

25

idées reçues

sur les

addictions

comprendre, soigner, prévenir

Laurent Karila

2^e édition revue et augmentée

Issues de la tradition ou de l'air du temps, mêlant souvent vrai et faux, les idées reçues sont dans toutes les têtes. Les auteur·e·s les prennent pour point de départ et apportent ici un éclairage distancié et approfondi sur ce que l'on sait ou croit savoir.

sommaire

Préface 11

Introduction. 15

Données générales sur les addictions

« L'addiction, ce n'est qu'une histoire de dopamine. » 21

« Il y a les drogues douces et les drogues dures. » 27

« L'addiction est due aux fréquentations. » 35

« Les addictions comportementales sont moins graves que les addictions aux drogues ou à l'alcool. » 39

« Être addict au sexe, ce n'est qu'un slogan médiatique. » 45

Addictions avec et sans produits

« La cocaïne, je m'arrête quand je veux. » 57

« L'héroïne est la drogue la plus dangereuse. » 63

« Boire un peu d'alcool pendant la grossesse n'est pas très dangereux. » 69

« Les nouveaux produits de synthèse ne sont pas si inquiétants que ça. » 75

« Il y a beaucoup de drogues qui circulent dans les clubs. » 79

« Tout le monde est accro à son smartphone. » 87

« L'addiction au bronzage, ça n'existe pas. » 93

Laurent Karila

Laurent Karila est praticien hospitalier au Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions (CERTA) de l'hôpital universitaire Paul Brousse (AP-HP) et enseignant à l'université Paris Sud. Il a participé à de nombreux ouvrages et publications scientifiques et grand public dans le champ de l'addictologie et de la psychiatrie.

Il est le porte-parole de l'association SOS Addictions.

Il est aussi blogger sur le site www.hardforce.fr et co-auteur des textes des albums « AddictionS », « Psychiatric » et « Sex Opera » du groupe Satan Jokers avec Renaud Hantson.

Du même auteur

– *Votre Plaisir Vous Appartient*, Flammarion, 2016

– *Traité d'addictologie* (2^e édition) (sous la direction de Reynaud M., Karila L., Benyamina A., Aubin H.-J.), Lavoisier, 2016

– *Accro!*, avec Annabel Benhaeim, Flammarion, 2013 et Marabout, 2015

– *Psychiatrie, Pédopsychiatrie, Addictologie* (ECN/iECN), Éditions MedLine, 2014

– *Conduites addictives: du risque au changement*, Éditions Phase 5, 2013

– *Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale dans l'addiction à la cocaïne et aux psychostimulants*, Lavoisier, 2012

– *Idées reçues sur l'alcoolisme*, Le Cavalier Bleu, 2010

– *Une histoire de poudre*, Flammarion, 2010

- « Le sucre n'est pas une drogue,
il ne peut pas rendre addict. » 97
- « Le workaholisme, c'est juste la passion de son travail. » . . . 99

Conséquences des addictions

- « Le cannabis conduit à la consommation
de drogues dures. » 107
- « Fumer du cannabis rend schizo. » 113
- « Quand on arrête de fumer des cigarettes, on grossit. » . . . 119
- « La chicha, les bidis, c'est inoffensif. » 125
- « Quand on tient bien l'alcool, il n'y a aucun risque. » 129

Aspects thérapeutiques

- « Une hospitalisation est suffisante pour guérir. » 139
- « Les traitements de substitution aux opiacés,
c'est de la drogue aussi. » 143
- « Il n'y a aucun traitement pour l'addiction à la cocaïne. » . 149
- « Il faut toujours traiter la dépression d'un sujet
ayant une addiction à l'alcool ou à une drogue. » 155
- « Il n'y a aucun traitement efficace
pour arrêter le cannabis. » 161
- « Pour s'en sortir, il suffit d'avoir de la volonté. » 165

Conclusion. 171

Annexes

- Glossaire 175
- Pour aller plus loin 179

* Les mots signalés par un astérisque renvoient au glossaire en fin d'ouvrage.

définition

Addiction n. f.

Du substantif latin *addictus* signifiant « esclave pour une dette », et du verbe *addicere* – qui, d'après le droit romain ancien, et jusqu'au Moyen Âge en Europe occidentale, correspondait à une donation par jugement, d'une personne à une autre – est né le mot « addiction ». Ainsi, un sujet dans l'incapacité d'assumer des responsabilités ou de rembourser des dettes contractées à l'égard d'une autre personne devenait esclave du plaignant. Il était alors condamné à payer avec son propre corps.

Le terme « addiction », synonyme de dépendance, est apparu pour la première fois dans le champ de la médecine dans les pays anglophones, à la fin des années 1980. L'une des premières définitions proposées pour l'addiction était qu'il s'agissait d'un phénomène caractérisé par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, celui-ci visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, et qu'il était poursuivi en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives sur le plan médical, psychologique et social. De son utilisation initiale habituellement cloisonnée aux drogues, aux médicaments et à l'alcool, le terme « addiction » s'est progressivement étendu à différents comportements comme le sexe, l'amour, Internet, les écrans, les jeux de hasard et d'argent, le travail, le bronzage, le sucre, les achats, le sport... Des caractéristiques communes à ces différents comportements, avec ou sans substance, existent. Ce terme s'est bien évidemment popularisé dans la vie quotidienne, dans les films, la publicité, la mode, les restaurants... On est ou on devient addict à tout et à n'importe quoi. Cependant, on est bien loin de cette maladie chronique, comme le diabète ou une maladie

cardiaque, touchant la récompense, la mémoire, l'apprentissage, la motivation et le contrôle. Les émotions sont également touchées et l'environnement joue un rôle majeur dans la maladie addictive.

préface

La toxicomanie des idées reçues

Jusqu'au milieu des années 1980, la problématique de « la drogue » s'est limitée à des réflexions politiques, judiciaires, diplomatico-économiques ; réflexions bien peu médicales.

Puis, le sida est « passé par là ». Il a imposé une médicalisation des héroïno-dépendances et, surtout, a montré que les toxicomanes étaient des personnes comme les autres, capables de prendre soin de leur santé à condition... qu'on leur en donne les moyens.

Ainsi, en 1987, grâce à madame Barzach, et contre l'avis de bien des experts de l'époque, la (re)mise en vente libre du matériel d'injection permit de mettre en évidence que le partage des seringues entre héroïnomanes par voie intraveineuse n'était en rien, ou si peu, la conséquence de caractéristiques psychologiques ou sociales classiquement évoquées... Les héroïnomanes partageaient leurs seringues, avant tout, parce qu'elles étaient difficiles à trouver, et parce qu'ils avaient manqué d'informations sur les risques de transmission des virus du sida et des hépatites par cette voie d'administration ! Et pourtant, que de thèses, d'antithèses et de dogmes interprétatifs écrits sur le sujet : de l'ordalie du toxicomane à l'homosexualité (forcément latente) de l'injecteur...

Je me souviens également de poncifs dangereux pour le soin des usagers de l'époque : « Il n'existe pas d'urgence en toxicomanie », ou encore : « Il faut attendre la demande du toxico-

mane ». Et pourquoi pas des proverbes du genre : « Qui s'injecte un œuf, s'injectera un bœuf » pour compléter le tableau ?

Il nous faut admettre que les définitions sur les toxicomanies laissaient, à cette époque, la porte ouverte à toutes les interprétations, pour ne pas dire... à tous les délires. Issue du *drug, set* et *setting* de l'école de Chicago, la définition de la toxicomanie, importée et sacralisée en France, était devenue : « La toxicomanie est la rencontre d'un individu, d'un produit et d'un moment de la société. » Avouons que cette déclaration universelle, applicable également au dentifrice, à la voiture ou au micro-ondes, manquait sérieusement de précision.

Les « idées fausses sur la défonce » (expression de l'un des experts d'alors) ne concernaient pas seulement les spécialistes. Les politiques, eux aussi, véhiculaient des idées reçues, et particulièrement en période électorale. L'un d'eux n'avait-il pas proposé « d'arroser les champs de coca avec du napalm, et ainsi, le problème de la cocaïne serait réglé » ? Un autre expliquait, rats à l'appui, nonobstant la démographie galopante au Maroc ou en Jamaïque que le cannabis, à défaut de rendre sourd, « rendait stérile ». Ou encore menaçait de la théorie de l'escalade : « ça commence par un joint et ça finit par l'héroïne », sans tenir compte des chiffres disponibles actuellement. Et que dire du vin, présenté par certains « non pas comme de l'alcool mais comme un aliment naturel »... Dans ce domaine-là également, ils n'étaient pas les seuls à s'égarer.

Chacun, avec ce fameux bon sens populaire qui ne saurait se tromper, colportait de drôles de mythes et légendes sur les usages, les abus et les dépendances : « Un petit joint, c'est comme un petit verre, ça n'a jamais fait de mal à personne » ; « la cocaïne n'entraîne pas de dépendance » ; « le tabac, ce n'est pas une drogue » ; « plus tôt on commence à connaître le vin, mieux on l'apprécie et moins on a de chance de devenir alcoolique »,

etc. Sans oublier le *nec plus ultra*, toujours tenace, toujours présent, le fameux : « Moi, j'arrête quand je veux, l'addiction, c'est l'apanage des faibles. »

On ne se méfie jamais assez du « bon sens populaire »...

Drôle de drame social que le nôtre. Nous connaissons aujourd'hui ce feuilleton des addictions, composé des trois mêmes épisodes. Toujours les mêmes : usage, abus et dépendance. Cela n'empêche pas notre société de favoriser le plus souvent l'usage (consommer plus pour gagner plus...), de tolérer l'abus (lors des troisièmes mi-temps, des pots d'entreprise, des anniversaires ou des fêtes de fin d'année), et... de continuer de déplorer (pour ne pas dire condamner) la dépendance !

Quand cette dépendance survient, quand cette authentique maladie du fonctionnement cérébral s'est installée, quand la vie de la personne addictée devient chaotique, comment réagissent la plupart des gens ? Ils conseillent ou ordonnent de faire appel à la volonté de la personne aliénée pour s'en sortir ! « Soignez-vous, nous ferons le reste » pourrait être le raccourci de cette attitude.

Jadis, il était demandé aux dépressifs de bien vouloir « se secouer » pour retrouver le moral. Le résultat, nous le connaissons : non seulement les malades ne guérissaient pas, mais ils s'enfermaient dans un sentiment de honte et de culpabilité. Aujourd'hui, pour traiter un dépendant, il faudrait étudier sa motivation à se soigner avant de le soigner... Mais comment exiger d'une personne atteinte d'une maladie qui se définit par une perte d'efficacité de la volonté de faire justement appel à sa motivation et à sa volonté pour sortir de la dépendance ? Sadisme ou ignorance ?

De savantes définitions récentes, rappelées dans ce livre, nous éclairent sur l'addiction. Les items en sont précis. Je voudrais simplement insister sur deux conséquences avérées qui me semblent pouvoir résumer la maladie addictive : « Vouloir n'est

plus pouvoir et savoir ne suffit pas à pouvoir. » Vouloir arrêter sa dépendance, ce n'est pas pouvoir arrêter. Savoir que la pratique addictive met en danger la santé, l'entourage familial, social et professionnel, ne suffit pas davantage à y mettre un terme.

Si, enfin, nous assimilons ces fondamentaux, nous pouvons espérer arrêter de « mal-traiter » les personnes dépendantes, c'est-à-dire nos proches ou nous-mêmes...

Je crois, comme beaucoup d'autres, à l'utilité du savoir. Aux bienfaits de protection et de soin que nous pouvons en retirer.

Je crois en un « savoir-utile », qui nous évite d'inhumaines erreurs et éclaire le chemin du soin médical et social. C'est à travers cette croyance, cet espoir, que j'ai grand plaisir à préfacer l'ouvrage du Dr Laurent Karila.

Laurent demande à la science, à la médecine, de la précision, de la compréhension et des explications. Il demande également, en conscience, que la science diffuse ses connaissances, et non pas qu'elle les enferme derrière les hautes tours d'ivoire hospitalo-universitaires. Cette diffusion du savoir, que certains nommeraient « vulgarisation du savoir », est un exercice à la fois périlleux et généreux.

Le Dr Laurent Karila, ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, psychiatre et praticien hospitalier spécialisé en addictologie, ne s'en est jamais effrayé. Après sa première version des *Idées reçues sur les Addictions*, il récidive, en conscience et en générosité je le répète, avec ce nouvel ouvrage revu et augmenté. Il y a quelques années, j'écrivais que la pire des toxicomanies était celle des idées reçues. Merci, Laurent, de contribuer à la guérir.

Dr William Lowenstein

Addictologue,

Président de l'association SOS Addictions

introduction

« L'addiction, c'est la rencontre d'une personne et d'un produit. »

L'addiction naît de l'interaction de différents facteurs : personnels (développement, puberté, maturité, sexe), génétiques (moins de 50 % du phénomène), comportementaux, troubles psychologiques associés, tempérament, personnalité, développement et fonctionnement cérébral, environnementaux (amis, entourage, famille, substance ou comportement, stress). Plus ces facteurs sont déséquilibrés, plus le risque addictif va émerger et s'exprimer. Nous ne sommes pas égaux face à une drogue ou un comportement addictif.

L'addiction devient une succession de « semaines en enfer » pour la personne qui, initialement, a pris beaucoup de plaisir avec une ou des substances (cocaïne, MDMA, opiacés...)/comportements (sexe, jeu, écrans, travail...) ou a trouvé une solution factice chronique face à ses problèmes.

La maladie addictive peut s'expliquer de différentes manières. Les progrès réalisés en addictologie ont permis une avancée considérable dans la compréhension de cette pathologie.

Au début des années 1990, selon Goodman, l'addiction a été définie comme étant un processus complexe par lequel un comportement, pouvant à la fois produire du plaisir et soulager une tension interne, se caractérisait par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persis-

tance de celui-ci en dépit de conséquences négatives significatives. Sur un temps plus ou moins long (au moins une année), il existe des échecs répétés de résister à l'impulsion de consommer.

De fréquentes préoccupations concernant la drogue sont présentes : le produit lui-même, sa qualité, comment s'en procurer, comment le couper pour augmenter l'impression d'en avoir plus, quand en consommer, le rituel de la consommation sont des éléments faisant partie de la vie du sujet addict. Ce dernier va perdre beaucoup de temps et d'argent à cause de la substance qui l'emprisonne. Souvent, quand il commence à « sniffer », à fumer, à s'injecter par voie intraveineuse, il sait quand il commence mais il ne peut jamais prédire quand tout va s'arrêter. Le temps de récupération des effets de la consommation, de la « défonce », peut aussi être plus long que prévu avec souvent l'idée que la consommation était inutile et qu'elle n'apporte plus vraiment quelque chose.

Un sentiment de tension anxieuse surgit et s'accroît avant le début de la prise de drogues puis un sentiment de plaisir ou une sensation de soulagement apparaît lors du comportement. Le sujet perd contrôle avant et pendant la consommation quelque soit la drogue ou le comportement. La tolérance naît, c'est-à-dire le besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement de consommation pour obtenir l'effet désiré ou retrouver les premières sensations avec la drogue. Cet effet, avec le temps, n'aura plus le même impact sur le sujet si ce dernier n'augmente pas les doses. Il s'agite, devient nerveux, irritable s'il ne peut pas consommer ou avoir de la drogue à disposition.

Il consomme même s'il doit remplir des obligations sociales, professionnelles, familiales. Les substances vont

d'ailleurs l'empêcher de pouvoir avoir des activités sociales, ou des loisirs. Avec le temps de consommation, les problèmes sociaux, psychologiques, ou physiques vont s'installer et progressivement s'aggraver. Il va multiplier les efforts pour contrôler, réduire ou arrêter le comportement. Malgré tout, le sujet est dépassé par les événements. Un accident peut arriver...

L'addiction à des drogues serait probablement un trouble évoluant progressivement de quelque chose d'impulsif à quelque chose de compulsif. L'impulsivité est l'impossibilité d'inhiber une réponse automatique ou dominante dans des situations émotionnelles positives ou négatives ; la recherche d'expériences nouvelles et excitantes ; l'incapacité à prendre en considération les conséquences d'une action qu'elle soit positive ou négative, des difficultés à se concentrer. Le sujet addict traverse un cycle comprenant différentes étapes qui sont la préoccupation vis-à-vis de la substance/du comportement, des pensées obsédantes autour de la consommation et du produit addictogène, l'anticipation, la prise de produit, le *binge** (consommer sans arrêt en un temps rapide), le manque (syndrome de sevrage) et les émotions négatives (tristesse, perte des plaisirs habituels, irritabilité, anxiété, perte d'appétit, difficultés de sommeil).

Les travaux réalisés à l'aide de l'imagerie cérébrale affinent la géographie de l'addiction. Il s'agit d'un trouble caractérisé par un processus récurrent, comprenant un phénomène d'intoxication répétée puis l'installation progressive d'une dépendance s'accompagnant de perte de plaisir, d'un besoin irrésistible de consommer (*craving**), d'une mauvaise prise de décision, d'un déni immédiat. Le caractère régulier, fréquent, chronique et l'évolution par rechutes* sont vraiment

caractéristiques de l'addiction. Les altérations des différents circuits cérébraux (apprentissage/mémoire, récompense, motivation, contrôle) par le processus addictif font qu'il peut être difficile pour un sujet qui veut vraiment arrêter de stopper son cycle addictif.

L'addiction a également une forte composante génétique qui peut s'exprimer à différents moments de la vie comme l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Cependant, la transmission génétique du problème n'explique pas tout. Il faut aussi prendre en compte l'interaction du sujet avec son environnement. Les événements stressants (pendant l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte), ou le stress environnemental tout simplement, contribuent grandement au cycle de l'addiction. Ils déclenchent les consommations compulsives et sont à l'origine du *craving*. Le sujet a tendance à privilégier la récompense immédiate au détriment des conséquences potentielles de ses consommations.

Enfin, rappelons deux points importants : la tolérance (augmenter les doses pour retrouver les effets de la première fois) et le manque ne sont ni nécessaires ni suffisants pour qu'un individu soit addict, pour qu'il ait une compulsions forte à prendre des drogues. Ces deux états peuvent être observés chez les sujets qui prennent des médicaments opiacés pour des douleurs chroniques ou chez ceux qui prennent des benzodiazépines pour de l'anxiété.

L'addiction est donc un phénomène complexe qui dépasse le produit, la drogue ou le comportement. L'environnement joue un rôle plus qu'important et est combiné à la complexité du cerveau, de la personne, de son développement et de ses antécédents !