HAL
open science

Les addictions sont des drogues

J. Maisondieu

To cite this version:

J. Maisondieu. Les addictions sont des drogues. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2009, 167 (7), pp.529. 10.1016/j.amp.2009.06.010 . hal-00574826

HAL Id: hal-00574826

https://hal.science/hal-00574826

Submitted on 9 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Les addictions sont des drogues

Author: J. Maisondieu

PII: S0003-4487(09)00197-8
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.06.010
Reference: AMEPSY 1052

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Maisondieu J, Les addictions sont des drogues, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.06.010

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Communication

Les addictions sont des drogues

Addictions are drugs

J. Maisondieu

Dr Jean Maisondieu, 135, avenue de Versailles, 75016 Paris, France

Tel : 01 45 27 49 71

Adresse email : jean.maisondieu@wanadoo.fr

Résumé

La notion de maladie alcoolique remonte à environ un demi-siècle. Depuis, sont apparues de nombreuses autres formes d'excès en matière de consommation de substances ou de pratiques d'activités. Pour traiter ces troubles des conduites, la notion de maladie n'est plus pertinente car, ne tenant compte que de la dépendance à la substance ou à l'activité concernée, elle met de côté le problème du désir et de la volonté. Or ceux-ci jouent un rôle important. D'où l'intérêt de la notion d'addiction qui peut les appréhender, à condition toutefois que ne soit pas omis le fait que la capacité de décider d'un sujet reste entière dans toutes les addictions, quel que soit le degré de dépendance.

Mots clés : Addiction ; Alcoolisme ; Désir ; Dépendance ; Maladie ; Volonté

Abstract

Notion of alcoholic disease goes back to about half a century. Emerged from many other forms of excess in the consumption of substances or practices activities. To treat these disorders notion of disease is no longer relevant because considering only dependency on the substance or activity in question, it puts aside the whish and will problems. Yet they play an important role. Hence the relevance of the concept of addiction which can grasp of them, provided that is not overlooked the fact that the ability to decide remains unresolved in all addictions whatever the degree of dependence

Keywords: Addiction; Alcoholism; Dependency; Illness; Will; Wish

En 1951 Pierre Fouquet proposait la définition : « Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de boire » [1]. Elle faisait de l'alcoolisme une maladie conséquence de la dépendance. Elle a été d'autant plus facilement adoptée qu'elle réduisait

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

notablement la stigmatisation des alcooliques. Placés sous la protection de la médecine, ils cessaient d'être seulement des ivrognes pour devenir des victimes de l'alcool. En outre, la lutte contre l'alcoolisme bénéficierait de la recherche médicale. Ce qui a été effectivement le cas.

À l'époque, alcoolisme et tabagisme occupaient à peu près tout le terrain de ce qui constitue désormais le champ des addictions. Produits licites dont l'usage était répandu chez les hommes, l'alcool et le tabac n'étaient pas véritablement perçus comme des drogues bien que leur capacité à entraîner une assuétude et leur pouvoir pathogène soient déjà bien documentés. Les hommes étaient incités à en user, pas les femmes, ce qui leur donnait l'allure d'un véritable caractère sexuel secondaire et interdisait la remise en question de leur usage par les hommes, sauf en cas d'abus.

Lorsque l'on a pu attribuer la cause des abus à la dépendance, les motifs qui conduisaient un homme à vouloir s'enivrer régulièrement ont été facilement laissés dans l'ombre. C'était l'alcool qui le faisait boire trop à cause de la dépendance, il devait donc arrêter d'en consommer. Un point et c'était tout.

Il était évidemment paradoxal de demander de devenir abstinent à quelqu'un ayant perdu la liberté de s'abstenir de boire. D'où les cures de désintoxication. Elles visaient à mettre l'alcoolique « hors alcool ». C'est-à-dire à l'arracher au produit en même temps qu'on le mettait hors de sa portée. En associant en milieu protégé un sevrage et la restauration du corps avec une psychopédagogie des bienfaits de l'abstinence, cette dernière qui tenait lieu de guérison devait être obtenue avec ou sans le secours du disulfiram.

Cette façon de résoudre le problème ne faisait que reprendre la vieille formule « pas d'alcool, pas d'alcoolisme » mais sans qu'il soit nécessaire de recourir à une prohibition généralisée dont l'exemple américain avait bien montré l'échec et les graves inconvénients. Moyennant quoi, à l'exception des alcooliques dépendants et des buveurs excessifs dont la « mauvaise hygiène alimentaire », comme on disait alors, risquait de les conduire à la dépendance, les hommes pouvaient continuer à boire à leur gré, à condition d'être assez avisés pour ne pas dépasser la mesure ou pour le faire avec assez de discernement pour ne pas se faire épingler à l'occasion d'ivresses publiques et manifestes ou d'accidents de la circulation. La tradition était sauvée ainsi que le commerce des vins et spiritueux.

Mais ceux qui étaient sommés de se reconnaître malades alcooliques ne pouvaient pas l'entendre de cette oreille. Connaissant les préjugés régnants et les partageant, ils savaient que s'ils ne buvaient plus du tout, ils cesseraient d'être considérés comme des hommes à part entière à l'égal des autres. D'où l'affirmation de chacun d'eux : « Oui, je bois, mais comme

ACCEPTED MANUSCRIPT

tout le monde, et je peux m'arrêter quand je veux » [5]. Elle exprimait sans ambiguïté un point de vue strictement opposé à celui de Fouquet.

Eux, ils étaient bien placés pour savoir que s'ils buvaient trop ce n'était pas uniquement parce qu'ils étaient dépendants. Ils avaient commencé à vouloir boire trop avant que la dépendance apparaisse, parce qu'ils désiraient s'enivrer. Et cette volonté et ce désir demeuraient après l'apparition de la dépendance qui, elle, engendrait le besoin d'alcool. Besoin qui à son tour renforçait la volonté de boire. Non plus seulement pour satisfaire le désir de s'enivrer, mais aussi pour faire cesser le manque lié à la dépendance.

Cependant, la réputation d'individus peu fiables qu'avaient les ivrognes n'ayant pas été totalement effacée par leur promotion au statut de malades alcooliques, les médecins ont apporté d'autant moins de crédit à ce qu'ils affirmaient non sans forfanterie lorsqu'ils disaient « je peux m'arrêter, si je veux » qu'ils s'étaient convaincus que la dépendance au produit expliquait tout. Ils ont donc vu dans cette formule seulement les signes d'un déni lié à une dimension psychologique de cette dépendance. Moyennant quoi, l'alcoolique ne mentait pas vraiment, il souffrait d'un trouble psychopathologique. Cela a permis d'éviter le rejet de ces malades pas comme les autres qui n'acceptaient pas le diagnostic du médecin. Mais cela a entraîné du même coup l'invalidation complète du message « je peux m'arrêter, si je veux ».

Dans ces conditions, le colloque singulier n'a pu que virer au dialogue de sourds entre un malade ne se reconnaissant pas comme tel et un médecin ne voulant voir dans sa prétention à être capable de décider librement de consommer ou non de l'alcool qu'un signe supplémentaire de dépendance. Or c'est ce pouvoir de décision qui constitue le signe distinctif majeur entre une maladie et une addiction.

Une maladie ne peut jamais s'interrompre sur une simple décision du patient. En revanche, il faut toujours une décision du sujet concerné pour mettre un terme à son addiction. Et ce quelles que soient par ailleurs les difficultés qu'il éprouvera à mettre sa décision à exécution. Décider d'arrêter de boire, de se shooter ou d'aller au casino peut être une preuve de bon sens. En revanche déclarer décider d'arrêter d'avoir un diabète ou d'être séropositif serait insensé…

Par ailleurs, une maladie s'attrape sans le vouloir, alors que s'adonner à l'usage d'une substance ou à une activité est une conduite que le sujet décide et dont il garde l'initiative tant qu'il s'y adonne. Un virus pénètre dans l'organisme contre le gré et à l'insu de l'individu qu'il contamine. Mais c'est l'individu lui-même, dépendant ou non, qui consciemment et délibérément pousse la porte du bar ou du casino. Jamais un verre d'alcool ou un jeu de cartes ne se sont jetés sur quelqu'un pour l'obliger à s'en saisir !

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Bref, une addiction quelle qu'elle soit « est le résultat de la décision d'une personne avant d'être la conséquence de son choix » [4]. Même si cette personne débordée par les résultats de ce choix donne l'impression de ne pas pouvoir faire grand-chose pour mettre un terme à sa consommation ou à sa conduite, elle reste libre à tout instant de décider de céder à son désir ou au contraire de s'efforcer d'en contrarier la réalisation avec ou sans l'aide de tiers.

Avoir voulu faire de l'alcoolique la victime d'une maladie et non pas le responsable d'une conduite déplorable partait d'une bonne intention, mais avec le recul force est d'admettre que cette bonne intention n'a pas eu que des bons résultats.

Maladie iatrogène s'il en est, « créée de toutes pièces par l'homme et pour l'homme » [3], la maladie alcoolique se singularise par rapport aux autres maladies par le fait que la relation médecin malade y est d'emblée placée sous le signe de la défiance mutuelle et du conflit. Au-delà de la dépendance, sa fréquente chronicité est liée en grande partie à une opposition inaugurale entre deux points de vue inconciliables. Pour le désigné malade, il est vital de pouvoir continuer à boire afin d'être un homme comme les autres. Pour le médecin, il est vital que son client s'arrête de boire s'il veut rester un homme vivant. Bref, dès que le diagnostic est énoncé, tous les ingrédients d'un conflit sont réunis. Ils rendent problématique l'indispensable passage du patient par l'abstinence. Elle n'est obtenue que s'il se rend aux arguments du médecin, ce qui peut prendre assez de temps pour qu'il meure des conséquences de ses excès avant d'avoir accepté d'y mettre fin. Cela, non seulement étant donné la nature de la relation instituée entre eux, mais aussi en raison du contexte social. Du moins au moment de l'invention de la maladie alcoolique, époque où l'abstinence chez l'homme était à peine moins stigmatisante que l'excès, ce qui est beaucoup moins le cas aujourd'hui.

En fait, dans ce modèle, l'arrêt de l'alcool n'est pas une guérison. C'est une conversion après capitulation. Et une conversion qui, lorsqu'elle va jusqu'à entraîner la métamorphose du buveur dépendant en militant de la lutte antialcoolique, est particulièrement éclairante sur le manque de pertinence de ce modèle théorique.

Abstinent volontaire comme il l'affirme, le militant de mouvement néphaliste exhibe le fait qu'il peut s'arrêter de boire parce qu'il le veut. Mais il revendique pourtant sa dépendance. De fait, il court toujours après l'alcool. Sauf que ce n'est plus pour s'en procurer, mais pour le traquer afin de le mettre hors d'état de nuire aux autres comme il a été nuisible pour lui.

Abstinent volontaire, il résout par lui-même le paradoxe inhérent à la notion de maladie alcoolique. Il s'arrête de boire parce qu'il a compris qu'il ne pouvait pas s'arrêter de

ACCEPTED MANUSCRIPT

boire. Il le fait non pas à l'aide d'une cure, mais grâce à sa volonté. D'ailleurs, nombre de militants se vantent d'avoir fait plusieurs cures qui ont été des échecs. Hier ils ne pouvaient s'abstenir d'alcool même s'ils le voulaient, au dire des médecins, aujourd'hui ils le peuvent parce qu'ils le veulent, et ils le prouvent par leur abstinence. Leur seule concession au modèle médical, c'est la dépendance à l'alcool et une dépendance telle que « le premier verre entraîne la rechute ».

Cette diabolisation de l'alcool est à l'origine de la nouvelle conduite du militant. Une conduite généralement considérée comme une bonne conduite par rapport à l'ancienne. En fait ce n'est qu'une conduite addictive socialement acceptée, parce qu'elle est meilleure pour sa santé et pour la sécurité et la sérénité de son entourage. Militant, il reste dépendant. Il est dépendant de sa militance qui dépend elle-même de sa croyance en sa dépendance à l'alcool. S'il n'y croit plus, il rechute...

À le voir à l'œuvre et à l'entendre parler de sa maladie, il est évident que si hier, il jouissait de s'enivrer, aujourd'hui il jouit de maîtriser son désir de boire et d'exhiber sa volonté, de la même façon que l'anorexique mentale jouit de vaincre sa faim et affirme tragiquement la puissance de sa volonté en mortifiant son corps.

Tout comme les workaholics sont des addicts du travail, les militants de mouvements néphalistes sont des addicts du militantisme. Les uns et les autres jouissent de cette hyperactivité qui les occupe à plein-temps.

En faisant le rapprochement entre ces deux conduites addictives marquées par l'hyperactivité, l'une qui survient dès que le sujet s'arrête de s'adonner à la consommation excessive d'une substance et pour parvenir à conserver ce résultat, l'autre dans laquelle le sujet ne s'adonne d'abord excessivement à son travail sans recourir à l'usage de substances mais ensuite utilise éventuellement des psychostimulants (café, tabac mais aussi amphétamines ou cocaïne), on voit bien que le désir et la volonté sont des ingrédients essentiels de la dépendance. Ingrédients que n'englobe pas la notion de maladie.

Or le contexte social a considérablement changé depuis 1951. On ne peut donc plus ignorer la question de la volonté et du désir à l'heure où la recherche de la sensation est privilégiée et où la notion de défonce est omniprésente, y compris en matière d'alcool avec par exemple l'apparition du *binge drinking* chez les jeunes. En outre, des hommes peuvent être abstinents sans faire jaser. Les femmes peuvent boire. Fumer n'est plus correct. Les drogues illicites sont nombreuses. Internet et les jeux vidéo sont démocratisés. Les psychotropes sont très largement prescrits et facilement détournés de leur usage médical.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Il ne serait pas normal de considérer comme malades des individus qui s'adonnent déraisonnablement et volontairement à la consommation d'une substance ou bien à une activité alors qu'à l'origine, ils n'ont pas de troubles mentaux patents. Il faut leur restituer leur dignité de sujets désirants et décidants que fait perdre inéluctablement le recours à la notion de maladie. C'est pourquoi utiliser la notion d'addiction s'impose. Encore faut-il que ce ne soit pas seulement le relookage d'une notion obsolète par le biais d'un anglicisme. Or, si le changement de terme semble acquis, force est de constater que le modèle de la maladie demeure la référence au moins implicite.

Certains n'hésitent pas à parler carrément de maladie addictive. Beaucoup se réfèrent à la définition de Goodmann pour qui l'addiction est un « processus par lequel un comportement susceptible de permettre à la fois la production d'un plaisir et le soulagement d'une sensation de malaise s'organise selon des modalités qui incluent à la fois une perte de contrôle et la poursuite de ce comportement, malgré la connaissance de ses conséquences négatives… » [2]. Définition qui élimine complètement l'idée même d'un sujet addict. Ce qui est également le cas chez ceux qui veulent réduire les addictions à des perturbations du système dopaminergique.

Quant auteurs du DSM-IV-TR, certes, ils ne parlent pas d'addictions, mais incluent la dépendance dans les troubles liés à l'usage d'une substance. Ce faisant, non seulement ils sortent des limites de leur théorique athéorisme de base puisqu'ils établissent une relation de cause à effet entre une substance et les conséquences qu'ils imputent à sa consommation. Mais plus grave, compte tenu de l'extraordinaire diffusion de l'ouvrage, ils contribuent à entretenir l'illusion qu'une dépendance peut être due exclusivement à la substance utilisée…

Finalement à peu près tout le monde se retrouve d'accord pour laisser entendre d'une façon ou d'une autre que le sujet addict n'est jamais que le jouet de ce avec quoi il s'amuse. Comme lors de la naissance de l'alcoologie qui reste toujours la référence de l'addictologie, un consensus tacite continue à régner entre les spécialistes pour occulter le fait que ce qui caractérise un être humain est qu'il est un sujet désirant décidant seul de la façon dont il veut user ou abuser de sa liberté de n'en faire qu'à sa tête, quels que soient l'état de son cerveau et les limites de sa liberté d'esprit.

La négation de ce libre arbitre qui fonde la dignité de la personne humaine ne peut être que pathogène à terme, dans la mesure où elle ne peut qu'inciter le sujet addict à persévérer dans sa conduite dans une revendication malsaine de la reconnaissance de sa faculté de décider déniée par ceux qui prétendent l'aider sous prétexte qu'il est dépendant, comme cela s'est produit avec l'alcool.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

L'enjeu est fondamental. C'est lui qui explique le titre vaguement provoquant de cette communication, « Les addictions sont des drogues ». Ce raccourci permet de réunir en un seul ensemble les addictions avec et sans substance pour souligner qu'elles ont toutes une même finalité : se droguer. Il permet aussi de mieux cerner la notion de dépendance. Elle n'est ni un attribut du sujet addict ni un attribut de l'objet addictif, mais le résultat d'une conduite. « Dans quelque addiction que ce soit, loin d'être kidnappé par l'objet de sa passion, le sujet se constitue son prisonnier activement et délibérément, c'est-à-dire librement. Et, sauf au moment où, ayant décidé de se mettre en son pouvoir, il obtient transitoirement ce qu'il cherchait, à savoir la perte du contrôle de la situation et de lui-même. Sauf à ce moment précis, il reste toujours libre de se déterminer par rapport à sa conduite ou à l'objet » [4].

Conflit d'intérêt : aucun

Bibliographie

[1] Fouquet P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. Évolution psychiatrique 1951;11:231-51.

[2] Goodmann A. Addictions: définition and implications. Br. J. Addictions 1990;85:1403-8.

[3] Maisondieu J. Les alcooléens. Paris: Bayard éditions; 2e éd 1998.

[4] Maisondieu J. L'addiction, maladie d'amour. Ouvertures 2006;121:18-25.

[5] Maisondieu J. Les femmes, les hommes, l'alcool. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2008.

Discussion

Dr J. Garrabé – Puisqu'il a été rappelé la définition donnée par Fouquet, il faut souligner l'importance qu'il donnait aux facteurs culturels et religieux dans l'alcoolisme. Dans ce passage du péché à la maladie qui est à la naissance de l'alcoologie par exemple avec Auguste Forel, le rôle des Églises est important ; elles s'opposaient à la médicalisation. Dans nombre de pays et de coutumes la relation à l'alcool reste soumise à des règles religieuses : traiter un alcoolique, c'est lui rappeler la loi de Dieu. Nous avons entendu dans la communication plusieurs mots qui sont l'écho de cette vision : « néphalistes » (qui désigne à l'origine un mouvement religieux), « diabolisation de l'alcool », « libre arbitre », etc., comme le montre l'actuelle discussion des articles consacrés à la lutte contre l'alcoolisme, de la loi Bachelot ; ceux-ci sont repoussés au nom de la « culture du vin » propre à notre pays où l'on considère que le vin n'est pas une boisson alcoolique mais un produit culturel.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Dr P. Houillon – C'est avec beaucoup d'attention que j'ai écouté la communication du Docteur Maisondieu qui m'a paru convaincante sur bien des points.

Tout au long de cette présentation, je me suis demandé quelle était la définition que l'auteur donnait à la notion de volonté. Celle-ci m'a semblé, dans les propos tenus, assimilée parfois au désir. Quand il était question, par exemple, de restriction alimentaire et de volonté déployée par l'anorexique pour vaincre la faim, le terme de volonté est-il approprié ? Il ne s'agit pas vraiment dans ce cas d'une volonté émanant d'une libre décision, puisque le patient est alors victime d'un conflit interne, d'automatismes, d'une « programmation » dont il ne peut se libérer, ce qui signifie une perte de contrôle et, en fin de compte, d'une déficience de la volonté ou, tout au moins, d'une inaptitude à l'exercer.

S'agissant des troubles psychiques, ne faudrait-il pas distinguer pathologie de la liberté, pathologie de la décision et perturbation de l'acte volontaire qui ne peut se développer que si le sujet est capable d'une délibération préalable ?

Pr M. Laxenaire – Votre conception de l'origine de l'alcoolisme pose presque des problèmes philosophiques. Vous en faites une pathologie de la liberté mais d'où vient cette pathologie ? Elle pourrait avoir des causes multiples, familiales, émotionnelles, anxieuses, en tout cas souvent inconscientes, qui demanderaient à être explorées. Il ne s'agit pas seulement d'une simple décision consciente et volontaire du sujet. D'où vient leur abdication de la liberté à laquelle il consent ? Ou alors, comment pourriez-vous expliquer que tout le monde ne soit pas alcoolique ? Il y a chez celui qui devient alcoolique une spécificité qui effectivement peut faire penser à une maladie.

Pr M. Bénézech – En vous écoutant, je me suis tout le temps demandé s'il fallait prendre votre communication au premier ou au second degré. Si j'ai bien compris, votre effort louable pour objectiver l'importance de la volonté consciente dans les addictions, et plus particulièrement l'alcoolisme, laisse supposer une unicité psychodynamique et psychopathologique de ces conduites, alors que leurs étiologies et formes cliniques sont complexes, allant par exemple de la génétique dans l'alcoolisme de type II aux états anxio-dépressifs… Le désir, le plaisir, le malheur, les systèmes neurophysiologiques et pulsionnels (de répétition !) ne nous laissent pas toujours le choix entre abstinence et usage, prendre ou laisser. Ne faites-vous pas abstraction de tout cela ?

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Pr M. Bazot – Cette communication amène à réfléchir sur les limites du modèle médical classique dans la prise en charge des addictions. S'il est nécessaire pour le traitement des complications et de la dépendance, il est insuffisant pour permettre au sujet d'aborder la réflexion sur le pourquoi de sa conduite.

Réponse du Raporteur : Au Dr. Garrabé – Effectivement les facteurs culturels et religieux sont importants dans l'alcoolisme, mais pas plus que dans la consommation habituelle de boissons alcoolisées dans notre pays. Et il est logique qu'ils aient marqué de leur empreinte la lutte contre l'alcoolisme surtout à ses débuts quand on ne parlait pas de dépendance et alors que les premières sociétés de tempérance ou de ligues antialcooliques étaient plus ou moins dans une mouvance religieuse.

Au Dr Houillon – Je n'ai en effet pas pris le temps de définir le désir et la volonté ce qui a pu nuire à la clarté de mon propos. Pour moi et en simplifiant outrageusement le désir comme recherche de jouissance s'impose à l'individu qui utilise sa volonté soit pour donner libre cours à son désir soit au contraire pour s'y opposer. En ce qui concerne l'anorexique, c'est un peu plus sophistiqué puisque ce qui la fait jouir c'est que sa volonté soit plus forte que son désir... de jouir! On est du côté de la toute puissance.

Quant à distinguer des pathologies de la liberté, de la décision ou de l'acte volontaire, ce sont sûrement des approches intéressantes et subtiles qui nécessitent une clinique toute en finesse, sans oublier les discussions classiques sur les liens entre vouloir et pouvoir.

Au Pr Laxenaire – Mon objectif est de proposer qu'on s'affranchisse du modèle de la maladie aussi en ce qui concerne l'alcoolisme, parce que ce modèle qui a eu sa pertinence à un moment de l'histoire de l'alcoologie ne l'a plus vraiment aujourd'hui et que les "addictions" nouvelles qui sont apparues ces dernières décennies sont manifestement des conduites initialement intentionnelles.

Hier on pouvait donner et avoir l'impression être victime de l'alcool ou de toute autre drogue et de subir sa toxicomanie, c'est plus difficile (mais pas impossible) aujourd'hui avec les addictions sans produit. Dans ces dernières, la volonté et le désir du sujet addict de se livrer à la conduite dont il va devenir victime sont beaucoup plus évidents. Il paraît donc plus pertinent de s'intéresser et de l'intéresser à rechercher le motif et le sens de sa conduite pour qu'il envisage de prendre la décision d'essayer de l'arrêter que de se limiter à une perspective causaliste en référence à une dépendance qui lui imposerait sa loi. Outre que cela permet d'intervenir avant l'apparition de la dépendance en particulier en matière de consommation d'alcool quand les excès sont clairement des recherches d'ivresse et pas encore liés au besoin

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

d'alcool entraîné par la dépendance, cela est davantage dans l'esprit du temps notamment chez les jeunes qui sont relativement sensibles aux appels à la responsabilité individuelle et plutôt hostiles aux interdits qu'ils soient dictés par la Loi des hommes (cf. le slogan de 68 : "il est interdit d'interdire"...) ou par celle de la nature (cf. l'importance de la défonce et des conduites à risque)

Au Pr Bénézech – Je pense que la solution idéale pour résoudre votre dilemme c'est de prendre cette communication au premier ET au second degré, cela doit permettre d'y apporter toutes les nuances qu'il faudrait y apporter compte tenu de la complexité des problèmes posés et pour la résolution desquels la préférence que j'accorde au modèle de l'addiction ne signifie pas que celui de la maladie n'a pas sa valeur, simplement il est dépassé par l'autre.

Si l'on recourt au modèle de l'addiction, on peut penser que l'on garde toujours le choix entre abstinence et usage, prendre et laisser, ce n'est plus guère le cas si l'on recourt au modèle de la maladie. C'est dire que ce choix entre les deux modèles renvoie à l'interrogation : « Qu'est-ce qu'être libre? » Interrogation à laquelle J.-P. Sartre répondait, et je crois qu'on peut s'inspirer de sa réponse comme cadre global de la réflexion sur les addictions : « Être libre, ce n'est pas pouvoir faire ce que l'on veut, c'est vouloir ce que l'on peut. »

Au Pr Bazot – Je crois que vous résumez et résolvez en même temps et de façon parfaite le problème de l'utilisation des deux modèles. Ils sont complémentaires à condition d'être très au clair sur les concepts qui les structurent et sur le fait que leurs objectifs sont différents. Il faut être très vigilant sur ce point car, comme j'ai essayé de le dire, actuellement le modèle médical a une forte emprise sur les esprits et parler d'addiction n'est trop souvent qu'un « relookage » – le remplacement du mot maladie par un anglicisme sans pour autant modifier la référence au concept de maladie.

Accepted Manuscript