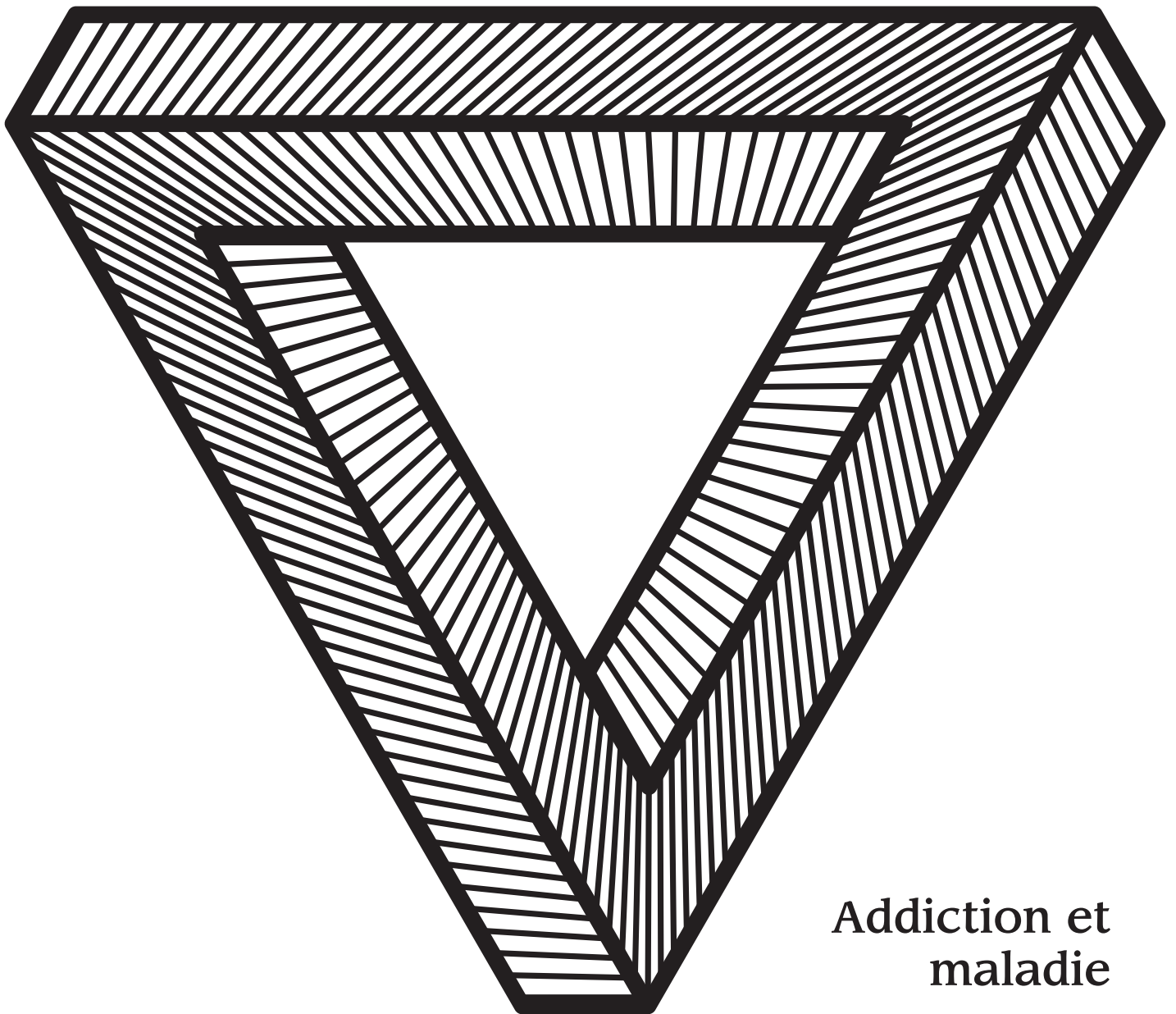


JANVIER 2017 - NUMÉRO 59

# DÉPENDANCES



Addiction et  
maladie

Revue éditée par  
**Addiction suisse**  
et le **GREA**

# SOMMAIRE

## «Addiction et maladie»

Editorial <i>Jean-Félix Savary</i>	p. 1
La maladie comme catégorie morale <i>Simone Romagnoli</i>	p. 2
Le Pharmakon, le dopaminage et la société addictogène <i>Gerald Moore</i>	p. 5
Addiction et choix : repenser la relation <i>Interview de Nick Heather</i>	p. 8
Les addictions ne sont pas seulement des maladies <i>Jean Maisondieu</i>	p. 12
Eclairage neuroscientifique sur le modèle de l'addiction comme maladie du cerveau <i>Jeremy Grivel</i>	p. 15
L'approche par les capacités : un concept pour les addictions ? <i>Jean-Michel Bonvin</i>	p. 17
Le diagnostic : inexistant mais reconnaissable <i>Daniele Zullino, Gabriel Thorens et Gérard Calzada</i>	p. 19
FM-R: Une radio communautaire d'usagers de drogues <i>Interview de Boris, Ken, Daniel, Lou, Mindy</i>	p. 23
P.-S.: Déclaration d'Ascona	p.27

# ÉDITORIAL

Vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le terme de « maladie » dans notre domaine va apparaître par la voix de Benjamin Rush, puritain rigoureux, médecin et signataire de la Déclaration d'indépendance des Etats-Unis. Il est le premier à rattacher les conduites de consommation répétées à une pathologie, en l'occurrence, une « maladie de la volonté ». Il sera suivi par d'autres, comme le médecin suédois Magnus Hus à qui on doit le terme d'alcoolisme, vu comme une maladie qui mène à la « dégénérescence » du peuple suédois. A l'origine donc, la dimension morale est très présente, tout comme la composante religieuse d'ailleurs. Cette vision de l'alcool comme un « fléau » social aboutira au tournant du XX<sup>e</sup> siècle au renforcement de la logique prohibitionniste, qu'elle soit totale comme aux Etats Unis, ou partielle comme en Suisse avec l'absinthe.

Face à la pénalisation et à la stigmatisation croissante du buveur excessif, coupable de ne pas savoir se tenir, ni respecter les normes qui s'imposent à lui, la maladie va progressivement devenir une protection, contre la pénalisation et la stigmatisation. C'est le cas des premiers groupes d'entraide AA, qui lui donnent une place centrale dès leur création en 1935, soit deux ans après la levée de la prohibition aux Etats-Unis. La maladie devient une identité, revendiquée par les consommateurs qui désirent devenir abstinentes. Elle permet de surmonter, en partie, la dévalorisation induite par le regard très dur de la communauté. Face à des sociétés qui continuent à voir la consommation excessive comme un problème d'ordre public, la maladie va progressivement permettre de revendiquer une attitude plus empathique avec les consommateurs.

Cette « conception de l'addiction » comme une maladie, dont les origines sont empreintes de la dimension moralisatrice, a donc directement alimenté, dans un mouvement contraire, à lutter contre la culpabilisation des consommateurs. Elle deviendra même un enjeu politique majeur avec le débat sur les drogues illégales. C'est bien la reconnaissance de l'addiction comme une maladie qui a permis la légitimation de la politique des 4 piliers. Elle est aujourd'hui au cœur de la défense de la solidarité dans ce domaine, tant au niveau politique qu'au niveau financier, comme l'ont démontré de manière limpide les récents débats sur les intoxications alcooliques (initiative Bortoluzzi).

Cependant, la question reste complexe, notamment dans sa dimension collective. En effet, la maladie vient séparer ce qui est « normal » de ce qui est « pathologique », entre ce qui est souhaitable pour une société (à un moment donné), et ce qui est réprouvé. L'homosexualité, condamnée fermement aussi bien par la religion que par la société dans son ensemble, est naturellement entrée dans les premières classifications des maladies mentales, pour en sortir aussitôt la société devenue plus ouverte à son égard. Ainsi, si la maladie est objective et correspond bien souvent à des changements neuro-anatomiques et une réalité clinique observable, elle peut aussi se charger de significations autres, qui vont bien au-delà de la personne et de son comportement. C'est dans cette complexité que Dépendances vous invite à vous plonger dans le présent numéro.

# LA MALADIE COMME CATÉGORIE MORALE

*Simone Romagnoli, docteur en philosophie et éthicien, membre de l'association Ethique & Cité*

**Qu'elle soit identitaire, métaphorique, punitive, la maladie appelle notre besoin de catégorisation. Le contexte culturel influe sur la perception sociale que nous en avons. L'enrichir impliquerait un regard éthique afin d'appréhender la complexité et richesse de la personne au-delà de sa maladie. (réd.)**

## INTRODUCTION

La constitution de l'être humain le rend vulnérable. À cause de sa biologie, il est un être voué à la mort, à cause de son bagage génétique il porte le poids d'héritages transgénérationnels, à cause de sa sociabilité il est exposé aux aléas des relations humaines, toujours en attente de reconnaissance, d'affection et d'amour, et il doit assumer des rôles sociaux ou s'y conformer ; enfin à cause de sa culture il est sommé de se pourvoir d'identités multiples. La maladie peut toucher une ou plusieurs de ces dimensions mais il n'est pas toujours aisé de savoir en vertu de quelle propriété il est possible de caractériser des maux, des blessures, des accidents ou des affections comme étant des « maladies ».<sup>1</sup> Elles peuvent être physiques, mentales ou encore psychophysiques. Le cancer ou le diabète, en tant qu'affections « graves », « longues » et « débilantes » en font partie, mais la trisomie 21, l'obésité ou la toxicomanie le sont-elles au même titre ? Nous ne traiterons pas ici cette question, mais nous nous contenterons de souligner qu'une maladie considérée comme « grave » affecte *l'identité de la personne qui en souffre*. En effet, on ne tombe pas simplement malade, mais on est malade. La maladie – ou tout état qu'on considère comme relevant de cette catégorie – colonise l'individu qui en est affecté, au point qu'il se résorbe complètement en elle. Selon le type, la nature et la gravité de la maladie, la personne qui en est affectée n'existe qu'à travers elle, en fonction d'elle.



Photo: Preeimages.com

Comment est-il possible qu'un fait absolument courant, naturel et généralement imprévu, comme le fait de tomber malade, puisse faire l'objet d'une catégorisation morale ? Ne sommes nous pas, face à la maladie, dans le règne du déterminisme ou de la nécessité ? Loin, bien loin donc, de la liberté qui ouvre à la dimension de la moralité ? Est-il justifié de penser qu'il est mal (moralement) d'être malade ? Qu'il faudrait blâmer une personne ne faisant plus partie des « bien portants » ? Dans les paragraphes suivants nous esquisserons trois manières d'appréhender la maladie en lui attribuant une connotation morale, c'est-à-dire en l'inscrivant dans les registres du bien et du mal, du juste ou de l'injuste. Nous aborderons ainsi la maladie comme métaphore, comme épreuve et comme faute. Bien entendu, ces perspectives se complètent parfois l'une par l'autre, la métaphore suggérant, par exemple, directement ou indirectement une lecture stigmatisante ou responsabilisante de la maladie, la personne peut alors devenir digne d'admiration, exemplaire dans son stoïcisme ou condamnée pour sa faiblesse.

## LA MALADIE COMME MÉTAPHORE

Les énoncés et les mots qu'on utilise pour parler d'une maladie révèlent nos idéologies, nos *a priori*, nos représentations partagées concernant les maux qui affectent les êtres humains, leur nature et la signification sociale qu'ils acquièrent. Dans deux textes écrits à une dizaine d'années l'un de l'autre, Susan Sontag<sup>2</sup> étudie les métaphores qui entourent la tuberculose et le cancer, d'abord, et le sida ensuite. Elle montre que les métaphores connotent la réalité qu'elles voudraient simplement décrire, et par là peuvent stigmatiser les personnes qui sont prises au piège du jeu des significations figurées. Depuis Aristote, nous savons que la métaphore « est l'application à une chose d'un nom qui lui est étranger ».<sup>3</sup> « Rien n'est plus répressif, explique Sontag, que d'attribuer une signification à une maladie, cette signification se situant invariablement au plan moral. Une maladie grave, dont l'origine demeure obscure et qu'aucun traitement ne réussit à guérir sera, tôt ou tard, totalement envahie par le sens qu'on lui donnera. Dans un premier temps, les terreurs les plus profondément enfouies (corruption, pourriture, pollution, anomie, débilité) sont identifiées à la maladie. Celle-ci devient alors métaphore.

<sup>2</sup> Sontag, S. (2009). *La maladie comme métaphore* (Illness as Metaphor, 1977) et *Le sida et ses métaphores* (Aids and its Metaphors, 1988). Paris, Christian Bourgeois Editeur.

<sup>3</sup> Aristote. *Poétique*, 1457b. Paris, Librairie Générale Française, trad. Michel Magnien.

<sup>1</sup> Ogien, R. (2017). *Mes Mille et Une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*. Paris, Albin Michel.

Puis, au nom de cette maladie (c'est-à-dire en l'utilisant en tant que métaphore), l'horreur est à son tour greffée sur des éléments étrangers. La maladie devient adjectif. On l'emploiera comme épithète pour parler de quelque chose de répugnant ou de laid. C'est ainsi qu'en français une façade décrépite est encore qualifiée aujourd'hui de *lépreuse*. »<sup>4</sup>

Etudier les expressions qui entourent et accompagnent une maladie, les significations qu'elle véhicule ou recèle, permet de se faire une idée de la résonance socio-culturelle qu'elle génère au sein de la collectivité. « Comme l'on croyait naguère, écrit Sontag, que la tuberculose naissait d'un excès de passion et frappait les tempéraments aventureux et sensuels, beaucoup de gens sont aujourd'hui persuadés que le cancer provient d'une insuffisance de passion et qu'il se développe chez celui qui refuse ses pulsions sexuelles, est inhibé, manque de spontanéité et se montre incapable de manifester sa colère »<sup>5</sup>. Sontag précise que les deux compréhensions offrent une « explication psychologique de l'insuffisance ou du refus d'énergies vitales » et aussi que, dans les deux cas, la résignation est « unanimement dénoncée comme étant la cause directe de la maladie »<sup>6</sup>. À l'époque romantique la tuberculose devenait un « signe de distinction, de délicatesse et de sensibilité »<sup>7</sup>, une marque d'individualité, la possession d'un caractère ou d'un tempérament particulier (mélancolique) et l'attribut de la créativité.

Il est manifeste que les métaphores les plus utilisées dès qu'on s'intéresse à des maladies graves ou mortelles, notamment le cancer, sont empruntées au vocabulaire militaire. « Invasion » (de cellules cancéreuses), « attaque » (du virus), « défense » ou « agression » (du système immunitaire), « bombardement » (de rayons), et bien entendu « lutte » ou « guerre » totale à toute forme de maladie, font partie du répertoire sémantique guerrier qui accompagne notre perception des phénomènes pathologiques.

## LA MALADIE COMME ÉPREUVE

Dans son *Histoire de la douleur*<sup>8</sup>, Roselyne Rey souligne que la douleur est bien « une construction culturelle et sociale »<sup>9</sup> jugée comme étant la « compagne inévitable de la maladie »<sup>10</sup>. Comme le soutiennent les partisans du « dolo-

risme », la maladie constituerait une épreuve bénéfique, voire nécessaire, car elle nous permettrait de découvrir, développer ou de renforcer des qualités de nous-mêmes, telles que les vertus de courage, de foi, et d'espérance, restées cachées derrière la bonne santé. En outre, la maladie nous permettrait de nous décentrer et d'éprouver de l'empathie pour autrui, pour le souffrant. C'est ce que rappelle Rey, dans un encadré sur le dolorisme dans l'entre-deux-guerres. En soulignant la contribution de Julien Tepe à ce mouvement, elle rappelle que ses thèses : « [C]onstituent d'abord une réaction contre la « tyrannie des bien-portants » et soulignent que la douleur est le moyen de reconnaître son identité et de faire œuvre de vérité par rapport à soi-même. »<sup>11</sup> En se référant au personnage d'un film de Kurosawa – *Vivre* (1952) – Sontag souligne que Watanabe « donne sa démission lorsqu'il apprend qu'il souffre d'un cancer terminal de l'estomac et, embrassant la cause des habitants d'un bidonville, combat cette bureaucratie qu'il servait. De l'année qui lui reste à vivre, Watanabe veut faire quelque chose qui en vaille la peine, qui le rachète de toute une vie de médiocrité. »<sup>12</sup> Si la maladie offre au malade l'occasion pour révéler ses qualités, et se révéler par ce biais en tant qu'individu aux autres, celui qui ne saisit pas cette chance se verra doublement stigmatisé, par sa faute et par son incapacité.

## LA MALADIE COMME FAUTE OU PUNITION

« En tant que punition, écrit Sontag, la syphilis impliquait un jugement moral (sur la sexualité débridée, sur la prostitution) »<sup>13</sup>. La perspective de la maladie comme faute

ou châtement ouvre à une lecture responsabilisante de la maladie. Dans notre époque dominée par le performatif, la santé est, croit-on, sous notre contrôle. La maladie suggérerait ainsi, par son apparition, une faute dans le mode de vie, dans les choix alimentaires, dans l'attitude existentielle, bref, elle manifesterait directement les limites, les incapacités et les faiblesses des individus ; elle révélerait ainsi leur irresponsabilité. « [La maladie] gagne du terrain

en fonction de deux hypothèses, écrit encore Sontag. La première, c'est que toute forme de déviation sociale peut être considérée comme une maladie, [...]. La seconde, c'est que toute maladie peut être étudiée au plan psychologique. Elle est interprétée comme constituant, essentiellement, un fait psychologique, et l'on encourage les gens à croire qu'ils tombent malades parce que (inconsciemment) ils le veulent, et qu'ils peuvent guérir d'eux-mêmes s'ils mobilisent leur volonté, qu'ils sont en mesure de choisir de ne

« ...on assiste à un glissement de la responsabilité collective ou de l'Etat, vers la responsabilité individuelle. »

4 Sontag, *op. cit.*, p. 79-80.

5 *Ibid.*, p. 34.

6 *Ibid.*, p. 37.

7 *Ibid.*, p. 42.

8 Rey, R. (2000). *Histoire de la douleur*. Paris, La Découverte.

9 *Ibid.*, p. 6.

10 *Ibid.*, p. 10.

11 *Ibid.*, p. 375.

12 Sontag, *op. cit.*, p. 59.

13 *Ibid.*, p. 56.

pas mourir de leur mal. [...] Les théories psychologiques de la maladie constituent un moyen puissant de rejeter la faute sur le malade. Lui expliquer qu'il est, sans le savoir, la cause de sa maladie, c'est aussi ancrer en lui l'idée qu'il l'a méritée. »<sup>14</sup>

Qu'il s'agisse de concevoir la maladie comme le résultat d'une faute personnelle ou que la maladie soit une manière de l'expié, c'est-à-dire au sens d'une punition, le comportement du malade est au centre de ce dispositif d'attribution de responsabilité et de significations, éminemment stigmatisant, qui a comme objet privilégié les maladies sexuellement transmissibles, telles que la syphilis ou le sida. « Une maladie infectieuse, note encore Sontag, dont la principale voie de transmission est sexuelle, fait nécessairement courir davantage de risques à ceux qui sont sexuellement plus actifs – moyennant quoi elle passe aisément pour une punition de cette activité. Cela était déjà vrai de la syphilis, et l'est plus encore du sida, puisque le danger viendrait non seulement de la promiscuité, mais d'une pratique sexuelle spécifique jugée contre-nature. »<sup>15</sup>

## CONCLUSION

Si les métaphores utilisées pour parler de la maladie assurent un fond sémantique favorisant telle interprétation ou telle autre, la lecture responsabilisante de la maladie semble, de nos jours, exercer une emprise sournoise sur nos états pathologiques. Pourtant, montrer un lien direct et causal entre l'apparition d'une maladie et un mode de vie (malsain) est probablement impossible.<sup>16</sup> Dans ce domaine comme dans d'autres, on assiste à un glissement de la responsabilité collective ou de l'Etat, vers la responsabilité individuelle. Les personnes qui souffrent de problèmes de santé liés, par exemple, au surpoids ou à la fumée ne respectent pas leurs obligations envers la société, dit-on, parce qu'elles ne vivent pas sagement.<sup>17</sup> Comme si les modes de vie dépendaient directement et entièrement de notre bon vouloir. Les réflexions menées autour des « déterminants sociaux de la santé »<sup>18</sup> montrent clairement que certaines inégalités (parmi lesquelles l'âge, le sexe, les conditions de vie, le niveau socio-économique, l'accès au système de santé, etc.) – qui échappent en tout ou en partie à notre contrôle et dont l'efficacité est cumulative – ont une influence sur l'état de santé d'individus ou de groupes de personnes, ainsi que sur la perception sociale et la prise en charge de la maladie. Par exemple, des études questionnant le lien entre l'addiction et le sexe montrent que les femmes présentent une vulnérabilité accrue aux psychos-

timulants (nicotine, amphétamine et cocaïne), les conséquences médicales étant à l'entrée du traitement identiques à celles des hommes malgré un nombre d'années d'utilisation moindre et à long terme plus délétères.<sup>19</sup>

Nous le savons déjà, mais il est bon de le rappeler : il y a des catégories morales dont la pertinence et la validité méritent d'être contestées. En effet, si l'on veut désamorcer – à condition que cela soit possible – le potentiel discriminant du langage métaphorique inhérent à certaines maladies et, par là même, à certaines catégories de personnes, le « dire vrai » de la science ne suffit pas. La détection de facteurs (neurobiologiques ou génétiques par exemple) prédisposant à certaines maladies (telles que la schizophrénie ou l'alcoolisme) ne permet pas à elle seule de réduire la stigmatisation dont souffrent certains individus ou groupes de personnes touchés par les addictions (entre autres, à l'alcool, au tabac ou aux drogues).<sup>20</sup> Il faudrait encore y associer une approche d'ordre éthique<sup>21</sup> qui, d'une part, étudie critiquement la terminologie et l'argumentation utilisée pour appréhender le malade à travers la maladie<sup>22</sup> (notamment les termes tels que « liberté », « responsabilité », « autonomie », « volonté », etc. – ainsi que les niveaux individuel, social et politique considérés). D'autre part, il serait opportun d'enrichir le vocabulaire éthique, en favorisant d'autres perspectives : par exemple, comprendre la responsabilité non seulement comme pouvoir causal individuel, mais aussi comme disposition de tiers à répondre aux besoins constatés, ou appréhender l'autonomie d'une personne à travers sa vulnérabilité. Concevoir moralement une maladie signifie lui attribuer une signification, et ce processus s'inscrit inexorablement dans un contexte culturel. En modifiant ce dernier on pourra espérer modifier la perception sociale de la maladie. Les méfaits de l'alcool sur la collectivité sont plus grands que ceux de l'héroïne<sup>23</sup>, cependant on continue à croire qu'il faut d'abord s'attaquer à cette substance. Pourquoi ?

**Courriel :**  
simone.romagnoli@hesge.ch

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 77.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 147.

<sup>16</sup> Andersen, M. M. & Nielsen, M. E. J. (2016). Personal Responsibility and Lifestyle Diseases. *Journal of Medicine and Philosophy* 41 : 480-99.

<sup>17</sup> Brown, R. C. H. (2013). Moral responsibility for (un)healthy behaviour. *Journal of Medical Ethics* 39 : 695-98.

<sup>18</sup> OMS (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé.

<sup>19</sup> Pelet, A. (2010). Addiction : l'égalité face aux substances ? *Revue Médicale Suisse* 6 : 1452-4.

<sup>20</sup> Pescosolido, B. A. et al. (2010). "A Disease Like Any Other" ? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *Am J Psychiatry* 167(11) : 1321-1330 ;

<sup>21</sup> Voir : Williamson, L. (2012). Destigmatizing Alcohol Dependence : The Requirement for an Ethical (Not Only Medical) Remedy. *American Journal of Public Health* 102(5) : e5-e8.

<sup>22</sup> Wakefield, M., McLeod, K. & Clegg Smith, K. (2003). Individual versus corporate responsibility for smoking-related illness : Australian press coverage of the Rolah McCabe trial. *Health Promotion International* 18(4) : 297-305 ; National Research Council (2001). *Informing America's Policy on illegal drugs : what we don't know keeps hurting us*. Washington, D.C., National Academy Press

<sup>23</sup> Broers, B (2011). Une nouvelle classification des drogues ? *Rev Med Suisse* 288 : 726-727.

# LE PHARMAKON, LE DOPAMINAGE ET LA SOCIÉTÉ ADDICTOGÈNE

*Prof. Gerald Moore, chercheur de l'université de Durham/UK et membre d'Ars Industrialis*

**Et si la dépendance était le symptôme d'une vie qui s'extériorise dans la technique ? La philosophie du pharmakon permet de voir que l'homme n'existe qu'à travers ses outils et que notre automatisation par la technique devient pathologique avec l'inhibition du génie écologique que nous pratiquons avec eux.**

## RITES DE CONSOMMATION

Dans les processus de purification qui précèdent les rites de sacrifice traditionnels, tous les participants se lavent avant d'adopter des robes et une lame spéciale qui, en servant à distinguer le sacrifice sanglant du meurtre, sacralisent la cérémonie. La lame sacrificielle est ensuite soit enfermée dans une cellule inaccessible aux personnes impures, soit refondue à chaque occasion et immédiatement détruite, par exemple en étant jetée à la mer, dès que la mise à mort a eu lieu<sup>1</sup>. D'autres histoires confirment que de tels rites servent à performer le caractère sacré de l'objet fétiche pour empêcher que sa capacité d'intoxiquer n'entraîne sa profanation<sup>2</sup>. L'arme qui fait rêver d'une communion avec les dieux peut également susciter des fantasmes cauchemardesques de leur assassinat.

Selon le philosophe Bernard Stiegler, cette dualité caractérise la structure de toute technologie. L'objet technique est ce qu'il appelle le « pharmakon » d'après le mot grec qui signifie à la fois poison et remède. La technologie est « pharmacologique » dans la mesure où elle peut être aussi dévastatrice que rédemptrice. C'est l'utilisation des outils qui différencie l'homme des autres animaux en nous permettant de canaliser, c'est-à-dire de sublimer, nos énergies dans la construction de la société ainsi que de nous-mêmes<sup>3</sup>. Cependant, dans les circonstances où notre capacité à transformer nos milieux de vie est compromise, les mêmes outils qui peuvent (quoique brièvement) nous élever au-delà de notre animalité habituelle peuvent eux aussi nous replonger dans des « comportements instinctivisés », automatisés qu'on prétend laisser tomber au seuil de la civilisation. La société supporte que la technologie automatise les comportements quand il s'agit d'un moyen au service d'une fin, en libérant l'esprit et en lui permettant d'envisager des possibilités jusqu'alors irréalisables, mais elle devient pathologique dès lors que l'automatisation - et surtout l'automatisation de l'affect ou du système nerveux - devient une finalité en soi. Tout en sachant que, de la caféine à la pornographie et aux jeux vidéo, toute expérience intense et répétée amène aux changements des

circuits neuronaux<sup>4</sup>, nous tolérons la toxicomanie au café (industriellement moulu ou séché) puisqu'elle alimente le travail et laisse peu de marques dans le paysage social. Mais nous nous inquiétons entre autres du retrait social de ceux qui se vivent aux écrans.

D'après la logique stieglerienne du *pharmakon*, posons que, quand on jetait la lame sacrificielle à la mer à la suite du rite sacrificiel, c'était pour empêcher que l'objet technique ne devienne trop « naturel », le produit d'un recours pulsionnel que crée l'artefact. L'outil qui nous élèverait au-delà de l'animal est sacrifié pour préserver la seule dimension curative du *pharmakon*, donc pour supprimer la tentation de son envers toxique. Et pourtant si nous habitons de nos jours dans ce que Stiegler appelle une « société addictogène », c'est parce que le rite qui consiste à tenir nos *pharmaka* à distance ne fonctionne plus. Les rites sacrificiels qui maîtrisaient leur toxicité ont cédé leur place à une inversion, où le marketing prescrit ce qui était jadis proscrit. Notre consommation des objets fétiches de la technologie n'est plus restreinte pour atténuer les risques d'abus, mais prescrite sans cesse jusqu'au point où il est de plus en plus difficile de renoncer à la tentation. La société s'organise autour de « l'addiction by design », la dépendance fabriquée<sup>5</sup>. Les rites de commerce visent explicitement le système de récompense du cerveau dans le but de nous rendre accros.

Nous savons bien jusqu'où iront les « marketeurs industriels » pour faire que les objets technologiques de masse tels que les boissons alcooliques ou riches en fructose raffiné, les plateformes de jeu en ligne, les smartphones et les réseaux sociaux dont le fil d'actualité prime les attentes des utilisateurs, fétichisent la consommation comme solution aux complexités de la vie quotidienne. Même lorsqu'on nous conseille de « consommer avec sagesse », l'impératif prend la forme d'une note de bas de page à peine visible dont l'effet est de légitimer l'excès. Appelons cette tendance de l'économie contemporaine « le dopaminage », ou « *dopaminizing* » en anglais, c'est-à-dire la tentative exhaustive de miner la dopamine en la libérant dans le noyau accumbens, pour programmer la dévoration compulsive.

1 Hubert H., Mauss M. (2016) *Essai sur la nature et la fonction du sacrifice*. Paris: Presses Universitaires de France.

2 Detienne M., & Svenbro J. (1979) Les Loups au festin de la cité impossible. In M. Detienne & J.-P. Vernant (Eds.) *La Cuisine du sacrifice en pays grecs*. Paris: Gallimard: 215-37.

3 Stiegler B. (2010) *Ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue*, ch 2. Paris: Flammarion.

4 Lewis M. C. (2015) *The Biology of Desire*. New York: PublicAffairs.

5 Schüll N. D. (2012) *Addiction By Design*. Princeton: Princeton University Press.

En tant que stratégie, l'efficacité du *dopaminage* est d'autant plus performante dans un contexte économique de faible mobilité sociale, de chômage et de sous-emploi. L'augmentation récemment identifiée aux États-Unis de la morbidité parmi les populations bourgeoises blanches, qui souffrent de surpoids et de toxicomanie<sup>6</sup>, démontre combien la prolifération de ce que l'anthropologue David Graeber appelle les « boulots merdiques » est problématique, à savoir des postes axés sur des objectifs de performance exigeants qui empêchent le travailleur de s'épanouir<sup>7</sup>. Les milieux artefactuels du monde actuel du travail font accroître le besoin de s'évader, tout en nous confinant à des technologies rigidement administratives ou bureaucratiques qui ne facilitent pas la création d'une vie alternative et enrichissante. Bruce K. Alexander déplore à juste titre le rapport entre le capitalisme, la dépendance et « la dislocation sociale », la toxicomanie étant « rationnelle » et « adaptative » dans le contexte du déracinement traumatique qu'impose le marché<sup>8</sup>. À la différence de Stiegler, il n'a pas compris combien l'exploitation économique de ce comportement adaptatif aggrave la dislocation. La dépendance du toxicomane à haut fonctionnement aide l'économie consumériste à ronronner et maintient les épuisés au travail...

## AU-DELÀ DE L'ADAPTATION

Deux idées sont à l'avant-garde de la théorie de la « synthèse étendue » de la biologie évolutionniste post-génomique. La première est que la vie consiste à « la construction de niches », autrement dit le génie écologique des milieux dans lesquels un organisme peut prospérer<sup>9</sup>. Le vivant ne se limite pas à s'adapter à un quelconque environnement, parce qu'il participe lui-même à la création des conditions qui élèveraient la vie au-delà de la simple survie. La deuxième grande idée est celle de la « plasticité développementale », à savoir la capacité de l'organisme à prendre des leçons des signaux environnementaux pour transformer ses comportements et habitudes. L'écho des deux idées se fait entendre dans la philosophie du *pharmakon* de Bernard Stiegler, dont l'aperçu fondamental porte sur l'artefactualité constitutive de la vie humaine. L'homme n'existe et n'a toujours existé qu'à travers la technique. Nous habitons les milieux artefactuels de la culture cumulative, que nous adoptons comme la nôtre en apprenant à utiliser les outils autour desquels la société est organisée. C'est avec la technique que nous construisons nos niches et, puisqu'ils transforment le fonctionnement de nos organes physiologiques et laissent leur marque organisatrice dans le cerveau neuroplastique, nous sommes autant le produit de ces outils que le sont nos environnements.

6 Case A., Deaton A. (2015) Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. PNAS 112(49): 15078-83. [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1518393112](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1518393112)

7 Graeber D. (2013) On the Phenomenon of Bullshit Jobs. *Strike!* <http://strikemag.org/bullshit-jobs/>

8 Alexander B. K. (2008) *The Globalization of Addiction*. Oxford: Oxford University Press, pp. 158-165.

9 Odling-Smee F. J., Laland K. N., Feldman M. W. (2003) *Niche Construction*. Princeton: Princeton University Press.



Photo: Freemag.com

Au cœur du génie écologique et de la plasticité développementale se trouve le système cérébral de récompense dont la libération du neurotransmetteur dopamine dans le cerveau permet d'établir de nouvelles connexions synaptiques. Le même système dopaminergique provoque l'envie de répéter les expériences productrices de plaisir, ce qui est aussi à la base du craving du toxicomane.

En modulant notre expérience du temps, de l'anticipation, de l'attention et du désir, le système dopaminergique est un des moyens principaux à travers lequel nos *pharmaka* techniques réinventent et interagissent avec le corps humain. Et cela parce que le système est lui-même pharmacologique au sens stieglierien d'être à la fois toxique et curatif. Sans la dopamine, nous n'apprendrions jamais par l'expérience et n'aurions aucun sens affectif de l'avenir. Mais elle est également responsable des excès de l'apprentissage expérimentiel de l'addiction, qui entre en jeu quand nous sommes contraints par nos milieux artefactuels sans être capables d'exercer une influence réciproque sur leur construction. On dirait donc que la dopamine est liée à ce qui est à la fois plus élevé et plus régressif en nous : elle est au cœur de la plasticité neuronale qui permet l'auto-crédation ainsi que celle de futurs alternatifs ; mais diffusée à l'excès, elle devance nos horizons d'attente jusqu'au point où on ne voit pas au-delà du bout de son nez. Tant qu'elle rend possible la projection d'un avenir, elle peut également nous boucler dans une expérience de l'immédiat, où le craving, lié soit aux rêveries de l'alcoolique, soit à la vie du joueur qui ne réussit qu'en ligne, coïncide avec le retrait des niches qui se disloquent vers les seules « zones » où l'accroc se sent en contrôle.

## DÉPENDANCES ET L'HISTOIRE DE LA TECHNOLOGIE

Quelqu'addictogène que soit la société contemporaine, elle n'est peut-être pas sans précédent historique. La folie du gin, la guerre de l'opium et l'industrie du tabac évoquent la possibilité que toute l'histoire du capitalisme soit celle de la fabrication de *pharmaka* pour induire la dépendance. De plus en plus de preuves suggèrent d'ailleurs que des vagues de dépendance historiques coïncident avec des périodes de bouleversements sociaux provoqués par des changements dramatiques dans le système technique dominant. À cet égard, relisons la critique platonicienne de « la faiblesse de la volonté » comme réponse à une hausse de la toxicomanie alors que l'émergence de la culture alphabétique déstabilisait l'ordre social établi par les rites communautaires sacrificiels de la culture orale. De même la « *livresse* » d'Emma Bovary : les nouvelles technologies de la révolution industrielle étaient responsables non seulement de la distillation à bas prix de gin mais aussi des diagnostics d'abus de livres. Aujourd'hui, c'est l'influx des technologies numériques qui nous amène à réfléchir à la signification de consulter nos portables en moyenne plus de deux cent fois par jour.

Dans les « sociétés addictogènes » antérieures, le taux de dépendance paraît avoir baissé avec l'invention de nouveaux rites, une nouvelle organisation sociale qui canalise la puissance thérapeutique des *pharmaka* vers le dépassement de la dislocation sociale. À cette fin, il faut que nous soyons capables de déployer la technique non seulement pour consommer, mais aussi pour augmenter notre participation à la construction de nos milieux vitaux.

**Courriel :**  
gerald.moore@durham.ac.uk



**GROSSESSE ET ALCOOL: CE QU'IL FAUT SAVOIR**  
Informations pour les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir, leur partenaire et leur entourage

**GROSSESSE ET TABAC: CE QU'IL FAUT SAVOIR**  
Informations pour les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir, leur partenaire et leur entourage

Que l'on prévoie d'être enceinte ou qu'on le soit déjà, il est important de réfléchir à sa consommation d'alcool et de tabac. Ce dépliant disponible en neuf langues fournit des conseils aux femmes ainsi qu'à leur entourage sur ces thèmes.

Langues disponibles: français, allemand, italien, espagnol, portugais, anglais, albanais, serbe/croate/bosniaque, turc

À commander et/ou télécharger : [shop.addictionsuisse.ch](http://shop.addictionsuisse.ch)

Addiction Suisse, Lausanne, 2016



Hes-so  
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences  
Western Switzerland

FORMATIONS POSTGRADES  
EN ADDICTIONS  
2017-2019

**Certificat interprofessionnel en addictions**  
Certificate of Advanced Studies (CAS) HES-SO - 15 ECTS - 1 an

**Diplôme en addictions**  
Diploma of Advanced Studies (DAS) HES-SO - 33 ECTS - 2 ans

Recommandé par l'OFSP

fordd  
Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances



# ADDICTION ET CHOIX : REPENSER LA RELATION

**Nick Heather**, Professeur émérite d'études sur l'alcool et les autres drogues au sein du département de psychologie, Université de Northumbria, Newcastle upon Tyne / UK

**Nick Heather réfléchit depuis de nombreuses années aux problématiques addictives. Il a développé récemment une vision à mi-chemin entre le choix et la maladie. (réd.)**

**Jean-Félix Savary : Vous publiez actuellement un livre intitulé *Addictions and Choice* (Addictions et Choix).**

**Pouvez-vous brièvement nous présenter la perspective adoptée ?**



**Nick Heather :** Bien sûr, avec plaisir. Avant tout ce n'est pas un livre dont je suis l'auteur, il s'agit d'un ouvrage édité par un collègue, Gabriel Segal et moi-même. Nous en avons cependant écrit plusieurs chapitres : j'en ai rédigé trois, Gabriel deux et nous avons bien sûr écrit la préface. Mais

les autres chapitres, au nombre de vingt, ont été produits par quelques-unes des personnalités les plus reconnues dans le domaine, qui, à notre grand plaisir, ont répondu favorablement à notre invitation.

A la base de ce livre, il y a notre insatisfaction face à deux visions polarisées de l'addiction dont nous pensons qu'elles sont incorrectes et qu'elles empêchent les progrès dans la compréhension de celle-ci. Il y a d'un côté l'idée que les personnes dépendantes n'ont pas d'autre choix que de faire ce qu'elles font. Cela est associé à certaines versions du modèle d'addiction en tant que maladie et à l'idée de compulsion. Les gens seraient obligés d'agir comme ils le font, ils n'auraient aucun choix dans ce domaine. D'un autre côté, il y a des critiques de cette perspective qui sont à l'autre extrême et affirment que l'addiction est un choix parfaitement libre, comme n'importe quel choix. Comme celui de décider dans quel restaurant on mangera ce soir, etc.

Nous affirmons que ces deux idées sont fausses. La vérité sur l'addiction réside entre les deux. Il ne s'agit ni d'une compulsion sans aucun choix, ni d'un choix libre et ordinaire. En fait, il s'agit d'un « trouble du choix » (*disorder of choice*). Il y a toujours un choix quelque part là-dedans, mais ce choix est déformé. C'est pourquoi nous conservons le concept d'addiction, mais nous voulons repenser sa signification. Mon sentiment est qu'en ce moment sur le terrain, parmi les gens qui s'intéressent aux addictions, beaucoup partagent l'idée que nous devons retourner aux fondamentaux et repenser l'entier du concept d'addiction, ce que nous entendons par là, quelles sont les implications dans le domaine de la prévention, des traitements et pour la société dans son ensemble.

**JFS : Vous vous distancez donc du modèle faisant de l'addiction une maladie ? Pouvez-vous nous décrire les implications de votre mode de penser sur le modèle de l'addiction ?**

**NH :** Ce qui est intéressant, c'est qu'une fois écartées les deux alternatives inutiles dont j'ai parlé, il y a beaucoup de possibilités entre les deux. Prenez mon collègue, Gabriel Segal, par exemple, il croit encore au modèle d'addiction comme maladie. Je crois qu'il est très influencé par un type particulier de théorie de l'addiction en tant que maladie du cerveau élaboré par Robinson et Berridge (*incentive sensitization theory of addiction*). Segal veut réconcilier l'idée de maladie avec la position intermédiaire dont je viens de parler.

Je ne suis pas d'accord avec cela. Je continue à penser qu'il est inutile de considérer l'addiction comme une maladie, c'est ma vision des choses depuis trente ou quarante ans. J'ai déjà écrit à ce sujet et je n'ai pas changé d'avis. Je pense que les implications inhérentes au fait de considérer l'addiction comme un trouble du choix vont dans le sens de mon raisonnement. Il ne sert à rien de considérer l'addiction comme une maladie et cela pour de nombreuses raisons.

Les preuves abondent montrant qu'un regard porté sur l'addiction dans le monde réel, soit en dehors de la sphère du traitement, dresse un portrait très différent de l'addiction. Gene Heyman a récemment beaucoup écrit sur le sujet. Il a analysé les résultats de très vastes enquêtes prenant en compte la population des Etats-Unis dans son ensemble et s'étendant des années quatre-vingt jusqu'à ces dix dernières années. Ses données sont hautement fiables et elles montrent que l'addiction, plutôt qu'un état de santé chronique et durable dans le temps, est plutôt une difficulté dont les gens se remettent relativement rapidement et en grand nombre dans la vie réelle. Dans le cas de l'héroïne, par exemple, l'âge moyen du rétablissement est de trente ans. Attention, il est clair que nous évoquons ici le cas d'individus sérieusement dépendants ; nous ne parlons pas de gens dont les problèmes ne sont pas suffisamment sérieux pour justifier le terme d'addiction. Ils sont authentiquement dépendants et pourtant se remettent dans un environnement naturel.

Il y a une différence entre ces cas-là et les personnes en traitement. Il est vrai que les personnes en traitement ont plus de problèmes chroniques, mais nous ne savons pas précisément pourquoi. Il est fort possible que ces per-

sonnes souffrent d'autres problèmes psychiatriques ou tout une gamme d'autres problèmes qui, en s'ajoutant à leur addiction, les empêchent de se remettre rapidement.

Une autre explication, à laquelle je souscris, serait que les personnes en traitement ont peu de capital social. Elles disposent de peu de ressources en terme de structures sociales et économiques. C'est là que réside la différence entre ceux qui suivent un traitement et ceux qui ne le font pas. Ce qu'il faut relever, c'est que la différence entre eux n'est pas l'addiction en soi. Dans le monde réel, dans un environnement naturel, nous pouvons affirmer que l'addiction n'est pas cette pathologie chronique et progressive que décrit le modèle de la maladie du cerveau.

**JFS: Votre modèle du trouble du choix met donc l'accent sur les ressources de la personne. Ses choix seraient alors influencés soit par une difficulté psychique, soit par des inégalités sociales ?**

**NH :** Il y a de nombreuses versions de ce à quoi peut ressembler le trouble du choix. Ma propre version est la suivante. Le problème de l'addiction est un problème de choix se contredisant sur la durée. Ce qui se passe typiquement dans le cas de l'addiction, c'est que quelqu'un prend conscience que son comportement est dommageable et prend la décision sincère et fortement motivée de le modifier. Mais il ne parvient pas à tenir cette résolution. Il brise cette résolution et c'est là l'essence du problème de l'addiction : les choix sont déformés sur la durée. Dans un premier temps une personne déclare : « Je vais arrêter de boire pour toujours » ; mais dans un second temps, vingt-quatre heures ou trois mois plus tard, elle rompt cette résolution.

George Ainslie a très opportunément écrit un ouvrage intitulé *la rupture de la volonté* dont une des implications est le retour à une vision de l'addiction en tant que *faiblesse de la volonté*. Il est très important de souligner qu'il ne s'agit pas là d'un point de vue moralisateur. Nous ne sommes pas en train de dire que la volonté de certaines personnes est faible tandis qu'elle est forte chez d'autres. Pas du tout. Ce que nous disons, c'est que nous rencontrons tous, d'une manière ou d'une autre, des moments de faiblesse de volonté et que le fait de ne pas parvenir à tenir ses engagements et ses résolutions est un problème humain commun.

On trouve dans la littérature de la Grèce Antique un concept appelé *akrasie*, qui signifie en gros : faiblesse de volonté. Les philosophes en débattent depuis Aristote et c'est encore un sujet brûlant d'analyse et de discours philosophique. Mon sentiment est que l'addiction est une forme extrême de ce phénomène de *l'akrasie*. C'en est bien sûr une forme plus grave et répétitive. Par exemple, j'ai formé ce matin la résolution de ne consommer qu'un déjeuner léger, mais j'ai fini par manger plus que prévu. Si nous multiplions le

phénomène, que nous l'aggravons et le rendons plus répétitif jusqu'à ce qu'il constitue un véritable problème dans la capacité d'une personne à contrôler son comportement, je considère qu'il s'agit là d'addiction. L'idée fondamentale ici est de relier l'addiction à des comportements humains ordinaires. Il n'implique pas une approche pathologique distincte, comme c'est le cas pour le modèle de la maladie cérébrale. C'est une des raisons qui me font considérer ce dernier comme inutile dans la mesure où il implique que l'addiction opère à travers une espèce d'évolution pathologique qui ne s'applique qu'aux personnes dépendantes et pas au reste de l'humanité. Je pense que cela est très trompeur.

**JFS : D'une certaine façon, votre approche permet de lutter contre la stigmatisation impliquée par le modèle de la maladie. Votre but est-il de montrer que nous sommes tous confrontés aux mêmes difficultés et que certains gèrent cela mieux que d'autres ?**

**NH :** Oui, exactement. Il y a ici un paradoxe : les partisans du modèle de la maladie du cerveau prétendent que ce modèle est le seul capable d'inciter la société à cesser de blâmer les personnes dépendantes. C'est leur point de vue et il séduit de nombreux politiciens. Beaucoup de gens vous diront « bien sûr que l'addiction est une maladie ». Mais leur propos est en réalité de dire que nous ne devrions pas blâmer ni punir les personnes dépendantes. Nous sommes bien évidemment tous d'accord là-dessus!

Cependant, la vraie question porte plutôt sur la meilleure manière d'éviter la stigmatisation. Je pense qu'il est possible d'imaginer un modèle parlant de troubles du choix sans qu'il conduise pour autant les gens à déprécier les personnes dépendantes. Mais c'est un terrain glissant dans la mesure où vous êtes toujours susceptible d'être mal compris.

**JFS : Comment voyez-vous le futur du modèle de la maladie chronique du cerveau ? Les critiques récentes annoncent-elles un changement de cap ?**

**NH :** Tout dépend à qui vous vous adressez. Il y a eu récemment de nombreuses critiques du modèle de la maladie du cerveau se basant sur le fait qu'il n'avait pas délivré les résultats promis. Il y a vingt ans, le directeur de l'Institut National des Abus de Drogues (*National Institute of the Drug Abuse*) nous a déclaré que ce modèle était une approche révolutionnaire de l'addiction et qu'il allait transformer son traitement. Il ne l'a pas fait. Bien sûr certains disent : « Donnez-nous du temps... C'est une tâche difficile ». Mais ça n'est pas la principale difficulté. De nombreux indices montrent que si l'on dit aux gens que l'addiction est une maladie du cerveau, cela aura un effet négatif sur la stigmatisation. Dans le langage commun, par exemple, je ne sais pas si c'est le cas en français mais ça l'est assurément en anglais, si vous voulez vraiment insulter quelqu'un,

**L'idée fondamentale  
ici est de relier  
l'addiction à des  
comportements  
humains ordinaires.**

vous le traitez de malade mental. L'idée que quelqu'un est atteint d'une telle maladie est une notion très effrayante. Cela vous porte à considérer que cette personne est imprévisible et qu'il est difficile d'interagir avec elle. C'est pourquoi je pense que cela peut avoir un effet contraire à celui recherché : plutôt que de diminuer la stigmatisation, cela pourrait au contraire la renforcer.

J'ai mené une enquête, il y a plusieurs années, montrant que le fait que l'alcoolisme soit considéré ou non comme une maladie n'avait que peu d'influence sur la manière dont la majorité de la population pensait qu'il fallait financer les traitements et les ressources destinés à aider les personnes alcoolo-dépendantes. Donc le concept de maladie ne parvient pas à réduire la stigmatisation comme ses avocats le prétendent.

Mais, en dépit de tout cela, le modèle de la maladie du cerveau continue à augmenter en prestige auprès des politiciens et des scientifiques. Le montant des sommes allouées à la recherche sur le modèle de la maladie cérébrale correspond à 90% des dépenses dans le domaine de la recherche sur les addictions. Les fonds sont destinés à la neuroscience et aux tentatives de développer de nouveaux médicaments pour traiter l'addiction, partant du principe qu'il est possible de corriger la déficience cérébrale supposée.

**JFS : Y a-t-il ici une confusion entre lutte contre la stigmatisation et l'accès aux services de santé ?**

NH : Aux Etats-Unis, par exemple, ce n'est qu'en posant un diagnostic DSM et en déclarant officiellement qu'il y a une maladie que les assurances rembourseront le traitement. En prenant en compte ce type d'implication, il convient d'être prudent lorsqu'on déclare que l'addiction n'est pas une maladie. D'une manière générale, le rôle des soins hospitaliers pose problème en matière d'addiction. Je pense que la solution est de considérer la conduite addictive comme un comportement causant des maladies, et dans la perspective de prévenir ou d'éviter la maladie ou d'aider les gens déjà atteints par des maladies liées à leur conduite addictive, il est très judicieux d'impliquer le personnel médical et de mettre en œuvre des traitements à ce niveau. Mais je veux être encore plus précis ; je dis que c'est le changement de comportement qu'il faut viser dans l'intérêt de la prévention de la maladie – que la médecine devrait légitimement être impliquée dans des processus d'aide au changement de comportement afin que d'authentiques problèmes de santé puissent être évités ou réduits. Changer les comportements dommageables à la santé, voilà la place que je vois pour les prestations en matière d'addiction.



Photo : Freemages.com

**JFS : Que pensez-vous du concept de *heavy use over time* (usage intensif sur une certaine période), lancé récemment par plusieurs chercheurs ?**

NH : Il s'agit d'un exemple de la manière de redéfinir ou de repenser l'addiction. Il existe un éminent groupe de penseurs, des gens intelligents, qui dit que le concept d'addiction n'est pas nécessaire et que celui de l'usage intensif sur une certaine période (*heavy use over time*) est tout ce dont nous avons besoin. Je pense que cela est faux ou sérieusement trompeur pour les raisons suivantes. Avant tout, je suis parfaitement d'accord avec eux sur le fait que nous devons éviter la pensée dichotomique. Mais si nous comparons une population de consommateurs de drogue ou de joueurs avec des gens qui n'ont pas de sérieux problèmes de santé causés par l'addiction, il peut toujours y avoir des occasions dans lesquelles cette dernière population décide de changer d'attitude et rencontre des difficultés à le faire. Donc mon concept de l'addiction dans son ensemble, traite des difficultés à changer de comportement. Nous avons besoin de ce concept parce que les gens ont des difficultés à contrôler leur comportement malgré leurs motivations et résolutions. Pas seulement à des niveaux de forte dépendance, mais à tous les niveaux, il s'agit de problèmes de contrôle de soi ou de régulation de soi, de mettre en pratique les engagements et les résolutions à changer de comportement. C'est la raison pour laquelle nous avons besoin du concept d'addiction.

Nous avons également besoin de former les jeunes praticiens et le personnel de premier recours, par exemple, aux méthodes de changement de comportement et à la manière d'aider à maintenir ce changement de comportement. Le problème avec les comportements dommageables à la santé, c'est qu'ils sont difficiles à éliminer. Les gens ont besoin d'aide. Il ne s'agit pas seulement de les motiver, nous devons les aider à maintenir les changements qu'ils ont envie d'opérer.

**JFS : Malgré le bénéfice de cette approche, la promotion de la santé reste le parent pauvre de nos systèmes de santé, qui restent centré sur les traitements. Pouvons-nous dire que vos efforts viennent en soutien à toutes ces initiatives pour renforcer la promotion de la santé ?**

**NH :** Oui, nous le pouvons. La conférence de l'INEBRIA sur les interventions brèves auquel j'ai participé à Lausanne allait dans ce sens. Les interventions brèves ont pour but d'identifier les gens pouvant avoir besoin de modifier leur comportement, en les avertissant qu'ils mettent en danger leur santé ou leur bien-être, et de leur fournir une assistance au changement s'ils le souhaitent – d'abord essayer de les motiver à changer de comportement et ensuite essayer de les aider à maintenir ce changement. Cela correspond exactement à cette idée de promotion de la santé, mais il y a un grand écart entre ces deux choses – entre le traitement d'un côté et la prévention primaire de l'autre.

**JFS : Comment vous avez développé votre pensée ? Quelle est votre expérience personnelle à ce sujet ?**

**NH :** J'ai fait l'expérience d'une addiction à la nicotine de longue durée. Etant jeune, j'étais un gros fumeur et vers l'âge de quarante ans, des dommages à ma santé avaient déjà été causés. J'ai donc essayé d'arrêter mais j'ai rencontré d'énormes difficultés. Cette expérience a inspiré une grande partie des idées que je suis en train de vous présenter. Il s'agit de résolution et de maintien du changement de comportement parce que je me suis rendu compte que je n'étais pas le seul à rencontrer ce type de difficultés. J'ai réalisé qu'il s'agit d'un problème général dans le domaine des conduites humaines.

**JFS : Pour les personnes dépendantes, quels sont les avantages et les inconvénients des modèles du trouble du choix par rapport à celui de la maladie chronique ?**

**NH :** Il y a deux choses. D'un côté les images de l'addiction que nous recevons de la société influencent notre propre comportement. Le fait que vous vous pensiez capable de changer est influencé par ce que les gens vous disent. S'ils vous disent que vous avez une maladie et qu'il s'agit d'une maladie chronique irréversible, vous allez avoir plus de difficultés à la changer. Il y a des preuves de cet effet. L'idée opposée est de dire aux gens « vous pouvez changer, c'est possible. Il y a de nombreuses preuves que, même si vous êtes sévèrement dépendant, avec un taux de dépendance physiologique élevé, vous pouvez toujours changer. »

La deuxième chose concerne la pharmacothérapie. Les implications du point de vue des partisans de la maladie du cerveau sont que la seule solution pour améliorer les traitements est d'inventer encore plus de substances psychoactives pour traiter la maladie de l'addiction. Je suis de plus en plus préoccupé par cela et je ne suis pas le seul.

La perspective que je soutiens dans ce livre met l'accent sur les problématiques du contrôle de soi et de la régulation de soi. Encore une fois, les gens peuvent mal interpréter notre propos et penser que nous sommes moralisateurs. Ce que

nous disons, c'est que l'addiction est un problème de l'humanité dans son ensemble. Il s'agit de donner du pouvoir aux gens et de leur donner la possibilité de contrôler leur propre existence plutôt que de leur fournir encore plus de substances psychoactives sur prescription médicale.

**JFS : Le trouble du choix serait alors une façon plus humaine et respectueuse de s'adresser aux gens avec des problèmes d'addiction ? Quel terminologie devrions-nous utiliser ?**

**NH :** La terminologie doit être celle du changement de comportement, du changement de comportement dommageable à la santé. C'est la place que nous imaginons pour l'addiction. Un grand nombre de personnes suggèrent pour différentes raisons que le concept d'addiction devrait être aboli. Nous devrions l'intégrer dans quelque chose d'autre. Le meilleur cas de figure que je puisse concevoir pour faire cela est l'incorporation de l'addiction dans le concept plus vaste de la difficulté à changer un comportement reconnu par la personne comme dommageable et d'aider les gens à décider et maintenir ce changement.

**Courriel :**

nick.heather@northumbria.ac.uk

**Congrès 16 novembre 2017 à Bienne**

**ÊTRE ENFANT DANS UNE FAMILLE VULNÉRABLE**

Quel soutien apporter aux enfants exposés à la violence domestique, à la maladie psychique ou à l'addiction d'un parent ?

SAVE THE DATE

Programme détaillé disponible dès février 2017 sur les sites:  
[www.protectionenfance.ch](http://www.protectionenfance.ch) / [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch)

Une manifestation organisée par:

Kinderschutz Schweiz  
 Protection de l'enfance Suisse  
 Protezione dell'infanzia Svizzera

ADDITION | SUISSE

En collaboration avec:

NPG | RSP  
 Gesundheitsförderung Schweiz  
 Promotion Santé Suisse  
 Promozione Salute Svizzera

pro mente sana  
 Coraasp  
 is

# LES ADDICTIONS NE SONT PAS SEULEMENT DES MALADIES

Jean Maisondieu, psychiatre des hôpitaux honoraire, Paris

**La notion de maladie, pour objective qu'elle soit, tendrait à simplifier la réalité de la personne addictive et à réduire le modèle bio-psychosocial à une dimension unique. Plus ennuyeux, elle pourrait masquer une autre réalité qui se cache derrière l'addiction, à savoir l'aliénation du sujet. Sa non-prise en compte risque de péjorer gravement la prise en charge. (réd.)**

Que pour le dictionnaire l'addiction soit une « relation de dépendance (à une substance, une activité) qui a de graves conséquences sur la santé » et l'addictologie la « discipline médicale qui étudie les comportements liés à l'addiction et les mécanismes de la dépendance »<sup>1</sup> n'implique pas que les addictions relèvent de la seule médecine. D'ailleurs comme l'écrit l'addictologue Michel Reynaud « il y a une constante qui persiste dans la compréhension des addictions : la nécessité d'une approche bio-psychosociale »<sup>2</sup> et en France la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) a rappelé en 2015 que c'est seulement selon « un point de vue scientifique et médical [que] les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères »<sup>3</sup>. Néanmoins chez les spécialistes comme dans le grand public, faute d'une reconnaissance que la dimension psychosociale est aussi importante que la dimension biologique non pas seulement dans leurs conséquences, mais aussi dans la genèse des addictions, ces dernières demeurent perçues seulement comme des maladies, c'est-à-dire des entités pathologiques dans lesquelles les troubles présentés par un individu sont toujours consécutifs à des atteintes lésionnelles ou fonctionnelles de son organisme conformément au modèle anatomoclinique de la médecine. Ce modèle a fait preuve de son excellence pour le diagnostic et le traitement des affections organiques, cela ne justifie nullement de ne recourir qu'à lui pour les addictions qui sur le plan clinique présentent des différences assez notables avec ces affections pour faire douter qu'elles soient seulement des maladies.

## L'ADDICTION : UNE ÉTRANGE MALADIE !

La maladie s'impose. On « l'attrape » sans l'avoir ni désirée ni voulue (un virus pénètre dans l'organisme d'un individu à son insu). Au contraire c'est toujours un sujet conscient de ce qu'il fait qui prend l'initiative de consommer une substance ou de jouer. S'il en résulte une addiction, elle est toujours le résultat de sa décision avant que, dépendance

aidant, elle soit la conséquence de son choix. Un malade veut guérir et n'hésite pas à consulter pour cela. Un sujet addict est réticent à se reconnaître malade et ne cherche pas trop à se faire soigner. Il n'a ni désiré ni voulu son addiction mais tant qu'elle dure c'est lui qui l'entretient tout en sachant que la substance qu'il consomme ou sa conduite aberrante sont susceptibles d'avoir des conséquences délétères pour lui et/ou pour son entourage et la société. Il a du mal à mettre fin à ses errements même quand ils le font sérieusement souffrir. Si on lui dit que c'est à cause de la dépendance, il rétorque souvent qu'il lui suffirait de le décider pour y parvenir. Son affirmation ne paraît jamais insensée même si on pense que cela lui serait difficile. Mais s'il était un « vrai » malade (un diabétique, un cancéreux etc.) elle le paraîtrait. Bref l'évolution d'une maladie dépend fondamentalement de son génie morbide alors que ce sont le désir et la volonté de l'individu concerné qui jouent un rôle déterminant dans l'évolution de son éventuelle addiction. Donc l'addiction ne peut pas être seulement la conséquence d'une pathologie cérébrale.

## ADDICTION ET ALIÉNATION : UN COUPLE INDISSOCIABLE

Pour trouver l'explication de ces discordances séméiologiques, il est nécessaire de mettre momentanément entre parenthèses le modèle anatomoclinique. De sortir du champ médical pour pénétrer sans son intermédiaire dans le champ psychosocial et entrevoir finalement que là sont les racines profondes de l'addiction. La clinique le prouve : si on veut bien considérer le patient comme un sujet parlant, pensant et décidant et pas seulement comme un objet de soins, l'addiction est toujours en rapport direct avec certaines difficultés qu'il rencontre dans ses relations avec lui-même - et on est dans le domaine de la psyché -, ou avec les autres - et on est dans le domaine du social. Ensemble elles engendrent son aliénation, c'est-à-dire un « trouble mental, passager ou permanent, qui rend l'individu comme étranger à lui-même et à la société où il est incapable de mener une vie sociale normale »<sup>4</sup>. La spécificité de l'addiction est d'associer une atteinte cérébrale et une aliénation.

1 Le Petit Robert 2014

2 Reynaud M. et al (sous la dir. de) Traité d'addictologie 2ème édition ? Paris Lavoisier 2016

3 Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. www.drogues.gouv.fr/.../1...les-addictions/qu-est-ce-qu'une-addiction

4 Le Petit Robert

L'aliénation de l'addict est liée au fait qu'il est « mal dans sa peau » parce qu'il ne s'apprécie pas et qu'il voudrait être autre que celui qu'il est. Il ne veut pas que les autres se rendent compte de ce qu'il vit. « Plutôt crever » que d'avouer que s'il ne s'apprécie pas c'est parce qu'il ne se sent pas comme eux, égal en dignité avec chacun. Pour des raisons liées à son histoire personnelle, plus ou moins enfouies dans son inconscient, parce qu'il se sent complexé et/ou parce qu'il est objectivement dans une situation sociale insatisfaisante (précarité) que ce soit de son fait ou en raison de la conjoncture économique (chômage), il a le sentiment de n'être jamais vraiment à sa place. Manquant d'estime pour lui-même, il est avide de l'estime des autres mais redoute leur jugement tellement il craint que eux aussi manquent de considération pour lui. Tout cela l'amène à vivre et se vivre comme un clandestin dans la crainte permanente d'être démasqué et rejeté si on s'en apercevait<sup>5</sup>. Son monde intime est celui de la honte et du mépris. Tantôt la honte d'être celui qu'il est l'inhibe. Tantôt le mépris réel ou supposé des autres lui fait redouter les rencontres. Il fait semblant d'être à l'aise (parfois déjà avec l'aide de l'alcool, de cannabis etc.). Il souffre, mais là encore, la honte et la peur du mépris d'autrui s'il montre sa faiblesse l'empêchent d'appeler au secours. Il voudrait aimer et être aimé, mais il a peur d'une blessante fin de non-recevoir ou, si malgré tout il osait formuler une demande d'amour, que l'histoire tourne court ou qu'on abuse de ses sentiments et qu'il souffre plus encore. Alors il reste sur son quant à soi. Les formules bien connues : « être mort de honte », « ne pas savoir où se mettre », « vouloir rentrer sous terre » rendent pleinement compte de la dimension mortifère de ce vécu mortifiant qui est le sien et qui fait le lit de son addiction. C'est pour s'en abstraire et échapper à la souffrance qu'il provoque qu'il recourt à une substance psychotrope ou à une activité plus ou moins jouissive. Elles lui apportent le sentiment passager d'effacer les limites qui d'habitude l'enferment dans sa solitude. Momentanément il se sent « normal » et capable de rencontrer les autres. Mais plus ou moins vite la perte de contrôle qui centre toute conduite addictive « l'accroche » plus que la rencontre avec les autres dont l'existence lui rappelle inéluctablement ses limites, alors que la drogue les efface. Son rêve c'est leur disparition quitte à risquer la sienne (« se défoncer »).

En 1990, Goodman définissait l'addiction comme un « processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives »<sup>6</sup>. Pour pouvoir adopter sans réserve sa défini-

tion qui décrit plutôt bien la clinique il faudrait supprimer la notion de « processus » forcément chosifiante puisqu'elle élude la participation du sujet addict à son addiction alors que, comme ce qui précède le montre, elle n'est pas un simple processus s'imposant à lui. Elle a un sens car c'est une autothérapie sauvage et maladroitement dans laquelle la substance qui est un viatique pour (sur)vivre est aussi un poison létal du fait d'une consommation dépassant la mesure.



Photo : Freeimages.com

## RETROUVER LE SUJET DERRIÈRE L'ADDICTION

Le sujet addict oscillant en permanence entre le désir de vivre et celui de mourir peut poursuivre ses errements jusqu'à ce que mort s'en suive, si rien ni personne ne vient lui prouver qu'il est un sujet digne d'un respect absolu quelles que soient ses limites. Malheureusement, actuellement, c'est difficile de le lui prouver dès lors que son aliénation n'est pas prise en compte, ce qui rend impossible de distinguer les troubles liés à la pathologie cérébrale qui ne concernent directement que lui et les troubles liés à l'aliénation qui sont forcément mixtes : individuels et interindividuels.

Ces derniers troubles sont liés à la situation particulière dans laquelle il se retrouve dès lors que la communication entre lui et les autres est assez parasitée par le couple honte mépris pour que l'incompréhension soit au rendez-vous sur fond d'étrangeté. Dans l'affaire tout le monde est partie prenante du fait de la circularité des interactions dans les relations interindividuelles, mais c'est parce qu'on ne tient pas trop à comprendre ses agissements que l'addict est désigné comme le seul fauteur de trouble. Il est plus ou moins la honte de la société qui du coup le méprise et donc lui fait honte. Et pour ne pas parler de ces sentiments encombrants, on parle de maladie. Néanmoins le non-dit et l'incompréhension persistent, l'addict reste incompréhensible à l'instar d'un étranger, sauf qu'il n'est pas un

5 Comme l'avait écrit le docteur O. Ameisen promoteur du Baclofène dans le traitement de l'alcoolisme dans son ouvrage *le dernier verre* (Paris, Denoël 2008) dans lequel il avait entre autres fait état et décrit son alcoolisme extrêmement sévère « je suis hanté depuis toujours par un sentiment d'inadéquation, d'imposture [...] pour moi, cette personne dont le CV épate tout le monde n'a rien à voir avec la personne que je suis réellement. Je vis dans la crainte d'être découvert... »

6 Goodman A. Addiction : definition and implications, *British Journal of Addiction*, 85, 1990, 1403-1408

étranger. De plus, personne n'est véritablement convaincu qu'une maladie explique l'étrangeté de son comportement. C'est pour cela qu'on a imaginé la notion d'addiction. Mais comme envisager l'aliénation est impensable, on fait comme si, en fin de compte, l'addiction n'était qu'une maladie un peu particulière dont l'explication dernière serait la dépendance.

Or, mettre seulement de la maladie là où il y a aussi de l'aliénation interdit de faire la distinction entre des symptômes liés à l'atteinte du cerveau et qui peuvent disparaître avec un traitement approprié s'il en existe un, et ceux relevant de l'aliénation qui sont des messages brouillés émis par un sujet ne pouvant, ne voulant ou ne sachant pas s'exprimer clairement dans le contexte dans lequel il se trouve et qui pourtant, volontairement ou non, exprime quelque chose par ses comportements ou ses propos. Qu'il veuille ou ne veuille pas être compris ou que ce soient les autres qui ne tiennent pas à les comprendre, de toute façon ils ont du sens, un certain sens, car comme le disent les théoriciens de la communication : « on ne peut pas ne pas communiquer, tout comportement est une communication ».<sup>7</sup> Il faudrait donc s'efforcer de les décoder comme lorsqu'on veut comprendre les comportements ou les propos d'un étranger, mais comme ils sont confondus avec les symptômes d'une maladie, l'objectif thérapeutique sera à l'inverse celui d'essayer de les faire disparaître. Moyennant quoi : croyant aider un sujet à se libérer de sa dépendance, on le fait taire en le censurant au risque de chroniciser son addiction s'il se sent encore et toujours incompris. C'est pourquoi dans l'accompagnement psychosocial des addictions il importe plus que tout de retrouver le sujet aliéné qui se cache derrière le malade, objet des soins.

**Courriel :**  
jean.maisondieu@wanadoo.fr

<sup>7</sup> Watzlawick P, Helmick J. *Une logique de la communication*. Paris, Le livre de poche, 1979

## FORMATIONS 2017



### PARLER D'ADDICTIONS AVEC DES JEUNES: ATELIER DE DIALOGUE PHILOSOPHIQUE

#### OBJECTIFS :

- Apprendre à animer un atelier de discussion critique sur une problématique addictive
- Recevoir et exercer les outils pédagogiques nécessaires à cette animation

**DATES :** Lundi 13, mardi 14 mars et lundi 10 avril 2017

### JE PARTAGE DONC JE SUIS : ÉVOLUTION DES RELATIONS SUR LA TOILE

#### OBJECTIFS :

- Comprendre et suivre les changements en cours dans la manière d'établir des relations entre les gens, plus particulièrement pour la génération Y (les personnes de moins de 30 ans)
- (Re)créer une relation avec des personnes hyperconnectées qui en souffrent

**DATE :** Mardi 28 mars 2017

### COMPRENDRE ET TRAVAILLER AVEC LES ADOLESCENTS CONSOMMATEURS

#### OBJECTIFS :

- Aborder les notions de travail avec la famille, de travail sous contrainte et de travail sans ou malgré l'exclusion
- Analyser et nourrir sa pratique par des apports théoriques pertinents propre à la prise en charge des adolescents et au champ des addictions

**DATE :** Jeudi 27 avril 2017

### L'HYPERSEXUALITÉ

#### OBJECTIFS :

- Comprendre le phénomène de l'hypersexualité
- Oser en parler avec les personnes concernées
- Se positionner par rapport à la sexualité

**DATE :** Mardi 9 mai 2017

### FORMATION DE BASE EN ADDICTIONS

#### OBJECTIFS :

- Analyser les représentations sociales et culturelles de la consommation et leurs impacts sur la personne
- Comprendre le processus de l'addiction
- Repérer une situation problématique
- Créer les conditions pour en parler
- Prendre connaissance du réseau spécialisé
- Connaître le cadre socio-politique

**DATES :** Les vendredis 12, 19, 26 mai et les 2, 9 juin 2017

### ACCEPTER SES LIMITES ET CELLE DE SA MALADIE LE RÉTABLISSEMENT POUR ART DE VIVRE - RECOVERY

#### OBJECTIFS

- Comprendre la philosophie du recovery
- Rechercher une posture professionnelle laissant place à un processus de re-construction, rétablissement chez l'autre

**DATE :** Mardi 13 juin 2017

Info et inscriptions | [www.grea.ch](http://www.grea.ch) | 024 426 34 34

# ECLAIRAGE NEUROSCIENTIFIQUE SUR LE MODÈLE DE L'ADDICTION COMME MALADIE DU CERVEAU

*D<sup>r</sup> Jeremy Grivel, Responsable du laboratoire de recherche de la Section d'Addictologie, CHUV*

**Les connaissances scientifiques progressent dans le domaine des neurosciences. L'auteur examine ici les éléments qui viennent enrichir notre compréhension de l'addiction comme une maladie. (réd.)**

La recherche a apporté des éléments permettant de considérer l'addiction comme une maladie du cerveau. Ce modèle continue cependant d'être questionné, ceci étant dû au fait que certaines caractéristiques de l'addiction n'ont pas pu être encore assez clairement définies sur le plan neurobiologique et surtout que ce concept questionne le rapport avec les valeurs morales de l'autodétermination, du libre-arbitre, de la volonté et de la responsabilité personnelle. Je vais résumer ici les données de neurosciences qui illustrent certains liens entre addiction et fonctionnement cérébral comme la désensibilisation des circuits de la récompense qui diminue la capacité à ressentir de la motivation à poursuivre des activités quotidiennes, l'augmentation de la force des réponses conditionnées et de la réactivité au stress qui résultent en l'envie irrépressible de consommer (craving) et en des émotions négatives lorsque la consommation ne peut avoir lieu ; et l'affaiblissement des régions cérébrales impliquées dans les fonctions exécutives telles que la prise de décision et le contrôle de l'inhibition.

Les données de neuropsychologie, de neurobiologie et d'imagerie cérébrale ont permis de visualiser les modifications du fonctionnement cérébral lors de l'usage ponctuel ou chronique de psychotropes et de différencier les mécanismes de dépendance et d'addiction. Il a été démontré que la dépendance vis-à-vis des substances psychoactives est le produit de mécanismes adaptatifs du cerveau face à l'action des psychotropes et que l'addiction est engendrée par une altération des mécanismes d'apprentissage cérébraux qui vont influencer les processus de motivation et de prise de décision.

Les substances psychoactives perturbent le fonctionnement normal des circuits neuronaux, tel que le système de récompense, mais également de nombreux autres circuits cérébraux. Des expositions répétées conduisent à la mise en place de compensations dynamiques durables s'opposant à ces perturbations afin de conserver une certaine intégrité du fonctionnement du cerveau. Chaque nouvelle consommation destinée à retrouver le niveau de base entraînerait alors, au contraire, la poursuite de la diminution et c'est cette dynamique qui produit la tolérance du système et qui incite le consommateur à augmenter la fréquence et les doses de consommation pour ressentir les mêmes effets.

Alors qu'à l'origine le diagnostic d'addiction était basé sur des caractéristiques pharmacologiques telles que la tolérance et le manque, qui sont à présent les marqueurs du concept de dépendance, il a progressivement évolué vers des caractéristiques plus comportementales et cognitives qui reflètent mieux la nature compulsive et les dysfonctionnements cognitifs qui maintiennent la consommation en dépit des conséquences négatives sur la santé et le comportement des individus, mais également sur la dimension sociale.

Le passage de la dépendance seule à l'addiction dépend de la substance consommée et des caractéristiques de l'individu lui-même. Toutes les substances addictives ont en commun d'agir sur une partie spécifique du système limbique, le système de récompense et de causer une forte augmentation de la libération de dopamine dans ce système. Ainsi, certaines substances psychoactives, comme le LSD dont le mécanisme d'action est sérotoninergique, ne provoqueront jamais d'addiction, mais uniquement une dépendance. Le rôle du circuit de la récompense est de faire en sorte que les conséquences des actions qui sont intéressantes et inattendues pour l'individu soient repérées et renforcées dans le but de les voir, à l'avenir, reproduites dans le même contexte. Ce rôle est donc adaptatif.

L'effet addictif repose sur le fait que, non seulement la quantité de dopamine est beaucoup plus élevée, mais qu'à la différence des récompenses naturelles, les substances addictives ont pour effet de produire infailliblement, à chaque exposition, une libération de dopamine générant à chaque fois un signal puissant d'apprentissage associatif. La valeur de la consommation de substance addictive est ainsi largement surévaluée par rapport à une récompense naturelle, ce qui influence la balance décisionnelle de l'individu en faveur de la consommation de substance et le pousse à effectuer des choix biaisés qui réduisent le paysage de ses intérêts et de ses possibilités.

Dans ce type d'apprentissage, les expériences de consommation deviennent associées avec les stimuli environnementaux qui les précèdent. Ces stimuli sont ainsi, par la suite, interprétés par le cerveau comme des indices qui annoncent la possibilité de consommation et enclenche le phénomène de craving. Le contexte physique (lieu, objets),



les personnes présentes et les états mentaux avant la consommation peuvent tous éliciter, par la suite, des libérations de dopamine qui enclencheront de manière conditionnée l'envie irrésistible de consommer ; et ceci même après un sevrage et de longues durées d'abstinence.



Photo : Freedimages.com

Seule une minorité de personnes consommant régulièrement des substances addictives développera une addiction (une personne sur cinq pour la cocaïne, par exemple), cette susceptibilité diffère parce que les personnes diffèrent entre elles sur les facteurs génétiques, développementaux, de traits de personnalité et environnementaux. Une des critiques au modèle de l'addiction comme maladie cérébrale est que les allèles des gènes associés à l'addiction ne prédisent que faiblement le risque d'addiction. Ce phénomène est pourtant typique des maladies complexes avec des hauts taux d'héritabilité pour lesquelles la génétique ne prédit qu'un faible pourcentage de la variance de manière contrastée avec de grandes influences des facteurs environnementaux (par exemple pour les maladies cardiovasculaires).

La question des inégalités et des vulnérabilités individuelles face à l'addiction n'est pas simple. Il semble en effet qu'elles soient déterminées par l'interaction d'un grand nombre de facteurs biologiques, individuels, environnementaux, sociaux et culturels qui convergent pour augmenter ou diminuer la probabilité qu'un individu développe une addiction. L'influence génétique réside dans la modulation de la réponse de l'organisme à l'environnement, et dans le cas de l'addiction à l'exposition aux substances addictives et au contexte physique et social stressant. Le pouvoir prédictif d'un seul facteur reste très limité dans la plupart des cas.

En plus des adaptations du système de la récompense, l'exposition répétée aux substances addictives mène à des adaptations dans le circuit de l'amygdale cérébrale, ces adaptations résultent en l'augmentation de la réactivité au stress et à l'émergence d'émotions négatives qui génèrent une intense motivation à échapper à cet inconfort en consommant à nouveau.

Les changements neurobiologiques qui surviennent dans les systèmes cérébraux impliqués dans la récompense et les émotions sont également accompagnés par des changements dans les régions corticales préfrontales qui sont impliquées dans les fonctions exécutives, parmi lesquelles figurent la prise de décision, la flexibilité dans la sélection et l'initiation d'actions, l'attribution de valeur (salience) et le monitoring de l'erreur nécessaire à l'adaptation du comportement.

Ces perturbations observées chez les personnes souffrant d'addiction diminuent leur capacité à résister aux indices de craving et de maintenir leur éventuelle décision de contrôle de leur consommation. Ces effets expliquent pourquoi les personnes addictives peuvent être sincères dans leur désir et intention de diminuer ou d'interrompre leur consommation mais tout autant incapables de maintenir leur résolution. Alors qu'une récupération est possible pour certains déficits des fonctions exécutives sur le long terme pour des personnes abstinentes, d'autres déficits peuvent perdurer à vie.

Les neuroscientifiques s'accordent aujourd'hui sur le fait que les substances addictives usurpent les mécanismes de prise de décision et de mémorisation tant au plan cellulaire que cognitif en « leurrant » les circuits neuronaux impliqués dans le renforcement et la motivation ; elles provoquent ainsi un emballement des mécanismes d'apprentissage qui deviennent aberrants. Plus précisément, les substances addictives modulent les processus de plasticité cérébrale de sorte que les comportements de consommation seraient « appris », puis extrêmement renforcés, favorisant l'usage compulsif de substances et aboutissant à l'impossibilité de contrôler sa consommation malgré la connaissance des conséquences négatives qu'elle peut avoir sur le plan physique, psychologique, affectif, familial, social ou professionnel.

Beaucoup de chercheurs considèrent donc aujourd'hui l'addiction comme une maladie de l'apprentissage, de la motivation et de la prise de décision et que les modifications observées dans ces grandes fonctions cognitives et comportementales sont sous-tendues par des modifications induites par la consommation de substances addictives sur les structures cérébrales du circuit de la récompense, des émotions, du stress et des fonctions exécutives.

**Courriel :**  
jeremy.grivel@chuv.ch

# L'APPROCHE PAR LES CAPABILITÉS : UN CONCEPT POUR LES ADDICTIONS ?

*Jean-Michel Bonvin, Docteur en sociologie et professeur ordinaire en politiques sociales et vulnérabilités, Université de Genève*

**L'approche par les capacités suggère de poser un regard différent sur les questions sociales, orienté par le double souci d'augmenter la capacité d'action des personnes concernées et de reconnaître leur liberté de choix. Ce faisant, elle permet d'apporter un autre éclairage sur la vulnérabilité et la précarité, qui pourrait nourrir le domaine des addictions. (réd.)**

**A**martya Sen définit les capacités comme « les libertés réelles de mener une vie que l'on a des raisons de valoriser ». Cette définition, complexe, articule deux composantes fondamentales. Tout d'abord, elle met l'accent sur les libertés réelles, invitant ainsi à se pencher sur les facteurs permettant la conversion des droits ou libertés formels (inscrits sur le papier, mais pas traduits dans la réalité) en droits et libertés réels (incarnés dans le quotidien et le vécu concret des individus). Un premier facteur essentiel est ici l'accès à des ressources adéquates. Dans l'esprit de Sen, ce terme de « ressources » recouvre l'ensemble des biens et services à la disposition d'une personne. Il s'agit dès lors de veiller à ce que tout être humain bénéficie d'un accès réel et effectif à un certain niveau de bien-être matériel au travers de l'octroi de ressources appropriées telles que des prestations en espèces (revenus du travail, transferts sociaux, etc.) ou en nature (services de base, notamment dans le domaine de la santé). Dans la perspective des capacités, cet accès effectif à un socle minimal de ressources ne saurait être soumis à conditions et doit être garanti indépendamment du comportement, moral ou immoral, de la personne, cela en vertu de sa dignité d'être humain. Ce premier facteur ne suffit cependant pas à garantir le développement des capacités. L'approche de Sen n'est en effet pas centrée exclusivement sur le bien-être matériel, elle vise également à développer le pouvoir d'agir des personnes. Sen insiste ici sur les compétences ou qualifications des personnes et leur importance dans le processus de conversion des droits formels en droits réels. L'octroi de ressources doit donc être complété par des prestations visant le déploiement du pouvoir d'agir en vue de mettre les individus en position de mener une vie qu'ils ont des raisons de valoriser. Est également requise la présence d'un contexte social favorable qui permette la mobilisation des ressources en vue de fins valorisées et le déploiement de la capacité d'action ou des compétences acquises. C'est donc l'ensemble de ces éléments qui est requis pour le développement des capacités : des ressources adéquates (monétaires ou autres), le développement de la capacité d'action individuelle et un contexte favorable à l'usage des ressources et l'exercice de cette capacité d'action. Que l'un de ces éléments vienne à manquer et le développement des capacités sera entravé.

Amartya Sen recourt souvent à l'exemple du vélo pour illustrer sa théorie : la possession d'un tel véhicule n'induit

pas à elle seule la liberté réelle de se mouvoir, elle doit se conjuguer à la capacité d'utiliser le vélo et à la possibilité effective de le faire dans l'environnement concerné. Pour prendre un exemple plus complexe, la liberté réelle d'avoir un emploi que l'on a des raisons de valoriser dépend de l'accès à des ressources adéquates (qui donnent la possibilité de refuser des emplois qui n'auraient pas de valeur à nos yeux), de la présence de compétences ou de qualifications nécessaires pour exercer l'emploi que l'on valorise et de l'accessibilité de tels emplois pour nous, c'est-à-dire du fait qu'ils existent en quantité et qualité suffisantes et que des attitudes de discrimination ne viennent pas empêcher certaines catégories de la population d'y accéder. Dans cet esprit, la solution aux problèmes sociaux ne relève pas d'une approche individualiste, mais interactionniste qui exige d'agir à la fois sur les individus et sur leur contexte. Le remède au chômage ne réside ainsi pas seulement dans le développement des compétences ou le changement des comportements des chômeurs (qui seraient trop passifs ou manqueraient de motivation), mais aussi et surtout dans l'adaptation de l'environnement professionnel et la conversion du regard porté par les employeurs sur certaines catégories de population telles que les étrangers, les chômeurs de longue de durée ou encore les personnes en situation d'addiction.

La deuxième composante fondamentale de la définition des capacités se réfère au terme « valoriser » et souligne l'importance de reconnaître les préférences et aspirations des personnes et de ne pas chercher à se substituer à elles pour définir ce qu'est la vie bonne. Cependant, chez Sen, ce terme est toujours accompagné d'une référence à la « raison de valoriser ». En effet, toutes les préférences ou aspirations ne sont pas *de facto* raisonnables. L'approche de Sen n'est pas une conception utilitariste visant à accroître la satisfaction des personnes concernées. Elle reconnaît que les préférences peuvent être trompeuses et cela de deux manières : d'une part elles peuvent être trop coûteuses ou dispendieuses (pour reprendre l'exemple de Martha Nussbaum, on ne peut pas garantir à toutes et tous le droit de devenir chanteur d'opéra) ; d'autre part et surtout, elles peuvent être trop modestes, témoignant alors d'une résignation de la personne à sa condition sociale ou à son état de santé par exemple. De nombreuses études montrent que l'on peut se montrer satisfait de conditions de vie très pénibles, se résignant ainsi à des situations pour-

tant difficilement acceptables (par exemple : la résignation des femmes à subir des formes de maltraitance dans des contextes culturels où ce type de pratiques est fréquent). Dans l'esprit de Sen, la satisfaction d'une personne ne peut donc pas être considérée comme un critère décisif pour évaluer le développement des capacités : ce n'est pas parce qu'une personne est satisfaite que, *de facto*, ses capacités auront été accrues. Cela parce que cette satisfaction peut être déraisonnable, notamment dans le cas d'aspirations révisées à la baisse pour les faire correspondre à une interprétation restrictive de ce que le contexte économique, social ou culturel semble autoriser. Pour sortir de l'impasse de telles préférences ajustées à la baisse, Sen suggère de recourir au critère de la rationalité ou plutôt de la raisonnable. Il ne s'agit donc pas d'accroître les libertés réelles de mener la vie qu'on valorise ou qu'on préfère, mais celle que l'on a des raisons de valoriser. Cette précision est fondamentale : la liberté de choix n'est pas totale, elle est soumise à une exigence de raisonnable.

Chez Sen, cette exigence ne découle pas de l'application de critères objectifs ou externes, qui dériveraient d'une conception morale (la loi naturelle par exemple) ou de points de vue experts imposés de l'extérieur aux personnes concernées ; au contraire, elle découle de la confrontation des préférences individuelles à un débat public dont l'issue est ouverte et n'est pas connue à l'avance. Le débat public permet ainsi de déconstruire les préférences ajustées à la baisse (ou trop dispendieuses) et de donner aux personnes des aspirations plus raisonnables ; il se présente comme un moyen de remettre en question la résignation aux circonstances de vie, que celles-ci soient économiques, sociales ou culturelles. Les préférences ou aspirations sont ici mises en discussion, leur pertinence est discutée et la personne est alors en position soit de confirmer ses préférences, mais d'une manière qui engage davantage sa réflexivité, soit de les infirmer en endossant d'autres aspirations. Le débat public devient la condition de développement de la capacité à aspirer de manière raisonnable, laquelle est envisagée comme le critère décisif pour évaluer dans quelle mesure un choix est réellement libre ou non. De fait, en l'absence d'une telle capacité, la liberté de choix pourra n'être qu'apparente dans la mesure où elle s'assimilera à la résignation à des conditions de vie dégradées ou à l'identification avec une norme sociale intériorisée et jamais remise en question ; par contraste, si cette capacité à aspirer est développée, les préférences peuvent alors faire l'objet d'une attitude plus réflexive. On l'aura compris, le lien entre les deux versants de l'approche par les capacités est crucial : le développement du pouvoir d'agir (grâce à l'octroi de ressources adéquates, au développement du pouvoir d'agir et à la présence d'un contexte favorable à son déploiement effectif) permet aussi d'accroître la capacité à aspirer et à mettre en discussion ses préférences pour soit les confirmer soit les infirmer. L'augmentation du pouvoir d'agir se traduit par un accroissement de la capacité de réflexivité qui est essentielle en vue de l'accroissement de la liberté de choix raisonnable.

Cette approche permet, nous semble-t-il, de sortir du dilemme dans lequel se trouve trop souvent la perception des addictions soit comme une maladie (dont il convient de libérer les individus, contre leur gré s'il le faut), soit comme un choix libre qu'il convient de respecter. En réfléchissant aux conditions du choix libre et du développement de la capacité à aspirer, l'approche par les capacités propose un regard différent sur ces questions, qui permet de prendre la mesure de leur complexité. L'addiction n'est pas une maladie ou un libre choix en soi, elle peut être l'un ou l'autre en fonction du degré de capacité à aspirer dont la personne dispose : un choix sans opportunités d'agir différemment (en raison de l'absence de ressources adéquates, de compétences ou de qualifications appropriées ou de circonstances économiques, culturelles ou autres perçues comme contraignantes) ne saurait être qualifié de libre choix ; à l'inverse, un choix où d'autres alternatives sont disponibles car les ressources requises sont données, la capacité d'action ou le pouvoir d'agir existent et les opportunités d'agir autrement sont présentes, un choix où la personne dispose en outre du temps de la décision autonome et de la confrontation de sa position avec celles d'autres personnes, donc un choix plus réfléchi, engageant plus authentiquement la capacité d'aspirer de la personne, alors un tel choix, quelle que soit son orientation, peut légitimement se présenter comme un libre choix. Cette approche, on le voit, permet de saisir la question de l'addiction dans toute sa complexité : elle n'est jamais réduite à une maladie dont la cause et le remède seraient individuels, mais perçue comme une situation qui résulte de l'interaction complexe entre ressources, facteurs de conversion individuels et environnement. S'il y a maladie, ou plutôt limitation de la liberté de choix, celle-ci résulte non pas d'une culpabilité ou d'une déficience individuelles, mais d'une combinaison inadéquate de ces différents facteurs. Par contraste, pour que l'addiction apparaisse comme un choix libre, il faut que la configuration « ressources / facteurs de conversion » soit adéquate (à défaut, on parlera plutôt de choix résigné) et que la personne ait pu faire preuve de réflexivité à l'égard de ce choix, notamment en le confrontant à des points de vue alternatifs (sinon, le choix peut être orienté par une norme intériorisée dont le contenu n'est pas discuté). Loin de considérer l'addiction comme une maladie, l'approche par les capacités suggère de mettre en place les conditions, très exigeantes, pour que le comportement addictif, au même titre que n'importe quel autre choix de vie, puisse être considéré comme un choix réellement libre. Si la personne est dotée des ressources et facteurs de conversion permettant le développement de son pouvoir d'agir, si elle peut confronter ses aspirations et préférences à des positions ou conceptions alternatives et qu'à l'issue de ce débat, elle confirme son choix de vie, alors ce choix, fût-il addictif, s'inscrit dans la perspective de l'accroissement de sa liberté réelle « de mener une vie qu'elle a des raisons de valoriser ».

**Courriel :**

Jean-Michel.Bonvin@unige.ch

# LE DIAGNOSTIC : INEXISTANT MAIS RECONNAISSABLE

**Prof. Daniele ZULLINO**, Chef de service, **Gabriel THORENS**, Médecin-adjoint et **Gérard CALZADA**, Chef de clinique, Service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève

**L'addiction ne se définit pas par son diagnostic. Il est par ailleurs difficile, voire impossible, de mettre tout le monde d'accord sur ce dernier. Pour preuve : les controverses qui accompagnent chaque sortie du DSM. Et pourtant, le diagnostic est capital : de lui dépend la suite de la prise en charge. (réd.)**

**A**u cours des dernières décennies, nous avons pu assister à de nombreuses évolutions des critères diagnostiques concernant les troubles addictifs. Chaque modification dans les deux manuels dominants<sup>1</sup> est précédée et suivie par des débats musclés. Cet état de fait s'est aussi produit pour le DSM-5 publié en 2013.

Ces débats soulèvent de nombreuses questions. D'un côté des questions d'ordre épistémologique : qu'est-ce qu'un bon diagnostic ? Sur quelle base devrait-il être défini ? D'autre part des questions plutôt d'ordre anthropologique : comment se fait-il que des savants peuvent se disputer avec tant de passion sur des questions auxquelles la science devrait pouvoir répondre rationnellement ?

Nous allons dans cet article essayer de montrer que ces disputes peuvent avoir leur origine dans des antinomies concernant des croyances ontologiques du concept de diagnostic lui-même et dans certains cas, de confusions de catégories. Nous allons utiliser une métaphore géographique pour illustrer les différentes catégories d'analyse qu'il s'agira de distinguer.

## La métaphore de la Suisse

Nous allons partir du constat – non disputé durant cet article – que la Suisse existe. A partir de ce constat on peut se poser la question de la nature de « cette chose », et ainsi des critères qui permettent de la définir, de la délimiter, de la caractériser et de la comprendre.

Un terrain d'entente possible sur la définition de « cette chose » est le fait de considérer l'existence de frontières géographiques définies, qui sont en grande partie le résultat de combats politiques, de négociations ou de consensus. L'histoire nous enseigne que ces frontières sont provisoires et peuvent être remises en question. Elles sont matérialisées par des signes (bornes, panneaux) pour être facile-

ment repérables, pour que la différence entre le territoire faisant partie de la Suisse et celui appartenant au dehors soit évident pour tout le monde. Ces signes permettent aussi de produire des documents (p.ex. des cartes) qui précisent l'emplacement des frontières.

Il est évident que le territoire de la Suisse est représenté par d'autres signes (p.ex. le pont de Lucerne) que ceux qui la délimitent. Ce sont des symboles intéressants pour caractériser certains aspects de la Suisse (même pour la définir d'une certaine manière), mais ils seront peu adaptés pour décider du dedans ou du dehors.

La frontière de la Suisse n'est bien évidemment pas à confondre avec une description de la Suisse. Connaître les frontières de la Suisse, et même ses frontières internes, ne permet pas de « comprendre » la Suisse. On pourra donc distinguer p.ex. une carte géographique d'un guide touristique. Mais in fine, ni la carte, ni le guide ne remplaceront l'expérience propre du visiteur ou de l'habitant.

**Le diagnostic peut ainsi être en même temps un instrument de pouvoir et un objet de luttes de pouvoir.**

## QUE FAIT UN DIAGNOSTIC ?

Un diagnostic est donc un élément de la nosologie (cf. définitions de l'Encadré et Tableau pour les correspondances avec la métaphore géographique). L'entité qu'il représente peut être étiquetée par des critères diagnostiques. Ceux-ci font partie de la sémiologie du trouble défini par le diagnostic, mais ne représentent habituellement pas toute la sémiologie de ce trouble. La physiopathologie et la psychopathologie permettent éventuellement de conceptualiser les mécanismes d'apparition et d'évolution du trouble et d'élaborer des plans thérapeutiques en conséquence (cf. Figure p.20).

Un diagnostic peut avoir différents effets et ainsi différentes fonctions, qui toutes auront leurs exigences particulières quant à la construction des critères diagnostiques. Un diagnostic est premièrement *descriptif* : il dit (au moins en partie) comment est la maladie spécifique. Deuxièmement, il est *normatif* : il dit comment devrait être l'état des

<sup>1</sup> Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

choses et que l'état des choses n'est pas comme il devrait être. Troisièmement, il est *prescriptif* : il dit qu'il faut faire quelque chose parce que les choses ne sont pas comme elles devraient être.

Le diagnostic peut ainsi être en même temps un instrument de pouvoir et un objet de luttes de pouvoir. Rappelons qu'un diagnostic peut être utilisé pour soutenir des décisions d'octroyer des compensations financières (assurance maladie, invalidité), pour restreindre ou accorder des responsabilités professionnelles ou tout simplement pour l'admissibilité à des programmes de soins. Un diagnostic est également un champ de contrastes sur lequel peuvent se définir des frontières entre guildes professionnelles (ex. champ de la psychiatrie ou de la neurologie). Ce sont donc des limites qui peuvent faire l'objet de luttes de territoire et d'influence similaires à celles autour du tracé de frontières entre des nations ou des provinces.

### Sur quelles bases construire un diagnostic ?

Certaines disputes autour de la construction de diagnostics peuvent être comprises comme des heurts entre différentes façons d'appréhender le monde.

#### Epistémè-centrisme vs praxis centrisme

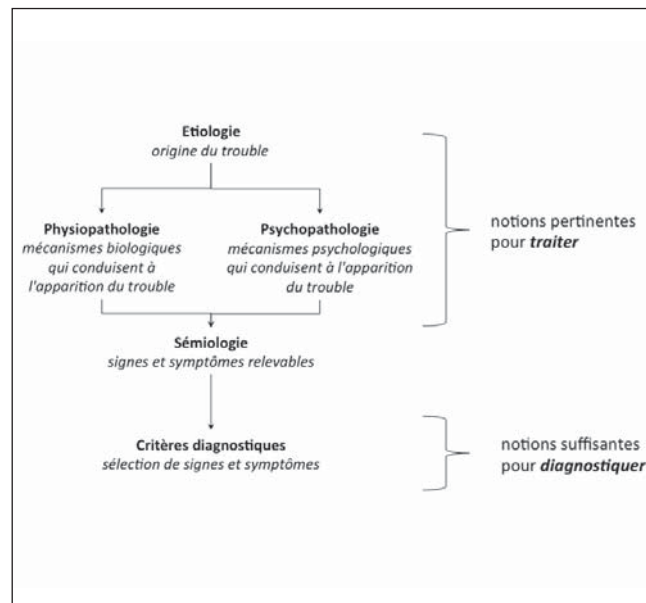
Le processus de développement de la taxonomie est caractérisé par une tension entre deux camps que, à première vue, rien ne devrait opposer : la science et la clinique. Et pourtant, il s'agit de deux domaines avec des cultures parfois incompatibles<sup>2</sup>. La science est naturellement épistémè-centrée, ce qui signifie que ses buts peuvent être de chercher des connaissances et des compréhensions pour elles-mêmes. Si les nouvelles connaissances/ compréhensions ne servent (encore) à rien, pas de problème. Le « vrai » importe davantage que « l'utile ».

L'action du clinicien (et avec lui aussi celle du chercheur clinicien) est principalement définie et encadrée par la pertinence de l'entreprise thérapeutique. Son désir de savoir et de comprendre est *praxis-centré*. La connaissance/compréhension ne l'intéresse qu'en fonction de son utilité clinique.

Si le tenant de la logique épistémè-centrée désire voir se réaliser des valeurs qui concernent des notions de rationalité (p.ex. cohérence, précision, fidélité, justesse), l'adhérent à la logique praxis-centrée recherche des valeurs pragmatiques (p.ex. utilité, applicabilité, facilité d'emploi).

#### Essentialisme vs nominalisme

On peut aussi distinguer la doctrine de l'*essentialisme* de celle du *nominalisme*. Pour l'essentialiste un diagnostic sert à étiqueter une maladie qui existe *a priori*, qui a existé avant qu'on se pose la question quant à son existence, et qu'il s'agit de *découvrir*. Un diagnostic sera donc bien défini s'il permet de déterminer exactement ce qui constitue l'essence de cette maladie qui existe indépendamment de sa



découverte. Pour l'essentialiste le diagnostic est une chose *naturelle*.

En revanche, pour le nominaliste une maladie est à définir et non à découvrir. Elle sera définie en fonction d'une utilité. Elle existe donc *a posteriori* de sa définition. Un diagnostic sera ainsi bien défini s'il a l'utilité qui a motivé son développement. Pour le nominaliste le diagnostic est une chose politique, le résultat d'un consensus social.

Pour reprendre notre métaphore géographique, un essentialiste épistémè-centré partira de la conviction que la Suisse existe avant même que quelqu'un ait eu l'idée d'une Suisse (elle existe *a priori*) et qu'il serait bien de la découvrir pour la connaissance elle-même. Un nominaliste praxis-centré va par contre considérer que la Suisse commencera à exister du moment qu'on s'est disputé sur son utilité et à partir de son utilité. De ces courtes analyses, certaines disputes autour du développement et des évolutions des diagnostics deviennent peut-être plus compréhensibles.

#### Modèle bidimensionnel

Une des difficultés rencontrées jusqu'à présent dans la recherche de critères diagnostiques fiables est la grande variabilité interindividuelle des signes et des symptômes pour un trouble donné (p.ex. l'addiction à l'alcool) et la grande variabilité entre les troubles liés aux différents produits (p.ex. addiction à la nicotine vs addiction à l'alcool). Plusieurs auteurs ont proposé comme solution à ce problème des modèles bidimensionnels<sup>3</sup>.

3 Babor TF, Caetano R. Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction*. 2006;101 Suppl 1:104-110.

Room R. Substance use disorders-a conceptual and terminological muddle. *Addiction*. 2011;106:879-82; discussion 895.

Drummond C. The end of the dependence syndrome as we know it. *Addiction*. 2011;106:892-4.

**Tableau : La métaphore géographique**

La Suisse	Le diagnostic	Tâches
Bornes-frontières (p.ex. carte)	Critères diagnostics (Manuel diagnostique)	Délimiter
Caractéristiques de la Suisse (p.ex. documentaire, guide)	Signes / symptômes (Manuel de sémiologie)	Caractériser
Mécanismes géologique, historiques, sociologiques (Livres de géologie, histoire, sociologie etc.)	Mécanismes biologiques, psychologiques (Physiopathologie, psychopathologie)	Comprendre / expliquer (pour intervenir sur les facteurs modifiables)

Ainsi on devrait distinguer un (a) *syndrome central*, l'addiction, qui engendrerait peu de variations symptomatiques et qui serait peu contexte-dépendant, des (b) *conséquences* médicales, psychiatriques et sociales pour lesquelles on trouverait non seulement de fortes variations entre les différents produits mais, aussi fortement dépendantes du contexte, et entre les sujets concernés.

## HEAVY USE OVER A PERIOD OF TIME, UNE NOUVELLE PROPOSITION

Un manuel diagnostique est donc un livre qui comprend la taxonomie du domaine médical concerné, dans le cas des troubles addictifs, la psychiatrie. Il inventorie tous les diagnostics actuellement adoptés par l'institution qui publie le manuel. Il énumère les critères nécessaires pour les différents diagnostics. Par contre, il n'est a priori pas sensé être un manuel de psychopathologie ou de physiopathologie.

Un groupe autour de Jürgen Rehm<sup>4</sup> a proposé récemment une simplification des critères concernant les troubles liés à l'utilisation de substances, simplification qui évite toutes références physio- ou psychopathologiques. La proposition serait d'établir un diagnostic « d'usage intensif sur une certaine période »<sup>5</sup>. Il est argumenté que l'usage intensif est un facteur suffisant pour induire notamment (a) des altérations neurobiologiques sous-jacents à des changements de comportement persistants, (b) des effets physiopathologiques : des phénomènes d'intoxication, de tolérance et de sevrage, (c) des séquelles somatiques, psychiatriques et sociales. *L'usage intensif sur une certaine période* serait sur le plan de la santé publique responsable de la majorité de la charge globale de la morbidité et de la mortalité attribuable aux substances. En prenant simplement le critère « *usage intensif sur une certaine période* » on disposerait d'une définition qui corrèlerait mieux avec les données empiriques que les définitions du diagnostic actuels.

4 Rehm J, Marmet S, Anderson P et al. Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use. *Alcohol Alcohol*. 2013;48:633-640.

5 La question de la période de temps à considérer est laissée délibérément ouverte dans le premier article qui propose l'usage intensif sur une certaine période comme unique critère du trouble d'utilisation de substances (voir note 4)

Mais peut-on faire une taxonomie psychiatrique sans introduire des notions de psychopathologie ? Premièrement, il n'y a pas d'arbre généalogique sans généalogie. Une classification sans théorie sous-jacente ne représenterait formellement pas une généalogie. Deuxièmement, pour que la classification soit cliniquement utile, les diagnostics devraient être corrélés avec ce qu'on peut appeler des « points d'attaque thérapeutiques », des phénomènes biologiques ou psychologiques qu'il s'agirait de viser pour être thérapeutique. Ces cibles thérapeutiques seront cependant en règle générale de l'ordre de l'étiologie, de la physiopathologie et/ou de la psychopathologie et non de la sémiologie.

Un critère diagnostique peut ainsi être plus ou moins bien corrélé avec la présence de ces cibles thérapeutiques. Dans le cas idéal, le critère corrèle parfaitement (a) avec les cibles thérapeutiques, et est (b) identifiable de façon fiable (p.ex. fiabilité interjuges, stabilité test-retest etc.). Il est évident qu'un critère qui corrèle bien avec la cible thérapeutique mais qui reste difficile à identifier de façon fiable sera peu utile. L'inverse cependant risque d'être aussi vrai. Un critère facile à identifier, mais dont le lien avec les cibles thérapeutiques sont aléatoires sera aussi peu utile.

Il est ainsi logique que les conceptualisations étiologiques, physiopathologiques et psychopathologiques devraient précéder la spécification des critères diagnostics et pas l'inverse. Pour ces conceptualisations nous avons cependant besoin d'un *point de départ*, et celui-ci nous est communément donné par des phénomènes observables ou par des récits de patients. Mais ce point de départ est du domaine de la sémiologie. On part donc de ce qui est observable pour dégager un concept qui permet par la suite de sélectionner les phénomènes utiles (les critères diagnostics). On risque donc de faire face à un argument circulaire ou A justifie B qui justifie A.

Le risque des manuels diagnostics est donc la confusion entre le niveau sémiologique (qui fournit les critères diagnostics) et le niveau étio-pathologique (qui fournit la conceptualisation des troubles). La proposition du *Heavy use over a period of time* est a priori une proposition de simplification au niveau des critères diagnostics et pas une

nouvelle conception du trouble addictif. Elle ne met pas en question le syndrome central du modèle bidimensionnel (ce qui serait de l'ordre de l'étiopathogénèse), mais propose une autre sélection de signes / symptômes qui corréleraient mieux avec les conséquences du trouble, c'est-à-dire avec la deuxième dimension du modèle bidimensionnel. Le danger consistera à renverser la logique et passer du « *Heavy use over a period of time* est **suffisant** pour dire ce qui **délimite** l'addiction » vers le « *Heavy use over a period of time* est **suffisant** pour dire ce qu'**est** l'addiction ».

Si la Suisse est ... elle n'est pas ses bornes-frontières. Si l'addiction est ... elle n'est pas ses critères diagnostiques.


**Courriel :**

Daniele.Zullino@hcuge.ch



SOMMET FRANCOPHONE  
SUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS  
LIÉS AUX DROGUES

**SAMEDI 13 MAI 2017**  
À MONTRÉAL

ORGANISÉ PAR  
 <http://aidq.org>

EN PARTENARIAT AVEC  
FÉDÉRATION  
ADDICTION 

 GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIQUES

**Taxonomie**

Le terme de taxonomie désigne la classification des êtres vivants selon une hiérarchie. Elle (1) les décrits et (2) les regroupe en entités (taxons) afin de les (3) identifier, (4) les nommer et enfin (5) les classer et les (6) reconnaître. A partir de cette conceptualisation, le terme a été étendu à d'autres sciences, entre autre la médecine. Le terme lui-même est dérivé du grec taxis (=placement) et nomos (=loi).

Les problèmes conceptuels qui se sont posés dès le début de l'histoire de la taxonomie biologique se retrouvent également dans son dérivé, la taxonomie médicale (=nosologie). Alors que pour le naturaliste Carl von Linné (1707-1778), la nature « ne fait pas de saut », le genevois Augustin de Candolle (1778-1841) insistait sur les discontinuités. Aussi, la taxonomie biologique a connu des mouvements qui allaient d'une organisation selon des principes de ressemblance morphologique vers une organisation qui prenait en compte les théories de phylogénétique (cf. les arbres phylogénétiques), donnant naissance au projet (utopique ?) d'une classification purement généalogique (classification selon le degré d'apparement évolutif).

**Nosologie**

La nosologie (du grec nosos = maladie) désigne une branche de la médecine qui porte sur les critères de classification des maladies. Ces critères peuvent se référer à la sémiologie (les signes et symptômes), à l'étiologie (l'origine/les causes de la maladie), et/ou à la pathogénèse (les mécanismes selon lesquels un agent induit une maladie).

**Physiopathologie**

La physiopathologie est la branche médicale qui traite des perturbations du fonctionnement de l'organisme humain, considérant aussi bien les mécanismes physiques, cellulaires ou biochimiques pouvant conduire à l'apparition d'une maladie et les conséquences de celle-ci.

**Psychopathologie**

La psychopathologie est l'étude des troubles psychiatriques par les moyens de la psychologie. Elle a ainsi pour objet la compréhension et l'explication des troubles mentaux.

**Sémiologie médicale**

La sémiologie médicale étudie les signes (observables) et symptômes (décrits par le patient) des maladies décelables à l'examen clinique ou avec des examens complémentaires (p.ex. laboratoire biochimique, neuroimagerie).

# FM-R: UNE RADIO COMMUNAUTAIRE D'USAGERS DE DROGUES

*Interview de Boris, Ken, Daniel, Lou, Mindy, créateurs de la Radio FM-R*

**Radio FM-R est une expérience de radio communautaire d'usagers de drogues, diffusée sur internet. Après trois ans de travail collectif, la décision a été prise de lancer un mouvement d'usagers pour revendiquer leur citoyenneté et interpeller la société et les professionnels sur leurs perceptions des sujets qui les concernent. Interview collective avec 5 personnes membres de radio FM-R. (réd.)**

**Jean-Félix Savary : Qu'est-ce que c'est la Radio FM-R ?**

**Boris :** Tout d'abord, c'est une radio qui veut donner la parole à ceux à qui on ne la donne pas généralement. On a la prétention de dire qu'on est des experts de l'autre côté de la barrière parce qu'on est convaincu qu'on sait des choses que les médecins ou les gens qui travaillent dans le milieu social ne connaissent pas. Nous amenons du vécu et le vécu, cela ne s'apprend pas dans des livres. Je pense que sur ce côté-là on a un grand point fort.

**Ken :** On se sert de nos expériences passées ou présentes, de nos parcours personnels pour éviter certains dangers de la consommation irréfléchie, de la consommation en général aux plus jeunes et pour ceux qui débarquent dans ce milieu. Il y a beaucoup de monde qui n'ont pas les connaissances de base pour la consommation et qui peuvent avoir des problèmes sérieux à cause de ça. La radio FM-R est un vecteur de réduction des risques, qui touche beaucoup de monde.

**JFS : Quel est son histoire et pourquoi avoir imaginé une radio ? Comment est née la Radio FM-R ?**

**Daniel :** Nous avons participé à une première campagne contre l'hépatite C début 2013. Il y a beaucoup à faire dans l'auto-support de nos pairs usagers. C'est important. Le dialogue avec les professionnels peut aussi leur permettre de prendre conscience de certaines choses. Nous sommes aussi des experts et cela serait bien que nous soyons reconnus comme tels. La participation à la conférence sur la réduction de risques à Bâle en 2014 a été pour nous l'occasion de raconter nos histoires et on s'est rendu compte que cela manquait dans le débat. La radio avait été créée un peu avant, mais surtout pour traiter ce sujet-là. On ne savait pas qu'on allait continuer et c'est pour cela qu'elle avait été appelée FM-R. Mais une fois qu'on a vu la dynamique que ça avait soulevé, on a ouvert un peu plus la porte et on y a mis le pied. On s'est dit que nous allions essayer de nous incruster dans le débat, car nous sommes persuadés que nous avons des choses intéressantes à dire.

**Lou :** Par la suite, fonder une association s'est imposé pour pouvoir emmener le truc encore plus loin. Au début on a dû prendre des cours pour savoir comment s'y prendre et développer les buts de la radio, savoir où est-ce qu'on voulait aller, comment on voulait faire passer nos messages à travers la radio. Nous avons aussi réfléchi à diversifier notre offre, par exemple à travers des projets de petits films, pour étaler notre palette.

**Daniel :** La création de l'association, c'est aussi pour le futur, assurer un statut légal, juridique et pouvoir obtenir plus facilement des financements pour continuer le projet sur le long terme. Nous sommes actuellement soutenu par le Département cantonal de la santé publique pour les deux projets (radio et dessins animés) et ce financement s'arrête le 31 décembre 2017.

**JFS : Qui voulez-vous toucher avec cette nouvelle association ? Quels sont ses buts ?**

**Lou :** C'est surtout les jeunes consommateurs ou les plus âgés mais qui se retrouvent dans ce milieu sans vraiment connaître. Il y a un gros travail d'éducation à réaliser. Mais nous avons aussi beaucoup de choses à dire aux prétendus « spécialistes » qui ont juste la théorie, mais à qui il manque l'essentiel, à savoir un vécu. La parole n'est vraiment pas assez donnée aux consommateurs et tout le monde est perdant. Il faudrait absolument essayer d'équilibrer tout ça.

**Boris :** Le souhait serait qu'à l'avenir il y ait de plus en plus de monde qui écoute la radio voire même des gens qui ne sont pas du tout concernés par le problème. Nous avons un message qui va plus loin que la seule question des consommations. Pour le moment, je pense que si les gens viennent écouter la radio, c'est parce qu'ils en ont entendu parler et parce qu'ils connaissent le sujet, par nos familles et les gens qu'on connaît. Mais nous essayons d'élargir notre public et je crois que ce que nous avons à dire intéresse l'ensemble de la société.







Photo: Freemages.com

**Mindy** : Il y a un petit chapitre que je n'ai pas dit et c'est qu'on a un petit groupe qui s'appelle « les vénusiennes prennent l'antenne » qui s'adresse seulement aux femmes.

**Lou** : On parle beaucoup du manque de parole qui est donné aux usagers mais c'est vrai que les femmes aussi dans ce milieu ont des risques un peu différents des hommes. Dans les statistiques on n'en parle pas du tout. Il y en a beaucoup qui tombent dans des pièges comme la prostitution et c'est la majorité silencieuse.

C'était aussi l'occasion de parler de sujets assez sensibles comme la parentalité et la consommation parce que c'est malheureusement des femmes qui se retrouvent souvent avec l'enfant. D'où une de nos émissions qui parlait des mères qui sont dans la toxicomanie ou qui ont réussi de s'en sortir avec un enfant à charge et qui souvent ont été victimes de préjugés assez tranchants. C'est une des choses qui m'a beaucoup touchée et m'a donné envie de participer activement.

### **JFS : Quelle dynamique s'est construite autour de ce projet ?**

**Daniel** : Nous avons reçu une visite de nos amis du Québec qui nous ont littéralement enflammés. Ils nous ont montré ce qu'il est possible de faire quand on s'organise.

**Boris** : Ils nous ont dit que la seule manière de pouvoir faire avancer plus loin le projet serait de faire une association, pour qu'elle puisse porter la radio, pour qu'on puisse avoir des fonds, parce qu'on ne peut pas avoir des fonds sans avoir d'association. En fait c'est une question qu'on ne se posait pas au début parce que c'était Infodrog (ndlr : structure d'aide la Confédération suisse) et le Relais (ndlr : fondation qui accompagne sur le terrain la radio) qui payaient les choses. Donc peu à peu on a dû se poser des questions : « mais quand cela s'arrêtera, comment on fera pour continuer ? ».

Puis il y a plusieurs choses qui se sont passées. Quand vous parlez de dynamique, il y a quelque chose qui est peut être important de dire c'est comme pour les dessins animés par

exemple ou pour les cours de montage son (parce qu'on a des cours de montage son et de dessins animés pour certains), les premiers formés forment les suivants. Le but c'est, à terme, de se passer des profs (on n'en est pas encore là) et puis de reformer d'autres qui reformeront d'autres, etc. Le but serait de rendre une association qui donne la possibilité à des gens de trouver une voie de sortie de leurs situations.

### **JFS : Quels sont les thèmes prioritaires pour vous ?**

**Ken** : La réduction de risques, c'est un des thèmes prioritaires qui revient dans chaque émission. Il y a plein de choses à dire là-dessus. Nous avons une perspective large et nous traitons de thèmes variés, qui nous touchent plus ou moins directement, comme le logement, le couple, la famille, la religion, par exemple, ce sont des thèmes qu'on a pu aborder dans nos émissions. Ils sont tous importants et ils peuvent tous être vus de la perspective de la rue. On peut prendre la température de la rue sur ces différents thèmes quels qu'ils soient.

**Boris** : Il nous semble que pour certains thèmes, par exemple la famille (dans ma famille ça a fait beaucoup de dégâts), il est important d'expliquer nos démarches, notre vécu, afin d'avoir un dialogue constructif. Pour les autres thèmes aussi. On essaye aussi de rester sur l'actualité, par exemple il y a actuellement pas mal de bruit ces temps sur les méthamphétamines qui sont un nouveau fléau. On aimerait faire une émission sur les drogues de synthèse pour avertir des nouveaux risques, qui ne sont pas bien connus par les usagers.

### **JFS : Est-ce que vous avez déjà été confrontés à des limites dans votre travail, dans ce que vous faites, des obstacles, etc. ?**

**Ken** : Des obstacles forcément, mais des limites non... je n'ai pas l'impression. A part le temps, pas de limites.

**Boris** : Il y a aussi l'argent, pour participer à certaines choses. Si on voulait participer à des débats qui se passent dans d'autres pays, l'argent est aussi une limite. On a un certain budget mais il ne nous permet pas de faire ce que j'appelle le « tourisme professionnel », à savoir aller dans des conférences à l'étranger, être bien logés et bien nourris, tout cela pour parler de nous. Lors d'une conférence sur la précarité par exemple, nous n'avions pas les moyens de nous payer l'entrée et c'est dommage, car nous aurions pu apporter beaucoup. Les professionnels devraient nous donner l'opportunité de nous exprimer, car ils auraient certainement des choses à apprendre s'ils pouvaient mieux nous écouter.

### **JFS : Êtes-vous en relation avec d'autres groupes ou avec des professionnels ?**

**Ken** : Il y a plusieurs associations avec qui nous avons des contacts, comme « L'injecteur » à Montréal au Canada. En ce qui concerne les professionnels, on a pas mal de contacts avec les organisations locales, que cela soit avec l'Hôpital (poli-clinique d'addictologie) ou les services de réduction des risques (Fondation ABS et Le Relais).

On a donné des cours aussi aux étudiants (de travail social) qui terminaient l'école sociale à Lausanne (HES). On a pu aller leur parler pendant une heure et demi, de Radio FM-R et de certains problèmes qu'ils vont certainement rencontrer dans leur vie professionnelle pour ceux qui travailleront avec les marginaux de tout type.

Travailler dans les écoles professionnelles, ça fait partie de nos contacts aussi, qu'on aimerait conserver.

**Boris :** On a pu faire la même chose à Sierre à l'école sociale (HES) du Valais et nous avons aussi une proposition de l'école d'infirmiers.

Nous avons aussi des contacts avec les milieux hospitaliers. La responsable du centre Saint Martin répond volontiers à des questions précises d'ordre médical, pour nous assurer que nous transmettons des informations crédibles. On a la possibilité de s'informer avec des professionnels avant de diffuser des informations. C'est une bonne collaboration, car ils ont les informations techniques et nous avons les connexions pour faire passer le message aux autres usagers.

**JFS : Quelle est votre place aujourd'hui dans ce qu'on appelle le champ des addictions ?**

**Mindy :** Pour moi tout reste à faire. Nous commençons à zéro et nous ne pouvons qu'améliorer cette situation.

**Boris :** Moi aussi, je dirais qu'on n'a pas de place. Je pense qu'on a une mauvaise représentation des gens qui consomment. A part nous à Lausanne, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de groupes qui fassent des demandes ou qui revendiquent des droits en Suisse romande. Par exemple nous avons fait une demande pour qu'on fasse des testing à certains produits ou des choses comme ça. Il y a eu des essais avant mais qui n'ont pas donné forcément de suite. On a quand même une très mauvaise image et je pense qu'au niveau politique ils font tout pour nous cacher. Une personne toxicomane n'est pas vue comme un citoyen comme les autres, c'est une personne qui dérange et qui aurait donc vocation à se taire. Nous avons trop tendance à reproduire ce schéma. Mais, grâce à la radio, nous avons compris que les personnes toxicomanes sont justement des citoyens comme les autres et que leur parole a la même valeur que celle de ceux qui ne consomment pas publiquement. Notre place, c'est à nous de la prendre désormais.

**Daniel :** Nous sommes la face visible de quelque chose, la pointe de l'iceberg, et nous dérangeons. Alors que dans toutes les couches, professions, il y a partout des gens qui consomment. Discrètement, sans rien dire, sans être visible. Je crois que nous leur faisons peur parce que pour la société, cela les renvoie à notre place.

**Lou :** Et surtout quand il y a des projets en votation qui pourraient être bénéfiques pour la réduction des risques il y a toujours ce parti politique d'extrême droite suisse qui aime bien faire peur à la population (ndlr : UDC) afin que les choses ne bougent pas trop dans le bon sens et plutôt qu'elles restent cachées au maximum.

**JFS : Comment vivez-vous votre participation aux débats publics ?**

**Boris :** Ce n'est pas simple. Par exemple, nous avons participé à la table ronde publique organisée pour « Support don't punish » à Lausanne, avec des représentants du quartier et des politiques. La table ronde s'était bien passée et c'était très intéressant pour tout le monde.

Par contre, il y avait des journalistes et ce qu'ils ont mis au téléjournal le soir nous a choqués. Le politique a été présenté comme municipal, pas comme anorexique ou ancien boulimique, le représentant de l'association du quartier n'était pas comme ancien alcoolique ou autre (j'invente). Par contre, pour Ken ce n'était pas marqué « représentant de la Radio FM-R », c'était marqué « toxicomane ». De quel droit n'avons-nous pas le droit d'être reconnus dans notre fonction, comme les autres personnes interviewées ?

Ça je trouve que c'est un raccourci qui a été pris qui n'était pas très correct. C'est la première claque qu'on a prise avec les médias. Maintenant on sait un petit peu tous les risques qu'on prend et on essaye (quand on a des entretiens) de les préparer.

**Ken :** On a fait un sketch qui reprend justement cette petite altercation, cette incompréhension qu'on a eue et où on explique ce qui s'est réellement passé. On a tourné ça en dérision plutôt que de leur écrire et de se plaindre. On a une réponse plutôt humoristique qui est mise sur Youtube. Evidemment qu'il y aura moins d'écoutes qu'un téléjournal mais on pensait que c'était plus marrant de le faire comme ça et que

ça pourrait plaire aux personnes qui écoutent Radio FM-R.

**JFS : Dans quel domaine apportez-vous le plus de plus-value ?**

**Ken :** Dans la prévention des risques, c'est le domaine où on apporte le maximum de plus-value. Dans les débats publics on y est de plus en plus invités, donc on commence à émerger mais ça reste très léger. Le problème récurrent qu'on a à chaque fois qu'il y a un forum ou une rencontre comme ça, c'est qu'on est très peu représentés. On a eu le cas d'une rencontre au Palais de Rumine, où on était à 50 mètres de la place. C'était que des professionnels et le prix d'entrée était dissuasif. Tout le monde parlait de toxicomanie alors que les gens concernés étaient à 50 mètres dehors et il n'y en avait pas un qui aurait pu se payer l'entrée.

**En discutant avec pas mal de personnes, ils ont le sentiment d'être déresponsabilisés, infantilisés ou pas écoutés.**

**Boris** : Il y a deux ans, j'ai eu la chance d'aller à la conférence de Bâle et, sur le moment, on l'a pris comme un privilège mais en fait c'est un droit qu'on aurait dû avoir depuis le début. On ne devrait pas remercier les gens mais presque leur dire « mais pourquoi vous n'y avez pas pensé avant ? Il y a tellement de problèmes que vous auriez pu résoudre avant si vous nous aviez demandé notre avis... ». Des fois, ils font des actions, comme faire des seringues de couleurs différentes en pensant que ça va aider les gens, mais est-ce qu'un usager fait un seul pétard durant la nuit ? Ils vont probablement s'en faire plusieurs ! Il y a vraiment des choses simples où les professionnels auraient tout intérêt à mieux nous écouter.

Je pense qu'il faut aussi davantage s'occuper de la précarité. Ça m'a impressionné qu'il y ait un tel vide. Maintenant qu'on nous a donné la possibilité de nous exprimer, il faut que non seulement on accepte le débat mais aussi qu'on demande à y participer. Je pense qu'il y a plein d'endroits où on pourrait faire avancer les choses plus vite si on donnait plus la parole aux gens qui sont concernés.

### **JFS : Les professionnels doivent donc se montrer plus ouverts ?**

**Mindy** : Je trouve qu'il reste beaucoup à faire. Concernant ABS, c'est vrai qu'on a de l'aide. Quand je pense à l'ABS je pense aux premiers soins, où on va se documenter quand on est à la rue, mais il manque encore énormément d'institutions et de manière générale, on n'est pas assez écoutés aussi au niveau de la réduction de risques.

**Daniel** : En discutant avec pas mal de personnes, ils ont le sentiment d'être déresponsabilisés, infantilisés ou pas écoutés. Certains veulent baisser, ajuster le traitement au fur et à mesure mais ils ne sont pas entendus par les prescripteurs de ces médicaments. Manque de soutien psychologique ou psychiatrique. Une forme qui marche assez bien c'est avec un médecin traitant, un psychothérapeute et un patient, qui peuvent s'entendre autour d'objectifs communs. Ce n'est pas le cas ici à Lausanne où on médicalise beaucoup les gens. C'est un peu la camisole chimique.

**Boris** : Je trouve que l'évolution au niveau des prestations médico-sociales est excellente. Par contre, au niveau de la prise de parole, c'est un statu quo. On l'a prise nous-mêmes, la parole, on n'a pas attendu qu'on nous la donne. Je crois qu'on a même un peu forcé la porte.

### **JFS : La revendication « jamais rien sur nous sans nous » est présente dans les pays anglo-saxons. Pourquoi, selon vous, cette revendication est-elle moins audible dans les pays francophones ?**

**Boris** : On compte bien changer cela.

**Ken** : Je pense que ça vient du tempérament helvétique qui est assez conservateur et qui a du mal à évoluer. Ce n'est pas seulement dans la toxicomanie, mais c'est quelque chose de plus vaste. C'est une question d'évolution des mentalités comme pour l'homosexualité ou plein d'autres choses comme ça. Le tempérament helvétique a plutôt ten-

dance à freiner, plutôt qu'à aller vers la nouveauté, vers le changement. Ils ont plutôt tendance à garder la tradition, la manière de vie traditionnelle sans qu'elle évolue jamais. C'est pour ça qu'on est un peu freiné, mais comme a dit Boris, on pousse, et on commence à mieux faire passer nos messages.

### **JFS : Comment voyez-vous le futur de la réduction des risques ?**

**Lou** : Déjà, pour les jeunes qui sont en soirée, il faut absolument développer le testing. Ça c'est une chose dans la réduction des risques qui aurait dû passer depuis longtemps, ils l'ont fait en Suisse alémanique, chez nous ça a traîné. Il y a plein de trucs qui circulent actuellement et on ne sait pas toujours ce que c'est.

Par rapport aux professionnels, il faudra vraiment donner plus facilement la parole aux consommateurs. Il faut une institution qui nous représente et qui puisse travailler main dans la main avec les spécialistes parce que comme je disais avant, eux, ils ont la théorie, nous on a la pratique. Généralement, quand on veut faire quelque chose qui fonctionne, il faut les deux. Nous devons casser les archétypes faussés, les préjugés, enfin tout ça. Voire, changer un peu cette image de toxicomane pour que les gens prennent conscience que toxicomane ce n'est pas que le gars qui est à la Riponne (ndlr : place de Lausanne connue pour sa scène), ça peut être aussi le mec en costard et cravate qui va te servir tes billets à la banque. Ça peut être n'importe qui. Il n'y a pas qu'un seul type. Je pense qu'à partir de ça, dès qu'on aura réussi à démonter tout ça, il pourra y avoir une réelle évolution dans la réduction des risques.

**David** : La meilleure réduction des risques serait de légaliser toutes les drogues. Comme ça, il n'y aura pas besoin de les faire tester. Ça leur rapportera plus que ça va leur coûter aux Etats. C'est à chacun de faire des choix ou de mener sa réflexion.

**Mindy** : Nous n'avons pas forcément le même avis sur ces questions. Mais l'essentiel est de pouvoir en discuter et d'en parler. Nous devons aussi faire notre chemin. On apprend et on apprendra aux autres.

**Courriel** :  
borisjean73@hotmail.com

# POST-SCRIPTUM



Décembre 2016

## Déclaration d'Ascona

---

### 10 principes pour une politique moderne des addictions

*Réunis pendant trois jours pour l'Académie des Dépendances au Monte Verità à Ascona, des représentants du monde politique, de l'administration, des professionnels et des usagers ont formulé une nouvelle orientation pour une politique moderne des addictions. Elle vise pour l'avenir un nouvel équilibre, valable pour toutes les consommations, pour une réduction globale des risques et des dommages des différents types de consommation.*

1. Une politique moderne des addictions doit se baser sur la réalité et pas sur une vision idéalisée des comportements humains.
2. Dans une politique moderne des addictions, les adultes ont la liberté de consommer, mais doivent aussi être soutenus si nécessaire, car ils n'ont pas tous les mêmes compétences en matière de consommation.
3. Une politique moderne des addictions inclut toutes les formes de consommation. Elle vise à en réduire les dommages et les formes les plus problématiques, tout en respectant la liberté individuelle et la protection des tiers.
4. Une nouvelle terminologie doit être élaborée pour une politique moderne des « addictions » qui puisse refléter les changements induits par une telle approche et qui puisse intégrer toutes les formes de consommations.
5. Les usagers et usagères ont une place centrale dans le développement de la politique moderne des addictions.
6. La société civile, l'opinion publique et une large alliance de toutes les parties prenantes sont intégrées dans la conception d'une politique moderne des addictions.
7. Selon les circonstances, les villes et les cantons doivent prendre le leadership pour le développement d'une politique moderne des addictions. Leur objectif est le management du vivre ensemble soit la qualité de vie et le respect des différences.
8. Les intérêts entre l'économie et le socio-sanitaire sont différents, mais une collaboration est possible, voire nécessaire. Cette collaboration a un plus grand potentiel avec des petites industries responsables et ancrées dans la communauté.
9. Une réglementation de tous les marchés permettra aux consommateurs de participer aux coûts globaux via une taxe sur le prix d'achat.
10. Un espace d'innovation est nécessaire, au-delà des cadres juridiques établis, pour développer de nouvelles offres et pour aller progressivement vers une réglementation cohérente de toutes les substances et marchés.

# IMPRESSUM

**Adresse des éditeurs**

Addiction Suisse  
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA  
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

**Rédaction :**

Corine Kibora, Addiction Suisse  
Jean-Félix Savary, GREA

**Comité de rédaction**

Pierre-Yves Aubert  
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève

Barbara Broers  
médecin, Service de médecine de premier recours, HUG,  
Genève

Etienne Maffli  
psychologue, Addiction Suisse, Lausanne

Jean-Christophe Mieville  
infirmier chef, adjoint à la direction des soins du département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Renaud Stachel  
resp. du secteur suivi et accompagnement thérapeutique,  
FVA, Lausanne

Ann Tharin,  
professeure, EESP, Lausanne

Frank Zobel  
vice-directeur, Addiction Suisse

**Administration et abonnements**

Claude Saunier  
Addiction Suisse  
CP 870  
1001 Lausanne  
tél. 021 321 29 85 - fax 021 321 20 40  
csaunier@addictionsuisse.ch

**Parution**

3 fois par an

**Abonnement**

Suisse : Fr. 45.- par an  
Etranger : Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.  
La reproduction des textes est autorisée sous réserve de  
la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif  
à la rédaction.

**Ligne graphique**

SDJ.DESIGN  
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

