

## **Rétablissement : si on parlait des addictions ?**

Remerciements à Karine Faure pour cette invitation.

Aborder la question des addictions dans le champ de la psychiatrie m'apparaît primordial : les situations, et donc les personnes présentant à la fois des troubles psychiatriques et des consommations de substances n'ont cessé d'augmenter depuis une petite vingtaine d'année. Est-ce véritablement une augmentation de ces situations désignées parfois sous le terme de pathologie duelles ou une meilleure reconnaissance des souffrances des personnes ? Toujours est-il que ce sujet préoccupe nombre de soignants de mon champ, l'addictologie, et sans doute, et cette journée en est l'exemple même, de nombreux patients et de personnes de l'entourage en plus des professionnels de la psychiatrie.

Et pourtant... l'histoire du secteur de l'addiction s'inaugure sur une différenciation d'avec la psychiatrie : à la fin des années 60, début 70, une nouvelle catégorie de personnes interroge : les toxicomanes. Qui sont ces jeunes gens qui s'administrent volontairement des substances psychoactives et pourquoi ? Le docteur Claude Olievenstein les reçoit dans un hôpital psychiatrique à Villejuif proche de Paris. Il les écoute et conclue que leur fonctionnement n'est pas adapté aux services psychiatriques.

En 1969, une histoire sordide d'overdose (une jeune fille de bonne famille retrouvée décédée dans une poubelle d'un casino du sud de la France) est médiatisée et incite les législateurs à proposer une loi qui sera votée le 31 décembre 1970 : cette loi comporte un volet répressif qui condamne à une forte amende et à un an d'emprisonnement la simple détention de stupéfiant et un volet curatif qui prévoit les trois fondamentaux de l'accueil des personnes toxicomanes : gratuité, anonymat et volontariat. De là se mettent en place des centres de soins spécialisés pour toxicomanes distincts des centres de cures et ambulatoire en alcoologie et surtout de la psychiatrie.

Cette nouvelle distribution des publics arrange surtout les professionnels : il faut dire que les toxicomanes ne se reconnaissaient pas dans les personnes reçues en psychiatrie et que les services de psychiatrie ne savaient que faire de ses patients entourloupeurs qui détournent les médicaments et globalement mettent à mal le travail des équipes. Et les professionnels du champ des addictions ne se sentaient pas équipés pour accompagner présentant des troubles psychiques

Bref ainsi durant presque trente ans les différents secteurs se développent et se spécialisent pour leur public. Au milieu des années 90 apparaissent les traitements de substitutions aux opiacés (subutex et méthadone) qui finissent de définir par quel service (psy ou toxico) une personne devrait être pris en charge : à cette période, il est d'usage que des services de

psychiatrie renvoient une personne usager de subutex vers une structure addicto et que les structures d'addicto orientent les personnes souffrant de troubles psy vers la psychiatrie... Or, de plus en plus de personnes présentent les deux difficultés psy et toxico et souffrent à la fois de leurs troubles psychiques mais aussi des conséquences de leurs consommations de substances psychoactives...

De plus en plus, dans les services de toxicomanie, on se rend compte au cours d'un sevrage qu'un tel, suivi de longue date, présente des troubles psy que la consommation d'héroïne venait recouvrir, un peu comme à marée haute, l'eau cache les rochers que la marée basse révèle....

Au début des années 2000, on est encore dans le phénomène « patate chaude » où les services se renvoient les patients. L'ouverture des consultations jeunes consommateurs incite à se poser les questions autrement : que faire de ces jeunes gens qui usent du cannabis comme d'un médicaments pour réguler leurs angoisses ? Faut-il les envoyer en psychiatrie, démarche pour laquelle ils sont plus que rarement volontaires alors qu'ils le sont pour venir poser une demande par rapport à un comportement addictif qui les embarrasse ? On le sait, d'un point de vue clinique, le meilleur prédicteur d'une amélioration de la santé est l'adhésion de la personne à son suivi : autrement dit, plus un individu s'engage dans ses soins et y trouve du sens et plus le soin sera soutenant et permettra à la personne d'accéder à une bonne qualité de vie.

Les professionnels néanmoins se sentent limités par leurs missions, leurs possibilités techniques, leurs formations et bien souvent leurs représentations. Car que ce soit la folie ou la toxicomanie ou l'alcoolisme, ces termes sont porteurs d'imaginaires et de croyances qui trop souvent font obstacle à la rencontre. Et bien sûr, ses représentations sont largement partagées dans l'ensemble de la population. Il apparaît donc nécessaire de déconstruire ces représentations pour entendre les personnes en souffrance dans leur globalité.

La notion d'addiction a remplacé celles de toxicomanie et d'alcoolisme à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle et au début du 21<sup>ème</sup>. Dérivé du terme latin addictus (terme utilisé chez les romains pour désigner la situation du débiteur qui, incapable de payer ses dettes, se trouvait « adonné » à son créancier. Ce dernier avait alors le droit de disposer entièrement de sa personne comme d'un esclave. Il s'agit, en quelque sorte, de la contrainte par corps), l'addiction est définie comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives.

Cette définition présente les principaux principes de toute conduite addictive : le plaisir et le soulagement d'un malaise intérieure et c'est souvent pour ce malaise, ce second effet non conscientisé dans les premières conso que la personne répète le comportement. C'est la répétition qui majore les conséquences négatives et petit à petit amène le sujet à se centrer sur le comportement. Finalement, c'est le comportement qui devient central dans l'existence de la personne qui se

trouve comme périphérisé de sa propre vie, une vie qui lui échappe de plus en plus car soumise à la satisfaction du comportement et non des désirs et besoins du personnage fumeur, joueur, toxico, héroïnomane, cocaïnomane et plus souvent polyaddict.

Aujourd'hui, il me semble que cette distinction psychiatrie/addicto tend à s'amenuiser pour laisser place à une clinique plus coopérative où chacun entend l'ensemble des souffrances que traverse nos patients et propose un soutien adapté. Bien sûr cette approche pragmatique exige une pluridisciplinarité et un partage régulier des visions de chacun des intervenants. Une clinique donc « chronophage » et moins productrice d'actes, pas très tendance du point de vue des tutelles.

Je souhaite terminer mon propos par quelques mots à propos des plus jeunes pour lesquels tout est en devenir et pour lesquels le comportement est un élément saillant qui peut permettre une intervention précoce dans les processus enjeux. La consommation parfois les interroge et c'est par ce biais qu'ils en viennent à demander de l'aide. Cet objet potentiellement addictif qu'ils nous tendent peut devenir un espace d'échange, de réflexions et d'élaboration. Mais le plus souvent, c'est l'entourage qui identifie les problématiques de dépendance et est porteur d'une demande : l'accompagnement des familles, trop souvent laissées au bord des institutions, est pourtant un axe de travail à renforcer. En soutenant l'entourage en l'aidant à s'interroger sur ses pratiques au quotidien, ses relations avec cet enfant, ce conjoint ou cette conjointe en difficulté, on tend à améliorer, l'écosystème général. Mais je prêche ici devant un public de convaincus du sens d'une telle démarche...

Je vous remercie pour votre attention.