

# Les Addictions

Tabac, drogues, alcool..., les addictions concernent la dépendance à des substances agissant sur le cerveau. Mais pas seulement, car certains comportements sont aujourd'hui analysés comme des addictions à part entière.

Les données épidémiologiques, quand elles existent, varient en fonction du type d'addiction. Avant d'avancer quelques chiffres, il est prudent de rappeler qu'ils varient selon les méthodes utilisées (critères diagnostiques, instruments d'évaluation retenus et lieu d'investigation) et les sources de publication. Par exemple, en France, 2 à 8 % de personnes seraient concernées par l'addiction aux achats ; la prévalence d'anorexie mentale varierait de 1,6 % à 4 % et la boulimie de 2 % à 5 %. 8 à 10 % auraient un usage nocif d'alcool, plus de 25 % seraient dépendants du tabac, et moins de 1 % présenteraient une dépendance aux opiacés.

## C'est quoi une addiction ?

L'addiction se définit comme la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir et de soulager un malaise intérieur.

Elle est marquée par la dépendance à une substance, un objet matériel ou à une situation recherchée, et se caractérise par sa persistance en dépit des conséquences négatives.

Employé de façon courante par les Anglo-Saxons (to be addict to = s'adonner à), le terme a surtout été utilisé en France à partir des années 1990 dans le domaine de la psychopathologie, après avoir désigné aux États-Unis, dans les années 1970, les conduites de dépendance aux substances psychoactives (tabac, alcool, drogue).

Regroupées sous le terme d'addiction se trouvent des conduites diverses et complexes touchant l'individu dans sa globalité, mais également dans son rapport au monde et à autrui.

Les effets ressentis comme positifs d'une consommation excessive vont conduire le sujet à reproduire le comportement de consommation. Celui-ci, appris, mémorisé, renforcé généralement pendant des années, aboutit finalement à l'installation de la dépendance.

## Définition :

L'addiction se présente comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit (ou d'un comportement) entraînant des signes physiques et psychiques (DSM-IV R; American Psychological Association, 2008). On considère l'addiction comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance (ou d'un comportement) et conduisant à une altération du fonctionnement ou à la réduction d'une souffrance.

Celle-ci est avérée si au moins trois des symptômes suivants sont présents sur une période d'un an :

- un phénomène de tolérance
- un syndrome de sevrage
- la substance est prise en quantité plus importante ou de façon plus prolongée que prévu
- les efforts pour diminuer ou contrôler la consommation sont infructueux
- un temps de plus en plus important est consacré à la recherche et à l'utilisation du produit
- les activités sociales, professionnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites
- une poursuite de la consommation malgré les conséquences physiques et psychologiques

L'addiction est une maladie, donc elle se soigne.

Les personnes ayant une addiction ont perdu le contrôle sur ce qu'elles font concernant l'objet de dépendance.

## Deux grandes catégories d'addictions :

Aujourd'hui, grâce à l'avancée des travaux de recherche et à la convergence des constats cliniques, les addictions se répartissent en deux grandes catégories : les addictions aux substances et les addictions comportementales.

### -Les addictions aux substances psychoactives :

Ont pour particularité d'agir sur le cerveau, et ainsi de provoquer des sensations et des modifications de l'activité mentale et comportementale du consommateur. Elles concernent la consommation problématique de substances, qu'elle soit licite (tabac, caféine, médicaments, alcool,) ou illicite (héroïne, cocaïne, cannabis, LSD...). A noter un état addictif sans prise de substance mais modifiant le fonctionnement cérébral : le jeûne prolongé (par privation du cerveau de ses nutriments nécessaires, entre autres du sucre).

Pour les substances, au lieu d'addiction, le DSM-5 utilise le terme plus neutre de « trouble de l'usage d'une substance » et distingue un diagnostic séparé par classe de substance objet du trouble. Pour chaque classe de substance on retrouve une nomenclature distinguant les troubles de l'usage (consommation excessive, avec spécification de la sévérité), l'intoxication et les syndromes de sevrage.

Pour les troubles induits par une substance, le DSM-5 distingue :

- Troubles liés à l'alcool
- Troubles liés à la caféine
- Troubles liés au cannabis
- Troubles liés aux hallucinogènes
- Troubles liés aux substances inhalées
- Troubles liés aux opiacés
- Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
- Troubles liés aux stimulants
- Troubles liés au tabac

### **Qu'est ce qu'un trouble d'usage ?**

L'usage (ou usage simple ou usage à risque faible) est défini comme une « consommation qui peut être sans risque (en l'absence de situations de risque particulières) s'il reste modéré » (SFA, 2003).

L'usage nocif (abus) se concrétise par la présence de dommages physiques, psychiques et souvent sociaux liées à la consommation (d'alcool, par exemple, en l'absence de critères d'alcoolodépendance).

L'usage avec dépendance est caractérisé par la perte de la maîtrise de la consommation de la part du sujet, indépendamment des seuils de consommation et des dommages induits par celle-ci.

Aucun mode de consommation n'est sans risque. Il n'y a pas de coupure entre la consommation abusive et la dépendance, mais un continuum entre les deux. Les sujets commencent toujours par des conduites épisodiques, ponctuelles (faire comme les copains, éponger un chagrin d'amour, être admis auprès des autres, etc.). Puis progressivement la conduite devient une habitude qui elle-même s'accélère, jusqu'au stade de la dépendance.

#### Le craving et la dépendance :

Le craving est un terme anglais qui signifie : désir violent, envie immodérée, besoin irrésistible, dévorant, urgent. Il désigne un phénomène complexe, proche de l'émotion, possédant une forte tendance à l'action, désir impératif, sensation de compulsion.

Le craving survient en réponse à des stimuli liés à des substances ou des comportements, occasionnant des changements biologiques comme une augmentation de la libération du glutamate, neurotransmetteur excitateur.

Le sujet décrit un besoin « plus fort que lui ».

#### **Les croyances :**

Le continuum de développement de la dépendance s'accompagne de « croyances », que le sujet décide de faire siennes et souvent admises sur le plan social ou familial.

Ainsi, le DSM V distingue :

Les croyances anticipatoires : ce sont les attentes positives, c'est l'anticipation d'un plaisir, d'un mieux-être : « Si je ne mange pas assez, j'aurai faim dans l'après-midi... » ; « Je peux boire de l'alcool pendant cet apéritif avec mes amis, comme cela je suis comme les autres et je vais gérer sans problème »...

Les croyances qui soulagent : ce sont les attentes de réduction du manque ou d'un malaise. « Je suis trop mal, il me faut ma dose » ; « Si je ne fume pas je risque d'être irritable et désagréable avec mon entourage » ; « Il me faut une cigarette pour faire passer ce mal de tête » ; « J'arrive mieux à me concentrer si je fume » ...

Croyances permissives : ce sont des pensées qui autorisent la consommation ou le comportement.

« J'ai bien mérité un petit verre après cette journée de travail bien remplie ! » ;

« C'est en promotion, je fais une bonne affaire en achetant maintenant. » ;

« Je suis invité, je ne peux pas refuser de manger tout ce que l'on me présente » ; « Je ne veux surtout pas reprendre du poids après mon régime et je peux même maigrir encore, les mannequins sont dans les magazines car elles contrôlent tout ce qu'elles mangent et je veux devenir mannequin » ; « Je suis un œnologue averti, je peux tout goûter, je gère. » ; « Mon conjoint m'a quitté, je suis trop malheureux, alors j'ai bien le droit de boire pour oublier et en plus ce sera de sa faute »...

A cela se rajoute toutes les croyances véhiculées par la société, la famille, la culture, qui sont en fait d'autres croyances permissives :

Croyances sociétales : sont des traditions, des modes de pensées acquises sur le plan sociétal, culturel et/ou familial, valorisées, autorisant le comportement : « Quelqu'un qui ne boit pas est

quelqu'un qui ne sait pas s'amuser »; « Le Tanin contenu dans l'alcool est très bon pour la santé » (oui mais... En petite dose ! Et le tanin est présent ailleurs que dans l'alcool) : « Ce serait ne pas faire Honneur à la France, pays de tradition de grands vins, que de ne pas en boire »: « Si je garde ma ligne de mes 16 ans, je serai plus regardé et apprécié par l'autre sexe » ; Etc...

### **Les addictions comportementales :**

-Puis de « nouvelles addictions » ont été identifiées : ce sont les addictions sans drogue, que l'on appelle également **les addictions comportementales**. Sont répertoriés au sein de cette catégorie principalement les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie, etc.), les différentes formes de jeux pathologiques, la dépendance à Internet, les achats compulsifs, l'addiction au travail, au sexe sous toutes ses formes, au téléphone portable, l'addiction au sport, etc...

Il est important de noter que certaines conduites peuvent être poly-addictives (plusieurs addictions en même temps).

### **Pour Résumer :**

Ainsi, et à travers tout ce qui précède : une addiction peut être liée à une substance ou à un comportement (et les deux peuvent se superposer), se manifeste par un trouble de l'usage, est assortie de nombreuses croyances (qui elles aussi peuvent se superposer), elle s'installe souvent par continuum et peut aller jusqu'au craving.

Le risque est d'amalgamer ce qui peut être de l'ordre de l'habitude, voire de la passion, avec les addictions qui occasionnent des conséquences négatives pour la personne et son entourage. La dépendance est souvent mise en avant pour justifier l'addiction. Or, la dépendance n'est pas toujours pathologique, dans le sens où certaines dépendances sont tolérables pour un individu et n'occasionnent pas d'effets particulièrement néfastes sur sa vie (ex : besoin compulsif d'avoir toujours de la lecture à disposition).

En revanche, la dépendance devient pathologique à partir du moment où elle envahit l'existence du sujet au point de devenir le principal centre de préoccupation au détriment d'autres investissements affectifs, relationnels, sociaux, professionnels, familiaux, etc. Cette précision afin d'éviter une utilisation massive et inadaptée du terme, l'appellation « addiction », donc de dépendance, résulte d'un diagnostic bien précis.

### **Les causes :**

#### **Causes endogènes et/ou exogènes**

Les recherches actuelles, pour tenter de mieux comprendre les addictions, portent essentiellement sur les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection.

Les facteurs de vulnérabilité peuvent être à la fois endogènes (liés à la personne) et exogènes (liés à l'environnement et au contexte). Très variables d'une personne à l'autre, ils ne rendent pas les sujets

égaux face aux addictions. De très nombreuses voies peuvent conduire à l'installation des conduites addictives : il est donc impossible d'isoler chez un sujet donné un unique facteur de vulnérabilité qui aurait, à lui seul, une valeur prédictive de la survenue d'une addiction. C'est un ensemble de facteurs associés entre eux qui constitue une vulnérabilité au développement d'une addiction.

Ces facteurs sont de trois ordres :

-les facteurs liés à l'objet même de l'addiction (par exemple, le pouvoir toxicomanogène de certaines substances dont on sait qu'elles engendrent plus rapidement que d'autres un état de dépendance) ;

-les facteurs individuels de vulnérabilité (les aspects dimensionnels de la personnalité, les comorbidités telles que l'anxiété et la dépression, le rôle des facteurs neurobiologiques et génétiques, la survenue d'un traumatisme important pendant l'enfance ou l'adolescence – même refoulé- avec séquelles post-traumatiques...);

-les facteurs liés à l'environnement (milieu de vie, contexte familial, influence des pairs...).

### **Une vulnérabilité génétique ?**

Bien que l'idée d'une vulnérabilité génétique soit régulièrement abordée, la recherche tend à montrer que les facteurs de vulnérabilité les plus sensibles se retrouvent dans un déséquilibre des systèmes de régulation psychologiques du plaisir et de la souffrance.

En effet, les études en neurosciences nous ont montré l'implication de certaines structures du cerveau (en particulier le circuit du plaisir et de la récompense) dans le développement et le maintien des addictions.

Le système de récompense est constitué essentiellement de voies noradrénergiques, surtout dopaminergiques régulées par d'autres neurotransmetteurs (sérotonine, GABA) qui interviennent également dans le phénomène de l'appétence à l'alcool.

Le développement de ces structures cérébrales s'effectue des premières années de la vie jusqu'à l'adolescence. La survenue d'un psycho traumatisme au cours de cette période pourrait avoir une influence sur ce développement, et modifier à long terme le fonctionnement de ces structures. C'est l'altération de ces systèmes qui va faciliter l'entrée dans le processus d'addiction ; ce déséquilibre peut en effet engendrer un trop grand besoin d'apaisement des émotions négatives, et/ou un besoin important de sensations et d'émotions fortes. Dans l'addiction, les patients addicts présentent des neurones ayant une plus grande sensibilité que la moyenne aux substances. C'est ce qui explique la facilité d'installation de la dépendance et la difficulté à s'en débarrasser.

Comme on le voit, l'addiction n'est pas un manque de la volonté, mais repose sur des bases neurobiologiques solides.

### **Les facteurs de protection**

Les facteurs de protection sont considérés comme des modérateurs psychologiques du risque et de l'adversité. Ils permettent de réduire l'effet d'une situation à risque, et ainsi d'éviter les répercussions négatives du risque sur l'individu.

Comme les facteurs individuels de vulnérabilité, les facteurs de protection sont de différentes natures dans le champ des addictions. Ils reposent à la fois sur des facteurs individuels (bonne estime de soi, capacité à investir différents domaines d'activités et relationnels...) et des facteurs environnementaux (un soutien familial ; un réseau social non consommateur...).

La majorité des travaux insiste principalement sur les facteurs psychoaffectifs et psychosociaux favorisant la capacité du sujet à s'adapter, à traverser des expériences personnelles plus ou moins douloureuses.

## **L'addiction : une maladie qui détruit à petit feu :**

Face à la dépendance :

Dans le cas de l'alcool, par exemple : On ne consulte jamais au début, même quand on boit tous les jours des quantités importantes, on ne cherche pas d'aide. Souvent même, et cela est vérifiable dans toutes les formes d'addictions, on se cache pour vivre cette addiction. C'est uniquement lorsque des conséquences graves apparaissent que la personne en détresse se tourne vers les soins. Mais souvent, le mal est fait : perte d'emploi, surendettement, problèmes familiaux, cirrhose... Il est des conséquences qu'on ne peut pas facilement rattraper. Pas besoin de drogues dures. Cette descente aux enfers est possible pour toutes les formes de dépendances.

Nous savons qu'une fois installée depuis longtemps, se débarrasser d'une dépendance demande plus d'effort.

La présence d'autres maladies psychologiques est fréquente en cas d'addiction. Ainsi, on peut retrouver des troubles mentaux (de façon non-exhaustive) tels que troubles anxieux, angoisses profondes, trouble bipolaire, schizophrénie, etc...

Il est donc essentiel de chercher derrière toute addiction une autre pathologie psy et de la prendre en charge si nécessaire. En effet, cette pathologie peut être cause, conséquence, ou simplement associée à l'addiction.

## **En résumé :**

### **Différents facteurs concourent à l'installation de cette dépendance :**

- Une éventuelle prédisposition biologique
- La présence d'une pathologie psychologique associée ?
- Eventuellement le vécu d'un traumatisme important pendant l'enfance ou l'adolescence (même refoulé)
- La personnalité du sujet et sa résistance aux stimuli
- La présence de ce continuum qui installe progressivement la dépendance,
- Tout un ensemble de croyances
- Existe aussi le risque de reproduction du schéma dans lequel le sujet à grandi : « il y avait toujours de l'alcool à la maison et mon père buvait. » ou « Mes parents étaient Boucher, et on avait toujours de la bonne viande à table. Ma mère adorait nous faire des viandes en sauce et elle les cuisinait très bien. D'ailleurs toute la famille en mangeait de grosses assiettées. C'est dire comme c'était bon ! Et elle m'a toujours dit que si je ne mangeais pas assez, je ne tiendrais pas le coup ! Et en plus j'ai le sentiment de lui « faire honneur » en mangeant ». Ou encore : « mes grands frères fumaient de temps en temps un peu de cannabis. Dès tout petit, je les voyais faire et mes parents le savaient et ne

disaient rien. Ils pensaient peut-être que cela leur passerait. Moi je ne rêvais que d'une chose : ressembler à ces « grands », me rapprocher d'eux, faire partie de leurs vie), bref, tous ces comportements environnementaux, ces habitudes, ces potentialités, qui se positionnent dans le cerveau de manière insidieuse, souvent inconsciemment, parfois dès le plus jeune âge. C'est un « on peut faire comme ça » irréfléchi, puisque mes modèles le faisaient, puisque c'était autour de moi, puisque l'individualité s'est construite avec ces matériaux tout autour, à un âge où l'on n'est pas toujours capable d'analyser, de comprendre, de prendre du recul. C'est donc un mode de fonctionnement disponible, possible, admis.

A ceci se surajoute parfois le déni ou la minimisation du sujet et/ou de son entourage (qui même parfois encourage le comportement – alcool par exemple-) à propos de cette addiction, ce qui laisse à cette dernière le temps de s'installer.

## **L'Alerte : repérer les comportements et signes physiques :**

- Consommation d'alcool chez des enfants ou des adolescents jeunes
- Besoin d'augmenter les doses ou le temps consacré à l'addiction pour se sentir bien. Par exemple, besoin d'augmenter les doses d'alcool pour rester calme, ou de jouer aux jeux de hasard en prenant plus de risque pour ressentir à nouveau de l'excitation. Cela traduit l'existence d'une accoutumance.
- Difficulté à tolérer durablement l'absence de l'addiction. Par exemple, ne pas pouvoir rester une semaine sans accéder à internet (autre que pour des raisons valables), ou sans boire.
- Le comportement addictif dépasse souvent en durée ou en quantité ce à quoi la personne s'attendait : elle fume plus qu'elle le pensait, elle joue plus longtemps et plus gros qu'elle avait prévu.
- Désir de limiter son addiction, mais les efforts dans ce sens sont infructueux.
- Consommation massive d'alcool (binge-drinking)
- La personne consacre beaucoup de temps, d'énergie ou de ressource à rendre disponible l'addiction.
- Persistance dans l'addiction bien qu'elle soit consciente que l'addiction lui est nocive.

## **Conséquences néfastes**

- La personne consacre de plus en plus de temps à son addiction, au détriment d'autres activités. Par exemple, elle se met à jouer aux jeux de hasard à la place de partir en vacances ou de travailler. Pour les addictions comportementales, il faut toujours s'alarmer au-delà de 2h/j.
- Les habitudes addictives changent. Par exemple, pour l'alcool, une personne qui buvait uniquement avec des amis se met à boire même toute seule.
- Des conséquences néfastes, même peu graves peuvent apparaître. Par exemple, ne pas pouvoir partir en vacances parce que beaucoup d'argent s'est envolé dans le comportement addictif. Ne pas attendre que les conséquences deviennent graves pour réagir ! Le plus souvent, on observe également des conséquences sur le travail.
- Changement d'humeur ou de personnalité : nervosité, irritabilité, agressivité... surtout si l'addiction n'a pas été satisfaite.

- Besoin de l'addiction pour se sentir bien. Par exemple, besoin de boire de l'alcool dès le réveil pour se sentir bien (même à faible dose), ou de consommer de la cocaïne pour se sentir performant.
- Fléchissement de la performance professionnelle ou scolaire, même si l'assiduité est conservée. Par exemple, s'alarmer quand un enfant voit ses résultats scolaires chuter tandis qu'il consomme du cannabis.

### **Conséquences physiques qui peuvent éveiller l'attention :**

Précaution : ces signes physiques peuvent être liés à d'autres problèmes plus ou moins ponctuels.

- Visage boursoufflé, poches sous les yeux (alcool)
- Ventre qui devient proéminent (alcool)
- Tremblements (du corps, et/ou des membres, parfois d'un seul membre. Il est à noter que les tremblements peuvent persister après le sevrage)
- Prises ou pertes de poids prolongées, jusqu'à l'excès,
- Sueurs, sensations brutales de froid, de chaud,
- Gestuelle nerveuse, maladroite, inhabituelle (manque),
- Beaucoup de bouteilles vides qui traînent ou sont cachées
- Traces de Piqures (essentiellement au bras ou dans la cuisse), parfois des hématomes autour de ces traces
- Pupilles dilatées même en pleine lumière
- Bégaiement inhabituel, difficultés à s'exprimer clairement, Troubles de l'élocution en général.
- Besoin intempestif de s'isoler fréquemment
- Ne plus réussir à sortir de son lit, ou à y rentrer
- Etc.

### **Prise en charge**

Actuellement, différentes prises en charges sont proposées, en fonction des souhaits et possibilité de la personne.

Des traitements médicamenteux substitutifs sont disponibles et peuvent être prescrits par le médecin généraliste, le psychiatre, ainsi que des services et consultations d'addictologie dans les hôpitaux.

La prise en charge des addictions se caractérise donc par sa multidisciplinarité : médical (sevrage avec ou sans traitement de substitution – en milieu hospitalier ou ambulatoire), social (réinsertion sociale et professionnelle), et psychologique.

-Un travail médical : pour le suivi et l'administration de traitements substitutifs et/ou symptomatiques, pour des bilans physiologiques. La recherche de marqueurs biologiques sont des examens d'orientation diagnostique et de surveillance clinique. Il faut privilégier la parole et la clinique pour le diagnostic. Mais ils peuvent être utiles pour « contourner le déni » et/ou faire prendre conscience des dommages liés au comportement de consommation. Les marqueurs



biologiques principaux qui seront surveillés en cas d'alcoolisme sont : Gamma GT, CGT, VGM, CDT, Transaminases et Triglycérides.

-Un travail psychanalytique est vivement recommandé, voire primordial : quelles causes profondes ont pu amener cette personne à ces conduites ? Comment les cicatriser en profondeur pour qu'elles disparaissent définitivement et qu'il n'y ait ni rechute ni transfert d'addiction ?

Ce travail d'analyse devra avoir des visées cognitives- comportementales : Ces thérapies visent à l'acquisition de nouveaux modèles de comportement permettant au patient d'affronter de façon pratique les envies de boire ou les situations à risques. Elles se pratiquent individuellement ou en groupe. Quelles que soient les techniques psychologiques ou le type de psychothérapie, établir une relation de qualité qui allie écoute, patience et disponibilité apparaît être le principal soin à proposer.

- Un travail complémentaire par thérapies brèves est également tout à fait indiqué afin de soutenir le consultant dans ses démarches de récupération psychologique de l'estime de soi, de confiance en soi, de force intérieure, de gestion du stress, etc. et ont tout à fait leur place ici, le temps que le travail de fond psychanalytique soit totalement intégré par le sujet. Ces thérapies sont un complément très efficace.

Dans tous les cas, ce travail doit avoir les mêmes visées que celles qui sont psychanalytiques.

Le début de la prise en charge se fera toujours par un entretien motivationnel. Théorisé par Prochaska et DiClemente, l'entretien motivationnel a pour but de favoriser le développement de la motivation chez le patient. En effet, il est établi que ce paramètre est le meilleur facteur pronostic du traitement de l'addiction. Par un questionnement systématique, le psy va tenter de favoriser l'émergence de la motivation à la réduction de l'addiction chez le patient.

La psychothérapie intervient après l'entretien motivationnel.

Le principe de la prise en charge psychologique sera d'identifier les facteurs précipitant la consommation:

- quel problème l'addiction résout-elle?
- quels inconvénients l'arrêt de l'addiction / dépendance entraîne-t-elle?
- comment résoudre mieux les problèmes par un autre moyen que l'addiction?

Cette démarche implique naturellement un travail psychothérapique donc des efforts de la part du patient addict. Par conséquent, la motivation à l'arrêt ou la réduction de la consommation est un préalable indispensable.

Il est donc nécessaire que le consultant ne soit plus dans le déni ou la minimisation de son addiction, et qu'il en ait conscientisé tous les aspects.

Il arrive que les personnes viennent consulter pour une raison tout autre que leur addiction. Puis, au décours de l'anamnèse, ils glissent un « je bois peut-être un peu... Je gère » entre deux informations qui n'auront rien à voir.... Une exploration conduite avec tact est conseillée dans ce cas. Ils auront fréquemment tendance à minimiser.

Dans tous les cas, bien indiquer au consultant qu'une fois sa dépendance résolue, il ne sera plus jamais question pour lui de se tourner de nouveau vers l'objet de son addiction (même dans 10 ans,

même pour goûter, même un tout petit peu). Pour cela, il peut être utile de lui expliquer sa fragilité génétique (voir plus haut).

## **Le Sevrage :**

Le sevrage est une phase incontournable du traitement de la dépendance. Il permet au sujet de modifier son comportement dans le but d'une abstinence à long terme.

C'est une étape très angoissante et inquiétante pour lui : va-t-il y arriver ? Ne risque-t-il pas de souffrir ? Et il est utile de l'accompagner en le rassurant sur la prise en compte de la souffrance liée à l'arrêt. L'inventaire des dommages objectifs et la description des bénéfices du sevrage peuvent aider le patient dans sa décision. Des événements nouveaux dans son parcours sont des occasions propices au changement et à la décision.

En cas de résistance majeure ou de refus, il convient de différer le sevrage : en cas d'absence de demande et de motivation du sujet, d'absence de projet thérapeutique et de projet social relais, en cas aussi de recherche de réponse immédiate à une situation de crise.

Le sevrage peut s'effectuer en hospitalisation ou en ambulatoire.

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations qui se résolvent spontanément ou sous traitement en 5 à 10 jours. L'apparition plus tardive ou la persistance de ces troubles au-delà de ce délai doit faire évoquer d'autres addictions associées (en particulier aux benzodiazépines), ou une perte ou absence de réelle motivation chez la personne addict.

Ces troubles liés au sevrage pouvant parfois apparaître sont :

- Troubles subjectifs : Anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- Troubles neurovégétatifs : Sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle, bouffées de chaleur ;
- Troubles digestifs : Anorexie, nausées, vomissements ;
- Delirium : signes confusionnels, hallucinations, convulsions.

## **L'abstinence :**

On distingue 2 phases dans le maintien de l'abstinence :

-Phase de « post sevrage » : le patient lutte contre ses envies de boire. Les professionnels et les proches s'attacheront à le déculpabiliser et le revaloriser.

-Phase de « construction de l'abstinence » : en repérant les bénéfices de l'abstinence, le patient trouve la capacité et la motivation pour ne pas rechuter. Les professionnels et les proches s'attacheront à favoriser la réorganisation de l'existence sans alcool et la reconquête de l'autonomie

## **Conseils pour L'entourage du sujet :**

Le premier conseil : ne pas le laisser tenter de s'en sortir tout seul, car la répétition des échecs entame la résolution à s'en sortir, la confiance en soi, et fait perdre un temps précieux pendant lequel les conséquences néfastes peuvent s'installer.

Ces conseils ne sont ni exhaustifs, ni sûrs à 100%, mais vous donnent quelques repères dans votre démarche.

Si vous êtes proches, ou qu'une confiance importante vous unit à la personne, ou simplement en position d'autorité vis-à-vis d'elle (parent et enfant, par exemple), il est possible d'aborder le problème que vous avez repéré avec une saine franchise.

Ce cas est bien sûr le plus simple, et toujours à privilégier si vous le pouvez. Aborder les choses directement est possible dans de nombreuses pathologies psy. En effet, le déni n'est pas présent dans toutes les pathologies psy mais uniquement dans certaines d'entre elles. Mais trop souvent, l'addict sera longtemps dans le déni (ou la minimisation, ce qui revient au même).

Ce qu'il faut comprendre dans la relation entre vous et votre proche addict :

- vous pouvez être convaincu que votre proche a un problème, mais vous pouvez vous tromper. Restez prudent par rapport à votre propre conviction
- le problème psy peut être réel, mais votre proche peut être dans le déni ou la minimisation. Et ce n'est pas par hasard sur le plan comportemental. Ressent-il de la honte, de la gêne face à sa conduite ? Essaie-t-il de se protéger, de protéger quelqu'un ? Dans ce cas, il faut procéder très progressivement, par petites touches.
- votre proche peut ne pas supporter que ce soit vous qui pointiez ses difficultés, parce que l'enjeu peut être trop difficile pour lui au regard de la relation que vous avez. Par exemple, un enfant peut avoir du mal à reconnaître son mal-être vis-à-vis de ses parents alors qu'il le dira plus volontiers à son grand-père.

Si aborder de front le problème n'est pas possible, d'autres pistes s'offrent à vous, moins directes :

- En parler avec d'autres amis de la personne. Ainsi vous serez plusieurs, à des moments différents, à évoquer ce problème.
- Faire des allusions au problème, afin de montrer que vous avez repéré ce problème, et que vous êtes disponible pour écouter la personne si elle en manifeste l'envie. Éventuellement, proposer de parler directement. Par exemple, lui dire que vous avez l'impression qu'elle est triste, mais toujours en restant hésitant (vous n'êtes pas à sa place, vous ne pouvez pas penser ou ressentir à sa place) : « j'ai l'impression que tu es triste » et non pas « tu es triste ». Il faut rester prudent.
- Pointer les conséquences néfastes ou de modification de comportement indiscutables, en s'interrogeant sur les motifs qui les expliquent.
- Parler du problème comme si c'était pour quelqu'un d'autre ou une information détachée. « J'ai entendu dire que les problèmes d'alcool commencent par la consommation en solitaire, tu le savais? »... Ou une information détachée, qu'on va remettre souvent sur le tapis « Il y avait un reportage sur la dépendance au cannabis cet après-midi... ».

**Et surtout :**

- Lui rappeler que vous l'aimez. Cela contribuera à créer un climat de confiance qui permettra qu'un jour la personne accepte de vous parler.
- Malgré les conséquences désastreuses que vous êtes peut-être en train de vivre, essayer, dans la mesure du possible, de n'être ni accusateur, ni culpabilisant, ni moralisateur, et encore moins jugeant. Ne pas perdre de vue que la dépendance est source de souffrances, et qu'on ne choisit pas de devenir dépendant.
- Indiquer à l'addict que son problème est une maladie et que les maladies, ça se soigne.
- Observer si une autre forme d'addiction ne serait pas en train de se mettre en place.
- Qui dit « addiction » dit « besoin d'une béquille inconsciente » ... Pour quelle raison la personne a-t-elle besoin de cette béquille ? Que se passe-t-il autour d'elle, en elle ? Pouvez-vous y faire quelque chose en agissant sur vous-même ? (Ex : parents qui se déchirent, enfants qui se tournent vers la consommation excessive d'une substance).
- L'inviter à consulter, l'encourager à continuer.
- Lui faire passer avec tact le message que c'est un prisonnier, et non une personne libre.
- Rassurer la personne quant à votre soutien, votre présence, tout au long du processus de soin et après.
- Amener la personne sur des sources d'information en rapport avec son problème... Ce site, par exemple, mais aussi des livres, des émissions ou des articles peuvent faire l'affaire.
- La faire positiver quant aux résultats attendus. La faire se projeter dans d'autres plaisirs sans addiction (voyages, projets, etc.) après la guérison.

## Un cas très particulier : Grossesse et addiction

Des grossesses à risque : toutes les études concordent ...

Organe clef de la grossesse, le placenta remplit diverses fonctions essentielles, dont celle de « barrière ». Mais dans les faits, cette barrière n'est pas étanche à 100 % et certaines substances peuvent la traverser, avec de potentiels risques pour le bébé.

La grossesse d'une femme toxicomane est une grossesse à haut risque qui nécessite une surveillance obstétricale, une compréhension de la toxicomanie et un soutien psychosocial. La grossesse chez la toxicomane est une pathologie et doit être traitée comme toute autre pathologie obstétricale.

La toxicomanie en cours de grossesse est devenue un phénomène inquiétant par :

- la fréquence des poly-intoxications (drogue(s) + tabac + alcool),
- la fréquence de l'utilisation conjointe des benzodiazépines,
- sa liaison avec l'infection HIV, et les hépatites B et C,
- la précarité sociale, l'insécurité psychologique et le manque de suivi médical.

Les conséquences sur la mère et le fœtus peuvent être dévastatrices dès que la prise concerne des psychostimulants type opiacées, crack, etc... (voir fiche pratique sur ce site : « conséquences sur la mère et le fœtus de la prise de drogues « dures » ).

Parmi les substances pouvant traverser le placenta, certaines sont potentiellement dangereuses pour le fœtus, avec des risques différents selon le moment de l'exposition.

En effet, de nombreuses molécules médicamenteuses passent la barrière placentaire. Or certaines sont tératogènes : elles peuvent entraîner de graves malformations lorsqu'elles sont prises les deux premiers mois de grossesse, lors de l'organogenèse (mise en place des organes). Plus tard dans la grossesse, d'autres molécules vont avoir des répercussions sur la croissance du bébé.

Conclusion : pas d'automédication durant toute la grossesse.

Les molécules d'alcool sont très petites et traversent facilement la barrière placentaire. De plus, son foie n'étant pas en mesure de dégrader l'alcool, le fœtus a tendance à concentrer cet alcool qui se répand dans le liquide amniotique : bébé baigne dans l'alcool. Avec, selon le stade de la grossesse, différents risques : fausse-couche, RCIU (retard de croissance in utéro), naissance prématurée, retard intellectuel, et dans les cas les plus graves, syndrome d'alcoolisation fœtale.

Conclusion : pas d'alcool pendant la grossesse, car quand maman boit, bébé boit.

La fumée de cigarette contient plus de 4000 substances, dont certaines traversent la barrière placentaire à l'image de l'oxyde de carbone et de la nicotine qui altèrent la bonne oxygénation du bébé et donc sa croissance. D'autres substances peuvent entraver le bon développement du bébé et ses différents organes (cerveau et poumons notamment).

Les substances chimiques contenues dans les produits ménagers, les meubles, les cosmétiques, l'alimentation peuvent traverser le placenta. Certains, comme le formaldéhyde, sont soupçonnés d'être tératogènes. D'autres (bisphénol A, solvants) sont des perturbateurs endocriniens avérés : ils altèrent le fonctionnement du système hormonal avec de possibles conséquences, entre autres, sur la fertilité future du fœtus et l'intégrité de ses organes génitaux.

Certains virus (rubéole, varicelle, herpes, cytomégalovirus), parasite (toxoplasmose), bactérie (listériose) peuvent traverser la barrière placentaire et atteindre le fœtus. D'où l'importance de la visite pré-conceptionnelle pour mettre à jour ses vaccins, et des différentes règles hygiéno-diététiques préconisées durant la grossesse.

\*\*\*\*\*