

A qui profite l'addiction ?

Michel Hautefeuille - ajouté le 04/10/2004

Intervention au congrès de l'ASPST à Metz 21-22 Mars 2002

Quand on réfléchit au concept d'addiction, on est vite confronté à une sorte de fatras clinique, d'inventaire à la Prévert au sein duquel il va falloir, pour s'y retrouver, passer tout ça au crible, au tamis. Et donc le principal problème est de savoir quel type de tamis le vais bien pouvoir utiliser et en fonction de quoi. Quel sera au bout du compte la taille des mailles.

D'habitude lorsque je fais une communication, je pense à ce que vais y dire et ensuite j'en tire le titre. Mais là le sujet paraît tellement multiple, compliqué, riche, que j'ai donc commencé par la fin : le titre.

J'aurais pu par exemple choisir comme titre : "Addiction et désillusion", renvoyant ainsi d'une part à l'espoir clinique que représente un tel concept mais aussi au regret de le voir dilué, récupéré, perverti.

J'aurais pu prendre un ton plus politique avec un titre du genre : "Addiction, pouvoirs publics et restriction budgétaire".

Mais ne sachant choisir je me suis en fin de compte arrêté sur un titre qui englobe peut-être les deux précédents et qui est : "A qui profite l'addiction?".

On sait que l'addiction est une relation de dépendance plus ou moins aliénante, plus ou moins acceptée. Tout réside alors dans ce plus et ce moins. C'est ce plus et ce moins qui va colorier ce que l'on appelle le spectre des addictions dont on ne sait plus si ce terme de spectre renvoie à un dégradé de couleurs ou a une notion de fantôme qui viendrait hanter notre clinique et le discours politique. Ce qui ne va pas faciliter ce travail de tamisage, c'est que bien souvent ces conduites se présentent en association les unes avec les autres. La notion de comorbidité, ainsi que le souligne Vénisse, étant indiscutablement l'un des facteurs constitutifs de l'émergence du concept d'addiction.

Ainsi que le rappelle Marc Valleur, la première comorbidité concerne les overlaps, les recouvrements qui font que chaque addiction est le facteur favorisant de toutes les autres.

La comorbidité procède de cette dose de pathologique qui serait investi dans la toxicomanie ou dans d'autres addictions ou dans d'autres pathologies simultanément ou successivement.

Si j'avais retenu comme titre "Addiction, pouvoirs publics et restriction budgétaire", j'aurais été tenté de faire le parallèle avec ces budgets qui sont investis à un endroit, puis dont on retire 5% pour aller les mettre ailleurs. Aurait-ce été abusif de dire que nous souffrons de comorbidité budgétaire. Mais comme je n'ai pas choisi ce titre, bien évidemment je ne vous dis pas cela.

Pour revenir à la clinique, peut-être qu'une des façons de régler la taille des mailles de notre tamis serait de revenir sur les trois termes d'usage, d'abus et de dépendance. Comme le fait remarquer Nahoum-Grappe le terme d'abus ne relève pas du registre du médical ou du scientifique.

Cette notion porte en elle une part de condamnation morale. Condamnation morale qui sanctionnerait pour chaque conduite, ce moment particulier ou le plus devient trop, c'est à dire le moment de ce raccourci fulgurant où le quantitatif se transforme en qualitatif. Ou le trop ne renvoie plus à une espèce de notion comptable mais à une notion morale qui serait de l'ordre de la faute. Le trop, c'est la transgression de la norme, norme définie par ces pseudos conférences de consensus

social que notre société s'autoadministre en permanence, consensus dont Jean Dugarin rappelait qu'il était la forme moderne de l'autocensure.

La conduite addictive relèverait donc de la faute et serait à l'opposé de la normalisation. Rien de bien neuf dans tout cela.

Là où les choses se compliquent, c'est lorsque la transgression et la normalisation se confondent. A qui profite l'addiction?

Je prendrai un exemple qui part d'un tableau clinique qui n'a rien à voir avec la toxicomanie ou les addictions, mais dont le prétexte y conduit tout droit.

Ces dernières années ont vu apparaître une nouvelle maladie de l'enfant. Ce trouble appelé "Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD)" en anglais ou "Trouble hyperactif avec déficit d'attention" (THADA) en français, concernent des enfants incapables de se concentrer sur une tâche, ne tenant pas en place, au grand désespoir de leurs parents.

Ils souffriraient également d'inattention et d'impulsivité. L'hyperactivité connaît une grande mode aux États-Unis et au Canada. Cette maladie existe et concernerait au maximum 2 à 3% des enfants. Depuis les années 80 le traitement de cette hyperactivité est une amphétamine, dont l'effet paradoxal est de clamer ces enfants : la Ritaline®. Sans nier l'efficacité de ce médicament, on s'étonne cependant que plusieurs millions d'enfants soient traités avec ce produit, la firme Novartis par sa filiale Ciba-Geigy Corporation, visant le marché des enfants agités. Le problème est la confusion qui commence à se développer et qui tend à étiqueter malade hyperactif tout enfant un peu turbulent.

Dans cette logique d'une nouvelle maladie qui se répand quasiment comme une épidémie, le nombre d'enfants qui se sont vu prescrire ce médicament a été en augmentation de plus 600% entre 1989 et 1995. Au Québec, le nombre des prescriptions vendues est passé de 33000 à 248000 entre 1990 et 2000 .

La Ritaline® rend les enfants plus dociles et obéissants, notamment dans l'exécution de tâches monotones ou répétitives comme certaines activités scolaires ou de la vie quotidienne.

La prescription de Ritaline est pour l'instant un phénomène typiquement nord-américain: 90% de la production mondiale du médicament est vendue aux États-Unis. Dans certains États, comme la Virginie, la Caroline du Nord ou le Michigan, de 10 à 15% des enfants d'âge scolaire avalent quotidiennement leurs «pilules d'obéissance», souvent après avoir été signalés par les enseignants, qui invitent les parents à consulter. Plus de 3 millions d'enfants entre 2 et 18 ans - en majorité des garçons de race blanche - sont aujourd'hui diagnostiqués «hyperactifs» et traités.

Dans le même ordre d'idée, les prescriptions de calmants aux enfants ont augmenté de 38% au cours des 5 dernières années. Près d'un tiers des enfants traités se voient ainsi prescrire d'autres psychotropes, comme du Prozac ou des anxiolytiques, pour soigner les troubles annexes.

"Le contrôle chimique des teen-agers a pris ainsi des proportions effrayantes".

Le fait qu'un si grand nombre d'enfants soient sous traitement de Ritaline® pose deux questions : la vie en société est-elle, à ce point, infernale que les adultes n'ont plus la patience nécessaire pour supporter leurs enfants ? Ou alors notre monde actuel serait-il devenu à ce point intolérant vis à vis de comportements qui ne correspondent pas tout à fait à la normalité ?

Mais en dehors de cette normalisation galopante , le scénario va prendre un aspect plus tragique. Il a été démontré par exemple que la prévalence de la consommation de cocaïne à l'âge adulte, de même que la dépendance à d'autres types de produits, tels que l'héroïne, était 4 fois plus importante chez des sujets ayant reçu de la Ritaline® dans leur enfance.

C'est un triste renversement de l'histoire où les personnes dont on a voulu calmer les ardeurs lorsqu'ils étaient enfants se mettent à être, à l'âge adulte, des consommateurs d'excitants. Ils

deviennent turbulents à un âge auquel on ne les attendait plus. La Ritaline® aurait ainsi créé une génération d'adultes qui se conduiraient comme «de sales gosses ». Le recours à la chimie n'a pas de limite d'âge lorsqu'il fut pratiquement un principe d'éducation.

A qui profite l'addiction ? Dans cet exemple, il semble que tout le monde soit perdant. Les individus en premier lieu qui, assommés, contenus pendant toute leur enfance, explose à l'âge adulte. Mais l'ensemble du corps social également qui, à vouloir troquer des enfants turbulents par des enfants sous traitement, crée les toxicomanes de demain.

Cet exemple est également instructif car il montre qu'il semble exister une relation forte entre adaptation et mise en dépendance. Dans ce cadre ce qui est socialement acceptable c'est l'adaptation. La dépendance, elle, serait de l'ordre de l'abus, de la faute, dont nous parlions précédemment. Sauf que cette faute est dans le camp du pathologique, de l'addiction. A partir du moment où cette pathologie existe, un traitement peut exister et une réadaptation est alors envisageable. C'est l'effet redoutable de ce que nombre d'auteurs ont dénoncé dans la médicalisation des comportements humains.

Un autre élément intéressant dans cette histoire de Ritaline® est que cette tentative de normalisation laisse à craindre une espèce de nouvel eugénisme qui n'est pas sans rappeler le livre de Boris Vian : "Et on tuera tous les affreux".

La question est alors de savoir quels sont les affreux actuels.

Je pense que nous pouvons les trouver par exemple dans les 7% de la population française qui, comme l'a montrée une étude de 1994, étaient dépendants des BZD. On les trouve également chez ces toxicomanes qui croient prendre un traitement de substitution et ne sont que dans un programme de maintenance.

On les trouve aussi chez les 120.000 à 150.000 adolescents par an qui font une tentative de suicide.

On les trouve aussi chez ces jeunes cadres hyperdynamiques qui naviguent dans les milieux de la finances ou de l'informatique pour ne citer que ceux-ci et qui sont gorgés de cocaïne pour être fiables, crédibles et performants.

Mais bien sûr, ce qui désunit tous ces affreux c'est la différence d'impact sur l'angoisse sociale. L'adaptation se résume au bout du compte à pouvoir se dégoter une addiction positive.

Une dernière remarque avant de conclure : la banalisation du terme d'addiction aura permis de façon presque paradoxale de faire venir en consultation des personnes qui ne seraient pas venues auparavant. Dans ce contexte le vocabulaire peut être considéré comme un mode d'accessibilité aux soins. Je pense à ces nouveaux consultants qui viennent parce qu'ils sont joueurs pathologiques, accros d'Internet ou des jeux vidéos, ou dopés du quotidien.

Ils viennent nous voir car ils ont compris qu'ils étaient en proie à une pathologie de la dépendance et que notre savoir faire en matière de toxicomanie pouvait leur être utile. Ces patients sont, pour l'instant, absents, semble-t-il, des préoccupations des pouvoirs publics. Ainsi notre DDASS, par exemple, semble beaucoup plus intéressée, à Marmottan, par notre pôle substitution que par ce nouveau type de consultation. C'est d'autant plus regrettable que le nombre estimé de joueurs pathologiques, par exemple, est quatre fois plus important que le nombre de toxicomanes. Nous ne pouvons continuer à répondre à ces demandes à moyen constant.

Nous avons trop souvent le sentiment que le terme d'addiction est le prétexte utilisé pour faire croire que la diversité institutionnelle n'aurait plus de raison d'être. Selon cette même logique il faudrait aussi, pour promouvoir la prise en charge des addictions, équilibrer les budgets entre toxicomanie, alcoolisme et tabagisme, ce qui consisterait à dépouiller un miséreux pour faire semblant d'en habiller deux autres.

La survenue des addictions pose cette question triviale : "Pourquoi les crédits que leur sont consacrés sont-ils si malingres ?".

Je crois avoir enfin trouvé le titre de mon intervention : "tais-toi et rame".