RÉFÉRENTIEL
LE CONCEPT D'ADDICTION

Ce texte a été rédigé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par un groupe de travail régional pluridisciplinaire issu du sous-groupe "périnatalité et addictions" de la Commission Régionale de la Naissance pour servir de **socle commun de connaissances sur cette problématique en Languedoc-Roussillon**.

Mise à jour en 2013 coordonnée par Pascal GALLAND et Corinne CHANAL

Liste des rédacteurs :
Julie BERNARD, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Pierre BOULOT, gynécologue obstétricien, CHRU Montpellier
Corinne CHANAL, sage-femme, CHRU Montpellier et NGLR
Pascale COMMESSIE, sage-femme référente addictions, CH Carcassonne
Cécile DECHAMBRE, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Béziers
Odile FORTAIN, Cadre de santé, CH Béziers
Pascal GALLAND, médecin addictologue, CH Béziers
Caroline LOBRAÏCO, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Sète
Catherine MARCAIS ESPIAND, sage-femme tabacologue, CHRU Montpellier
Evelyne MAZURIER, pédiatre, CHRU Montpellier
Marie Luce MERCIER, sage-femme, CH Perpignan
Meïssa NEKAA, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Florence OZIL, sage-femme CDAF, Nîmes
Valérie PAIRIS, psychologue, addictologie CH Narbonne
Anne STOEBNER, médecin de santé publique, addictologue, Epidaure Montpellier

Ont également participé à la rédaction en 2008-2009 :
Serge ABAUTRET, éducateur, ANPAA34, Montpellier
Anne ALAUZEN, médecin addictologue, Conseil Départemental 34
Jean Louis BALMES, médecin addictologue, Nîmes
Anne Marie CLAUZEL, médecin tabacologue, Montpellier
Guy MASSON, gynécologue obstétricien, CHRU Nîmes
Pascale MATHIEU-PEREYRON, infirmière CSAPA Episode, Béziers
Michèle MISRAOUI, pédiatre libéral, Montpellier
Delphine MOULET, sage-femme, CH Béziers
Patricia PEREZ, sage-femme, Conseil Départemental 66
Patricia ROHR, psychologue, ANPAA 34

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
Espace BERTIN SANS – 59 avenue de FES – 34080 MONTPELLIER
Téléphone :04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

REFERENTIEL LE CONCEPT D'ADDICTION

SOMMAIRE

LE CONCEPT D'ADDICTION 2
Introduction 2
Complexité des addictions 2
Des perturbations cérébrales communes 3
Des processus de construction du sujet 3
Épidémiologie et contexte pathologique 4
L'addictologie, en résumé : 4
DONNÉES 2010 5

INTRODUCTION

En vieux français, l'addiction a une signification large et évocatrice : «donner son corps en gage pour une dette non payée».
L'utilisation de ce terme a sans aucun doute le mérite de promouvoir une approche globale des patients trop souvent cloisonnés (ou ignorés) au gré de représentations centrées sur la nature des produits plutôt que sur la problématique de ceux qui s'y adonnent. Touchant un nombre important d'adolescents et de jeunes adultes dont ces conduites vont souvent gravement hypothéquer l'avenir, les addictions sont un grave problème de santé publique.
Les représentations sociales basées sur le progrès des connaissances scientifiques, ont évolué ces vingt dernières années, passant de la « lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie » - fléaux sociaux - à la prévention et à la prise en charge des addictions – maladies individuelles en lien avec les pratiques sociales de consommations.
Chez les professionnels, le concept d'addiction et l'approche addictologique organisent désormais la prévention, les soins et la prise en charge. Les progrès conjugués de la neurobiologie, l'évolution de modèles thérapeutiques pluridisciplinaires et une vision globale des comportements de consommation et de leurs conséquences renforcent cette approche.

COMPLEXITÉ DES ADDICTIONS

Si de nombreuses définitions de l'addiction ont été proposées à partir de différentes disciplines *(allant de la biologie et la psychologie jusqu'à la sociologie en passant par le cognitivo-comportementalisme, la psychopathologie, la psychanalyse, la psychiatrie, etc.)*, on peut retenir qu'elle se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives, alors qu'il vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

LE CHAMP DES ADDICTIONS COMPREND AU MOINS 3 ASPECTS :

1. **Le degré ou la sévérité de la perte de contrôle** si bien que la notion d'addiction englobe l'usage à risque, la dépendance en passant par l'usage nocif ;

2. **Le comportement addictif** concerne toute conduite humaine visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne. Les substances psychoactives sont les plus

privilégiées, mais sont également concernées un certain nombre de conduites comme les comportements compulsifs répétés, c'est notamment le cas du jeu et des conduites alimentaires ;

3. La **pluralité et la diversité des déterminants** des conduites addictives qui sont de 3 ordres :
   - **les facteurs propres aux substances psychoactives** (effet psychoactif et ses caractéristiques variant avec les substances, pouvoir addictogène et nocivité immédiate et différée), **ou à l'expérience addictive** (jeu excessif ou pathologique, anorexie, boulimie, achats compulsifs etc.) ;
   - **les facteurs d'environnement** : facteurs historiques, culturels et sociétaux, facteurs socioéconomiques et professionnels, précarité, législation et réglementation, disponibilité et accessibilité des produits, etc.
   - **les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection** d'ordre biologique (constitutionnel et génétique), psychologique (antécédents familiaux et personnels, organisation de personnalité et psychopathologie, difficultés actuelles) et socio-économique (stress professionnel, précarité réelle ou ressentie, etc.).

Il convient également de considérer que **les conduites addictives**, en tant que comportement dont la maîtrise échappe au sujet, **sont à distinguer :**

- d'une part et en amont **des facteurs psychologiques voire psychopathologiques**, et le cas échéant des comorbidités psychiatriques primaires, qui favorisent leur émergence voire leur pérennisation ;
- d'autre part et en aval **des dommages induits** somatiques, cognitifs et surtout psychopathologiques jusqu'aux comorbidités psychiatriques secondaires.

DES PERTURBATIONS CÉRÉBRALES COMMUNES

Depuis une vingtaine d'années, l'expérimentation animale et la recherche humaine en imagerie médicale (IRM, scanner à positons) montrent que ces troubles du comportement sont associés à des **perturbations neuro-biologiques** qui concernent des **structures cérébrales communes** (les neuromédiateurs, le système de récompense dopaminergique, les voies du stress… etc.)

La connaissance de ces perturbations neuro-biologiques a permis de mieux comprendre certains déterminants génétiques dans l'expression d'une vulnérabilité de certains individus. Par exemple, le taux de récepteurs dopaminergiques varie d'une personne à l'autre et il est corrélé au «potentiel hédonique» de chacun : le plaisir ressenti à la consommation d'une substance serait d'autant plus renforcé que l'individu a peu de capacité naturelle à stimuler son système de récompense. Cette «hypodopaminergie» jouerait un rôle capital chez les sujets présentant une conduite addictive dans leur appétence, la perte de contrôle de leur consommation, la recherche de produit, la rechute.
Le même processus concerne la vulnérabilité au stress dont les déterminants biologiques et endocriniens (noradrénaline, axe hypothalamo-hypohyso-surrénalien, cortisol) varient selon les individus et les fragilisent dans leur capacité à garder le contrôle de leur comportement.

DES PROCESSUS DE CONSTRUCTION DU SUJET

Sur le plan psychopathologique, il est à prendre en compte les avatars du processus d'adolescence auxquels sont confrontés ces sujets quel que soit leur âge, justifiant le recours défensif à la fois extériorisé (passage à l'acte, transgression, ordalie...) et intériorisé (le corps comme moyen d'expression, scarifications, piercing, tentatives de suicide...).

La conduite addictive peut être considérée comme un «agir se substituant à une élaboration des affects et des tensions internes». L'addiction peut gravement réorganiser la personnalité du patient en souffrance en privilégiant de façon quasi-systématique et obligatoire ce court-circuit de l'élaboration psychique.

Dans cette perspective, on sera particulièrement attentif à repérer dans l'histoire des personnes les différentes failles qui ont pu les fragiliser notamment, des évènements biographiques douloureux

(carences affectives précoces, abus sexuels, séparations, deuils, répétitions trans-générationnelles, violences, absences de limites …).

Il existe une faille narcissique où s'engouffre le sujet dans une tentative vaine et répétitive de combler à travers le geste addictif le sentiment de vide intérieur et le vécu d'une dépendance insupportable. Malheureusement, l'objet addictif, après avoir apporté un soulagement et une illusion de maîtrise, devient vite à son tour un piège, une caricature de dépendance.

On comprend pourquoi les patients souffrant d'addictions sont susceptibles de s'accrocher à ces conduites qu'ils vivent souvent comme leur bien le plus personnel, garant d'une identité qui est d'abord une identité d'opposition, de démarquage. Ce qui peut expliquer toute la difficulté à mettre en place une relation psychothérapeutique avec ces patients et la fragilité de cette relation qui nécessite une bonne «dose» d'expérience professionnelle.

En ce qui concerne l'addictologie et la périnatalité, il est essentiel d'avoir à l'esprit l'état psychique particulier dans lequel se trouvent les femmes enceintes. Ce nouveau statut de «future mère», cette nouvelle «identité», ouvre des horizons d'évolution de la problématique addictive de ces patientes de façon tout à fait spectaculaire qu'il est nécessaire de toujours tenter de mobiliser.

ÉPIDEMIOLOGIE ET CONTEXTE PATHOLOGIQUE

Rarement limitées à une seule substance et un comportement, les conduites addictives sont multiples : il s'agit de poly-consommations (par exemple, un même individu consommera régulièrement alcool, tabac, benzodiazépines et cannabis). Souvent débutées à l'adolescence, elles se superposent et se succèdent au cours de l'existence et de l'histoire de chaque malade, associant le licite et l'illicite, l'usage nocif et la dépendance. Selon Claude Olivenstein, c'est le résultat d'une rencontre entre un individu et un produit dans un contexte environnemental.

Pour les professionnels, le soin s'apparente à un accompagnement vers un objectif désigné conjointement avec le malade dans une démarche psychodynamique évolutive : la réduction de la consommation, la reprise de contrôle, la réduction des risques, l'abstinence …

L'ADDICTOLOGIE, EN RÉSUMÉ

Dorénavant, on abandonne les notions de «toxicomanie» et de «drogue» pour les remplacer par les termes de **«conduite addictive»** et de **«substances psycho-actives».** Le concept d'addictologie reflète des troubles avec perte de contrôle et poursuite du comportement malgré les conséquences négatives. Les troubles du comportement sont liés à des perturbations fonctionnelles du cerveau (anomalies neuro-biologiques) induites par la consommation de substances. Par extension, ces anomalies peuvent également être décrites dans les addictions sans produit : troubles des conduites alimentaires (boulimie, anorexie), jeu pathologique, achats compulsifs, abus divers (sexe, travail, Internet, jeu vidéo… etc.).
Le concept d'addictologie a pour conséquence de permettre à tous les acteurs de se référer à un tronc commun de connaissances et de pratiques qui s'exprime par une unicité du mode relationnel (tenter de nouer une relation connaissant le trouble du lien dans lequel le patient est pris au piège avec comme objectif la mise en place d'une alliance thérapeutique authentique).
Les prises en charge peuvent se décliner de manière spécifique selon le tableau psychologique et clinique présenté par chaque patient mais leurs complexités imposent d'associer des professionnels de diverses disciplines pour élaborer une stratégie de soin adaptée.

REFERENCES

- Livre blanc de l'addictologie française – Fédération Française d'Addictologie – 24 mai 2011
- DSM V - *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP), publication prévue en 2013
- Morel A. Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement. Alcoologie et Addictologie 2002 ; 24 (4S) : 10S-19S.
- Drogues Chiffres clés : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce.html

DONNÉES 2010

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2008 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du rectorat de Toulouse)

// : non disponible

Définitions

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).
- Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.
- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois ou d'au moins 120 fois au cours de l'année.

NB : le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (date mise à jour du recensement) est d'environ 49 millions.

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur du nombre des usagers. Une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.