

Dr Alain Morel*

* Psychiatre, Président de la Fédération française d'addictologie, Directeur médical du Trait d'Union, 154, rue du Vieux Pont de Sèvres, F-92100 Boulogne-Billancourt

Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement

Résumé

Depuis quelques années, la France a amorcé un tournant majeur dans sa politique envers les "substances psychoactives". Sous l'égide de la notion fédératrice d'addictologie se produisent des décloisonnements conceptuels, des rapprochements entre équipes et des recompositions de dispositifs institutionnels. Ce processus n'est pas réductible à une mode passagère. Il n'est certainement pas achevé et des controverses subsistent sur sa portée. Il paraît d'autant plus nécessaire d'en analyser les sources, en particulier dans le domaine clinique et à travers l'histoire parallèle de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie. Cette analyse peut éclairer les enjeux de développement de l'addictologie et lui permettre de répondre aux attentes. C'est à cette condition qu'il constituera un véritable progrès.

Mots-clés

Addictologie – Alcoologie – Toxicomanie – Histoire – Clinique.

Depuis quelques années, notre pays a indéniablement amorcé un tournant majeur dans sa politique envers les "substances psychoactives". Sous l'égide de la notion fédératrice d'addictologie, l'heure est au rapprochement entre intervention en toxicomanie, alcoologie et tabacologie, à la révision des frontières conceptuelles et à la recomposition des dispositifs institutionnels. La dernière manifestation en date de ce bouleversement est l'adoption par l'Assemblée nationale d'une nouvelle loi sur l'action sociale et médico-sociale qui institue les "Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie" (loi du 2 janvier 2002).

Parmi les professionnels, les signes traduisant cette évolution sont innombrables : les rencontres entre acteurs des différents champs

sont à présent permanentes à divers niveaux ; des structures communes orientées vers la prévention et la prise en charge des addictions ont été créées dans de nombreux départements et hôpitaux ; une formation complémentaire pour médecins spécialistes mise en place depuis 1999 rencontre un réel succès (DESC en addictologie) ; de nouvelles associations et revues spécialisées sont apparues ; la Fédération française d'addictologie (FFA) à peine constituée a réuni la quasi-totalité des associations de professionnels et des sociétés savantes des différents champs, etc. (1).

Cette évolution se manifeste également dans toutes sortes de glissements sémantiques : on voit par exemple s'ajouter les termes d'addiction ou d'addictologie aux titres de revues ou de centres de soins, le bureau de la Direction générale de la santé chargé de ces questions a pris la dénomination de "bureau des pratiques addictives" ; autre exemple, le terme drogue est – tout au moins dans les milieux professionnels et administratifs concernés – de plus en plus abandonné au profit de celui de substance psychoactive, plus générique et délié de la question du statut légal du produit.

Cette évolution a été incontestablement accélérée par la politique gouvernementale depuis que la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a vu ses compétences étendues aux champs de l'alcool et du tabac. Le travail et le rapport fournis par la commission de réflexion, qu'elle a mise en place entre 1999 et 2001 sur les "aspects communs et spécifiques aux différentes addictions", inspire d'ailleurs grandement plusieurs parties de cet article (2). Mais ce serait une erreur de croire que les changements qui s'opèrent proviennent essentiellement de cette impulsion. En réalité, ils sont l'expression d'un mouvement de fond, déjà à l'œuvre depuis longtemps parmi bon nombre de professionnels convaincus de la nécessité de remettre en question les catégories sur lesquelles les séparations s'étaient établies jusque-là.

Cette mutation des conceptions a bien entendu à voir avec les changements perceptibles dans les problématiques des patients que rencontrent les services de soin : passage d'une dépendance à une autre, importance des polyconsommations, similitude de nombreux facteurs de risque, etc. Mais elle correspond surtout à une évolution culturelle dans l'abord général, au sein de la société toute entière, des usages et des mésusages de substances psychoactives. Chacun perçoit en effet que les distances entre les différentes formes de "dépendance" ne sont pas si grandes et que, comme l'exprimait un ancien candidat aux dernières élections présidentielles : "fumer du cannabis chez soi est sans doute moins dangereux que de boire de l'alcool au volant". Signe que, dans l'opinion publique, les notions de dangerosité ne sont plus aussi clairement tranchées entre les substances que naguère.

Mais les craintes et les controverses n'en sont pas, pour autant, éteintes. Tous les acteurs ne donnent pas la même portée à la notion d'addictologie. Par exemple, ceux qui souhaitent que la médecine des addictions devienne une discipline médicale à part entière s'affrontent à de fortes oppositions. Il n'est pas certain non plus que des changements de politique gouvernementale ne reviennent pas, au moins pour partie, sur les rapprochements et les évolutions.

Même si nous sommes de ceux qui pensent qu'une mutation irréversible est en cours, la remise en question des frontières d'ailleurs n'en exige pas moins d'en redéfinir de nouvelles qui, à défaut d'être "consensuelles", soient susceptibles d'être comprises et adoptées par le plus grand nombre, bien au-delà des cercles d'experts. Aussi n'est-il pas vain de chercher à mieux définir ce qui nous rapproche et ce qui nous distingue, de mieux préciser les aspects communs et les aspects spécifiques dans les approches de prévention, de soins et d'accompagnement des diverses addictions. Ces questions sont d'autant plus cruciales qu'elles touchent à l'identité professionnelle et aux principes théoriques sur lesquels ont reposé jusqu'ici la légitimité et les finalités de l'action des intervenants dans les champs respectifs.

Ce qui rapproche et ce qui distingue les interventions en alcoologie et en toxicomanie paraît tenir à deux sources que sont la clinique (c'est-à-dire la rencontre et la relation avec des sujets souffrants) et l'histoire (celle de nos concepts respectifs et de nos systèmes institutionnels). Bien évidemment, le cadre de cet article ne peut prétendre mener ce travail de façon exhaustive, mais tout au moins d'apporter quelques contributions de nature à susciter, encourager, stimuler la réflexion et les échanges.

Les données historiques

L'histoire parallèle de la constitution des champs spécifiques de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie et de leurs dispositifs institutionnels spécialisés est intéressante. Elle montre à la fois leurs fortes similitudes dans les dynamiques et des diffé-

rences – plus ou moins prononcées selon les époques – marquant chacune des identités.

Les concordances des origines et des temps

Dans les deux champs, l'évolution historique se déroule schématiquement en trois étapes à peu près identiques :

- Une première étape de naissance des représentations sociales et des conceptualisations médicales définissant l'existence du problème de l'alcoolisme et des "passions des toxiques", dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle.

- Une seconde étape que l'on pourrait appeler "de latence", qui se traduit par une longue période, après la Première Guerre mondiale, de reflux des préoccupations cliniques et thérapeutiques et de "désert institutionnel" spécifique.

- Enfin, une troisième étape qui voit la constitution des champs cliniques et institutionnels spécialisés, l'alcoologie dans les années 1960 et l'intervention en toxicomanie dans les années 1970.

La concordance des questions éthiques sous-jacentes aux approches médicales et sociales

Il serait abusif de prétendre en quelques lignes résumer cette histoire dans les deux domaines. Mais il ressort de lectures historiques un premier élément qui pèse et pèsera jusqu'à aujourd'hui sur chacun de ces deux champs : la réprobation sociale, l'opprobre, l'exclusion et les préjugés moraux dont sont victimes les "alcooliques" et les "toxicomanes". Les médecins et les équipes appelés à s'en occuper ne pourront guère s'émanciper de ce contexte.

Dans le domaine de l'alcool, cela se traduira notamment par un flou total de la médecine française vis-à-vis de la classification des différents types d'alcoolisme. Cette pathologie sera longtemps réputée incurable et rangée parmi les causes de "dégénérescence". L'émergence d'une conception de l'alcooldépendance comme maladie sera très longue à venir, et les pathologies dues à l'alcool seront essentiellement vues à travers les complications somatiques survenant à long terme (cirrhose du foie, syndromes neuropsychiatriques, etc.). Il n'existera, à quelques rares exceptions près, aucune structure hospitalière spécialisée pour alcoolique (3). Une grande part des initiatives d'entraide auprès des personnes alcooliques proviendra d'initiatives privées, soit d'églises, soit de sociétés de tempérance laïques ou de mouvements d'anciens buveurs. Cela se poursuivra jusqu'aux années 1960.

Si, pour la toxicomanie, il n'a pas existé jusqu'à une date récente de mouvement d'usagers, les quelques structures spécialisées qui ont été créées par des médecins à la fin du XIX^{ème} siècle en région parisienne sont restées isolées et ont à peu près toutes disparues entre les deux guerres mondiales. Le "désert français" (3) n'est donc pas moins grand dans le domaine des toxicomanies. Le rejet

des toxicomanes n'est pas moins violent non plus. Seule différence notée par tous les observateurs de l'époque, avant l'arrivée des jeunes marginaux de l'après 1968 : ces morphinomanes ou héroïnomanes viennent de classes sociales aisées et sont peu nombreux, alors que l'alcoolisme touche toutes les catégories sociales, mais plus particulièrement les quartiers les plus pauvres et les populations prolétariées.

Les questions éthiques sont évidemment très présentes tout au long des débats sur les législations et les règlements (prohibition ou libéralisation), mais tout particulièrement dans ce qui touche les traitements et les libertés individuelles des personnes dépendantes. Car un problème spécifique est posé aux médecins et aux lieux de soins : qu'est-ce qui légitime la société et le soignant comme puissance de contrainte pour obliger un individu à changer son comportement ? Jusqu'où peut aller cette prise de contrôle de la personne et comment éviter la confusion entre traitement et punition ? L'alcoolisme ou la toxicomanie sont-ils assimilables à la maladie mentale et à son irresponsabilité ?

Ces questions traverseront singulièrement les structures spécialisées : asiles pour alcooliques ou centres de postcure, selon les appellations des différentes époques. À ce titre, les débats qui ont présidé à la création de l'unique asile spécial français "pour la séquestration des ivrognes d'habitude" sont très illustratifs (3). Et il est à noter que les réponses données seront sensiblement les mêmes : en dehors d'épisodes de délire aigu, les conduites d'addiction ne sont pas assimilables à la maladie mentale, le sujet conserve une part de responsabilité, y compris lorsqu'il est dépendant, et c'est en s'appuyant sur sa motivation que l'on peut l'aider à changer son comportement, toute dérogation à la liberté individuelle dans le cadre du soin ne peut donc ressortir que d'un contrat librement consenti et que peut rompre le patient à tout moment.

La constitution des champs clinico-institutionnels sur la base d'une même approche médico-psychosociale

La constitution des champs spécifiques est le fruit, peut-on dire, de "l'après-guerre". Sur le plan éthique, cela ne sera pas sans conséquences : l'expérience de la Shoah et des camps d'extermination nazis sera présente dans la vie et l'œuvre des deux concepteurs de l'alcoolologie et de la toxicomanie, Pierre Fouquet et Claude Olievenstein, ce qui les rendra particulièrement rétifs aux violations des libertés individuelles et attentifs aux risques de déshumanisation par la ségrégation et l'enfermement.

Mais l'après-guerre est aussi l'époque où s'amorce la désinstitutionnalisation, avec l'arrivée d'outils pharmacologiques permettant la mise en œuvre de traitements ambulatoires. Cela va avoir de profonds retentissements sur toute la psychiatrie avec la commercialisation des premiers neuroleptiques, puis de multiples

autres psychotropes. Les retentissements ne seront pas moindre sur l'alcoolisme et la toxicomanie aux opiacés.

Pour la toxicomanie, il s'agit de l'invention, dans les années 1960, des techniques substitutives (essentiellement la méthadone). Techniques qui auront du mal à s'imposer, surtout en France. Dans le domaine de l'alcoolologie, il s'agit des techniques aversives. Celles-ci avaient vu le jour dans les années 1930 avec l'apomorphine, mais ce sera surtout l'introduction du disulfirame, au début des années 1950, qui va révolutionner le traitement, puisque les structures qui s'occupent d'alcoolisme, et qui commencent à se créer ici ou là, instaurent pratiquement toute la cure de disulfirame comme traitement standard. C'est dans cette période que la "cure de désintoxication" prend figure de mythe et de rite de passage obligatoire pour la guérison. Un mythe auquel la toxicomanie n'échappera pas et qui verra une traduction législative dans la loi de 1970.

La constitution des champs spécifiques s'opère, paradoxalement, à un moment où la psychiatrie dite "de secteur" s'était vue officiellement confier des missions hors les murs de l'asile, y compris dans "la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie". C'est que, dans un cas comme dans l'autre, il s'agissait de s'émanciper de cette "tutelle" de la psychiatrie, dans la mesure où elle se montrait à la fois impropre à traiter l'ensemble des problèmes liés à l'usage de l'alcool ou des "stupéfiants" et plutôt mal adaptée, voire rejetante, envers les patients alcooliques ou toxicomanes.

Cette émancipation s'est néanmoins opérée différemment. D'un côté, l'alcoolologie naissante s'est appuyée sur un abord nutritionnel et diététique permettant de parler – dans un pays culturellement très attaché au vin – de la consommation d'alcool "courante" et pas seulement de l'alcoolisme des "gros buveurs". De l'autre, la constitution d'espaces cliniques spécifiques pour les toxicomanes s'est accompagnée d'une rupture avec l'institution psychiatrique jugée inapte à les accueillir dans leur souffrance singulière et incapable d'entendre le phénomène drogue en tant que mode d'expression de la jeunesse d'alors.

Ainsi, dans les années 1970, on assiste d'un côté à la création du premier réseau institutionnel spécialisé dans le domaine de l'alcool avec la naissance des Centres d'hygiène alimentaire (où se côtoient médecin et "visiteurs sociaux"), alors que, pour les toxicomanes, se créent d'un autre côté des lieux expérimentaux (dénommés *free clinic*, puis centre d'accueil ou centre de postcure) dont les principes mis en avant comme l'anonymat et la gratuité des soins visent à les constituer comme espaces protégés de toute intrusion répressive, dont les personnels sont peu qualifiés initialement et plus souvent militants sociaux que médecins.

Un parallèle peut également être fait quant aux deux figures emblématiques qui ont fortement marqué la naissance de ces deux champs : Fouquet pour l'alcoolologie et Olievenstein dans le domaine des toxicomanies. Deux personnalités différentes mais proches sur bien des aspects et qui ont ouvert la voie à deux

champs anthropologiques, cliniques et institutionnels que l'on peut qualifier l'un et l'autre (selon l'expression de Fouquet lui-même) d'"enfants adultérins de la psychiatrie". Leur approche est similaire en ce qu'elle est fondamentalement humaniste et qu'elle utilise le même triptyque : l'écosystème entre l'individu, l'alcool et l'environnement pour Fouquet, la rencontre entre une personne, un produit et un moment socioculturel chez Olievenstein. C'est sur ce triptyque que va se développer un modèle tri-varié commun, dit bio-psychosocial, que l'on retrouvera à peu près en même temps Outre-Atlantique, particulièrement au Québec.

Des paradigmes fondateurs néanmoins très différents

Les paradigmes fondateurs sont néanmoins très différents pour des raisons qui tiennent essentiellement aux relations des différentes substances et de leurs modes de consommation avec la culture. Paradoxalement, si ce qui a prévalu n'est pas tant la substance consommée qu'un mode d'approche adapté au phénomène de consommation, à ses modes d'expression pathologiques et aux significations humaines et sociales qu'il s'est agi de faire entendre contre les préjugés, c'est cette adaptation des modalités d'appréhension qui est certainement à l'origine des différences paradigmatiques initiales.

Du côté de l'alcoologie, les intervenants sont confrontés à la nécessité de "débanaliser" l'attitude sociale face à l'alcool sans stigmatiser un produit totalement intégré dans la culture. Nous avons vu que c'est cette contrainte qui est à l'origine de l'assimilation du problème de l'alcool à une question d'hygiène alimentaire. L'influence des associations "d'anciens buveurs" – ou mouvements d'entraide – y est d'emblée particulièrement puissante et acceptée. De même, les liens avec la médecine somatique vont de soi dans la mesure où les médecins généralistes et les services hospitaliers sont directement et massivement confrontés à la prise en charge des complications de l'alcoolisme. Pour autant, l'approche "globale", c'est-à-dire incluant la prévention, les soins et l'intervention sociale, mais aussi globale car à l'intersection de multiples disciplines, bien que présente dès les premiers textes fondateurs de l'alcoologie française, n'aura de traduction institutionnelle hors champ hospitalier (4, 5) qu'à travers le difficile développement des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA, institués par l'article 72 de la loi Aubry).

De l'autre côté, pour "l'intervention en toxicomanie", le premier paradigme est celui de la rupture politico-institutionnelle et de la reconnaissance d'une signification politico-culturelle à ce que l'on appelle les "nouvelles toxicomanies". C'est précisément, en effet, sur la mise en exergue de "nouvelles toxicomanies" parmi les jeunes et sur leur signification d'un mal-être dans la société que repose l'émergence d'une anthropologie clinique de la toxicomanie. Dans cette naissance du "phénomène de société" désigné sous le terme générique de "la drogue", trois ingrédients

sont au premier plan : les jeunes, leur mal-être et de nouvelles substances. Les notions d'éducation, d'interdit, de "rapport à la loi" et de la dialectique marginalisation-réinsertion y tiennent donc une place centrale.

Si l'alcoologie s'est beaucoup appuyée sur le concept d'alcoolisme-maladie ("*disease concept*") pour émanciper ces souffrances du domaine du vice et de la morale, les intervenants en toxicomanie ont, au contraire, généralement développé une critique de ce concept de maladie appliqué à la toxicomanie, faisant valoir une approche clinique non réductible à la santé et à la médecine, et la valeur symptomatique de l'abus de substances interdites. Ceci est l'une des raisons du succès, dans les années 1980, d'une conception psychodynamique "du toxicomane" très influencée par la psychanalyse et focalisée sur "la problématique du sujet", à distance à la fois du biologique et du social.

La survenue du sida va provoquer de profonds chamboulements et imposer l'urgence de "se plier" aux impératifs de la santé publique, notamment celui de se rapprocher des usagers ne pouvant ou ne souhaitant pas interrompre leur consommation, mais ayant besoin de soutiens spécifiques pour "réduire les risques" de cet usage. Ce n'est que dans cette dernière période que des alliances nouvelles (et pour une part conflictuelle) se sont nouées avec la médecine et avec les associations d'usagers qui commencent à se constituer.

Ceci constitue cependant un facteur de convergence essentiel, et l'on peut dire que la "réduction des risques" représente paradoxalement un élément fédérateur : il ne s'agit plus de se focaliser sur le pourquoi de la toxicomanie et sur l'abstinence ("n'y touchez pas ou plus"), mais de s'intéresser à la consommation pour en diminuer les dommages induits. Ce qui laisse entendre, peu ou prou, que certaines consommations peuvent être à moindre risque. Du coup, la prévention change de centre de gravité : il ne s'agit plus seulement d'empêcher la consommation (prévention primaire), mais d'accompagner les consommations aussi précocement que possible pour en limiter les conséquences nocives.

Ainsi, en plus d'un siècle d'histoires parallèles, ces évolutions respectives ont conduit les deux champs à s'enrichir des mêmes dialectiques et des mêmes influences théoriques, à se méfier des mêmes réductionnismes et, finalement, à se retrouver sur une approche pluridimensionnelle commune, bio-psychosociale. Une approche également attachée à une éthique, éthique du sujet et de sa liberté, face au déversement d'idéologies morales et de croyances souvent désastreuses dans un domaine qui touche à la définition de limites des conduites individuelles et sociales.

Deux histoires dont les évolutions sont très imbriquées à celle des représentations dans l'opinion publique et des mesures législatives prises par les responsables politiques. Leurs différences se trouvent précisément dans ce domaine des représentations et apparaissent entièrement déterminées par la culture, une culture

qui est en pleine évolution notamment dans ce qui touche au rapport des hommes et des substances pharmacologiques. Sans cette inscription dans leurs contextes, les deux histoires comme l'actuel rapprochement sont inintelligibles.

Les aspects cliniques

Les cliniques des conduites d'alcoolisation et des toxicomanies ont en commun d'être récentes, à la recherche de concepts fédérateurs et de savoirs essentiels, et d'être en quête d'une légitimité scientifique. Elles sont également toutes les deux fortement soumises aux évolutions culturelles et législatives, ainsi qu'aux représentations sociales, nous venons de le souligner. C'est en tout cas de ces "lectures", des regards qu'elles induisent et des modèles qu'elles véhiculent dont dépendent les stratégies de prévention et de traitement, les typologies des structures de soins et la cohérence de l'ensemble. Ce d'autant que les manifestations auxquelles elles s'intéressent sont polysémiques, fluctuantes et soumises à de nombreux facteurs.

Nous avons vu que les deux cliniques se sont développées jusqu'ici de façon parallèle mais sur des approches très voisines. Peuvent-elles alors se fondre dans une même "clinique des addictions"? Ce serait probablement les dénaturer, au moins en partie, mais il n'en paraît pas moins nécessaire de créer dès aujourd'hui des passerelles permanentes, afin d'échanger des données et de partager des voies de réflexion et d'action communes. D'autant qu'apparaissent des problématiques à l'intersection des deux et dont aucun ne peut prétendre avoir seul la clé.

Pour être opérante, cette démarche de collaboration et d'interaction exige des cliniciens qu'ils acceptent de mettre mutuellement en question leurs présupposés et leurs pratiques en se donnant pour objectif de construire les bases communes à partir desquelles pourront se dégager des aspects plus spécifiques à telle ou telle conduite addictive. Cela va au-delà de l'élaboration du langage commun qu'appelaient de ses vœux le plan triennal 1999-2001 de la MILDT.

Les éléments qui forment une base commune

Des facteurs individuels communs

Les travaux de l'INSERM sur les dépendances (étudiant, sur plusieurs années, 600 personnes alcooliques, toxicomanes ou présentant des troubles des conduites alimentaires, en comparaison d'un groupe témoin de 600 sujets) confirment que les éléments psychopathologiques considérés comme facteurs favorisants (l'impulsivité, la dépressivité, la recherche de sensations, etc.) se retrouvent dans l'ensemble des conduites addictives.

Des significations communes

Les travaux cliniques sur les conduites à risque chez les adolescents ont mis en évidence combien les surconsommations de

substances psychoactives ont une fonction dans le contrôle de la distance relationnelle. *"La relation addictive colmate ce qu'il y a de plus conflictuel mais aussi de plus investi dans le besoin relationnel"* et la conduite addictive représente *"une défense contre une dépendance affective perçue comme une vulnérabilité dépressive et plus profondément comme une menace pour l'identité du sujet et une aliénation à ses objets d'attachement"* (6). Dans le même sens, il a été fréquemment souligné que les problématiques de séparation/individuation sont, sur le plan psychogénétique, au cœur des processus d'addiction, et constituent de ce fait *"une trame commune à la prise en charge de tous ces patients quelle que soit la spécificité de leur conduite addictive"* (7).

Cet abord psychopathologique transversal a déjà été développé par un certain nombre d'auteurs, la plupart psychanalystes, insistant surtout sur la souffrance psychique qui préexiste à la conduite de consommation et qui trouve dans l'acte addictif un "substitut à un manque de satisfaction sexuelle" (Freud), un "bouclier" (Rado), un "coupe-circuit dans l'élaboration des affects" (MacDougall), "une autoconservation paradoxale" (Le Poulichet). Cette conception correspond en tout cas à une donnée assez unanimement reconnue par les cliniciens de toutes les addictions : leur dimension autothérapeutique. D'où un rapport étroit, même s'il n'en est pas moins complexe, entre le recours "abusif" à des substances et les troubles psychiques, voire toutes les formes de comorbidités psychiatriques.

La problématique de l'assujettissement

La problématique de l'assujettissement ("la perte de la liberté de s'abstenir", pour reprendre les mots de Fouquet) constitue sans doute l'élément clinique commun le plus central sur lequel se concentrent la plupart des théories et sur lequel butent les approches soignantes. Une problématique consubstantielle à la notion même d'addiction, celle-ci renvoyant dans son étymologie à l'état d'esclavage et à la contrainte par corps, donc à "la lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même" (MacDougall). Cela induit un mode de relation entre l'individu et son addiction qui l'accapare et qui imprime en grande partie son vécu, ses relations sociales et son histoire.

L'histoire naturelle d'une addiction

Sur le plan de l'histoire naturelle d'une addiction, c'est-à-dire la trajectoire individuelle de l'usager, les différentes étapes par lesquelles il passe, depuis l'initiation, l'usage régulier jusqu'à la dépendance et la rechute puis l'arrêt de la consommation, les similitudes apparaissent également évidentes. Il convient néanmoins de souligner que ce constat ne vaut que pour les cas de conduites addictives où une dépendance s'est installée et que cet itinéraire s'observe selon des formes qui peuvent être sensiblement différentes. Pour autant, cette temporalité détermine une scansion parfois assez proche dans les prises en charge : accueil, projet d'abstinence, préparation du sevrage et sevrage, postcure, suivi, prévention de la rechute sont des séquences diversement formalisées qui restent sous-jacentes à l'organisation du projet

thérapeutique de nombreuses équipes soignantes pour la prise en charge de personnes dépendantes.

Ce même parallèle peut être fait, dans une certaine mesure, en matière d'évolution et de pronostic qui dépendent davantage de facteurs de personnalité et d'environnement social que du comportement d'addiction en tant que tel (8). Toutefois, cela n'est vrai qu'abstraction faite des complications liées à la toxicité propre de chaque produit et type de consommation (infections virales chez les injecteurs, cirrhose du foie ou neuropathie chez l'alcoolique, par exemple). Abstraction qui semble pour le moins théorique dans la mesure où ces complications émaillent et influencent grandement l'évolution comme le pronostic vital.

Le traitement

Sur le plan du traitement, les similitudes de trajectoires des personnes dépendantes – et de leur “lutte contre une partie d'eux-mêmes” – déterminent des proximités dans les traitements qui leurs sont proposés. Tous les modèles thérapeutiques sont assez convergents sur ce point, mais ce sont les approches cognitivo-comportementales qui ont le plus formellement construit un mode de traitement commun à toutes les conduites addictives aux différentes substances concernées. En définissant d'abord sa finalité (améliorer la qualité de vie), mais aussi dans ses objectifs intermédiaires : la “maturation motivationnelle”, l'aide à l'arrêt de la consommation du produit, le traitement des troubles associés (cognitifs, relationnels, sociaux et psychiatriques) et la prévention de la rechute.

Les seules différences mentionnées portent sur les pharmacothérapies utilisées pour le sevrage et la prévention de la rechute (9). Encore que, sur ce point, des expérimentations sont menées sur des techniques pharmacologiques dites “addicto-lytiques”, qui visent des mécanismes neuro-biologiques communs aux addictions. Cette voie a été récemment amorcée, mais de façon empirique, avec l'utilisation de la naltrexone pour favoriser le maintien de l'abstinence chez les alcoolodépendants et les dépendants aux opiacés.

On peut également remarquer que, même si ce point ne fait pas l'unanimité, beaucoup de cliniciens sont convaincus qu'une personne dépendante d'une substance ne peut s'extraire de cette dépendance qu'en s'abstenant totalement et définitivement de la consommer. Ce qui ne veut bien entendu pas dire que l'abstinence est un impératif pour tous les usagers, ni que des dépendances ne peuvent pas s'aménager (comme c'est le cas avec les traitements de substitution opiacés, par exemple). Cette question de l'abstinence est en tous les cas l'une de celles qui sont les plus fréquemment soulevées à l'heure actuelle lorsque des équipes des deux champs commencent à se rencontrer.

La neurobiologie

Sur le plan neurobiologique, un consensus scientifique existe sur le fait que la plupart des substances psychoactives agissent sur les circuits neuronaux dits “de la récompense” en activant les

neurones de l'aire tegmentale ventrale et leurs projections dopaminergiques d'un côté sur le cortex préfrontal et de l'autre sur le noyau accumbens. Les phénomènes d'auto-administration chez l'animal et les mécanismes de renforcement semblent également comparables. De plus, il apparaît que, quelle que soit la substance en cause, les phénomènes de dépendance reposent sur (ou provoquent) des perturbations de ces circuits neurochimiques, en particulier la voie dopaminergique mésolimbique. Cette dépendance se traduit, à l'arrêt de la consommation, par un syndrome de sevrage dont l'expression symptomatique et l'intensité sont différentes selon le produit en cause.

Si tout ceci plaide en faveur d'une activité neurobiologique commune à toutes les substances psychoactives et paraît de nature à éclairer l'un des déterminants communs à l'ensemble des conduites addictives, cette activité ne saurait pour autant résumer à elle seule la totalité de l'action pharmacologique de ces substances, ni conduire à amalgamer toutes ces conduites.

Les éléments qui déterminent des spécificités

S'il est donc peu contestable que la clinique des addictions comporte une sorte de tronc commun, il n'en reste pas moins que de nombreuses distinctions et différences existent, plus ou moins prononcées et mouvantes, mais dont il est fondamental de tenir compte, ne serait-ce qu'en termes d'objectifs et de méthodes pour l'efficacité de l'approche préventive et thérapeutique.

En matière d'épidémiologie et de santé publique

L'épidémiologie montre que les populations d'usagers des différentes substances se chevauchent de plus en plus, mais sont encore loin de se superposer. C'est ce qu'indiquent de nombreuses études. Citons, par exemple, une enquête portant sur les appels au service national d'accueil téléphonique, *Drogues alcool tabac info service*, qui montre qu'un critère aussi simple que celui de l'âge de l'appelant induit des différences marquées. Plus les tranches d'âge sont basses (adolescence) plus les appels concernent le cannabis et l'ecstasy, alors que, plus l'appelant est âgé, plus l'appel concerne l'alcool, le tabac et les médicaments (10). Parallèlement, l'étude de la population de nouveaux consultants des CCAA de l'ANPA montre que l'association du cannabis et des autres drogues illicites avec l'alcool concerne avant tout les plus jeunes (11).

Il est manifeste que les impacts en termes de prévalence, de morbidité et de mortalité ne relèvent pas de la même échelle : les mésusages de l'alcool sont, chaque année, à l'origine de plusieurs dizaines de milliers de décès et de nombreuses hospitalisations (environ une hospitalisation sur trois en service de gastroentérologie, par exemple), la toxicomanie n'est impliquée que dans quelques centaines de décès tout au plus et la morbidité induite, bien que peu étudiée, apparaît elle aussi nettement inférieure. Cependant, ces différences reposent avant tout sur celles des

niveaux de prévalence des consommations, et ces données sont susceptibles d'évoluer brusquement comme cela s'est produit avec l'épidémie de sida parmi les toxicomanes, relayée aujourd'hui par l'importante prévalence du virus de l'hépatite C.

Au niveau des représentations

Dans les représentations, bien que de façon discordante avec l'épidémiologie, la différence est également très marquée : l'alcoolisme reste perçu comme la conséquence d'un mauvais usage d'un bon produit, alors que la toxicomanie l'est comme le résultat d'un usage d'un produit foncièrement mauvais, "la drogue" (5). Ces représentations ont de multiples retentissements, en particulier celui de charger l'alcoolique du poids d'un opprobre (12) et d'une particulière culpabilité qui induisent et expliquent en partie cette tendance au déni que beaucoup considèrent comme un trait spécifique ("non, je bois comme tout le monde").

À l'inverse, le toxicomane surprend par sa propension à revendiquer sa toxicomanie en tant que jeu avec des choses interdites et qui font peur, et la réprobation sociale s'abat avant tout sur "la drogue" et sur le *dealer*, pourvoyeur de "poison". Cette représentation explique aussi pourquoi le modèle épidémique ("la drogue fait le toxicomane" et les usagers répandent leur mal par prosélytisme) a connu un grand succès dans le domaine des toxicomanies alors qu'il est absent dans celui de l'alcoolisme. On voit combien la culture et les représentations sociales infiltrent, voire déterminent, non seulement les comportements sociaux, mais aussi les modes de pensée clinique et les conceptions théoriques.

Or beaucoup de signes indiquent que ces représentations sont en train de fortement évoluer. Chacun le perçoit et peut l'interpréter à la lecture de travaux anthropo-sociologiques, comme ceux d'Ehrenberg (13) : nos consommations de substances s'étendent à la plupart des activités humaines, les enjeux économiques et géopolitiques sont considérables, nos frontières se troublent entre drogues et psychotropes, entre licite et illicite, entre recherche hédoniste de confort voire de sensations, soin et dépendance.

Mais personne ne peut prédire jusqu'où ces changements peuvent aller – distribuer l'héroïne ? légaliser le cannabis ? interdire le tabac ? etc. – sans provoquer de réaction et de retour de balancier. Il semble bien qu'à l'exemple de ce qui se dessine avec l'extension de la consommation de psychosomatiques et de drogues de synthèses, on assiste à des changements irréversibles et du même coup historiques. Ceux-ci ne pourront que conduire à des modifications des cadres législatifs et des réglementations, dont certaines s'amorcent déjà, comme l'indiquent les changements en matière de règles de prescriptions, dans un sens d'élargissement (pour les opiacés de substitution, le cannabis dans un avenir plus ou moins proche, etc.) ou, à l'inverse, dans un sens restrictif (pour certaines benzodiazépines ou certains produits "dopants", par exemple).

Sur le plan neurobiologique

Si la consommation de substances psychoactives fait intervenir des systèmes neurochimiques identiques quelle que soit la substance et si "l'exposition à un produit semble augmenter les risques de tolérance et/ou sensibilisation aux autres", le maintien du comportement d'usage et l'adaptation des circuits neuronaux dépendent quant à eux du mode d'action de chaque substance (14). Et ils dépendent au moins également de l'expérience liée au produit, des éléments environnementaux qui s'y associent, des valeurs et des attentes qui s'y rattachent et qui s'inscrivent dans la mémorisation neuronale de cette expérience (15).

Ces processus permettent de comprendre que si les effets de "centration de l'existence autour de l'expérience du produit" (16) procèdent de mécanismes comparables, cette centration et les modes de vie attenants ne sont pas identiques selon les produits. Au-delà (ou en deçà) des voies d'action communes, les différentes substances agissent diversement sur le système nerveux central. Ces spécificités doivent être mieux connues car elles font partie des facteurs qui influencent l'expérience vécue par le sujet, son rapport au produit, donc la clinique et, par voie de conséquence, les choix des modalités thérapeutiques (par exemple, pour le traitement de sevrage, pour l'utilisation de médicaments de substitution, etc.) (17).

Phénoménologie clinique

Dans un abord phénoménologique de la clinique, il est très important de souligner que la centration de l'existence sur une substance modèle le rapport au monde et plonge le sujet dans un univers fortement associé à ce produit et à son image sociale. Ainsi, peut-on constater que, lorsqu'il y a conduite de dépendance, même si celle-ci est émaillée de polyconsommations, cette dépendance s'organise pratiquement toujours autour d'un produit principal ou dominant. Plus cette dépendance s'installe et s'intensifie, plus le sujet est lié à l'univers du produit ("mon alcool" disent volontiers les alcoolodépendants), et plus son rapport au monde est modelé par cette expérience intérieure et sociale, plus son identité y est également attachée.

En d'autres termes, le parcours de vie du sujet est en grande partie déterminé par l'addiction à un produit plutôt qu'un autre et par les spécificités de celle-ci comme les dommages qu'elle induit, les besoins qu'elle génère, le style de vie qu'elle imprime. De même, les rapports avec les institutions, les types de soins éventuellement entrepris, etc., seront adoptés par le sujet pour autant qu'ils peuvent s'intégrer au "monde" du produit.

Or le monde de "la drogue" et celui de l'alcool sont différents à bien des égards. Le monde de "la drogue" n'existe d'ailleurs que dans un imaginaire de non consommateurs car cet amalgame n'a plus guère de sens pour la plupart des usagers tant il est devenu pluriel : par exemple, un individu focalisé sur l'usage de drogues de synthèse aura le plus souvent des attaches avec le milieu festif

et ne se sentira d'aucune manière assimilable à ceux qui sont "dans la came".

Au niveau des complications

Dans le domaine des complications psychiatriques et somatiques, il existe un certain nombre de distinctions qui tiennent aux effets psychodysléptiques ou au potentiel intoxicant propres à chaque substance. On sait, par exemple, que l'abus de cocaïne s'associe fréquemment à des attaques de panique et à des dysphories, ou que des pharmacopsychoses se rencontrent le plus souvent lors de surconsommation d'hallucinogènes, alors que les troubles psychiatriques induits sont beaucoup moins fréquents avec les opiacés.

Les troubles psychiques préexistants sont essentiellement la dépression (environ 30 %) pour la dépendance à la cocaïne, aux opiacés ou au tabac, alors qu'ils sont nettement moins présents chez les sujets devenant alcooliques. Chez ces derniers, les troubles dépressifs sont secondaires dans 80 % des cas (18).

En matière de thérapeutique

Sur le plan thérapeutique, les particularités découlent logiquement de celles de la clinique qui viennent d'être énoncées. En premier lieu, il convient d'insister sur la nécessaire prise en compte de la dimension culturelle (ou "contre-culturelle") intrinsèque à chaque conduite d'usage de substance psychoactive. Cette prise en compte va induire des modalités spécifiques de rencontre et d'accompagnement qui ne sont pas un "verniss" destiné à mieux faire admettre l'intervention soignée dans une certaine population, mais constitue la base même du soin. Celui-ci devant partir du postulat que le sujet doit être respecté tel qu'il est, là où il en est et dans sa libre intentionnalité.

Les répercussions spécifiques de chaque substance et mode de consommation, en termes de dépendance, d'effets psychomodificateurs et de complications somatiques, vont également déterminer des adaptations de la thérapeutique. Pour ces raisons, des traitements comme ceux tournés vers la substitution ou vers l'abstinence, le recours à des médicaments psychotropes, à des prises en charge institutionnelles ou à des groupes d'entraide, par exemple, ne vont pas occuper la même place ni s'effectuer dans les mêmes cadres ou avec les mêmes outils.

Aux caractéristiques respectives des produits, en termes de psychoactivité, d'addictivité et de nocivité, s'ajoutent l'existence de systèmes de régulation culturelle et les réglementations des produits et de leurs usages pour déterminer les objectifs communs de prévention des usages à risque et leurs déclinaisons spécifiques. En effet, si, du côté de l'alcool, ces éléments permettent de penser qu'une grande majorité de la population peut en consommer modérément, sans encourir de dommage notable, et si une hypothèse similaire est de plus en plus admise en matière de cannabis, cela ne peut être applicable ni pour toutes les sub-

stances ni en toute circonstance (âge, mode de consommation, dose de principe actif, etc.).

Ces questions qui touchent à la définition des seuils d'apparition des risques pour chaque substance demandent à être examinées au-delà des préjugés et des catégories définies par les lois et conventions internationales dont on sait qu'elles ne recouvrent que très imparfaitement ces notions de dangerosité réelle. Les réponses à ces questions sont en effet capitales notamment pour apporter des représentations sur des usages à risque qui, non encore associés à un quelconque dommage d'ordre physique, psychique ou social, n'en recèlent pas moins un potentiel de passage progressif et insidieux à l'usage nocif. De ces éléments découle, en effet, une véritable politique de réduction des risques dont on mesure combien l'objectif général et commun à toutes les substances exige une mise en œuvre adaptée dans ses méthodes et ses moyens, selon les produits et la nature des problèmes de santé publique qu'ils posent.

Quel avenir pour l'addictologie ?

Depuis plus d'un siècle, c'est-à-dire depuis la naissance des catégories incertaines des "passions" de l'alcool (l'alcoolisme et l'alcoolomanie) et des toxiques (les toxicomanies), un mouvement dialectique des concepts et des pratiques tente de saisir une réalité clinique et humaine à la fois dans sa singularité et dans son appartenance à un ensemble plus vaste de pathologies ou de comportements. Rappelons à ce sujet que la notion de toxicomanie est née, à la fin du XIX^{ème} siècle, d'une volonté de quelques cliniciens de globaliser dans une même entité des consommations nocives de différentes substances. Il s'agissait de dépasser les séparations d'alors entre morphinomanie, cocaïnomanie, éthéromanie, etc., mais aussi de dessiner une nouvelle figure pathologique caractérisée par l'« impulsivité » et l'« incurabilité » : le toxicomane.

Il en est du terme addiction comme de tous les mots qui prennent une valeur paradigmatique dans des conditions historiques données : en bénéficiant d'un engouement soudain, ils lèvent des pesanteurs de la pensée et rendent possible des regards collectifs nouveaux, mais ils doivent aussi éveiller la prudence car leur extension comporte forcément des abus de pouvoir explicatif et génère d'autres zones d'ombre (19). Il nous semble néanmoins que le développement des notions d'addictions (au pluriel) et d'addictologie présente des intérêts décisifs et comporte certains dangers que nous ne saurions passer sous silence. Les premiers l'emportant aujourd'hui nettement sur les seconds.

En termes de plus-value, l'addictologie apporte selon nous au moins trois éléments de progrès :

- La défense commune de valeurs éthiques centrées sur la personne, le respect de ses libertés fondamentales et de sa dignité, et le combat indivisible contre toute forme de discrimination,

notamment celles qui se cachent sous le masque de la science, de la médecine et de ses diagnostics.

- L'élargissement du regard clinique porté sur ces conduites au-delà de l'approche focalisée sur le produit qui avait prévalu jusque-là. Cet élargissement constitue l'approche la plus conforme aux pensées des fondateurs de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie en France. Une approche plurifactorielle et transdisciplinaire dont la problématique est avant tout systématique en ce qu'elle s'intéresse aux liens entre les trois éléments du triptyque : la personne, la substance, la société.
- Le décloisonnement de l'abord de réalités cliniques complexes aux fortes similitudes permet une approche sociale et médicale plus appropriée des phénomènes qu'ils traduisent. Il permet aussi de privilégier les savoirs acquis et la recherche de connaissances nouvelles sur des principes pré-établis et les idéologies qu'ils alimentent. Il permet enfin de mettre en commun des moyens, des outils de prise en charge et des savoir-faire préventifs ou thérapeutiques.

En contrepoint, quels sont les risques que l'on peut craindre de l'addictologie ? Nous en pressentons également trois, d'inégale importance :

- Noyer dans un "grand tout" toutes les particularités, toutes les significations spécifiques et toutes les tentatives identificatoires que manifestent une grande part des conduites addictives. Pour cette raison, l'amalgame qui se traduirait en pratique par des guichets et des structures uniques est à rejeter.
- Consacrer une pathologisation et une médicalisation excessives de pratiques et de questions qui sont avant tout sociales et dans lesquelles les représentations psychiques et les choix de vie opèrent au moins autant que les vulnérabilités biologiques et les médicaments. Cette hégémonie médicale, à nos yeux très abusive mais certainement possible, sonnerait la défaite des sciences sociales et les approches psychodynamiques ou psychosociales et aurait pour conséquence de rendre impossible toute appropriation par la communauté sociale des questions sous-jacentes (la recherche du plaisir, la place de la pharmacologie dans nos quotidiens, etc.). Pour empêcher cette funeste perspective, il revient aux dispositifs pluridisciplinaires déjà en place de produire une pensée théorico-pratique à la hauteur des enjeux.
- Diminuer les moyens attribués par l'État aux dispositifs sanitaires et préventifs dans les différents champs, au prétexte de se satisfaire de l'addiction et de la mise en commun des moyens existants, sans répondre aux insuffisances que connaissent ces différents dispositifs.

S'engager dans la constitution d'un champ commun des addictions ne procède pas seulement d'une évolution de l'approche clinique et thérapeutique, il s'agit aussi d'une redéfinition des objectifs de santé publique et, en conséquence, d'un changement de politique qui implique des modifications législatives et structurelles profondes. Il serait irréaliste de vouloir poursuivre le redéploiement des systèmes de prévention et de soin, et de vouloir faire évoluer les mentalités sans que l'État ne mette en œuvre de façon visible ces changements. Cela passe par l'inscription de ces

changements dans la législation. À commencer par les modes d'élaboration et d'évaluation de politiques publiques qui vont devoir également être réunies dans une seule et même politique visant les addictions. La révision des statuts légaux des différentes substances et surtout des différents types d'usage est également une urgence si l'on veut sortir de la confusion.

Aujourd'hui, le développement des dispositifs ne peut plus se concevoir de façon séparée, dans des logiques autonomes. L'organisation et la planification doivent être conçus globalement, mais une telle politique doit aussi créer les conditions d'une mise en œuvre adaptée, diversifiée et coordonnée, et donc locale. Cette adaptabilité est d'autant plus nécessaire que, répétons-le, les conduites addictives constituent un phénomène dont la dimension historique, sociale et culturelle est fondamentale.

Schématiquement, trois pôles d'acteurs sont impliqués dans la prévention et les soins des problèmes liés aux pratiques de consommation de substances psychoactives :

- Un pôle généraliste composé de médecins, d'acteurs de santé (pharmaciens, centres de santé, etc.), d'associations et de travailleurs sociaux non spécialisés mais jouant très souvent un rôle dans la trajectoire des usagers car au plus près d'eux, dans leur quartier, leur quotidien, notamment pour l'accès aux soins ainsi que le repérage qui en est la condition,
- Un pôle médico-psychosocial spécialisé constitué d'institutions et d'équipes pluridisciplinaires spécifiquement formées et implantées dans le tissu social, ayant une fonction de pôle de référence et de proximité, notamment pour les prises en charge les plus complexes, et de pôle de ressources pour les partenaires non spécialisés,
- Un pôle hospitalier réunissant les moyens et les soignants qui, dans chaque hôpital et dans les différents services, doivent pouvoir répondre, de façon adaptée mais non spécifique, aux pathologies principalement aiguës liées aux conduites addictives.

La mise en réseau de ces trois pôles doit empêcher toute primauté de l'un sur les deux autres et organiser des coopérations pratiques, une coordination dont le centre, comme on a coutume de le répéter, doit être le patient. Il est en effet capital que ce mode d'organisation permette une multiplicité des "portes d'entrée" des usagers dans le système de soins et qu'il préserve une approche décloisonnée intégrant ses dimensions sociale, psychologique et médico-biologique.

Quelle que soit l'addiction concernée, il est également nécessaire que le dispositif offre une large palette d'outils permettant aux uns et aux autres de s'inscrire dans une démarche de soin individualisée. Des systèmes de coopération permanente, en particulier en matière de prévention mais aussi de programmation, d'évaluation et de recherche, sont à mettre en place. À ces conditions, le développement de l'addictologie répondra aux attentes et constituera un progrès indéniable. ■

A. Morel

Alcoologie et intervention en toxicomanie.

Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement

Alcoologie et Addictologie 2002; 24 (45) : 105-195

Références bibliographiques

- 1 - Favre JD, Morel A. La notion d'addiction peut-elle fédérer les sociétés et la presse spécialisées? Communication au colloque de la Société Française d'Alcoologie; Des addictions à l'addictologie; 18-20 octobre 2000; Paris. Non publiée.
- 2 - Morel A, Favre JD, Rigaud A. Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre points communs et spécificités. *Alcoologie et Addictologie* 2001; 23 (3) : 393-403.
- 3 - Hillemand B. Lectures alcoologiques, aperçus historiques. *Alcoologie* 1995; 17 (45).
- 4 - Rigaud A. La notion d'intersectorialité en psychiatrie adaptée au domaine de l'alcoolisme. *Alcoologie* 1986; 18 (1) : 47-58.
- 5 - Craplet M. Éloge de l'alcoologie et naissance de l'addictologie. *Alcoologie et Addictologie* 2000; 22 (3) : 185-183.
- 6 - Corcos M. Les conduites de dépendance à l'adolescence : aspects communs et aspects spécifiques. Texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions. 2000. Non publié.
- 7 - Vénisse JL (Dir.). Les nouvelles addictions. Paris : Masson, 1991.
- 8 - Jeammet P. Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique. In : Padieu R et al. Dépendance et conduites de consommation. Les éditions de l'INSERM, 1997 : 33-56.
- 9 - Aubin T. Traitement des patients souffrant de conduites addictives (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments) : aspects communs et aspects spécifiques. Texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions. 2000. Non publié.
- 10 - Cohen B. Aspects communs et spécifiques aux appels concernant l'alcool et les drogues. Texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions. 2000. Non publié.
- 11 - Rigaud A, Facy F. Aperçus épidémiologiques sur les polyconsommations étudiées dans la population des consultants des CCAA. Communication à la journée ANIT-INSERM en collaboration avec l'ANPA; 8 décembre 2000; Paris. Sous presse.
- 12 - Rigaud A. Réflexions sur la problématique alcoolique à propos d'une contre-attitude soignante : l'opprobre (*die verpönung*). *L'information Psychiatrique* 1987; 63 (1) : 35-41.
- 13 - Ehrenberg A. La fatigue d'être soi, dépression et société. Paris : Odile Jacob, 1998.
- 14 - Daoust M. Aspects communs et spécifiques des diverses substances psychoactives. Approches neurobiologique, cellulaire et moléculaire. Données expérimentales. Texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions. 2000. Non publié.
- 15 - Tassin J. Drogues, dépendance et dopamine. *La Recherche* 1988; (306) : 48-53.
- 16 - Morel A, Hervé F, Fontaine B. Soigner les toxicomanes. Paris : Dunod, 1997.
- 17 - Morel A, Boulanger M, Hervé F, Tonnelet G. Prévenir les toxicomanies. Paris : Dunod, 2000.
- 18 - Adès J, Lejoyeux M. Aspects communs et spécifiques aux diverses substances psychoactives dans le champ des classifications, des traits de caractère et des comorbidités psychiatriques. Texte destiné au groupe de travail de la MILDT relatif aux aspects communs et aux aspects spécifiques aux différentes addictions. 2000. Non publié.
- 19 - Jacquet MM, Rigaud A. Émergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques. In : Le Poulichet S. Les addictions. Paris : PUF, 2000 : 11-79.