

Addiction

Classification et ressources externes

CIM-10 F1x.2

L' **addiction**, ou **dépendance** est, au sens phénoménologique, une conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire. Le sujet se livre à son addiction (par exemple: utilisation d'une drogue, ou participation à un jeu d'argent), malgré la conscience aiguë qu'il a — le plus souvent — d'abus et de perte de sa liberté d'action, ou de leur éventualité.

L'anglicisme *addiction* est au sens courant souvent synonyme de toxicomanie¹ et désigne tout attachement nocif à une substance ou à une activité.

Le terme d'**assuétude**, également noté bien que peu utilisé, a un sens similaire sans toutefois être aussi négatif (assuétude au chocolat mais dépendance à la cocaïne). Il complète la panoplie des termes français évitant l'usage de cet anglicisme à l'orthographe peu commune.

Les problèmes engendrés par une addiction peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial, et social. La dégradation progressive et continue à tous ces niveaux rend souvent le retour à une vie libre de plus en plus problématique.

En psychanalyse, le terme d'addiction est utilisé de manière plus large dans la mesure où il relève plus d'une attitude intrapsychique, d'un mécanisme, plutôt que des moyens pour y satisfaire. Des mécanismes parallèles peuvent intervenir dans les déterminants comme celui d'une anorexie mentale.

L'addiction se rapporte autant à des conduites telles que le jeu compulsif, la dépendance au jeu vidéo ou à Internet², les conduites à risques ou la pratique d'exercices sportifs inadaptés entraînant un syndrome de surentraînement qu'à la dépendance à des produits comme l'alcool, le tabac ou les psychotropes.

Étymologie et introduction

Le terme addiction est d'étymologie latine, *ad-dicere* « dire à ». Dans la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient *dits* à leur Pater familias. L'addiction exprime une absence d'indépendance et de liberté, un esclavage.

Être addicté était au Moyen Âge une obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement à payer son créancier par son travail suite à une ordonnance d'un tribunal.

Par la suite, dans la langue anglaise, dès le XIV^e siècle, *addiction* a pu désigner la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis se rapprocher peu à peu du sens moderne, en désignant des passions nourries et moralement répréhensibles.

Toujours en langue anglaise, le mot *addiction* est totalement intégré dans le langage populaire pour désigner toutes les passions dévorantes et les dépendances par exemple : c'est un *sex-addict*. C'est cette popularité du terme chez les anglo-saxons qui explique son ambiguïté : les psychiatres anglophones hésitent souvent à l'utiliser (il a été retiré du DSM-IV, au profit du terme de « dépendance »).

C'est Sigmund Freud qui le premier a utilisé le terme en illustrant un « besoin primitif » (lettres à Wilhelm Fliess) qui fait partie de la condition de tout être humain : l'infans est dépendant de sa mère pour sa survie. C'est de cet état primordial qui aurait mal évolué que dériveraient les « addictions ».

Karl Abraham en 1908, Sandor Rado en 1933, Otto Fenichel en 1945 et Herbert Rosenfeld en 1968 sont des analystes qui ont contribué à enrichir la définition du terme en l'approfondissant. Il s'agissait pour eux d'en analyser les mécanismes inconscients, pulsionnels, régressifs et autres du point de vue théorique et clinique. Isy Pelc, psychiatre belge, lui préfère le terme d'assuétude. Le concept général d'addiction est théorisé par le psychiatre Aviel Goodman en 1990 qui définit l'addiction comme « un processus par lequel un comportement,

qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par (1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et (2) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) »³, ce concept fait toujours l'objet de nombreuses controverses, certains chercheurs considèrent que les addictions comportementales ne comportent pas le syndrome de sevrage et la rechute caractéristiques des addictions aux substances psychoactives⁴.

Classification

Article détaillé : Classification des psychotropes.

La dépendance est un état pathologique où l'organisme est incapable de fonctionner physiologiquement en dehors de la consommation de la substance responsable. Le sevrage est un syndrome apparaissant chez un dépendant lorsqu'il ne peut consommer la dite substance. Le terme dépendance ne doit pas être confondu avec le terme addiction.

La dépendance est un des facteurs servant à évaluer la dangerosité des produits psychoactifs. Elle s'estime par l'énergie dépensée pour parvenir à l'abstinence et par les efforts déployés pour se procurer le produit. Elle varie selon deux facteurs importants : les propriétés du produit (propriétés pharmacologiques de sensibilisation et d'accoutumance, mode de consommation, concentration, etc.) et la prédisposition de l'utilisateur (personnalité, antécédent d'usage, trajectoire personnelle, etc.)⁵.

En 1975, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la dépendance comme : « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) présente l'addiction comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an. Les autres symptômes incluent :

- une tolérance (ou accoutumance) qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial.
- un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- une incapacité à gérer sa propre consommation, l'utilisateur consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait.
- des efforts infructueux pour contrôler la consommation.
- un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit.
- les activités sociales, culturelles ou de loisir sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne.
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Tolérance et sevrage constituent la dépendance physique, et ne recouvrent que deux critères sur 7. Il est donc possible d'être dépendant au sens du DSM sans avoir développé de tolérance physique.

La Classification internationale des maladies (CIM-10) présente la toxicomanie comme la manifestation d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée.

- un désir compulsif de consommer le produit.
- des difficultés à contrôler la consommation.
- l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).
- un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.

- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

En août 2011, l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) propose une nouvelle définition de l'addiction. La dépendance est une maladie chronique du cerveau, un syndrome qui va au-delà d'un problème comportemental lié à l'excès de drogues, d'alcool, de jeux, de sexe ou de nourriture etc.⁶.

Types de dépendance

Il existe deux types de dépendance¹. Le premier est la dépendance physique. C'est un état dans lequel l'organisme assimile à son propre fonctionnement la présence d'un produit développant des troubles physiques parfois graves en cas de manque (non-présence du produit dans l'organisme), l'ensemble de ces troubles constituant appelé le syndrome de sevrage. La dépendance physique résulte des mécanismes d'adaptation de l'organisme à une consommation prolongée et peut s'accompagner d'une accoutumance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour éprouver un même effet.

Le second implique la dépendance psychique, qui se subdivise en deux sous-groupes :

- la dépendance psychologique : désir insistant et persistant de consommer qui peut parfois se traduire par des manifestations psycho-somatiques (véritables douleurs physiques sans cause physiologique). La dépendance psychologique est bien plus liée aux caractéristiques des individus (états affectifs, styles de vie) qu'au produit lui-même. Des exemples de dépendance psychologique très répandues sont la dépendance au travail, à l'activité physique ou intellectuelle, qui peut parfois aboutir au surmenage. Un terme anglo-saxon la désigne sous l'appellation « *workaholic* » ;
- la dépendance comportementale : correspond à des stimulations générées par les habitudes ou l'environnement, facteur de rechute.

Mécanisme

Longtemps considérés comme un trait de caractère marqué par l'absence de volonté, les mécanismes psychiques de l'addiction sont maintenant mieux connus et l'on^[Qui ?] commence à distinguer de mieux en mieux les centres du cerveau impliqués par la dépendance même si ces recherches restent très complexes à interpréter. Le schéma tiré du béhaviorisme met de son côté en évidence le dysfonctionnement du système de récompense qui serait le pivot des phénomènes de dépendance.

De nombreuses études neurophysiologiques ont montré le rôle central qu'occupait le système de récompense / renforcement dans le phénomène de l'addiction⁷. Ce système fonctionnel est basé sur un réseau neuronal constitué de projections dopaminergiques, principalement, qui relie différentes zones et structures cérébrales, et en particulier l'aire tegmentale ventrale (ATV ou VTA en anglais) au noyau accumbens. En situation non pathologique, ce système sert à fournir la motivation nécessaire pour la réalisation de comportements adaptés à la survie (alimentation, reproduction,...), et renforce et conditionne ces comportements par l'intermédiaire de l'activation "de sensations de plaisirs". Cependant, il semble que dans l'addiction le système de récompense soit détourné et devienne générateur de modifications de comportement. Ce détournement résulterait de modifications neurobiologiques causées par la consommation chronique de substances addictives. Parmi ces modifications, des changements de l'expression de certains gènes, des changements de la morphologie neuronale ou de la plasticité synaptique et particulièrement dans les processus de type mémorisation (LTP/LTD) ont été mis en évidence, mais ne sont pas encore compris dans une vision globale de l'addiction⁸.

L'interprétation psychanalytique repose sur la question de développements ontogénétiques relatifs à la satisfaction des besoins (faim, amour, etc.) et à leur intrication avec la pulsion sexuelle (libido) et la destructivité. Freud dans la deuxième topique a tenté d'élucider la compulsion de répétition comme une manifestation de la pulsion de mort. Ses successeurs ont repris ces théories sous l'angle des relations d'objet (*L'Absence* de Pierre Fédida) ou l'ordalie comme mécanisme inconscient à la base du jeu entre vie et mort.

Les données issues d'études familiales, de jumeaux ou encore d'adoption montrent une héritabilité significative de l'ensemble des addictions, variant de 30 % à 60 % selon les travaux (estimée à 55 % pour l'alcoolodépendance)⁹. Les gènes précisément en cause, leur rôle et leur nombre restent toutefois à déterminer. Ces

facteurs génétiques interagissent avec de nombreux facteurs environnementaux dans le déterminisme des addictions.

De nombreuses théories psychiques, neurologiques et biologiques tentent d'expliquer les mécanismes de l'addiction et celui des dépendances. L'explication simple du cycle défini par la régulation d'endorphines internes et externes est insuffisante et dépassée. Toutes les études^[réf. nécessaire] sont en faveur d'un rôle central de la dopamine, au sein de la voie mésolimbique. Toutefois, ces mécanismes sont susceptibles d'être modulés par de nombreux autres.

Traitements

Le traitement vise d'abord l'abstinence pour le toxicomane, grâce à un sevrage obtenu par différents moyens, avec ou sans traitement de substitution, en milieu hospitalier ou ambulatoire, avec ou sans soutien d'une psychothérapie. Ces modalités concernent essentiellement les personnes dépendantes aux opiacés jusqu'aux années 1980, où la politique change pour l'ensemble des traitements.

L'apparition du SIDA et la nécessité de lutter contre sa propagation entraînent le traitement des héroïnomanes dans le champ médical des épidémies. Les traitements de substitution par la méthadone prennent le pas sur toute autre forme de thérapie. On^[Qui ?] commence à parler de politique de réduction des risques en privilégiant une approche sanitaire par notamment la distribution des seringues, l'élargissement des indications de substitution avec la méthadone, voire de la distribution contrôlée d'héroïne dans certains pays (Suisse, Angleterre, Canada) avec mise à disposition de locaux d'injection encadrés par du personnel paramédical.

Jusqu'à l'apparition et la reconnaissance de l'importance du SIDA et de sa propagation par le partage de matériels d'injection, les traitements de la toxicomanie furent l'objet de nombreuses controverses. Pour certains^[Qui ?], les opiacés sont nécessaires aux toxicomanes via une analogie avec le diabétique et son insuline. Il s'agit alors de distribuer largement la méthadone qui doit stabiliser la toxicomanie en aidant les patients à sortir de l'illégalité et en leur permettant d'accéder à une certaine autonomie. Pour d'autres^[Qui ?] à la suite de Claude Olievenstein, cette « toxicomanie légale » ou « médicalisée » remplace une aliénation par une autre. Pour eux, le but doit être d'aider les toxicomanes à sortir de leur dépendance en retrouver leur liberté. Il s'agit aussi de contrer les sectes et communautés thérapeutiques dont certaines préconisent un déconditionnement brutal.

L'apparition du SIDA va favoriser la mise en place de méthodes visant à limiter la transmission du virus, reléguant au second plan la question et la signification psychologique et sociale de la toxicomanie.

C'est aussi depuis cette époque qu'il est plus question de dépendance et que cette catégorie s'étend à toutes formes de conduites et/ou d'abus. Certains^[Qui ?] pensent que cette extension a l'inconvénient de jeter le trouble sur la question du point de vue psychopathologique et qu'il n'est pas évident d'établir le lien entre les « besoins » d'un *addict* aux jeux vidéo ou à internet, et un cocaïnomanes ou un alcoolique. Ces deux approches sont à l'origine d'une controverse parfois virulente.

La plupart des pays ont établi une planification des soins souvent surtout basés sur des mesures législatives plus ou moins répressives et des grandes campagnes d'information et de prévention. En France, c'est la Mildt qui prépare les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et veille à leur application, sous l'autorité du Premier Ministre¹⁰.

Critères d'addiction

Ils sont nombreux et varient autant que les points de vue et références théoriques qui les sous-tendent. Mais la plupart d'entre eux sont construits sur le modèle dit « *Bio-Psycho-Social* » qui renvoie aux aspects biologiques (potentiel addictogène du produit, éventuel antécédent génétique), aux aspects sociologiques (contexte, environnement familial, scolaire, etc.) et aux aspects psychologiques (personnalité du sujet).

Par exemple, et selon le modèle mécaniciste d'Aviel Goodman, psychiatre Américain :

- Impossibilité de résister à l'impulsion de passage à l'acte.

- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Soulagement ou plaisir durant la période.
- Perte de contrôle dès le début de la crise.
- Présence d'au moins trois des sept critères suivants qui définissent la dépendance:
 - Existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt (dépendance physique, non obligatoire)
 - Durée des épisodes plus importants que souhaités à l'origine.
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - Diminution du temps passé avec les autres
 - Poursuite du comportement malgré l'existence de problèmes psychologiques ou de santé
 - Tolérance marquée, c'est-à-dire besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

Termes associés

- Le *craving* (de l'anglais, « désir ardent, appétit insatiable ») est le désir compulsif de reproduire le comportement d'addiction après une période d'abstinence.
- Souvent associé aux symptômes physiques du sevrage des opiacés, le *manque* a une définition plus large : c'est un état temporaire où l'individu dépendant ressent une sensation de vide qui pourrait être comblé par l'accomplissement du comportement addictogène.
- L'*aliénation* est la dépossession de l'individu et la perte de maîtrise de ses forces propres au profit de puissances supérieures.

Différences avec la dépendance

Bien que le terme addiction soit souvent utilisé comme synonyme de dépendance, il existe en réalité une nuance entre ces deux concepts. Comme cela a été montré plus haut, le concept de dépendance fait intervenir deux notions : la dépendance physique (tolérance et sevrage, critères 1 et 2 du DSM-IV) et la dépendance psychique ou comportementale (critères 3 à 7). En pratique spécialisée, la tendance consiste à utiliser le terme d'addiction pour ne désigner que le volet comportemental du phénomène de dépendance (Lusher et al. Clin J Pain 2006).

Cette nuance permet, par exemple, de distinguer les situations problématiques réelles lors de traitements médicamenteux prolongés par certains médicaments addictogènes. Pour illustration, les patients douloureux chroniques, traités par analgésiques opioïdes au long cours, développent des critères de dépendance physique (à savoir une tolérance et, en cas d'arrêt brutal, un syndrome de sevrage) mais ces manifestations sont considérées comme normales et le prescripteur ne cherche pas spécialement à les éviter (la "dépendance" du patient est attendue comme une manifestation physiologique normale). En revanche des manifestations de dépendance psychique/comportementale (c.-à-d. de l'"addiction") sont considérées comme indésirables et l'objectif est de les éviter (l'addiction du patient, elle, n'est pas attendue).

Exemples

Voici une liste non exhaustive des substances addictives :

- Cocaïne
- Opiacés
- Amphétamines
- Cannabinoïdes
- Alcool éthylique
- Tabac
- Somnifères
- Sucre
- Antidépresseur

À cela s'ajoutent les dépendances sans produit, ou dépendances comportementales :

- les Jeux vidéo
- le jeu pathologique
- l'achat compulsif (les troubles du comportement d'achat)
- les troubles des conduites alimentaires (TCA)
- les dépendances affectives et l'addiction sexuelle
- la dépendance au travail, dite workaholisme ou ergomanie
- les dérives sectaires

Notes et références

- ↑ ^a ^{et} ^b Le phénomène addictif : mieux le connaître pour mieux le combattre [archive], *senat.fr*
- ↑ Dépendance face à internet, aux jeux vidéo [archive]
- ↑ **(en)** Aviel Goodman, « Addiction : Definition and Implications », dans *British Journal of Addiction*, vol. 85, n^o 11, novembre 1990, p. 1403-1408
- ↑ Eric Loonis, *Notre cerveau est un drogué, vers une théorie générale des addictions*, Presses Universitaires du Mirail, 1997, 274 p. (ISBN 2858163057)
- ↑ Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale (française) de lutte contre les drogues illicites [archive] - Sénat français, 3 juin 2003
- ↑ Communiqué de l'ASAM, 2011 [archive]
- ↑ Steven E. Hyman and Robert C. Malenka. (2001). Addiction and the brain : The neurobiology of compulsion and its persistence. *Nat. Rev. Neurosci.*, 2(10):695-703. Review
- ↑ Eric J. Nestler. (2001). Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nat. Rev. Neurosci.*, 2(2):119-28. Review
- ↑ M. Reynaud, D. Bailly et J-L. Vénisse, *Médecine et addictions: Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?*, Elsevier Masson, 2005 ; p.109
- ↑ http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/plan_mildt_20082011final_v16.pdf [archive] MILDT - Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (pdf, 1,2 MØ)

Bibliographie

- Michel Hautefeuille, Dan Véléla, *Les Addictions à Internet. De l'ennui à la dépendance*, Paris, Payot, 2010, ISBN 978-2-228-90551-0
- Michel Reynaud & Amine Benyamina, "Addiction au cannabis", Paris, Flammarion, Medecine-Science, 2009
- Michel Hautefeuille, *Dopage et vie quotidienne*, Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2009, ISBN 978-2-228-90439-1
- Catherine Audibert, *L'Incapacité d'être seul. Essai sur l'amour, la solitude et les addictions*, Paris, Payot, 2008, ISBN 978-2-228-90296-0
- Sandor Ferenczi, *Sur les addictions*, Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2008, ISBN 978-2-228-90338-7
- Pascal Hachet, *Les toxicomanes et leurs secrets*, L'Harmattan, 2007, ISBN 978-2-296-03464-8
- François Duparc, Christian Vasseur, Jean Cournut, Guy Cabrol, *Les conduites à risque: Au regard de la psychanalyse*, Ed.: In Press, 2006, ISBN 978-2-84835-096-7
- Marc Valleur, Jean-Claude Matysiak, *Les addictions*, Paris, Armand Colin, 2006
- Michel Reynaud, *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion, 2006, ISBN : 2-257-12004-3
- George Koob, Michel Le MOAL, "Neurobiology of Addiction, Academic Press, 2005
- Joyce McDougall, *L'Économie de l'addiction*, *Revue française de psychanalyse*, 2/2004
- Marc Valleur, Jean-Claude Matysiak, *Les nouvelles formes d'addiction*, Paris, Flammarion, 2003
- Fernando Geberovich, *No satisfaction. Psychanalyse du toxicomane*, Albin Michel, 2003, ISBN 978-2-226-13311-3
- Éric Loonis, *Théorie générale de l'addiction*, Paris : PubliBook, 2002.
- Michel Reynaud, *Usage nocif de substances psychoactives*, Paris : La Documentation française, 2002, ISBN : 2-11-005024-1
- Lydia Fernandez, Michelle Catteeuw, "Clinique des addictions", Nathan Université, 2002
- Éric Loonis, *Notre cerveau est un drogué*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 1997

- Pierre Fédida, « L'Addiction d'absence. L'Attente de personne » in *Clinique des toxicomanes*, Erès, 1995, ISBN 978-2-86586-362-4
- Claude Olievenstein, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Le livre de Poche, 1988
- A. Charles-Nicolas, « Passion et ordalie » in *Le Psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Dunod, 1981
- Sandor Ferenczi, *L'Alcool et les névroses*, 1911, répons au Prof. Eugen Bleuler
- Sigmund Freud, *Un peu de cocaïne pour me délier la langue*, Max Milo, ISBN 978-2-914388-81-8
- D^r William Lowenstein, *Ces dépendances qui nous gouvernent, comment s'en libérer ?*, ISBN 978-2-7021-3584-6
- Lusher J, Elander J, Bevan D, et al. Analgesic addiction and pseudoaddiction in painful chronic illness. *Clin J Pain*. 2006;22:316-24.

Liens externes

- Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A)
- Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions (Albatros CERTA)