résumées ainsi :

- **Une mission d'accueil** : accueillir toute personne confrontée de près ou de loin à la toxicomanie, les toxicomanes avec leurs demandes spécifiques, mais également l'entourage de ceux-ci (parents, enfants, conjoints, etc...), mais aussi les professionnels confrontés à ce type de pathologies : médecins, pharmaciens, enseignants, travailleurs sociaux, etc...

- **Une mission d'orientation** : établir le diagnostic différentiel entre les usagers occasionnels et les véritables toxicomanes ou entre ceux dont le suivi dans cette spécialité sera pertinent et ceux pour qui une orientation vers une autre structure sera nécessaire : jeunes usagers vers les consultations médico-psycho-pédagogiques « classiques », utilisateurs de produits toxiques présentant une authentique pathologie mentale vers les services de psychiatrie, certaines familles vers les centres de thérapie familiales en sont quelques exemples.

- **Une mission de suivi et de soins** : composante essentielle de la prise en charge des toxicomanes, le suivi est pluridisciplinaire. S'il inclut bien évidemment une prise en charge psychologique, le suivi serait incomplet sans un accompagnement somatique (prise en compte des problèmes somatiques liés à l'utilisation des seringues souillées, infections par le VIH ou le VHC par exemple), social, familial, professionnel. Seule une prise en charge globale permet de se donner tous les moyens d'être véritablement efficace.

Chaque département est doté d'une structure spécialisée de ce type, réalisant ainsi un véritable maillage de notre pays. Ces structures par leur disponibilité, leur accessibilité, leur gratuité, permettent à un nombre important de toxicomanes d'engager et de poursuivre une démarche de soins.

Les centres d'accueil pour toxicomanes gardent un rôle central dans la prise en charge de ce type de patients, grâce notamment à leur capacité d'évolution et au fait qu'ils ont su développer des coordinations avec des personnes de plus en plus investies dans ce champ. Une des évolutions probables sera dans le recours à ces structures spécialisées pour des patients nécessitant des prises en charge lourdes, difficiles à assumer en médecine libérale.

- **Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement**, totalisant 1395 places, se sont développés et diversifiés pour offrir des structures plus adaptées aux besoins et à l'urgence de la situation des patients toxicomanes. A côté des structures collectives (664 places) : **centres thérapeutiques résidentiels**, antérieurement dénommés « postcures », et **communautés thérapeutiques**, ont été créés des **appartements thérapeutiques relais** et **des hébergements de transition et d'urgence**, des nuitées d'hôtel qui offrent un toit pour une nuit au moins.

Les familles d'accueil reçoivent des toxicomanes, à la suite d'une cure de sevrage ou de traitement de substitution, éprouvant le besoin d'une séparation de leur environnement habituel.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire, au nombre de 16, installés dans les maisons d'arrêt assurent une prise en charge médico-sociale des détenus toxicomanes.

b) Le dispositif d'approche sociale

Pour répondre aux besoins des usagers de drogue les plus marginalisés qui ne peuvent pas encore s'inscrire dans une démarche de soins, des initiatives ont été mises en place pour

proposer accueil et prestations plus adaptées à leur situation :

- Deux « sleep-in » ont été ouverts à Paris et à Marseille.
- des ateliers d'insertion, au nombre de 25.
- huit quartiers intermédiaires sortants (QIS).c)

c) Le dispositif de réduction des risques

- Les « boutiques », au nombre de 32, permettent le contact avec les personnes toxicomanes les plus marginalisées ne fréquentant pas le dispositif spécialisé.
- Les programmes d'échange de seringues, au nombre de 86.
- Les équipes de rue constituent un dispositif de première ligne qui va au contact des usagers de drogue les plus marginalisés qui ne sont pas prêts à s'inscrire dans une démarche de soins.

2) Le dispositif général

a) l'hôpital général

Des équipes de liaison et de soins aux (50 environ) ont été créées avec pour mission l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues au cours d'un sevrage ou d'une hospitalisation pour des raisons somatiques, la réponse aux demandes, aux interrogations et aux difficultés des services hospitaliers et la participation à la formation du personnel hospitalier.

b) Le secteur psychiatrique

Il a une place légitime dans la prise en charge des personnes toxicomanes non seulement au regard de l'addiction, mais aussi vis-à-vis des troubles psychopathologiques induits ou révélés lors de prise de produits.

Au delà de l'évolution des structures, devant la complexité des situations des personnes toxicomanes et des besoins des usagers de drogue, les réponses offertes ne pouvaient se limiter à la simple poursuite des prises en charge jusqu'alors effectuées. Aux côtés de l'aide psychothérapeutique et du sevrage, en complément de la politique de réduction des risques et des traitements de substitution, ont été mis en place des cadres de prises en charge diversifiés : en centres ambulatoires, auprès des médecins généralistes et dans les structures d'hébergement ou d'hospitalisation.

Parallèlement, les acteurs de soins se sont faits plus variés et nombreux au sein de travail en réseau associant l'ensemble du dispositif de soins.

3) Les réseaux toxicomanie-ville-hôpital

Au nombre de 80, ils sont destinés à améliorer la prise en charge des personnes toxicomanes. A l'initiative d'un certain nombre de médecins libéraux qui ont fait preuve d'une meilleure connaissance des personnes toxicomanes, de la complexité de leur comportement, de leur demandes et de leurs structures psychopathologiques, ces réseaux sont devenus un outil de collaboration entre les différents acteurs de prise en charge des usagers de drogue : centres spécialisés de soins aux toxicomanes, centre(s) hospitalier(s), médecins généralistes, pharmaciens et services sociaux.

On estime à environ 50.000 le nombre de patients bénéficiant des traitements de substitution en ville.

On peut ainsi considérer que plus de la moitié des 200.000 toxicomanes bénéficient d'une prise en charge spécifique. Les autres peuvent être approchés par le biais des hôpitaux généraux ou psychiatriques, des généralistes, des services sociaux, des boutiques et équipes

de rues

III - Analyse critique

Nous nous appuyons sur les Rencontres Toxicomanies 97, l'analyse des rapports d'activité des CSST, des ORS et le rapport de la Cour des Comptes dans la mesure où les différentes sources retrouvent à peu près, point par point, les principaux dysfonctionnements que nous avons également repérés dans notre analyse globale.

1) Des difficultés persistent au niveau du dispositif spécialisé

Dans un chapitre consacré aux actions de terrain, la Cour souligne que, bien qu'elles aient été renforcées en 1993, les capacités d'accueil du dispositif spécialisé, très dépendant du secteur associatif et très largement axé sur le sevrage jusqu'en 1995, demeurent insuffisantes.

Néanmoins, il faut aussi souligner que certaines associations ont une propension à vivre en circuit fermé, « sélectionnant « leurs » toxicomanes à partir de leur réseau et ignorant une grande partie des autres acteurs du dispositif sanitaire et social, ainsi que les acteurs institutionnels ». En dépit des recommandations gouvernementales de septembre 1995, l'implantation des programmes de substitution reste encore très inégale et tardive sur le territoire national.

Autres critiques : le volet « insertion » de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie demeure « insuffisant » et le dispositif de l'injonction thérapeutique reste « d'application limitée ».

2) Carence dans l'accès aux soins des jeunes usagers

L'ensemble des analyses convergent sur le fait que les besoins de jeunes usagers de drogue, qui échappent au dispositif sanitaire et consomment des substances psychoactives (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments) ne sont souvent couverts que par les services d'urgence à l'occasion d'épisodes aigus, somatiques ou psychiatriques, ou d'accidents et qu'il n'y a pas de suivi cohérent organisé.

3) Intérêt, mobilisation et formation insuffisants des généralistes

Les médecins généralistes demeurent insuffisamment formés pour dispenser des soins aux toxicomanes, malgré les améliorations apportées par les plans d'action de 1983, 1990, 1993 et 1995. Les problèmes de toxicomanie devraient être abordés dans le second cycle des études médicales qui sont, souvent enseignés par des non spécialistes.

4) Intérêt, mobilisation et formation insuffisants des personnels hospitaliers

Malgré les efforts récents de création d'équipe de liaison (1996-1997) il persiste quelques lacunes au niveau des soins hospitaliers et déplore notamment l'application très inégale du plan gouvernemental de septembre 1993 qui prévoyait de réserver trois à cinq lits de sevrage au moins dans les principaux centres hospitaliers régionaux ainsi que dans les principaux centres hospitaliers implantés dans les villes de 50 000 habitants et plus.

5) Prévention dispersée et parcellaire

Les actions de prévention sont « diversifiées, mais insuffisamment précises et menées souvent d'une façon dispersée qui nuit à l'efficacité de la prévention globale des conduites toxicomaniaques et des lieux d'écoute ».

6) Insuffisance de la recherche

Il faut déplorer enfin l'insuffisance de la recherche en matière de toxicomanie. « L'insuffisance des connaissances de base et des données épidémiologiques explique largement les hésitations observées dans la définition et la mise en oeuvre de l'action publique », indique, par exemple, la Cour des Comptes

Chapitre 2

Le dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool

Sources : Reynaud M. – parquet P.J. 1999
Rapport TEN 1996
Rapport IGAS1997

Ce dispositif de soins est, dans l'ensemble, peu efficace

Il ne s'agit évidemment pas de stigmatiser tel ou tel acteur des soins. Mais bien au contraire, de faire percevoir que l'efficacité insuffisante du dispositif de soins n'est que la traduction du peu d'intérêt porté, au plan national, aux problèmes liés à l'alcool. L'insuffisance du dispositif, son inorganisation, son peu d'efficacité sont liés au déni social de la gravité du problème et au peu d'intérêt des décideurs et non aux carences des praticiens

I - Problématique générale

L'organisation des soins aux personnes en difficulté avec l'alcool se caractérise principalement par son incohérence. Cette incohérence est liée à l'absence de politique clairement définie, au refus ou à l'impossibilité de repérer et donc de traiter les consommations nocives, et au peu d'intérêt et de valorisation portées aux soins aux alcooliques. (Les soins aux alcooliques s'identifient à l'abstinence, position culturellement peu valorisée, alors que, pour une immense majorité des gens, l'alcool a une valeur essentiellement positive).

« L'alcoolisme » a été considéré comme un fléau social, ce qui en a fait une compétence d'Etat. Cette conception hygiéniste ("lutte contre un fléau") s'est associée avec un fonctionnement militant, « antialcoolique ». Paradoxalement « la lutte contre l'alcoolisme » et la prise en charge des alcooliques ont été essentiellement déléguées à des structures associatives (les CHAA devenus C.C.A.A.* , l'ANPA). Par voie de conséquence le dispositif de soins a pu se sentir déchargé de ce problème ; l'Etat ne lui ayant pas fixé clairement cet objectif. Toutefois, les CHAA ont été reconnus en tant que structures médico-sociales intégrées le 29 décembre 1998 à la loi du 30 juin 1975. Il s'agit là d'un premier pas, symbolique et important certes, mais qui ne s'est pas, pour le moment, accompagné d'une

* « Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie » devenus « Centres de Consultations Ambulatoires d'Alcoologie »

augmentation des moyens.

La conception, ancienne mais commode, de l'alcoolisme identifié à la dépendance et aux complications, imprègne toute l'organisation du dispositif de soins. Cette conception empêche de se représenter et de traiter toutes les consommations nocives et les buveurs à problèmes. Elle ne permet pas, non plus de mener des actions d'information et de prévention sur les usagers à risque.

Toute la période avant l'installation de la dépendance, qui s'étale sur une quinzaine d'années, durant laquelle survient et s'aggrave l'essentiel des complications familiales, sociales et psychologiques, et éventuellement les accidents, traumatismes et violences, n'est donc pas prise en compte par le système de soins.

De façon schématique, on peut dire qu'il existe :

- **une alcoologie explicite** qui est organisée sous la forme d'un dispositif spécialisé avec un budget spécifique, essentiellement représenté par les CCAA et les centres de post-cure (CPC), dédiés à l'alcoologie, totalement insuffisants, servant d'alibi à l'Etat et à notre société. Ce dispositif spécialisé est précaire, insuffisamment doté, peu valorisé, tant sur le plan médiatique que par les responsables politiques nationaux, régionaux ou départementaux. Il est totalement insuffisant pour faire face à l'importance et à la gravité du problème.

Les CCAA soignent 88 000 personnes par an, soit 2 à 4 % des personnes en difficulté avec l'alcool

- **une alcoologie implicite** infiniment plus importante, puisque l'immense majorité des personnes en difficulté avec l'alcool s'adressent au système sanitaire général. Il s'agit là essentiellement des médecins généralistes, des médecins traitants et des hôpitaux, tant au niveau des urgences que des différents services, spécialisés ou non.

Schématiquement: les personnes en difficulté avec l'alcool représentent 20 % des personnes hospitalisées ou consultantes, chez lesquelles 7 % ont des pathologies directement liées à l'alcool et 13 % ont l'alcool comme facteur de risque des pathologies présentées.

L'organisation choisie, qui a consisté à attribuer la lutte contre l'alcoolisme à un dispositif totalement insuffisant, tout en assimilant les problèmes d'alcool à l'alcoolodépendance, à ses complications et à son traitement a entraîné de fait un désintérêt de la plupart des acteurs de premier rang, ceux qui soignent plus de 95 % des personnes en difficulté avec l'alcool.

Ces acteurs, en général, se sentent et sont peu compétents. Ils ont en effet eu une formation insuffisante et peu pragmatique qui, dans la majorité des cas, n'insiste que très peu sur le problème essentiel: le diagnostic et le traitement de l'abus d'alcool. Rappelons que l'efficacité insuffisante du dispositif de soins n'est que la traduction du peu d'intérêt porté au plan national, aux problèmes liés à l'alcool.

Dans ces conditions, les acteurs non spécifiques (qui voient, rappelons-le encore, plus de 95 % des personnes en difficulté avec l'alcool) se limitent à traiter les complications somatiques ou psychiatriques de l'alcoolodépendance et ne savent pas organiser un véritable projet de soins alcoologiques efficace, poursuivi et évalué. L'argent utilisé pour soigner les alcooliques dans le dispositif général de soins est ainsi dépensé de façon très peu efficace, puisqu'il ne permet pas, à l'heure actuelle, de traiter les conduites d'alcoolisation.

On comprend alors que:

- la moitié des personnes en difficulté avec l'alcool ne soit diagnostiquée ni à l'hôpital (enquête Yvelines) ni en pratique libérale (Huas et al.)°
- les ivresses aux urgences ne donnent pas lieu, dans leur immense majorité, à un programme de soins, et ne sont pas reconnues comme pathologiques, mais comme un trouble de l'ordre social
- les sevrages sont effectués dans tous les services sans donner lieu là encore à une prise en charge alcoologique spécifique et à un suivi au long cours
- les unités de soins spécifiques en alcoologie, les hôpitaux de jour, et les équipes d'alcoologie de liaison sont en nombre infime, et peuvent disparaître lors du départ du chef de service du fait de leur absence d'inscription administrative.
- l'outil d'attribution des moyens hospitaliers, le PMSI, ne permet pas de prendre en compte les activités de soins alcoologiques
- l'absence de système d'information stable participe au déni général de la gravité du problème. C'est sûrement un des points sur lesquels il faudrait agir en priorité si l'on décide de mobiliser la population.

En résumé, tel qu'il est organisé, le système ne permet pas, d'une part, le diagnostic de l'abus d'alcool, qui est pourtant la phase où les risques familiaux et sociaux sont majeurs et où l'intervention a le plus de chance d'être efficace, et, d'autre part, ne soigne que très imparfaitement les sujets alcoolodépendants, en prenant en charge essentiellement les complications, car n'ayant pas les compétences pour le traitement spécifique des conduites d'alcoolisation.

II - Evaluation du dispositif ambulatoire

1) Les centres de cure ambulatoire d'alcoologie (CCAA) et les autres consultations ambulatoires

- La création des CCAA s'est appuyée sur **la circulaire de 1970** qui considérait qu'il fallait intervenir avant que n'apparaisse la dépendance à l'alcool. Cependant, sous l'influence d'une réelle carence de possibilités de soins ambulatoires pour les malades alcoolodépendants, ceux-ci vont très rapidement s'imposer aux CCAA, dont beaucoup vont ainsi voir rapidement leurs pratiques s'éloigner de la mission initiale qui leur avait été assignée.
- Cette nouvelle conception des CCAA s'est trouvée formalisée dans **la circulaire DGS du 15 mars 1983**.

Il faut toutefois remarquer que la politique de l'Etat vis-à-vis des soins aux alcooliques est particulièrement ambiguë :

- il donne aux CCAA l'intégralité des missions sanitaires concernant les problèmes liés à l'alcool en lui attribuant des moyens dérisoires au regard de ces missions
- il ne précise pas quels doivent être, parallèlement, les missions des autres acteurs sanitaires
- cette ambiguïté concerne tout particulièrement les structures psychiatriques, qui ont en charge un fort pourcentage de ces patients, sans que n'ait jamais été précisé leur rôle ; selon certains textes, les soins aux alcooliques doivent se faire dans le cadre psychiatrique, avec, à l'extrême, la création d'intersecteur d'alcoologie ; selon d'autres (circulaire du 15 mars 1983), ils doivent se faire en dehors de ce cadre.

- **Les CHAA ont été intégrés dans la loi de 1975, devenant ainsi des structures médico-sociales, désormais nommées Centres de cure ambulatoires d'alcoologie**

Le problème principal est l'inadéquation entre les missions et les moyens attribués pour gérer une filière théoriquement complète de réponses aux questions sur l'alcoolisation, de soins, d'accompagnement, de prévention et de recherche

Les CCAA fonctionnent donc avec un réseau très limité correspondant à leurs possibilités et à leur histoire (certains services hospitaliers, un groupe de généralistes, la réponse aux injonctions administratives). Il n'est évidemment pas question de leur reprocher ce réseau limité, mais d'affirmer qu'en l'état actuel des choses, ils ne peuvent répondre à tout ce qui leur théoriquement demandé .

Ils servent donc d'alibi à une politique notoirement insuffisante et incohérente.

Reprenons également, en les complétant, les conclusions du rapport TEN concernant le dispositif :

- "il se croit indépendant alors qu'il n'est qu'isolé
- il n'est pas valorisé, ou plus exactement, son action n'est pas valorisée.
- il n'a pas de stratégie, ou plus exactement l'Etat ne lui assigne pas de stratégie :

2) Les autres consultations ambulatoires d'alcoologie

L'audition par la mission de praticiens venus d'horizons divers a permis de percevoir l'existence d'autres consultations (ou centres ambulatoires) spécialisées en alcoologie.

Ces consultations, qui participent à un tissu alcoologique vivant, existent sous des formes administratives diverses :

- consultation "avancée", prolongement d'unités ou de services hospitaliers
- consultations n'ayant pas le statut de CCAA, gérées par des associations
- consultations mises en place par les municipalités (isolément ou dans des centres de santé)
- consultations spécialisées organisées par des généralistes compétents

Leurs activités se rapprochent souvent de celles des CCAA, avec toutefois une orientation préférentielle vers les soins.

Ces consultations sont, à l'heure actuelle, impossible à dénombrer et évaluer.

Il convient de se poser tout d'abord la question de leur légitimité : la carence en réponse alcoologique spécialisée suffit à les justifier.

3) Le médecin généraliste et les patients en difficulté avec l'alcool

L'étude EMGAM, étude de prévalence en médecine générale des risques et maladies liés à l'alcoolisation, a montré qu'un patient adulte sur cinq présente un risque ou une pathologie lié à son alcoolisation. Ces 18,4% se répartissent comme suit : 5,6 % de consommateurs à risque, 4 % de consommateurs "excessifs" (consommation nocive), 2,5 % d'abstinents secondaires et 6,3 % d'alcoolodépendants.

Or la médecine de ville semble bien ne pas remplir sa mission de prévention et de soins dans ce domaine. En effet de nombreuses études montrent que l'intervention des médecins généralistes est très insuffisante, tant dans le domaine du repérage, que de la prévention et du soin. Les médecins généralistes sous-estiment l'importance et l'impact du facteur alcool : moins de 50 % des patients en difficulté avec l'alcool sont identifiés en tant que tels. De plus, le rôle de l'alcoolisation n'est souvent identifié par le médecin qu'en tant que comorbidité associée . Les complications de l'alcoolisation excessive passant alors au premier plan

Les différents types de patients vus par le généraliste

Les difficultés à diagnostiquer l'abus d'alcool

Les stades précoces des risques liés à l'alcool, en particulier lors des alcoolisations primaires

d'habitude, sont peu identifiés et donc non abordés, du fait de la méconnaissance des indicateurs somatiques, psychologiques, familiaux, sociaux. Les questionnaires d'évaluation du type CAGE ou MAST ne sont pas connus ou utilisés.

Les buveurs à problèmes devraient être alertés le plus précocement possible des liens entre leurs problèmes de santé et leur consommation (c'est là un rôle fondamental du médecin généraliste) et une modification notable de leur consommation devrait leur être proposée

Les difficultés à prendre en charge les dépendants

Concernant la prise en charge des dépendants, les complications sont le plus souvent traitées de façon isolée. La question de la dépendance, psychologique ou somatique, est rarement abordée en tant que telle. Le facteur alcool, parfois non identifié, est surtout non maîtrisé.

Tout ceci pose la question de la place du médecin traitant dans le dispositif actuel, de sa formation, ainsi que de sa capacité à travailler avec d'autres partenaires .

Mais encore faut-il, pour cela :

- que le diagnostic soit fait, notamment celui de buveur à risque et de "buveurs à problème" (mal repéré, nous l'avons vu, par les généralistes)
- que ce diagnostic soit accepté (et il est difficilement acceptable par le patient, qui peut s'appuyer sur la tolérance sociale pour considérer qu'il boit "normalement")
- que le médecin se sente compétent pour la prise en charge (ce qui n'est en général pas le cas)
- qu'il puisse orienter sur un réseau d'aval acceptable par le patient, bien organisé et efficace. (La rareté du recours au CCAA, la difficulté de l'envoi en psychiatrie et la qualité parfois discutable des réponses hospitalières - psychiatriques ou médicales - démontrent, s'il en est besoin, la mauvaise organisation du dispositif d'aval).

La connaissance, la bonne articulation et la confiance entre les partenaires médicaux, psychiatriques et sociaux est un préalable nécessaire. Elles seules permettent que chacun agisse dans son domaine de compétence, en complémentarité, en acceptant ses limites voire ses échecs ainsi que ceux des autres.

Les avantages de la prise en charge par le médecin généraliste

Les contacts entre le médecin et la population concernée sont personnalisés et répétés dans le temps. Or, en matière d'acquisition ou de modification de comportements, la répétition des messages, le facteur temps (permanence et continuité) et la qualité de la relation sont indispensables.

Plusieurs études ont démontré les impacts positifs des interventions des médecins généralistes, que ce soit la remise de documents, le suivi coordonné, la prise en charge avec sevrage ambulatoire. Les généralistes sont bien placés pour repérer et suivre les "consommateurs d'alcool à problèmes", ainsi que le montrent les résultats encourageants de techniques de dépistage et d'intervention brève menées par des généralistes depuis 10 ans dans divers pays (Canada, Grande-Bretagne, Suède, Norvège)

Il est indispensable de donner aux médecins généralistes - mais aussi à l'ensemble des médecins et soignants - le savoir minimum sur les comportements, les produits addictifs et les procédures validées de diagnostic, de soins et d'aide à proposer.

Le fait d'intégrer la maladie alcoolique dans le champ du soin légitime est un préalable indispensable. La question de la consommation d'alcool en nombre de verres par semaine, et en évaluant les conséquences nocives, peut et doit être posée systématiquement lors de tout interrogatoire.

Les professionnels de la santé ne peuvent aborder de façon sereine les questions d'alcoolisation que s'ils sont en mesure de négocier ensuite les conséquences directes ou indirectes de ce type d'entretien, c'est-à-dire la prise en charge de la personne en difficulté avec l'alcool.

4) Aider les personnes en difficulté avec l'alcool dans le milieu professionnel

Là encore, la politique de lutte contre les consommations nocives d'alcool ne peut se concevoir que de façon globale et cohérente : le milieu professionnel est un reflet de notre société et la politique menée par la médecine du travail, même si elle l'impulse ou la stimule, sera forcément la traduction des représentations de ces consommations dans l'entreprise.

Comme dans l'ensemble de notre système social, une politique de lutte contre la consommation nocive d'alcool n'a de chance d'obtenir quelques résultats que dans la mesure où elle mobilise l'ensemble des partenaires sociaux.

Le médecin du travail est, avec le médecin généraliste, **le mieux placé pour repérer les personnes en difficulté avec l'alcool**. Pendant toute la période où apparaissent les problèmes liés à la consommation nocive et avant que ne s'installent les complications de la dépendance, le médecin du travail est souvent le seul amené à voir ces patients, car ces troubles s'installent le plus souvent à un âge où on ne consulte pas son médecin généraliste.

a) Les conséquences de la consommation d'alcool au travail

Nous rappellerons simplement ici quelques chiffres :

- 15 % des accidents du travail sont directement liés à une imprégnation alcoolique, essentiellement au cours de chutes, utilisation de machines ou d'accidents de la voie publique. De faibles alcoolémies (entre 0,25 et 0,5 g/l) suffisent pour entraîner des modifications sensibles des résultats en termes de compétence professionnelle.
- L'alcool est retrouvé dans 40 à 50 % des accidents du travail mortels (CRAM).

b) L'absence de politique cohérente se vérifie dans le monde du travail

Un certain nombre d'entreprises, pour lesquelles il était vital de mener une action, se sont données les moyens de mener une politique de prévention (notamment, par exemple, la SNCF qui a élaboré une charte de prévention, des fiches d'indicateurs ...)

D'autres expériences, multiples, existent (Michelin, Péchiney, la Courly -communauté urbaine de Lyon - ...) montrant qu'une politique de prévention des risques liés à la consommation d'alcool dans le milieu professionnel ne peut se faire que sous certaines conditions.

Il faut :

- une politique d'entreprise
- une mobilisation de tout le personnel, et pas seulement du personnel médical
- un programme de santé cohérent.

Toutefois, à côté de ces expériences innovantes et réussies, la plupart des entreprises, et même il faut le signaler des hôpitaux, n'ont pas de politique globale à l'égard du risque alcool.

Pour la plupart des entreprises et des syndicats, toucher à la question de l'alcool risque de retentir sur la qualité de vie de l'entreprise et d'introduire une nouvelle zone de conflit dans un climat social déjà tendu .

La politique "alcool" dans une entreprise est plus facilement perçue comme le "dépistage des alcooliques" que comme une aide aux personnes en difficulté avec l'alcool. Là encore, le clivage consommation normale / alcoolique renforce la difficulté de faire un diagnostic et d'apporter une aide précoce .

III - Le dispositif hospitalier

La situation actuelle

a) Une certaine confusion : définir les soins pour définir les lieux de soins

Il importe avant tout de définir parfaitement les différents besoins et attentes des personnes en difficulté avec l'alcool ainsi que les différents types de soins hospitaliers nécessaires aux patients en difficulté avec l'alcool. Il sera alors possible de préciser les indications, le fonctionnement et l'inscription médico-administrative des différentes structures susceptibles de les soigner.

En effet, la confusion archaïque entre sevrage, cure et post-cure (la cure s'identifie-t-elle ou inclut-elle le sevrage ? La post-cure fait-elle suite au sevrage, destinée alors à mettre en place le soin alcoologique spécifique ou fait-elle suite à la cure et est destinée, en ce cas, à la consolidation et à la réadaptation de certains patients ?) entraîne un certain flou dans le fonctionnement et l'inscription administrative des structures de soins. Les termes de cure et de post-cure ne devraient plus être utilisés.

Les structures de cures sont-elles des institutions de soins intensifs ou de moyen séjour ? (Les structures de post-cure sont-elles des structures de soins de moyen séjour ou des structures médico-sociales de réadaptation? Quelle est la différence entre un centre de post-cure et un foyer de post-cure?)

b). Les différents objectifs de soins en milieu hospitalier

Le traitement spécifique de la maladie alcoolique doit répondre à plusieurs objectifs.

1. le sevrage

2. le traitement des complications

3 Les soins alcoologiques spécialisés associant travail psychothérapeutique individuel et en groupe, information détaillée sur les difficultés liées à l'alcool et soins psychocorporels (kinésithérapie, gymnastique, relaxation) sont nécessaires à la revalorisation de l'image de soi et à la restauration de l'image du corps, ainsi qu'à la réflexion sur la consommation d'alcool et notamment sa valeur symbolique, afin d'aboutir à la modification du rapport à l'alcool et à l'élaboration d'un projet de soins à long terme.

Ce type de soins nécessite impérativement un personnel médical et paramédical formé à l'alcoologie, motivé, et une organisation institutionnelle permettant ce type de prise en charge (réunions spécifiques, psychothérapies de groupe, activité psychocorporelle, salle d'information, de discussion, de rencontre avec les associations néphalistes...).

Ces trois premiers objectifs correspondent à des structures de court séjour au sens de la loi hospitalière de 1991.

4 La réadaptation

Une phase de consolidation et de réadaptation est parfois nécessaire.

Elle pourrait correspondre aux structures de moyen séjour et de réadaptation au sens de la loi

5. Cinquième objectif : la réinsertion

Enfin, une phase de réhabilitation et de réinsertion essentiellement socio-éducative est parfois nécessaire pour certains alcooliques désinsérés

c) Les missions des établissements hospitaliers vis-à-vis des personnes en difficulté avec l'alcool

Lieu de dépistage, par le biais des services d'urgences et des différents services hospitaliers et lieu de soins, l'hôpital devrait avoir pour mission de :

- organiser le dépistage et les soins de façon correcte, tant aux urgences que dans les services
- permettre l'action d'une équipe d'alcoologie de liaison afin d'aider les patients et les équipes
- prodiguer des soins alcoologiques de qualité dans les services où sont pratiqués les sevrages ou soignées les complications
- proposer des soins alcoologiques spécifiques ne se limitant pas à la prise en charge des complications ou des comorbidités.

d) Etat actuel de l'organisation des soins hospitaliers aux personnes en difficulté avec l'alcool

La situation actuelle est très hétérogène, du fait de l'histoire des institutions et de l'absence de politique clairement définie ; elle ne cadre que très imparfaitement avec les objectifs de soins précédemment décrits.

Pour être plus précis, dans la grande majorité des cas, malgré des exceptions remarquables et courageuses, les patients en difficulté avec l'alcool sont très insuffisamment diagnostiqués et soignés dans les hôpitaux français.

L'hôpital

L'hôpital est un lieu primordial pour les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool (18 % des personnes hospitalisées en MCO et 25 % en psychiatrie ont un problème avec l'alcool ; 6 % des patients sont hospitalisés pour une maladie liée à l'alcool ; 26 % des sujets arrivant aux urgences ont un problème avec l'alcool ; 12 % viennent pour une conséquence de l'alcool.(91)

Il devrait donc être tout naturellement un des lieux de diagnostic, de traitement et de mise en place d'un projet de soins à long terme cohérent.

Dans la pratique, à quelques rares et remarquables exceptions près, liées à l'intérêt que peut manifester à l'alcoologie un praticien ou un service, ces trois missions ne sont que très mal accomplies:

- le diagnostic du problème avec l'alcool n'est fait qu'une fois sur trois.
- aux urgences, après une nuit de "dégrisement" en cas d'ivresse, le patient regagne son domicile sans que le problème n'ait été abordé.
- dans les services de médecine, de chirurgie ou de psychiatrie, la complication secondaire à l'alcoolisme (cirrhose, fracture, dépression, psychose alcoolique) est traitée mais sans que soit le plus souvent réellement mis en place le traitement du problème alcool.

Le sevrage s'effectue avec un traitement chimiothérapique mais, le plus souvent, sans que ne soit proposé au patient l'ensemble des techniques lui permettant d'être informé, de prendre conscience des risques liés à la consommation, de comprendre ses raisons propres de consommer, de renforcer sa motivation et d'organiser une démarche thérapeutique à long

terme.

- l'envoi des patients hospitalisés aux C.H.A.A. est proportionnellement très faible

Très rares sont les hôpitaux, généraux ou psychiatriques, où une équipe spécialisée (alcoologie de liaison) ou une unité spécialisée permettent d'initier ces soins et de les organiser de façon cohérente.

La période d'installation de l'alcoolisme, longue et durant laquelle le patient est souvent en contact avec l'hôpital, est, en général, totalement négligée. Lorsque l'alcoolodépendance et son cortège de complications sont installés, le traitement se limite, le plus souvent à celui des complications sans que l'hôpital se soit réellement donné tous les moyens de traiter la dépendance.

Les centres de cure, de post-cure et les foyers de post-cure

- du fait de l'imprécision et du recoupement des notions de sevrage, cure, post-cure et réadaptation, les indications en sont extrêmement imprécises, dépendant du bon vouloir des médecins adresseurs et des responsables de ces centres.

- du fait de l'absence de protocoles valides et consensuels, le fonctionnement et la qualité sont extrêmement disparates.

- la répartition géographique est totalement anarchique.

Malgré la nécessité criante de structures de soins spécialisés, celles-ci ne peuvent apparaître ni dans la carte sanitaire du court séjour, ne correspondant pas à une discipline médicale, ni dans la carte sanitaire du moyen séjour, en général saturée et principalement orientée vers les personnes âgées et la réadaptation fonctionnelle.

La création de lits privés se heurte aux mêmes difficultés et aux mêmes imprécisions.

Les intersecteurs d'alcoologie

Il faut enfin signaler l'existence de quelques intersecteurs d'alcoologie, se rapprochant - ou pensés comme - des secteurs de psychiatrie. La création de ces intersecteurs a été purement conjoncturelle, ne correspondant à aucune politique sanitaire définie. Remarquons à ce propos, que, selon les textes et avec la persistance d'une grande ambiguïté, la prise en charge des malades alcooliques est une des missions essentielles de la psychiatrie ou, au contraire, un problème essentiellement hors du champ de la psychiatrie

Ce survol du "paysage alcoologique français" met en lumière l'absence de politique sanitaire cohérente et en miroir, le désintérêt pour la question de la plupart des médecins et des responsables hospitaliers. Les réponses proposées sont insuffisantes et incohérentes, ne prennent pas du tout en compte les soins aux buveurs excessifs et répondent mal aux besoins des alcoolodépendants.

2) Les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les services d'urgence

On considère que 20 à 25 % des admissions aux urgences sont liées à des problèmes d'alcool :

- 10 % correspondent à des intoxications alcooliques aiguës ou à des situations de crises, notamment familiales, liées à l'abus d'alcool.
- 5 % correspondent aux complications liées à l'alcoolodépendance.
- 10 % correspondent à :
 - . des traumatismes crâniens (la moitié d'entre eux sont associés à la prise d'alcool)
 - . un bilan traumatique après une rixe ou une agression (l'alcoolémie est supérieure à

0,80 g dans 80 % des cas)

. un bilan traumatique après un accident de la route (environ 40 % des automobilistes mais aussi des piétons responsables d'accidents de la voie publique, ont une alcoolémie supérieure à 0,8g/l)

. une intoxication médicamenteuse (l'alcool y est associée dans la moitié des cas) ; l'excès d'alcool est également en cause dans 25 % des malaises, chutes ou vertiges.

Un certain nombre de services d'urgence se sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants présentant des difficultés avec l'alcool (citons par exemple les SAU de Blois, de Dijon, etc...) Ils appliquent les recommandations données par la conférence de consensus "intoxication éthylique aiguë dans les SAU" qui s'est tenue en 1992 sous l'égide de la Société Française des Urgences Médicales. Les protocoles concernant la conduite à tenir chez un sujet dépendant, en cas d'intoxication alcoolique aiguë, en cas de violences sont connus, répertoriés dans le service et appliqués. Le patient en difficulté avec l'alcool ne passe pas en vain dans ces services, et tout est fait pour que puisse être mis en place à partir du service d'urgence une véritable prise en charge coordonnée ultérieure du problème d'alcool.

Tous les services d'urgence ayant mis en place cette organisation efficace insistent sur la nécessité que l'ensemble du personnel soit formé et motivé, ce qui implique que certains membres du personnel aient acquis une formation complémentaire. Le rôle d'une équipe d'alcoologie de liaison est, là, capital pour former, soutenir et accompagner le personnel des urgences et participer à la prise en charge.

Malheureusement, les services ayant le fonctionnement précédemment décrit ne constituent qu'une petite minorité des services d'urgence et, dans la grande majorité des cas, le soin aux personnes en difficulté avec l'alcool ne suscite que très peu d'intérêt tant de la part des médecins que de équipes soignantes ; il est donc particulièrement mal organisé et inefficace. Le niveau de conscience et d'intérêt pour les intoxications alcooliques aiguës équivaut à celui qui était porté aux tentatives de suicide il y a une vingtaine d'années

Trop souvent :

- le diagnostic n'est pas fait,
- les patients sont renvoyés à leur domicile ou laissés à la garde de la police pour "dégrisement" avec certificat de non hospitalisation ; si l'ivresse publique et manifeste reste un délit, elle n'en est pas moins la traduction d'une consommation nocive d'alcool et devrait impliquer la mise en place ultérieure d'un projet de soins
- lorsque les patients sont hospitalisés, le peu de surveillance encourage tacitement les "fugues", très fréquentes
- la mise en place d'un projet de soins ultérieur, cohérent, coordonné avec des spécialistes intéressés est exceptionnelle.

3) Les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les hôpitaux généraux (et notamment les services de médecine, chirurgie, obstétrique et réanimation)

La circulaire du 28 mars 1978 a proposé que des lits soient destinés à accueillir des alcooliques sans création autorisée dans les hôpitaux généraux. Plutôt que de saupoudrer "ces lits dans l'ensemble de l'établissement", il était plutôt préféré que l'un des services favorise en son sein des modifications d'attitudes, permettant à l'ensemble ou à une partie de ses personnels, qui y trouveraient vocation, de traiter des alcooliques en tant que tels, et non seulement sous la rubrique des complications qu'ils présentent. En pratique, ces instructions ont été très peu appliquées et il n'y a eu que quelques rares unités ou parties d'unités qui se

sont spécialisées en alcoologie.

Rappelons que le diagnostic des difficultés avec l'alcool n'est fait que dans la moitié des cas environ.

Le plus souvent, les complications liées à l'alcool (cirrhose, cancer aérodigestif, traumatisme, delirium tremens...) sont donc traitées dans les services de médecine, chirurgie et réanimation, la prise en charge de l'alcoolodépendance se limitant le plus souvent à des conseils et, éventuellement, à une consultation avec le psychiatre de liaison.

Les soins alcoologiques spécifiques ne sont quasiment jamais possibles, faute de structures intra-hospitalières, faute de réseau extra-hospitalier d'aval, ou faute d'articulation avec le peu qui existe.

Le désintérêt pour les personnes en difficulté avec l'alcool est, hélas, très répandu dans la communauté médicale et l'administration hospitalière, et chez les responsables sanitaires. Il explique les grandes difficultés à instaurer et à conserver des équipes et des lieux de soins pour ces patients qui ne sont jamais prioritaires.

4) Les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les hôpitaux psychiatriques (et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux)

Il persiste une très grande ambiguïté dans le rôle qu'a à jouer la psychiatrie dans les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool (92).

C'est la discipline médicale qui reçoit et soigne le plus d'alcoolodépendants, mais son rôle n'a jamais été affirmé par l'Etat, qui a préféré mettre en valeur l'action du dispositif spécialisé. D'autre part, la plupart des alcoolodépendants supportent particulièrement mal les lieux psychiatriques et l'étiquette "trouble psychiatrique" qui y est accolée. Malgré cela, ils y sont régulièrement soignés du fait des comorbidités, des complications ou simplement car il s'agit souvent du seul lieu traitant les dépendances.

Ainsi, la réponse spécifique est très variable d'un établissement à l'autre. Le pire (rejet des patients alcoolodépendants, mélange stérile des pathologies) côtoie le meilleur : certaines expériences novatrices ont été et sont menées dans ou à partir des CHS dans le domaine de l'alcoologie.

Malgré cela, le plus souvent, la psychiatrie prend insuffisamment en charge ce type de pathologie et n'apporte pas les soins spécifiques déjà décrits. Cet état de fait est connu depuis longtemps : en 1983, Jean-Paul Descombey, dans son rapport aux Premières Journées Nationales de la Psychiatrie, soulignait l'"inadéquation de nos structures d'accueil et de soins de secteur" à l'égard des vieillards, des alcooliques, des toxicomanes, des psychopathes et des sujets gravement handicapés, patients qu'il regroupait sous l'appellation de "marginiaux du secteur".

En 1992, Gérard Massé parlera des "occasions manquées" par le secteur en insistant tout particulièrement sur la prise en charge des problèmes d'alcool.

Trop nombreux sont les travaux témoignant de l'inadaptation des services psychiatriques à une prise en charge hospitalière de toutes les conduites alcooliques pour y revenir longuement (Conférence des Présidents de CME de CHS).

Rappelons quand même que l'enquête "Yvelines" avait mis en évidence que, de manière

plutôt paradoxale, les psychiatres étaient, parmi les médecins, ceux qui diagnostiquaient le moins les difficultés liées à l'alcool. Ceci est vraisemblablement lié à l'intérêt prééminent porté aux pathologies psychiatriques ou aux troubles de la personnalité associés alors que la communauté scientifique admet que l'on ne peut correctement soigner les troubles associés que lorsque l'on a traité le problème d'alcool.

5). Les structures hospitalières de court séjour spécialisées en alcoologie

a) L'alcoologie de liaison

L'utilité d'équipes d'alcoologie de liaison, réunissant médecins, psychologues, infirmiers, assistantes sociales formés à l'alcoologie, destinées à accompagner les patients en difficultés avec l'alcool et à soutenir les équipes soignantes dans la mise en place des projets de soins, est reconnue de longue date.

Les missions

Elles sont précisées dans la circulaire du 10 septembre 1996.

Sans se substituer aux équipes soignantes des services, les équipes d'alcoologie de liaison ont pour mission d'aider à la prise en charge du problème "alcool" pour l'ensemble de l'établissement, en sensibilisant les instances consultatives de l'établissement et en formant les équipes soignantes au repérage du problème, en les assistant dans la prise en charge et en participant à l'orientation du malade après l'hospitalisation. Au service des urgences, notamment, elles proposent une stratégie de prévention primaire et secondaire des problèmes d'alcoolisation.

L'intervention des équipes d'alcoologie de liaison doit être l'occasion d'engager le patient dans un projet thérapeutique au-delà de la période d'hospitalisation, en liaison avec des acteurs sanitaires et sociaux agissant en réseau.

Les missions des équipes d'alcoologie de liaison s'exercent en plusieurs directions.

- a - **en direction des patients alcooliques**
- b - **en direction des équipes soignantes**
- c - **en direction des acteurs extra-hospitaliers**

Le fonctionnement

Les précautions nécessaires au bon fonctionnement de ces équipes sont également rappelées :

- a - **Une intégration effective de l'équipe dans l'organisation hospitalière**
- b - **Une intégration de l'équipe dans le dispositif d'alcoologie local**
- c - **Des moyens en personnel spécifiques.**

Les difficultés rencontrées

Il suffit de citer le rapport de l'IGAS pour les voir apparaître

On ne peut que déplorer le fait que ces excellentes recommandations n'aient guère été suivies. Le rôle de coordinateur sans lits ni reconnaissance officielle, s'est avéré bien difficile à tenir auprès de confrères d'autres services soucieux de ne pas perdre la pleine responsabilité de leurs malades. Les bonnes volontés se sont vite épuisées, et quinze ans plus tard, on compte sur les doigts d'une main les hôpitaux qui ont réellement réussi une coordination inter-services en matière d'alcoolisme".

Elles sont, comme tout ce qui concerne l'alcoologie à l'heure actuelle, peu reconnues et peu valorisées.

b) Les unités spécialisées en alcoologie

L'inscription administrative

Ces unités de soins spécialisées peuvent avoir plusieurs inscriptions administratives :

- soit une unité fonctionnelle dans le cadre d'un service de médecine ou de psychiatrie
- soit une unité intersectorielle d'alcoologie
- soit un service d'alcoologie
- Soit une clinique privée ou associative d'alcoologie (souvent appelée, de façon ambiguë, "centre de cure")

L'appellation d'unité spécialisée en alcoologie est liée :

- à l'individualisation du lieu de soins
- à la gamme complète de soins alcoologiques proposés

Il faut noter que parfois ces unités soignent les "conduites addictives" et notamment les toxicomanies.

Le fonctionnement

Le fonctionnement de ces structures implique un certain nombre de préalables :

- elles doivent accueillir un nombre suffisant de patients ayant des difficultés avec l'alcool pour pouvoir développer des prises en charge spécifiques qui puissent avoir du sens en terme de soins "alcoologiques". Un minimum de 10 lits ou places patients semble souhaitable.
- elles doivent s'engager à avoir un minimum de soignants formés en alcoologie (au moins trois soignants et un médecin)
- enfin et surtout, ces structures spécialisées doivent pouvoir répondre aux besoins des patients par des prises en charge diversifiées et être capables d'organiser un certain nombre d'activités nécessaires à la qualité des soins de manière à ne pas réduire la prise en charge à une simple mise à distance sous forme d'une cure de sevrage médicamenteuse, mais permettre aussi aux patients une réflexion poussée sur l'alcool et sur leurs propres rapports avec le produit

On pourrait retenir l'engagement à organiser 5 à 6 points parmi les modalités de prise en charge et les activités suivantes : sevrage en urgence, cure programmée, thérapies corporelles, groupes de paroles, groupes d'information, contacts avec les associations d'anciens buveurs, ergothérapie ; le contact avec un ou des spécialistes (gastro-entérologue, ORL, psychiatre ...) en fonction de l'orientation propre de la structure et le contact avec une assistante sociale sont indispensables.

Les indications

Elles sont souvent liées à des échecs précédents de sevrage ambulatoire.

Elles se justifient également lorsqu'un bilan et un traitement somatique ou psychiatrique est nécessaire.

Et enfin lorsqu'une coupure avec le milieu, pour des raisons familiales, professionnelles, juridiques ou sociales, est nécessaire.

Les difficultés rencontrées

Le très faible nombre de ces unités, aussi bien hospitalières que privées

Ces unités spécialisées ne sont que peu développées, ce qui témoigne bien du peu d'intérêt des médecins pour un domaine peu valorisant.

Actuellement, une cinquantaine d'unités d'alcoologie de 10 à 40 lits en moyenne et regroupant 1 063 lits au total accueillent moins de 20 000 malades par an. Encore n'ont-elles qu'une existence précaire puisque l'alcoologie n'étant pas une spécialité, leur seule

reconnaissance officielle leur est conférée par la seule circulaire du 28 mars 1978.

La répartition totalement anarchique

Ces trop rares unités sont implantées sans aucune logique de planification puisqu'elles ne sont pas répertoriées en tant que telles dans le schéma régional d'organisation sanitaire à l'exception du Nord Pas de Calais dont il faut souligner l'intéressante démarche.

Aucune réflexion de rationalisation ne prévaut à leur création quasi totalement dépendante de l'initiative et de la motivation d'un chef de service.

L'absence de pérennité

Ces unités disparaissent le plus souvent lors du départ en retraite ou lors d'une mutation, du responsable médical. N'ayant aucune inscription administrative, elles sont reconverties au gré des intérêts du successeur en unité de médecine, de gastro-entérologie ou de psychiatrie.

c) L'hôpital de jour pour les patients en difficulté avec l'alcool

L'hôpital de jour est une structure particulièrement adaptée au suivi des alcoolo-dépendants nécessitant des soins intenses et spécifiques. L'Hôpital de jour permet de travailler, sur le fond et dans la durée, la problématique du déni, l'acceptation de la maladie, le deuil de l'alcool, la dépendance en général et la reconstruction personnelle du sujet dans l'abstinence. Il est à l'heure actuelle le plus souvent indiqué après une hospitalisation temps plein. Il est parfois, et cette indication devrait considérablement se développer, proposé pour appuyer un projet de soins ambulatoire (sevrage et soins alcoologiques spécifiques) sans couper le patient de son milieu. Toutefois à l'heure actuelle pour des raisons sociologiques et administratives, ce type de structure, innovante, efficace et peu coûteuse, reste très rare (5 ou 6, à notre connaissance, pour la France, mais il n'existe pas d'outil permettant de les recenser).

6) Les soins de suite et de réadaptation d'alcoologie (encore appelés centres de post-cure)

Il conviendrait d'emblée d'insister sur l'appellation « Soins de suite et de réadaptation » d'alcoologie (ex:Centres de Moyen séjour) qui les resituerait dans la loi hospitalière et éviterait les ambiguïtés du terme de post-cure.

Les indications

Elles devraient être posées précisément et ne pas se confondre avec les soins alcoologiques nécessitant une hospitalisation courte. Elles devraient être réservées à des sujets ayant un réel besoin de consolider leur abstinence. On pourrait donc retenir les critères suivants :

- motivation encore très floue à l'égard de l'abstinence
- réflexion superficielle, succincte
- nombre de rechutes précédentes
- gravité des troubles du comportement
- atteintes somatiques et psychiques nécessitant du temps pour récupérer, comme des polyneuropathies, des syndromes cérébelleux, des détériorations psycho-intellectuelles
- comorbidité d'ordre psychiatrique, tels que des troubles de la personnalité, des états dépressifs
- contexte socio-professionnel et familial défavorable (désinsertion)

Le moyen séjour alcoologique (la post-cure) doit s'inscrire dans un projet global de réhabilitation du patient alcoolo-dépendant et fait partie d'un véritable contrat passé entre le malade et son thérapeute.

Problèmes et difficultés

- Une répartition inégale
- Un nombre insuffisant

- Une inscription administrative insuffisamment précise

Le rattachement administratif de ces structures aux lits de moyen séjour, avec une carte sanitaire en général saturée empêche toute planification cohérente.

- Une sélection (au moins partielle) des patients

IV - Le dispositif médico-social

1) les foyers de post-cure pour la plupart : centres d'hébergement et de réadaptation sociale : C.H.R.S.

a) Missions

Ces foyers de post-cure sont principalement axés sur les réinsertions. Certains ont pris volontairement une orientation en alcoologie et ont développé un accueil et des activités spécifiques en direction de cette clientèle alcoolique mais ils sont encore l'exception. De tels efforts dans un secteur ingrat devraient être soutenus et encouragés, surtout dans les grandes villes où la population cumulant les handicaps médico-sociaux s'est beaucoup accrue au cours des dernières années, suscitant des besoins spécifiques débordant l'offre d'accueil et d'hébergement non spécialisés et la compétence de ses équipes.

b) Les difficultés

Les difficultés rencontrées sont majeures avec ces populations cumulant de multiples handicaps (psychiques, physiques et sociaux). Plusieurs types de situations sont possibles :

- soit il s'agit d'un C.H.R.S. non formé à l'alcoologie : l'ensemble de ces établissements reçoit de nombreux alcooliques "actifs" et, dans la majorité des situations, aucun projet n'est formalisé qui permettrait une meilleure prise en charge de ces situations, ce qui se traduit par des rixes, incidents plus ou moins graves, rechutes "collectives" d'hébergés ayant suivi un programme thérapeutique, passages à l'acte divers y compris au niveau des équipes d'accueil qui se voient renforcer dans leurs inquiétudes ou leur rejet à l'égard de cette population.

- soit il s'agit d'un des rares C.H.R.S. à orientation alcoologique : ils souffrent alors d'un soutien insuffisant de l'administration, du politique et des structures sanitaires. Ce sont les structures qui ont les plus faibles moyens pour les populations les plus difficiles (certes, peu demandeuses et peu compliantes aux soins).

2) Le dispositif mis en place à Lyon : pour proposer des soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les locaux de police

Il a surtout une valeur d'expérimentation. Ce système de mise à disposition dans les locaux de la police (hôtel de police de Lyon) d'une équipe de médecins pendant la vacation de nuit a surtout amélioré les relations entre les services de police et les services d'urgence. Une certaine confusion apparaît toutefois entre les problèmes d'alcool et les problèmes de drogue et d'injonction thérapeutique.

Ce dispositif, comme ce qui peut être mis en place aux urgences, est intéressant car il permet de dépister des situations relativement "évidentes", et surtout d'essayer de mettre en place un projet de suivi, mais il ne présente d'utilité potentielle qu'en lien réel avec un dispositif de suite.

3) La réponse du milieu pénitentiaire aux problèmes d'alcool

Le problème alcool est très important dans la population incarcérée :

- un entrant sur 4 a une maladie liée à l'alcool : dépendance ou alcoopathologie somatique

- un entrant sur 3 a un problème lié à l'alcool : maladie (cf ci-dessus) ou consommation à haut risque et/ou problèmes judiciaires liés à l'alcoolisation

Ces mêmes problèmes se retrouvent, mais réduits de moitié chez les femmes.

Il n'y a pas d'offre systématique de soin alcoologique en prison (contrairement à la toxicomanie). Jusqu'en 1988 seules les associations d'anciens buveurs (Vie libre et AA) intervenaient en prison.

Ceci correspond, pour l'ensemble de la population pénale française, à 3,5 ETP (alors qu'il existe 53 ETP pour la prise en charge et les soins des toxicomanes en prison).

Chapitre 3

III - Le dispositif de prévention et de soins aux tabagiques

sources : Lagrue 1998
Aubin 1998

I - Problématique générale

La situation de la Tabacologie Française est actuellement tout à fait paradoxale. L'épidémiologie le démontre de façon formelle : le tabagisme, et singulièrement la cigarette est, et de très loin, la principale cause de morbidité et de mortalité en France. L'alcool et le tabac représentent à eux seuls au moins 20 % de la mortalité globale et un coût médico-social considérable.

Il y a un abîme énorme entre la gravité du tabagisme et les moyens existant pour lutter à l'échelon individuel contre le tabagisme :

- la dépendance tabagique n'était pratiquement pas enseignée jusqu'alors.
- dans les soins quotidiens, tant en pratique libérale que publique, la consommation tabagique n'est pratiquement jamais prise en charge.
- les structures de soins en tabacologie manquent cruellement, et utilisent trop souvent des "méthodes" obsolètes.

Or les connaissances de base existent et sont largement utilisées dans d'autres pays. Ces données capitales ont été rassemblées dans des directives générales publiées l'an dernier aux Etats-Unis (Tobacco Control, n° spécial- Automne 97).

Ces connaissances pourtant bien établies et pouvant aboutir à une "médecine basée sur des preuves" ne sont encore que trop peu utilisées dans notre pays, sans doute parce qu'elles sont récentes, n'ont pas encore pénétré complètement les milieux médicaux et paramédicaux et qu'il y a un manque très important de médecins compétents en tabacologie

- la recherche neurobiologique sur la nicotine et les mécanismes des dépendances et la recherche clinique n'ont été que trop peu aidées.

Les soins devraient être assurés à la fois par des médecins et par l'ensemble du personnel de santé.

La situation actuelle se caractérise par **une absence quasi totale d'organisation et de moyens pour les soins en tabacologie.**

Nous allons dans ce qui suit, évaluer simultanément le peu qui existe et les multiples

carences.

II - Le dispositif dit spécialisé

On retrouve quelques consultations dans les hôpitaux et les structures administratives (dispensaires, centres de soins...) : la situation actuelle est extrêmement hétérogène. Un certain nombre de réalisations ont été faites, reposant essentiellement sur des initiatives personnelles.

Il faut distinguer :

- **les Consultations de Tabacologie** qui fonctionnent à la vacation avec des consultations deux ou trois fois par semaine. Elles sont le plus souvent nées par génération spontanée, en particulier dans les services de pneumologie et dans les structures de soins communautaires, en utilisant encore trop souvent des méthodes empiriques non validées (acupuncture, homéopathie...). Il y aurait une centaine de ces consultations en France.

Un recensement serait actuellement indispensable afin de pouvoir connaître leur nombre exact, leurs ressources, leur mode de fonctionnement et le nombre de fumeurs pris en charge chaque année.

- **les Centres de Tabacologie** qui doivent être constitués d'une équipe pluridisciplinaire et qui, idéalement doivent avoir une activité "temps plein" permettant d'apporter un suivi et un accompagnement prolongé aux fumeurs dépendants. A l'heure actuelle ces centres spécialisés sont très rares. Les critères de fonctionnement de ces Centres de Tabacologie sont résumés dans la pièce jointe n° 1

Quelques créations importantes isolées ont cependant été faites ces dernières années. Elles constituent une base pour les réalisations d'avenir :

Il existe une **Société de Tabacologie** créée maintenant il y a douze ans, autour de laquelle s'est progressivement constitué un noyau de médecins désireux de travailler de façon rationnelle et de faire progresser les connaissances en tabacologie.

Il y a six ans a été créée, à l'initiative de quelques médecins impliqués personnellement et quotidiennement dans l'aide à l'arrêt du tabac, le **Groupe d'Etude sur le Sevrage Tabagique (le GEST)** avec le mécénat des laboratoires Novartis. L'objectif a été double, fournir chaque année à ces médecins une actualisation des données scientifiques récentes; d'autre part leur permettre dans des ateliers pratiques d'échanger leurs informations et ainsi d'améliorer leur pratique quotidienne.

La Société de Tabacologie et le GEST regroupent environ une centaine de médecins tabacologues actifs et ayant une expérience pratique.

Il faut également ajouter l'**Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives** qui vient de créer un groupe de travail sur le tabagisme.

La **Ligue Nationale Contre le Cancer**, avec l'aide des **Communautés Européennes** a décidé d'encourager la création de Centres de Tabacologie de référence ayant pour mission:

- la constitution de réseaux de médecins généralistes avec formation de ces médecins,
- la prise en charge des cas difficiles,
- et l'animation de la recherche clinique.

Une quinzaine de Centres ont déjà ainsi été constitués dans toute la France ; il en faudrait au moins un par département, c'est-à-dire 150 à 200 Centres.

Enfin le réseau **Hôpital sans Tabac** a été constitué à l'initiative de la MNH et de l'APHP et compte déjà de nombreux hôpitaux ayant adhéré à une Charte, cette Charte comportant la mise en place d'une consultation de Tabacologie.

Parmi les structures de soins qu'il serait nécessaire de mettre en place il y a également **la ligne téléphonique** d'aide et d'information pour les fumeurs ; les expériences réalisées aux Etats-Unis et en Angleterre montrent que la mise à la disposition du public d'une ligne téléphonique "S.O.S Tabac" peut constituer un élément important pour aider les fumeurs à se motiver et leur donner les premiers conseils d'aide à l'arrêt.

III – La réponse hospitalière

La prise en charge des sujets hospitalisés ou consultant, dans les structures de soins publiques ou privés se définit par une carence quasi totale dans ce domaine, réserve faite de quelques initiatives très ponctuelles et très localisées. D'une manière générale, chez les sujets hospitalisés ou consultants passant dans une structure de soins :

- le tabagisme n'est pas toujours identifié (fumeurs, ex-fumeurs, non-fumeurs).
- il n'est pas évalué de façon précise ; le nombre de cigarettes est un mauvais indice du degré d'intoxication. La dépendance doit d'évaluer au moyen du test de Fagerström. L'utilisation de marqueurs est souvent nécessaire (CO dans l'air expiré, cotinine...).
- il n'est pratiquement jamais pris en charge .

Cette carence est liée au fait que les notions concernant la dépendance tabagique sont des notions encore récentes ; bien des médecins en sont restés à l'idée que le tabagisme est une simple habitude et qu'il suffit d'avertir des dangers et de donner quelques directives et incitations, pour obtenir l'arrêt. L'expérience quotidienne montre qu'il n'en est rien.

Au plan pratique plusieurs actions devraient donc le plus tôt possible être mises en place :

- demander aux cliniciens que le tabagisme soit rangé au rang des "signes vitaux" comme l'est la prise de la pression artérielle, la recherche des facteurs de risque vasculaire, le poids, les antécédents personnels et familiaux.
- dans les services, il faut mettre en place un enseignement sommaire des données de base qui devraient être connues par tout étudiant hospitalier, interne et chef de clinique.
- le personnel infirmier doit participer de façon active à cette action de dépistage et ensuite de soutien et d'accompagnement pour les fumeurs hospitalisés, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de fumeurs victimes directement du tabagisme.
- parmi les services où le tabagisme joue un rôle très important, l'action dans les maternités doit bien être soulignée. Il est essentiel que dans ces maternités les interdits soient très rigoureusement appliqués. Les sages-femmes doivent être formées à l'approche des sujets fumeurs, et enfin des structures spécialisées d'aide à l'arrêt doivent être mises en place.

Le rôle des professions paramédicales dans la lutte contre le tabagisme à l'échelon général et individuel est extrêmement important.

- les infirmières doivent intervenir dans la prise en charge du sujet fumeur, tant au cours de l'hospitalisation que dans le suivi des sujets venus en consultation pour une aide à l'arrêt du tabac. Pour cela, elles doivent être formées à des notions générales sur les dépendances, sur la psychologie comportementale et cognitive, et elles doivent également être capables de faire preuve de la plus grande empathie, toujours indispensable pour la prise en charge des sujets en proie à un phénomène d'addiction.
- les élèves des écoles de kinésithérapeutes devraient de même être formés à ces notions générales concernant la dépendance tabagique : les séances de kinésithérapie peuvent être une occasion importante pour aborder le problème du tabagisme. Par ailleurs, la kinésithérapie peut constituer un élément complémentaire pour une aide à l'arrêt du tabac avec la pratique des exercices respiratoires et tout particulièrement en cas de complications pulmonaires.

- les écoles de sages-femmes devraient bien évidemment comporter toujours une formation concernant les dépendances et l'aide à l'arrêt du tabac, avec un complément d'éducation en psychologie comportementale et cognitive, étant donné l'importance majeure du problème du tabagisme dans les maternités et au cours de toute grossesse.

IV - Le rôle des médecins généralistes

Il devrait être essentiel, car ils sont idéalement placés pour aborder ce problème. Mais faute de formation, dans l'immense majorité des cas ne sont malheureusement pas prêts à prendre en charge la dépendance tabagique. Cette prise en charge pose en outre un problème matériel fondamental. Pour la CNAM l'arrêt du tabac est considéré comme un acte de prévention et par conséquent n'est théoriquement pas remboursé! Cette position qui évidemment est très critiquable reviendrait à refuser également les soins aux hypertendus, puisque le traitement a pour objectif de prévenir les complications de l'HTA. Certes l'arrêt du tabac permet de prévenir les maladies liées au tabac ; mais les sujets victimes de la dépendance tabagique ne peuvent, en raison de l'intensité de cette dépendance, arrêter sans une aide médicalisée : il s'agit réellement d'un traitement.

En outre, la prise en charge des fumeurs dépendants est différente des soins traditionnels et nécessite un temps de consultation beaucoup plus long ; le remboursement sous forme de C ne permet pas aux MG d'assurer dans de bonnes conditions cette activité. Il y a actuellement en France quelques rares MG formés à la tabacologie. Ils exercent cette activité par vocation personnelle, mais ceci ne peut bien entendu pas être généralisé. Une solution politique est indispensable pour que les MG puissent assurer cette mission de Santé Publique.

Chapitre 4

Evaluation critique globale

Source : Reynaud M ; - Lagrue G. – Parquet P.J.

I – Un cloisonnement étanche entre les différents dispositifs de prise en charge.

Ce cloisonnement est lié à la représentation sociale séparée des différentes addictions. L'inquiétude sociale, légitime, liée aux toxicomanies illicites a permis le financement et le développement d'un dispositif relativement étoffé, pendant que, parallèlement, la tolérance envers la consommation d'alcool et plus encore de tabac –du fait de l'absence de conséquences sur l'ordre public- ont installé un sous développement extrême des possibilités de soins à ces addictions.

Cette situation de fait est entérinée par l'Etat qui a complètement séparé les lignes budgétaires toxicomanie-alcool-tabac finançant donc des associations séparées (voire concurrentes pour la prévention) et des équipes hospitalières différentes et sans liens entre elles. De même, l'Etat finance des réseaux ville-hôpital toxicomanie différents des très rares réseaux ville-hôpital alcool.

Les conséquences négatives de ce cloisonnement apparaissent dans la prise en charge des malades :

- Les problèmes d'alcool et de tabac sont rarement pris en compte de façon spécifique par les équipes spécialisées en toxicomanie.
- La consommation tabagique est rarement prise en compte spécifiquement et simultanément par les équipes d'alcoologie.
- Les équipes hospitalières spécialisées, en particulier psychiatriques, ont une compétence en alcoologie ou toxicomanie mais négligent les autres consommations.
- Les toxicomanies médicamenteuses sont en général négligées.

Les équipes se limitent en général au champ de compétences qui leur est assigné et rares sont celles qui ont, pour l'instant, un abord global.

II – Pas d'accès précoce possible

Aucun des dispositifs spécialisés n'est conçu pour favoriser l'accès précoce aux soins cars ils sont essentiellement tournés vers les soins aux dépendants : alcooliques d'une part et héroïnomanes d'autre part.

La focalisation des dispositifs sur une dépendance constituée gêne la conceptualisation, et donc l'organisation des prises en charges précoces, des conduites d'abus multiples.

Rappelons que les jeunes concernés abusent, en général, de plusieurs toxiques mais, à cette phase, ne se considèrent ni comme alcooliques, ni comme toxicomanes.

C'est pourtant dans cette phase d'abus et de polyconsommation qu'il serait intéressant et efficace d'agir. Pour cela il convient :

- d'une part d'avoir des acteurs de premier rang (médecins généralistes, services d'urgences, travailleurs sociaux) formés et compétents. Rappelons qu'en ce qui concerne l'alcool cette phase d'abus dure une quinzaine d'années.

- d'autre part de concevoir des modalités de réponses spécifiques à cette population
 - soit un milieu scolaire et universitaire (adolescents et adultes relais, médecine scolaire et universitaire)
 - soit pour les jeunes en cours de marginalisation (points écoutes ; bus prévention, équipes de rue...)

III – Pas de prise en compte des nouvelles formes de toxicomanies.

Centré sur des dépendances «classiques» - alcoolisme ou héroïnomanie- les dispositifs ont du mal à s'adapter aux formes nouvelles et multiples de toxicomanie ; par exemple la consommation d'ectasy dans les rave-parties puis plus largement chez les jeunes ; la consommation toxicomaniaque d'alcool forts et de bières fortes ; les cocktails médicamenteux.

Du fait des progrès de la psychopharmacologie, de nouvelles et nombreuses molécules vont venir toucher des populations ciblées, nécessitant des abords spécifiques.

Seule une conceptualisation globale des « pratiques addictives » permettra de s'adapter rapidement à ces formes nouvelles de consommation pathologique.

IV – Une grande carence médicale

La carence en médecins intéressés et compétents dans le domaine des addictions est majeure. C'est un des principaux points de faiblesse du dispositif auquel il conviendrait de pallier prioritairement si l'on a le désir de mener une politique forte et efficace dans ce domaine.

Cette carence s'explique de plusieurs manières :

- le choix d'un dispositif spécialisé « **alcool** » ayant un financement spécifique, peu relié au système sanitaire général, peu valorisé médicalement et mal connu, avec des budgets notoirement insuffisants, rend objectivement peu attractif ce travail dans ce champ déjà peu valorisé socialement. Le dévouement, voire l'abnégation, des médecins des CCAA ne doit pas masquer la sous médicalisation de ces structures et sert d'alibi à une quasi absence de politique.
- les carences sont criantes dans la réponse hospitalière, aussi bien en ce qui concerne le diagnostic que le traitement des conduites alcooliques : peu de médecins sont formés et intéressés car non seulement la prise en charge des alcooliques est mal connue et perçue comme peu efficace mais elle ne permet pas d'espérer faire carrière (pas de postes, très peu de lieux de soins spécifiques).
- le choix d'un dispositif « **toxicomanie** » ayant un financement spécifique a permis un développement dans le champ social de la toxicomanie. Par contre, la médicalisation insuffisante est clairement apparue lorsqu'il a fallu structurer de façon efficace le traitement du SIDA et des hépatites, puis la prescription des traitements de substitution.
- il a été confié à l'hôpital des tâches peu stimulantes dans le domaine de la toxicomanie : prise en charge psychiatrique de patients souvent très difficiles sans maîtrise de l'amont et de l'aval qui sont dévolus au dispositif spécialisé ; sevrage dans des lits éparpillés ne permettant pas d'acquérir une masse critique suffisante pour une organisation spécialisée et cohérente donc plus efficace et plus efficace. Schématiquement les médecins hospitaliers sont en position de prestataires de service sans participation au processus global de soins.
- l'absence d'une volonté forte d'action sanitaire « **tabac** », se traduit aussi bien à l'hôpital qu'en pratique libérale. A l'hôpital l'absence de formation des médecins se conjugue à l'extrême rareté des consultations hospitalières de tabacologie, non évaluées et non recensées et à l'inexistence d'équipes de tabacologie de liaison susceptibles de diffuser dans ces services une culture « tabacologie ». L'absence de compétence dans la prise en

charge des fumeurs, y compris dans les services où elle devrait être systématique (cardiologie, pneumologie ; oncologie ; médecine interne, ORL...) n'est même pas perçue comme un problème. En pratique libérale le peu de diffusion des connaissances validées et l'absence d'évaluation, permettent que coexistent des généralistes non formés et diverses officines proposant des thérapeutiques plus ou moins fantaisistes.

- enfin, il n'existe aucune structure repérée, ni même de conception de soin pour les **toxicomanies médicamenteuses**.

Ce désintérêt de l'hôpital et cette absence de considération pour la prise en charge des conduites addictives se retrouve en miroir dans le dispositif libéral.

Parallèlement à l'insuffisance de l'intérêt et des structures il faut noter **l'insuffisance de la formation**, dispersée entre les différentes disciplines et ne permettant pas l'acquisition des compétences techniques. La difficulté à trouver des lieux de formation pratique se conjugue à la rareté des praticiens auxquels l'étudiant ou l'interne pourrait s'identifier.

En résumé de façon schématique il est impératif de comprendre que l'on ne pourra obtenir des médecins hospitaliers ou libéraux, un intérêt et des compétences dans le traitement des conduites addictives que si l'on valorise clairement la dimension médicale de ces prises en charge, aussi bien dans l'enseignement et dans la recherche que dans l'organisation hospitalière des soins et la pratique libérale. L'existence des pôles d'excellence stimulera l'ensemble du dispositif et marquera l'importance sociale accordée au diagnostic et à la prise en charge de ces troubles dans la consommation des substances psychoactives.

Evaluation critique globale

Un cloisonnement étanche entre les différents dispositifs de prise en charge

- Ce cloisonnement est lié à la représentation sociale séparée des différentes addictions.
- Entériné par l'Etat qui a complètement séparé les lignes budgétaires toxicomanie-alcool-tabac
- Associations séparées et équipes hospitalières différentes sans liens entre elles
- Réseaux ville-hôpital différents.
- Des conséquences négatives
 - Les problèmes d'alcool et de tabac rarement pris en compte par les équipes spécialisées en toxicomanie.
 - La consommation tabagique rarement prise en compte par les équipes d'alcoologie.
 - Les équipes hospitalières spécialisées négligent les autres consommations.
 - Les toxicomanies médicamenteuses sont négligées.

68

Evaluation critique globale

Pas d'accès précoce possible

- Les dispositifs spécialisés sont essentiellement tournés vers les soins aux dépendants : alcooliques et héroïnomanes
- Or les jeunes concernés abusent de plusieurs toxiques mais ne se considèrent ni comme alcooliques, ni comme toxicomanes.
- Il serait intéressant et efficace d'agir dans cette phase d'abus :
 - avoir des acteurs de premier rang (médecins généralistes, services d'urgences, travailleurs sociaux) formés et compétents :
 - concevoir des modalités de réponses spécifiques à cette population
 - soit en milieu scolaire et universitaire
 - soit pour les jeunes en cours de marginalisation

69

Evaluation critique globale

Pas de prise en compte des nouvelles formes de toxicomanie

- Centré sur des dépendances “classiques” les dispositifs ont du mal à s’adapter aux formes nouvelles et multiples de toxicomanie
- De nouvelles et nombreuses molécules liées au progrès de la psychopharmacologie, vont venir toucher des populations ciblées nécessitant des abords spécifiques.
- Seule une conceptualisation globale des “pratiques addictives ” permettra de s’adapter rapidement .

70

Evaluation critique globale

Une grande carence médicale

La carence en médecins intéressés et compétents est un des principaux points de faiblesse du dispositif auquel il conviendrait de pallier prioritairement



Alcool

- un dispositif spécialisé “ alcool ”, peu valorisé médicalement et mal connu, avec des budgets notoirement insuffisants, dans un champ déjà peu valorisé socialement
- des carences criantes dans la réponse hospitalière
- peu de médecins formés et intéressés
- la prise en charge des alcooliques, perçue comme peu efficace, ne permet pas d’espérer faire carrière.

71

Evaluation critique globale

Une grande carence médicale



Toxicomanie

- Un dispositif “toxicomanie ” surtout développé dans le champ social
- Les tâches dévolues à l’hôpital sont peu stimulantes
 - sevrage dans des lits éparpillés ne permettant pas une masse critique
 - médecins hospitaliers en position de prestataires de service

72

Evaluation critique globale

Une grande carence médicale



Tabac

- A l’hôpital
 - absence de formation des médecins
 - extrême rareté des consultations
 - inexistence d’équipes de tabacologie de liaison
- En pratique libérale coexistent des généralistes non formés et diverses officines



Les toxicomanies médicamenteuses

- Aucune structure de soins repérée.

73

Evaluation critique globale

Une grande carence médicale

Insuffisance de la formation, dispersée entre les différentes disciplines.

- On ne pourra obtenir des médecins un intérêt et des compétences que si l'on valorise clairement la dimension médicale de ces prises en charge, l'enseignement, la recherche, l'organisation hospitalière.
- Des pôles d'excellence stimuleront l'ensemble du dispositif et marqueront l'importance sociale accordée aux pratiques addictives.

74

Cinquième partie

❖ Propositions pour une politique cohérente en matière de pratiques addictives

Les propositions pour une meilleure organisation de la prévention, des soins et de la recherche

Les conduites addictives (toxicomanies, alcoolisme, abus médicamenteux, tabagisme ...) ont de nombreux points communs (personnalité ou comportement addictif, perturbations des systèmes neurobiologiques), voire des racines communes (traits de caractère et/ou facteurs génétiques prédisposants). Les conduites d'abus ou de dépendances à plusieurs produits sont, de plus, particulièrement fréquentes. Ces points communs sont désormais parfaitement connus de la communauté scientifique et les données de la clinique, comme celles de l'épidémiologie confirment quotidiennement les intrications entre les différentes consommations et la grande fréquence des polytoxicomanies.

Malgré cela, du fait des représentations sociales des différents produits, de l'histoire des institutions mais aussi des spécificités des produits et de certaines particularités cliniques et sociales des consommateurs, les dispositifs de soins sont en général séparés et les équipes soignantes spécialisées dans une toxicomanie. Ce cloisonnement des pensées et des pratiques est assez souvent dommageable aux patients qui ne bénéficient pas d'un traitement adapté à leurs autres dépendances (c'est par exemple le cas de l'alcool pour les sujets suivis par les équipes de toxicomanie, ou le cas du tabac pour les sujets suivis en alcoologie), limite les pistes de recherche et s'oppose, de fait, à une prise en charge des conduites d'abus et des formes nouvelles de toxicomanie.

Il est donc nécessaire d'énoncer un certain nombre de points.

- **La prévention et l'enseignement** gagneront en intérêt, en crédibilité et en efficacité grâce à une approche globale des différentes conduites addictives.

- **La recherche** s'enrichira très vraisemblablement en explorant dans les autres toxicomanies les hypothèses élaborées pour chacune d'entre elles.

- Enfin, **le dispositif de soins** devrait bénéficier d'un abord spécialisé de toutes les addictions dans les différents lieux de soins. Dans nombre de cas, ces lieux de soins pourront être communs.

Nos propositions s'appuient sur l'analyse critique développée précédemment, tant pour les dispositifs spécialisés qu'en ce qui concerne une politique globale.

Elles visent à **compenser les faiblesses** de l'organisation actuelle, qui se caractérise par :

- un dispositif spécialisé dérisoire en alcoologie, inexistant en tabacologie, insuffisamment médicalisé pour les toxicomanes.
- un dispositif de soins généraux par lequel transite la majorité des personnes ayant des pratiques addictives, mais dont les acteurs sont peu motivés et peu formés .
- l'absence de coordination et de complémentarité entre les acteurs.

Elles visent également à **répondre aux carences globales** :

- cloisonnement des dispositifs entre eux.
- difficultés dans la prise en charge des conduites d'abus.
- médicalisation insuffisante.

1. MIEUX CONNAITRE

Nécessité de la création d'un système d'information fiable et inscrit dans le temps.

Suivre l'évolution des consommations.

Evaluer l'incidence des pathologies et accidents

Adapter le PMSI et les points ISA pour estimer le poids exact des déterminants « alcool » et « tabac »

Evaluer et suivre les coûts

2. MIEUX FORMER

● **Développer les compétences** de tous les professionnels médico-sociaux (dépistage, diagnostic et conduite à tenir face aux comportements de consommations, qu'il s'agisse d'usage, d'usage nocif ou de dépendance).

● Permettre à tous les personnels travaillant dans les unités spécialisées (CSST, CCAA, consultations de tabacologie ; équipes de liaison,...) d'avoir une culture globale sur l'ensemble des pratiques addictives

Les Médecins

● Mettre réellement en place des **formations** initiales et continues sous forme de module spécifique au lieu d'être tronçonnées entre différentes disciplines

● Créer dans chaque Faculté de Médecine un **D.U.** et une **Capacité " Alcoologie et Toxicomanies "**.

● Créer dans chaque Faculté de Médecine, à côté de la capacité, un **DESC** centré sur les Conduites Addictives

● **Valider les compétences acquises** : D.U., Capacité, D.E.S.C.

Le personnel paramédical doit avoir une formation théorique globale et des pratiques dans des lieux (intra ou extra-hospitalier) prenant en charge les comportements de consommation.

Le personnel social (assistants sociaux, éducateurs...)

Déjà bien formé sur ces problèmes

La formation théorique doit insister sur la globalité des addictions

Des stages doivent être organisés dans des lieux prenant en charge les comportements de consommation.

3. MIEUX COORDONNER LES ACTIONS DE PREVENTION

Les objectifs

● Lutter contre l'offre du produit

● Limiter l'occurrence des premières consommations et diminuer la quantité globale de produits consommés par la population

● Tenir compte de l'usage et développer une politique de réduction des risques

● Eviter le passage de l'usage nocif à la dépendance

Les principes.

● Education à la santé capable de développer les compétences quant à la santé des citoyens

● Actions thématiques sur l'ensemble des pratiques addictives en agissant sur les déterminants :

facteurs de vulnérabilité

facteurs de protection

- Information sur les comportements et les produits
- Adapter la prévention aux besoins et attentes de la population, des populations à risque et de certains âges de la vie
- Développer la notion de risque situationnel : activité professionnelle, de sécurité, conduite d'engin, conduite automobile, grossesse....

Les actions

- **Diminuer la quantité globale consommée sur l'ensemble de la population**
- **Agir sur :**
 - Les populations à risque : (sujets jeunes, troubles de la personnalité et psychiatriques, vulnérabilité génétique....)**
 - Les consommations à risque (ivresse, conduite automobile, activité professionnelle, grossesse...)**
- **Affirmer la politique de prévention à l'égard des jeunes**
 - En milieu scolaire et universitaire
 - Programme d'éducation pour la santé dans l'Education Nationale.
 - Augmenter l'effectif du personnel compétent
 - Auprès des jeunes en difficultés :
 - Actions coordonnées auprès des jeunes en difficulté (Education surveillée, services sociaux, services de pédopsychiatrie, centres d'alcoologie et centres spécialisés de soins aux toxicomanes)
- **Dépistage et prévention au niveau professionnel**
 - Définir avec le **Ministère du travail** une stratégie visant une prévention du risque « addictions » dans les entreprises, animée par la médecine du travail et s'appuyant sur les partenaires sociaux.
 - Structure alcool et tabac dans les entreprises
 - Former les médecins du travail et leur donner des moyens d'action.

Essayer, afin de développer cette conceptualisation globale, **de fédérer les différents organismes formateurs** (Fédération Française d'Addictologie regroupant l'ANIT, l'ANPA, la SFA, la FFT , le Collège des enseignants des capacités....)

4. MIEUX SOIGNER

- Mettre en place des **protocoles de diagnostic et de soins** en ce qui concerne l'usage nocif et la dépendance (marqueurs précoces, différentes chimiothérapies possibles et techniques éducatives ou psychothérapeutiques) et leurs indications.
- Appliquer les recommandations des conférences de consensus sur le **sevrage** (de drogues, d'alcool, de tabac).
- Proposer des protocoles **d'évaluation** correspondant aux objectifs et aux missions des différents acteurs pouvant être définis par l' ANAES.

5. IMPLIQUER LES MEDECINS GENERALISTES

- Préciser les missions des médecins généralistes(dépistage et prise en charge de l'abus, diagnostic et prise en charge des dépendants sans comorbidité majeure, prise en charge dans le cadre d'un réseau de soins des dépendants avec comorbidités)
- Développer leurs compétences
 - en addictologie

- à travailler dans un réseau
- Reconnaître ces compétences

6- ADAPTER LES MOYENS ET LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES SPECIALISES

Les centres de soins spécialisés (CCAA, CSST, Centre de Tabacologie)

Redéfinir les missions, les moyens et les financements des centres de soins spécialisés dans le cadre de la loi médicosociale de 1975 :

- diagnostic et prise en charge des dépendants avec comorbidité médicale, psychiatrique ou sociale
- prise en charge des publics en grandes difficultés sociales (exclus, Rmistes, etc)
- **mise en place d'un dispositif adapté à la prise en charge des conduites d'abus multiples, en particulier pour les adolescents et jeunes adultes.** Le dispositif doit être monté en partenariat avec les psychiatres infanto-juvéniles, les centres de soins pour toxicomanes, les C.H.A.A, la protection judiciaire de la jeunesse. Seul ce dispositif spécifique, pensé d'une part pour les scolaires et les étudiants et d'autre part pour les jeunes en difficulté, permettra un accès aux soins précoces.
- participation effective ou animation des réseaux de soins « pratiques addictives »

Des réponses adaptées aux autres pratiques addictives doivent être mises en place dans chaque centre spécialisé.

Les centres de soins pour toxicomanes devraient bénéficier d'alcoologues et tabacologues compétents et de propositions de prise en charge cohérentes.

Les C.H.A.A. devraient bénéficier d'une consultation de tabacologie.

Les centres de tabacologie devraient bénéficier d'une consultation d'alcoologie.

⇒ Les conventions de prestation de service entre les différents centres de soins ambulatoires devraient être systématiques.

Les associations gestionnaires doivent coordonner leurs actions

Les structures résidentielles

Préciser leurs missions et leurs articulations et complémentarité avec

- les unités d'hospitalisation
- les services de suite et de réadaptation

Les autres structures ambulatoires spécialisées

- intégrer le développement d'autres structures ambulatoires spécialisées (consultations hospitalières avancées, centres de santé, consultations municipales...). Ce développement doit se faire de façon coordonnée avec l'existant, dans le cadre de réseaux de soins

7. ADAPTER LES MOYENS HOSPITALIERS (M.C.O. ET C.H.S.)

Intégrer l'existence d'une réponse adaptée, structurée et coordonnée dans les critères d'accréditation

Cette réponse aux addictions devra faire partie des contrats d'objectifs et de moyens

a) l'addictologie de liaison

Les principes

Les lieux de soins hospitaliers (sevrage, soins spécialisés ou services de médecine ou de psychiatrie ayant un fort recrutement de pathologies addictives) devraient pouvoir proposer in situ, des compétences réelles et pratiques dans la prise en charge de l'alcool, du tabac et des drogues.

Il y aura intérêt à ce qu'il n'y ait qu'une seule équipe en ce qui concerne l'alcoologie, la tabacologie et la toxicomanie de liaison à l'exception des grands hôpitaux des métropoles urbaines où trois équipes reliées à un service peuvent se justifier. Dans les autres cas une équipe commune permettra une réponse adaptée à la fréquence des demandes, et à l'intrication des consommations en particulier dans les situations d'urgence (à condition, bien évidemment, que cette équipe ait la triple compétence)

Les actions

- Faire bénéficier aux services de soins de l'aide d'une équipe d'addictologie de liaison (diagnostic, traitement et orientation).
- Une équipe d'addictologie est nécessaire par structure hospitalière
- Cette mission d'addictologie de liaison fera partie des responsabilités des unités d'hospitalisation nécessaires dans chaque structure hospitalière d'une certaine envergure

b) les unités de soins spécialisés

- Nécessité de créer par redéploiement des **structures résidentielles** centrées sur l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives.

Structures nécessaires en particulier pour les jeunes adultes

Nécessité de la **pérennité** de ces structures

Nécessité de préciser les différentes **missions** résidentielles et ambulatoires de cette structure

c) les hôpitaux de jour d'addictologie

- 1 hôpital de jour par réseau de soins addictologique (1/100.000 à 300.000 h).

d) les services d'urgences

- Modifier l'**état d'esprit** vis-à-vis des personnes ayant des pratiques addictives
- Connaître parfaitement les **protocoles de soins** (alcoolo-dépendants ou buveurs excessifs, ivresses, toxicomanes, surdosage...)
- Organiser les **services d'urgences** pour répondre de façon adaptée à ces patients :
 - Nombre de lits suffisant dans les unités d'hospitalisation de très courte durée
 - Conception adaptée des chambres ou la zone d'accueil
 - Parfaite connaissance du réseau d'aval de soins addictologiques
 - Le personnel, formé à l'addictologie motivé et compétent, doit pouvoir s'appuyer sur une équipe d'addictologie de liaison
 - Idéalement, optimiser les réponses par une cellule d'écoute ou une consultation ouverte d'alcoologie afin de faciliter l'accès aux soins précoces et l'orientation des patients..
 - Accréditation : contrat d'objectifs et de moyens

7. ADAPTER LES STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL

- Analyser les besoins, les indicateurs et les résultats en ce qui concerne les différentes pratiques addictives
- Redéfinir parmi les établissements de “sevrage”, “cure ” et “postcure ” ceux qui correspondent à des soins de suite et de réadaptation
- Développer des solutions d’hébergement en articulation avec le dispositif général
- Préciser les articulations et les complémentarités avec le médico-social

8 MINISTERES DE L’INTERIEUR ET DE LA JUSTICE

- Mettre en place des antennes alcoologiques et toxicomanies dans les prisons en lien avec les dispositifs de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies départementaux.

9. FAIRE TRAVAILLER EN SYNERGIE LES ACTEURS : RESEAU VILLE-HOPITAL “PRATIQUES ADDICTIVES

Les principes

Les réseaux de soins « alcool » et « toxicomanies » devraient avoir une forte complémentarité et interpénétration, tout en reconnaissant l’existence de certains lieux spécifiques aux différentes toxicomanies et d’acteurs plus intéressés par l’un ou l’autre d’entre elles

Les actions

- **Créer** au moins **1 réseau de soins pratiques addictives/département** (ou /zone géographique de 100.000 à 300.000 h).
- **Identifier** clairement les **fonctions** de coordination, d’animation ou de secrétariat et l’importance des **moyens financiers**
- **Rassembler les réseaux** ville-hôpital existants centrés sur l’alcool et les drogues

10. PLANIFIER

- Créer un **volet « pratiques addictives »** dans les SROSS
- Ajouter un **alinéa** à l’article r712.2 du **code de la santé publique** dédié à l’addictologie.
 - permettra une planification des structures de soins
- Organiser un **PRS « pratiques addictives »**
 - confortera le dispositif général et sa coordination avec les autres réseaux
- Lancer une **mission nationale d’appui** à l’organisation du dispositif « pratiques addictives »
 - favorisera un travail coordonné des agences régionales, des DRASS et des DDASS

Des propositions en dix étapes

- **Mieux connaître**
- **Mieux former**
- **Mieux coordonner les actions de prévention**
- **Mieux soigner**
- **Adapter les moyens ambulatoires**
- **Adapter les moyens hospitaliers (M.C.O. et C.H.S.)**
- **Adapter les structures de soins de suite et le dispositif médico-social**
- **Agir via les ministères de l'intérieur et de la justice**
- **Faire travailler en synergie les acteurs : réseau ville-hôpital 'Pratiques addictives'**
- **Planifier**

76

Les éléments nécessaires à un dispositif coordonné, efficace et cohérent



77

❖ Conclusion

Ce rapport propose la mise en place d'une nouvelle politique en matière de consommation de substances psycho-actives que nous avons dénommé "Pratiques addictives".

Celle-ci est conforme aux objectifs et aux missions de la MILDT. Le rapport décline cette politique dans le champ sanitaire et social.

Mieux connaître les pratiques, les représentations, les attitudes de la population

Notre premier objectif est de rendre cette politique pertinente quant aux phénomènes observés.

Plutôt que de continuer à prendre comme référence les phénomènes tels que nous croyons qu'ils sont, compte-tenu de notre angle de vue, il est préférable d'expertiser les pratiques addictives telles que les vivent, et se les représentent la population et les personnes concernées. Cette expertise porte aussi sur les besoins et attitudes en ce domaine. Ceci justifie le concept proposé de "Pratique".

Deux démarches doivent être menées conjointement :

- provoquer la libre expression de ces Pratiques Addictives par la population,
- conduire des expertises diversifiées à l'aide des méthodes de sciences humaines et scientifiques, notamment médicales : cliniques, épidémiologiques...

Une bonne connaissance du phénomène est indispensable. Seule la référence aux notions de comportements de substances psycho-actives, de déterminants, de facteurs de vulnérabilité, de facteurs de protection permettra de confronter les données et de les rassembler en un corpus de savoir. L'ensemble de ces données jusque là éparses n'étaient pas comparable puisqu'elles étaient construites sur des systèmes référentiels hétérogènes.

Ceci nécessite aussi d'expertiser la manière dont les populations perçoivent, les propositions médico-sociales réglementaires et législatives qui leur sont faites, et quel est leur degré de satisfaction.

Mieux répondre aux besoins et attentes

Une réponse plus efficiente, plus adéquate, plus pertinente, plus efficace ne peut être obtenue que si elle répond aux besoins et attentes de la population.

L'offre d'aide et de soins ne peut plus être construite uniquement à partir des compétences des personnes et des structures médico-sociales en place. L'offre de soins doit correspondre et s'adapter aux besoins de la population.

Ces besoins et attentes ne sont plus seulement liés au comportement de dépendance comme cela a été jusqu'à présent le cas pour les dispositifs spécialisés alcool/toxicomanie. La figure emblématique du dépendant ne représente plus la clientèle spécifique des dispositifs spécialisés.

Ceux-ci doivent devenir compétents en ce qui concerne les comportements "d'usage nocif", mais aussi "d'usage individuellement ou socialement réglé", conçu comme une

conduite à risque. Une ampliation et une modification profonde du ou des dispositifs existants est indispensable.

A côté des dispositifs spécialisés, l'ensemble du dispositif médico-social est concerné par les pratiques addictives. C'est là un changement considérable. Les structures, les organisations, les collaborations, les compétences et les pratiques doivent être changées. Il va falloir apprendre à travailler ensemble. Il n'y a pas seulement une ampliation du champ, mais une modification de nature du système médico-social qui voit son domaine d'action fortement élargit à l'ensemble des comportements.

Mieux organiser les dispositifs sanitaires et sociaux

L'analyse a donc démontré qu'une mutation est nécessaire afin de répondre à la diversité des pratiques addictives.

Le concept de Pratiques Addictives récuse la césure :

- entre les types de comportements de consommation;
- entre les produits, sans nier des spécificités,
- entre les approches législatives, culturelles, économiques, médico-sociales et anthropologique.

Plusieurs scénarios s'offrent à nous

I- Tenir compte de l'état actuel

Si nous gardons les dispositifs spécialisés alcool/toxicomanie dans l'état actuel, distincts du régime médico-social général au nom des habitudes, des statuts, des compétences, des avantages acquis, l'objectif sera alors d'y apporter deux modifications.

La première est d'étendre leurs missions et leur compétences à l'ensemble des comportements de consommation de substances psycho-actives et de ne pas garder la dépendance comme mission exclusive.

La seconde est de leur donner comme directive une forte politique de concertation entre eux d'une part, (ce qui peut s'avérer plus facile qu'on ne le pense compte-tenu de l'adhésion de bien des intervenants à la notion de comportements et de substances psycho-actives) avec l'ensemble du dispositif sanitaire et social d'autre part, ce qui peut s'avérer plus difficile qu'on ne le pense, tant les habitudes et les statuts ont conduit à une exclusion réciproque des dispositifs. Ceci a eu un effet stigmatisant sur la population concernée, a entraîné une fragmentation de l'offre de soins et une efficacité moindre.

On a apporté une réponse partielle à l'ensemble des besoins et attentes de la population, car les personnes ayant eu recours aux dispositifs spécialisés en ce qui concerne leur "toxicomanie" et leur "alcoolisme", peuvent avoir d'autres besoins de santé et vice versa. La collaboration n'est pas le fait de la situation actuelle, même si des améliorations ont été réalisées : réseau ville-hôpital, équipe de coordination intra-hospitalier...

L'inconvénient de ce scénario est de maintenir la partition entre les dispositifs spécialisés, de consommer beaucoup d'énergie dans les actions de coordination et de tenir ces dispositifs spécialisés loin du système général. Cela laisse aussi de côté les aspects liés à la consommation du tabac et à l'usage des médicaments psychotropes.

II- Regrouper dans un seul ensemble les dispositifs spécialisés

Si la conceptualisation que nous avons développée dans le rapport de l'un d'entre nous "pour une politique de prévention en matière de comportement de consommation de

substances psycho-actives". Parquet 1997 sert de base à la politique française actuelle, rien ne s'oppose à ce que les dispositifs spécialisés soient confondus, tant il est vrai que cela répond aux besoins et attentes de très nombreux consommateurs qui utilisent plusieurs produits même si certaines en font un usage exclusif.

Le recentrage sur les comportements permet aisément de voir comment les intervenants des deux systèmes ont des compétences communes, notamment déjà en ce qui concerne la dépendance.

Les personnes faisant appel à ce dispositif unifié y trouveraient là l'ensemble des aides et compétences dont ils ont besoin : on pourrait y trouver là, par exemple, les moyens de faire cesser un usage conjoint de tabac et d'alcool, d'alcool et de médicaments, de cannabis de tabac et d'alcool.

Ce dispositif unifié "Pratiques Addictives" mettra à la disposition des utilisateurs l'ensemble des compétences dont ils ont besoin : Médecine interne, infectiologie, gastro-entérologie, psychiatrie, disciplines sociales.

Une grande partie des intervenants de ces dispositifs spécialisés sont déjà convaincus de la pertinence d'une approche globale des comportements de consommation de substances psycho-actives allant au delà de la césure des produits. Ils perçoivent cependant qu'une évolution de leur compétence et de leur pratique ainsi que l'adaptation des structures seront nécessaire mais ils les pensent réalisables.

Ce scénario garde ce dispositif unifié dans un cadre distinct du dispositif médico-social général.

III- Donner les Pratiques Addictives comme mission au dispositif général

La clientèle des dépendants représente une partie restreinte de l'ensemble des consommateurs de substances psycho-actives. Cela est particulièrement vrai pour les consommateurs privilégiés d'alcool, qui s'inscrivent beaucoup plus nombreux et plus souvent dans la catégorie "usage nocif". De plus un très grand nombre sont aussi consommateurs de tabac.

Le dispositif général sera donc plus confronté à ce type de consommation par le biais des dommages induits que les dispositifs spécialisés. Ne faudrait-il pas confier l'intégralité des missions en ce domaine au dispositif général, accroître et diversifier ses compétences et lui donner les moyens nécessaires : Psychiatrie et Pratiques Addictives, Infectiologie et Pratiques Addictives, Cancérologie et Pratiques Addictives, Obstétrique et Pratiques Addictives sont fortement liés et ceci plaide pour ce scénario.

Celui-ci aurait le mérite de faire bénéficier les utilisateurs de l'ensemble des moyens dont leur santé a besoin, et de leur permettre d'accéder aux soins alors qu'ils n'en sont encore qu'à l'usage nocif, cela aurait un effet moins stigmatisant pour les utilisateurs.

Cela faciliterait la continuation et la réalisation à une toute autre échelle de la politique de réduction des risques qui n'en resterait pas uniquement à l'utilisation des thérapeutiques de substitution.

Cela nécessiterait un formidable effort d'énonciation de cet objectif et de ces missions, pour convaincre les intervenants du dispositif général et nécessiterait aussi une très difficile mise à niveau des compétences.

Cela ne supprimerait pas le grave problème des dépendants qui nécessitent une prise en charge spécifique reposant sur des structures adéquates et des compétences différenciées.

C'est pourquoi cette hypothèse ne peut être retenue dans l'état actuel, même si elle présente deux énormes avantages : elle donne une perception et une prise en charge transversale des Pratiques Addictives permettant de répondre à la totalité des besoins des utilisateurs d'une part et d'autre part elle les fait bénéficier d'une offre de soins la plus complète et du plus haut niveau. Néanmoins dans ce scénario l'individualisation d'un département ambulatoire et résidentiel consacré aux dépendants s'avère nécessaire.

Dans cette hypothèse, il faudrait retenir que le statut des dispositifs actuels (séparés ou unifiés) et leur mode de financement soient identiques à ceux du régime général, qu'ils soient soumis aux mêmes règles en tous points, et que seuls leurs objectifs et leurs missions les en différencient.

IV Le réseau de soins coordonnés

La santé publique, longtemps parente pauvre en France, notamment sous l'influence du Haut Comité de Santé Publique et du Ministère de la Santé, commence à pénétrer les culture des politiques, des administrateurs, des acteurs médico-sociaux.

Dans cette démarche, il est nécessaire et c'est le but de ce rapport de :

- définir les phénomènes qu'on souhaite modifier dans une approche descriptive et compréhensive,
- privilégier une approche transersale,
- définir des objectifs et mieux les prioriser,
- choisir des méthodes et des moyens adéquats,
- définir les acteurs en cause et les compétences nécessaires,
- assurer les financements des actions et des structures à la hauteur des phénomènes concernés et des objectifs recherchés.

Cette démarche est applicable aux Pratiques Addictives, elle permet de constituer un réseau de soins coordonnés, clairement identifiable et dans un souci de transversalité et d'efficacité, de donner à chacun des objectifs et des missions dans le cadre d'un **programme** "Pratiques Addictives".

Sur un bassin de population donné il est nécessaire d'établir un dispositif coordonné pouvant répondre à l'ensemble des besoins et attentes de la population, il y a donc nécessité de penser ensemble l'espace géographique et populationnel et le pannel des structures et des compétences. Il est nécessaire de dépasser les clivages des disciplines et des structures et d'établir de manière réglementaire ou conventionnelle ce programme de soins coordonnés.

Si l'on souhaite aller plus loin, en étendant les champs médico-sociaux au delà dans le cadre des modes de vie de la politique de la ville et de l'éducation, on peut alors parler de politique de santé en matière de pratiques addictives.

Une politique de Santé "Pratiques Addictives"

Pour qu'une politique de Santé puisse être mise en place, il faudra veiller à donner une plus grande cohérence aux actions de prévention de soins et de réhabilitation, une

cohérence entre les actions éducatives, sanitaires et sociales, une cohérence aussi avec les dimensions culturelles, réglementaires et législatives, économiques liées aux Pratiques Addictives, alors on pourra construire cette nouvelle politique française en matière de Pratiques Addictives qui nous est nécessaire.

Puisse ce rapport oeuvrer à sa mise en place, puisse t-il faciliter son appropriation par tous et donner du sens à nos actions, puisse t-il favoriser la programmation, le financement et le fonctionnement de ce qui sera amélioré et créé.

Il suffit maintenant d'une volonté politique forte et de la collaboration de l'ensemble des acteurs pour répondre plus adéquatement aux besoins et attentes de la population.

❖ BIBLIOGRAPHIE

1. Académie de Médecine, Rapport sur le colloque international sur les drogues illicites, 1992, Paris
2. Actualité et Dossier en Santé Publique -22- 1998 - I XLIV
3. Adès J., 1985, Les conduites alcooliques, Paris, Doin.
4. Adès J., Lejoyeux M., 1996, Les conduites alcooliques et leur traitement, Paris, Doin
5. Adès J., Lejoyeux M., 1999 Alcoolisme et Psychiatrie, Paris, Masson
6. Aubin H.J., Tilikete S., Rouillet-Volmi M.C., Barrucand D., Interrelations entre les dépendances alcooliques et tabagiques, *Alcoologie*, 1995, 17, p. 281-286
7. Aubin H.S., 1998, Nicotine et troubles psychiatriques, Masson, Paris
8. Bagnal G., Use to alcohol, tobacco and illicite drugs among 13 year old in the three areas of Britain. *Drug and alcohol dependance*, 1988, 22, 241-251
9. Bailly D., Parquet P.J. (1990), Une conduite addictive : la tentative de suicide, dans « Les nouvelles addictions », éd. JL Venisse, masson, Paris, p. 204-210
10. Bailly D., Venisse J.-L. (1994), Dépendance et conduites de dépendance, Paris, Masson.
11. Bailly D., Vignau J., Boutelier I., Beuscart R., Moreau-Meresse C., Parquet P., les enfants et l'alcool. A propos d'une enquête en milieu scolaire. *Ann. Pédiatr.* 1993, 40, 582-591
12. Batel P., Pessione F., Maitre C., Rueff B., Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke, *Addiction*, 1995, 90, p. 977-980
13. Baudier F., Arenes J.(sous la direction de) Baromètre Santé Adultes 95-96. Vanves : CFES, 1997 : 300 p
14. Benjamin D., Grant E.R., Goldstein K.R., Pohorecky L.A., Sensitization to the dopamine release-enhancing effects of ethanol demonstrated in male Long-Evans rats. *Soc Neurosci Abstr.*, 1992, 18, 1431
15. Bergeret J. (1990), Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique, dans « Les nouvelles addictions », éd. JL Venisse, Masson, Paris, p. 3-9.
16. Bien T.H., Burge R., Smoking and drinking : a review of the literature, *Int J Addict*, 1990, 25, p. 1429-1454
17. Blum K., Noble E., Sheridan P., Montgomery A., Ritchie T., Ozkaragoz T., Fitch R., Wood R., Finley O., Sadlack F., Genetic predisposition in alcoholism : association of the D2 dopamine receptor Taq 1B1 RFLP with severe alcoholics, *Alcohol*, 1993, 10, p. 59-67
18. Blum K., Sheridan P., Wood R., Bracermann E., Chen T., Comings D., Dopamine D 2 receptor gene variants : association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour, *Pharmacogenetics*, 1995, 5/3, p. 121-141

19. Bohman M., Sigvardsson R., Maternal inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted women, Arch. Gen. Psych. 1981, 38, p. 965-969
20. Breslau N., Kilbey M.M., Andreski P., Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults, Arch. Gen. Psychiat, 1991, 48, p. 1069-1074
21. Bukstein O.G., Brent D.A., Kaminer Y., Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents, Am J Psych , 1989, 146, p. 1131-1141
22. Burke K.C., Burke J.D., Regier D.A., Rae D.S., Age at onset of selected mental disorders in five community populations, Arch Gen Psych, 1990, 47, p. 511-518
23. Buydens-Branchey L., Branchey M.H., Noumair D., Age of alcoholism onset : I. Relationship to psychopathology, Arch Gen Psych, 1989, 46, p. 225-230
24. Cadoret R.J., Gath A., Inheritance of alcoholism in adoptees, Br J Psych., 1978, 132, p. 252-258
25. Carmelli D., Swan G., Robinette D., Fabsitz R., Genetic influence on smoking. A study of male twins, New Engl. J Med., 1992, 327, p. 829-833
26. Carmelli D., Swan G.E., Robinette D., The relationship between quitting smoking and changes in drinking in world war II veterans twins, J Subst Abuse, 1993, 5, p. 103-116
27. Casadebaig F., Facy F., Philippe A., Consommation de benzodiazépines en populations actives, Alcoologie, 1995, 280, p. 201-207
28. Chen W., Hsu Y., Yu J., Cheng A., Alcohol metabolising genes and alcoholism among taiwanese han men : independent effect of AD2, ADH3 and ALDH2, Br. J Psych, 1996, 168, p. 762-767
29. Chignon J.M., Bourgeois M., Troubles anxieux et troubles alcooliques. Confrontations psychiatriques « l'Anxiété », 1995, 36, 79-97
30. Chilcoat M., Menke H., Maréchal C., Epidémiologie de l'alcoolisation juvénile : acquis récents. Rev. Prat., 1990, 40, 13, 1215-1219
31. Choquet M., Association alcool-médicaments psychotropes chez les adolescents, Alcoologie 1991, 3, 121-127
32. Choquet M., Ledoux S., Adolescents, enquête nationale INSERM, 1995, 103-125
33. Choquet M., Ledoux S., Adolescents. Enquête nationale, INSERM, Paris, 1994
34. Choquet M., Ledoux S., Menke H., Consommation de drogues, santé et demande d'aide parmi les adolescents : approche longitudinale, Psy et Psychobiol, 1988b, 3, p. 227-244
35. Classification Internationale des Maladies 10ème édition, 1993, Masson, Paris

36. Cloninger C.R., A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987, 44, 573-588
37. Cloninger C.R., Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism, *Science*, 1987a, 236, p. 410-416
38. Cloninger C.R., Recent advances in family studies of alcoholism, in *Genetics and alcoholism*, ed. HW Goedde, DP Agarwal, New-York, 1987b, Liss, p. 47-60
39. Cohen P; Cohen J., Kasen S., Velez C.N., Hartmark C., Johnson J., Rojas M., Brook J., Streuning E.L., An epidemiological study of disorders in late adolescence and adolescence, I, Age and gender specific prevalence, *J. Psychiat.*, 1993, 34, 6, 851-867
40. Cornelius J.R. et al., Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism, *Am. J. Psy*, 1995 (3), p. 358-364
41. Cottureau M.A., Alcoolisme et dépression, *Nervure*, 1992, 5 (1), 11-18
42. Crum R.M., Lillie-Blanton M., Anthony J.C., Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. *Drug and alcohol dependence*, 1996, 43, 155-161
43. Dellu F., Mayo W., Piazza P.V., Le Moal M., Simon H., 1993, Individual differences in behavioural responses to novelty in rats. Possible relationship with the sensation seeking trait in man. *Personality individ. Dif.* 15, 411-418
44. Deroche V., Marinelli M., Maccari S., Le Moal M., Simon H., Piazza P.V., Stress-induced sensitization and glucocorticoids. I. Sensitization of dopamine-dependent locomotor effects of amphetamine and morphine depends on stress-induced corticosterone secretion, *J. Neurosci*, 1995, 15, 7181-7188
45. Di Chiarra G., Imperato A., Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats, *Proc Natl Acad Sci USA*, 1988, 85, p. 5274-5278
46. Difranza J.R., Guerrera M.P., Alcoholism and smoking, *J. Stud Alcohol*, 1990, 51, 130-135
47. Dikerson M., Gambling : a dependence without a drug, *int. Rev. Psy.*, 1989, 1, 157-172
48. Dinwiddie S.T., Abuse of inhalants : a review. *Addiction*, 1994, 89, 925-939
49. DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 1996, Masson, Paris
50. Ehrenberg A. (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calman-Lévy.
51. Escobedo L.G., Marcus S.E., Holtzman D., Giovino G.A., Sport participation, age at smoking initiation and the risk of smoking among US high school students. *JAMA*, 1993, 269, 1391-1395
52. Federman E.B., Costello E.J., Angold A., Farmer E.M.Z., Erkanli A., Development of

- substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and american indian young adolescents. The Great Smoky Mountains Study. Drug and alcohol dependence, 1997, 44, 69-78
53. Ferbos C., Magoudi A. (1986), Approche psychanalytique des toxicomanes, Paris, PUF.
54. Flamant M. (1990), La boulimie : évolution des critères diagnostiques et aspects sémiologiques, dans Les nouvelles addictions, éd. JL Venisse, Masson, Paris, p. 74-86
55. Fleming R., Leventhal H., Glynn K., Ershler J, The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use. Addictive Behaviors, 1989, 14, 261-272
56. Friedman G.D., Tekawa I., Klastsky A.L., Sidney S., Armstrong M.A., Alcohol drinking and cigarette smoking : an exploration of the association in middle-aged men and women, Drug alcohol depend, 1991, 27, 283-290
57. Friedman G.D., Tekawa I., Klatsky A.L., Sidney S., Armstrong M.A., Alcohol drinking and cigarettes smoking : an exploration of the association in middle-aged men and women, Drug Alcohol depend., 1991, 27, 283-290
58. George F, Elmer G., Meisch R., Golberg S., Orally delivered cocaine functions as a positive reinforcer in C57BL/6J mice, Pharmacol Biochem Behav, 1991, 38, p. 897-903
59. Gianoulakis C., de Waele J.P., Genetics of alcoholism : role of the endogenous opioid system metabol, 1994, Brain Dis 9, 105-131
60. Glantz M.D., A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability, in : Vulnerability to drug abuse, Glantz M., Pickens R. (ed) American Psychological Association, Washington DC, 1992, p. 389-418
61. Glassman A.H., Helzer J.E., Covey L.S., Cottler L.B., Stetner F., Tipp J.E., Johnson J., Smoking, smoking cessation and major depression, JAMA 1990, 264, p. 1546-1549
62. Goldstein K.R., Kanpp D.J., Saiff E.I., Pohorecky L.A., Benjamin D., Sensitization to ethanol demonstrated in place-preference and locomotor activation. Soc. Neurosci Abstr, 1992, 18, 107
63. Goodman A. (1990), Addiction : definition and implication. Br. J. Addict., 85, 11, 1403-1408
64. Gorwood P., Les facteurs génétiques de l'alcoolisme, In : Alcoolisme et Psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Adès J., Lejoyeux M., eds Masson, Paris, 1997, p 25-40
65. Got C., Weill S., L'alcool à chiffre ouvert, 1997, Seli Arslan, Paris
66. Grant B.F., Harford T.C., Cormorbidity between DSM IV alcohol use disorders and major depression : results of a national survey, Drug Alc. Dep., 1995, 30, p. 197-206

67. Hall W., Solowi N : Lancet - 1998
68. Hallman J., Sakurai E., Oreland L. (1990), Blood platelet monoamine oxydase activity, serotonin uptake and release rates in anorexia and bulimia patients and in healthy, *Acta Psychiatr. Scand.*, 81, p. 73-77
69. Hirsch A., Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention médicale minimale. *Le concours médical*, 1996 : 477-481
70. Holmes S.J., Robins L.N., The influence of childhood disciplinary experience on the development of alcoholism and depression, *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1987, 28, 3, 399-415
71. INSERM : expertise collective - Ecstasy, éd INSERM, Paris, 1997
72. Jaffe J.H. (1989), Addiction : what does biology have to tell ? *Rev. Psychiatry*, 1, 63-70
73. Jaffe J.H. (1990), Trivializing dependance, *Br. J. Addict.*, 85, p. 1421-1423
74. Jaffe J.H., Current concepts of addiction. in *Addictives states*, eds.1992 Charles P. O'Brien, Jerome H., Jaffe, Raven Press, New-York, p. 1-24
75. Jeammet P. (1994), Dépendance et séparation à l'adolescence, point de vue psychodynamique, in Bailly D., Venisse J.-L. (édit.), « Dépendance et conduites de dépendance », Paris, Masson.
76. Johnston L.D., O'Malley P.M., Why do the nation's students use drugs and alcohol ? Self-reported reasons from nine nations survey, *J Drug Issues*, 1986, 16, P. 29-66
77. Jones R.T. (1982), What have we learned from nicotine, cocaïne and marijuana about addiction, in « *Addictives states* », eds. Charles P., O'Brien, Jerome H. Jaffe, Raven press, New-York, p. 109-124
78. Kandel D.B., Epidemiological trends and implication for understanding the nature of addiction. *Addictive states*, edited by C.P. O'Brien and J.H. Jaffe, Raven Press Ltd. New-York, 1992
79. Kandel O.B. (1992), Epidemiological trends ans implications for understanding the nature of addiction, in « *Addictives states* », eds. Charles P., O'Brien, Jerome H., Jaffe, Raven press, New-York, p. 23-4à
80. Kaprio J., Hammar N., Koskenvuo M., Floderus-Myrhed B., Langinvaino H., Sarna S., Cigarette smoking and alcohol use in Finland and Sweden : a cross-national twin study, *Int J Epidemiol.*, 1982, 11, p. 378-386
81. Kaprio J., Hammar N., Koskenvuo M., Floderus-Myrhed B., Langinvenio H., Sarna S., Cigarette smoking and alcohol use in Finland and Sweden : a cross national twin study, *Int. J. Epidemiol*, 1982, 11, 378-386

82. Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1992), *La faim et le corps*, Paris, PUF.
83. Koob G.F., Cador M., Psychomotor stimulant sensitization : the corticotropin-releasing factor-steroid connection. Commentary on Wise and Leeb « psychomotor-stimulant sensitization : a unitary phenomenon ? *Behv Pharmacol.* 1993, 4, 351-354
84. Koob G.F., Drug addiction : the yin and yang of hedonic homeostasis, 1996, *Neuron* 16, 893-896
85. Koob G.F., Le Moal M., Drug abuse : hedonic homeostatic dysregulation, 1997, *Science* 278, 52-58
86. Koopmans J., Boosman D., Familial resemblances in alcohol use : genetic or cultural transmission ? *J Stud Alc*, 1996, 57, p. 374-383
87. Kostein T.A., Ball S.A., Rounsavill B.J., A sibling study of sensation seeking and opiate addiction, *J. Nerv. Ment. Dis*, 1994, 182, 284-289
88. Kreek M.J., Effects of opiates, opioid antagonists and cocaine on the endogenous opioid system : Clinical and laboratory studies in : National Institute on Drug Abuse, 1992, Monograph, P 44-48
89. Kreek M.J., Opiates, opioids and addiction, 1996, *Mol Psychiatr*, 1, 232-254
90. Kushner M.G. et al., The relation between alcohol problems and the anxiety disorders, *Am. J. Psychiatry*, 1993, 50, p. 144-149
91. Kushner M.G., Sher K.J., Beitman B.D., The relation between alcohol problems and the anxiety disorders, *Am J Psych*, 1990, 147, p. 685-695
92. Lagrue G., *Arrêter de fumer*, Odile Jacob, 1997
93. Le Pen Cl., Lévy E., Nouallet-Brossault A., (1991), Efficacité et coût des benzodiazépines , *Nervure*, IV, hors-série.
94. Ledoux S., Choquet M., Usage de médicaments à but psychotrope à l'adolescence : pourquoi plus les filles ? Etude sur un échantillon des 12-20 ans scolarisés en Haute-Marne (France), *Revue épidémiologique en santé Publique* 1994, 42, 216-223
95. Legrain M. (1990), Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et des tranquillisants en France.
96. Luthar S.S., Anton S.F., Merikangas K.R., Rounsaville B.J., Vulnerability to drug abuse among opioid addicts : individual, familial and peer influences, *Comp. Psychiatry*, 1992, 33, 3, p. 190-196
97. Mac Cown W., The effect of impulsivity and empathy on abstinence of poly-substance abusers : a prospective study, *Br. J. Addict.*, 1990, 85, 5, p. 635-637
98. Marks I., Reply to comments on « behavioural (non chemical) addictions » *Br. J. Addict.*,

- 1990, 85, p. 1429-1431
99. Masse L.C., Tremblay R.E., Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997, 54, 62-68
100. Mc Dougall J. (1991) De la sexualité addictive, *Psy. Fr.*, N° spécial, Sept, p. 29-51.
101. Mc Lellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1990), An aproved diagnostic evaluation for substance abuse patients : the addiction severity index, *J. Nerv. Ment. Dis.* 168 p. 26-33
102. Mc Lellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P., Druley K.A., predicting response to alcohol and drug abuse treatments : the role of psychiatric severity. *Arch Gen Psych*, 1983, 40, p. 620-625
103. Merikangaz K.R., Weissman M.M., Prusoff B.A., Pauls D.L., Leckman J.F., Depressives with secondary alcoholism : psychiatric disorders in offspring, *J Stud Alc*, 1985, 46, p. 199-204
104. Miele G.M., Tilly S.M., First M., Frances A., The definition of dependance and behavioural addiction, *Br. J. Addict.*, 1990, 85, p. 1421-1423
105. Mijolla A. (de), Shentoub S.A. (1973), *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Paris, Payot.
106. Miller N.S. (1991), The behavioral concepts of abuse and addiction in diagnosis, in « The pharmacology of alcohol and drugs of abuse and addiction », ed. Norman S. Miller, Springer-Verlag, New-York, p. 25-43
107. Miller N.S. (1991), The pharmacology of nicotine, in « The pharmacology of alcohol and drugs of abuse and addiction », ed. Norman S. Miller, Springer-Verlag, New-York, p. 241-248
108. Miller N.S., Gold M.S., Belkin A.L., The diagnosis of alcohol and cannabis dependence in cocaine dependents and alcohol dependence in their families, *Br J Add*, 1993, 84, p. 1491-1498
109. Miller N.S., Suicide in alcoholism and drug addiction, in « The pharmacology of alcohol and drug of abuse and addiction », ed. Norman S., Miller, Springer-Verlag, New-York, 1991, p. 45-53
110. Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C., Personality disorders (DSM III R- DSM IV) : prevalence in alcoholics and influence on drop out from treatment. *Alcoologia*, 1996, 8/1, p. 47-52
111. Nevo I., Hamon M., Neurotransmitter and neuromodulatory mechanisms involved in alcohol abuse and alcoholism, *Neurochem. Int.*, vol 26-4, 1995, 305-346

112. Noble E., Blum K., Ritchie T., Montgomery A., Sheridan P., Allelic association of the D2 dopamine receptor gene with receptor-binding characteristics in alcoholism, *Arch Gen Psych*, 1991, 48, p. 648-654
113. Noble E., Syndulko K., Fitch J., Ritchie T., Bohlma M., Guth P., Sheridan P., Montgomery A., Heinzmann C., Sparkes R., Blum K., D2 dopamine receptor Taq1 A alleles in medically ill alcoholic and non alcoholic patients, *Alc. Alcoholism*, 1994, 29, p. 729-744
114. Ollat H., Alcool et dépression, *Alcoologie*, 1992, 14, (3-4), p. 135-147
115. Parquet P.J., Pour une politique et prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, 1997, Paris, CFES
116. Pauly J. R., Robinson S.F., Collins A.C., Chronic corticosterone administration enhances behavioral sensitization to amphetamine in mice. *Brain Res.*, 1993, 620, 195-202
117. Pedersen W., Clausen S.E., Lavik N.J., Patterns of drug use and sensation seeking among adolescents in Norway, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 79, p. 386-390
118. Pédinelli J.L., Ronan G., Bertagne P., *Psychopathologie des addictions*, 1997, Nodules PUF, Paris
119. Pédinelli J.L., Statut clinique et épidémiologique du concept d'addiction. intérêts et limites, dans « Les nouvelles addictions », 1991, éd. Venisse J.L., Masson, Paris, p. 42-54
120. Peele S. (1975), *Love and addiction*, New-York, Taplinger.
121. Peele S. (1985), *The meaning of addiction : compulsive experience and its interpretation*, Lexington, Mass. Lexington Books.
122. Peeles S. (1975), *Love and addiction*, Taplinger, New-York
123. Peeles S. (1985), *The meaning of addiction : compulsive experience and its implication*, Lexington Books (DC Heath and Co), Lexington (MASS)
124. Péliissolo A., Boyer P., Lépine J.-P., Bisserte J.-C., Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde, *L'Encéphale*, 1996, t. 22, p. 187-196.
125. Perriot J. (sous la direction de), *Tabacologie*, 1993 Paris : masson (Abrégés): 196 p.
126. Piazza P., Deminière J., Le Moal M., Simon H., Factors that predict individual vulnerability to amphetamine self-administration, *Science*, 1989, 245, p. 1511-1513
127. Piazza P.V., Deminière J.M., Le Moal M., Simon H., Factor that predict individual vulnerability to amphetamine self-administration. *Science*, 1989, 245, 1511-1513
128. Piazza P.V., Deminière J.M., Le Moal M., Simon H., Stress and pharmacologically-

- induced behavioral sensitization increases vulnerability to acquisition of amphetamine self-administration. *Brain Res*, 1990, 514, 22-26
129. Piazza P.V., Deroche V., Rougé-Pont F., Deminière J.M., Maccari S., Le Moal M., Simon H., Individual differences in the sensitivity to corticosterone's reinforcing effects and in corticosterone-induced dopamine release may be a biological basis for sensitization-seeking, 1992, *Soc. Neurosci., Abstr.*, 18, 1076
130. Piazza P.V., Maccari S., Deminière J.M., Le Moal M., Mormède P., Simon H., Corticosterone levels determine individual vulnerability to amphetamine self-administration, 1991, *Proc. Natl. Acad. Sci., USA*, 88, 2088-2092
131. Piazza P.V., Marinelli M., Jodogne C. et coll. Inhibition of corticosterone synthesis by Metyrapone decreases cocaine-induced locomotion and relapse of cocaine self-administration. *Brain Res.*, 1994, 658, 259-264
132. Pickens R., Svikis D., Mac Gue M., La Buda M., Common genetic mechanisms in alcohol, drug, and mental disorder comorbidity, *Drug Alc Dep*, 1995, 39, p. 129-138
133. Pickens R., Svikis D., Mac Gue M., Lykken D.T., Heston L.L., Heterogeneity in the inheritance of alcoholism : a study of male and female twins, *Arch Gen Psych*, 1991, 48, p. 19-28
134. Pontieri F.E., Tanda G., Di Chiara D., Intravenous cocaine, morphine and amphetamine preferentially increase extracellular dopamine in the « shell » as compared with the « core » of the rat nucleus accumbens. *Proc. natl., Acad. Sci., USA*, 1995, 92, 12304-12308
135. Porter-Serviss S., Opheim E., Hindmarsh K.W., Perceptions and attitudes with respect to drug use among grades 4 to 6 students : 1992, *The international J. of Addictions*, 1994, 29, 2, 225-233
136. Prescott C., Hewitt J., Healt A., Truett K., Neale M., Eaves L., Environmental and genetic influences on alcohol use in a volunteer sample of older twins, *J Stud Alc*, 1994, 55, p. 18-33
137. Prochaska J.O., Velicer W.F., The transtheoretical model of health behavior change, *American Journal of health promotion*, 1997, vol. 12, n° 1 : 38-48
138. Regier D.A., Farmer , Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K., Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : results from the epidemiological catchment area study, *J Am Med Assoc*, 1990, 264, p. 2511-2519

139. Reynaud M., Chassaing J.-L., Coudert A.-J. (1989), Les toxicomanies médicamenteuses, Paris, PUF.
140. Reynaud M., Les toxicomanies : alcool, tabac, drogues, médicaments, Maloune, paris, 1982
141. Reynaud M., Parquet P.J. : Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance. Propositions CFES, Paris, 1999
142. Richard D., Senon J.-L., Le cannabis, Nodules, PUF, Paris, 1997
143. Rneff B., Les malades de l'alcool, 1995, J. Libbey Eurotext, Paris
144. Roberts A.J., Cole M., Koob G.F., Intra-amygdala muscimol decreases operant ethanol self-administration in dependent rats, Alcohol Clin., Exp. Res., 1996, 1289-1298
145. Roberts A.J., Lessov C.N., Phillips T.J., Critical role for glucocorticoid receptors in stress and ethanol-induced locomotor sensitization. J. Pharmacol Exp Ther, 1995, 275, 790-797
146. Robins L.N., Price R.K., Adult disorders predicted by childhood conduct problems : results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project, Psychiatry, 1991, 54, p. 116-132
147. Robinson T.E., Berridge K.C., The neural basis of drug craving : an incentive-sensitization theory of addiction, 1993, Brain Res;? 18, 247-291
148. Robinson T.E., Berridge K.C., The neural basis of drug craving : an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Res Rev., 1993, 18, 247-291
149. Rodriguez de Fonseca F., Carrera M.R.A., Navarro M., Koob G.F., Weiss F., Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal, 1997, Science 276, 2050-2054
150. Roques B., Rapport sur la dangerosité des drogues, Odile Jacob, Paris, 1999
151. Ross H.E., Benzodiazepine use and anxiolytic abuse and dependance in treated alcoholics, Addiction 1993, 88, p. 209-218
152. Ross H.E., Glaser F.B., Germanson T. (1998), The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems, Arch. Gen. Psychiatry, 41, p. 932-969
153. Schuckit M.A. et al., Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorders, Am. J. Psychiatry, 1986, 143, p. 140-147
154. Schütz C.G., Chilcoat H.D., Anthony J.C., The association between sniffing inhalants and injecting drugs. Comprehensive Psychiatry, 1994, 35, 2, 99-105
155. Senon J.-L., Sechter D., Richard D. (1995), Thérapeutique psychiatrique, Paris, Hermann, 1 284 p.

156. Servant D., Parquet P.J., Anxiété et alcoolisme in « Stress, anxiété et pathologie médicales », 1995, Shippenberg T.S., Herz A., Spanagel R., Bals-Kubik R., Stein C., Conditioning of opioid reinforcement : neuroanatomical and neurochemical substrates, In The neurobiology of drug and alcohol addiction, 1992, Ann. New-York acad Sci, 654, 347-356
157. Siegel S., Drug anticipation and drug tolerance, In : The psychopharmacology of addiction,, 1988, Lader M.H. ed. Oxford university Press, Oxford, 73-96
158. Smith S.S., O'Hara B.F., Persico A.M. et coll. The D2 dopamine Taq B1 RFLP appears more frequently in polysubstance abusers, Arch. Gen., 1992, 49, p. 723-727
159. Solomon R.L., Corbit J.D., An opponenet-process theory of motivation. I. Temporal dynamics of affect, 1974, Psychol., Rev. 81, 119-145
160. Swan A.V., Creeser R., Murray M., When and why children first start to smoke. International J. of Epidemiology, 1990, 19, 2, 323-330
161. Tassin J.P., Drogues, dépendance et dopamine - La recherche, 1998, 306, 48-53
162. Torabi M.M.R., Bailey W.J., Majd-Jabarri M., Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents : evidence of the « gateway drug effect », J. of School Health, 1993, 63, 7, 302-306
163. Touzeau D., Jacquot C., 1997, Les traitements de substitution pour les usagers de drogues, Arnette, Paris
164. Touzeau D., Toxibase : le cannabis, 1995
165. Vanderschmidt H., Lang J., Knight-Williams V., Vanderschmidt F., Risk among inner-city young teens : the prevalence of sexual activity, violence, drugs and smoking, J. Adolescent Health, 1993, 14, p. 282-288
166. Volpicelli J.R., Watson N.T., King A.C., Sherman C.E., O'Brien C.P., Effect of naltrexone on alcohol « high » in alcoholics, 1995, Am. J. Psychiatr, 152, 613-615
167. West R. (1989), The psychological basis of addiction, in Rev. Psy chiatry, 1, p. 71-80
168. Wilens T.E., Biederman J., Abrantes A.M., Spencer Th. J., Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36, 7, p. 941-947
169. Woods J. H., Katz J.-L., Winger G. (1992), Benzodiazepines : use, abuse and consequences, Phamacol. Rev., 44, p. 150-347.
170. Woody G.E., Cottler L.B., Cacciola J., Severity of dependance : data from the DSM IV

- field trials, in *Addiction*, 1993, 88, p. 1573-1579
171. Zarifian E. (1996), Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France.
172. Zhou Y., Spangler R., Laforge K.S., Maggos C.E., Ho A., Kreek M.J., Corticotropin-releasing factor and type 1 corticotropin-releasing factor receptor messenger RNAs in rat brain and pituitary during « binge »-pattern cocaine administration and chronic withdrawal, 1996, *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 279, 351-358
173. Zuckerman M. (1983), A biological theory of sensation seeking, in « Biological bases of sensation seeking impulsivity and anxiety », ed. Marvin Zuckerman, Lawrence Erlbaum Associates Publishers Medical, New Jersey, p. 37-76

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
Le concept de comportement humain	4
Les concepts d'usage, d'usage nocif et de dépendance	5
La notion d'addiction	6
Pratiques addictives – Conduites addictives	6
 PREMIÈRE PARTIE	9
 ❖ LÉGITIMITÉ DU CONCEPT D'ADDICTION AU REGARD DE L'APPROCHE PAR PRODUIT	9
 Chapitre 1	10
 Les comportements de consommation de substances psychoactives	10
I – L'usage	10
1) la non-consommation :	10
2) la consommation socialement réglée :	10
3) la consommation à risque :	11
II - L'abus ou usage nocif de substances psychoactives	11
III - La dépendance	13
Résumé	15
 Chapitre 2	17
 Pourquoi parler de pratiques addictives ?	17
I - Définition de l'addiction	17
II - Les intérêts du concept de «pratiques addictives»	18
III – Les limites du concept de «pratiques addictives»	19
1) Les addictions sans drogues	19
2) Les spécificités de chaque addiction	19
3) L'importance des déterminismes sociaux	20
Résumé	21
 Chapitre 3	23
 Les éléments cliniques et épidémiologiques en faveur d'une approche commune des pratiques addictives	23
I - Un problème qui concerne en priorité les adolescents et les jeunes adultes	23
1) la consommation de substances psychoactives chez les jeunes	23
a) Progression selon l'âge	23
c) la consommation tabagique chez les jeunes	24
2) L'abus de substances psychoactives chez les jeunes	24
a) Le début des conduites d'abus est en général précoce	24
b) Les conduites d'ivresse augmentent chez les jeunes	26
c) Le développement des polyconsommations chez les jeunes... ..	26
d) La consommation de substances volatiles	26
II – L'extrême fréquence des dépendances à plusieurs produits.	27
1) comorbidité alcool-tabac :	27
2) comorbidité tabac-héroïne :	27
3) comorbidité héroïne-alcool :	27
4) comorbidité méthadone-alcool :	28
5) comorbidité héroïne-médicaments psychotropes :	28
Résumé	29

Chapitre 4	33
La voie biologique commune des pratiques addictives	33
I - Système de récompense et dépendance : la voie dopaminergique	33
A - Dépendance et stimulation dopaminergique	35
B - Le seuil de stimulation dopaminergique est variable	37
C - Dépendance et mémorisation	37
II - Dépendance et système opioïde	38
III - Dépendance et axe hypothalamo-hypophysaire	38
IV - Interactions entre les systèmes dopaminergique, opioïdique et l'axe corticotrope	39
V - Quelques particularités de la dépendance selon les produits	40
Résumé	42
 DEUXIÈME PARTIE	 44
 ❖ LES DÉTERMINANTS DES PRATIQUES ADDICTIVES	 44
 Chapitre 1	 45
Comprendre l'installation d'une pratique addictive: les déterminants généraux de vulnérabilité	45
I - Interaction entre une vulnérabilité, une situation déclenchante et un produit	45
II - Les facteurs de vulnérabilité	46
III - Les situations déclenchantes	46
Résumé	47
 Chapitre 2	 48
Les déterminants psychologiques	48
I - Troubles de la personnalité et pratiques addictives	48
1) La recherche de sensations et l'impulsivité	48
2) La souffrance et la dépressivité	49
3) L'association «recherche de sensations» et dépressivité	49
4) Les troubles du comportement	49
5) L'abord psychopathologique	50
6) La corrélation avec les personnalités définies par le DSM IV ou l'ICD 10	50
II - Troubles psychiatriques et pratiques addictives	50
1) Alcool et dépression	51
2) Alcool et anxiété	52
3) Tabagisme et troubles anxieux et dépressifs	53
4) Toxicomanie et dépression :	53
Résumé	55
 Chapitre 3	 58
Les déterminants biologiques	58
I - Génétique, addictions et vulnérabilité	58
A - Génétique et alcoolisme	58
1) Les études cliniques	58
a) Les études familiales	58
b) Les études de jumeaux	59
c) Les études d'adoption	59
2) Les études de marqueurs génétiques	60
a) Les études d'association	60
b) Les études de liaison	60
B - Génétique et tabagisme	61
C - Y a-t-il des facteurs génétiques communs aux différentes addictions?	61
1) Les modèles animaux	61

2) Les études de jumeaux	62
3) Les études d'adoption	62
4) Les études de marqueurs génétiques	62
D - Les perspectives qu'ouvre la génétique des addictions	62
1) Complexité	62
2) Limites éthiques	63
3) Perspectives	63
II – Addictions et vulnérabilité neurobiologique	63
Résumé	65

TROISIÈME PARTIE..... 67

❖ LES RISQUES DES PRATIQUES ADDICTIVES..... 67

Chapitre 1 68

Une politique cohérente implique d'analyser, pour chaque produit : la dépendance, les dommages induits, la place sociale	68
Résumé	69

Chapitre 2 70

Le risque de dépendance 70

I - Le risque de dépendance est facteur de la vulnérabilité, du produit et de l'exposition	70
II - Facteurs liés aux produits - Comparaison entre les risques de dépendance aux différentes substances psychoactives	71
III- Facteurs d'exposition - La loi de Ledermann	73
Résumé	76

Chapitre 3 82

Les différents produits et les différents types de risque 82

I - L'alcool	82
1) La consommation d'alcool	82
a) Les représentations de la consommation d'alcool	82
b) La consommation d'alcool en France : particularités et tendances	83
c) De la consommation à la dépendance	84
d) L'abus d'alcool	85
e) La dépendance :	86
2) Les dommages induits	86
La prévalence dans le système de soins	86
b) Morbidité	87
c) Mortalité	87
II - Le tabac	88
1) Consommation et risque de dépendance	88
a) Modalités de consommation	88
b) Consommation chez les adolescents	89
c) Consommation et dépendance	90
3) Dommages induits	90
a) Les risques sanitaires	90
b) Les risques sociaux	91
III - Le cannabis (haschisch, h ou chanvre indien)	91
1) Consommation et risques de dépendance	91
a) Modalités de consommation	91
b) Les tendances de la consommation	92
c) Consommation et dépendance	92
2) Les dommages induits	92
a) Les effets aigus	92
b) En cas de consommation prolongée :	92

IV - L'ecstasy	92
1) Consommation et risque de dépendance	93
a) Modalités de consommation	93
b) Les tendances de la consommation	93
c) Consommation et dépendance	93
2) Dommages induits	93
V - L'héroïne	94
1) Consommation et risque de dépendance	94
a) Modalités de consommation :	94
b) Tendances actuelles de la consommation :	94
2) Dommages induits	95
Complications sanitaires	95
b) Dommages sociaux	96
VI - La cocaïne	96
1) Consommation et risque de dépendance	96
a) les modalités de consommation	96
b) Les tendances de la consommation	96
c) Consommation et dépendance	96
2) Les dommages induits	97
a) Les dommages sanitaires	97
b) Les dommages sociaux	97
Résumé	98

QUATRIÈME PARTIE 108

❖ L'ÉTAT ACTUEL DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE SOINS 108

Chapitre 1 109

Le dispositif de prévention et de soins aux toxicomanes 109

I - Problématique générale	109
II - Description de l'organisation actuelle des soins aux toxicomanes	109
1) Le dispositif spécialisé	109
a) Les Centres de soins spécialisés	109
b) Le dispositif d'approche sociale	110
c) Le dispositif de réduction des risques	111
2) Le dispositif général	111
a) l'hôpital général	111
b) Le secteur psychiatrique	111
3) Les réseaux toxicomanie-ville-hôpital	111
III - Analyse critique	112
1) Des difficultés persistent au niveau du dispositif spécialisé	112
2) Carence dans l'accès aux soins des jeunes usagers	112
3) Intérêt, mobilisation et formation insuffisants des généralistes	112
4) Intérêt, mobilisation et formation insuffisants des personnels hospitaliers	112
5) Prévention dispersée et parcellaire	113
6) Insuffisance de la recherche	113

Chapitre 2 113

Le dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool 113

I - Problématique générale	113
II - Evaluation du dispositif ambulatoire	115
1) Les centres de cure ambulatoire d'alcoologie (CCAA) et les autres consultations ambulatoires	115
2) Les autres consultations ambulatoires d'alcoologie	116
3) Le médecin généraliste et les patients en difficulté avec l'alcool	116
4) Aider les personnes en difficulté avec l'alcool dans le milieu professionnel	118

a) Les conséquences de la consommation d'alcool au travail	118
b) L'absence de politique cohérente se vérifie dans le monde du travail	118
III - Le dispositif hospitalier	119
a) Une certaine confusion : définir les soins pour définir les lieux de soins	119
b) Les différents objectifs de soins en milieu hospitalier	119
c) Les missions des établissements hospitaliers vis-à-vis des personnes en difficulté avec l'alcool	120
d) Etat actuel de l'organisation des soins hospitaliers aux personnes en difficulté avec l'alcool	120
2) Les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les services d'urgence	121
3) Les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les hôpitaux généraux (et notamment les services de médecine, chirurgie, obstétrique et réanimation)	122
4) Les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les hôpitaux psychiatriques (et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux)	123
5). Les structures hospitalières de court séjour spécialisées en alcoologie	124
a) L'alcoologie de liaison	124
b) Les unités spécialisées en alcoologie	125
c) L'hôpital de jour pour les patients en difficulté avec l'alcool	126
6) Les soins de suite et de réadaptation d'alcoologie (encore appelés centres de post-cure)	126
IV - Le dispositif médico-social	127
1) les foyers de post-cure pour la plupart : centres d'hébergement et de réadaptation sociale : C.H.R.S.	127
a) Missions	127
b) Les difficultés	127
2) Le dispositif mis en place à Lyon : pour proposer des soins aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les locaux de police	127
3) La réponse du milieu pénitentiaire aux problèmes d'alcool	127
Chapitre 3	128
III - Le dispositif de prévention et de soins aux tabagiques	128
I - Problématique générale	128
II - Le dispositif dit spécialisé	129
III - La réponse hospitalière	130
IV - Le rôle des médecins généralistes	131
Chapitre 4	132
Evaluation critique globale	132
I - Un cloisonnement étanche entre les différents dispositifs de prise en charge	132
II - Pas d'accès précoce possible	132
III - Pas de prise en compte des nouvelles formes de toxicomanies	133
IV - Une grande carence médicale	133
Résumé	135
CINQUIÈME PARTIE	139
❖ PROPOSITIONS POUR UNE POLITIQUE COHÉRENTE EN MATIÈRE DE PRATIQUES ADDICTIVES	139
Les propositions pour une meilleure organisation de la prévention, des soins et de la recherche	140
1. MIEUX CONNAITRE	141
2. MIEUX FORMER	141
3. MIEUX COORDONNER LES ACTIONS DE PREVENTION	141
4. MIEUX SOIGNER	142
5. IMPLIQUER LES MEDECINS GENERALISTES	142
6- ADAPTER LESMOYENS ET LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES SPECIALISES	143
7. ADAPTER LES MOYENS HOSPITALIERS (M.C.O. ET C.H.S.)	144
a) l'addictologie de liaison	144
b) les unités de soins spécialisés	144
c) les hopitaux de jour d'addictologie	144
d) les services d'urgences	144

7. ADAPTER LES STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL	145
8 MINISTÈRES DE L'INTERIEUR ET DE LA JUSTICE	145
9. FAIRE TRAVAILLER EN SYNERGIE LES ACTEURS : RESEAU VILLE-HOPITAL "PRATIQUES ADDICTIVES	145
10. PLANIFIER	145
Résumé	146
❖ CONCLUSION	147
❖ BIBLIOGRAPHIE	153