

Bases cliniques et conceptuelles des soins en addictologie

الأسس العيادية والمفهومية لعلاج الإدمان

يشكّل علم الإدمان مقاربة جديدة لسوء استعمال المواد، ومنهجية تتطرق إلى السلوكيات الإدمانية، والخصائص العقاقيرية لبعض المواد المحددة، والنواحي الاجتماعية الثقافية. ومن أجل غايات علاجية، يعتبر الإدمان مرضاً ويتركز الاهتمام على حاجات المريض وهمومه. ويستهدف العلاج التعقيدات الجسدية ونواحي علم النفس المرضي والتعلق. وينظر إلى التعلق بالمخدرات على أنه فقدان السيطرة على النفس مقترناً مع علاقة معدلة للذات مع العالم.

يهدف العلاج إلى إعادة السيطرة وإعادة إدخال المريض في علاقة مع العالم من حوله تبعث على الرضى. أما الأهداف الأساسية فهي مساعدة المريض على الانقطاع أو الامتناع عن الاستهلاك بحسب المادة. كما وأنّ جهداً شاملاً للسيطرة على عوامل الخطر الاجتماعي الثقافي والبيئي الخاصة بالإدمان أمر أساسي، وذلك بغية تقليص مخاطر الانتكاسات. وبالتالي يمكن النظر إلى علم الإدمان على أنه مقاربة بيولوجية نفسية إجتماعية تركز بالدرجة الأولى على المريض كفرد.

Clinical and Conceptual Basis for Treatments in Addictology

Addictology is a new approach of substance abuse, a discipline that deals with addictive behaviors, pharmacological characteristics of specific substances and socio-cultural aspects. For therapeutic purposes, addiction is considered a disease, and attention is focused on patients' needs and concerns. Treatment is aimed at somatic complications, psychopathological complications and the dependence itself. Drug dependence is viewed as the loss of self-control coupled with an altered relationship of the self with the world.

Treatment aims at re-establishing control, and remodeling the patient into a satisfactory relationship to the world around him. The primary objectives are to help the patient either abstain or refrain from consumption depending on the substance. A global effort to control the socio-cultural and environmental risk factors of addiction is also essential in reducing relapse. Thus, addictology can be viewed as a bio-psycho-social approach, with the individual patient as the sole focus.

Le titre de cette communication peut paraître pompeux, mais il s'agit en réalité de tenter d'apporter quelques réponses aussi simples que possibles à une série de questions élémentaires pour tout soignant et pour toute personne qui s'intéresse aux problèmes posés par les comportements humains que l'on désigne aujourd'hui sous le vocable d'« addictions ». Notons au passage que l'utilisation de ce terme avec un sens très similaire en anglais et en français n'est pas le moindre de ses intérêts car il devrait permettre de faciliter les échanges internationaux dans ce domaine.

Voici les questions auxquelles nous allons essayer de répondre :

- I- Qu'est-ce que l'addictologie ?
- II- Qu'est-ce que soigner ?
- III- Qu'est-ce que l'on soigne en addictologie ?
- IV- Quels sont les objectifs des soins en addictologie ?
- V- Quelles sont les stratégies de soins en addictologie ?
- VI- Quelles sont les modalités de soins en addictologie ?

I - Qu'est-ce que l'addictologie ?

1) Une approche nouvelle

Cette approche est récente, tout au moins en France et dans de nombreux pays qui ont longtemps cloisonné les systèmes en fonction des produits (l'alcoologie, la tabacologie, l'intervention en toxicomanie...). Elle suppose des rapprochements entre ces secteurs professionnels et l'émergence de conceptions communes. Celles-ci sont d'autant plus nécessaires que les évolutions cliniques donnent de moins en moins de légitimité à ces cloisonnements : les polyconsommations et polydépendances (par exemple alcool-tabac-cannabis) ou les passages d'un produit à un autre sont de plus en plus fréquents. De plus, les avancées de la neurobiologie des substances psychoactives et de la dépendance apportent des arguments scientifiques et des éléments de compréhension aux similitudes cliniques observées depuis longtemps entre toutes les formes de dépendance.

2) Des bases cliniques

Les consommations de substances psychoactives sont une réalité universelle : celle de la recherche de plaisir et de mieux-être qui anime

les hommes en tout temps et en tout lieu. Avec l'évolution du monde et des techniques, les substances gagnent en pouvoir, en diversité, en puissance d'action et en attractivité.

Les consommations de substances psychoactives n'apportent donc pas que des souffrances et des pathologies. Cela est important pour comprendre les motivations des usagers et les difficultés de la prévention.

La consommation de substances psychoactives est un phénomène humain qui fait intervenir trois dimensions, trois types de facteurs interactifs : le contexte culturel et social, la personne de l'usager et le produit qu'il consomme.

La vraie question pour la clinique et la thérapeutique est de comprendre les processus biologiques mais aussi psychologiques et sociaux qui font qu'une pratique addictive fait passer le sujet du plaisir ou du mieux-être au mal-être et à la souffrance.

3) Un effort de définitions

La définition de l'addiction a suivi les chemins tracés par les psychanalystes britanniques et, plus tard, par Goodman qui a proposé, en 1990, un ensemble de critères diagnostiques qui font à peu près consensus. En France, la notion de pratiques ou de conduites addictives recouvre l'usage nocif (ou l'abus) et la dépendance à une substance psychoactive, selon les critères du DSM-IV. Nous verrons un peu plus loin quel contenu certains d'entre nous, en France, estiment nécessaire de donner en complément à cette définition de l'addiction.

La définition de l'addictologie correspond pour nous à un « champ d'investigation théorique et pratique centré sur les comportements auto-aliénants des être humains, les addictions, en particulier les pratiques de consommation de substances psychoactives pouvant engendrer des dommages et des dépendances. L'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...), mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'auto-modifier (pharmacologie, histoire des drogues...) et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle) »¹.

¹ *Dictionnaire des drogues et des toxicomanies*, Paris, Larousse, 2003.

L'addictologie ne se réduit donc pas à la clinique ou à la médecine des addictions. Ce n'est pas un domaine réservé de la médecine.

II – Qu'est-ce que soigner ?

Dès lors qu'elles provoquent des problèmes pour la santé des usagers, les drogues et leurs consommations doivent être un objet d'investigation clinique et thérapeutique, un objet de soins comme tout autre problème de santé. Cette position, au demeurant aussi logique qu'éthique, a du mal à être totalement acceptée tant le regard moral sur ce type de comportements pousse à chercher des réponses dans la loi sociale et à imposer une approche médico-juridique (soigner pour punir et, inversement, punir pour soigner).

1) Prendre soin et traiter

Pour que les addictions soient un objet clinique comme les autres, pour que les personnes concernées soient considérées comme des patients comme les autres, l'objectif premier des soignants doit être de préserver d'abord les liens sociaux encore existants (donc soigner dans le milieu de vie autant que possible) et de réduire les méfaits du comportement addictif, avant de prétendre à le faire cesser. La « réduction des risques » est un pilier essentiel de toute politique de soins envers les addictions.

2) Partir de ce que disent, montrent et demandent les personnes concernées

Dans ce domaine plus que dans tout autre, rien ne peut être valablement réalisé sans la participation et l'implication du sujet. Nous avons beaucoup à lutter contre la tendance qu'a la société – et nous avec elle – de considérer que la parole du sujet dépendant est, par définition, inauthentique (« manipulatrice » est le mot qui revient le plus) et donc sans valeur. Le point de vue dominant considère qu'il ne sait pas ce qui est bon pour lui. Nous croyons l'inverse: ce sont les usagers qui nous apprennent l'essentiel de ce que sont leurs difficultés, leurs souffrances, leurs besoins, leurs ressources et leurs capacités. L'ambivalence vis-à-vis de l'abstinence est une donnée clinique de toute personne dépendante, ce n'est pas un « manque de volonté ».

3) Définir la souffrance que l'on veut soulager et les causes qui la provoquent

Savoir ce que l'on veut soigner est un préalable à toute entreprise thérapeutique. Mais cette définition doit se faire par la méthode scientifique, à partir de l'observation clinique, c'est-à-dire sans jugement et sans a priori idéologique.

Ce qui permet d'éviter de se contenter de visions purement morales ou sociales, sans prendre en considération la réalité de ce que sont les processus addictifs.

III – Qu'est-ce que l'on soigne en addictologie ?

1) Les problèmes de santé

Les problèmes de santé liés à la consommation de substances psychoactives sont de différentes sortes mais peuvent se résumer par la règle des « 3 fois 3 » :

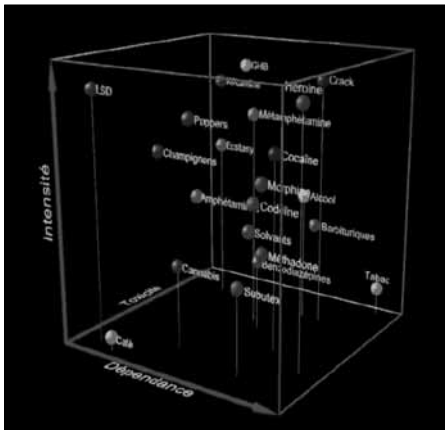
a) Trois types de dangers distinctes et indépendantes

Le profil pharmacologique de dangerosité que nous dénommons aussi le profil pharmaco-clinique est un modèle commun à toutes les substances psychoactives qui permet de caractériser les effets, en particulier négatifs sur la santé, de chacune d'elles, selon trois axes :

1. *la toxicité somatique de cette substance* (ou potentiel somatotoxique), c'est-à-dire sa capacité de provoquer des atteintes cellulaires,
2. *son pouvoir de modification psychique* (ou potentiel dysléptique), c'est-à-dire sa faculté de perturber les perceptions, les cognitions, l'humeur, la motivation, etc.,
3. *sa capacité de créer une dépendance* (ou potentiel addictif), qui dépend de son impact sur le système intracérébral de récompense.

La représentation en trois axes ci-dessous permet de figurer les différentes substances dans un cube où chacune est placée en fonction de ses niveaux de dangerosité propres. Par exemple, le tabac et l'héroïne sont placés tout deux au niveau le plus élevé sur l'axe du potentiel addictif, mais si l'héroïne est très haut sur l'échelle de l'action psychomodificatrice et très bas sur le potentiel de toxicité somatique, le tabac est en position inverse car peu psychomodificateur mais fortement somatotoxique.

Le profil de dangerosité pharmacologique



b) Trois types de complications

De ces trois axes de dangerosité pharmacologique découlent trois types de complications :

1. *les complications somatiques,*
2. *les complications psychopathologiques,*
3. *la dépendance.*

En fonction du degré de dangerosité potentielle propre à chaque substance sur chacun des axes, l'importance et la nature des complications seront évidemment différentes. Prenons quelques exemples : le cannabis a un potentiel addictif assez faible, mais il est un puissant modificateur psychique, ce n'est donc pas du côté de la dépendance que l'on trouvera les complications majeures, mais sur le plan psychodysléptique ; l'alcool présente un potentiel addictif plutôt moyen, mais réel à long terme, ce qui détermine des complications somatiques que l'on connaît bien, comme l'on sait que, sans dépendance, ce sont les modifications psychiques de l'ivresse qui sont susceptibles d'entraîner des conséquences négatives pour l'utilisateur.

c) Trois types de comportements d'usage

1. *l'usage simple,* usage ponctuel et sans risque pour la santé de l'utilisateur,

2. *l'abus*, usage ponctuel ou discontinu mais provoquant des dommages,
3. *la dépendance*, usage continu et jugé comme nécessaire par le sujet, même s'il lui occasionne des dommages.

La dangerosité pharmacologique pure d'une substance n'est en effet que théorique, la dangerosité réelle n'est pas seulement liée aux propriétés chimiques du produit considéré mais aussi à des pratiques de consommation. Dans le concret, comme l'a souligné depuis longtemps le modèle tri-varié (produit – individu – environnement), cette dangerosité est soumise à différents facteurs tenant à l'usager et à sa conduite de consommation :

- le mode d'administration, la dose utilisée, les produits associés,
- la vulnérabilité propre, somatique et psychique, du sujet consommateur,
- la solidité de ses liens sociaux.

Tout cela augmente ou minimise les risques et influe, dans une certaine mesure, sur le curseur placé sur chacun des trois axes. La dangerosité effective des substances psychotropes est également soumise aux systèmes de régulation sociale qui tendent à promouvoir des comportements censés, dans une certaine mesure aussi, augmenter les bénéfiques et diminuer les effets négatifs. C'est pourquoi nous parlons de *potentiel* de dangerosité (et non de dangerosité) à propos des substances.

Mais la question majeure de l'addiction est la dépendance.

2) *La dépendance*

a) *Qu'est-ce que la dépendance ?*

La dépendance recouvre deux notions essentielles et distinctes.

• *La perte de contrôle*

La dépendance, disait Pierre Fouquet, le fondateur de l'alcoologie française, c'est « perdre la liberté de s'abstenir ». Dans le même sens, le DSM-IV définit la dépendance à une substance par un ensemble de critères qui recouvrent les symptômes de la tolérance, les manifestations du sevrage et toutes les conséquences psychocomportementales et sociales de la perte du contrôle de la consommation. Nous savons que des processus biologiques sont à la base de cette perte de contrôle: la tolérance et la sensibilisation. Cette dernière détermine

une véritable mémorisation biologique et crée un état de besoin que l'on appelle « craving ».

• ***Une modification du rapport au monde***

Mais, parallèlement à cette dimension neurobiologique et médicale de la dépendance, existe aussi une dimension « positive » de l'exposition répétée aux effets du produit : la modification permanente de soi qui conduit à une transformation permanente et de longue durée de son rapport au monde. Celle-ci est rarement prise en compte pour la thérapeutique, et c'est un tort.

Une partie « positive » de la dépendance consiste en ce qu'elle change l'individu et lui confère même un sentiment d'identité autre, et en ce qu'elle crée un processus qui imprime jusqu'à sa trajectoire de vie. Ce vécu de la dépendance, nous l'avons appelé *centration* pour rendre compte d'une focalisation de l'existence de l'utilisateur non seulement sur le produit, ses effets et ses rites d'utilisation, mais également sur toute l'expérience qui accompagne cette consommation, tout l'univers subjectif qu'elle crée : un rapport au monde transformé qui affecte la relation au corps, la relation au temps et à l'espace et le rapport à autrui. Prendre la mesure d'un tel vécu permet de comprendre la difficulté particulièrement grande que rencontre le sujet dépendant pour renoncer au produit auquel sont attachés non seulement un plaisir et un apaisement, mais aussi un mode de gestion de soi, des conflits internes nés de sa propre histoire, des conflits avec l'extérieur. Une modification qui touche jusqu'à son profond sentiment d'être.

b) Comment soigner la dépendance ?

La reconnaissance de cette double dimension de la dépendance, à la fois perte de contrôle et mode d'adaptation, et du système de renforcement mutuel qu'entretiennent ces deux composantes, est fondamentale pour déterminer un ensemble d'interventions thérapeutiques coordonnées et efficaces. En résumé, il faut à la fois permettre de rétablir du contrôle et aider le sujet à trouver d'autres aménagements plus satisfaisants (mais pas moins), un autre rapport au monde que la « centration ».



• Rétablir du contrôle

Ici, l'aide sera principalement médicale, soit pour aboutir à l'abstinence, soit pour permettre une reprise de contrôle de la dépendance et vivre autrement avec elle.

Retrouver la liberté de s'abstenir, cela passe par une aide au sevrage et au maintien de l'abstinence.

Retrouver la liberté de vivre autrement, cela passe par une aide médicamenteuse pour « détacher » le vécu subjectif du sujet des effets du produit dont il est dépendant. C'est exactement ce que permettent d'opérer les traitements de substitution des opiacés : ils éloignent le sujet de l'environnement social des drogues et ils n'apportent plus d'euphorisation psychique massive. La dépendance est ainsi mise pharmacologiquement sous contrôle.

• Trouver un autre rapport au monde satisfaisant

C'est plus spécifiquement le domaine de l'action psychosociale qui vise à restaurer la capacité de penser, de négocier, de ressentir les émotions, et qui aide le patient à l'inscription dans le monde social.

Plus la dépendance est de longue durée, plus la substance est psychomodificatrice, et plus le rapport au monde est modifié. Cette partie de l'action thérapeutique va donc dépendre du sujet, de sa psychopathologie, du type de dépendance et de son ancienneté.

• *Évaluer l'addiction*

Seule une évaluation globale permet de définir un projet thérapeutique adapté à chaque situation individuelle.

L'échelle TMSF proposée par Lowenstein *et al.* en France est une adaptation simplifiée de l'ASI (Addiction Severity Index) qui donne une conception simple de l'ensemble des quatre domaines que doit recouvrir cette évaluation : la sévérité de la dépendance et de la toxicomanie (T), la gravité des problèmes médicaux somatiques (M), ceux du domaine de la socialisation et de l'insertion professionnelle (S) et ceux du registre psychique et psychiatrique (P).

IV – Quels sont les objectifs des soins en addictologie ?

Les objectifs des soins en addictologie sont multiples, et sont à mener généralement un par un, parfois successivement, dans différents ordres possibles, en fonction de la situation individuelle du sujet, des besoins qu'il manifeste et de ses motivations. Un objectif à la fois donc, qui suppose également une négociation – une parole échangée et clarifiante – entre le patient et le (ou les) soignant(s).

1) Diminuer les risques de complication

Il s'agit de l'accompagnement de l'usage, avant toute motivation à l'arrêt de cet usage, ou dans la période d'ambivalence par rapport à cet arrêt. La « réduction des risques » (harm reduction en anglais) n'est pas qu'une notion applicable à l'injecteur d'héroïne, même si c'est dans ce cadre qu'elle a fait preuve de son efficacité, notamment pour enrayer l'épidémie de sida en Europe grâce à l'accès aux seringues stériles. En tabacologie, en alcoologie aussi, consommer moins c'est mieux, et ne pas consommer n'importe comment, n'importe quand, c'est mieux aussi. Prévenir les dommages, c'est déjà « prendre soin » et cela nécessite un dispositif particulier dit « à bas seuil d'exigence », en tout cas proche, accessible, où l'on trouve aide pratique et conseils.

2) Traiter les co-morbidités et les complications

Cela peut constituer parfois le début du traitement : traiter un trouble psycho-pathologique, une atteinte hépatique ou neurologique... Cela

constitue en tout cas, pour le traitement de l'addiction elle-même, parfois une condition d'effectivité, et toujours un facteur d'efficacité. Cela est particulièrement évident, par exemple, pour les troubles dépressifs qui sont très fréquents dans toutes les addictions, et qui représentent un facteur de renforcement de la conduite addictive et un facteur de rechute.

3) Aider le sujet à se libérer de sa (ses) dépendance(s)

C'est le cœur du traitement de l'addiction elle-même: qu'il s'agisse d'obtenir et de maintenir l'abstinence, ou qu'il s'agisse de retrouver un contrôle de la consommation. Cette reprise de contrôle de la consommation paraît difficile pour les substances qui induisent une forte dépendance comme le tabac, l'héroïne ou l'alcool, mais plus envisageable dans certains usages de psychostimulants ou de cannabis par exemple. Mais, dans tous les cas, cette reprise de consommation comme le sevrage devra permettre et s'accompagner généralement d'un changement de vie et de rapport au monde.

L'aide à la motivation au sevrage, sa préparation, sa réalisation, son suivi sont ici les éléments fondamentaux de la prise en charge.

Mais on peut y ranger aussi des stratégies de maintenance avec des traitements de substitution comme la Méthadone ou la buprénorphine, qui constituent des stratégies d'abstinence avec assistance médicamenteuse pas moins respectables et souvent plus efficaces que des stratégies sans assistance médicamenteuse. Les aides psychosociales constituent également une dimension essentielle de ce traitement de la dépendance.

4) L'aider à se rendre moins vulnérable aux facteurs de risques

La prévention de la rechute, mais aussi l'effectivité du traitement (réaliser l'objectif poursuivi) tout au long du processus de soin suppose d'aider le sujet à identifier les circonstances et les divers facteurs de risques de la consommation, mais aussi les stratégies personnelles possibles pour éviter l'enlisement dans le comportement addictif, ou, en cas de sevrage, pour éviter d'y retourner. Domaine de l'accompagnement psychosocial (et parfois médical) selon des modalités et des méthodes très diverses.

V – Quels sont les axes stratégiques des soins en addictologie ?

Ces « axes stratégiques » sont en quelque sorte des principes de base pour toute prise en charge, une gamme de « sous-objectifs » des soignants, qui permettent de définir une mélodie particulière, un projet thérapeutique individualisé. Car ces axes stratégiques sont à privilégier, combiner et associer en fonction de la problématique de chaque personne.

1) S'appuyer sur la participation active et volontaire du patient

Cette participation active ne vient pas toujours de soi et nous savons qu'il y a pas mal de choses à faire pour renforcer la motivation, mais aussi pour installer et soutenir l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire ce lien invisible mais ô combien mobilisateur entre le soignant et le soigné.

2) Soutenir sa démarche de changement

Ce changement peut s'amorcer par le sevrage et l'abstinence (qui sont alors scandés par la pré-cure, la cure et la post-cure – pour reprendre des catégories encore utilisées mais qui nous viennent d'une époque où la « cure de sevrage » était le centre de toute stratégie de soins), ou se limiter à la recherche d'auto-contrôles pour une meilleure « gestion » de la consommation. Mais l'un ou l'autre changement constitue peu ou prou une redéfinition d'un projet de vie.

3) Offrir une continuité des soins et de relation, mais aussi des temps de rupture

La définition d'un cadre de soins vise en effet un double objectif : offrir à la fois une continuité de relation et des possibilités de moments de rupture. Continuité et discontinuité sont deux notions clés qui légitiment parfaitement ce que l'on appelle le « travail en réseau », celui-ci favorisant à la fois la cohérence et la collaboration entre différents acteurs, mais favorisant aussi des compétences différentes et des passages de l'un à l'autre sans que « moment de rupture » ne signifie rupture de la continuité des soins. Changer prend du temps, mais ce temps est rarement linéaire.

4) Viser sa revalorisation individuelle

Sachant que l'on part souvent d'un état de dévalorisation initiale (n'oublions pas la fréquence des états dépressifs dans le parcours), la revalorisation de soi (qui peut se traduire par une restauration psychique et/ou par une dynamisation d'un projet personnel) est souvent un élément déterminant pour l'amélioration du patient.

5) Favoriser ses apprentissages et ses capacités de choix

Se soigner est en effet synonyme d'apprendre quelque chose de soi et sur soi. Cela peut prendre différentes formes, mais on peut mentionner ici les modalités sur lesquelles travaillent des groupes cognitivo-comportementalistes : prévention de la rechute, affirmation de soi, etc. Il y en a d'autres.

VI – Quelles sont les modalités de soins en addictologie ?

1) L'intervention médicale

Cette intervention consiste globalement à « desserrer l'étau du besoin » pour permettre au sujet de se penser et d'agir autrement que par l'acte addictif. Il existe peu de médicaments spécifiques, mais les protocoles de traitements médicaux connaissent de très grandes évolutions depuis quelques années. Ces interventions médicales portent en particulier sur les complications somatiques et psychiques et la partie biologique de la dépendance (sevrage et substitution).

a) Pour l'aide au sevrage alcoolique

Il existe quelques médicaments utiles, mais ils ne le sont qu'en soutien à la relation soignante.

b) Pour la dépendance aux opiacés

Les traitements de substitution sont devenus, dans un grand nombre de pays occidentaux, le traitement de première intention, sachant que l'objectif peut se limiter à la réduction des risques, viser un sevrage à moyen terme ou une maintenance à très long terme, mais que l'accompagnement psychosocial joue un rôle déterminant dans leur efficacité.

c) Pour le cannabis, la cocaïne et les psychostimulants

Il n'existe rien de spécifique. Des recherches sont en cours.

d) Pour le sevrage tabagique

Les substituts nicotiques sont de plus en plus utilisés, leur efficacité pour diminuer la consommation de cigarette est incontestable, mais elle est plus discutée pour l'obtention d'un arrêt total du tabac.

On nous annonce des médicaments addictologiques qui influeraient sur l'appétence addictive en général et nous aurons sans doute dans l'avenir à adapter nos pratiques professionnelles à ces nouveaux outils pour qu'ils apportent le meilleur et non le pire. Car penser sa vie autrement ne peut se résumer à la prise d'un traitement médical.

2) L'intervention psychosociale

Nous avons vu pourquoi elle est essentielle et pourquoi, à nos yeux, elle est partie intégrante du soin. Des thérapies qui associent les approches psycho-dynamique ou cognitivo-comportementale et l'accompagnement socio-éducatif sont à développer. Plus globalement, nous avons à inventer une pluridisciplinarité pratique et adaptée à chaque patient.

Quels sont les objectifs spécifiques de ce type d'intervention ?

- *Restaurer la capacité de penser et d'agir* sur son existence
- *Comprendre et modifier les facteurs* qui participent à l'usage et qui empêchent le changement

Le succès des traitements médicaux dépend en grande partie de la qualité de l'intervention psychothérapeutique et sociale, ce qui démontre le caractère fondamental d'une conception transdisciplinaire et d'une pratique associant étroitement les trois grandes disciplines de la bio-médecine, de la psychologie et de l'action sociale. C'est le modèle « bio-psychosocial » de nos amis et cousins québécois auquel nous sommes aussi très attachés en France.

VII – Quelques conclusions

1) Une problématique dont la prévalence est croissante

Les problèmes de santé liés aux addictions constituent un enjeu de santé publique qui se mondialise. En France, près de 30 % de la mor-

talité précoce est imputable, directement ou indirectement, aux conduites addictives (tabac et alcool en tête).

2) Mieux soigner

À toutes les étapes, les soins doivent gagner en accessibilité, en crédibilité et en qualité.

Cela passe aussi par un changement dans les représentations sociales de ces phénomènes qui tendent à les considérer avant tout comme des problèmes de loi et de morale.

Si les soins proposés se montrent efficaces, sans conséquences sociales négatives (rejet, temps de traitement très long, nécessité de s'expatrier de son milieu de vie, coût trop élevé...), les individus seront d'autant plus favorables à y recourir précocement.

3) Des professionnels compétents

La qualité des soins repose en grande partie sur la compétence professionnelle des soignants et leur formation, en particulier pour prévenir les contre-attitudes (confrontation, fascination, rejet...).

4) L'exigence de pluridisciplinarité

Parmi les compétences requises, celle du travail en articulation avec les autres disciplines professionnelles est au premier plan. Ce doit être aussi un élément central d'organisation et de fonctionnement des dispositifs institutionnels de soins. Chaque discipline doit apporter sa contribution à l'objectif thérapeutique commun.

En addictologie, efficacité rime avec diversité, mais aussi avec cohérence.

5) Respect des personnes

Respect de l'individu, de son mode de vie, de sa culture, de ses capacités, de ses choix, de ses libertés. Aucun traitement des addictions n'est véritablement efficace si le patient n'en est pas le premier décideur et le premier acteur. C'est particulièrement vrai en démocratie.