

Passer d'une addiction à une autre

Tant en matière de soins que de prévention, le passage d'une addiction à une autre doit être considéré comme un champ de recherches particulièrement ouvert et intéressant.

Une bonne connaissance des risques de transformation d'une conduite addictive en une autre fournirait des indications précieuses, notamment en permettant de distinguer les actions spécifiques à une substance ou une conduite particulière de celles qui relèveraient de la prise en charge des addictions dans leur ensemble.

Or, s'il existe des arguments théoriques et cliniques forts, dans divers domaines, quant à l'existence de ce passage d'une addiction à une autre, la littérature en la matière s'avère peu abondante, et non toujours concordante.

Nous nous proposons de donner quelques exemples de ces arguments, particulièrement en ce qui concerne l'alcoolisme, les toxicomanies et le jeu pathologique, et d'en tirer quelques implications en matière de prévention.

Typologies des addictions et vulnérabilité individuelle

Les raisons théoriques pour supposer un « switch » entre diverses addictions sont nombreuses. La première tient au fait que les différents modèles explicatifs des conduites addictives ne sont guère spécifiques d'une catégorie de substance ou d'une conduite donnée.

Les modèles biomédicaux

Les modèles biomédicaux, même lorsqu'ils font une large place aux effets pharmacologiques des différentes « drogues », admettent généralement que la dépendance peut être de nature comparable pour des substances dont les « cibles » cérébrales sont différentes : c'est l'idée, maintenant répandue, d'une « voie finale commune » des diverses addictions. Ce mécanisme commun à toutes les addictions est de mieux en mieux démontré par la neurobiologie, qui explore le « circuit de la récompense » et ses différents médiateurs, et par l'observation clinique.

Notons d'ailleurs que plusieurs études évoquent un rôle « sensibilisant » des premières substances psychoactives consommées, en particulier du tabac. Ce concept est repris avec les notions de « trace », d'« ornière », autant d'images permettant d'envisager la modification des processus cérébraux (sensibilisation neuronale, nouvelle organisation réceptrice, modification des circuits des neuromédiateurs).

Mais, surtout, la plupart de ces modèles sont basés sur l'idée d'une interaction entre une substance et un individu vulnérable ou prédisposé.

La notion de prédisposition renvoie à des facteurs géné-

tiques, environnementaux, éducatifs, ou d'événements de vie, et quantité de recherches s'attachent à isoler des éléments qui permettraient, dans une population, de repérer les individus vulnérables, afin de cibler au mieux les stratégies préventives.

Citons parmi ces recherches celles qui s'attachent à la mise en évidence de traits de personnalité supposés déterminants, et évidemment antérieurs à la conduite addictive.

L'impulsivité et la recherche de sensations ont ainsi souvent été mises en avant pour rendre compte des versants les plus activement risqués, transgressifs, voire « psychopathiques » des toxicomanies aux drogues illicites, mais aussi de l'alcoolisme ou du jeu pathologique.

Qu'il s'agisse de jeux de hasard ou de conduite routière avec facultés affaiblies par l'usage d'alcool, les stratégies visant à promouvoir « le jeu responsable » ou la sobriété au volant finissent inexorablement par se heurter à l'existence d'une frange incompressible de « récidivistes », de « transgresseurs », de « dépendants », qui ne relèvent plus des mêmes stratégies préventives que la population générale, et ressemblent d'une certaine façon aux toxicomanes aux drogues illicites. Ceux-ci sont en effet l'exemple d'un groupe minoritaire, qui « résiste », d'une façon qui peut sembler irrationnelle, aux mesures préventives les plus drastiques et les plus contraignantes.

Le fait de distinguer avec Cloninger [15] deux grands groupes d'alcooliques, un « type 1 » d'alcoolisme d'habitude ou social, et un « type 2 » impulsif, voire psychopathique, revient à dire que certains alcooliques ont un rapport « toxicomaniaque » au produit. Ils deviennent dépendants de l'ivresse (voir les problèmes du « binge drinking »), de la « défonce », contrairement à d'autres pour lesquels l'addiction peut plus facilement être vue comme instauration progressive d'une dépendance à une substance.

Cet alcoolisme impulsif relève donc de stratégies thérapeutiques et préventives du même ordre que celles qui sont mises en œuvre pour les toxicomanies.

Il en est de même pour le jeu pathologique, qui ne doit pas être considéré comme une entité homogène, mais qui implique une distinction entre plusieurs sous-groupes de joueurs. Blaszczyński [11] propose ainsi une typologie en trois groupes : les joueurs « d'habitude », les joueurs « névrotiques », par exemple ceux qui vont surinvestir le jeu comme automédication dans des circonstances de vie anxigènes ou déprimantes, et les joueurs « impulsifs » ou psychopathiques, comparables à des toxicomanes au jeu.

Au regard donc de ces typologies et de cette notion de prédisposition ou de vulnérabilité, le partage devrait

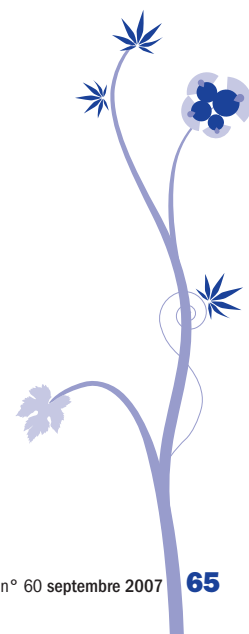
Marc Valleur

Psychiatre, médecin directeur du centre Marmottan

Pierre Poloméni

Psychiatre, hôpital Jean Verdier, Bondy, membre du Haut Conseil de la santé publique

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 83.



moins se faire entre alcoolisme, toxicomanie, ou jeu pathologique, mais plutôt entre sujets impulsifs, psychopathes, transgresseurs d'un côté, de l'autre des sujets ayant « névrotiquement » cherché une automédication dans le jeu, l'alcool ou les drogues, et enfin ceux pour qui l'addiction est le résultat des habitudes de vie, de la pression sociale, etc.

Les modèles psychanalytiques

Les modèles psychanalytiques, de façon générale, vont aussi la plupart du temps mettre l'accent plus sur des facteurs généraux, communs à un ensemble de conduites addictives, même si le sens spécifique, pour un sujet donné, du « choix » de tel produit ou de telle conduite prend, dans des approches de « sens », un relief particulier.

E. Glover [24] fut sans doute le premier à avoir clairement énoncé que le transfert d'addiction, d'une substance à une autre, devait être considéré plus comme la règle que comme l'exception : *« Il n'y a maintenant plus de doute que les effets pharmacologiques des drogues n'ont pas, dans les addictions dangereuses, une part aussi spécifique qu'on peut le supposer dans les cercles extérieurs à la psychologie. Dans certains cas d'addiction, où un substitut inoffensif était choisi (dans un cas, le sucre était utilisé en ce sens), j'ai observé que la même compulsion servile s'attachait au substitut et que la privation du substitut libérait des charges massives d'angoisse. »*

L'accent des recherches analytiques peut porter sur la personnalité dépendante, sur les états limites ou border line, et s'oppose alors à l'idée d'un processus addictif purement et simplement causé par l'effet de telle ou telle substance.

Il peut aussi porter sur le type de relation d'objet, voire sur la construction par le sujet du besoin de dépendre d'un objet extérieur inerte et maîtrisable, et, ici encore, il n'y a guère de nécessité théorique à introduire une spécificité de tel ou tel objet d'addiction.

Le choix d'un objet particulier tient à la singularité de l'histoire du sujet, mais la possibilité de substitution indiquée par Glover [24] existe toujours.

Il serait possible de passer à ce crible la plupart des nombreux modèles qui ont été proposés comme explication des diverses addictions, et de montrer que la plupart impliquent, presque comme une nécessité logique, la possibilité de ce passage d'une addiction à une autre.

Une notion comme celle d'« état dissociatif » (Jacobs [21]) souligne par exemple le fait que ce qui est cherché par la plupart des « addicts » dans une substance ou une conduite n'est pas un effet précis — un effet anxiolytique, antidépresseur, excitant, comme ceux que cherchent à obtenir les chercheurs de laboratoires pharmaceutiques —, mais un état « autre », une rupture par rapport à l'état de conscience habituel.

De même, la critique de la notion de maladie addictive et de drogue par Stanton Peele [44] est fondée sur le

fait que c'est d'abord d'une expérience qu'un sujet devient dépendant, et non d'une substance chimique précise...

Les polyaddictions

Les recoupements d'addictions, le fait qu'un sujet puisse, en même temps, être « addict » à plusieurs substances ou conduites, est aussi une évidence qui renforce cette idée de possible « substitution ».

Cela est évident à l'intérieur du champ des toxicomanies, où le terme de « polyconsommation » vient confirmer que la dépendance à un produit unique est plus l'exception que la règle.

C'est de ce constat que provient d'ailleurs, au début du siècle, le mot de toxicomanie, tant il devenait fastidieux de désigner les patients avec des termes aussi compliqués que, par exemple, « morphino-héroïno-cocainomanes » (Dugarin et Nominé [20]).

Dans le champ de l'alcoologie, ce constat de la prédominance des « polyconsommations » est presque aussi net, surtout si l'on inclut dans les substances d'abus le tabac, à côté du cannabis et des médicaments psychotropes.

Le statut légal différent de l'alcool, du tabac, des drogues illicites conduit certes à une sélection sociale d'usagers différents : il paraît logique que les plus impulsifs et transgresseurs choisissent plus facilement les substances illicites, selon une intrication complexe des problématiques de la dépendance et de la délinquance.

Ce fait, qui est en grande partie à l'origine de la séparation des dispositifs spécialisés, a contribué à une vision mythique de « la drogue », résultat d'une construction où le même objet est rendu responsable de son potentiel de dépendance et du potentiel d'impulsivité et de transgression de ses utilisateurs.

En dehors des « polyconsommations », le recoupement des addictions entre elles est retrouvé dans la plupart des études épidémiologiques : il y a plus d'usage de drogues illicites parmi les alcooliques que dans la population générale, plus de joueurs pathologiques parmi les alcooliques, plus d'alcooliques parmi les joueurs...

Il est même important en clinique de noter que le « déni », la négation d'une consommation, peut, pour un même patient, ne concerner qu'une addiction, une autre étant mise au-devant de la scène. Ce « déni » concerne le plus souvent l'alcoolisme, qui est farouchement nié par nombre de toxicomanes, alors même que l'alcool est dans leur cas le produit dont l'usage est à la fois le plus problématique dans leur équilibre psychique, et le plus dangereux au niveau somatique. C'est aussi le cas pour un nombre certain de joueurs pathologiques : il est admis que l'usage d'alcool est un facteur aggravant, souvent associé à l'abus de jeu, mais qui n'est pas toujours facile à évaluer cliniquement, au début d'une prise en charge.

Cette fréquence des « polyaddictions » est l'un des arguments forts pour que jeu pathologique, toxicomanies,

alcoolisme puissent être pris en charge dans des unités polyvalentes d'addictologie (Petry [46]).

D'une addiction à l'autre

Le passage d'une addiction à une autre est par ailleurs souvent relevé en clinique, malgré la relative pauvreté de la littérature en la matière.

Parmi les exemples qui ont donné lieu à de nombreuses publications, il convient de noter la place importante des problèmes d'alcool chez les toxicomanes aux opiacés traités par des médicaments de substitution.

La question est suffisamment prégnante pour avoir fait l'objet de chapitres spécifiques dans les « guidelines » d'utilisation de la méthadone, et pour justifier la pratique, aujourd'hui très répandue, des « sevrages sélectifs » dans les unités spécialisées dans le soin aux toxicomanes : les sevrages vont concerner alcool ou excitants, alors que l'usage d'opiacés est souvent bien contrôlé, et reste dans le cadre des traitements prescrits.

Une publication (Caputo [14]) soutient certes que l'administration à court terme de méthadone réduit la consommation d'alcool chez les héroïnomanes non alcoolodépendants. Mais c'est souligner la complexité des situations cliniques, dans lesquelles il est souvent difficile de faire la part entre un usage abusif ou une dépendance préexistante, et un alcoolisme secondaire, « créé » par le traitement.

Les auteurs admettent par ailleurs que, à moyen et long termes, l'augmentation d'usage d'alcool chez les patients traités par méthadone est fréquente.

Mais le passage de la toxicomanie à l'alcoolisme est extrêmement fréquent, et existe en fait indépendamment des traitements de substitution. Comme cliniciens, nous sommes assez souvent tentés – en France du moins — de considérer l'alcoolisme comme une sorte de « voie finale commune » très fréquente en addictologie.

Dans l'autre sens, c'est-à-dire celui du passage de l'alcoolisme à d'autres formes de dépendance, Lahmek [30] a recensé les études portant sur les transferts de dépendance après traitement de l'alcoolodépendance.

La dépendance aux benzodiazépines est dans ce contexte un risque souvent signalé, mais peu d'études permettent une objectivation et une quantification de ce phénomène.

Le passage à l'usage de substances illicites est une possibilité, Lahmek [30] citant une étude de 1983 dans laquelle 65 patients traités pour alcoolisme sur 130 consommaient des drogues illicites après un an de traitement, dont 20 % qui présenteraient un transfert de dépendance.

Ici encore, la clinique tend à montrer que les addictions ne sont pas toujours des entités figées comparables à des maladies chroniques et progressives, et que chez certains sujets il peut y avoir, dans un contexte d'addictions multiples, des phases où l'une prend provisoirement le devant de la scène.

Le jeu pathologique est considéré par certains auteurs (Slutske [56]) comme « variable », plus que comme « chronique », du fait de l'importance des rémissions spontanées et du faible pourcentage de demandeurs de soins parmi les joueurs à problème.

Il est évident qu'un patient toxicomane ou alcoolique peut traverser des phases de jeu compulsif, sans que ces phases soient toujours repérées par les équipes soignantes.

Il peut arriver pour certains patients, alternativement alcooliques, toxicomanes, joueurs, que l'on doit selon le moment décider quelle conduite addictive il convient de considérer comme au-devant de cette scène mouvante... (La même situation peut se retrouver dans nombre de cas, par exemple pour des boulimiques, alcooliques, sex addicts...).

Des risques qui se cumulent

Les implications de ces croisements d'addictions, de ces possibles passages de l'une à une autre, sur le sujet, sont multiples, et concernent tant le champ du soin que celui de la prévention.

À un premier niveau, les risques associés à une consommation ou à un comportement peuvent s'additionner : on observe alors une juxtaposition de pathologies induites (hépatite C et cirrhose alcoolique, cancers liés aux intoxications alcoolotabagiques...).

Il est évident que des sujets « preneurs de risque », impulsifs, chercheurs de sensation, doivent particulièrement tendre à ce type d'addition des conduites dangereuses.

Mais parallèlement à ces facteurs de « prédisposition », il faut aussi tenir compte de l'ensemble des facteurs d'environnement, de style de vie, liés à un type de consommation (voire à une identification à un produit), et susceptibles d'entraîner un « sur-risque » dans d'autres domaines. Cela est bien exploré pour les risques de délinquance ou de criminalité, qui sont associés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme de façons variables et complexes (Brochu [13]).

On sait aussi que les prises de risque sexuelles sont plus fréquentes dans certains sous-groupes d'usagers de drogues, et que la prévention ne doit pas cibler que les pratiques d'injection.

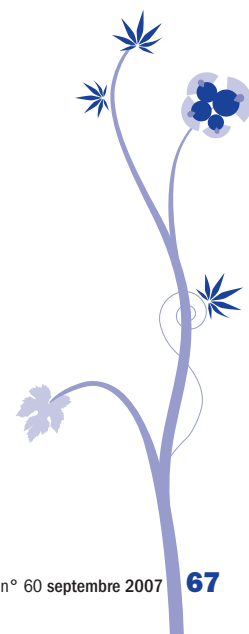
Une étude récente de Petry [47] tend à montrer qu'il existe de la même façon un « sur-risque » sexuel chez des patients alcooliques ou toxicomanes, lorsqu'ils sont aussi joueurs pathologiques...

Sur le plan financier, social et familial, chaque période de dépendance possède ses conséquences nocives propres.

Il faudrait pouvoir élaborer une « réduction des risques » conçue de façon large, pour limiter les pathologies somatiques et appréhender les dommages sociaux.

En conclusion

Le concept d'addiction, en posant des similitudes entre différentes dépendances de produits et comportements,



ouvre plusieurs chantiers. À côté de celui, déjà bien exploré en clinique des polyaddictions, se situe l'idée d'un itinéraire d'un groupe d'usagers passant « au fur et à mesure » d'un comportement à un autre. Les modifications des comportements, dans un suivi au long cours, doivent être soigneusement analysées : devant une nouvelle consommation, par exemple, doit-on évoquer un « sur-risque », une rechute, une reprise, ou un « switch » ? L'environnement associé au changement de comportement ou de produit (incluant le mode de vie, les rituels de préparation ou de mise en œuvre) offre des perspectives pertinentes de travail.

Il est difficile de définir précisément les caractéristiques psycho-socio-démographiques de cette population, d'autant que l'on pourra les rencontrer à tel ou tel moment de leur parcours.

Notons à nouveau la relative carence de littérature objective en la matière. Cela est sans doute explicable au moins par la nécessité d'un suivi de cohorte, ouvert (susceptible d'intégrer des comportements « non prévus ») sur de longues années. Mais aussi par le clivage des champs d'intervention et de recherche, historiquement fondé sur un découpage centré sur les produits (l'alcoolologie étant distincte de la toxicomanie et de la tabacologie, et le jeu pathologique n'étant pas toujours inclus dans les missions des services pour toxicomanes ou alcooliques).

Un intérêt de l'élargissement d'interventions préventives et thérapeutiques à un ensemble de conduites addictives porte aussi sur le repérage précoce de certains troubles : un intérêt « latéral » de la publicité sur les effets nocifs du cannabis et de la mise en œuvre de consultations spécifiques pourrait être le dépistage de troubles mentaux débutants, le cannabis jouant ici soit le rôle de facteur précipitant, soit simplement de catalyseur des angoisses parentales, permettant la consultation...

Au niveau thérapeutique, l'intérêt du rapprochement

des addictions est à la fois évident, mais aussi parfois difficile à mettre en œuvre.

Les cultures institutionnelles, la nécessité pour les soignants de bien connaître l'univers de leur clientèle (le monde de la drogue, le vécu du malade alcoolique, les logiques paradoxales du joueur d'argent...) mais surtout les profils très différents des usagers ne rendent pas le rapprochement des dispositifs toujours aussi aisé que le souhaiteraient des entrepreneurs de santé publique.

Mais on note que, souvent, les passages d'une addiction à l'autre ne se traduisent pas – même lorsque les dispositifs sont très clivés – par un changement systématique de soignant ou d'institution : il est difficile, par exemple, d'accepter en première intention tous les patients alcooliques dans une consultation dédiée aux usagers de drogues illicites. Mais un ancien toxicomane devenu alcoolique y gardera le plus souvent sa place, sa conduite y étant abordée dans sa continuité (qu'elle soit vécue comme une étape dans une évolution progressive, ou bien comme un échec poussant à réviser les stratégies...).

Enfin, en matière de prévention, un choix difficile se présente : une ouverture trop large des messages (« prévention de la dépendance ») perd de sa pertinence et de sa force. Un objectif précis ciblé sur un produit est plus facile à construire, mais ne concerne qu'une population à un moment donné. Il serait intéressant d'approfondir un constat clinique : certaines propositions thérapeutiques peuvent avoir une certaine valeur préventive. Les consultations pour dépendance aux jeux en réseau chez des adolescents ou de jeunes adultes, par exemple, ont l'intérêt de mettre en évidence un risque de fonctionnement addictif chez des sujets jeunes, n'ayant parfois pas encore l'expérience des usages de substances ou du jeu d'argent. On peut espérer que le travail effectué lors d'une première prise en charge aura un impact positif sur leur évolution. 