

Psychiatrie : qui va payer l'addition ?

Sommaire

PSYCHIATRIE : QUI VA PAYER L'ADDITION ?	1
Sommaire	1
Ouverture.....	2
Nicolas DHUICQ	2
Député de l'Aube, psychiatre des hôpitaux	2
Dr Olivier Drevon.....	3
Président de l'UNCPSY, psychiatre, Clinique de Saint-Victor, Saint-Victor-sur-Loire (42)	3
LES ADDICTIONS :	5
CAUSES ET SYMPTÔMES DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES	5
Table ronde 1.....	5
.I L'addiction, une maladie de la liberté ?	5
.II Explications sociologiques de l'addiction et politiques publiques	8
.III L'addiction, une « autothérapie sauvage et maladroite, liée à une précarité tant affective que sociale »	10
.IV Le concept d'addictologie.....	13
.V Les addictions chez les adolescents et les jeunes adultes	15
.VI Débat	18
Débat avec la salle	20
ADDICTIONS : QUELS ENJEUX ET	26
QUELLES RÉPONSES SANITAIRES ET SOCIALES ?.....	26
Table ronde 2.....	26
.I Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies.....	26
.II Le combat politique de la lutte contre les addictions	28

.III L'approche économique des addictions.....	31
.IV Le plan d'actions de la Française des jeux pour le « jeu responsable »	33
.V Attentes, visions et propositions de la psychiatrie privée pour une politique de prise en charge multidisciplinaire et globale	35
Débat avec la salle	39

Ouverture

Nicolas DHUICQ
Député de l'Aube, psychiatre des hôpitaux

Je souhaite tout d'abord saluer l'ensemble des confrères, professeurs et docteurs présents, les directeurs de clinique ainsi que le représentant de cette institution. Je remercie mes collègues sénateurs de nous faire l'honneur et l'amitié de nous accueillir dans cette chambre haute.

L'intervention d'un homme politique auprès de vous se justifie par le rôle d'information que vous remplissez auprès des représentants de la nation. La psychiatrie reste une discipline relativement frileuse en matière de transmission de l'information. Les élus ignorent souvent qu'un pourcentage non négligeable de nos compatriotes peut être atteint de troubles psychiques ou psychiatriques. Il est extrêmement difficile pour le maire d'une petite commune de prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office, surtout dans des villages de 150 habitants où des liens familiaux peuvent le relier à la personne hospitalisée.

Par ailleurs, vous représentez une branche fondamentale de la psychiatrie. Issu moi-même du secteur public, il me semble important que le secteur privé et le secteur public soient tous deux représentés pour assurer le bon développement de notre pays. Olivier Devron m'a appris que les cliniques psychiatriques privées jouent un rôle pilote dans de nombreuses actions de prise en charge. Les apports du secteur privé sont souvent méconnus.

Je me ferai donc votre interprète. Ma singularité consiste à être le seul psychiatre élu à l'assemblée nationale, tandis que le sénat ne compte qu'un seul élu neuropsychiatre. Cette position me donne des libertés et des devoirs. J'essaie modestement de transmettre à mes confrères élus l'importance de notre discipline.

Par ailleurs, le politique doit s'occuper de la valeur essentielle qu'est la liberté. Celle-ci nécessite la capacité d'entreprendre et de se mouvoir. En cette année 2009 d'élections européennes, vingt ans après la chute du mur, il est important que la psychiatrie soit représentée et que le politique s'intéresse à l'addiction, un ennemi de la liberté, même s'il faut toujours un peu d'addiction pour faire de la politique.

Je vous remercie pour votre invitation. Je représentais l'an dernier Jean-François Copé à cette même tribune et suis aujourd'hui présent parmi vous en partie grâce à lui. Je vous souhaite une fructueuse après-midi de travail.

Dr Olivier Drevon

Président de l'UNCPYSY, psychiatre, Clinique de Saint-Victor, Saint-Victor-sur-Loire (42)

Mesdames, Messieurs les sénateurs, Mesdames, Messieurs les députés, chers collègues. Je suis impressionné par votre participation nombreuse à ce colloque et suis heureux de vous accueillir à la troisième rencontre d'intérêt général organisée par les cliniques psychiatriques de France au Sénat. Je remercie notamment Jacques Gayral de les avoir mis en place.

Nous avons voulu initier ces rendez-vous annuels autour de la psychiatrie et de la santé mentale qui souffrent d'une réelle carence de pédagogie, d'information et de débats. Cette troisième édition est consacrée au thème des addictions.

Dans nos sociétés modernes, l'individu est devenu à la fois souverain et incertain. Il dispose d'une autonomie inédite mais aussi anxiogène au regard des exigences qui pèsent sur lui. Exhorté à se prendre en main dans une société valorisant la performance, la réussite, le plaisir immédiat et la satisfaction de tous les besoins, l'individu peut recourir aux puissances psychoactives comme de puissants adjuvants pour gérer le stress généré par cette quête.

L'individu consomme un peu, beaucoup, passionnément, allant jusqu'à perdre sa liberté face à un produit ou un comportement. Cette exigence quasi totalitaire d'un bonheur impossible fait ainsi le lit de pathologies qui isolent l'individu dans une relation à des objets internes et manipulables, diminuant la part des relations sociales et affectives.

Détail révélateur de la philosophie du bonheur par la consommation, le terme de « drogué » tend à être remplacé par celui de « consommateur de drogue ». L'addiction est ainsi banalisée. Parallèlement, se développe une promotion des conduites addictives dont la publicité constitue un canal très actif.

Certains comportements prennent ainsi des formes dangereuses, face auxquelles notre devoir consiste à mettre en place des moyens et des outils. Ces aides pouvant prendre de multiples formes et dont la prévention n'est pas des moindres, doivent comporter une offre de soins, généralement dans une phase pathologique aiguë. Cette offre de soins s'avère difficile à mettre en place. Elle pose de grands problèmes de prise en charge.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il nous appartenait de réfléchir tous ensemble, médecins, soignants, sociologues, journalistes, politiques, associations et responsables d'établissements, à la manière dont ces phénomènes doivent être pris en considération.

Comment pouvons-nous appréhender les difficultés ? Dans quelle mesure pouvons-nous les prévenir ? Quelles sont les stratégies à mettre en place pour proposer des réponses pertinentes et personnalisées ? Voici quelques-unes des questions que nous posons.

Notre démarche vise également à légitimer la place et le rôle de la psychiatrie privée dans la coordination et la prise en charge des pathologies addictives. Les hôpitaux et cliniques psychiatriques sont les grands absents du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions et du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie, qui mettent essentiellement en avant les aspects somatiques liés aux addictions.

Or, la psychiatrie constitue bien un acteur à part entière dans la prise en charge des addictions par l'expertise de ses soignants, par son rôle de médiateur au sein d'un réseau d'acteurs impliqués ainsi que par ses propositions pour mieux cerner les besoins sur le terrain et favoriser le rôle du psychiatre dans la prévention.

Ce colloque doit également permettre de prendre en compte des visions, des attentes ainsi que les propositions du champ de la psychiatrie pour participer davantage à la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive et contribuer au développement d'une politique de prévention et de prise en charge multidisciplinaire et globale.

Les addictions : Causes et symptômes des troubles psychiatriques

Table ronde 1

La table ronde et les échanges sont animés par le journaliste Olivier de Lagarde.

Patrick PHARO, docteur en sociologie, docteur ès lettres et sciences humaines, directeur de recherche au CNRS, Centre de Recherche Sens Éthique Société, UMR 8137, Université Paris Descartes

Henri BERGERON, sociologue, CSO-CNRS, coordinateur scientifique de la Chaire Santé – Sciences Po

Dr Jean MAISONDIEU, psychiatre

Pr Pascal PERNEY, professeur des universités en addictologie, CHU de Nîmes (30)

Dr Christophe BADOR, responsable d'un pôle adolescents départemental de la Clinique des Vallées, Annemasse (74)

Olivier de LAGARDE

La première table ronde vise à comprendre quels sont les raisons et les facteurs de l'addiction. S'agit-il de symptômes ou de troubles psychiatriques ? Quelles sont les attentes vis-à-vis de la psychiatrie dans ce domaine ? Pour lancer le débat sur ces questions, je propose de nous tourner vers Patrick Pharo, sociologue et philosophe.

.I L'addiction, une maladie de la liberté ?

Patrick PHARO

Je vais tenter de répondre à votre demande en dressant un état des lieux, suivi de commentaires sur le type de maladie qu'est l'addiction et le rôle de la psychiatrie.

.1 Le sens de l'addiction

Le terme « addiction » a pour étymologie le latin *ad dicere* qui signifie « dit à » et renvoie à une soumission au maître ou au créancier. Courant dans la langue anglaise pour désigner la dépendance, il l'est moins en France. Les spécialistes américains et les définitions officielles préfèrent le terme « dépendance » au terme « addiction ». Celui-ci est malgré tout passé dans la langue française pour désigner toute pratique envahissante, incluant même les parfums, les phénomènes de mode ou les séries télévisées terriblement addictives.

Classiquement, la dépendance ou l'addiction est distinguée d'une consommation modérée ou abusive. Les classifications internationales recourent à une série de critères de définition comprenant un désir compulsif du produit, la tolérance aux effets, l'absence de contrôle, l'envahissement personnel, le syndrome de sevrage, la poursuite de la consommation malgré ses conséquences nocives ou la mise en échec des intentions contraires.

Il faut retenir l'idée d'une pratique envahissante maintenue malgré les conséquences. Il s'agit d'une mauvaise dépendance par opposition à une dépendance sans effets nuisibles telle qu'une relation amoureuse, une routine agréable, une pratique sportive intense ou une consommation contrôlée.

L'addiction est un état extrême et douloureux qui touche une partie des consommateurs de drogue, mais aussi de sucre, de graisse, de sport, de travail, de sexe, de jeux d'argent, de jeux vidéo ou d'achats. Ces différentes addictions présentent en effet des caractéristiques neurologiques analogues.

L'état des lieux de l'addiction en France révèle notamment :

- une diminution sensible de la consommation de tabac ;
- une stabilisation de la consommation de cannabis à un niveau relativement élevé ;
- une diminution des usages quotidiens d'alcool avec augmentation d'un usage festif chez les jeunes ;
- une multiplication par trois de la consommation de produits psychoactifs dans la population globale, à savoir les hallucinogènes, la cocaïne et les amphétamines, l'héroïne étant la seule à se stabiliser à un niveau bas ;
- 6 % d'usagers réguliers et 14 % d'usagers occasionnels de médicaments psychoactifs ;
- 5 % à 6 % d'*addicts* au jeu ;
- 33 % de personnes en surpoids et 10 % de personnes obèses.

Un tel état des lieux soulève la question suivante : l'addiction possède-t-elle un caractère irréductible malgré les guerres menées à la drogue ?

.2 Le caractère singulier de l'addiction

L'addiction est une maladie singulière. La conception classique de la toxicomanie comme expression d'un mal-être social et personnel a été spécifiée dans le sens d'une désadaptation du système dopaminergique associée à des événements de vulnérabilité génétique se greffant sur d'autres types de vulnérabilité liés à l'environnement social.

Cette évolution a contribué à répandre la notion de maladie du cerveau, en quelque sorte inventée lors d'une réunion d'experts convoquée en 1995 par le NIDA en Virginie. L'usage s'est installé de comparer l'addiction comme maladie chronique à l'asthme, au diabète, à l'hypertension voire aux maladies de cœur. L'écueil majeur dans cette approche réside dans la possibilité de faire disparaître le principal symptôme de la maladie, à savoir la consommation compulsive par décision.

Il est donc nécessaire de prendre en compte d'autres dimensions dans la définition de l'addiction, à commencer par la dimension sociale. L'addiction peut être qualifiée de maladie de la modernité libérale. Son histoire s'appuie sur une purification des produits au cours des siècles et le développement des pratiques vers l'extrême. Elle s'inscrit dans un processus général qui fait d'elle

une maladie moderne corollaire du développement de l'offre des plaisirs, de la libéralisation des échanges et de l'extension des mimétismes sociaux par les modes et les médias.

L'addiction se greffe également sur un détournement pathologique des avantages adaptatifs de la motivation pour le sexe, les sucres, les graisses, les excitants ou l'aventure.

Par ailleurs, l'application d'outils philosophiques et l'analyse des structures de choix aux récits des personnes rencontrant des problèmes d'addiction soulignent à quel point l'addiction est une maladie de la liberté. L'usage de drogue est vécu comme une prise de liberté et un choix, au moins de circonstances. Plutôt que d'une liberté métaphysique, il s'agit d'une liberté contingente, sous contrainte mais gagnée sur l'adversité. Elle soulève un problème de bien-être et d'équilibre moral.

Cette liberté s'exerce indépendamment de tout jugement bien pesé. Il ne s'agit d'un choix ni rationnel ni irrationnel. Il ne résulte pas forcément d'une faiblesse initiale de la volonté. Ce n'est pas non plus un choix culturel parce qu'il traverse les barrières de classe. Le caractère dominant de l'usage correspond au moins dans un premier temps à la résolution et non au conflit, qui ne vient qu'ensuite. Cette résolution joue sur les failles du savoir, la puissance du désir et les entraînements sociaux.

Enfin, il s'agit d'une liberté qui se fait piéger et tourne mal, après un premier état de grâce. Tout le monde ne devient pas dépendant, certaines personnes parviennent à garder un usage contrôlé des produits. Les personnes dépendantes se demandent alors si elles sont toujours suffisamment libres pour ne plus être dépendantes, l'ayant été assez pour le devenir.

.3 Le rôle des structures de soin

La drogue est considérée comme un danger public, un fléau social et une maladie psychique soignée par la médecine mais aussi réprimée par la police. La répression me semble injuste dans le sens où elle répond à une exagération du danger public que représentent les produits illicites mais s'avère également inefficace, comme l'illustre l'échec de la guerre à la drogue malgré un taux d'incarcération multiplié par vingt aux USA en quarante ans.

La question posée aux pouvoirs publics concerne donc davantage l'accompagnement d'un problème d'ordre privé plutôt que celui d'un problème d'ordre public.

Il faut alors s'interroger sur le mode d'accompagnement de l'automédication dans l'usage des produits mais aussi l'arrêt de la consommation, sachant que les limites de l'automédication résident justement dans celles des structures de soins et des produits disponibles sur le marché.

Il faut également répondre au problème éthique suivant : comment soigner une maladie sans nuire aux libertés individuelles ? Comment traiter des personnes à la fois malades et délinquantes ? Comment proposer des soins tout en respectant les libertés individuelles y compris lorsque l'exercice de celles-ci peut être mortel pour le sujet ?

Olivier de LAGARDE

Je vous remercie et me tourne vers Henri Bergeron, sociologue. Patrick Pharo nous expliquait la dimension sociale malade de la modernité libérale. Selon vous, quels sont les déterminants de la prise de drogue dans notre société ?

.II Explications sociologiques de l'addiction et politiques publiques**.1 L'explication sociologique des déterminants de l'usage de drogues****Henri BERGERON**

La sociologie a mené différents types de travaux sur les déterminants de la prise de drogue. Elle s'est intéressée au problème de l'usage de drogues à partir du moment où celui-ci a été présenté comme un usage dérégulé dans les sociétés modernes à partir des années 1950 aux USA et des années 1960 et 1970 en Europe. Deux types de travaux s'attellent à la question des déterminants de la diffusion de l'usage de drogue dans les sociétés.

Un premier type de travaux d'obédience épidémiologique, n'affirmant pas en propre les spécificités de la discipline sociologique, établit des liens statistiquement significatifs entre un grand nombre de facteurs et les comportements d'usage. Or, ce type d'étude ne permet pas de connaître exactement les mécanismes concrets par lesquels ces facteurs produisent la variable à expliquer, en l'occurrence l'usage. Ces travaux établissent souvent une séquence chronologique entre des facteurs et l'usage de drogue mais d'un point de vue scientifique, la chronologie ne vaut pas la cause. Ces travaux ne permettent pas de comprendre les mécanismes concrets liant ces facteurs. Par exemple, l'usage de drogue et la criminalité apparaissent comme deux variables très corrélées sans que les travaux établissent avec certitude que le premier soit la cause du second. Bien qu'intéressants, ces travaux se révèlent donc décevants, voire tautologiques lorsque certains expliquent l'usage de drogue par la recherche de sensations, elle-même expliquée par des comportements de prise de risques parmi lesquels figure parfois l'usage de drogue.

Un second type de travaux s'approche de l'essai et s'avère en tant que tel insatisfaisant dans la mesure où les travaux ne sont pas soutenus par un dispositif empirique important. Ehrenberg est l'un des rares sociologues à avoir réellement cherché à relier un vaste spectre d'usages à une transformation anthropologique séculaire caractérisée par un mouvement d'individualisation et d'exigence de performance individuelle. Les travaux d'Ehrenberg montrent que l'usage de drogue renvoie davantage à un usage de dopage qu'à un usage d'évasion, même si d'autres travaux sociologiques ont démontré le développement d'une toxicomanie de pauvreté.

Sans répondre exactement à votre question, je dresse le panorama d'une forme d'échec de la sociologie à expliquer parfaitement les déterminants des usages dans une théorie d'ensemble.

Olivier de LAGARDE

Pensez-vous que notre société favorise les addictions ?

Henri BERGERON

Nous nous trouvons dans une situation paradoxale, caractérisée par la présentation de l'individu comme un sujet autonome responsable de son destin, ayant également le devoir d'empêcher que son corps ne s'émancipe du gouvernement de son esprit. La loi Kouchner de 2002 sur le droit des patients présente ainsi ces derniers comme des acteurs de leur propre santé. Par ailleurs, les médias insistent sur la réalisation de soi à travers la consommation de biens matériels, devenue une norme sociale et de réussite, tout en effectuant la promotion de la dépendance et de l'addiction comme une forme de relation intense à la vie.

De ce point de vue, notre société semble promouvoir des normes paradoxales en appelant des comportements très différents entre autonomie et dépendance contrôlée.

.2 Les évolutions des politiques publiques de gestion des conduites addictives dans les pays occidentaux

Olivier de LAGARDE

Que pensez-vous des politiques de lutte contre la dépendance mises en place par les pouvoirs publics ?

Henri BERGERON

L'histoire du contrôle de l'organisation mondiale des drogues se confond avec celle du contrôle du commerce de l'opium entre les nations. Les premières conventions internationales se répartissaient des droits à produire et à user des substances. Les préoccupations vis-à-vis des consommateurs ne sont survenues qu'ensuite, à partir des conventions des années 1960 et 1970.

Le premier mouvement de régulation public des usages et de la dépendance relève d'un mouvement de contrôle de l'ordre public et de protection coercitive de l'individu contre lui-même.

A partir des années 1990, principalement à partir de l'irruption du SIDA dans le champ de la toxicomanie jusqu'alors replié sur lui-même, s'est produit une « sanitarisant » des problèmes de drogue. Progressivement, un état social s'est ajouté à l'état pénal et coercitif existant et a développé des politiques de soins et de réduction des risques.

Il existe aujourd'hui un modèle de gestion des dépendances et des usages européens, influencé par le paradigme de santé publique qui contraste avec le paradigme américain. Les États-Unis ont effet choisi de passer d'une gestion coercitive mais aussi sociale à une gestion essentiellement pénale. La multiplication par quatre du nombre d'incarcération aux USA entre 1970 et 1990 est ainsi due en grande partie à l'augmentation de la sévérité par rapport à l'infraction de l'usage simple.

L'Europe ne connaît pas ce type de substitution d'un état à un autre, mais plutôt la superposition de deux états censés compenser les effets négatifs l'un de l'autre. Le secteur sanitaire et social considère la dépendance comme une maladie qu'il convient de prévenir et de traiter au niveau individuel tandis que l'état pénal insiste sur l'actualisation par la loi du rappel de l'interdiction et de la norme.

Olivier de LAGARDE

Quel est votre point de vue sur ce sujet ?

Henri BERGERON

Il me semble que les politiques de régulation se transforment. Le maître mot de ces politiques devient « sécurité ». Nous assistons en France à une nouvelle pénalisation de l'usage simple depuis 1998, contrairement à la dépenalisation *de facto* des années 1970 et 1980. Un mouvement fort de sécurisation de l'espace public apparaît, comme dans le reste de l'Europe où se développent des politiques de lutte contre les nuisances publiques. L'usage en soi ne semble pas gênant à partir du moment où il ne trouble pas l'ordre public. La loi belge par exemple, n'inflige pas de sanction pénale à partir du moment où il n'y a pas de récurrence dans l'usage ni de trouble à l'ordre public. L'heure de fermeture des pubs en Angleterre obéit à la même logique.

Le pendant sanitaire de cette politique est la sécurité sanitaire. Dans les deux cas, il s'agit moins de protéger l'individu contre lui-même et son comportement que de protéger la collectivité contre les conséquences délétères et négatives que la consommation pourrait exercer sur elle.

.III L'addiction, une « autothérapie sauvage et maladroitement liée à une précarité tant affective que sociale »

Olivier de LAGARDE

Jean Maisondieu est psychiatre et auteur des ouvrages *Les alcooléens* et *Les femmes et hommes d'alcool*. Vous avez évoqué lors de nos discussions des changements dans la compréhension des addictions et des conduites addictives. Pourriez-vous nous parler de ces évolutions ?

Jean MAISONDIEU

Tout d'abord, je tiens à exprimer mon malaise face à la notion de « maladie alcoolique ». Les conduites addictives sont moins des maladies que des auto-thérapies, des tentatives de se soulager. Contrairement aux maladies, toutes les addictions peuvent guérir par décision.

Je rejette également la notion d'alcoolodépendance, considérant que les conduites addictives commencent avant la dépendance dès lors qu'une personne utilise un produit ou une activité afin de se soulager.

L'évolution de la société est marquée par le développement d'une culture des drogues depuis l'apparition des psychotropes dans les années 1950, ainsi que par la médicalisation des souffrances. La description de la vie comme une maladie sexuellement transmissible et constamment mortelle suffirait à faire de chacun un hypocondriaque dès la naissance. L'évolution de notre société se caractérise également par une évolution des relations, que l'étude de l'alcoolisme permet de mieux saisir.

L'apparition de l'alcoolisme féminin rappelle la dimension addictive de l'alcoolisme, auparavant rattaché à des modes de sociabilité et à une culture. L'alcoolisme féminin en revanche ne peut être inscrit dans une tradition mais relève plutôt d'une organisation personnelle.

Cette nouveauté résulte de l'apparition de la notion d'individu et de la réduction de la solidarité interindividuelle. Le grand mythe de l'amour rimant avec toujours n'est plus. Les Rita Mitsuko nous ont rappelé que les histoires d'amour finissent mal en général. Dès lors, le meilleur moyen de s'en prévenir consiste à ne pas commencer une histoire d'amour.

Ces propos traduisent une époque dans laquelle l'engagement vis-à-vis d'autrui est plus redouté que par le passé, en raison de la précarisation des liens affectifs. Il s'agit d'une époque également marquée par la précarisation économique, l'augmentation du chômage et la possibilité pour une personne ordinairement incluse dans la société d'en devenir exclue. Le terme de « nouveaux pauvres » illustre cette évolution, de même que la loi sur le RMI en 1988 et la priorité accordée à la lutte contre la précarité. La conscience de la précarisation, la diminution des solidarités et la nécessité pour l'individu de se débrouiller seul entraîne une insécurité qui conduit ce dernier à rechercher une jouissance atteignable sans solliciter l'autre.

L'individu se lance dans une recherche permanente de la sensation pour se sentir exister, au détriment des émotions. La possibilité de l'abandon effraie à tel point que les personnes préfèrent ne pas créer de liens avec l'autre. Des relations d'échange marquées par une diminution de la part affective se développent.

Olivier de LAGARDE

Estimez-vous que les troubles liés à l'addiction et les troubles psychologiques sont liés ?

Jean MAISONDIEU

Un individu en souffrance rencontrant un produit qui soulage sa souffrance le réutilisera lorsque les conditions seront réunies, suivant l'exemple de l'adolescent timide découvrant que l'alcool lui permet de se sentir bien dans sa peau et d'obtenir en sus une prime de plaisir. Le passage de l'usage festif ou pour le plaisir à un usage addictif tient à la souffrance présente au départ. Un usage uniquement festif n'entraîne pas forcément de dépendance.

Olivier de LAGARDE

En tant que psychiatre, considérez-vous les personnes dépendantes comme des malades ?

Jean MAISONDIEU

Considérer les personnes dépendantes comme des malades est une erreur. Elles ne le supportent pas. Certains clients ayant suivi leur cure décident à la sortie de boire trop une dernière fois, puis s'arrêtent comme pour démontrer qu'ils peuvent arrêter quand ils le veulent et non grâce à une institution. Ce discours s'oppose d'emblée à la définition selon laquelle est alcoolique celui qui a perdu la liberté de contrôler sa consommation.

Il peut s'ensuivre un bras de fer entre la personne alcoolique et le psychiatre, qui comporte un risque de maladie chronique. En revanche, si le psychiatre accepte l'idée qu'est alcoolique celui qui a décidé de boire trop pour des raisons qui lui sont propres, l'idée d'une démarche volontaire subsiste qui permet au dialogue de s'instaurer. Personne n'a encore jamais vu une bouteille d'alcool se jeter sur un alcoolique pour l'obliger à la boire. L'alcoolique effectue toujours une démarche volontaire pour boire.

Olivier de LAGARDE

La personne dépendante peut-elle être considérée comme responsable ? La réponse à cette question possède des implications en matière de politique pénale.

Jean MAISONDIEU

La réponse à cette question ne me concerne pas. En tant que psychiatre, je dois adopter une position neutre et bienveillante.

La personne dépendante connaît les risques et conséquences de son état, mais le rôle du psychiatre consiste à reconnaître cette personne comme un semblable, au lieu d'en faire un incapable de s'arrêter de boire, et de la conduire à réfléchir aux raisons de son acte. Si l'alcool offrait un plaisir sans effet secondaire à un moment donné, il n'y aurait pas lieu de s'inquiéter. Mais l'alcoolique cherche d'emblée l'ivresse dans l'objectif de perdre contrôle de lui-même puis tente paradoxalement de contrôler sa consommation d'alcool. Un alcoolique ne s'arrête de boire que lorsqu'il le décide, après avoir constaté qu'il ne peut plus s'arrêter de boire.

Olivier de LAGARDE

Si les dépendants ne sont pas des malades, comment peuvent-ils être soignés ?

Jean MAISONDIEU

Les patients s'adressant à un psychiatre viennent chercher le sens de leur conduite. Je travaille en collaboration avec les médecins qui mettent en garde le patient contre les conséquences de sa conduite sur sa santé. Je peux lui confirmer le bien-fondé des propos des médecins, lui dire qu'il a besoin d'alcool pour vivre mais que cet alcool le tue. Mon rôle consiste alors à faire en sorte avec lui qu'il n'ait plus besoin de ça pour vivre. A partir d'un tel discours peut s'instaurer une réelle collaboration et non un « redressement de torts ».

Je demande généralement au patient de commencer par arrêter de boire un certain temps en affirmant avoir besoin de le connaître sans alcool et en reconnaissant les difficultés auxquelles il va être confronté. Une relation peut s'établir sur cette base et permettre de mener un travail commun pour l'aider à aller mieux, soit sous forme d'une psychothérapie lui permettant de comprendre le sens de son comportement, soit par le simple fait d'arrêter l'alcool, soit à l'aide éventuellement d'antidépresseurs prescrits sans les effets négatifs de l'alcool si la douleur persiste.

Ce travail s'inscrit dans une vision générale reposant sur le repérage de la dévalorisation du sujet et d'une société qui place les individus au service de l'économie et non l'inverse. Le respect dans la relation thérapeutique devient alors vital.

Olivier de LAGARDE

En tant que psychiatre, quelle relation entretenez-vous avec les addictologues ?

Jean MAISONDIEU

La relation entre psychiatres et addictologues est ambiguë. La circulaire du 15 Mars 1960 prévoyait que le secteur psychiatrique se charge des maladies mentales, de l'alcoolisme et de la toxicomanie. La psychiatrie s'est délestée des deux derniers champs, repris par les alcoologues et les addictologues. Cette évolution s'est avérée positive en un sens. Elle a favorisé le développement d'un courant de pensée plus attentif à la notion de drogue elle-même et davantage pragmatique, peut-être même parfois trop pragmatique.

Réunir les deux disciplines dans la lutte contre la dépendance est tentant, mais il faut pour cela pouvoir surmonter les logiques de territoires.

.IV Le concept d'addictologie

Olivier de LAGARDE

Le professeur Pascal Perney est gastroentérologue et chef du service d'addictologie du CHU de Nîmes. La profession d'« addictologue » n'est pas reconnue par le conseil de l'ordre. Cette non reconnaissance est-elle la marque d'un désaccord dans le monde de la santé sur les soins à apporter aux dépendants ?

Pascal PERNEY

Il s'agit d'un problème de terminologie peut-être sans intérêt. L'addictologie n'est effectivement pas considérée comme une spécialité à part entière. Je pense néanmoins qu'elle en constitue une. S'intéresser à la dépendance implique d'étudier les comportements mais aussi les complications somatiques. Les comportements addictifs provoquent 110 000 à 120 000 décès par an. Il me semble donc logique que les médecins s'y intéressent.

L'addiction repose sur trois aspects :

- une base neurobiologique commune, l'ensemble des produits psychoactifs stimulant un même réseau neuronal, la voie de « la récompense et du plaisir » indispensable à la reproduction de l'espèce ;
- une polyconsommation liée à la stimulation de la même zone, c'est-à-dire une consommation fréquente de plusieurs produits psychoactifs simultanément ou successivement ;
- la mise en œuvre de principes thérapeutiques proches tels que des thérapies de soutien, des thérapies cognitivo-comportementales ou motivationnelles.

De même, les médicaments censés diminuer le plaisir lié aux opiacés fonctionnent dans le traitement des maladies alcooliques ou des troubles du comportement alimentaire. La détection de cette base commune a transformé la perception de l'addiction.

L'addictologie tente de centraliser ces aspects pour que les malades, les familles et les médecins puissent en avoir une meilleure lisibilité.

Olivier de LAGARDE

La manière de se droguer diffère-t-elle aujourd'hui ?

Pascal PERNEY

Nous constatons davantage de polyconsommation. Parmi les personnes venant consulter pour une dépendance à l'alcool, 30 % fument, 15 % fument du cannabis etc.

Olivier de LAGARDE

Vous utilisez souvent le terme « malade ». Considérez-vous les personnes dépendantes comme des malades ?

Pascal PERNEY

L'OMS définit l'état de santé comme le fait d'être bien physiquement, psychologiquement, intellectuellement, socialement, mentalement, professionnellement et sexuellement. Le terme de maladie peut être employé par opposition à cette définition. Certains le refusent, d'autres le préfèrent à ceux de « vice », « défaut » ou « tare » parfois mis en avant par les proches.

Olivier de LAGARDE

A quel moment faites-vous intervenir le psychiatre ?

Pascal PERNEY

La majorité des malades pris en charge dans les services d'addictologie sont désormais des polyconsommateurs dont 10 % à 15 % semblent présenter une co-morbidité psychiatrique associée qui demande une prise en charge spécifique. L'apport de la psychiatrie me semble alors essentiel, dans la mesure où les addictologues formés différemment rencontrent des difficultés de repérage sur certains malades.

Les collaborations entre addictologues et psychiatres se déroulent relativement bien sur le terrain. Les psychiatres n'étant pas suffisamment nombreux en France, ils apprécient que leur soient adressés des malades sur lesquels un diagnostic est déjà en partie posé.

Olivier de LAGARDE

Pensez-vous que les médecins savent faire de la prévention ?

Pascal PERNEY

Personnellement, j'estime que les médecins sont mauvais en prévention. La prévention est un métier à part entière qui doit être mené par des personnes formées. Il ne faut pas confondre information et prévention. Une expérience au Canada a révélé qu'une classe ayant bénéficié d'une information sur le tabac comptait davantage de fumeurs que celles qui n'en avaient pas reçu.

La prévention consiste à faire de la contre publicité au moyen de techniques définies, portées par des professionnels. Une expérience menée en Australie sur des jeunes filles de 16 à 18 ans a montré qu'il était possible de les inciter à modifier leur comportement alimentaire sans jamais parler de nourriture, mais en adoptant un discours sur la qualité de vie, l'activité sportive, la manière dont se sentir bien dans son corps peut modifier le comportement.

.V Les addictions chez les adolescents et les jeunes adultes

Olivier de LAGARDE

Je souhaite maintenant poser cette même question à Christophe BADOR, responsable du pôle adolescents départemental de la Clinique des Vallées. Pensez-vous également que les médecins ne savent pas faire de la prévention ?

Christophe BADOR

Les services de psychiatrie pour adolescents accueillent des adolescents qui ne se considèrent pas malades mais contraints par les adultes à s'y rendre. Le problème provient de la déviance du comportement par rapport à la norme lorsque cette déviance se révèle dangereuse pour l'adolescent ou pour autrui. L'enjeu consiste alors à déterminer à partir de quel instant ce comportement doit être psychiatrisé.

La plupart des cas que nous recevons sont difficiles. Nous sommes la seule clinique dans le département. Par exemple, un adolescent souffrant de phobie scolaire et déscolarisé depuis trois ans ne souffre pas forcément d'une simple phobie. L'adolescent interrogé niera avoir consommé des substances illicites. Nous ne nous en apercevons qu'après quelques jours. Le service que je dirige n'accueille pas une majorité de consommateurs. Beaucoup ont expérimenté des substances illicites, mais seuls les plus malades y ont tous touchés. Parmi ces derniers, nous constatons de plus en plus l'émergence de maladies psychiatriques graves telles que des psychoses délirantes susceptibles d'entraîner une schizophrénie.

De ce point de vue, la banalisation de la consommation est liée à l'autonomisation des personnes. Or, l'adolescent se sent peu autonome dans les conflits qu'il traverse pendant son adolescence, surtout s'il rencontre des difficultés familiales ou de précarité. Ce qui commence comme une expérimentation se transforme en recherche d'anesthésie. Autant leur description du rapport au

plaisir reste floue, autant leurs discours mettent en avant l'effet anesthésiant de l'usage des drogues qui leur permettent d'apaiser la perception des conflits en eux. Nous avons constaté que plus un adolescent rencontre de difficultés d'apprentissage scolaire et donc cognitives, plus il recherche un anesthésiant. La recherche supplémentaire du plaisir augmente lorsque les facultés cognitives sont normales.

Aucun adolescent n'est censé avoir consommé en arrivant au pôle adolescent départemental de la clinique. La reconnaissance se fait cependant relativement facilement. L'adolescent trouve toujours une personne avec qui échanger parmi les infirmières, éducateurs, médecins, psychologues et techniciens de surface du service. Ils s'adressent souvent aux éducateurs en leur demandant s'ils peuvent fumer. Un dialogue s'ensuit permettant de connaître leur consommation. Nous avons ainsi accueilli un adolescent qui fumait quatorze à quinze joints par jour sans se considérer pour autant comme malade.

J'ai donc apprécié les propos de Jean Maisondieu selon lesquels une personne consommant des substances ne se considère pas malade. Elle doit aussi faire preuve de volonté pour se fournir ses propres substances.

Olivier de LAGARDE

Les jeunes que vous accueillez sont des jeunes en souffrance. La consommation de drogue est-elle une conséquence plutôt qu'une cause de cette souffrance ?

Christophe BADOR

Dans mon contexte de travail, la consommation de drogues résulte effectivement de leur souffrance, qui correspond également à une difficulté à grandir. Les adolescents grandissant dans un environnement et au sein d'une famille sans difficulté particulière sont plus à même de refuser d'expérimenter les drogues, ne voyant pas ce qu'ils peuvent y gagner de plus. En revanche, ceux qui y trouvent le moyen d'apaiser leur souffrance y recourent de plus en plus, sans compter ceux pour lesquels l'appartenance à un groupe se fonde en partie sur la consommation de drogues pour être accepté comme normal.

Olivier de LAGARDE

Comment soignez-vous ces adolescents ?

Christophe BADOR

L'équipe met en place une thérapie institutionnelle en plusieurs temps dont le premier concerne l'appropriation autrement dénommé « l'affiliation aux soins », qui consiste à faire prendre conscience au jeune que nous ne sommes pas son ennemi. Un service psychiatrique d'adolescents comprend environ 70 % d'hospitalisation sous contrainte, seuls 30 % des patients sont venus d'eux-mêmes.

Olivier de LAGARDE

Les adolescents n'accepteraient-ils pas la psychiatisation ?

Christophe BADOR

Les adolescents ignorent où s'adresser pour parler de leur mal-être. Ils arrivent à notre service après un chemin relativement long. Dans notre département, la médecine scolaire rend de grands services en pondérant le nombre de médecins scolaires selon la situation géographique et sociologique des collèges et des lycées. Cette organisation permet de repérer les difficultés pouvant provenir des faits sociaux.

Olivier de LAGARDE

Cette organisation rappelle le principe des ZEP consistant à accroître le nombre de professeurs et de surveillants dans les établissements situés en zones sensibles. Le même dispositif existe-t-il pour les médecins ?

Christophe BADOR

Non, ce dispositif n'est pas généralisé, mais nous veillons à bien les répartir dans notre département. Les médecins scolaires et les assistantes sociales représentent une source d'écoute et d'adressage. L'existence d'un réseau autour de l'adolescent fait que celui-ci arrive dans notre service parfois convaincu, parfois non dans la mesure où il souhaite disposer de sa liberté jusqu'au dernier moment.

L'aveu de la consommation de cannabis semble relativement facile pour les adolescents, celui de l'alcool beaucoup moins dans la mesure où il est perçu comme essentiellement festif, dans une recherche de plaisir allant cependant parfois jusqu'à une ivresse mortelle. La consommation de cannabis obéit à une recherche d'anesthésie.

Pour conclure, l'usage de substances illicites va constituer pour certains une porte d'entrée dans les maladies mentales graves. Des adolescents fragiles qui n'auraient jamais consommé de substances trop intenses n'auraient pas réalisé de bouffées délirantes aiguës dès douze ou quatorze ans. La précocité de présentation de ce type de pathologie s'avère inquiétante et corrélée à une prise de substance.

Olivier de LAGARDE

Que pensez-vous de la prévention ?

Christophe BADOR

Je crois qu'il faut laisser la prévention à ceux qui sont réellement compétents en la matière. Les médecins le sont peu. La politique de prévention a conduit à mettre en place des consultations spécialisées d'écoute des usagers du cannabis. Il en existe deux dans notre département, l'une à

Annecy, l'autre dans le bassin de vie de la clinique, auxquelles s'ajoutent des antennes délocalisées. Ces consultations drainent des adolescents parmi lesquels ne se trouve qu'une infime minorité d'usagers du cannabis. Il n'en reste pas moins qu'elles exercent un impact réel et apportent un soutien aux familles.

Cependant, la prévention des drogues psycholeptiques reste à inventer.

Olivier de LAGARDE

Comment soignez-vous les adolescents dépendants ? Faut-il obligatoirement commencer par les faire sortir de leur addiction ?

Christophe BADOR

Je n'en suis pas certain. Certains adolescents récidivent lorsqu'ils sortent de la clinique, mais à un niveau de consommation bien inférieur. Les patients qui reconnaissent la consommation de drogues comme le centre de leurs difficultés et acceptent la phase de sevrage et de séjour sans récurrence ne rechutent généralement pas à leur sortie de clinique. Cependant, la plupart des adolescents consommateurs réguliers persistent dans cette consommation parce qu'ils n'en perçoivent pas les effets à très long terme. A leur âge, ils restent persuadés qu'ils mourront jeunes ou se croient immortels. L'âge de 35 ans leur paraît très lointain. Il est difficile de leur en parler.

Olivier de LAGARDE

Nous terminons ainsi le premier tour de notre table ronde qui a abordé de nombreux aspects de l'addiction. Peut-être certains d'entre vous souhaitent-ils apporter des remarques complémentaires ?

.VI Débat

Patrick PHARO

Il est vrai que l'addiction peut être liée à une autonomie fragile dans certains milieux sociaux. Il ne faut pas pour autant oublier les addictions de masse telles que le tabac, l'alcool ou la cocaïne en Colombie aujourd'hui. Il faut insister sur le rôle de l'offre et des mimétismes.

Au sujet de la souffrance, tout adolescent de 17 ans ayant consommé du cannabis ne se trouve pas nécessairement en souffrance. En revanche, les parcours des consommateurs sont révélateurs. De nombreuses personnes consommant de l'alcool, du cannabis voire des produits durs finissent par arrêter. D'autres n'en sortent pas qui se trouvent de fait confrontées à une faille.

A propos du terme « maladie », je souhaite simplement rappeler l'existence des alcooliques anonymes et de leurs épigones selon la nature de l'addiction, considérés comme la méthode la plus efficace pour sortir de la dépendance aux USA.

Olivier de LAGARDE

Ces méthodes sont-elles développées en France ?

Patrick PHARO

Les réunions de groupe existent également en France, mais dans une moindre mesure. Ces méthodes dominent aux USA. Même dans un hôpital public laïque, la communauté de patients récite une prière finale à la fin de la réunion des alcooliques anonymes. Cette tradition considère l'alcoolisme comme une maladie chronique et incurable. D'autres associations ont contesté ce point de vue telles que Vie libre qui affirme qu'il est possible de sortir de cette maladie.

Un certain nombre de personnes dépendantes ne rencontreront donc pas de difficultés à se dire malades.

Sur le discours de NIDA, fondé sur des connaissances en neurosciences indiscutables portant notamment sur le système dopaminergique, s'est greffé le consensus des autorités sanitaires américaines.

La maladie peut effrayer comme rassurer, surtout dans un contexte répressif.

Pour aborder le thème de la responsabilité, il ne faut pas oublier le principe libéral de base selon lequel le tort à soi-même ne peut pas faire l'objet de poursuites. Seuls les torts causés à autrui peuvent en faire l'objet. La consommation de drogues ne nous place pas dans ce cas de figure. La preuve du tort à autrui n'est pas toujours apportée. Cet élément doit être gardé à l'esprit.

Jean MAISONDIEU

Si les patients acceptent le terme de « malade », je suis d'accord avec eux. Seul compte avant tout le confort du client. A partir de cette acceptation, nous pouvons construire un modèle autour de la maladie, se rappeler que la maladie mentale n'existe pas et qu'il s'agit d'une métaphore prise pour une réalité.

La consommation de substances modifie le fonctionnement psychique mais je ne suis pas certain qu'elle crée des enzymes gloutons se précipitant sur l'objet du plaisir dès qu'il semble à portée de main. Toute expérience addictive procurant une jouissance conduit à vouloir la reproduire lorsque les circonstances sont à nouveau réunies. Les fumeurs recommencent à fumer après un arrêt prolongé savent cependant qu'il est difficile de modérer leur consommation.

Christophe BADOR

Le tort fait à soi-même n'est certes pas censé faire l'objet de poursuites. Cependant, face à une mineure atteinte d'une anorexie mentale relevant des torts faits à soi-même, il y a lieu d'intervenir avant son décès. Il faut dans certains cas procéder à des hospitalisations sous contrainte, qui ne constituent pas une poursuite au sens propre du terme même si la mineure met en avant sa liberté. L'un des paradoxes de notre société réside dans la confrontation entre la déclaration des droits de l'homme et le devoir de porter secours à autrui, en accord avec le code de déontologie médicale.

Débat avec la salle

De la salle

Mes remarques portent sur le thème de la prévention. Récemment encore, l'OMS ne développait aucun programme de prévention. Ce n'est que depuis l'arrivée de Margaret Chan à la direction de l'OMS que la nécessité des programmes de prévention a été mise en avant.

La mise en place des politiques de prévention se heurte à deux obstacles principaux qui demandent de la vigilance.

Premièrement, les résultats des politiques de prévention devenant généralement sensibles après la fin d'un mandat, celles-ci ne peuvent être mises en place sans une véritable volonté politique à même de s'abstraire des échéances électorales.

Deuxièmement, le développement des programmes de prévention est freiné par des considérations économiques, à l'exception peut-être du tabac qui constitue un contre-exemple. Les laboratoires pharmaceutiques préfèrent vendre des médicaments plutôt que de mettre en place de tels programmes.

De la salle

Je souhaite rebondir sur l'intervention de Henri Bergeron selon laquelle les travaux sociologiques n'apportent pas tous les éléments de compréhension en matière d'addiction. Il faut effectivement prendre en compte d'autres facteurs tels que les facteurs psychologiques, les problèmes de maltraitance, conjugaux, familiaux etc.

Je travaillais en tant qu'assistant puis spécialiste de psychiatrie au Val-de-Grâce dans les années 1960. Nous avons reçu un certain nombre d'appelés toxicomanes. J'avais choisi de suivre des études de psychologie parallèlement à mes études de psychiatrie. La spécialité de psychologie sociale m'a permis de mieux connaître l'importance des facteurs sociaux à côté des facteurs psychologiques. Au lieu de rejeter ces patients facilement réformables, nous en avons soigné un certain nombre qui sont sortis de la toxicomanie. Les résultats de ces études ont été publiés quinze ans plus tard dans l'ouvrage *Après la drogue, le devenir des toxicomanes*.

J'insiste donc sur l'importance d'une formation pluridisciplinaire. J'avais également complété ma formation par des études à l'institut de criminologie, une donnée importante en matière de dépendance. J'ai pu le constater en travaillant à la prison de Fresnes où je me suis occupé des sujets venant consulter et ai participé aux délibérations sur les aménagements de peine par les juges d'application des peines.

Enfin, je vous informe que la société médico-psychologique tiendra sa réunion sur le problème des addictions à l'hôpital Sainte-Anne le 9 février prochain.

Henri BERGERON

Lors de ma présentation, je me faisais le défenseur des exigences scientifiques les plus hautes et exprimais un regret. Il me semble qu'un problème est réellement expliqué à partir du moment où les liens entre ses facteurs et ses causes sont éclairés. D'un point de vue épidémiologique par exemple, fumer provoque le cancer. L'explication ne devient complète qu'avec une étude de pathogénie montrant comment la fumée de cigarette provoque la survenue de la maladie.

Le problème des recherches sociologiques réside dans le fait que certains chercheurs n'ont pas adopté de double perspective, à savoir une perspective quantitative listant des facteurs et les reliant d'un point de vue statistique et significatif à une variable à laquelle s'ajouterait des études qualitatives visant à expliquer la création de la dépendance par ces facteurs.

Au sujet de la prévention, l'Europe s'est dotée d'une agence : « l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies ». N'ayant pas compétence en la matière, l'Union Européenne tente d'exercer un impact sur les territoires nationaux en diffusant par son intermédiaire des informations sur les interventions thérapeutiques et curatives. Il existe désormais un corpus solide en matière de prévention. Nous savons par exemple que la prévention en milieu scolaire s'avère relativement inefficace. Seules des préventions plus ciblées exercent un véritable impact.

Olivier de LAGARDE

Que pensez-vous de l'absence de développement de campagne de prévention par l'OMS ?

Henri BERGERON

L'OMS s'est montré très active pour inciter l'ensemble des pays européens à prendre des mesures de prévention, notamment par rapport à l'épidémie de SIDA auprès des toxicomanes. L'OMS est instrumentalisée par les chercheurs pour cautionner institutionnellement les productions des revues de littérature scientifique. Ces productions dessinent des guides de bonnes pratiques en matière de prévention jouant un rôle aussi important que des campagnes préventives qui seraient directement mises en œuvre par l'OMS.

Pascal PERNEY

Je considère également que l'addiction ne peut s'expliquer par une seule cause particulière. Elle naît de la rencontre d'un consommateur particulier avec un produit dans un environnement particulier. Il est difficile d'isoler un seul facteur pour établir un modèle explicatif. D'autres facteurs sont à prendre en compte tels que les facteurs génétiques, une histoire familiale de dépendance, l'âge de début de consommation des produits, le nombre de produits consommés, la recherche de « défonce », l'impact des pairs, la co-morbidité psychiatrique, les facteurs sociaux, la désinsertion, le type de personnalité etc.

Christophe BADOR

La littérature a souvent démontré l'inefficacité de la prévention scolaire. Certains départements ont organisé un rallye santé qui consiste à faire participer les collégiens à des ateliers ludiques et

récréatifs de prévention contre les drogues hors du cadre de l'éducation nationale. Nous avons repéré que ces collégiens sont ensuite plus aptes à aider leurs amis en difficulté à solliciter de l'aide auprès des bons interlocuteurs. Cette expérience s'est révélée efficace.

De la salle

Je partage le point de vue selon lequel la prévention relève de professionnels mais non de l'intervention médicale. Cependant, il a été démontré qu'une action menée très en amont pouvait exercer un impact sur la consommation de cannabis ultérieure. Une action a été menée auprès d'enfants de maternelle pour leur apprendre à gérer les conflits à travers des programmes de jeux. L'étude a révélé par la suite une moindre consommation de cannabis chez ces enfants. Nous pouvons garder un peu d'optimisme en matière de prévention.

De la salle

Que pensez-vous des personnes qui tiennent bien l'alcool ? Je connais des hommes d'affaire conduits à boire pour éviter d'être considérés étrangement dans leur environnement de travail. Un de mes oncles boit un litre de whisky par jour sans que les autres ne puissent s'en rendre compte. Des hommes d'état étaient connus pour boire ou pour fumer trois paquets de cigarettes par jour. Vous semblez vouloir interdire de fumer et boire. Or, qui n'a jamais bu ?

Olivier de LAGARDE

Existe-t-il des sociétés sans drogue ?

Patrick PHARO

Toutes les sociétés utilisent des produits psychoactifs, mais les historiens insistent sur le caractère moderne des produits purs transformés tels que le pavot en héroïne ou la feuille de coca en cocaïne. Un éminent addictologue déclarait par exemple que les mâcheurs de feuille de coca n'étaient pas des *addicts*.

Pascal PERNEY

Les remarques précédentes sur la consommation d'alcool me semblent importantes. Il est effectivement mal vu d'être abstinent dans notre société. Ce problème est souvent mal vécu par les personnes qui arrêtent de boire. Le risque d'être listé comme anormal constitue un facteur de rechute.

Par ailleurs, les addictologues proposent des soins aux personnes qui viennent les consulter, mais ils n'ont pas pour but d'interdire la consommation de tout produit psychoactif. Ces produits existent dans toutes les sociétés. Nous sommes simplement présents pour soigner les personnes qui le demandent.

Henri BERGERON

Il n'existe effectivement pas de société sans usage de produits psychoactifs. Cependant, la plupart des sociétés régulaient ces usages au sein de normes et de cadres précis comme la communication avec les dieux, le renforcement des liens sociaux ou la différenciation des classes sociales. La nouveauté de la consommation moderne de drogues réside dans la nature pharmacologique des produits et dans l'usage déréglé qui en est fait hors contexte particulier.

De la salle

La consommation de drogue s'explique-t-elle par des facteurs génétiques ou héréditaires ?

Pascal PERNEY

Le facteur génétique dans l'addiction ne condamne pas une personne à consommer mais augmente les risques de dépendance, notamment du père vers le fils. Si l'âge de début de l'usage de drogues semble conditionné par le père adoptif et donc l'environnement, la génétique multiplie par cinq les risques de dépendance.

Jean MAISONDIEU

Nous sommes en désaccord sur ce point. Selon moi, l'aspect héréditaire réside surtout dans la transmission d'un équipement enzymatique permettant de tenir ou non l'alcool. Les mongols par exemple ne peuvent boire d'alcool parce qu'il leur manque une déshydrogénase. C'est moins la conduite alcoolique qui semble héréditaire que la capacité à conduire l'alcool.

Par ailleurs, les chercheurs tendent à s'orienter sur certains sujets pour démontrer une hérédité qui n'existe pas. Je n'ai par exemple encore jamais lu d'étude sur le « théisme » chez les anglais. Il existe en revanche des risques plus ou moins élevés relevant de l'hérédité sociale, un enfant de polytechnicien présentant par exemple davantage de chances de devenir polytechnicien.

Patrick PHARO

Des articles estiment que 40 % des cas d'addiction seraient liés à une fragilité génétique, le reste étant lié à l'environnement.

De la salle

Vous avez évoqué la révélation de troubles psychiatriques par une consommation de drogue intense. La consommation de drogue révèle-t-elle ces troubles ou les crée-t-elle ?

Christophe BADOR

Il était enseigné il y a quarante ans que les maladies graves et psychoses se révélaient à la fin de l'adolescence. Depuis une dizaine d'années, les services spécialisés dans l'adolescence observent

l'apparition de symptômes dès dix ou onze ans qui n'existaient pas auparavant ou n'étaient pas relevés tels que des hallucinations visuelles. 95 % des enfants atteints de ce type de symptôme ont consommé du cannabis. Il est difficile d'établir s'ils en ont consommé avant ou après, mais les hallucinations cessent avec l'arrêt de l'usage du cannabis. Souvent, les adolescents regrettent ces hallucinations auditives ou visuelles, aimant fonctionner en autarcie avec ces personnages qui les rendaient différents des autres mais troublaient aussi leur relation à autrui, ce qui a d'ailleurs conduit à les signaler.

La drogue a-t-elle révélé ou créé ces maladies ? Le facteur génétique peut jouer un rôle, mais rien n'est prouvé définitivement. Je pense qu'il faut prendre en compte la fragilité de la personnalité et des aspects polyfactoriels. Nous constatons une efflorescence de maladies susceptibles de devenir chroniques ou très graves si elles ne sont pas détectées à temps.

De la salle

Après avoir été pilote maritime pendant vingt ans, je suis devenu psychanalyste. Selon la loi, le pilotage des pilotes maritimes en état d'ivresse est passible de la cour d'assise. Il est intéressant de noter que le terme utilisé n'est pas « alcoolémie » mais « état d'ivresse ». La police américaine s'appuie également sur la notion d'état d'ivresse. Une personne peut en effet posséder un taux d'alcoolémie de 0,8 sans montrer de signes d'ivresse ou de 0,2 et être en état d'ivresse.

Un texte de Colbert tenait les propos suivants : « le pilote en état d'ivresse est condamné (...). Il a été constaté qu'avec un certain degré d'ivresse, le pilote était meilleur que d'habitude (...). Il appartiendra au capitaine de mesurer l'état d'ivresse du pilote ». Ceci dit, aucun pilote maritime ne peut être en état d'ivresse ou avoir un taux d'alcoolémie étant donnée la nature des navires pilotés.

Ma question porte sur la variable de la religion. Ne serait-il pas intéressant de mener une enquête sociologique étudiant le lien entre la religion, en incluant les agnostiques, et l'existence d'addiction à des psychotropes ?

Jean MAISONDIEU

Dans l'Islam, l'alcool est mère des diables alors que dans le catholicisme, le vin est sang du christ. Les religions contiennent des facteurs favorisant ou défavorisant liés au type de croyance plus qu'à la croyance elle-même et à la peur de la mort. Il me semble que des travaux ont été menés qui mesurent les inégalités entre les religions.

Henri BERGERON

Certains sociologues ont travaillé sur le rôle protecteur que jouent les religions monothéistes par rapport à l'addiction, dans le sens où la croyance que Dieu préside à la destinée des individus et possède seul la connaissance de l'essence des hommes conduit à faire des tentatives de transformation de sa destinée un objet d'interdiction ou de transgression sociale. Cette explication s'appliquerait également à l'inviolabilité de l'enveloppe corporelle et aux résistances à la FIV.

Inversement, des théories tendent à expliquer la diffusion massive de l'usage de drogues par l'effritement des passions et des institutions collective dont la religion fait partie. Elles établissent

un lien entre le mouvement d'individualisation et de sécularisation avec le développement des addictions.

En revanche, il ne semble pas que des travaux aient démontré des différences d'une religion monothéiste à l'autre, comme Durkheim a pu le faire pour le suicide et le protestantisme.

Patrick PHARO

Des études révèlent que l'entrée dans la consommation est corrélée négativement avec la pratique religieuse. Inversement, la chance de rester abstinent pour les personnes qui arrêtent leur consommation semble corrélée positivement avec la pratique religieuse.

J'ai également pris connaissance de recherches sur l'explication de l'extase religieuse par des corrélats neurophysiologiques, qui permettraient alors de penser la problématique de l'addiction en termes de substitut.

Addictions : quels enjeux et quelles réponses sanitaires et sociales ?

Table ronde 2

La table ronde et les échanges sont animés par le journaliste Olivier de Lagarde.

Dr Marie-France CHEDRU, médecin général de santé publique, chargée de mission santé à la MILDT

Anne-Marie PAYET, sénateur de la Réunion

Sophie MASSIN, doctorante en sciences économiques, spécialisation en économie des addictions – allocataire de recherche à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Raymond BOVERO, directeur des programmes jeu responsable et développement durable, La Française des Jeux

Dr Pierre RANCE, psychiatre, Clinique Mon Repos, Marseille (13)

.I Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies

Marie-France CHEDRU

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ne doit pas être confondu avec le ministère de la santé. Il s'agit d'un organisme interministériel dépendant du premier ministre, compétent pour tous les sujets concernant la drogue et la toxicomanie, qui rassemble en tant que tel des représentants de l'ensemble des ministères concernés, à savoir l'Education nationale, la Santé, la Recherche, l'International et l'Application des lois.

En revanche, le pôle santé de la mission interministérielle, qui travaille avec le Ministère de la Santé, est informé des différents plans touchant au domaine des addictions.

La MILDT travaille par plans gouvernementaux pour chaque domaine (prévention, prise en charge, application de la loi, recherche, international etc.), en lien avec l'ensemble des ministères. Les plans gouvernementaux sont soumis à l'approbation du Premier ministre avant d'être mis en œuvre pour la période visée. Approuvé en juillet 2008, le nouveau plan de lutte contre les addictions concerne la période 2008-2011. Il intègre les aspects liés aux addictions des différents plans du ministère de la santé.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions du ministère de la santé vise à fédérer autour de la particularité de la prise en charge des addictions et de l'addictologie. Il insiste sur la structuration de l'hôpital. Les travaux menés sur la partie sanitaire ont abouti à une conception à trois niveaux : le premier concernant un recours partagé, le second étant spécialisé et le troisième incluant la recherche.

Au niveau médicosocial, ce plan opère un rapprochement juridique entre les drogues illicites et l'alcool par la création d'un guichet unique, les CSAPA ou Centres de Soins d'Accompagnement et

de Prévention en Addictologie. Les CSAPA incluent la consultation des jeunes consommateurs sans se limiter à l'usage du cannabis et remplissent une mission entre prévention et prise en charge. En cours d'installation, les CSAPA devraient faciliter l'accès à la prise en charge pour les personnes en difficulté.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions poursuit par ailleurs une politique de prévention des risques et s'ouvre aux addictions sans produits.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies intègre également des éléments du plan santé jeunes. Ces aspects concernent les addictions au cannabis, l'expérimentation du dépistage de la consommation à l'école, notamment dans les collèges d'Ile-de-France, par du personnel formé avec un essai de prise en charge proche de la prévention à travers des discussions sur les consommations. Par ailleurs, le plan santé jeunes inclut une interdiction de vente d'alcool aux mineurs, ainsi que le soutien des maisons des adolescents qui accueillent des publics jeunes en difficulté.

Le troisième plan de santé recoupant le sujet des addictions devrait être divulgué en février 2009. Il s'agit du plan de prévention et de lutte contre les hépatites B et C, la principale source de contamination de l'hépatite C étant l'usage de drogues par injection. Le plan accorde une place importante à la prévention et à la prise en charge des usagers de drogues. Nombre d'entre eux sont dépistés, mais ils se réinfectent souvent entre deux dépistages, se contaminent les uns les autres et accèdent peu aux traitements pour de multiples raisons alors que certaines formes hépatites y sont sensibles.

La MILDT a intégré ces plans dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Elle a préconisé des mesures acceptées et financées par le Premier ministre, recommandant notamment une meilleure prise en charge du problème de l'alcoolisme en prison par la mise en place dans cent prisons d'une consultation en addictologie orientée vers l'alcoologie.

La MILDT a recommandé une diversification du champ médicosocial dans le sens d'une adaptation à des activités visant les publics les plus vulnérables, notamment les femmes et les enfants.

L'équipe interministérielle a également proposé des mesures pour renforcer la formation en addictologie telles qu'une valence d'addictologie au cours de la première année d'études médicales qui deviendrait ensuite un tronc commun aux diverses spécialités, un projet de formation qualifiante pour les bénévoles et professionnels des associations ou encore des formations croisées pour différentes spécialités.

Olivier de LAGARDE

Les établissements psychiatriques privés sont-ils inclus dans le plan ?

Marie-France CHEDRU

Ce sujet n'est pas du ressort de la MILDT mais du ministère de la santé.

La MILDT travaille sur les différents aspects de l'addiction. Je m'occupe par exemple du sujet de la prise en charge, mes collègues de l'application des peines traitent d'un autre aspect quand ceux

de l'international se penchent sur les routes de la drogue. La question des cliniques privées relève du ministère de la santé.

Olivier de LAGARDE

N'estimez-vous pas que l'administration freine sur le sujet des partenariats entre les secteurs publics et privés ?

Marie-France CHEDRU

Ce sujet n'est pas de mon ressort. Le plan gouvernemental et les mesures spécifiques feront l'objet d'évaluations.

Je peux simplement ajouter que la création des CSAPA s'accompagne de la mise en place de schémas régionaux d'addictologie. Ces schémas tiendront compte du champ médicosocial, de la médecine de ville ainsi que des établissements hospitaliers publics et privés.

Par ailleurs, les ARH vont être remplacées par des ARS aux compétences plus larges, qui travailleront sur l'ensemble des questions sanitaires, les remboursements, la médecine de ville et la prévention. Une structure globalisante est en cours de construction.

Enfin, le projet de loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » modifie notablement l'organisation de la prise en charge dans un territoire. Destinée à entrer prochainement en discussion à l'assemblée nationale, elle inclut des propositions de coopération entre différents types d'établissements pour des activités particulières. Nous ne connaissons pas la teneur finale de la loi, mais il semble que celle-ci envisage des rapprochements et de la mutualisation.

.II Le combat politique de la lutte contre les addictions

Olivier de LAGARDE

Je me tourne maintenant vers Anne-Marie Payet, sénateur de la Réunion. Vous êtes connue pour votre engagement dans la lutte contre l'alcoolisme, notamment auprès des femmes enceintes et outre-mer. Pensez-vous que les pouvoirs publics agissent suffisamment ?

Anne-Marie PAYET

Je souhaiterais tout d'abord rappeler les raisons de mon combat. Les addictions causent de lourds dommages. Selon les statistiques, un français sur dix est malade de l'alcool, lequel est responsable de 68 000 décès par an auxquels la prise en compte des co-facteurs tels que le tabac et les autres drogues ajoute 45 000 décès par an. Chaque année, l'alcool est directement responsable de 23 000 décès. 20 % des personnes hospitalisées présentent une pathologie liée à l'alcool, voire 30 % en psychiatrie. L'alcool constitue la première cause du handicap chez l'enfant exposé pendant la grossesse. Il est responsable d'un cancer sur trois. Par ailleurs, 95 % des cancéreux hospitalisés sont des fumeurs.

Les addictions représentent une lourde charge financière pour la collectivité s'élevant à 17 milliards d'euros, voire 28 milliards d'euros en incluant le tabac et les autres drogues.

La situation à la Réunion est très préoccupante avec l'alcoolisme comme principal fléau. Quatre fois plus de personnes y meurent à cause de l'alcool et le taux d'alcoolisation fœtale s'avère trois fois plus élevé qu'en métropole, bien que l'île compte 40 % d'abstinents alors que la France n'en recense que 28 %. Si les fumeurs et les buveurs sont moins nombreux à la Réunion, les dégâts y sont plus graves en raison d'une consommation plus excessive.

Cette situation s'explique également par la banalisation de l'addiction. La difficulté à aborder ce problème en fait une cause délaissée. Les victimes ne sont pas suffisamment informées des conséquences d'une consommation excessive, les médecins se trouvant eux-mêmes gênés par la notion de liberté individuelle pour interroger des patients.

Je tiens donc à saluer le travail des associations qui manquent souvent de moyens financiers, encore plus en temps de crise. L'Office français de prévention du tabagisme a ainsi dénoncé l'actuel délaissement par l'Etat de la lutte contre le tabagisme, ayant dû annuler une campagne de prévention à la demande du gouvernement.

Les propositions de lutte contre l'alcoolisme ne manquent pas. L'académie nationale de médecine a développé un certain nombre de mesures, de même que la mission menée par Hervé Chabalier, dont j'aimerais que certaines figurent dans le projet de loi HSPT.

Il faut insister davantage sur le caractère insidieux des addictions. « L'alcool est un ami intime », comme le rappelle un ami d'Hervé Chabalier. Des expressions vides de sens sont utilisées pour le désigner. Que signifie par exemple « boire avec modération » lorsque chacun fixe ses propres limites ? Certains professionnels ont même suggéré de mettre fin à ces campagnes qui semblent accepter un certain seuil de modération sans pour autant le définir.

Olivier de LAGARDE

Etes-vous en faveur de la prohibition ?

Anne-Marie PAYET

Je ne suis en aucun cas en faveur de la prohibition. Je considère simplement que l'appel à la modération est vide de sens à partir du moment où chacun se fixe son propre seuil. Une personne a rappelé tout à l'heure qu'il est possible de supporter une bouteille de whisky, mais cette endurance n'est que provisoire.

Olivier de LAGARDE

Vous rendez hommage au travail des associations. Selon vous, l'état agit-il suffisamment ou se reposerait-il trop sur ces dernières ?

Anne-Marie PAYET

Il me semble que l'état doit renforcer son action, notamment en matière de prévention. La première table ronde a souligné le besoin de professionnels de la prévention. Cette charge ne peut être laissée aux seules associations, qui font un excellent travail par ailleurs mais dont l'action doit être complétée par celle de professionnels formés.

Les discours tendent à dissimuler le caractère insidieux de l'alcool. Il en va ainsi du concept de modération, mais aussi d'expressions comme « le vin est la plus saine des boissons ». C'était peut-être vrai à l'époque de Pasteur en l'absence d'une généralisation de l'eau potable, mais ça ne l'est plus aujourd'hui. Les études démontrant l'effet positif du vin sur la santé sont le plus souvent bordelaises. Des chercheurs suédois ont d'ailleurs contesté leurs résultats.

Roselyne Bachelot a pris trois engagements :

- l'interdiction de la vente d'alcool dans les stations services ;
- l'interdiction de la vente ou de l'offre à titre gratuit des cigarettes aromatisées, autrement dénommées « cigarettes bonbons » ;
- l'interdiction de la vente aux mineurs avec la possibilité pour le commerçant d'exiger la présentation d'une carte d'identité.

Le plan de lutte contre les drogues prévoit la promotion de l'addictologie, une spécialité souvent méconnue et pourtant essentielle.

Il reste cependant beaucoup à faire, le gouvernement tendant parfois à privilégier des considérations économiques. Il ne doit souffrir d'exception pour aucun territoire.

Par ailleurs, le soutien du ministère de la santé à certaines mesures s'avère parfois insuffisant, en raison de la répartition des compétences. Mes propositions sur l'étiquetage des produits ont ainsi été renvoyées à une décision du ministère de l'agriculture, celles sur le *duty free* au ministère de l'économie et des finances.

Olivier de LAGARDE

Le tabac et l'alcool soulèvent des enjeux économiques importants, tant en termes d'emplois que de revenus pour l'état.

Anne-Marie PAYET

J'en suis consciente, mais il existe des incohérences. Le principe du *duty free* est par exemple interdit dans toutes les villes européennes, mais pas en Outre-Mer où la loi selon laquelle le tabac ne peut être vendu à des prix promotionnels ne s'applique pas. Le ministère argumente sur la définition du *duty free* comme de la vente hors taxe, qui ne devrait pas être confondue avec de la vente promotionnelle. Or, un dictionnaire politique définit la vente promotionnelle comme un avantage offert au consommateur mais limité soit dans le temps soit dans un espace géographique. Cette définition pourrait donc correspondre au *duty free*.

Les arguments opposés à la mesure d'étiquetage concernaient un éventuel rejet par l'Europe ou par les français, favorables par ailleurs à 75 % à cette mesure.

Des inquiétudes sur les difficultés que des mesures pourraient poser aux commerçants ou sur la contrebande qu'elles pourraient faire naître ont également été évoquées. Or, l'Outre-Mer est le seul territoire où il est possible de vendre du tabac sans détenir de licence. Il est encore plus difficile d'arrêter lorsque les produits sont disponibles chez tous les commerçants.

Enfin, lorsque j'ai travaillé sur un amendement mettant fin aux zones exclusives pour les cigarettes, il m'a été répondu que la concertation avec les professionnels n'avait pas eu lieu.

Olivier de LAGARDE

Les projets de loi et d'amendements que vous déposez semblent donc se heurter aux réticences des pouvoirs publics. Quelles en sont les raisons ?

Anne-Marie PAYET

Ces raisons sont avant tout économiques. Il faut faire preuve de détermination pour obtenir gain de cause.

.III L'approche économique des addictions

Sophie MASSIN

L'économie des addictions consiste notamment à quantifier l'ensemble des conséquences néfastes générées par les comportements addictifs et à calculer le coût social des addictions. Le calcul de cet indicateur suppose de lister l'ensemble des conséquences négatives associées aux comportements addictifs et de les monétariser. Si la prise en compte du coût du traitement des maladies reste relativement simple, celle des coûts psychologiques s'avère plus complexe.

Le calcul exclut le coût des dépenses de l'achat des produits ou des services. Les économistes cherchent à quantifier le coût des conséquences de la consommation et non celui de la consommation en elle-même.

Les postes de dépenses par ordre de grandeur sont les suivants :

- les dépenses de santé dans le cadre du traitement direct de la dépendance ou des conséquences associées ;
- les coûts liés au décès, calculé le plus souvent à partir de l'ensemble des montants de revenus perdus à l'occasion d'un décès prématuré ;
- les dépenses de police, de justice, de douane, de prévention etc. ;
- les dépenses liées à des conséquences plus indirectes telles que les pertes de productivité au travail, les feux de cigarettes, les divorces etc.

L'ensemble de ces données aboutit au calcul d'un coût qui se chiffre en millions voire en milliards d'euros. Le coût social du tabac est ainsi estimé à 770 euros par habitant, soit 3 % du PIB.

Olivier de LAGARDE

Ces chiffres signifient-ils que l'absence de consommation de tabac permettrait d'accroître le PIB de 3 % ?

Sophie MASSIN

C'est exact, mais il s'agit d'un coût d'opportunité calculé dans une situation idéale et non d'un coût évitable, une société sans fumeur n'existant pas.

Olivier de LAGARDE

Les addictions génèrent également des bénéfices. Les économistes prennent-ils en compte l'apport des différents secteurs liés aux addictions à l'économie du pays ?

Sophie MASSIN

Il est possible de mettre en balance le coût social et les bénéfices générés dans les différents secteurs. Toutefois, cette démarche ne me semble pas indispensable. Frédéric Bastiat, un économiste du 19^{ème} siècle, a proposé la parabole de la vitre cassée. S'interrogeant sur les conséquences économiques d'un accident au cours duquel une vitre était cassée, il déterminait deux conséquences, l'une visible consistant à faire appel à un vitrier, l'autre invisible résidant dans une affectation différente de la dépense du père de famille. Ce raisonnement est transposable au cas des addictions. La disparition des comportements addictifs n'entraînerait pas pour autant la disparition de l'argent des personnes dépendantes, mais la réinjection de cet argent dans l'économie sous une autre forme.

Aucune raison ne laisse penser que les ressources générées par les comportements addictifs ne seraient pas réinvesties ailleurs à long terme. A court terme en revanche, il est nécessaire de mettre en place des politiques publiques pour accompagner les secteurs qui en souffriraient.

Olivier de LAGARDE

Les personnes dépendantes font-elles supporter un coût à celles qui ne le sont pas ?

Sophie MASSIN

Le discours des non fumeurs consiste souvent à insister sur la liberté individuelle des fumeurs tout en regrettant le poids de leur addiction sur le budget de l'assurance maladie. Or, cet argument isole un transfert parmi d'autres. Pour être recevable, il faudrait avant tout vérifier que le surcoût en soins médicaux d'un fumeur représente véritablement un surcoût par rapport à un non fumeur susceptible de recevoir davantage de soins en raison d'une espérance de vie plus longue.

D'un point de vue économique, il faudrait prendre en compte les taxes acquittées par les fumeurs qui meurent au moment de la retraite, sans toucher justement la retraite pour laquelle ils ont cotisé

toute leur vie. Il est probable que le transfert s'opère dans le sens des fumeurs au profit des non fumeurs.

Olivier de LAGARDE

Devrions-nous alors souhaiter davantage de fumeurs dans une société ?

Sophie MASSIN

La vision présentée est avant tout comptable. Certaines études démontrent qu'une diminution de la prévalence en Belgique d'environ 10 % entraînerait un gain à court terme, mais les dépenses de santé augmenteraient à nouveau dix à quinze ans plus tard.

La science économique n'est pas une science de minimisation des dépenses mais de la meilleure allocation possible des ressources d'une société en fonction des préférences des individus qui la composent. Si ces individus accordent de l'importance au fait de vivre longtemps en bonne santé, ils sont alors prêts à dépenser une certaine quantité de ressources pour atteindre cet objectif. Cette vision permet de dépasser le point de vue uniquement comptable.

Olivier de LAGARDE

Qu'en pensez-vous, Anne-Marie Payet ?

Anne-Marie PAYET

Cette vision me semble exacte. Un professionnel a déclaré lors de la commission des affaires sociales que pour le coût d'une greffe du foie, cent malades de l'alcool pouvaient être soignés pendant cinq ans dans un service d'alcoologie ambulatoire. L'importance de la prévention n'en ressort que davantage.

Olivier de LAGARDE

Je vous propose d'aborder maintenant le sujet du jeu avec l'un des représentants de la Française des jeux. Le jeu tient-il une grande place à la Réunion ?

Anne-Marie PAYET

La Réunion compte effectivement beaucoup de joueurs, comme la Corse. Il existe un certain nombre de similitudes entre les deux îles.

.IV Le plan d'actions de la Française des jeux pour le « jeu responsable »

Olivier de LAGARDE

Nous évoquons les éventuels bénéfices des addictions. Celle au jeu rapporte chaque année plusieurs milliards d'euros à la Française des jeux, qui en reverse 2,5 à l'état. Quelles sont les raisons qui motiveraient l'engagement de la Française des jeux dans la lutte contre les addictions ?

Raymond BOVERO

Ce n'est pas l'addiction au jeu qui rapporte chaque année 2,5 milliards d'euros à l'état, mais le jeu par la Française des jeux. Tous jeux d'argent confondus, 5,2 milliards d'euros viennent nourrir le budget de l'état. Sur 100 euros joués à la Française des jeux, 60 euros retournent au joueur, 28 euros à l'état et 11,9 euros à la filière commerciale. Ces 5,2 milliards d'euros représentent moins de 2,5 % du budget global de l'état français. L'Australie ou la Californie par exemple tirent plus de 10 % de leurs revenus du jeu. L'état pourrait alors être considéré comme le premier *addict* au jeu.

Anne-Marie Payet évoquait le fait que la Réunion compte davantage de joueurs qu'en métropole. Ce constat ne signifie pas pour autant que l'addiction au jeu y soit plus forte. Une étude de prévalence est lancée qui, je l'espère, n'oubliera pas les DOM-TOM. Dans l'ensemble, le français joue relativement peu. Les dépenses des français consacrées au jeu s'élèvent en moyenne à 147 euros par an par habitant alors que la moyenne européenne se situe à 191 euros, soit 23 % de plus, et celle de la Grèce à 490 euros.

Un argument opposable pourrait être la plus forte puissance du pari hippique ou des casinos en France. Cependant, les français se classent au douzième rang européen en dépenses nettes par habitant consacrées au jeu, lesquelles se situent 15 % en dessous de la moyenne européenne.

Les éléments que nous devons prendre en compte sont moins ces données que les usages pathologiques du jeu contre lesquels nous nous engageons.

Anne-Marie PAYET

La part de rêve inhérente au jeu peut expliquer l'importance de celui-ci à la Réunion, dans la mesure où le taux de chômage du territoire est élevé. La publicité contribue également à alimenter le jeu et les addictions. Dans cette perspective, pourquoi n'envisageriez-vous pas de supprimer la publicité sur les jeux ?

Raymond BOVERO

Les approches quantitatives du jeu excessif ou dommageable ont échoué. Un gros joueur n'est pas forcément excessif et inversement. Ceci dit, la Réunion compte davantage de personnes vulnérables, dans la mesure où leurs revenus sont plus faibles. La demande de suppression de la publicité pourrait avoir du sens. Toutefois, il faut savoir que sur les 29,2 millions de personnes en France qui ont joué à l'un des jeux de la Française des jeux, 6 millions d'entre elles ont également

joué au PMU et 5 millions au casino. Les joueurs jouent avec plusieurs opérateurs. Néanmoins, si le législateur interdisait la publicité, nous respecterions cette décision.

Nous préférons adopter une démarche proactive. Les jeux sont interdits aux mineurs depuis juillet 2008 suite à notre lobbying qui a d'ailleurs presque trop bien réussi, le législateur ayant fixé l'âge légal de jeu à 18 ans, au lieu de 16 ans comme nous le préconisions.

Notre cœur de responsabilité en tant qu'opérateur de jeu consiste à mettre en œuvre du jeu durable et responsable, notamment en encourageant la prévention par l'information, mais sans tenter de réguler les comportements individuels qui relèvent de la liberté de chacun. Nous distribuons par exemple le questionnaire « *Quel joueur êtes-vous ?* », présent pour l'instant dans 30 % des guichets.

Olivier de LAGARDE

Quels sont les critères de définition d'un *addict* au jeu ?

Raymond BOVERO

Un *addict* au jeu joue plus souvent, plus d'argent et plus longtemps que ce qu'il peut se permettre de manière répétée. Il s'agit moins de critères quantitatifs que d'une perte de maîtrise de son comportement. La connaissance des conséquences néfastes de son comportement ne suffit pas à l'empêcher de continuer. Une personne peut être considérée comme dépendante au jeu à partir du moment où elle fait un usage répété d'un comportement tout en ayant conscience des dommages que ce comportement peut lui causer à elle-même ou à son entourage.

Nous dénombrons 30 millions de joueurs en France mais ignorons le nombre de joueurs dépendants. D'autres pays moins régulateurs comptent entre 0,5 % et 2 % de joueurs dépendants, ce qui laisserait estimer le nombre de joueurs pathologiques en France entre 200 000 et 800 000. Le nombre de joueurs excessifs est estimé entre 3 et 4 % soit environ 2 millions de personnes.

En l'absence de politiques publiques affirmées, les opérateurs prennent en compte le risque d'addiction au jeu. La Française des jeux par exemple attire l'attention sur l'aspect sensible du produit. Elle conjugue la promotion de l'aspect récréatif des jeux avec la présentation des excès et des conséquences négatives du jeu. Elle a ainsi choisi le slogan suivant : « rester maître du jeu, fixez vos limites », qui met en garde les joueurs contre le dépassement de leurs limites.

Il existe actuellement peu de structures de prise en charge des personnes dépendantes au jeu. L'objectif de la Française des jeux est d'encourager le développement des connaissances autour du jeu, leur partage et leur diffusion.

Olivier de LAGARDE

Pensez-vous, Pierre Rance, que l'addiction soit la même pour le jeu, l'alcool ou les drogues ?

Pierre RANCE

Tout dépend de la personnalité du patient et du joueur.

Raymond BOVERO

Je partage l'avis selon lequel aucun schéma ne peut être appliqué systématiquement. Il faut se placer à l'écouter de chaque individu et de ses demandes.

.V Attentes, visions et propositions de la psychiatrie privée pour une politique de prise en charge multidisciplinaire et globale

Olivier de LAGARDE

Les cliniques privées ont été écartées du plan de lutte contre les addictions et la toxicomanie. Quelles en sont les raisons selon vous ?

Pierre RANCE

Il s'agit d'une question simple à laquelle je ne peux cependant vous répondre, n'ayant pas participé à l'élaboration du plan.

Olivier de LAGARDE

Les différentes interventions ont montré le coût des addictions pour la société. La lutte contre les addictions fait consensus. Quelles sont les propositions des cliniques privées ?

Pierre RANCE

Je souhaite rebondir sur les propos de Jean Maisondieu. Je pense comme lui que le patient doit être la principale figure de l'attention que nous pouvons lui porter. Il faut comprendre ce qui l'a conduit à devenir dépendant, quelle que soit son addiction. En tant que psychiatre, le type d'addiction ne revêt à mes yeux aucun intérêt. L'élément à prendre en compte avant tout se situe au niveau de la souffrance intime du patient, à laquelle il cherche à répondre en ayant peut-être trouvé comme seul moyen le recours à une addiction quelconque à un moment donné.

Olivier de LAGARDE

Que peuvent apporter les psychiatres de cliniques privées ?

Pierre RANCE

Comme tout psychiatre, ils peuvent apporter une écoute du patient, tenter de comprendre ses raisons et essayer de dénouer une pelote compliquée dont il est parfois difficile de saisir le bout.

Olivier de LAGARDE

Les cliniques privées psychiatriques sont-elles prêtes à travailler avec le secteur public ?

Pierre RANCE

Elles sont certainement prêtes à travailler en complémentarité avec le secteur public. La principale difficulté consiste à définir le niveau de leur participation et de leur collaboration.

Par clin d'œil, si la devise de la République française est « liberté, égalité, fraternité », la psychiatrie privée a souvent le sentiment de ne pas être traitée à égalité. Je souhaiterais que la psychiatrie privée puisse adopter comme devise « liberté, équité, reconnaissance ».

Marie-France CHEDRU

Pouvez-vous préciser les raisons de la non participation des cliniques privées à l'élaboration du plan gouvernemental ? N'étant pas au ministère à ce moment-là, j'aimerais mieux comprendre votre propos.

Pierre RANCE

Les représentants de la profession n'y étaient pas non plus.

Marie-France CHEDRU

J'ai entendu qu'il n'en avait été trouvé aucun pour venir.

Pierre RANCE

Un dicton populaire affirme qu'il n'est pire sourd que celui qui ne veut pas entendre. Je pense que les psychiatres des cliniques privées n'ont pas été sollicités. Lorsqu'ils le sont, ils répondent.

Olivier DREVON

Les cliniques psychiatriques ont malheureusement l'habitude de ne pas être concernées par les plans. Lorsqu'elles ont été sollicitées pour le plan santé mentale, il leur a été demandé de « ne pas faire trop de bruit », en affirmant qu'une fois le plan adopté, les cliniques privées seraient à nouveau prises en compte.

En revanche, les cliniques privées n'ont pas été sollicitées pour le plan addiction, sauf le jour de son annonce officielle. Les hôpitaux accueillent 30 % de malades addictifs, sachant que les cliniques privées réalisent 25 % de ces hospitalisations. Ces dernières constituant donc un acteur important du traitement des addictions en France, je m'étonne que l'hôpital public puisse être considéré comme le principal lieu d'accueil des problèmes d'addictions.

Les établissements privés sont tout aussi concernés par le sujet que le secteur public. Ils rassemblent des équipes passionnées par leur travail. Une consœur d'un établissement de soins de suite spécialisé en addiction à Orthez a ainsi été sollicitée pour assurer une partie de la formation des médecins responsables des addictions dans son département. En l'absence de demandes cependant, les établissements privés ne peuvent apporter de réponses.

Les colloques organisés par les établissements privés ont donc pour fonction de montrer l'intérêt que ces derniers portent à la santé de leurs patients et pas seulement à leurs comptes. De nombreux directeurs de cliniques sont avant tout des médecins. Une politique de lutte contre les addictions doit s'appuyer sur ces cliniques dont les équipes passionnées soignent quotidiennement des patients.

Marie-France CHEDRU

Je ne suis que la correspondante santé de la MILDT et non une représentante du ministère. La question dépasse donc mes compétences. Cependant, je tiens à rappeler que nous n'avons jamais affirmé l'absence du problème de l'addiction dans le secteur privé. J'ignore la manière dont le plan a été construit et si effectivement, ceux qui l'ont construit ont pensé vous contacter.

Pierre RANCE

J'ajouterai que la richesse de la psychiatrie française en général, exercée dans le secteur public comme privé, se nourrit de la richesse des approches théoriques et des modes de travail au quotidien. Nous vivons dans une société de plus en plus contrôlée et aseptisée. A l'avenir, les praticiens publics et privés doivent se montrer particulièrement attentifs à leurs pratiques sur le terrain. Je crains qu'un excès de normalisation dans notre spécialité n'entraîne un affadissement de nos pratiques. La psychiatrie ne doit pas être enfermée dans un carcan lissant toutes ses spécificités et son originalité. Perdre ces particularités risquerait de transformer les psychiatres en producteurs de soins fades et sans saveur à l'image des chaînes alimentaires de grande distribution. Une telle uniformisation serait préjudiciable à la qualité de la prise en charge et des établissements. Les premiers à en souffrir seraient les patients.

La psychiatrie privée se tient prête à faire entendre sa voix sur ce phénomène à condition que le secteur public lui accorde une écoute.

Débat avec la salle

De la salle

En tant que sénateur neuropsychiatre, je tenais à assister à ce colloque pour représenter l'ouverture des politiques aux cliniques privées. Je suis d'ailleurs heureux de retrouver des hommes et femmes politiques parmi les intervenants. Je souhaiterais apporter plusieurs commentaires.

Tout d'abord, l'addiction n'est pas seulement un phénomène de société mais aussi un phénomène pathologique auquel il faut sensibiliser le grand public. Les addictions relèvent de plusieurs facteurs dont l'environnement que la psychiatrie doit également prendre en compte.

Maire de La Canourgue, j'ai par ailleurs monté un centre de convalescence destiné à accueillir les femmes en ayant besoin et leurs enfants, et à consolider leur guérison.

Nous envisageons actuellement l'ouverture d'un centre de mise en forme dans l'Aubrac à partir d'un centre thermal pour lutter contre les conduites addictives soit en convalescence, soit en prévention, en conjuguant les approches psychiatriques et pathologiques.

Enfin, seul prime aux yeux d'un médecin ce qu'il peut apporter à un patient. Je tiens à féliciter les cliniques privées pour le travail qu'elles accomplissent.

Marie-France CHEDRU

La mise en œuvre du plan gouvernemental incluant des actions en direction des femmes et des mères, j'ai eu l'occasion de visiter le centre mères-enfants que vous évoquez. Il m'a semblé tout à fait intéressant.

De la salle

Je souhaiterais attirer l'attention de Marie-France Chedru sur la nécessité d'inclure les psychologues travaillant dans des associations et ceux formés à l'université dans les mesures de formation à l'addictologie du plan gouvernemental. Les psychologues traitent également des questions de dépendance. Il ne faut pas les oublier.

Marie-France CHEDRU

Je n'ai pu citer toutes les professions lors de mon intervention, mais les psychologues ont été pris en compte, de même que les personnels sociaux. Nous avons envisagé un large spectre de formations qualifiantes, continues, croisées ou initiales dans les champs médical, paramédical et social.

De la salle

Le plan addiction faisait mention d'un numéro vert d'appel unique lors de sa sortie. Cette mesure reste-t-elle d'actualité ?

Marie-France CHEDRU

Le plan de prise en charge du ministère de la santé a été repris dans le plan gouvernemental, mais le numéro unique n'a pas été retenu. Il s'agit d'une des seules mesures non confirmées, les autres étant soit mises en place, soit en cours de mise en place.

La MILDT réfléchit par ailleurs à la création d'un portail Internet sur les addictions qui rassemblerait les informations des différents domaines tout en établissant des liens vers d'autres sites, afin de contrer le morcellement de l'information et de la rendre davantage accessible au public.

De la salle

Lors de ma carrière de pilote maritime, j'ai procédé en tant qu'officier de garde à l'arrestation d'un docker ivre ayant tué d'un coup de poignard un autre docker. Ce fut une rencontre brutale avec le problème de l'alcool à la Réunion. Quel est l'indice de fécondité de la Réunion ?

Anne-Marie PAYET

L'indice de fécondité de la Réunion a diminué depuis de nombreuses années mais reste supérieur à la moyenne métropolitaine. La Réunion connaît de nombreux problèmes liés à l'alcool, mais la consommation générale reste inférieure à celle de la métropole. Les problèmes rencontrés relèvent essentiellement de l'existence relativement plus importante de consommations excessives.

Je tiens à féliciter le sénateur Jacques Blanc pour la création de l'établissement mères-enfants à La Canourgue.

Je rappelle que je ne suis en aucun cas favorable à la prohibition. L'amendement que j'ai déposé visait avant tout à prévenir les femmes enceintes des dangers de l'alcool. En effet ; si les dangers pour le fœtus d'une consommation d'alcool excessive étaient connus, les effets négatifs d'une consommation modérée régulière étaient en revanche méconnus. Selon une enquête réalisée en Charente et au Canada, 30 % des médecins affirmaient en 2003 que boire un à trois verres de vin par jour n'exerçait pas d'impact sur le fœtus. Ils n'étaient donc pas suffisamment informés.

C'est la raison pour laquelle j'ai déposé des amendements visant à inclure l'étude du syndrome d'alcoolisation fœtale dans le cursus des médecins. Il faut se souvenir que le Dr Lemoine s'est heurté au refus des journalistes de présenter sa découverte du syndrome dans un pays où le vin est présenté comme une boisson noble. Pour autant, un verre de vin contient la même quantité d'alcool pur qu'un verre de rhum.

Je suis allée à Valenciennes offrir la médaille du sénat au directeur d'entreprise de Toyota, parce que celui-ci avait inclus dans le règlement interne l'interdiction de toutes les boissons alcoolisées. La loi interdit déjà les boissons alcoolisées dans les cantines d'entreprise à l'exception du vin et de

la bière. A l'époque de la rédaction de la loi, il était peut-être possible de distinguer les alcools forts des alcools moins forts. Aujourd'hui, les différentes campagnes menées ont fait prendre conscience aux français qu'un verre de vin contient autant d'alcool pur qu'un verre d'alcool fort.

De la salle

Je travaille pour un groupe gérant des cliniques de soins de suite, dont un établissement SSR d'addictologie ayant fait ses preuves, ouvert depuis plusieurs années. Il semblerait néanmoins que les autorités de tutelle administrative suggèrent de transformer cet établissement en établissement de psychiatrie, toujours orienté vers l'addictologie. Pensez-vous que les différents types de structure aient tous une place dans le traitement des dépendances ? Qu'apportent-ils dans la prise en charge des personnes dépendantes ?

Denis REYNAUD

Le vote prochain de la loi « hôpital, santé, patients et territoires » soulèvent l'inquiétude des cliniques privées. La commission Larcher a en effet écarté la psychiatrie privée de la préparation de cette loi. Certes, cette situation a été compensée par la commission Couty dont les conclusions devraient être intégrées par amendement à la loi HPST. Cependant, nous n'avons à ce jour aucune connaissance du contenu des amendements. Nous ne souhaitons pas voir passer de nouvelles décisions législatives nous concernant sur lesquelles nous n'aurions pas été consulté, ou tout du moins, mal consultés.

Jacques BLANC, sénateur, neuropsychiatre

Nous sommes justement présents pour vous écouter.

Anne-Marie PAYET

Avant de clore ce colloque, j'aimerais vous faire part des propositions émises par Hervé Chabalier et la commission des affaires sociales que le projet de loi HPST, je l'espère, concrétisera :

- augmenter le nombre de professeurs d'addictologie dans les facultés ;
- augmenter le nombre de services d'addictologie dans les hôpitaux, actuellement insuffisant ;
- réaliser une étude sur le nombre de malades et le coût de l'addiction à l'alcool en France ;
- réduire le seuil d'alcoolémie à 0,2 grammes par litre pour les titulaires du permis probatoire ;
- former les formateurs pour ne pas laisser la prévention à la seule charge des bénévoles ;
- renforcer les moyens de la recherche, le budget de l'INSERM étant dérisoire ;
- exiger une information claire sur le contenu en alcool des boissons ;
- interdire le parrainage des manifestations sportives ;
- imposer un message sur les bouteilles sur le danger de la consommation d'alcool pour la santé ;
- supprimer la vente d'alcool dans les stations services ;
- rendre obligatoire pour les médecins généralistes et du travail le suivi d'un cursus d'alcoologie ;
- supprimer l'alcool dans les cantines d'entreprise ;
- instaurer un taux zéro pour les postes de sécurité, le BTP, les transports et les forces de l'ordre ;

- faire appliquer la loi sur l'interdiction de vente d'alcool pour les moins de seize ans.