

NOUVELLE APPROCHE POLITIQUE DE L'ADDICTION

PHILIPPE-JEAN PARQUET
Je voudrais saluer l'existence de la Société d'addictologie francophone. Qu'une société savante puisse porter ce nom est un moyen fort de dire les choses.

Je la remercie d'organiser cette réunion afin que nous puissions penser ensemble et porter un regard critique sur ce que nous pensons. Il existe dans le fonctionnement de nos sociétés deux grands processus mobilisateurs et contradictoires : l'intérêt pour l'innovation et la résistance aux changements. De ce couple ambivalent naissent deux grands types de difficultés : comment faire percevoir la légitimité du changement et nous préserver d'une nostalgie passéiste ? Comment valider les nouveautés pour ne pas se jeter dans les bras de faux messies et céder à des illusions bien présentées ?

« La santé a été malheureusement définie comme un état, alors qu'il s'agirait plutôt d'un processus ou d'une dynamique. »

Nous avons assisté ces temps-ci à de formidables révolutions dans le domaine de la santé, qui est apparue comme un concept opérateur fécond et pour certains même comme une valeur. Or, la santé a été malheureusement définie comme un état, alors qu'il s'agirait plutôt d'un processus ou d'une dynamique, de la capacité à développer l'ensemble de nos potentialités biologiques, psychologiques

et sociales. Les acteurs de la santé travaillent sur des processus de fonctionnement et sur des modes de vie, et non sur des états. Une deuxième révolution s'est fait jour avec le développement des politiques de santé publique en France. Les utilisateurs des dispositifs de soins ont exprimé leurs attentes, leurs représentations, leurs attitudes et leurs besoins. Ces demandes sont apparues comme légitimes. Le pouvoir des producteurs de connaissances s'exerce désormais en dialoguant avec la population. La troisième révolution réside dans une prise de conscience : la dimension strictement sanitaire basée sur les sciences fondamentales ne résume pas les connaissances dont nous avons besoin pour comprendre les pathologies et les dysfonctionnements. L'anthropologie, l'économie, la sociologie et d'autres domaines de connaissance doivent être pris en compte. La quatrième révolution, enfin, réside dans l'élargissement du champ sanitaire à la société dans son ensemble. Nous savions beaucoup de choses. Or, comment se fait-il que nous ne soyons capables de regarder ce qui nous est offert sans en tirer les conséquences ? L'approche exclusive sur les produits et leurs effets a été jusqu'à il y a peu prédominante et a entraîné la fragmentation des dispositifs : dispositifs spécialisés alcool, toxicomanie, tabac, etc. Le projet thérapeutique était basé sur le « tu ne dois pas consommer » ou le « si tu as consommé, c'est l'abstinence que je te propose ». Or, au-delà du strict diagnostic de santé, les personnes concernées présentaient des états psychologiques florissants et merveilleux,

ou des psychopathologies importantes, ou encore des dysfonctionnements sociaux considérables qui pesaient lourd sur l'évolution dans le temps des pathologies *stricto sensu* et de la consommation de médicaments. Nous savions que l'offre de produits avait une fonction essentielle dans la survenue de la consommation de substances psychoactives, et nous l'avons traitée comme un vulgaire problème économique non digne du sanitaire. Nous avons défini des figures emblématiques d'alcoolodépendants et d'héroïnomanes dépendants, en négligeant les facteurs de vulnérabilité ou de protection propres à chacun de nous. L'escalade vers la dépendance n'est pas une réalité obligatoire pour tous. Nous avons en France un retard formidable lorsque nous laissons les patients souffrir après une intervention chirurgicale parce que nous ne leur donnons pas d'opiacés, croyant qu'ils deviendraient dépendants ultérieurement. Cette manière de penser était une construction non scientifique, une construction idéologique qui s'était focalisée sur la notion d'usage nocif. Les intervenants dans le champ de la conduite addictive (les obstétriciens, les urgentistes, les médecins généralistes, les pharmaciens, ...) sont devenus des acteurs de grande qualité. On a vu le champ de la prévention évoluer. Je crois que l'addictologie vise à faire penser autrement ce champ, plus près des personnes qui ont besoin d'aide, qui ont besoin de comprendre et de gérer leur mode de vie. L'addictologie a été mise en place à partir de ce que nous ont dit les personnes que l'on rencontre : il s'agit d'une meilleure manière de répondre aux attentes de la population. L'addictologie

cherche à se démarquer du travail par discipline. Il s'agit d'un travail transversal, par objectifs. C'est la capacité de travailler ensemble, de créer des réseaux.

L'addictologie cherche à se démarquer du travail par discipline. Il s'agit d'un travail transversal, par objectifs. C'est la capacité de travailler ensemble, de créer des réseaux.



MICHEL REYNAUD
Les notions d'usage nocif et d'usage à risques faisaient partie de la zone obscure de notre organisation de soins et de nos travaux de recherche.

Même s'il n'est pas question de ne plus s'occuper des dépendants, la question qui se pose est celle de savoir comment s'occuper plus précocement des patients en difficulté avec les produits. Le champ de la réflexion addiction-addictologie permet de prendre de la distance vis-à-vis de la problématique de la dépendance et des dommages qui y étaient associés. Pour les produits entraînant peu de dépendance, comme l'alcool ou le cannabis, l'essentiel des dommages survient sur des sujets non dépendants. C'est tout spécialement pour cette population que les bénéfices d'un abord plus précoce se font sentir. Le directeur général de la Santé m'a demandé d'animer un groupe d'experts pour essayer de mieux préciser ce qu'est l'usage nocif et de trouver des outils opératoires pour le diagnostic et le repérage

le plus précoce possible, ainsi que des stratégies de prise en charge et d'organisation. Je précise qu'il n'existe pas de représentation claire de l'usage nocif ni chez les médecins ni dans la population et que tout le travail entrepris consiste à la préciser et à faire coïncider la représentation du public avec celle des consommateurs et celle des médecins.

Une première approche définit l'usage nocif comme l'ensemble des ennuis survenant chez un consommateur régulier. Il apparaît que ce sont les usages à risques qui font le lit des usages nocifs et de la dépendance. Cependant, il est plus facile de repérer les usages à risques que les usages nocifs. Il est plus facile d'agir précocement sur les usages à risques, qui sont des indicateurs forts de potentialités de dépendance.

Un point apparaît clairement : les usages à risques peuvent être situationnels (conduite automobile, grossesse), ce sont des moments où les urgentistes peuvent intervenir. On peut dire que ce sont des usages à risques « *quand ?* ». Par ailleurs, il existe les usages à risques « *comment ?* » : consommation précoce, consommation dans un but autothérapeutique, recherche d'excès et d'ivresse, et pluriconsumation. Ces éléments-là sont tout aussi importants à évaluer que les quantités de produits consommés (usages à risques « *combien ?* »).



Il est plus facile d'agir précocement sur les usages à risques, qui sont des indicateurs forts de potentialités de dépendance.

Nous avons essayé dans ce groupe de travail de rappeler qu'entre l'usage nocif et l'usage, il y avait ces usages à risques. Les complications et les problèmes commençaient à paraître lors de cette phase-là. Afin d'opérer ce repérage précoce, nous devons trouver des outils utiles à destination de la population et des acteurs sanitaires. Il faut d'abord se demander si la personne consomme dans des situations à risques, et dans quelle quantité. Pour repérer l'abus, nous avons repris des questionnaires extrêmement simples. Il s'agit de quatre à six questions que l'on peut poser dans tout examen clinique et qui permettent de repérer si quelqu'un est dans une situation de consommation qui entraîne des dommages. L'enjeu porte ensuite sur la diffusion de cette information auprès des acteurs sanitaires et sociaux et de la population, ainsi que sur la légitimation de l'action précoce, grâce au repérage efficace de la nocivité de ces consommations par la population. Il faut donc mener un double travail : former la population et former les acteurs. Nous disposons par exemple d'un outil pour former les acteurs : le CRAFF test, validé aux États-Unis, qui marche pour les usages à risques des adolescents et qui comporte six questions. Nous publierons ce test ultérieurement. L'accent est aussi mis sur les stratégies de repérage en cours de mise en place, validées par l'OMS. Concernant le cannabis, un groupe d'experts travaille à l'INSERM, parallèlement au nôtre, et est en train de définir ce qu'est l'usage nocif du cannabis : il s'agirait de la pluriconsumation quotidienne, qui entraîne une désinsertion scolaire et sociale, du fait

« **Il faut donc mener un double travail : former la population et former les acteurs.** »

d'altérations cognitives et relationnelles. Cette réflexion sur les usages nocifs et les usages à risques doit donc permettre de trouver des outils opérationnels pour les populations et les médecins, et de définir des stratégies de prise en charge réalisables et relativement simples. Nous savons tous, par exemple, que pour le traitement de la dépendance de patients sans problématique psychosociale lourde, les interventions brèves sont efficaces sur une large partie de la population. Pour conclure, nous pouvons dire que cette notion d'usage nocif, qui pouvait sembler un peu floue, permet d'espérer de gros bénéfices pour la santé publique à condition de se donner la peine de travailler sur les outils cliniques et thérapeutiques, et de développer une stratégie d'information et d'organisation du dispositif.



La loi peut prévoir des sanctions pénales, mais elle a avant tout pour but de protéger et de déterminer un certain nombre de conduites qui recueillent le consensus le plus général dans la population.

NICOLE MAESTRACCI
Nous devons nous poser un certain nombre de questions au niveau national, au niveau européen et au niveau international.

La question du statut juridique des produits n'empêche pas pour autant de mener des actions de soins et de prévention. Les lois fixent les repères que se donne une société par rapport à une conduite, à un comportement. Il n'y a pas de loi parfaite, la loi est un équilibre qui se crée entre des logiques souvent contradictoires. Il existe aussi un équilibre dans l'application de la loi, aussi bien dans les pays où s'applique le principe de l'opportunité des poursuites, comme en France, principe qui permet au procureur de disposer d'une relative liberté, que dans les pays où s'applique le principe de légalité des poursuites. Il faut qu'une loi et son application soient comprises par l'opinion publique, c'est-à-dire que chacun sache à partir de quelles références il agit. Cela est aussi bien vrai pour les jeunes que pour les professionnels. Il est difficile de faire en sorte que les références soient les mêmes pour tous. La loi peut prévoir des sanctions pénales, mais elle a avant tout pour but de protéger et de déterminer un certain nombre de conduites qui recueillent le consensus le plus général dans la population.

À partir de là, comment travailler sur la loi ? Nos systèmes juridiques nationaux et internationaux sont fondés sur un système de classification des produits en fonction du potentiel d'abus et de dépendance, qui ne tient pas compte de la personne qui consomme les produits. C'est une première

difficulté, qui n'est pas forcément facile à comprendre pour l'utilisateur concerné. Les textes se fondent aussi sur la place culturelle de tel ou tel produit dans une société. En Europe, il y a eu une sorte de diabolisation de la drogue, essentiellement autour de l'héroïne, les autres drogues étant relativement peu connues du grand public à l'exception du cannabis. En revanche, les problèmes liés à l'alcool ont été sous-estimés, plus pour des raisons culturelles et politiques que pour des raisons scientifiques, même si l'on connaît les dangers qui lui sont liés depuis le XIX^e siècle. Le système fondé sur la classification n'est sans doute plus adapté à la situation actuelle.

« **Le système fondé sur la classification n'est sans doute plus adapté à la situation actuelle.** »

Nous avons pour les drogues licites un système de réglementation relativement récent, le dernier texte étant la loi Évin. Cette loi a été vidée d'une partie de sa substance au cours des années suivant son vote, au moins en ce qui concerne l'alcool, mais en même temps elle a permis de poser certains repères. Ce texte et ceux concernant la sécurité routière et l'alcool accompagnent l'évolution de l'opinion publique et l'état des connaissances sur ces questions. L'opinion publique n'a que très récemment pris conscience des dangers de

l'alcool en matière de sécurité routière, même si cette prise de conscience n'a pas fait disparaître la conduite en état alcoolique. Cependant, un consensus est acquis, ce qui est important car l'efficacité d'une loi repose sur l'adhésion de l'opinion publique.

L'efficacité d'une loi repose sur l'adhésion de l'opinion publique.



On a opposé prohibition, antiprohibition et réglementation. Mais il est difficile de faire le lien entre la prohibition et la consommation. Le tabac et l'alcool sont autorisés et réglementés, ce qui n'a pas permis de mettre en place des politiques de prévention efficaces pour faire baisser la consommation et les risques associés. On note cependant que la loi Évin a donné des résultats relativement satisfaisants en termes de baisse de la consommation de tabac. Il n'est pas certain que la prohibition ou la non-prohibition aient des effets considérables dans un sens ou dans un autre. En d'autres termes, nous ne sommes pas certains que le statut juridique du produit ait des effets déterminants sur la consommation. À l'avenir, il nous appartiendra de nous poser la question de notre système législatif et de notre système de contrôle international, fondés sur la classification des produits, qui ne répondent sans doute plus aux objectifs de protection de la santé publique.

Il est nécessaire de travailler sur la distinction entre les différents degrés d'usage pour un même produit : usage, usage nocif, usage à risques et dépendance.

« **Il est nécessaire de travailler sur la distinction entre les différents degrés d'usage pour un même produit : usage, usage nocif, usage à risques et dépendance.** »

Plusieurs questions se posent alors : comment prendre en compte ces notions dans un texte législatif ? Comment aborder la question des drogues de synthèse, qui ne sont pas toujours classées dans les stupéfiants, et celle des médicaments détournés de leur usage et de leur trafic ? Par ailleurs se pose le problème des produits dopants qui ne sont pas utilisés dans le contexte du sport de haut niveau (seul cas pour lequel les textes sont clairs). Il est nécessaire de conduire une réflexion sur l'évolution des différentes législations nationales et internationales.



Il est nécessaire de conduire une réflexion sur l'évolution des différentes législations nationales et internationales.

UN PARTICIPANT
Pouvez-vous apporter des précisions sur les dispositifs législatifs ?

NICOLE MAESTRACCI
Concernant l'alcool, n'est criminalisée que la conduite en état alcoolique. Une proposition de loi qui devrait être débattue prochainement vise à incriminer la conduite sous usage de stupéfiants, même si cela pose des problèmes techniques.

Les conduites à risques et les usages abusifs ne sont pas tous aussi facilement définissables. Par ailleurs, nous avons essayé de développer les obligations de soins dans le cadre judiciaire, aussi bien pour l'alcool que pour les drogues. On s'est aperçu que ces incitations aux soins ont permis des prises en charge plus précoces. Cela ne veut pas dire qu'il faudrait que tous les comportements d'usages soient incriminés, mais ce constat permet de poser la question des prises en charge sanitaires trop tardives.



Nous avons essayé de développer les obligations de soins dans le cadre judiciaire, aussi bien pour l'alcool que pour les drogues.

UNE PARTICIPANTE, ACT UP PARIS

Nous avons demandé que des modifications soient apportées aux termes de la loi.

Les participants à cette réunion connaissent nos positions. Les différents acteurs devraient associer les consommateurs dans le travail de réflexion. Je crois qu'il manque une dimension aux études présentées ce matin, celle de l'impact de la prohibition sur la dépendance. La prohibition favorise la circulation de produits coupés, qui posent des problèmes d'ordre sanitaire; elle nuit à l'éducation à l'usage. Ne faudrait-il pas poser de manière plus approfondie la question de l'impact de la prohibition sur la dépendance? Pouvons-nous financer des études sur cette question?

PHILIPPE-JEAN PARQUET

Nous disposons d'études réalisées sur l'impact de la prohibition aux États-Unis, en fonction de groupes sociaux.

Le vrai problème porte sur l'évaluation comparée des résultats, mitigés, remportés grâce à une loi conduisant à l'injonction thérapeutique et du succès dû à l'incitation aux soins. Mais nous savons que la prohibition cause des dommages importants mais également que le marché libre en a, lui aussi, provoqué. L'enjeu réside donc bien dans l'intention que la loi convoie les repères que celle-ci donne aux gens pour qu'ils puissent faire des choix délibérés.

ADDICTIONS : APPORTS DES SCIENCES FONDAMENTALES ET DES SCIENCES HUMAINES

LUIS STINUS

Cet exposé a pour but de vous présenter les modèles comportementaux chez l'animal dont nous disposons pour explorer de nombreux aspects des conduites addictives rencontrées chez l'homme.

Chez l'animal, il est possible de démontrer que les conduites addictives sont la conséquence d'interactions entre cerveau, comportements, contexte environnemental et drogues. Ces études nous éclairent aussi sur les bases neurobiologiques des effets des drogues, et sur les mécanismes communs à l'addiction à de nombreux produits.

L'analyse du cycle du comportement addictif montre essentiellement trois phases. La première phase correspond à la première rencontre avec le toxique, qui a lieu en général dans un contexte récréatif. La deuxième phase se caractérise par la perte progressive du contrôle de la consommation; c'est l'installation de la dépendance ou de l'assuétude au toxique. Du point de vue neurobiologique, la dépendance correspond au développement de neuroadaptations qui vont tenter de s'opposer à certains effets de la drogue et qui sont responsables du syndrome de sevrage quand le toxique n'est plus présent dans l'organisme. Enfin, la troisième phase correspond au cercle infernal abstinence rechute. En effet, s'il est facile de se sevrer, le plus difficile est de rester abstinent. Chez l'homme, la fréquence des rechutes à six mois est de 80%, et cela quel que soit le toxique considéré,

licite ou illicite. Comme je vais vous le montrer, nous disposons de modèles animaux capables d'explorer certains aspects de ces trois phases (différences individuelles, dépendance, effets conditionnés et rechute).

Lors de la première rencontre avec le toxique, tous les individus ne réagissent pas de la même façon face à une substance. Comme chez l'homme, il existe chez l'animal des différences individuelles considérables.



Lors de la première rencontre avec le toxique, tous les individus ne réagissent pas de la même façon face à une substance. Comme chez l'homme, il existe chez l'animal des différences individuelles considérables.

Si nous mesurons les effets comportementaux produits par l'injection d'une faible dose d'amphétamine, nous constatons que les effets sont très variables. La répartition des individus en fonction de l'intensité des effets de la drogue correspond à une distribution gaussienne. Environ 3% des individus ne réagissent pas à l'amphétamine. Ces animaux sont également insensibles aux autres drogues (cocaïne, héroïne, nicotine, etc.) et, placés en situation d'autoadministration intraveineuse, ne consommeront pas ces drogues. Au contraire, 3% des rats réagissent de manière très intense à l'amphétamine; si ces animaux avaient la possibilité