



HAL
open science

L'addictologie palliative : de la créativité d'un concept nomade

Johann Caillard

► **To cite this version:**

Johann Caillard. L'addictologie palliative : de la créativité d'un concept nomade. Philosophie. Université Gustave Eiffel, 2023. Français. NNT : 2023UEFL2077 . tel-04609168

HAL Id: tel-04609168

<https://theses.hal.science/tel-04609168>

Submitted on 12 Jun 2024

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.



Ecole doctorale : Organisations, Marchés, Institutions

Thèse de Philosophie Pratique

Johann CAILLARD

**L'addictologie palliative :
De la créativité d'un concept nomade**

Thèse dirigée par M. Bertrand QUENTIN

Directeur du LIPHA (EA7373) MCF HDR Philosophie Université Gustave Eiffel

Soutenue le lundi 17 avril 2023

Jury :

Dominique FOLSCHEID (Professeur émérite, président de jury)

Régis AUBRY (Professeur, rapporteur)

Cynthia FLEURY (Professeure, examinatrice)

Laurence LALANNE (Professeure, examinatrice)

François PAILLE (Professeur, rapporteur)

Bertrand QUENTIN (Directeur)

LIPHA (Laboratoire Interdisciplinaire d'Etude du Politique Hannah Arendt (UE7373)).

Université Gustave Eiffel- Université Paris Est Créteil

Campus Centre Créteil

61, boulevard du Général de Gaulle, 94000 Créteil

Résumé

Toute la complexité des addictions provient de leur impact sur la capacité propre de la personne à préserver sa santé. Cette maladie de la dépendance (alcoolisme et toxicomanie dans notre recherche), à la croisée du soma et de la psyché, est une passion. Elle inscrit ces personnes dans une active passivité et altère leur volonté, restreint leur liberté, notamment celle, au cœur de nos travaux, d'adhérer à des soins addictologiques curatifs. Dans l'expression gravissime de ces personnes, alors en situation dites « d'addictologie dépassée », la panoplie thérapeutique existante démontre son inefficacité. Anesthésié, physiquement et psychiquement, ces addicts sont dans l'impossibilité de vouloir un autrement. Face à l'aporie soignante qui en résulte, l'oscillation entre l'obstination déraisonnable et le rejet de ces intempérants, une nouvelle voie, palliative, est ici à construire. L'« addictologie palliative » se présente comme un autrement du soin renonçant au *cure* : elle répond à la spécifique souffrance de ces addicts en situation de fin de vie et à l'épuisement des équipes les accompagnant vers cette inéluctable et précoce mort. Cette approche repose sur une proposition de nomadisme du concept des soins palliatifs et de l'emprunt de ses ressources philosophiques, de son aura. La création de ce concept d'« addictologie palliative » offre une perspective à des pratiques soignantes épuisantes, aux questionnements éthiques qu'elle soulève, ainsi qu'une reconnaissance des soins prodigués. Elle s'inscrit dans une modalité de pensée analogue aux soins palliatifs, privilégiant la qualité à l'espérance de vie, indépendamment de la question de leurs consommations de toxique.

Mots clefs

Addiction – Dépendance – Passion – Volonté – Libre arbitre – Obstination déraisonnable – Soins – Palliatif – Fin de vie – Souffrance – Concept nomade.

Summary

Title: « Palliative addictology: the creativity of a travelling concept. »

The whole complexity of addictions comes from their impact on the person's own ability to protect their health. This disease of dependence (alcoholism and drug addiction in our research), at the junction between soma and psyche, is a passion. It puts the dependent in an active passiveness and damage their will, restrain their liberty, in particular the one, at the heart of our work, to join addictology curative cares. In the most serious cases of those persons, then said to be in situation of « outdated addictology », the existing variety of therapeutic means appears inefficient. Physically and mentally numb, it is impossible for those addicts to wish for anything different. Facing the resulting health care aporia, the fluctuation between therapeutic relentlessness and rejection of that « active-passiveness », a new palliative path needs to be constructed. « Palliative addictology » appears as another way to care by renouncing to cure: it answers to the particular suffering of those addicts in end of life situation and to the exhaustion of the staffs accompanying them to this unavoidable and premature death. This approach lays on a proposal of nomadism of the concept of palliative cares and the quotation of its philosophical resources, of its aura. The creation of the concept of « palliative addictology » offers a prospect to exhausting care practices, to the ethical questionings this concept underlines as well as recognition of the cares given. The concept is written in a modality of thinking analogous to palliative cares, putting the accent on the quality rather than the length of life, independently of the question of their consumptions of toxic

Key Word: Addiction – Dependence – Passion – Will – Freewill – Therapeutic relentlessness – Care – Palliative – End of life – Suffering – Travelling concept.

Remerciements

A Bertrand Quentin, pour sa patiente direction, ses conseils, ses corrections éclairées et son accompagnement tout au long de ces années de travail de recherche notamment lors de ces périodes de doutes et de découragement.

A Eric Fiat, Elsa Godart et David Smadja, pour mon initiation à la philosophie et d'avoir soulevé en moi ce désir d'approfondir cette discipline aux innombrables applications et répercussions dans ma vie professionnelle et personnelle.

A mes collègues pour leur compréhension lors des aménagements requis à la réalisation de mes travaux.

A mes confrères du LIPHA, aux enseignants, pour les échanges fructueux et amicaux permettant de rompre cet exercice solitaire de doctorant.

A mon épouse, Sandra, pour son indéfectible soutien, ses précieuses relectures et de m'avoir octroyé cette disponibilité tout au long de ces sept années.

A mes enfants, pour leur compréhension lors de ces périodes de présence tronquées par mes travaux.

Sommaire

Introduction	13
Première Partie : L’addictologie classique	25
1.1. L’addict : « l’humain en excès ! »	27
1.2. Origine	29
1.2.1. <i>De la notion de dépendance à l’addiction</i>	29
1.2.2. <i>Addiction : de l’esclavage à la dépendance</i>	31
1.3. Passion ! Addiction !	34
1.3.1. <i>Passionné : il est dirigé par quelque chose d’autre que lui-même</i>	34
1.3.2. <i>Lecture passionnelle des addictions</i>	35
1.4. Questionnements philosophiques émergents	50
1.4.1. <i>Le libre arbitre chez l’individu sujet à un déterminisme</i>	50
1.4.2. <i>Raison des passions et passion déraison</i>	53
1.4.3. <i>Perd-il son libre arbitre ? Sa liberté ?</i>	55
1.4.4. <i>Quelle est son autonomie ?</i>	62
1.5. Une discipline, des traitements, des soins, un accompagnement !	65
1.5.1. <i>Une trajectoire, un accompagnement, une relation</i>	70
1.5.2. <i>Le rétablissement en lieu et place d’une improbable guérison</i>	74
1.5.3. <i>Une offre oscillante</i>	79
Partie II : Rupture : l’intuition Patrick	85
2.1. A l’origine : Patrick	85

2.2. Chronique d'une aporie, exégèse d'un concept	90
2.3. Interdépendance des désirs, forces et limites :.....	102
2.4. Volonté malade : lecture ricœurienne	107
2.5. Soignants dépassés ou addictologie dépassée.....	128
Partie III : La piste des concepts nomades	135
3.1. Une approche épistémologique.....	135
3.2. Histoire d'un nomadisme réussi.....	136
3.3. Genèse et développement du concept d'addictologie	138
3.4. Les soins palliatifs, un concept, une déclinaison française	144
3.5. Le concept de concept	148
3.6. Déploiement d'une idée.....	151
3.7. Pertinence de l'intuition originelle.....	153
3.8. Sérendipité	158
3.9. ...disciplinarité !.....	160
3.10. Nomadisme des concepts.....	169
Partie IV : Contre-expertise sur le concept d'« addictologie palliative »	181
4.1. Enjeu d'une quête identitaire, entre construction et reconnaissance.....	184
4.2. <i>Dubito ergo sum</i> , construction et déconstruction d'une intuition :.....	186
4.2.1. <i>L'addictologie palliative face aux définitions officielles ou « Candide au pays des soins palliatifs »</i>	<i>188</i>
4.2.2. <i>A l'épreuve de la littérature scientifique</i>	<i>201</i>

<i>4.2.3. L'addictologie palliative à l'aune d'un regard pragmatique</i>	231
Partie V : Diverses controverses	243
5.1. Place et reconnaissance de la maladie addictive et de son malade.	246
5.2. Escapade avec Canguilhem : L'addiction une maladie « hors-norme » ?.....	259
5.3. Souffrances, douleurs : le paradigme addictologique.	275
5.4. Proximité conceptuelle de la Réduction des Risques ?	294
5.5. La fin de vie et le mourant en addictologie palliative.	306
Conclusion	323
Bibliographie	333
<i>Index nominum (des philosophes cités)</i>	339

Introduction

Introduction

Addiction ! Soins palliatifs ! Nous avons conscience du caractère détonnant et digressif de l'association de ces deux concepts dont les histoires et les usages ne destinent pas à se rencontrer. Cet écrit est l'histoire d'une rencontre improbable dont nous devons ici vérifier la pertinence. Nous n'aborderons pas dans cet écrit la problématique des addictions dans l'accompagnement de la fin de vie d'une personne souffrant d'un cancer ou d'une maladie dégénérative, mais bien de la réflexion d'une offre de soins addictologiques spécifique reprenant les codes de la médecine palliative. La discipline traitant de la dépendance associée à de l'hédonisme (l'addictologie) se trouve selon nous dans son exercice pratique, confrontée à une aporie. La tonalité de cette tragédie soignante évoque en réalité les questionnements et les réflexions philosophiques habituellement associées à l'oncologie, discipline originelle des soins palliatifs.

Si, de prime abord, notre travail présente une dimension éthique, plus précisément du soin, l'approche philosophique permet également une compréhension de la complexité de l'addictologie que la seule lecture médicale ne permet pas de circonscrire. L'addiction interroge des thématiques directement liées à la condition humaine notamment l'hédonisme, le désir, la liberté, la volonté. Afin d'imager cette pathologie et d'accéder à de plus amples ressources dans notre réflexion, nous recourons à une notion philosophique phare dans nos travaux, « la passion ». De par leur proximité, elle propose une ouverture, une projection sur les comportements face aux produits qui semblent aller à l'encontre de toutes logiques et raisons. Mais, pour autant, ces attitudes demeurent représentatives de celles de tout être humain. Elles ne leurs sont pas spécifiques, le plus souvent le caractère hors-norme de

l'addict découle de la démesure de ces attitudes : elles sont amplifiées, « passionnées ». Cette association offre un abord complémentaire dans la compréhension de l'addiction et de ses enjeux et ce même pour un professionnel averti. Le choix de rapprochement de ces notions découle d'une tendance à recourir à l'image de la passion amoureuse pour expliciter la notion de dépendance, en proposant une projection plus aisément identifiable. Ce parallèle est également usité dans les ouvrages de référence en addictologie. La pluralité des auteurs et des ressources philosophiques relatives à la notion de passion exploitable dans nos travaux confirme la pertinence de ce rapprochement.

Les termes de passion et d'addiction possèdent des similitudes dans l'évolution de leurs signifiants et la même complexité à être définis. Leurs sens se sont tous les deux progressivement appauvris. De nos jours, le mot passion perd de sa puissance, pouvant se confondre avec les passe-temps, les centres d'intérêt. Les personnes peuvent alors les cumuler, faisant perdre au mot « passion » l'exclusivité et l'obnubilation du désir qui le caractérisaient. La notion d'addiction suit également cette tendance. Il devient courant de se dire « addict » d'un objet, d'une pratique d'apparence indispensable (smartphone, chocolat, loisirs, etc.). La forte médiatisation des addictions dites « sans produit » avec un recours pas toujours pertinent de ce concept contribue à ce constat d'un affaiblissement de l'usage de la notion de « dépendance ». Les termes de passion et d'addiction sont alors potentiellement utilisés de façon similaire, devenant des synonymes. Mais nous verrons que cet usage courant n'est pas, dans une certaine mesure, abusif. Si toute passion ne peut revêtir les atours d'une addiction, les malades addicts sont bien tous des passionnés. Et, dans ce contexte, les deux notions seront utilisées de manière indifférenciée pour évoquer cet état de dépendance, ici pathologique et létale.

L'addiction, concept relativement récent, fait évoluer une pluralité d'approches auparavant centrées sur la consommation d'un produit (alcool, drogues illicites et tabac) vers une approche unique construite autour de la notion partagée de dépendance. Elle se détermine comme une caractéristique comportementale qui s'exprime par une envie constante et irrépressible en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper. Cette quête hédoniste au centre de toute addiction se matérialise par la recherche du plaisir et/ou l'estompage d'une souffrance, d'un déplaisir. L'addictologue est vigilant à ne pas diaboliser les plaisirs qu'offrent ces produits, notamment l'alcool très prégnant dans notre culture, et de différencier les consommations qui relèvent d'un usage et d'un mésusage (avec ou sans dépendance). La problématique s'affiche quand ce plaisir invoqué justifie l'anesthésie d'une souffrance et qu'il devient alors le seul objet de désir, passionnel, dont il devient esclave et autour duquel sa vie s'organise. La passivité, étymologiquement liée à la notion de passion, est une caractéristique majeure définissant l'addict. Il est passif face à l'appel du produit, de cette modalité de consommation qui sera source d'apaisement et/ou de satisfaction. La complexité de cette maladie repose sur la dualité du *Pharmakon* que constitue cet agent extérieur, remède à des maux profonds et également source de nouvelles souffrances touchant l'ensemble de son être et précipitant irrémédiablement la survenue de sa mort.

Cette dépendance, et la passivité inhérente, est complexe de par son essence plurifactorielle et son expression multiple et graduelle. Un fumeur de tabac et un polytoxicomane sont, par définition, tous les deux des addicts mais les conséquences médicales, psychologiques et socio-judiciaires se manifestent très différemment ainsi que leurs représentations au sein de la société. A l'image du cancer, la dépendance peut se révéler évolutive, envahissante et, objet de nos recherches, récalcitrante à toutes possibilités thérapeutiques - qui ne se résument pas à la seule abstinence.

Accompagner un dépendant dans le sens des addictions dans un parcours de soins, nécessite à différentes étapes de travailler avec lui, entre autre, le déni, la demande et l'adhésion. Pourtant certaines personnes de par leurs carences, leurs failles, leurs parcours de vie et la prégnance de leur dépendance, ne s'inscrivent pas dans les processus de soins existants.

Quelle offre de soins est envisageable pour ces hommes et femmes en situation d'« addictologie dépassée » ? Ces personnes - à l'image de Patrick, cet homme au long parcours de polytoxicomane à l'origine de ce questionnement - ne répondent pas aux schémas thérapeutiques articulés autour de la dépendance et du rapport aux substances psychoactives. Pour ces hommes et ces femmes, aucune adhésion n'est alors possible aux projets proposés. Les professionnels les accueillant se confrontent à une inébranlable absence de demande et de désir de changement de leur mode de vie, même s'ils reconnaissent la forte nocivité de celui-ci. La demande de l'addict s'apparente ici à une recherche d'un mieux-être mais sans modification de ses habitudes de vie : il souhaite maintenir une existence avec les produits sans les effets délétères, ni les contraintes. Dans ce contexte, le dépendant requière des soins spécifiques à son addiction mais sans rendre possible qu'on puisse les lui dispenser. Quand le patient refuse activement en s'opposant, et/ou passivement par des mises en échec successives, quand son autonomie légale de diriger sa vie ne peut être discutée, l'équipe est alors acculée à une impasse où le pronostic vital est engagé. Dans le champ du sanitaire, le soignant combat la maladie, le cancer, le sida. Dans le champ de l'addictologie, maladie et maladie sont intriqués, la personne n'est pas seulement porteuse d'une maladie que l'on peut isoler, objectiver. Il est alors difficile de différencier ce qui découle de la personnalité ou de la pathologie, cette dernière modifiant le comportement, le rapport à l'autre. L'addiction altère profondément le malade jusqu'à corrompre la volonté même de la personne, que nous

pouvons dire ici malade. Et, pour ces addicts - minoritaires au sein de la population accompagnée dans les structures de soins addictologiques -, exemplifiés par l'histoire de Patrick, leurs capacités de défense, d'autoconservation sont annihilées.

L'addiction interroge des concepts essentiels à la condition humaine : liberté, libre arbitre, autonomie, volonté, désir, norme, souffrance. Cette pléiade de notions phares dont les définitions et leurs applications sont malmenées par cette maladie de la dépendance - et plus particulièrement dans le cadre de notre étude - lui confère cette résonance philosophique irrécusable.

Les services d'addictologie sont souvent les dernières structures sanitaires, notamment hospitalière à temps plein, en mesure de pouvoir accueillir et contenir l'expression de l'extrême intempérance de ces quelques hommes et femmes. Mais l'arsenal de l'offre de soins demeure structuré pour accompagner les addicts dans un projet au regard de leurs dépendances et de leurs consommations. Dans le contexte de ce cadre thérapeutique devenu inadapté, les professionnels se confrontent à une aporie : maintenir un projet addictologique « classique » l'assimilant à de l'obstination déraisonnable ou rejeter cet intempérant, le renvoyant à une décision pourtant dictée par la maladie.

Ces situations inextricables et insatisfaisantes représentent certes une proportion minime des personnes accompagnées, mais elles sont chronophages et consommatrices d'énergie soignante. A ce jour, il n'existe pas de dénomination, de reconnaissance ni de fondements pour ces accompagnements déconnectés de toutes perspectives curatives. Ces addicts sont à l'origine de vécus négatifs majeurs auprès des professionnels tels l'impuissance, une forte

dévalorisation de par cette absence de réponse à l'énergie soignante déployée, irrémédiablement assimilée à de l'échec.

En médecine, notamment en oncologie, quand plus aucune thérapeutique ne fonctionne, que l'obstination déraisonnable est questionnée et qu'une mort prématurée s'avère inéluctable la notion de soins palliatifs s'impose telle une évidence. « C'est comme de l'addictologie palliative ! » Nous avons entendu cette phrase lors d'une réunion clinique et elle imageait l'accompagnement - par défaut - requis pour répondre à la situation d'une personne relevant de l'addictologie dépassée. La sérendipité avait soudain fait irruption dans notre réflexion. De cette simple métaphore argumentative, est née pour nous cette idée d'association - à première vue contre-intuitive - et de proposition de migration du concept de la médecine palliative vers la spécialité de l'addictologie. La définition de ce nouveau concept vient combler cette absence de reconnaissance et d'identification de situations cliniques marginalisées et de pratiques soignantes peu considérées. L'appropriation des valeurs issues des pratiques de la médecine palliative est ici essentielle pour dénommer cette offre addictologique allégée de toutes prétentions thérapeutiques au regard de la dépendance. Cette proposition de concept vise donc à recourir à une dénomination à haute valeur ajoutée pour des pratiques soignantes présentant de forts impacts émotionnels. Elle suscite un questionnement, de l'intérêt en captant la force du signifiant et des représentations bienveillantes que les soins palliatifs ont acquis. L'objectif de cette captation est de lui permettre de bénéficier de la richesse de son histoire, de ses enseignements, pratiques, études et ressources plus particulièrement éthiques et philosophiques ici convoquées. Cette appropriation, hors champ d'application usuelle, ambitionne de répondre aux souffrances, celles anesthésiées et inexprimées du patient et celles insuffisamment considérées des professionnels qu'ils soient médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, etc. L'addictologie palliative vient examiner le potentiel nomadisme du

concept de soins palliatifs et sa déclinaison au sein de cette discipline appartenant au domaine de la santé mentale mais aux conséquences somatiques et sociales. Cette recherche s'inscrit dans une dynamique transdisciplinaire, la recherche d'une troisième voie. Cet autrement ne se définit pas ici entre l'obstination déraisonnable et l'euthanasie, mais entre cette même obstination et l'abandon résigné du soignant face à l'active passivité, cette puissante inertie de ces addicts dans les soins.

L'idée sous-jacente et initiatrice de cette recherche est de recourir aux principes fondateurs et fédérateurs des soins palliatifs, de cet autrement pour une pathologie et une discipline de prime abord peu similaires. Mais ce rapprochement est-il envisageable tant leurs champs d'exercices respectifs divergent ? La comparaison de la compassion suscitée entre un cancéreux en phase terminale et un alcoolique en situation d'addictologie avancée, voire dépassée, laisse ressentir la difficulté de cet emprunt conceptuel.

Nous posons cette hypothèse que le concept de soins palliatifs, encore restreint à certaines disciplines, peut migrer vers le champ de la maladie des dépendances sous la dénomination d'« addictologie palliative » et donner corps, sens à des pratiques d'accompagnement à ce jour sans reconnaissance. Cette recherche examine la pertinence, la véracité de ce qui, à première vue, se résume à une simple formule de style métaphorique ou une idée ubuesque. Un dialogue avec la médecine palliative se construit dans une approche épistémologique, en la positionnant au-delà de son champ d'application et de ses limites - et de celles de l'addictologie- usuelles. Notre objectif est de démontrer leur perméabilité et les possibilités d'application à une frange restreinte et méconnue de personnes addicts. Pour atteindre l'affirmation du potentiel nomadisme du concept des soins palliatifs et l'émergence

de celui d' « addictologie palliative », de nombreuses délibérations et autant de sujets de controverse sont à surmonter. Les similarités et accointances constatées lors de l'élaboration de ce projet de recherche n'ocultent pas les disparités et incompatibilités qui demeurent prégnantes et apparentes au premier abord. Si cette création de concept tend à apporter une réponse à des situations de soins et de vie de personnes marginalisées au sein de notre société, sa construction et son déploiement ne relèvent pas de l'évidence. L'addictologie palliative engendre parallèlement de nombreuses interrogations auxquelles nous devons répondre.

Le cheminement emprunté dans les cinq parties à suivre pour confirmer cette hypothèse, nous conduit à recourir à un éclairage clinique et philosophique sur les différentes thématiques essentielles au développement de ces travaux.

Aborder la complexité des addictions nécessite de comprendre les mécanismes, les répercussions et la puissance de la dépendance constitutive de cette maladie et sera l'objet de la partie introductive. La description des addictions dépasse l'aspect strictement clinique car elles interrogent également des thématiques constitutives de l'être humain. Le recours à la notion de passion nous offre l'éclairage philosophique requis pour les décrypter et discerner les enjeux et les difficultés de ces personnes à s'extraire des mécanismes mortifères de ces dépendances.

Notre sujet se concentre ensuite dans une alcôve de cette discipline, concernant une part infime des personnes souffrant d'une addiction. Ces dernières sont l'ultime expression de la dépendance dans ces situations d'addictions gravissimes dites dépassées - objet de nos travaux ici illustrés par la situation de Patrick. La compréhension de l'aporie résultant de la rencontre de cet homme avec les soignants nécessite une description des tenants éthiques qui

la composent notamment celles partagées avec la médecine palliative telles que l'obstination thérapeutique déraisonnable et la notion de la fin de vie. Ces situations d'« addictologie dépassée » nous invitent à approfondir les intrications des addictions et leurs impacts sur le libre arbitre et la volonté de ces hommes et de ces femmes.

Cette confrontation du domaine de l'addictologie à la philosophie de la médecine palliative engage dans la troisième partie une approche épistémologique. Notre découverte repose en partie sur cette proposition de nomadisme, a priori contre-intuitive, du concept des soins palliatifs hors de ses frontières usuelles. La pertinence et la possibilité d'appliquer à cette intuition d'« addictologie palliative » les mécanismes des concepts nomades seront interrogées.

Le décryptage de la notion de soin palliatif, mis en avant dans le titre de ce nouveau concept, est essentiel dans cette quête identitaire que nous avons menée. La partie consacrée à la confrontation appesantie et détaillée entre l'« addictologie palliative » et ce qui caractérise la discipline l'ayant inspirée, nous permet de circonscrire les possibilités et d'identifier les potentielles limites de cet emprunt.

Cette nécessité d'un autrement est l'objectif majeur de la création de ce concept de soin : réponse aux souffrances de ces patients en situation d'« addictologie dépassée » et de ces professionnels de la dépendance présents à leurs côtés. L'important changement de paradigme généré par cette offre de soins dits palliatifs nous impose également de désamorcer les multiples controverses qui peuvent surgir, enjeu de la dernière partie de notre thèse. Si cette proposition d'« addictologie palliative » interpelle, questionne dans cette démarche de rapprochement avec les concepts de soins palliatifs et de fin de vie, elle interroge également son positionnement au regard des pratiques existantes de cette spécialité de la dépendance.

L'ultime confrontation avec l'approche addictologique de la réduction des risques apportera la déclinaison pragmatique de ce concept.

La finalité de ce travail de recherche philosophique, résolument pratique, est d'œuvrer à l'amélioration de la qualité de la fin de vie de ces quelques femmes et hommes en situation d'« addictologie dépassée » et d'obtenir la reconnaissance de l'investissement spécifique des soignants les accompagnant.

**Première Partie : L'addictologie
classique**

Première Partie : l'addictologie classique

1.1. L'addict : « l'humain en excès ! »

Les attitudes et comportements mortifères des addicts provoquent auprès du plus grand nombre un large sentiment d'incompréhension voire de stupéfaction qui se traduit le plus souvent par un jugement d'anormalité sur ces intempérants. Pourtant ce qui anime l'addict, cette recherche du plaisir, du bien-être guide tout être humain. La mise en avant, notamment dans le cadre des addictions sans produit, des circuits de la récompense et de la dopamine, la molécule du plaisir a certes alimenté l'idée de « maladie du cerveau », mais elle pointe également le caractère usuel, pour ne pas dire ordinaire des mécanismes à l'œuvre dans les dépendances. Les traits de personnalité récurrents, en particulier l'intolérance à la frustration et l'impulsivité, lui confèrent au sein des structures sanitaires et sociales cette image négative et presque d'Épinal de patient insupportable et ingérable. Sa propension à contester les règles entravant l'accès à son bien-être n'est pas bien différente des attitudes de tout un chacun jusqu'aux soignants les encadrant. La question n'est donc pas d'ordre qualitatif mais quantitatif. Si l'agacement des professionnels, pouvant aller jusqu'à l'intolérance, résulte de la répétition et de la véhémence de la manifestation de ces comportements, Patrick Pharo¹ dans une approche sociologique et philosophique en souligne « l'extraordinaire banalité » et présente l'addiction comme « un extraordinaire miroir grossissant des mécanismes des comportements humains usuels et ordinaires orientés vers la recherche régulière de

¹ Patrick Pharo est chercheur en sociologie morale, ancien directeur du Centre de Recherche Sens Ethique et Société du CNRS.

récompense et de bien-être qui guide tout homme². » L'atermoiement de sa raison au profit de sa passion ne le rend pas uniquement intempérant dans ses consommations et son rapport à l'objet de sa dépendance, mais également dans sa relation à autrui et à la société, son expression pouvant alors être autant bruyante que silencieuse à l'excès. Ce qui lui est reproché est ici la priorisation de son bien-être, de la prééminence d'un plaisir au détriment de tout autre, d'autrui et régulièrement dans l'effraction des lois et règles écrites ou tacites qui régissent nos sociétés, mais ces infractions à nos devoirs moraux et citoyens restent malheureusement d'une grande banalité. Si la consommation occasionnelle d'un verre de vin, qu'elle soit dans une visée hédoniste et apaisante, ou l'auto-prescription d'un anxiolytique³ ne confère pas à la personne l'identité d'« alcoolique » ou de « toxicomane », la frontière entre un rapport à un psychotrope sans conséquence, soit bénin et une relation toxique soit addictive, est difficilement traçable. Même si on reproche parfois à l'addictologie d'être une médecine normative, notamment du fait des recommandations en matière de consommation d'alcool, un dépassement de ces dernières même de façon régulière et intensive, ne permet pas d'affirmer un diagnostic de dépendance. En effet, ce dernier ne peut s'objectiver en litres d'alcool ou en nombre de « joint ». Nous retrouvons ce point dans la thèse de Canguilhem qui précise que « augmentation et diminution sont des concepts de valeur quantitative, mais altération est un concept de valeur qualitative⁴ .» Mais cette addiction est souvent bruyante tant au cours de l'ivresse, du sevrage que dans l'expression des grands traits de la personnalité de l'addict.

² Pharo P., « Bien-être et dépendances », in *Pensée plurielle*, 2010/1, n°. 23, p. 12.

³ Les anxiolytiques à base de benzodiazépine sont à l'origine de très nombreuses et sévères dépendances médicamenteuses avec des manifestations de sevrage physique et psychologique.

⁴ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf, 1991, p. 29.

Patrick Pharo recourt à la notion « d’emballement [...] d’un état humain ordinaire d’attirance et de dépendance fonctionnelle aux récompenses et satisfactions de la vie courante⁵.» qui fait écho à la perte de contrôle du dépendant dans la gestion de ses consommations et de ses émotions.

1.2. Origine

1.2.1. De la notion de dépendance à l’addiction

Le mot « alcoolisme » a été créé en 1849 par un médecin suédois, le Docteur Magnus Huss, il lui associe le terme de « chronique » induisant la notion de dépendance. Il fait basculer dans le champ des maladies ce que l’on nommait alors l’ivrognerie, mais son approche reste fixée sur les répercussions des consommations.

La définition la plus usitée, de référence, est celle du docteur Pierre Fouquet, fondateur de la Société Française d’Alcoologie : « celui qui a perdu la liberté de s’abstenir de boire.⁶ » Il sort l’alcoolisme du vice car il est reconnu à l’ivrogne une incapacité à se maîtriser.

Au début de notre carrière, on parlait de toxicomanie et d’alcoolisme, la mutation dans nos pratiques s’est opérée dans les années 2000 avec notamment la loi du 2 janvier 2002 instaurant les CSAPA⁷, structures devant décloisonner les approches par produits, les prises en charge de la toxicomanie étant alors différenciées de celles de l’alcoolodépendance. Le

⁵ Pharo P., « Bien être et dépendances », *op. cit.*, p. 15.

⁶ Fouquet P., « réflexions cliniques et thérapeutiques sur l’alcoolisme », in *L’Evolution Psychiatrique*, n°. 2, 1951, pp. 231.

⁷ Centre de Soins, d’Accompagnement et Prévention en Addictologie.

terme d'addiction prend alors son essor pour s'inscrire dans le langage courant, même l'industrie du parfum s'en est emparé.

Si le terme d'addiction n'est pas explicitement utilisé - de fait, il n'existait pas au XIX^e siècle dans son usage actuel – nous le trouvons dans des traductions de l'œuvre de Freud. Concomitante avec la trajectoire du père de la psychanalyse avec la cocaïne, elle est particulièrement présente dans sa riche correspondance à Wilhelm Fliess. Pour Freud, l'addiction (*sucht*) se substitue à la masturbation, « la seule grande habitude, le besoin primitif ⁸» (*Ursucht*) que l'on retrouve également sous la traduction d'« addiction originaire ».

Le mot « addiction » est, en Angleterre, l'équivalence de « toxicomanie », la traduction française s'en rapprochant serait « assuétude ». Mais, cette dernière reste imparfaite car elle ne contient pas la notion de don de soi, le *ad dictus* au cœur même de la notion d'addiction. En effet le sens premier du terme assuétude renvoie à la tolérance et à l'accoutumance, ici à un toxique, plutôt qu'à la dépendance. Au milieu du XX^e siècle, ce terme commence à être utilisé dans son champ sémantique actuel. De nombreuses approches et définitions sont alors proposées, celle du docteur Aviel Goodman en 1990 est la plus partagée à ce jour : « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par (1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et (2) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) ». La notion de plaisir est primordiale : en effet, l'usage d'une substance psychoactive est un mode de gestion hédonique. Si « Tous les hommes recherchent d'être heureux, (...) jusqu'à ceux qui

⁸ Freud S., *lettre du 22 décembre 1897* in *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904*, Paris, PUF, 2006, pp. 365-368.

vont se pendre »⁹, nous pouvons constater dans notre exercice que les addicts recherchent le plaisir dans leurs consommations même si la déception est souvent de mise.

Le terme « addiction » permet d’englober tous les comportements de dépendance, en intégrant celles dites sans produit, troubles alimentaires, joueur pathologique, addiction sexuelle (fort médiatisée depuis les tourments d’un célèbre golfeur et d’un non moins connu homme politique français) et plus récemment aux jeux vidéo en réseau. On retrouve également dans cette classification l’ « addiction suicidante ». Le désir réel de mourir, des vellétés mortifères sont exceptionnellement rencontrés auprès de cette population.

L’addiction peut être définie comme une caractéristique comportementale qui se reconnaît à une envie constante et irrépressible en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper.

1.2.2. Addiction : de l’esclavage à la dépendance

Le mot addiction prend son origine dans l’étymologie latine « *ad-dicere* » soit « dire à » au sens de donner, d’attribuer quelqu’un à un autre en esclavage, si bien que l’esclave était *dictus ad*, « dit à » tel maître. En ce sens, l’alcoolique serait celui qui est « dit à » l’alcool.

Dans la civilisation romaine, l’esclave n’avait donc pas de nom propre et était *ad-dictus* à son *pater familias*. Il est difficile de ne pas faire de parallèle avec les réunions des mouvements néphalistes (type Alcooliques Anonymes) lors de leurs présentations : « bonjour, Patrick alcoolique abstinent depuis ... ». Soit juste un prénom associé au produit qui le domine, son maître !

⁹ Pascal [1662] (1954), *Pensées* (Br.425) in *Œuvres complètes*, La Pléiade, p. 1184.

Dans la république romaine jusqu'au Moyen Âge, un addicté, terme qui semble plus adapté que l'anglicisme *addict* en usage actuellement, était un esclave pour dettes. Il paye par son corps, ramené à une condition inférieure, il renonce à son identité, à sa liberté, il devient l'unique moyen d'honorer sa dette provenant de son incapacité à gérer ses obligations. *Addico* comme verbe signifie adjuger la personne au débiteur créancier. Dans le chapitre « l'approche du concept d'addiction en psychopathologie », L. Fernandez et H. Sztulman proposent deux illustrations de cette contrainte par corps issue de la mythologie grecque : « ainsi Prométhée, qui a transgressé la loi divine en offrant le feu aux hommes, est-il condamné par Zeus à être enchaîné sur le mont Caucase, et à offrir son foie, éternellement, à la voracité des aigles ; ainsi Atlas, coupable de s'être affronté à Zeus lors de la guerre opposant les Géants et les Dieux, se voit infligé la tâche infinie de porter la voûte céleste sur ses épaules ¹⁰.»

L'origine étymologique offre de riches métaphores : Tout d'abord, quels traumatismes, sentiments de culpabilité, dettes est-il contraint à payer indéfiniment en abandonnant sa liberté à l'alcool, en devenant l'esclave d'un toxique ? Ce corps est objectivement mis à contribution à travers cette dépendance physique et ses organes, système nerveux, foie se désagrègeant qui, à la différence de ce qui arrive à Prométhée, ne se régénèrent pas chaque nuit. Secondement le patient dépendant est à la fois le débiteur, le créancier et le tribunal. Enfin sa présentation, son image d'alcoolique de toxicomane qu'il affirme, une fois le déni surmonté, signe également son *dictus ad*, sa perte d'identité tel le citoyen romain endetté.

Au XIV^e siècle en Angleterre, le terme « addiction » détermine une relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître. Il induit la notion de choix ou tout du

¹⁰ Fernandez L. et Sztulman H., *Annales médico-psychologique*, 1997,155, n°. 4, p. 256.

moins d'acceptation. On retrouve ce principe chez les gladiateurs romains où un homme libre, pour combattre dans l'arène et participer aux entraînements accédait volontairement au rang d'esclave. On peut entendre dans certains discours moralistes que l'alcoolique est responsable de son état, sous-entendu « il l'a choisi », mais pour reprendre une expression d'un collègue médecin : « Personne ne s'est dit en se levant le matin, qu'il allait devenir dépendant ! ».

La définition de dépendance aliénante est également retrouvée, le sujet ne s'appartient plus, il perd son identité mais pourtant on ne peut le dire « aliéné » au sens de la folie, de l'aliénation mentale. En effet il se maintient dans la réalité, il n'est pas vécu comme un « étranger » au regard de la société. Pour les deux auteurs précédemment cités « l'addiction marque une relation de dépendance contraignante et non pas aliénante. L'addiction est « cette relation contraignante qui se noue entre un individu et un objet¹¹. » Là où l'aliéné perd sa raison, l'addict perd son contrôle. Il est soumis à une contrainte s'imposant à lui par lui du fait de cette dépendance.

L'addict est esclave mais pour autant ne peut-il, tel Spartacus, se libérer, s'affranchir ?

Pour Joyce Mc Dougall « le sujet est l'esclave d'une seule solution pour échapper à la douleur morale¹² », le produit est idéalisé car il est censé résoudre magiquement les angoisses, rien ne peut le supplanter à part peut-être un autre objet de dépendance¹³ !

¹¹ *Idem*, p. 257.

¹² Mc Dougall J., *Eros aux mille et un visages*, 1996, Paris, Gallimard, p. 231.

¹³ Cet objet de leur dépendance pouvant être un autre psychotrope ou comportement addictif (jeux, alimentaire, affectif, ...).

1.3. Passion ! Addiction !

1.3.1. Passionné : il est dirigé par quelque chose d'autre que lui-même

Passion ! Addiction ! Au-delà de la similitude phonique ces deux termes partagent également une fixation sur une source unique de plaisir jusqu'à l'obnubilation. Le rapprochement de ces deux notions, déjà présent dans la littérature addictologique, offre une opportunité d'accéder à la richesse et la pluralité des ressources littéraires et philosophiques de celle de passion déployées depuis l'Antiquité, profitant à celle d'addiction pénalisée par une relative jeunesse. Le recours à la notion de passion permet d'imager cette pathologie et propose une ouverture, une projection sur leurs comportements à l'encontre de toutes logiques et raisons face aux produits. Il autorise, offre également un abord nouveau dans la compréhension de l'addiction et de ses enjeux.

La première similitude constatée entre ces concepts est qu'ils se caractérisent par la même complexité à être définis. Dans la passion, sur le plan étymologique, la notion de passivité s'impose. Philosophiquement parlant, une deuxième approche diamétralement opposée s'inscrit dans l'idée d'activité, la plus récente prenant le pas sur la définition originelle. Depuis le XVIII^e, XIX^e siècle et l'apogée du romantisme, le virage est pris avec l'apologie de la passion amoureuse. Les interprétations peuvent s'avérer tranchées, négatives ou positives soit plus nuancées.

De nos jours, dans le langage courant, le mot passion prend une teinte terne, appauvrie, pouvant se confondre avec les termes de hobbies, passe-temps, centre d'intérêt, certains dictionnaires les proposant comme synonymes. La notion d'addiction semble également suivre cette tendance, avec une similitude dans la signification. En effet, le public recourt

aisément à ce terme pour définir l'objet dont il ne s'imagine plus pouvoir se passer, smartphones, chocolat, ...

Cette approche est déjà présente dans la littérature scientifique et nous pouvons trouver de nombreuses références, plus ou moins approfondies, à la notion de passion. Michel Reynaud dans l'ouvrage d'addictologie de référence, valide cette orientation dans le chapitre « L'addiction apparaît lorsque la passion l'emporte sur la raison¹⁴. » Il pointe également la pertinence de son recours dans un chapitre éponyme : « La connaissance des mécanismes de la passion amoureuse (plaisir extrême, puis éventuellement souffrance destructrice, véritable addiction à l'autre), nous permet de mieux comprendre l'installation et l'évolution des mécanismes de la dépendance¹⁵. » Nous nous proposons d'étudier cette somme-toute récente spécialité médicale à travers un pan de la philosophie abordé depuis l'Antiquité. Sur le plan méthodologique, ce chapitre consistera à confronter l'évolution sémiologique des notions de passion et d'addiction pour en déterminer les similitudes et les disparités.

1.3.2. Lecture passionnelle des addictions

En dehors de ce cadre pathologique, la recherche de plaisir est, généralement¹⁶, à l'origine de toute consommation d'une substance psychoactive, qu'elle soit légalement autorisée ou non. Le rôle de l'addictologue n'est pas de diaboliser ces dernières et dénier le plaisir qu'offrent ces produits, dont certains très présents au sein de notre culture. La

¹⁴ Reynaud, M., « Comprendre les addictions : l'état de l'art », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 13.

¹⁵ Reynaud, M., « Plaisirs, passions et addictions », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 779.

¹⁶ Sans entrer dans le contexte dit à risque, excessif ou avec dépendance, pour reprendre une classification des addictions, une consommation n'est pas nécessairement motivée par une velléité hédoniste, cela peut être notamment par convention sociale, souhait d'intégration à un groupe.

problématique s'affiche quand sous le prétexte de la convivialité, ce plaisir invoqué justifie l'anesthésie d'une souffrance. Il devient alors le seul objet de désir, autour duquel sa vie se réorganise, cette solution magique, d'où les risques majeurs de transfert de dépendance. Cette obnubilation sur un seul objet de désir, soit ne manquer que d'une seule chose, évoque déjà la notion passionnelle.

Passion prend ses racines du latin, plus précisément du substantif *passio* soit l'action de supporter la souffrance, la maladie et du verbe *patior* signifiant souffrir, éprouver, endurer. Ce dernier donne notre verbe actuel de pâtir qui garde la même signification et le mot patient, celui qui souffre, qui endure. Avant de prendre la signification de celui qui subit des soins, au XVII^e siècle, le patient est la personne condamnée au supplice. Déclinaison peu éloignée quand on se représente les débuts de la chirurgie, sans anesthésie, le patient est également condamné à souffrir, seules changent l'intention -ici soulager au lieu de punir - et le prescripteur, le médecin se substituant au juge.

Cette évolution, cette dérive du domaine judiciaire vers le médical ne sont pas sans évoquer celle du terme d'addiction.

La passion vient s'opposer à l'action. Selon Descartes, tout ce qui n'est pas une manifestation volontaire est considéré comme une passion. C'est le fait de subir, de pâtir d'une causalité extérieure. Elle introduit la notion de dépendance à un agent externe.

L'addict est passif face à sa dépendance, face à l'appel du produit, du comportement qui sera source d'apaisement et/ou de satisfaction.

Oscar Wilde exemplifie ces propos d'une célèbre formule : « La seule manière de se défaire de la tentation c'est d'y succomber. Résistez-y, votre âme tombera malade à force

d'aspirer aux choses qu'elle s'interdit à elle-même ¹⁷». Lord Henry, s'adressant ici à Dorian Gray dans son initiation aux plaisirs, prône la passivité face aux passions, l'effort à fournir pour y résister pouvant se solder par de terribles souffrances. Toute la dimension cynique de la maxime du personnage de lord Henry se matérialise par l'évitement de ses propres souffrances liées à ses désirs au détriment d'autres personnes, de la moralité, de la loi. En effet, l'apaisement de tensions inhérentes aux désirs de possession d'un objet légalement inaccessible ou d'une personne non consentante peut alors justifier à ses yeux le vol, le viol... L'addict, pour accéder à l'objet de ses désirs, est également amené à réaliser des actes délictueux ou a minima moralement répréhensibles. Pour résister à cet appel, à ces tentations cela requiert une force, une énergie. Comme dans la passion, la notion d'action est incontournable pour faire face à l'addiction. Pas de soins addictologiques sans efforts de l'intéressé, même si nombre d'entre eux restent dans l'espoir du traitement miracle, celui qui présenterait la même efficacité que l'objet de leur dépendance. Des questions émergent de cette réflexion : la personne est-elle prête à, possède-t-elle la potentialité de, fournir cet effort à se contraindre ? A quelles souffrances est-elle prête à se confronter face à l'arrêt du toxique ? Ne l'oublions pas, ce dernier possède une fonction, un intérêt ! L'alcool est souvent une réponse bien plus efficace que les traitements qui peuvent lui être prescrits. Concrètement, que demandons-nous à ces personnes quand une prescription d'abstinence ou de réduction s'impose (tant au médecin qu'au patient) ? Dans certaines situations un calcul bénéfices-inconvénients/risques peut s'avérer nécessaire et réinterroger la pertinence d'intervenir drastiquement voire d'intervenir tout court sur leurs consommations. Nous devons être

¹⁷ Wilde O., *Le portrait de Dorian Gray*, Paris, Flammarion, 1995, p. 63.

vigilants à ne pas minorer la souffrance issue de la mise à distance du toxique, celle-ci pouvant s'avérer bien supérieure à celle liée à la consommation.

Le plaisir reste au cœur de cette réflexion. Même la philosophie hédoniste épicurienne, recommande une vigilance aux regards des passions : « Quand donc nous disons que le plaisir est la fin, nous ne parlons pas des plaisirs des débauchés ni de ceux qui consistent dans les jouissances¹⁸ ». Epicure nous met en garde contre les risques de dépendance et de tumulte intérieur et l'exemplifie par « l'incessante succession de beuveries. ¹⁹»

Pour Epicure, seul le raisonnement sobre, s'opposant aux excès, permet de s'en préserver. Il s'inscrit dans une démarche de prévention.

Nous retrouvons chez Spinoza l'opposition action/passion. La passion s'entend alors quand un être est soumis à des causes extérieures, qu'il ne peut clairement en comprendre seul l'effet, les idées sont confuses, mutilées, il n'en a pas la pleine maîtrise. Elle prend le pas sur les actions de l'homme « de sorte que le sentiment demeure obstinément attaché à l'homme ²⁰.» La puissance de la passion l'emporte sur la puissance de l'être, ce dernier étant sous domination. Mécanisme retrouvé chez les addicts en dépit de leurs motivations et de leurs efforts pour s'y soustraire. Cette notion d'attache obstinée de Spinoza évoque ici l'idée de dépendance. Selon lui cette causalité extérieure, cette passion, peut alors empêcher l'homme de s'affirmer, diminuant sa puissance d'agir. Avant d'éprouver de la souffrance, l'addict a trouvé dans ses consommations du plaisir et des bénéfiques. Elles lui ont permis de surmonter,

¹⁸ Epicure, *Lettre à Ménécée*, Paris, GF Flammarion, 2009, p. 51.

¹⁹ *Idem*, p. 51.

²⁰ Spinoza, *L'éthique*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2011, p. 274.

réaliser des choses²¹. Si cette substance n'apporte pas de bénéfices pourquoi persister jusque l'inscription de la dépendance ? Selon sa proposition 37 de la partie III, la grandeur du désir qui en résulte sera en corrélation directe avec celle du sentiment. L'importance du plaisir des débuts et du mal être, de la douleur résultant de la dépendance vont déterminer le désir, donc le manque à l'égard du produit. Il s'efforcera alors de le rechercher ou de le fuir, dualité de l'addict face au produit à l'origine de souvenirs heureux et douloureux. Est également présente chez Spinoza la notion de manque avec un sens proche de nos définitions addictives. L'affect peut donc être source de joie et de tristesse et, comme dans l'addiction, souvent ces sentiments se succèdent. Cette idée est renforcée dans la proposition 36 de la partie III « Celui qui se souvient d'une chose qui lui a une fois donné du plaisir, désire la posséder dans les mêmes circonstances que la première fois ²² » : c'est le toxicomane, accroché au souvenir de sa première rencontre avec l'héroïne et du plaisir intense qui en a découlé, qui, à chacune de ses injections, espère ressentir à nouveau cet effet, chimère le plus souvent close par de la déception. Dans le corollaire dans la proposition 51 (*Eth III*) il confirme ce point : « un seul et même homme peut être affecté par un seul et même objet de différentes façons à des époques différentes ²³ ».

Ce lien avec les conduites addictives, Spinoza l'évoque distinctement dans la proposition 46 de la partie III « l'ivrognerie est le désir immodéré et l'amour de la boisson²⁴. » L'ivrogne, issu du même vocable de l'ivresse, est un terme un peu désuet. L'« alcoolique » datant de la fin du XIX^e siècle l'a largement remplacé, avant d'être supplanté

²¹ A titre d'exemple, un patient nous expliquait comment il avait réussi à obtenir son permis de conduire grâce aux effets anxiolytiques de l'alcool consommé juste avant l'examen pratique de conduite.

²² Spinoza, *L'éthique, op.cit.*, p. 234.

²³ *Idem*, p. 227.

²⁴ *Ibid.*, p. 258.

par l' « alcoolodépendant ». Le désir est ici sans modération, sans contrôle et capacité de s'abstenir de boire renvoyant à la définition du Dr Fouquet déjà citée.

La philosophie spinoziste nous propose une approche riche nous permettant de superposer l'addiction à la passion.

A l'origine, sur le plan étymologique, la passion vient donc s'opposer à l'action, comme le définit Descartes « Tout ce qui se fait ou qui arrive de nouveau est généralement appelé par les philosophes une passion au regard du sujet auquel il arrive, et une action au regard de celui qui fait qu'il arrive²⁵. » Selon lui, tout ce qui n'est pas une manifestation volontaire est considéré comme une passion. C'est le fait de subir, de pâtir d'une causalité extérieure. Elle introduit la notion de dépendance à un agent externe. De nos jours, ce sens de passion est à peu près totalement remplacé par le terme de passivité, s'opposant à l'activité : « Par la suite de la disparition du sens ancien du mot passion, passivité tend à le remplacer dans cet usage²⁶. »

La condamnation de la passion est présente dans la philosophie épicurienne et apparaît dès sa distinction des désirs : Premièrement, Les désirs naturels et nécessaires, facilement susceptibles d'être assouvis, utiles à la santé du corps et de l'âme. Secondement les désirs naturels et non nécessaires prenant sources dans le désir de variété, ces derniers requièrent la modération. « Donc s'accoutumer aux régimes simples et non abondants assure la plénitude de la santé, rend l'homme actif dans les occupations nécessaires à la conduite de la vie, nous met dans de plus fortes dispositions quand nous allons, par moments vers l'abondance, et

²⁵ Descartes, *les passions de l'âme*, Paris, Flammarion, 1996, p. 100, AT XI 328, Alquié T3, p. 952.

²⁶ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, « Quadrige dicos poche », 2010, p. 747.

nous prépare à être sans crainte devant les aléas de la fortune²⁷.» Loin de l'usage déformé du terme épicurien usité de nos jours, Epicure dispense ici un vrai message de santé publique, tout à fait d'actualité.

Troisièmement, enfin, Epicure évoque les désirs non naturels et non nécessaires qui peuvent correspondre au concept de passion, « Quand donc nous disons que le plaisir est la fin, nous ne parlons pas des plaisirs des débauchés ni de ceux qui consiste dans les jouissances.²⁸ ».

Face à ce risque de dépendance, pour Epicure, seul le raisonnement sobre, s'opposant aux excès, permet de s'en préserver. Si l'impossibilité de réprimer ses désirs, et la focalisation sur un mode de réponse caractérisent la dépendance, c'est bien le caractère excessif de ses consommations qui lui confère sa morbidité et létalité.

Kant définit la passion comme une maladie de l'âme, développée à l'excès, appauvrissant tous les autres sentiments. Elle est exclusive « L'inclination qui interdit à la raison de la comparer, dans l'optique d'un certain choix, avec la somme de toutes les inclinations est la passion »²⁹. C'est une maladie chronique, à l'image du dépendant dont l'incurabilité est maintenant moins contestée. Kant l'affirme clairement, la passion est « une maladie, qui abhorre toute médication », « un ensorcellement qui exclut même l'idée d'amélioration », « elles constituent des maladies contre lesquelles il n'y a que des palliatifs.³⁰» La passion amoureuse exemplifie à merveille cet argument. Les écrivains et poètes de la

²⁷ Epicure, *Lettre à Ménécée*, op. cit., p. 50.

²⁸ *Idem*, p. 51.

²⁹ Kant E., *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, Flammarion, 1993, p. 236.

³⁰ *Idem*, p. 237.

période romantique, ont magnifié cette mise en exergue de l'être aimé tel Alphonse de Lamartine dans son vers célèbre : « Un seul être vous manque, et tout est dépeuplé ! ». Le titre de ce poème est tout aussi éloquent : « L'isolement ». L'addiction tout comme la passion amoureuse se caractérise par cette obnubilation et ce détachement des réalités.

La passion est donc la polarisation sur un seul objet. Ce dernier est mis en exergue au détriment du reste qui devient insipide sans intérêt. Cette obnubilation, qu'elle soit passionnée ou addictée, isole son sujet. L'alcoolisme est une pathologie du lien dans le sens où le toxique et son omniprésence dans les pensées perturbent, altèrent, voire détruisent les relations avec l'entourage. Le champ relationnel de l'addict va se restreindre à l'environnement proche de l'objet de sa dépendance. Au sein de son cercle de connaissance, le toxique devient l'unique médiateur, le seul centre d'intérêt partagé avec ses interlocuteurs. Dans cette rencontre, le produit supplante l'autre dans la finalité de la démarche. Cette dimension exclusive, réductrice est également caractéristique des fumeurs de cannabis, où la rencontre, souvent improductive, est motivée par la consommation : « on fait tourner le joint ». Pour compléter et clôturer cette série d'exemples, il est difficile de ne pas évoquer la focalisation d'Harpagon sur sa cassette, dans *l'Avare* de Molière. Tous ne voient donc qu'à travers l'objet de leur désir - d'où la perturbation de leurs jugements.

A l'image de l'alcool, du fait de cette obnubilation et de ce détachement des réalités, la passion amoureuse peut conduire aux malheurs, à l'image de ce fait divers où un directeur de prison, marié, épris d'une jeune détenue, ne songe pas aux répercussions de cette relation interdite. L'histoire révélée, il perd famille, emploi, amour. Mais, en dehors de l'actualité, la littérature et la cinématographie se sont inspirées, abreuvées de cette thématique, histoires aux conclusions bien éloignées des happy-ends hollywoodiens.

La passion est une illusion, l'amoureux perd toute objectivité devant sa promesse, ses défauts sont occultés, voire deviennent des qualités. Le sujet est idéalisé, magnifié tout comme l'alcoolique ou le toxicomane qui prête des propriétés magiques au toxique, capable de supprimer tous ses maux, de lui apporter « Le » plaisir, « le nirvana ». Le déni des consommations, de la dépendance sont autant d'illusions de maîtrise.

Kant l'oppose à l'émotion et pointe ainsi une notion de temporalité, les passions s'inscrivent dans le temps. Elles s'installent progressivement, s'ancrent, s'enracinent dans une permanence « l'affect agit comme une eau qui rompt la digue, la passion à la façon d'une rivière qui creuse toujours plus profondément son lit³¹. »

Il démontre également son association à la raison, les passions « ne peuvent donc être irréflechies, comme l'est l'affect, ni être impétueuses et passagères, mais peuvent, en s'enracinant, coexister même avec la ratiocination³² ». Le passionné est certes déraisonnable mais pas dénué de raison. La passion s'oppose à la raison, elle la pervertit en prenant une seule donnée au détriment des autres, on observe une perte de « la maîtrise de la raison ». Mais la passion est, dans son élaboration, réfléchie. Elle se sert de, s'appuie sur, la raison dans sa construction. Le passionné, comme l'addict, justifie son attitude, donne des motifs, des raisons à son comportement. Le soignant, quand il confronte une personne pour la première fois à ses consommations excessives et sa dépendance, entend souvent les mêmes phrases stéréotypées : « Je bois comme tout le monde ! » malgré la consommation quotidienne déclarée de quatre litres de bière. « Je m'arrête quand je veux ! » mais reconnaît n'être jamais resté une journée sans consommer. Cette confrontation ouvre un paradoxe : s'il démontre ici

³¹ Kant E., *Anthropologie du point de vue pragmatique*, op. cit. , p. 219.

³² *Idem*, p. 237.

l'association de la raison dans la passion, il définit également cette dernière comme « l'inclination (désir habituel) qui n'est maîtrisée que difficilement, ou ne parvient pas à l'être, par la raison du sujet ³³ », soit l'opposition de ces deux notions.

Si la philosophie kantienne, ainsi que les auteurs précédents condamnent fermement la passion, considérée comme exclusive, excessive, égoïste, une illusion aveuglant la raison, une rupture se dessine avec l'émergence du romantisme et l'apologie de la passion amoureuse.

« Rien de grand ne s'est accompli dans le monde sans passion ³⁴ . » Cette formule de Hegel exprime un net revirement dans l'approche des passions. Elles ne sont ni bonnes, ni mauvaises c'est simplement la concentration de tout l'intérêt, toute l'énergie d'un sujet vers un contenu, « en leur sacrifiant tout le reste ³⁵ . » Elles sont le moteur de l'action. Quand cette force est uniquement au service de l'intérêt particulier de la personne, Hegel la nomme caractère et elle revêt le terme passion quand les répercussions quittent le champ de l'individualité pour servir l'universel. Ce qu'il nommera également la ruse de la raison, les passions étant mises, inconsciemment, au service de la raison, lui permettant de se réaliser.

Cet abord connote l'usage courant fait de nos jours du mot passion, vidé de son intensité, où il devient le synonyme de centre d'intérêt, ce qui anime notre existence.

La corrélation avec la notion d'addiction devient difficile dans cette nouvelle approche. Pour Hegel, le but de la passion, même s'il est toujours individuel, peut être bon, voire universel. Difficile de faire un parallèle avec l'alcoolisme. Certes nous constatons dans des

³³ *Ibid.*, p. 217.

³⁴ Hegel G.W.F., *La raison dans l'histoire*, Paris, Pocket, 2012, p. 122.

³⁵ *Idem*, p. 122.

situations familiales complexes parfois pathologiques que le malade, celui qui boit, a une fonction de symptômes. L'attention se concentre sur cet élément perturbateur, préservant ainsi l'économie familiale de toute introspection collective. Son addiction peut avoir une utilité pour son entourage, mais les répercussions, bénéfiques de ce sacrifice, sont loin d'être universelles et disparaissent en même temps que le patient. Nous retrouvons, certes avec des approches différentes, cette intrication de la raison et de la passion évoquée précédemment : schématiquement, si chez Kant la passion corrompt la raison, la détourne, à l'inverse Hegel présente la passion au service de la raison.

Diderot a également pointé son caractère positif. La passion devient une force créatrice mise au service de l'art. Certes, de nombreux artistes, souvent qualifiés de génies artistiques, étaient en proie à une dépendance à un toxique, les poètes maudits, les peintres de l'impressionnisme avec l'absinthe et plus récemment Jim Morrison, Janis Joplin, Amy Winehouse, Mais ici, c'est bien la passion pour leurs arts qui est la source de leurs créations.

Ces deux auteurs décrivent la passion comme une force créatrice. Dans l'absolu, l'addiction se construit sur les mêmes mécanismes, les résultats sont en revanche opposés.

Si la consommation de substances psychoactives peut se révéler facilitatrice, stimulante, quand elle bascule dans l'addiction, elle s'avère être une force destructrice ne s'arrêtant pas uniquement à la personne, son action se répercutant à des sphères parfois éloignées. L'entourage proche est logiquement envisagé, mais la problématique des addictions a un réel impact sur notre société : sur le plan épidémiologique, 30 % des délits en France sont commis sous l'emprise d'un toxique, le coût de l'alcoolisme représente 1% du PIB français, première cause de mortalité. Sur le plan international, la toxicomanie évoque les problématiques judiciaires découlant de cette économie de marché parallèle. Il est impossible d'aborder la

guerre en Afghanistan sans évoquer l'impact financier de la production d'opium sur le conflit. La problématique addictive de la consommation de stupéfiants se répercute sur l'organisation mondiale du crime et certaines situations géopolitiques. Le retentissement négatif des addictions s'avère bien universel.

Dans le langage courant, une seule forme d'addiction est, à notre connaissance, associée à la passion : la passion du jeu, que l'on nomme maintenant les « joueurs pathologiques ». Fiodor Dostoïevski, dans *Le joueur*, décrit magnifiquement le parcours, ou plutôt la descente aux enfers du personnage central, Alexis de son initiation à la dépendance. « Ah ! Je ne comprends pas moi-même que je suis perdu ! Mais qui m'empêche de me sauver ? De la raison, de la patience, et je suis sauvé...³⁶. » Cette passion/addiction sera pour Alexis, plus forte que la raison. Après avoir, de nouveau, joué à la roulette son dernier sou, confrontant sa raison à la passion du jeu, le roman s'achève sur ces mots « Demain, demain, tout finira...³⁷ », évoquant le « demain, j'arrête ! » du fumeur.

De nos jours, les termes de « passion » et « addiction » n'ont pas la même connotation, le premier inspirant la compassion et le second la condamnation. Le crime passionnel sera jugé, tout du moins par le public, avec plus de clémence, tandis que la loi prévoit dans ses textes que d'être sous l'emprise d'un produit est un facteur aggravant, malgré le statut, reconnu scientifiquement, de maladie. La présence des deux circonstances complexifie sérieusement le positionnement de l'opinion publique. C'est le cas avec la mort tragique en 2003, à Vilnius, de Marie Trintignant sous les coups du chanteur du groupe Noir Désir.

³⁶ Dostoïevski F. *Le joueur*, Paris, Librio, 2011, p. 122.

³⁷ *Idem*, p. 123.

Au vu de cette approche étymologique et conceptuelle, nous pouvons affirmer que l'addiction relève effectivement du champ de la passion.

Ce lien direct entre ces deux notions est clairement accepté, le concept de passion amoureuse fusionnant avec les domaines des addictions sous le terme de dépendance amoureuse ou affective est l'objet de recherche scientifique. « Agissant sur les mêmes dispositifs neuronaux qui sous-tendent l'expérience du plaisir associée aux drogues et autres pratiques addictives, l'amour est une cause bien connue de dépendance à la personne aimée, que les neurosciences rapprochent aujourd'hui des processus d'addiction à des substances psychoactives³⁸. » Elle est également avancée dans *Le traité d'addictologie* de Michel Reynaud : « On peut considérer les addictions comme une exacerbation des passions³⁹. » L'auteur, dans son étude essentiellement neuro-biologique met en avant l'intérêt de l'étude de la passion amoureuse comme support à l'étude des dépendances⁴⁰. L'article précise l'antériorité et ancienneté de ce rapprochement, « l'existence du lien et des similitudes entre la passion amoureuse et la dépendance aux drogues avait déjà été pressentie par Freud⁴¹. » Michel Reynaud propose dans son texte des éléments abordant la passion amoureuse comme un « état naturel » de la condition humaine, un mécanisme de l'attachement pouvant recouvrir une intensité très variable : « Dans une recherche menée sur 168 cultures, les anthropologues réussirent à découvrir des preuves directes de la passion amoureuse dans 87 % de populations extrêmement diverses, ce qui tend à prouver qu'il s'agit d'un besoin universel,

³⁸ Pharo, P., *La dépendance amoureuse*, Paris, Ed. Presses Universitaires de France, 2015, p. 10.

³⁹ Reynaud, M., « 114. Plaisirs, passions et addictions », in Michel Reynaud, *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 779.

⁴⁰ Michel Reynaud l'évoque plus particulièrement pour introduire les addictions dites comportementales.

⁴¹ *Ibid.*, p. 780.

essentiellement naturel, même s'il est modelé par les cultures⁴². » Sa démarche s'inscrit dans un souhait de ne pas décrire la passion amoureuse sous un angle pathologique, à l'instar des descriptions de la période du romantisme au XIX^{ème} siècle. Mais on retrouve cette définition commune d'affection d'intensité très forte, puissante, obsédante, exclusive autour de laquelle l'existence de l'individu s'organise. « Chez le sujet addict, il y a une survalorisation de l'objet du désir, sa valeur « récompensante », le souvenir de celle-ci entraîne une motivation majeure : le simple désir est devenu besoin.⁴³ » Dans ce rapprochement, l'addictologue note toutefois une discordance au regard de la sémiologie médicale. « La différence fondamentale entre les drogues et les plaisirs naturels (faim, soif, sexe...), est liée au fait que cette période réfractaire⁴⁴ n'apparaît pas avec les drogues qui peuvent répéter le plaisir à chaque prise et maintenir indéfiniment la tension du désir ; avec les drogues, l'apaisement, la satiété n'apparaissent pas⁴⁵. » Au travers du prisme de l'approche kantienne évoquée plus tôt, nous pouvons traduire les propos de Michel Reynaud par la persistance de la raison chez l'amoureux passionné et son exclusion pour l'addict. Propos, qu'il valide plus loin dans son article : « On peut considérer qu'il y a « addiction à un comportement » lorsque ce comportement est devenu un besoin et (...) qu'il n'est plus sous le contrôle « raisonnable ».⁴⁶ »

⁴² *Ibid.*, p. 785.

⁴³ *Ibid.*, p. 785.

⁴⁴ La période réfractaire est la période d'apaisement du désir pouvant se traduire également par de l'aversion voire du dégoût envers l'objet de plaisir.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 786.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 784.

Dans notre abord plus littéraire et sémantique, ces deux notions surfent également sur la notion d'action avec la même ambivalence. Les sujets pâtissent, subissent cette causalité extérieure, cette force que seule une vive activité d'opposition permet de contenir. Parallèlement, cette passivité contraint, pousse la personne à réaliser des actions pour répondre à cette passion, cette addiction, la passivité est la condition de cette activité. Dans leurs débuts, les dépendants éprouvent du plaisir, la nostalgie du toxicomane face aux souvenirs de sa rencontre avec l'héroïne. Ils obtiennent des bénéfices, la levée d'inhibition de l'alcool, rendant par exemple, le timide plus audacieux auprès du sexe opposé. L'objet de la dépendance avait alors une fonction, celle de « béquille », leur permettant d'avancer, de combler un handicap le plus souvent psychologique. Il devient un anesthésiant à leurs traumatismes, rendant aphone angoisses et autres tourments. Selon l'approche retenue, la notion de souffrance est moins prégnante dans la passion, malgré sa proximité sémiologique tandis que dans l'addiction celle-ci est omniprésente. Dans cette dernière, le concept de dépendance est affirmé tant dans son étymologie, l'esclave, que dans la réalité où elle se manifeste physiquement, s'observe cliniquement. En reprenant l'approche par symétrie avec le concept de la passion amoureuse, cette notion de dépendance nous semble préférentiellement reliée à la notion d'amour, la passion renvoyant à la passivité. Nous retrouvons également la notion de passion amoureuse comme la première étape de l'histoire du couple, « Une phase symbiotique, dans laquelle la passion domine et où les partenaires aspirent à l'indifférenciation (être comme l'autre).⁴⁷ » A l'image de l'alcoolisme la question de la persistance, de l'intensité de cette manifestation inhérente à la rencontre du partenaire vient

⁴⁷ Coutanceau R., Rachid B., *Souffrances familiales et résilience. Filiation, couple et parentalité*. Paris, Dunod, 2015, p. 21.

en caractériser sa portée addictive. La notion de « dépendance affective » est utilisée pour différencier l'amour et la passion amoureuse. « Nous pouvons considérer que la dépendance affective revêt un caractère pathologique lorsqu'elle admet un comportement dissymétrique et inadapté entre les partenaires, dans le cadre de relations engendrant des souffrances psychiques chez l'un (au moins) des membres du couple.⁴⁸ » Dans la passion amoureuse caractérisée, nous sommes dans le cadre des addictions dites « sans produit » ou comportementales où la personne est dépendante non de l'être aimé mais des « marques de l'amour de l'autre, de son intérêt, de ses attentions, de sa présence.⁴⁹ »⁵⁰

En résumé, la raison est présente, mais elle pâtit, souffre de la passion qui l'affecte, la pervertit. L'addict présente un comportement objectivement déraisonnable mais demeure un sujet potentiellement nourri de raison, cette dernière lui reste accessible.

L'addict est donc un passionné, mais le passionné n'est pas forcément un addicté !

1.4. Questionnements philosophiques émergents

1.4.1. Le libre arbitre chez l'individu sujet à un déterminisme

Les notions de liberté et de libre arbitre évoquent les principes de déterminations internes et d'absence de contraintes extérieures. Par essence, le dépendant n'est pas libre. Son

⁴⁸ *Idem*, p. 23.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 25.

⁵⁰ La dépendance affective, pathologie de la relation, est à différencier de l'addiction sexuelle où l'objet de dépendance est le plaisir sexuel qui peut être obtenu indépendamment de la personne voire en l'absence de l'autre.

comportement est, de fait, contraint par son désir irréprouvable. Si le produit, ou plutôt la recherche de ses effets, détermine ses attitudes et ses actions, alors point de libre arbitre.

Dans la philosophie spinoziste, le libre arbitre est une illusion : « les hommes, donc, se trompent en ce qu'ils pensent être libres ; et cette opinion consiste uniquement pour eux à être conscient de leurs actions et ignorants des causes par lesquelles ils sont déterminés.⁵¹» Considérer l'homme comme indéterminé serait alors le voir « comme un empire dans un empire ⁵²» ou l'égal de dieu car « car dieu agit d'après les seules lois de sa nature, et sans être contraint par personne ⁵³». Donc pour cet auteur, addict ou non, point de liberté absolue.

Le déni dépassé, l'addict a, un moment, conscience du lien direct entre la dégradation de son corps et ses conduites addictives⁵⁴. Il possède donc la connaissance, expliquée à maintes reprises pendant son parcours de soins addictologiques qui se compte le plus souvent en années, de la dégradation en devenir ainsi que de l'évolution létale. Il sait ! Mais ce savoir reste stérile, il n'entraîne pas nécessairement un désir et/ou une volonté de changement.

Dans leur perception de cette situation, de multiples questions, interprétations, réactions émergent au sein des professionnels du soin qui croisent régulièrement le chemin de ces dépendants présents dans les structures sanitaires. Devant cette multitude de ressentis et clivage face aux sens à donner à ces conduites mortifères, un sentiment reste partagé : l'incompréhension.

⁵¹ Spinoza, *L'éthique*, ETH II, scolie proposition 35, *op. cit.*, p. 153.

⁵² *Idem*, p. 179.

⁵³ *Ibid.*, p. 181.

⁵⁴ Les répercussions des addictions sont une thématique incontournable des soins addictologiques et les conséquences somatiques, notamment des addictions licites, sont affichées sur les bouteilles pour l'alcool et les paquets pour le tabac.

Les blouses blanches s'interrogent donc et amorcent deux principales hypothèses :

Il s'agirait tout d'abord d'une « démarche suicidaire » : mais ces hommes et femmes sont guidés par leur recherche de l'unique source de plaisir et/ou de l'apaisement de leur souffrance. Ces mécanismes au cœur de leur dépendance physique et l'inquiétude devant leur état somatique abasé par des années d'injections et absorption de produits corrosifs reste présente. « Il y aurait 10 fois plus de risque de décès par suicide chez ces patients (alcoolodépendants) ⁵⁵», mais même ainsi cette plus large propension est essentiellement liée à l'impulsivité de ces derniers et la levée des inhibitions inhérentes à l'ivresse. Cette interprétation occulte donc la complexité de cette pathologie au croisement du soma, de la psyché et du social.

Une seconde hypothèse serait celle des « Troubles cognitifs ». Hormis les démences⁵⁶, conséquence occultant la problématique initiale de dépendance, les troubles cognitifs sont récurrents. Ces derniers, le plus souvent mineurs, sont essentiellement d'ordres mnésiques et les capacités intellectuelles dans leur globalité sont conservées sans engendrer d'altération du jugement dans les actes courant de la vie quotidienne.

La reprise des consommations après une période d'abstinence plus ou moins longue, décidée ou subie lors d'une hospitalisation, est-elle un choix nourri de raison ou influencée par des souffrances, la passion du produit et cet état de dépendance tant physique que

⁵⁵ Tremey A., Brousse G. « 63. Conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 474.

⁵⁶ L'alcoolodépendance est la quatrième cause de démence précoce et représenterait 10% de ces dernières, toutes causes confondues.

psychique ? Ou est-ce une incapacité à choisir une autre voie que celle qu'il emprunte depuis une période pouvant couvrir plusieurs décennies ?

1.4.2. Raison des passions et passion déraison

Précédemment, nous avons corrélié l'addiction à la passion. Dans ce paragraphe, nous aborderons la problématique de la raison dans les addictions par le biais de la passion. Dans cette partie, afin de faciliter sa lecture, il faudra donc entendre derrière le terme « passion » celui d'« addiction ».

Sur le plan de la terminologie, la raison cultive également la multiplicité. Nous retiendrons le sens le plus usuel « Faculté de raisonner discursivement, de combiner des concepts et des propositions ⁵⁷» et celui s'opposant clairement à la notion de passion, définition s'appuyant sur l'approche de Descartes soit la faculté « de bien juger » « c'est-à-dire de discerner le bien du mal, le vrai et le faux (ou même le beau et le laid) par un sentiment intérieur, spontané et immédiat.⁵⁸ »

A la différence du fou et du dément, l'addict conserve bien sa faculté de raisonner dans le quotidien mais cette capacité de discerner le bien du mal est altérée. En effet, quand il est confronté à la tentation du produit, spontanément, son premier schéma de réponse est bien de *consommer*, le « bien » immédiat procuré par le toxique étant primordial au regard du « mal » qui en découle ultérieurement.

⁵⁷ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie, op.cit.*, p. 877.

⁵⁸ *Idem*, p. 879.

Donc, en fonction des définitions évoquées ci-dessus, l'addict a plus ou moins accès à la raison. S'en déduit une troisième proposition, où seule la capacité de raisonnement s'articulant avec l'objet de la passion est perturbée. Le discernement entre le bien et le mal dans la confrontation à l'objet de dépendance est affecté. Pourtant, l'addict est en capacité de faire les bons choix dans les actes de la vie quotidienne, de son travail, de sa vie de famille tant que la nécessité de consommer ne rentre pas en concurrence avec ses activités et /ou décisions.

L'homme passionné est donc en capacité d'analyser et d'établir des démonstrations, mais il raisonne mal. Il est aveuglé, obnubilé, guidé par l'objet de sa passion. Cet objet devient le point d'ancrage d'un désir exacerbé, nourri inconsciemment par l'imagination. Le raisonnement se construit, s'étaye donc sur une illusion. Les qualités sont amplifiées, les défauts effacés voire convertis en vertu « elle bégaye et articule mal, c'est un aimable embarras ; elle est taciturne, c'est la réserve de la pudeur ; jalouse, babillarde, c'est un feu toujours en mouvement⁵⁹. » La logique même de cette construction est compromise : en effet, la conclusion est posée en premier lieu, puis tous les raisonnements qui vont s'ensuivre auront pour objectifs de la prouver, la justifier, aménageant les arguments compatibles à ses attentes. Ce mécanisme est décrit par Stendhal, au sujet de la passion amoureuse, comme une cristallisation et qu'il définit comme « l'opération de l'esprit, qui tire de tout ce qui se présente la découverte que l'objet aimé a de nouvelles perfections⁶⁰.» Le passionné ne remarque que ce qui confirme les représentations positives de sa passion, forme de construction logique et déraisonnable étayant sa passion, chez Stendhal, pour l'être

⁵⁹ Lucrèce, *De natura Rerum, livre IV*, Paris, GF Flammarion, 1999.

⁶⁰ Stendhal, *De l'amour*, Paris, GF Flammarion, 1965, p. 35

aimé : « Un de vos amis se casse le bras à la chasse ; quelle douceur de recevoir les soins d'une femme qu'on aime ! Être toujours avec elle et la voir sans cesse vous aimant ferait presque bénir la douleur⁶¹. »

Ces constructions, que nous venons de décrire, renvoient aux mécanismes de défense inconscients récurrents dans la symptomatologie addictive nommés *déni*. Il est ici à différencier du mensonge et se manifeste par la minimisation voire la négation du caractère excessif de ses consommations, de sa dépendance puis de la nécessité des soins. Nous retrouvons également les justifications, des logiques de construction erronées. La levée du déni est une étape importante dans la prise de conscience du dépendant et un objectif majeur de soins dans son accompagnement par le professionnel.

En résumé, la raison est présente, mais elle pâtit, souffre de la passion qui l'affecte, la pervertit. L'addict présente un comportement objectivement déraisonnable mais demeure un sujet potentiellement nourri de raison, cette dernière lui reste accessible. Kant présente la passion comme une maladie incurable dont la raison peut limiter, atténuer les effets et Spinoza met en avant la connaissance comme remède.

1.4.3. Perd-il son libre arbitre ? Sa liberté ?

La problématique de la liberté dans la posture de l'addict, n'est pas ici dans les rechutes, les ré-alcoolisations. En tant que passionné, le raisonnement de ce dernier comme nous l'avons précédemment évoqué, est altéré et sa dépendance lui impose des décisions, des actions. Il n'est pas maître de lui-même. Face au produit, clairement, il n'est pas libre ! Il

⁶¹ *Idem*, p. 35.

consomme en dépit de ses motivations et de ses efforts pour ne pas y succomber. La récurrence des mises en échec est certes épuisante pour le patient et l'équipe l'accompagnant, mais reste compréhensible pour cette deuxième car elle fait partie intégrante du parcours du dépendant dans un projet de soins addictologique. Les rechutes sont pointées, contextualisées, travaillées afin de leur donner du sens, que ces expériences soient source de compréhension des mécanismes en jeu dans cette recherche d'effets psycho-actifs. L'objectif est de renforcer la personne au sein des situations à risques, tirer des bénéfices de ce vécu négatif. La rechute est le symptôme, voire la preuve irréfutable de sa dépendance, de sa maladie. Le parcours de soins d'un addict est structuré de pratiques éducatives et d'apports de connaissances pragmatiques et théoriques sur sa pathologie. Une absence d'adhésion à ces soins témoignerait de l'imprégnation de son addiction. En effet, plus la personne avance dans la maladie addictive moins le savoir a une potentielle action sur un changement de comportement⁶². Le savoir sans cette liberté est inopérant !

Ces personnes, dès qu'elles commencent à admettre la nocivité de leurs consommations, puis ultérieurement à accepter leur dépendance manifestent le désir d'un mieux-être hors addiction et de réparer les dommages induits par le toxique. Une demande élaborée dans la logique addictive de la « pensée magique⁶³ » se révèle inadaptée voire utopique car elle reste désolidarisée d'une modification de leurs comportements, habitus et notamment de la question d'une mise à distance du produit. Ce savoir sur leur maladie tant

⁶² Les études sur l'efficacité de l'intervention brève, séance d'éducation thérapeutique destinée aux personnes en situation de consommation en amont de la dépendance, ont validé sa pertinence et démontre un impact supérieur aux conseils prodigués au regard des pathologies cardiovasculaires.

⁶³ La « pensée magique » est une démarche à l'origine infantile qui persiste à l'âge adulte notamment dans les névroses obsessionnelles. Paulo Ceccarelli Paulo et Cristina Lindenmeyer dans leur article « Les avatars de la pensée magique » la désignent comme la « croyance selon laquelle certaines pensées permettraient l'accomplissement des désirs, et aussi l'empêchement d'événements problématiques ou désagréables. »

dans sa découverte que dans sa connaissance théorique n'offre pas une garantie d'abdication de la passion. L'addictologue recourt à la notion de cheminement pour décrire ce phénomène car il nécessite des étapes, des paliers, des allers-retours, avec des temporalités très différentes (en années) selon les personnes. Pour certains, il existe une impossibilité à dépasser un niveau, une distanciation significative avec l'objet de leur passion et des mécanismes qui la sous-tendent.

Ce choix de l'addict de ne rien changer à son mode de vie, si choix il y a, est-il nourri par sa raison ou sa passion ? Est-il actif ou passif dans cette décision ? Quel est le motif de cette acrasie ? Le point d'interrogation vient donc se poser sur sa capacité à émettre un avis éclairé quant à son refus, ou son incapacité à élaborer une demande d'accompagnement au changement, ici douloureux. Nous nous interrogeons, non sur sa liberté face au toxique, mais bien sur sa liberté relative aux décisions en lien avec l'objet de sa dépendance et plus particulièrement celle impliquant les soins et ses choix de vie, soit son libre arbitre.

L'homme est par essence déterminé : pour Spinoza, la liberté ne peut se poser qu'à partir de l'acceptation de la causalité extérieure, soit du déterminisme (terme absent de ses écrits). Nous sommes donc libres quand nos actes correspondent à notre nature propre, « dont nous sommes la cause adéquate, c'est-à-dire lorsque de notre nature il suit en nous et hors de nous quelque chose que l'on peut comprendre clairement et distinctement en nous ⁶⁴». La liberté se définit alors au sein de ce déterminisme et par opposition à la passion, cause extérieure inadéquate diminuant notre capacité d'agir. Elle dépend de notre connaissance de ce qui nous détermine et de notre capacité à agir selon cette causalité afin de ne plus en pâtir.

⁶⁴ Spinoza, L'éthique, *op.cit.*, définition II, partie III, p. 153.

La psychanalyse s'appuie sur cette même nécessité de compréhension des éléments qui sous-tendent, déterminent nos actes, notre psychisme étant dépendant des mécanismes inconscients qui le composent⁶⁵. Nous retrouvons explicitement cette notion de devoir répondre à cette nécessité causale dans la définition 7 de la partie I, « Est dite libre la chose qui existe d'après la seule nécessité de sa nature et est déterminée par soi seule à agir.⁶⁶ » Point de libre arbitre, comme nous l'évoquions précédemment, mais également point de volonté, en tant que choix libre, la volonté étant déterminée par une succession de causes en cascade⁶⁷.

L'addiction joue le rôle d'interférence chez ces hommes et femmes dépendants, ne leur permettant pas de s'affirmer selon leur vraie nature. L'origine étymologique arabe du mot alcool reprend cette idée de dénaturer la personne, « al khôl » étant le collyre également utilisé comme le fard à paupières, la personnalité des gens sous emprise de l'alcool se modifiant tel un masque (maquillage) posé sur leur visage⁶⁸.

La liberté consiste à tendre vers le plus haut degré de connaissance et compréhension de ce qui nous détermine, ce point culminant étant, chez Spinoza, divin. La question religieuse est absente dans notre réflexion, mais cette approche basée sur l'acceptation, la compréhension, et la référence à Dieu n'est pas sans évoquer la prière de sérénité, clôturant les réunions des alcooliques anonymes : « Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence ». Cette prière, à l'origine un sermon, est attribuée par erreur à

⁶⁵ Certains patients abstinents, une faible minorité, s'engagent dans une cure analytique, notamment quand la distanciation du produit révèle des traumatismes et/ou un profond mal-être.

⁶⁶ *Idem*, p. 66.

⁶⁷ *Ibid.*, proposition 48 partie II, p. 167.

⁶⁸ L'étymologie est plus probablement liée à la notion sous-jacente de distillation. Cette « interprétation » de l'origine du mot alcool est très souvent utilisée en addictologie car elle permet d'introduire la recherche des effets psychoactifs de ce produit et ses motivations sous-jacentes.

Marc Aurèle mais il est vrai qu'elle sonne parfaitement « stoïcien » : « supporte et abstiens-toi ».

Toujours suivant la philosophie déterministe de Spinoza, l'addict, mais comme potentiellement tout individu, n'est pas libre du fait de la méconnaissance de la nécessité de sa nature, donc de la possibilité de s'affirmer en soi, mais également de par l'ignorance de l'influence des causalités extérieures qui diminuent sa capacité d'agir. Seule la connaissance de ces éléments et leur prise en compte permettront au dépendant de s'affranchir et agir, et non plus pâtir, « tout ce à quoi nous nous efforçons selon la Raison n'est rien d'autre que comprendre ; et l'esprit, en tant qu'il se sert de la raison, ne juge pas qu'autre chose lui soit utile, sinon ce qui le conduit à comprendre ⁶⁹ .» A un moment de leur parcours de soins, les addicts admettent leur dépendance et acquièrent des notions, des connaissances sur les mécanismes de la maladie, de leur maladie. Mais leurs assimilations, compréhensions et appropriations par ces personnes sont d'une grande variabilité et peuvent s'étaler sur des périodes très longues avec pour certains des seuils infranchissables. Ces dépendants, dans les premières phases de leur démarche de soins, ignorent les mécanismes de l'installation et de la persistance de cette recherche intarissable de l'ivresse, ou refusent d'approfondir ces idées inadéquates, d'en chercher les causes. Cette méconnaissance des lois qui les déterminent les maintiennent dans une passivité. Ils restent donc soumis à cette passion, diminuant leur capacité d'agir et la possibilité à leur essence de s'affirmer, de persévérer dans leur être (*conatus*). L'addiction les contraint et les cantonne dans un degré de liberté des plus bas. Cette difficulté d'adhésion aux soins si caractéristique de l'addict est plurifactorielle : déni et

⁶⁹ Spinoza, *L'éthique*, *op. cit.*, proposition 36 partie IV, p. 290.

forte inscription sociale du produit. Mais les bénéfices obtenus par ces substances psychoactives et les perspectives des souffrances induites par la mise à distance de ces vertus anesthésiantes apparaissent comme des obstacles majeurs. Ils entravent l'acquisition des connaissances nécessaires pour s'affranchir de cette causalité extérieure qui dicte leurs comportements, leur vie jusqu'à leur mort.

Selon l'auteur de *l'Ethique*, ce refus ne peut être nourri de raison, « chaque chose, selon sa puissance d'être s'efforce de persévérer dans son être⁷⁰ » (ETH III, proposition 6). Cette démarche, ou plutôt l'absence de démarche, les conduit vers une dégradation de leur état tant physique que psychique à l'issue mortelle, fatalité dont ils sont le plus souvent informés, et que sur le plan cognitif ils sont en capacité d'appréhender. Selon cette approche, l'addict ne possède pas le libre arbitre nécessaire pour établir ses choix de vie, pourtant persiste pour la majorité d'entre eux celui de s'engager dans des soins, de demander de l'aide quand ils ont conscience du caractère maladif de leur comportement.

Chez Kant, nous retrouvons à travers le concept de liberté, l'absence de contrainte des déterminants extérieurs et plus précisément l'indépendance de la volonté au regard de ces déterminants chez les êtres raisonnables. « La volonté est une sorte de causalité des êtres vivants, en tant qu'ils sont raisonnables, et la liberté serait la propriété qu'aurait cette causalité de pouvoir agir indépendamment de causes étrangères qui la détermine⁷¹. » Le terme de volonté se définit comme la capacité à maintenir une volition, une force de caractère. Ne dit-on pas d'une personne faisant une entorse à sa diète alimentaire qu'elle manque de volonté. Ici, elle se définit comme la « Disposition morale à vouloir de telle ou telle manière, soit en

⁷⁰ Kant E., *fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Vrin, 2008, p. 171.

⁷¹ *Ibid.*, p. 171, AK IV (446)..

général, soit dans un cas déterminé⁷²» et se dépare des usages actuels. La liberté se construit à partie d'une volonté libre et morale. « Une volonté libre et une volonté soumise à des lois morales sont par conséquent une seule et même chose⁷³ », dont la maxime doit pouvoir être universalisable. Kant étaye sur cette approche le concept d'« impératif catégorique ». Nos actes doivent contenir l'idée de la liberté pour que nous puissions les considérer comme libres. Les consommations compulsives de l'addict sont liées à un désir inextinguible submergeant toute logique, mais une organisation réfléchie, planifiée reste présente autour de son addiction. Ses choix, ses orientations, ne se font pas au détriment de sa passion : par exemple, les rendez-vous sont pris plutôt en début de journée quand les effets du toxique sont matinés et l'esprit moins anesthésié. Le fumeur s'organise de sorte à ne jamais manquer de tabac quitte à faire un détour ou prendre du retard pour s'en procurer. La raison doit se dédouaner de toute influence extérieure, en effet pour Kant « il est impossible de concevoir une raison qui en pleine conscience recevrait pour ses jugements une direction du dehors »⁷⁴.

La liberté de la volonté n'est possible que si la raison est sans contrainte et s'exprime par le devoir, donc suivant la loi morale, loi que nous donnons à nous même. Cette dernière est « le principe même de l'autonomie de la volonté⁷⁵ », la soumission à certaines lois et morales étant inhérente à la liberté. La décision du dépendant de ne pas modifier ses consommations mortifères ou de se maintenir dans une situation d'emprise, ce qui s'avère semblable, ne peut être assimilée à une volonté libre. En effet, selon les enseignements de Kant, il ne peut être considéré comme autonome.

⁷² Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op cit., p. 1219.

⁷³ Kant E., *fondements de la métaphysique des mœurs*, op. cit., p. 172.

⁷⁴ *Idem*, p. 175.

⁷⁵ *Idem*, p. 176.

C'est le plus souvent au décours d'une hospitalisation que les personnes souffrant d'addictions expérimentent pour la première fois de façon conséquente l'abstinence. Lors de ce séjour, les discours relatifs à leur dépendance évoluent. Cette mise à distance du produit et du contexte de vie habituelle, souvent source de tensions, de conflits, semble atténuer l'influence de la passion. Elle permet l'émergence de la raison dans les décisions. Dans ce contexte, de nouvelles perspectives deviennent possibles. La diminution des sollicitations, des tentations est favorisée par le cadre institutionnel rigoureux mais protecteur dont l'objectif est de créer un cocon rassurant, apaisant. Facilitée par la distanciation, cette prise de conscience de leurs fragilités, de la perte de maîtrise de leurs consommations et du cours de leur vie, offre à certains patients admis avec un contrat de soins minimalistes (soit un sevrage physique), de faire progressivement évoluer leur demande initiale. Si l'hospitalisation se prolonge, la demande s'étoffe et la raison peut prendre le pas sur l'addiction. Bien entendu, ce scénario idéal ne se réalise pas systématiquement au premier tour, pour reprendre le langage imagé du service, l'évolution s'étirant parfois, voire souvent, sur plusieurs hospitalisations.

Pour certains d'entre eux, les séjours se répètent et se ressemblent dans leurs absences d'impact, la raison ne semble pouvoir prendre prise. Ni la connaissance, la mise à distance et le temps ne leur permettent de s'émanciper de l'influence de leur passion. Ils subissent les événements, les plaçant dans une situation d'hétéronomie à l'égard de leur addiction. Ces situations constituent la matière première de cette recherche.

1.4.4. Quelle est son autonomie ?

Au vu du précédent chapitre et devant le constat de l'absence de libre arbitre et d'autonomie, nous pouvons avancer que l'addict est, dans le cadre de sa relation à l'objet de sa dépendance, dans l'incapacité de prendre des décisions adaptées. Mais sur le plan légal, il est considéré comme capable majeur, donc en capacité de guider sa vie.

L'autonomie se définit étymologiquement comme « la condition d'une personne autonome, c'est-à-dire qui détermine elle-même la loi à laquelle elle se soumet »⁷⁶. Kant nous précise que ces conduites prescrites par la loi doivent être reconnues par le sujet comme justes et rationnelles, l'autonomie de la volonté étant alors le « *principe suprême de la moralité* »⁷⁷. Cette liberté de choix et l'usage de la raison sont, comme nous l'avons déjà évoqué, limités chez le passionné.

Dans les pratiques d'accompagnement, les professionnels peuvent recourir à trois démarches légales et sociales pour endiguer les effets délétères de la perte d'autonomie :

La première reconnaît l'incapacité de réaliser seul, certaines activités physiques, psychiques ou sociales de la vie quotidienne et de s'insérer dans la société, interroge sur la pertinence de constituer un dossier de demande d'attribution d'allocation d'adulte handicapé et d'orientation de travailleur handicapé. Cette reconnaissance en addictologie est problématique. En effet, l'addiction est certes une maladie dite « chronique », mais peut-on pour autant lui conférer le statut d'handicap ? Ce dernier sur le plan légal se définit comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble invalidant »⁷⁸. Émerge ici la question de considérer cette

⁷⁶ Lalande A., « Vocabulaire technique et critique de la philosophie », *op.cit.*, p. 101.

⁷⁷ Kant E., *fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 162.

⁷⁸ « Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », Art. L.114, JORF n° 36, p. 2353.

dépendance comme une altération des fonctions mentales ou psychiques. En addictologie, cette démarche de reconnaissance de handicap reste essentiellement motivée par les dommages induits par des conduites addictives notamment les limites physiques et cognitives et non explicitement pour un motif de dépendance.

La seconde démarche légale reconnaît l'incapacité d'établir de bonne décision, renvoie alors aux procédures de sauvegarde de justice, curatelle et tutelle⁷⁹. Elles reposent sur l'impossibilité de la personne concernée d'exercer et d'assumer seule ses droits et obligations donc de se gouverner soi-même. Cet abord évoque la notion de libre arbitre et de l'état de tutelle décrit par Kant comme « l'incapacité de se servir de son entendement sans la conduite d'un autre ⁸⁰» soit une insuffisance de l'entendement. Au regard de cette définition, les condamnations de « paresse et lâcheté ⁸¹» - dont l'entourage, le soignant, peuvent être tentés de l'affubler suite à un jugement rapide ou agacé – se révèlent incorrectes . Il conserve une autonomie minimale pour les actes de la vie courante, et ne présente pas des critères d'intempérance et prodigalité mise en avant habituellement dans les demandes de protection. Sa raison est, certes, corrompue par sa dépendance, mais elle reste présente pour gérer son quotidien et son addiction ne peut être invoquée pour enclencher une des mesures de protection. Ces dernières sont employées pour les situations les plus complexes et en lien avec une détérioration neuro-intellectuelle. Des mesures existantes d'accompagnement social, moins restrictives, sont privilégiées dans la majorité des situations où l'addict est défaillant dans la gestion de sa situation administrative et financière.

⁷⁹ Modalités relevant de la loi n°. 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

⁸⁰ Kant E., *Qu'est-ce que les Lumières ?*, Paris, Flammarion, 1991, p. 43.

⁸¹ *Idem*, p. 43.

Enfin, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge permet de réaliser une hospitalisation sans consentement. Elle peut apparaître comme une réponse mais aucun argument ne permet de valider cette procédure en dehors des périodes où il se place sous emprise du psychotrope. En effet, si l'incurie ou l'ébriété le définissent effectivement comme en situation de péril, une fois la période de dégrisement passée (quelques heures), il redevient cohérent et adapté et rien ne justifie alors le maintien de la mesure⁸². Ce dernier argument est décisif pour faire avorter toute démarche de soins sous contrainte engagée par l'entourage.

Les décisions de l'addict relatives aux soins, ses orientations de vie sont, au vu de ce chapitre, altérées mais aucun moyen légal n'offre de levier d'opposition à ses choix même s'ils semblent inadaptés voire dangereux. Les trois modalités citées plus haut deviennent essentiellement applicables sur les dommages induits de l'addiction soit, le plus souvent, bien tardivement.

1.5. Une discipline, des traitements, des soins, un accompagnement !

Nous n'aborderons pas ici tous les questionnements et débats sur la qualification même de maladie pour les addictions - les protagonistes de ces polémiques s'accordant sur la

⁸² Hormis des pathologies psychiatriques découlant ou à l'origine de l'intoxication mais dans ce cas de figure la prise en charge addictologique devient secondaire au regard de la problématique psychique.

nécessité d'un accompagnement et sur le fait d'abandonner le dogme de l'abstinence. Nous aborderons ultérieurement ce point dans un chapitre dédié.

« L'addictologie a pour objet ces conduites humaines d'autostimulation du plaisir et de modification du rapport au monde, pouvant comporter des risques et donner lieu à des dommages⁸³. » Une évolution politique et sémantique pour une nécessaire reconnaissance et adaptation !

Un changement majeur du paradigme révolutionne les modes de pensée soit : une « approche pragmatique permet de graduer les réponses en fonction des besoins et en s'attachant à aider la mise en œuvre des options les plus réalisables pour l'utilisateur, plutôt que de se focaliser sur des options souhaitées par la société et les soignants mais trop inaccessibles pour l'utilisateur⁸⁴. » Le dogme de l'abstinence concède sa place dominante à une pluralité. Cette évolution répond à la réalité du terrain où les exigences sociétales et médicales d'arrêt des consommations entravent l'accès aux soins à certains usagers. C'est une révolution pragmatique dans le huis clos du face à face thérapeutique mais également et surtout politique et sociétal, « c'est-à-dire un changement de représentations collectives organisatrices de la pensée et de l'action de toute la société. Du paradigme de la faute, faute morale et faute sociale, qui a construit la figure de l'utilisateur coupable et dangereux, conçu les soins comme alternative à la sanction et la prohibition comme solution unique, nous basculons progressivement dans le paradigme du risque qui n'alimente aucun jugement moral sur les

⁸³ Morel A, Coueron J-P., « Avant-propos. De quoi l'addictologie est-elle le nom ? », in *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod, 2019, p. 15.

⁸⁴ Reynaud, M, « 20. Un nouveau paradigme : la réduction pragmatique des risques et des dommages », in *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, 2016, p. 190.

comportements d'usage ⁸⁵. » Si cet extrait de par sa référence à la sanction, nous évoque en premier lieu le champ des produits illicites, les personnes alcoolodépendantes ne sont pas indemnes d'a priori négatifs reléguant bien souvent leur dépendance au rang de vice. En amont de la célèbre loi de 1970 ⁸⁶ régissant la lutte contre les drogues, en 1954 était publiée une loi *anté délictum* permettant, entre autres, de contraindre à un traitement résidentiel les alcooliques dits « dangereux⁸⁷ ». Certes peu appliquée, puis abrogée, cette loi, contient les mêmes lignes directrices que celle précédemment évoquée. Les accompagnements proposés avant cette bascule dans le concept d'addiction possédaient déjà une pluralité de moyens et de techniques mais, hormis les dispositifs de réduction des risques élaborés autour de l'émergence du SIDA pour les injecteurs, un seul chemin était essentiellement proposé.

De finalité, l'abstinence évolue en moyen dans une perspective plus holistique : « Les enjeux de l'accompagnement thérapeutique deviennent moins le sevrage, la rechute et l'abstinence que (...) le renforcement de son pouvoir d'agir sur soi et son environnement pour faciliter l'auto-changement dans le contexte qui est le sien ⁸⁸. »

La complexité de ce que recouvre cette discipline selon les typologies du produit consommé, leur caractère primaire ou secondaire, licite ou non, a amené, depuis les années 1950, un panel très diversifié de l'offre de soins. Ces dernières se sont construites au regard

⁸⁵ Morel A, Meliava N., Couteron J-P. « Chapitre 30. Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction », in *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod, 2019, p. 400.

⁸⁶ La Loi n°. 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses qui introduit les soins comme une alternative à la sanction pénale et confère aux toxicomane un statut de « malade ».

⁸⁷ Loi n°. 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. Texte peu appliqué mais les structures initialement créées pour des séjours contraint de 6 mois se sont par la suite converties en unité de postcure alcoolologique.

⁸⁸ Morel A, Meliava N., Couteron J-P. « Chapitre 30. Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction », *op. cit.*, p. 400.

des dommages induits de ces dépendances. Les services de psychiatrie, de gastro-entérologie, de médecine interne et issue du champ du médico-social, ont notamment constitué les principales ressources des structures d'accompagnement en alcoologie et en toxicomanie. Dans les années 2000, devant le constat d'un dispositif ciblé et clivé entre alcoolisme, toxicomanie et tabacologie qui ne permettait pas de répondre aux évolutions des pratiques de consommation vers une polytoxicomanie⁸⁹, le concept d'addiction de Goodman s'impose et impose une nécessaire refonte de la philosophie sous-jacente « Sa perspective trans-produit a permis de dépasser ces cloisonnements et de s'écarter de cette idéologie stigmatisante de la faute⁹⁰. » Plusieurs plans de politique nationale confirment cette conversion en 1999 et en 2004 par le biais de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) puis avec le plan addictions 2007-2012. Ce dernier acte la création des CSAPA regroupant sous une même entité les différents dispositifs existants. L'offre de soins bascule d'une approche par produit à un dispositif plus large et ouvert à l'ensemble des consommateurs qu'ils soient dans un usage à risques, nocif ou avec dépendance. L'addictologie devient une discipline universitaire et la notion d'addiction s'impose au sein des professionnels, de la communauté scientifique et également auprès du grand public.

Parallèlement au plan évoqué précédemment, une organisation de santé plus apte à s'adapter aux demandes des usagers et à répondre aux dommages induits (somatiques et psycho-sociaux) se structure progressivement sous les traits d'un dispositif pluri-professionnel constitué d'une triade : un pôle hospitalier⁹¹, un pôle médico-social et un pôle

⁸⁹ En effet, les personnes transcendant les cloisonnements des structures associent et ou compensent entre eux plusieurs produits psychoactifs.

⁹⁰ *Idem*, p. 15.

⁹¹ Donc sanitaire.

médecine de ville dit également de proximité ou de premier niveau. Dans certains territoires, un réseau de soins favorise la coordination et la complémentarité entre les trois pôles de ce dispositif de soins. Ce liant facilite la circulation des personnes souffrant d'addiction entre ces établissements, possédant des cultures et des profils parfois très différents, permettant de répondre au plus proche de leurs attentes et dommages induits (somatiques, sociaux, psychiques, ...). Il restreint également les potentielles dérives de nomadisme ou tourisme addictologique⁹². Les établissements composant ce paysage de l'offre addictologique continuent à étoffer leurs moyens tant sur le plan de la prévention primaire, de la réduction des dommages que de la prévention des rechutes dans un contexte d'abstinence (hospitalisation de jour, appartement thérapeutique, ...).

Cette réduction des risques et des dommages (RdRD), encore plus communément dénommée par son pendant restrictif de réduction des risques (RdR)⁹³, propose une nouvelle philosophie de soins addictologiques « dé-diabolisant » les consommations et prenant en compte les bénéfices pour l'utilisateur. Les professionnels transforment leur conceptualisation des soins auprès de ces patients également nommés usagers, terme renvoyant au statut de consommateur (la classification des addictions recourt à ce terme) en usant également d'un autre emprunt au champ social, l'accompagnement. L'abandon progressif de l'historique abord par produits, qui octroie une identité marquée et restrictive soit d'alcoolique soit de toxicomane, se confirme pour privilégier une approche qui « se concentre sur des

⁹² Le nomadisme médical, minoritaire mais chronophage, n'est pas propre à cette discipline. Il s'inscrit dans une consommation et superposition de soin sans engagement (dans une fuite en avant) et une recherche de bénéfices secondaires. Il se traduit par des enchaînements de séjours et/ou une compulsion de prescriptions de psychotropes ou traitements de substitution aux opiacés (TSO).

⁹³ La réduction des risques reste dans les représentations souvent associées aux risques infectieux chez les usagers de drogues injectables, occultant une part importante de son périmètre d'action. La réduction des dommages en est la résultante.

comportements, marqués par la compulsion et la difficulté à s'en extraire⁹⁴ » soit la notion d'addiction. L'image d'Épinal mono-produit de l'héroïnomane injecteur ou de l'alcoolodépendant cède sa place aux réalités de la société en perpétuelle évolution et de son intarissable multitude de produits licites ou non⁹⁵ disponibles. Pour reprendre l'adage populaire, « qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse », les consommateurs recourent le plus souvent à plusieurs produits simultanément, alcool et cannabis pour citer un classique et/ou alternent les types de prise selon leurs disponibilités et le bénéfice escompté. Les addictologues du périmètre sanitaire et du médico-sociale, indépendamment et de plus en plus en collaboration, intègrent cette ouverture. Ils développent leurs approches avec des dispositifs innovants qui naissent notamment dans les différents champs de la prévention secondaire (repérage précoce, Consultations Jeunes Consommateurs, ...), dans les soins résidentiels (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, soins de suite spécialisés...) et dans la réduction des risques et des dommages avec la création des structures phares que sont les CAARUD⁹⁶.

1.5.1. Une trajectoire, un accompagnement, une relation.

« Aussi le champ de l'addictologie est-il très vaste et tend-il de plus en plus à être intégré dans nos différentes pratiques médicales⁹⁷ ». Le panel des champs d'intervention en

⁹⁴ Lalande A., « l'addictologie, pour quoi faire ? », in *Vacarme*, n°. 51, 2010, p. 70.

⁹⁵ La toxicophilie ou la dépendance aux médicaments morphiniques et psychotropes pour laquelle les français une forte appétence au regard des chiffres importants de prescription.

⁹⁶ Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues. Des innovations permettent d'étendre ce principe aux usagers d'alcool.

⁹⁷ Badin de Montjoye B., « L'établissement d'un lien thérapeutique en addictologie », *Ethique et santé*, 2013 n°.10, Paris, Elsevier Masson, p. 71.

addictologie se révèle extrêmement vaste⁹⁸ et le nombre de personnes potentiellement concernées par ces offres tout au long de leur vie est conséquent⁹⁹. Mais même si les chiffres évoqués sont importants, les besoins d'accompagnement inhérents à ces conduites sont à relativiser : « dans le domaine des addictions, moins de 10 % des personnes concernées font appel à un centre spécialisé pour modifier leurs habitudes. Le changement naturel, dans bien des cas, constitue la règle et non l'exception¹⁰⁰. » La médecine dite de ville, généraliste est bien souvent le premier et unique recours des consommateurs souffrant ou inquiet de leurs comportements addictifs. Selon les chiffres de l'OFDT de 2019, la France compterait, entre autres, 5 millions de personnes dans un usage quotidien d'alcool, pas nécessairement dépendantes, alors que « seulement » « environ 142 000 personnes ayant un problème avec l'alcool viennent consulter en ambulatoire dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)¹⁰¹ ». Pour les consommateurs d'opioïdes (dont 500.000 expérimentateurs d'héroïne), 45000 sont pris en charge dans un CSAPA. Les structures spécialisées répondent donc essentiellement aux situations cliniques plus complexes et/ou en situation d'échec dans leur souhait de modifier leur relation à produit psychoactif. Ces établissements et leurs équipes pluri professionnelles sont la cible de notre étude sur le concept d'addictologie palliative, et cette volontaire restriction du périmètre de recherche s'applique aux soins addictologiques évoqués ultérieurement.

⁹⁸ Les interventions addictologiques s'étendent à tous les grandes étapes de la vie allant de la conception au grand âge.

⁹⁹ Des millions de personnes sont en situation de consommation à risque, en effet à titre d'exemple l'OFDT recense 16% des 18-75 ans et 44% des jeunes de 17ans ayant été dans une situation de consommation à risque (Alcoolisations Ponctuelles Importantes) en 2017, 13M de fumeurs de tabac et 900.000 usagers quotidiens de cannabis.

¹⁰⁰ Benyamina A., « 36. Modèle transthéorique du changement », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 311.

¹⁰¹ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). « Drogues, chiffres clés » Sous la direction de Julien Morel d'Arleux, juin 2019, p. 1.

Notre étude portant exclusivement sur des usagers souffrant de dépendance avec des dommages induits étendus, ce chapitre se restreint aux consommateurs avec dépendance et requérant un accompagnement par des professionnels spécialisés en addictologie.

La dualité, mais pensée dans son indissociabilité, du *care* et du *cure* soit respectivement le prendre soin à dominante relationnelle et le traitement curatif à dominante technique, est prégnante dans les soins addictologiques, combinant les qualités encore trop souvent clivées des spécialités du *soma* et de la *psyché* en y instillant le savoir-faire du champ social. Schématiquement, ici cohabitent les soins « sanitaires », dédiés au corps et à l'esprit, et l'accompagnement, terme privilégié par les travailleurs sociaux et du médico-social, jusqu'à s'y confondre, fusionner. Les structures phares de ce dispositif, les CSAPA, pouvant administrativement relever des deux champs précédemment abordés, portent cette double nomination dans leur acronyme. L'intérêt est une attention coordonnée à ces trois pans, *soma-psyché-social*, cibles des nombreux dommages induits des addictions, les premiers dégâts étant généralement d'ordre social et plus précisément relationnel. Cette approche holistique centrée sur le patient et ses attentes est également une composante structurelle de l'éducation thérapeutique et des soins palliatifs.

Le professionnel n'est plus l'unique porteur du soin ou de l'accompagnement¹⁰² tant dans la conception de l'offre individuelle que collective. Il l'élabore en collaboration avec le principal intéressé : « le partage de diverses expériences humaines et le croisement de multiples regards ont permis d'élaborer peu à peu un modèle d'accompagnement thérapeutique rompant avec le dogme des soins centrés uniquement sur l' « aide à l'arrêt » et

¹⁰² Dans le texte, soin et accompagnement, sont utilisées de manière indifférenciée, chaque notion englobant l'autre.

l'abstinence ¹⁰³.» Si le soignant reste le prescripteur, le patient en devient l'instigateur. Jean Pierre Couteron ¹⁰⁴ précise que l'offre doit répondre aux besoins évolutifs de la population constituante de la société et à la singularité de la personne en demande, quelle que soit la porte d'entrée de cette dernière et la spécialité du professionnel concerné. La philosophie des thérapies évolue, comme nous l'avons déjà dit (p. 67) vers « le renforcement de son pouvoir d'agir sur soi et son environnement pour faciliter l'auto-changement dans le contexte qui est le sien¹⁰⁵. » Une profonde mutation du « s'occuper de » de la prise en charge vers « être au côté de » de l'accompagnement, s'initie. L'objectif devient la mise en valeur des expériences de l'addict, de son expertise et sa capacité à engager les changements nécessaires et envisager un « autrement » soit reprendre en main sa vie sous emprise de son addiction. La perspective bascule du fait de construire une vie sans toxique au fait d'apprendre à vivre *avec* sa dépendance, indépendamment de la présence ou non de l'objet de cette dernière.

Cette relation de soins est en premier lieu une relation de confiance dans laquelle l'addict apprend à demander du soutien, accepte de baisser ses défenses et où le soignant s'ouvre à toute la complexité et à l'ambivalence de la pathologie addictive. Cette relation, certes non spécifique à cette discipline, nécessite un fort investissement du professionnel car « la confiance ne s'installe pas uniquement sur un plan institutionnel, plus facilement perçue comme impersonnel, elle se construit progressivement sur un plan personnel¹⁰⁶ ». Elle débute lors d'une rencontre, en un ou plusieurs temps, dont l'objectif prioritaire est d'accrocher cette

¹⁰³ Morel A., Meliava N., et Couteron J-P., « Chapitre 30. Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction », *op. cit.*, p. 399.

¹⁰⁴ Couteron, J-P. « La Réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne », *Multitudes*, vol. 44, n°. 1, 2011, p. 64.

¹⁰⁵ Morel A., Meliava N., et Couteron J-P., « Chapitre 30. Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction », *op. cit.*, p. 400.

¹⁰⁶ Badin de Montjoye, B, « L'établissement d'un lien thérapeutique en addictologie *op. cit.*, p. 72.

personne oscillant entre la recherche du plaisir et l'anesthésie de sa souffrance, soit l'appivoiser. La temporalité devient un élément instable et imprévisible, des premiers contacts avec des professionnels d'horizon divers qui s'empilent avant une accroche puis l'expression d'une demande qui laisse espérer une suite, une évolution favorable de sa situation. Le soignant, avant d'accompagner l'addict sur la gestion de sa frustration, doit, en amont, apprendre à gérer sa propre frustration face aux multitudes de rendez-vous non honorés, de projets remis en question et abandonnés au pied du mur. C'est également faire le deuil des schémas types de la médecine (maladie-traitements-guérison) pour une approche des petits pas sans certitude d'adhésion de l'intéressé. Un suivi en addictologie est souvent long, chaotique et incertain tandis que l'addiction et son objet s'inscrivent dans l'immédiateté. Face à la puissance de la dépendance, ces professionnels de l'accompagnement ne peuvent donc jouer à « armes égales ». La notion de temporalité irrigue cette discipline et son principal intéressé jusque dans l'offre de soins : « Ces projets se concrétisent le plus souvent lorsque le patient est demandeur de passer de la survie à la vie, c'est-à-dire de passer de projets pour ses besoins immédiats à ceux de la construction d'un projet de vie.¹⁰⁷ »

1.5.2. Le rétablissement en lieu et place d'une improbable guérison

Cette notion de rétablissement (*recovery*), née aux Etats-Unis dans les années 90 est récurrente dans la littérature scientifique addictologique. Elle se différencie de la guérison, de la stabilisation et se centre sur la personne en valorisant son savoir et ses expériences et

¹⁰⁷ *Idem*, p. 74.

l'inclusion sociale, « c'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile en dépit des limites causées par la maladie¹⁰⁸. »

Si le rétablissement trouve son origine dans les mouvements de revendication d'usagers de la psychiatrie qui ont réussi à se détacher des déterminismes médicaux limitant leur insertion sociale, cette notion est également présente dans la philosophie des Alcooliques Anonymes.

En santé mentale, il s'inscrit dans un objectif de lutte contre l'exclusion des personnes psychotiques en institution et prône qu'« avant d'être un malade (...) le patient est une personne qui peut aller mieux ¹⁰⁹» et, ce, malgré l'impact de la symptomatologie et la composante chronique de sa pathologie.

Le programme de rétablissement en 12 étapes des Alcooliques Anonymes « consiste en un « parcours évolutif », qui comprend trois principales étapes ainsi définies : rétablissement physique (correspond au sevrage), rétablissement psychique (pérennisation de l'abstinence au long cours, et changements de type cognitivo-comportemental) et rétablissement spirituel¹¹⁰. » Les AA présentent leur dépendance comme une maladie chronique et incurable avec un risque de rechute latent mais où la perspective d'un nouvel équilibre de vie satisfaisant est possible. Le rétablissement s'appuie donc ici essentiellement sur une conduite de changement guidant ses membres sur la voie de l'abstinence, seule solution à leur « allergie¹¹¹ ». Cette démarche

¹⁰⁸ Morel A, Jouet E., Greacen T. et Fischer R., « Chapitre 29. Usagers, parcours et rétablissement », in *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod, 2019, p. 387.

¹⁰⁹ *Idem*, p. 384.

¹¹⁰ Bettach E., et Aubin H-J., « 46. Approche spirituelle des programmes en douze étapes », in *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, 2016, p. 384.

¹¹¹ Terme utilisé par les alcooliques anonymes pour imaginer leur impossibilité de consommer raisonnablement et justifiant entre autres la nécessité de l'abstinence.

est au cœur de la prière de la sérénité, déjà évoquée, ouvrant chacune de leur réunion qui met en exergue l'acceptation de ses limites, « Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux pas changer », et la nécessité d'induire les changements possibles (c'est-à-dire eux) « le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence. » Cette acceptation des contraintes de sa pathologie comme point de départ à un renouveau converge avec la mouvance nord-américaine bien explicite dans cette formule de « Patricia Deegan, l'une des pionnières du mouvement, lorsqu'elle écrit que c'est en acceptant ce que nous ne pouvons pas faire ou être, que nous découvrons ce que nous pouvons être et ce que nous pouvons faire.¹¹² »

Les nombreuses associations de troubles addictifs et psychiatriques et la forte prégnance de la notion de rétablissement au sein des politiques de réduction des risques et dommages ont favorisé sa progressive intégration dans la culture soignante addictologique et le passage de discours de « guérison » à celui de « vivre avec ». Nous sommes au cœur du changement de paradigme déjà évoqué où « Accompagner une personne dans son parcours de rétablissement vient dès lors interroger les pratiques soignantes, les savoirs ainsi que l'organisation des systèmes d'accompagnement. Il n'est plus question de se focaliser uniquement sur les « problèmes » de la personne et sur la gestion des symptômes de la maladie, mais de proposer un accompagnement et des structures de soins intégrées dans la vie citoyenne.¹¹³ »

¹¹² Durand B., « *Pratiques en santé mentale* », vol. 60^e année, n^o. 2, 2014, p. 1.

¹¹³ *Idem*, p. 389.

Le soignant n'est plus le maître du jeu, guide d'un unique parcours, l'espace collaboratif que devient le lieu de rencontre propose une offre nuancée et graduée où l'« actient ¹¹⁴» est étayé dans la construction de son projet addictologique. Ce dernier se trouve souvent être aussi son projet de vie, au vu de l'intrication sociale et sociétale de sa dépendance. Un choix doit pouvoir lui être proposé soit l'installer à un carrefour où convergent de multiples possibilités et pas une simple alternative dont le seul choix est d'adhérer ou non à une unique perspective (le plus souvent centrée sur ses consommations voire l'abstinence notamment jusqu'au début des années 2000).

Nous retrouvons ici l'essence de l'éducation thérapeutique¹¹⁵ (E.T.P.), concept encadré par de nombreux textes, également appliqué en addictologie. Elle place le patient au cœur du dispositif en tant qu'acteur à part entière depuis la conception du programme jusqu'à sa dispensation individuelle. L'ETP s'appuie sur la pédagogie de la santé et peut être prodigué tout au long du parcours du patient par une équipe nécessairement pluri-professionnelle et formée à cette approche. Elle vise à développer les compétences de la personne dans la gestion de sa maladie au décours de programme d'apprentissage qui s'appuie sur ses connaissances, ses capacités personnelles, ses canaux d'apprentissage privilégiés et elle prend en compte son environnement de vie, ses ressources et ses freins synthétisés au sein d'un diagnostic éducatif. Les programmes proposés sont, de fait, individualisés tant dans leurs contenus que dans les moyens pédagogiques proposés. Ils permettent à toutes les personnes

¹¹⁴ La notion récente d'« actient » vient mettre en valeur la responsabilité et l'implication de la personne maintenant considérée comme actrice de ses soins et traitements. Elle rentre en opposition avec le patient qui, étymologiquement passif, lui subit.

¹¹⁵ Définition de la Haute Autorité de Santé : « L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. »

d'acquérir une plus grande autonomie dans la gestion de sa maladie. Nous retrouvons également dans cette approche la valorisation de ses savoirs et expériences au même niveau que ceux des professionnels et la reconnaissance d'une expertise non seulement pour sa vie mais également partageable avec ses pairs. Elle fait émerger les notions de « patients experts » ou de « patients intervenants¹¹⁶ ». Ces personnes expertes de par leurs expériences personnelles, leurs vécus de la maladie deviennent des acteurs du dispositif d'ETP et peuvent intervenir pour délivrer des témoignages ou, s'ils suivent une formation en amont¹¹⁷, comme « patient éducateur » leur permettant de « co-construire, d'animer et d'évaluer avec les professionnels de santé, des programmes d'éducation thérapeutique adaptés aux spécificités et aux besoins des patients¹¹⁸.» Ces pratiques ne sont pas sans évoquer les pratiques d'entraides présentes dans les 12 étapes des Alcooliques Anonymes.

Le processus d'accompagnement se construit sur le principe de coopération, reconnaissant à l'addict la maîtrise des objectifs à atteindre et de leur temporalité, du *kairos*. « Il faut en effet toujours partir de la demande de l'utilisateur qui reste le meilleur levier, s'y adapter et l'accompagner dans une démarche progressive dans laquelle tous les changements positifs sont considérés comme des succès : réduire les consommations, consommer en prenant moins de risques, gérer ses prises de produits, devenir abstinent sont autant

¹¹⁶ Notion légiférée dans l'article D1161 du code de la santé publique et l'arrêté du 14 janvier 2015 relatif « au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ».

¹¹⁷ Formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique identique à celle dispensée auprès de professionnels de santé.

¹¹⁸ ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, *Guide de recommandations Patients Intervenants*, juin 2016, p. 2.

d'objectifs d'amélioration et de réduction des dommages¹¹⁹. » L'offre de soin bascule du parcours de soins stéréotypé à la définition d'objectifs partagés et jugés atteignable par les deux protagonistes. Le rythme prédominant devient une approche au pas à pas au rythme, le plus souvent saccadé et changeant, de l'usager.

Alain Morel met également en lumière l'importance du concept de « capabilité¹²⁰ » développé par l'économiste indien Amartya Sen et que sa reconnaissance chez l'addict est également un des vecteurs de l'évolution des fondements des accompagnements proposés : « l'efficacité des dispositifs et des traitements repose en premier lieu sur la qualité de la collaboration des professionnels avec les « patients » autour des objectifs de ces derniers, loin de toute forme de stigmatisation, de culpabilisation et de contrainte.¹²¹ »

1.5.3. Une offre oscillante

Ces hommes et femmes s'inscrivent dans un processus long, non linéaire où de multiples possibilités leur sont proposées. A l'image d'une personne souffrant de diabète ou d'une insuffisance rénale, nous sommes face à une maladie chronique qui impacte tous les pans de la vie de la personne. Pour l'usager, faire face à sa dépendance requière de profondes modifications de ses comportements usuels et de son organisation de vie. Idéalement, le suivi

¹¹⁹ Reynaud M., « 1. Comprendre les addictions : l'état de l'art », in *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, 2016, p. 25.

¹²⁰ Le néologisme de capabilité né dans le champ de l'économie est également utilisé pour les questions relevant du handicap, du vieillissement, de la maladie. La capabilité est l'ensemble des possibilités que possède une personne et parmi lesquels elle peut faire un choix pour atteindre un bien qu'elle juge estimable, soit sa qualité de vie. La capabilité exprime la liberté pour une personne de choisir son mode de vie.

¹²¹ Morel A., Meliava N., et Couteron J-P., « Chapitre 30. Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction », *op. cit.*, p. 410.

se construit donc sur une très longue temporalité avec de très nombreuses variations dans son intensité et sa récurrence au gré des évolutions favorables ou dégradation sans pour autant totalement cesser. Le terme consacré est celui de « parcours de soins » mais nous pouvons également entendre les termes de « trajectoire » voire de « carrière addictologique » de par les entrelacs des différentes modalités d'expression de sa dépendance et des accompagnements réalisés : multiples hospitalisations, diverses approches allant de la réduction des risques sans modification de ses intoxications à l'abstinence en passant par la consommation contrôlée et toutes les potentielles alternatives. Pendant ce parcours co-construit de soins et de vie d'addict, « dont la biographie est en rupture et en cassure ¹²²», l'objectif minimal et difficile des soignants est le maintien d'un lien de confiance afin de prévenir des dégradations trop importantes de leur état physique, psychique et de leur situation sociale et judiciaire. Le modèle médical univoque avec le professionnel sachant qui édicte ses prescriptions provenant des bonnes pratiques académiques soit sevrage, abstinence et suivi de prévention de la rechute disparaît progressivement. Il laisse sa place à des approches plurielles centrées sur le patient et recourant à la pluralité des offres résidentielles, ambulatoires et hybrides. Ces propositions évoluent également au regard des dommages prédominants (santé, sociaux, familiaux, ...), de la prégnance de leur dépendance et de la priorisation, donc demande, de l'intéressé. Face à cette grande variabilité, le professionnel doit être en mesure de composer avec cette pluralité (très variable selon les zones géographiques) des ressources sanitaires, médico-sociales, sociales pouvant être spécialisées ou non et le travail en réseau. Ces panels thérapeutiques peuvent être dits « à bas seuil », c'est-à-dire sans aucune exigence, programmés voire conditionnés, répondre à un péril imminent, une attente ciblée ou s'inscrire dans la

¹²² Badin de Montjoye, B, « L'établissement d'un lien thérapeutique en addictologie », *op. cit.*, p. 73.

construction d'un projet addictologique et/ou social. Les temporalités des propositions peuvent donc être de très courte durée, quelques minutes, à de très longues périodes se comptant en année.

Il n'est donc pas possible de décrire un parcours type, pas plus que de définir des typologies de patient. Si cette pluralité permet de prendre en compte le caractère singulier des besoins de chaque addict, la diversité tant quantitative que qualitative¹²³ des professionnels en addictologie ne permet pas de garantir cette philosophie du soin centrée sur l'utilisateur et ses doléances potentiellement inadéquates avec les préoccupations sanitaires et/ou sociales du soignant.

¹²³ Qualitative au sens de la compétence et des connaissances actualisées en addictologie.

Partie II

Rupture : l'intuition Patrick

Partie II : Rupture : l'intuition Patrick

2.1. A l'origine : Patrick

L'« addictologie palliative », association de prime abord improbable de deux notions, de deux disciplines médicales aux liens ténus voire inexistantes, s'enracine dans une rencontre avec un homme, Patrick. Le discours, l'usage médical nous imposeraient ici de recourir au terme de situation clinique, mais il s'avère bien trop impersonnel tant l'histoire de Patrick a enfanté cette intuition. A l'origine de ce concept, il en est devenu sa personnification. Donc, Patrick, cet homme de 45 ans au moment des faits, arborant une barbe bien fournie et désordonnée, se présente sous l'apparence stigmatisée du sans domicile fixe, situation pourtant révolue. La possession d'un logement ne lui a pas totalement fait quitter cette identité ni le milieu de la rue dont il conserve certaines habitudes de vie. Sa biographie, du peu qu'il accepte de livrer, est celle de plus de trente années de dépendance à divers toxiques. Son aventure privilégiée avec l'héroïne lui octroie un statut social, une identité, bien plus marquée que celle de la grande précarité, toxicomane. Ces dernières années, soutenu par le recours aux traitements de substitution aux opiacés¹²⁴, il change de compagne pour s'engager avec une aussi destructrice relation, l'alcool. Mais il reste un héroïnomane compensant avec un nouveau psychotrope. Dans son parcours, une personne alcoolo-dépendante, un alcoolique dans le discours non médicalisé, peut endosser l'étiquette de toxicomane, mais la situation inverse est peu probable tant le patient héroïnomane se présente, se revendique sous cette

¹²⁴ Traitements de Substitution aux Opiacés dont les têtes de files et les plus connues sont la Méthadone et le Subutex. L'accès à ces traitements depuis les années 60, n'a été autorisé et développé que tardivement en France dans le milieu des années 1990.

identité. Patrick maintient également cet affichage. Il reproduit cette hiérarchie établie d'après la typologie des produits consommés, l'héroïne tenant le haut de l'affiche. Cette classification correspond aux représentations sociétales¹²⁵.

Si Patrick est « bien connu » des unités d'addictologie, aux vues des répétitions d'hospitalisations consécutives à des ivresses massives ou aux dommages physiques induits par son intoxication, leur connaissance de son histoire de vie est lacunaire et se restreint aux répercussions de sa relation avec les substances psychoactives. Son récit de vie, les bribes dont il honore les soignants croisés, retranscrit la précarité sociale comme évoquée précédemment mais aussi éducative et affective. Son histoire, marquée par la précocité de ses consommations, est émaillée de carences, souffrances et d'errance. Les professionnels devinent, sans distinctement les identifier, les traumatismes psychiques qu'il scelle. Peu de souvenirs en dehors de ceux liés aux produits, peu d'attaches où son chien mort vient loin devant une mère et une sœur qu'il maintient à distance. C'est son corps qui les exprime par des meurtrissures que ce dernier ne peut contenir ni masquer : un foie qui ne peut réprimer une cirrhose¹²⁶ et ses jambes qui subissent les affres d'une polynévrite alcoolique transformant chaque déplacement en un périple. Derrière cette image, à la limite de la caricature, transparaît un vide existentiel. Non pas les effets défoliants du toxique ravageant, détruisant tout sur son passage, mais plutôt l'envahissement de cette addiction jusqu'au tréfonds de son existence, occupant tous les espaces, n'autorisant aucune construction, ni émergence de désir autre que l'ivresse réconfortante et apaisante du toxique.

¹²⁵ Jusqu'avant les années 2000 et l'avènement de la notion d'addiction, la notion de « drogues dures », notamment pour les morphiniques, était régulièrement employée.

¹²⁶ Atteinte sévère du foie le plus souvent irréversible dont l'abstinence alcoolique est un nécessaire prérequis à tout espoir de stabilisation et d'amélioration.

Cette ivresse devient un protagoniste omniprésent dans l'accompagnement de Patrick. Compagne, dont il recherche avec nostalgie les émois amoureux de leur première rencontre dont la ferveur, tel un couple vieillissant, a perdu de son intensité. Avec l'installation de la dépendance, la gestion du manque et de son lot de souffrances s'est depuis longtemps substituée à cette quête du « nirvana », pourtant il semble s'accrocher à cet espoir, cette chimère hédoniste. L'histoire de Patrick ne peut se raconter sans évoquer sa toxicomanie, elle a dirigé son existence mais également imprégné voire constitué son identité et sa personnalité actuelle. Se dire diabétique, épileptique identifie la personne comme atteinte d'une maladie, mais se dire toxicomane, alcoolique définit également des traits de caractère, de personnalité tels que l'intolérance à la frustration. L'addiction, cette maladie, si on lui reconnaît bien ce statut, s'imisce au plus profond de celui qui la subit. Cet homme en est une expression paroxystique auprès duquel les équipes soignantes qui l'accueillent se trouvent en difficulté, en souffrance.

Régulièrement, dans un contexte de dégradation physique, sociale et/ou de submersion par les toxiques ne lui permettant plus de subvenir à ses besoins vitaux primaires (se protéger, se nourrir) cette liaison dangereuse le conduit à l'hôpital. Seule son absence d'opposition permet d'évoquer une acceptation de l'hospitalisation. En effet il ne dit jamais « non » à cette offre thérapeutique salvatrice sans pour autant lui dire « oui ». Il est présent, physiquement parlant, dans les soins mais se caractérise par son absence de demande et d'implication. Nous pouvons alors parler d'acceptation par défaut. Sa situation ne lui permet plus de se maintenir hors des murs d'une institution hospitalière aux deux sens de ce dernier terme. Les soignants se trouvent face à une active passivité qui le caractérise. Tous leurs efforts s'érodent contre cette puissante force, l'inaltérable inertie de cet homme. Il ne veut rien, ou plutôt son affection, sa dépendance ne répond à rien. Le « peut », en apparence, revêt les atours du «

veut » et il reste difficile de différencier ce qui est dicté par sa dépendance de ce qui provient d'une réelle volonté - ici de ne rien changer. En amont de sa volonté, se pose également la question de son désir, de sa capacité à manquer d'autre chose que des effets des substances psychoactives.

Son addiction, telle une passion envahissante, lui permet- elle encore de désirer autre chose, un autrement ? Cette importante confusion entre ce qui relève de sa dépendance ou de sa personnalité, si une distinction est encore envisageable, est au cœur de la perplexité soignante. Il se positionne dans une passivité active dans le sens où il est acteur de cette passivité et se place en résistance à l'offre addictologique. Cette inertie qu'il installe et consolide met en échec toute tentative de soin. Nous ne pouvons déterminer si cette dernière est le symptôme d'un état avancé de l'addiction ou l'expression d'une délibération ? En effet comme nous l'avons abordé plus haut, maladie et malade sont indissociables, l'identité de Patrick s'étant constituée avec les toxiques et l'addiction.

La formule d'Oscar Wilde déjà évoquée : « La seule manière de se défaire de la tentation c'est d'y succomber. Résistez-y, votre âme tombera malade à force d'aspirer aux choses qu'elle s'interdit à elle-même¹²⁷ », illustre précisément, la maxime de Patrick. La perspective de l'abstinence, et l'émergence de sa réalité composée de fêlures et traumatismes, révèlent des souffrances que les répercussions de son intoxication ne peuvent égaler. Quelles douleurs émergent de cette lucidité retrouvée à la mise à distance des substances psychoactives ? Quelle énergie doit-il déployer pour ne pas s'enivrer ? Le gain en sera-t-il à la hauteur ? A la différence de la quête hédoniste de Dorian Gray, celle de l'addict s'inscrit dans

¹²⁷ Wilde O., *Le portrait de Dorian Gray*, Paris, Flammarion, 1995, p. 63.

une recherche du moindre mal, de l'absence de déplaisir. Cette maxime s'applique à l'ensemble de personnes souffrant d'addiction, de l'image d'Épinal de l'injecteur d'héroïne au commun fumeur de tabac, mais dans la situation de Patrick, elle revêt des considérations d'une proluxe complexité teintée d'irréversibilité. Il a atteint un point de non-retour.

De prime abord, son absence de décision apparaît décidée et ses carences en action mises en actes, jusque dans la décision de mettre un terme à son hospitalisation qu'il ne peut exprimer. Ses multiples ruptures du contrat minimal de soins¹²⁸ fragilisent le cadre thérapeutique du service et compromettent l'offre de soin des autres patients. Il contraint le médecin à se substituer à lui et prononcer sa sortie. Là où il ne peut mettre des mots, il place résistance, alcoolisations, mouvements d'humeur, asociabilité. A l'image d'une bactérie multi-résistante aux antibiotiques, son addiction est devenue insensible aux différentes approches addictologiques. Le soignant bute sur cette ambivalence qui le définit si bien. A défaut de pouvoir agir avec, sinon sans le patient, épuisé, le professionnel renonce.

Acculé, un arrêt à cette nouvelle hospitalisation est alors prononcé. Décision douloureuse, mal vécue au sein d'une équipe partagée sur cette situation. Certes sa situation sociale est redressée, ses bilans biologiques améliorés et son périmètre de marche étendu mais aucune adhésion à un quelconque projet addictologique n'a pu être acquise. Aucune thérapeutique addictologique n'a pu être établie, les soins sont restreints à agir a minima sur les conséquences. Ce constat forge les prémices de détournement du concept de « soin palliatif ».

¹²⁸ Soit l'absence d'introduction et de consommation de toxiques au sein de l'unité et le respect des lieux et des personnes.

2.2. Chronique d'une aporie, exégèse d'un concept

« Encore ! » soupire-t-on à l'annonce d'une nouvelle admission de Patrick au sein de ce service qui l'a accueilli maintes fois. De ce retour annoncé, peu de questions émergent tant la partition semble connue : altération de l'état général dans un contexte d'alcoolisation massive. L'exaspération précède la confrontation physique avec le patient. La surprise d'une nouvelle présentation n'est plus envisageable dans l'esprit des blouses blanches pourtant habituées aux prises en soins complexes, un épuisement par anticipation. Une nouvelle hospitalisation ne correspond plus à un nouveau départ et à l'émergence d'un autrement. Le clivage soignant s'installe d'emblée sur les positions antagonistes préexistantes : la résignation, voire le rejet et la confrontation se caractérisant par des attitudes contraignantes. Une guerre de postures s'installe devant cette inertie dévastatrice tant pour la santé de l'intéressé que pour le moral des troupes en position.

Si généralement, dans les soins, la question du désir de cet autre en souffrance est primordiale, dans les thérapeutiques addictologiques elle devient incontournable : désir d'un mieux-être, d'une vie sans toxique. Cette démarche eudémoniste, plaçant le bonheur comme fin suprême, s'inscrit en rupture avec l'hédonisme, ici d'un désir polarisé sur l'ivresse, qui établit la recherche du plaisir et l'évitement de la souffrance comme but de la vie. Mais dans ces accompagnements de personne au désir tronqué, la rencontre avec celui porteur du soignant, qui doit alors déployer l'énergie nécessaire pour le porter, le supporter, s'avère primordiale.

Résistance passive, silence inaltérable devant toutes demandes d'explicitations, et refus de toutes offres d'aide caractérisent ce face à face. Dans cette discipline médicale qui requière un minimum d'adhésion ou de participation, cette extrême passivité stérilise toutes les initiatives de soins addictologiques. Le contrat minimaliste nécessaire à l'hospitalisation, ici

l'absence de consommation de substances psychoactives, ne peut être respecté. Pour pallier cette passivité, là où habituellement une répétition d'intoxication lors d'un séjour est assimilée à une motivation personnelle insuffisante et est synonyme de rupture de contrat thérapeutique, dans les situations « patriciennes » le service adapte le règlement et installe une tolérance spécifique à leurs égards. Dans ces structures addictologiques au programme thérapeutique fortement imprégné de la vie en collectivité¹²⁹ et de ses interactions, ces statuts « particuliers », ressentis par les autres patients comme « privilégiés », altèrent cette organisation institutionnelle et compromettent la dynamique de soin de ses participants. En effet, ces unités hospitalières spécialisées sont modelées pour contenir l'intolérance à la frustration présente communément chez l'addict¹³⁰ et les conduire progressivement à développer leurs compétences relationnelles. Consécutivement au maintien de cet homme malgré ses nombreuses incartades œnologues, ce ressenti d'inégalité des statuts face aux exigences thérapeutiques du service fragilise les autres personnes, notamment ceux dont les motivations s'avèrent externes¹³¹. Cette situation d'exception agite l'*agora*¹³² de l'unité. Là, où dans les mêmes circonstances, un autre patient se voit prononcer une sortie pour rupture de contrat thérapeutique, il reste. Ce particularisme contamine et altère progressivement les principaux points du cadre institutionnel, garant de la sécurité et de la qualité du soin

¹²⁹ Les premiers dommages de l'addiction étant d'ordres relationnels, la vie en communauté inhérente à ce temps d'hospitalisation leur permet d'expérimenter, dans un cadre bienveillant et sans jugements, une relation à l'autre sans l'influence tant négative que positive du toxique.

¹³⁰ L'addict vit dans l'instantanéité du produit qui lui délivre dans des délais très courts, voire dans l'immédiateté, les effets escomptés. Cette modalité de la dépendance se propage, envahit sa manière d'être. Elle altère son rapport à toutes formes de frustrations et ses capacités d'attente et d'anticipation. Face à ces difficultés le produit reste de fait pour lui la seule solution tenable.

¹³¹ Demandes de soins motivées par une pression extérieure qui peut être familiale, socio-professionnelle, judiciaire, médicale etc. Le soin est non explicitement contraint, mais dans les premiers contacts, la mission première de l'addictologue est de faire émerger cette appropriation de la demande.

¹³² Si habituellement la personne hospitalisée est « fixée » à son lit, les unités d'addictologie sont structurées pour éviter le repli des patients dans leur chambre et favoriser les espaces communs qui, à l'image d'une place de village, s'avèrent être des lieux d'échanges et de socialisation.

addictologique. Un mécontentement monte : pourquoi respecter un protocole et accepter les frustrations inhérentes, qu'ils supportent avec fortes difficultés ? Un sentiment d'insécurité s'installe : s'il est possible de s'alcooliser sans limite, le service conserve-t-il sa fonction protectrice garantie par cette mise à distance de l'objet de leur dépendance ? L'équilibre du service est alors fragilisé, mettant en péril la stabilité précaire des autres prises en charge. Pourtant, malgré cette pression, la responsabilité envers les autres personnes accueillies, l'inquiétude pour cet homme et l'incertitude de son devenir hors du cocon protecteur du service, le médecin ne peut aisément se résoudre à son exclusion, le « virer » pour reprendre les propos des patients. Son silence alimente l'imaginaire des blouses blanches, tentatives d'élaboration de motif à ses ruptures du cadre, d'étiologie à son inertie et d'introduire de la raison dans cette attitude passive. Il est physiquement fragile, son histoire est douloureuse et son devenir sombre. La fin de l'hospitalisation se pare d'un signifiant plus conséquent de fin de vie. Ce constat invite des soignants à s'inscrire dans une posture dite paternaliste. Ils endossent alors la responsabilité de la décision de son devenir. Le paternalisme médical, qui n'est pas l'attribut du seul médecin, « consiste, d'une part, à affirmer que le médecin est la personne la plus compétente pour réaliser le bien-être du patient et, d'autre part, que le patient est intrinsèquement dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même¹³³. » Que la décision soit de le maintenir ou de le sortir de ce cadre de soins hospitaliers, le comportement du patient ne permet pas de déterminer la réalité de ses attentes. Nous ne pouvons ici parler d'ambivalence ni d'indécision, la problématique ne s'inscrit pas dans une impossible balance décisionnelle mais bien dans une absence de décision, forme d'a-décision.

¹³³ Jaunait A, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », in *Raisons politiques*, vol.11, n°. 3, 2003, p. 59.

Ces positions de maintien, d'attente d'un improbable changement deviennent, au fil des semaines, intenable. Patrick, sur le plan du comportement, ne pose aucune difficulté, calme, respectueux des personnes et des lieux, pas de reproche sur son caractère¹³⁴. Il provoque même la sympathie chez certains membres du service, avant que l'agacement ne les submerge également. Caricature de l'addict dans ses attitudes, il est continuellement dans les excès dans le « trop » ou le « pas assez », à l'image de sa discrétion, trop discret tant il sait se faire oublier. Nous ne pouvons dire qu'il est en position d'attente. Il ne possède ni l'inquiétude de celui qui patiente, ni la détermination de l'objet de cette attente, juste cette extrême passivité.

Face à celle-ci, l'équipe soignante émet de nombreuses hypothèses que son histoire émaillée de carences et de souffrances alimente aisément, mais il ne livre rien, muré dans son silence. Elle adapte, imagine, crée de nouvelles approches, fertile créativité ici stérilisée, toujours embourbée à l'étape où la participation de Patrick est requise. Les thérapies addictologiques sont irrémédiablement conditionnées à une demande, si minime soit-elle, brèche par laquelle l'offre de soins peut s'engouffrer et se développer. Cette résistance passive s'avère bien plus efficace qu'une confrontation, un seul parti agissant, s'épuisant. On ne peut l'aider, il s'accroche à son mode de vie. Il attend ! Quoi ? Difficile à définir ! Il semble attendre que son corps soit de nouveau capable de l'aider à succomber à sa passion, que nous l'ayons « retapé », pour reprendre une expression soignante. La sortie est généralement prononcée quand le seuil de rupture de tolérance est atteint et que son état somatique lui permet de vivre seul à son domicile, compromis insatisfaisant entre les deux positions du service. Après quelques semaines, quand Patrick est physiquement plus valide,

¹³⁴ Ce comportement n'est certes pas une constante chez les personnes aux situations similaires mais l'inertie qu'elle soit silencieuse ou bruyante produit les mêmes effets.

les ruptures du cadre s'intensifient. Contraints, les soignants l'abandonnent à ce choix implicite, non formulé et sa sortie est prononcée. Fin qu'il accepte sans réticence ni enthousiasme à l'image de son admission.

C'est dans ce contexte déroutant que l'équipe se partage. Elle est tiraillée entre le désir d'aider cet intempérant et celui de céder à sa requête de ne rien faire. Le vide qui en émane, le mystère qui accompagne l'incompréhension de son active passivité laissent libre cours aux interprétations, tentatives de rationaliser les effets de cette passion inaltérable. Deux discours opposés se déterminent :

- « Il est responsable de ses choix, cette passivité est non seulement active mais consciente et délibérée. Désabusés, nous devons nous résigner à cette fatalité »

- « Victime de sa maladie, hétéronome, il est dans l'incapacité de diriger sa vie. Il requière donc d'être maintenu à tout prix hospitalisé, voire contraint. »

Un choix difficile se dessine, opposant le respect des droits du patient à guider sa vie et le devoir de soigner. Le surinvestissement ou, au contraire, l'esquive des blouses blanches seront les manifestations de ces deux irréconciliables positions. Chaque rupture des règles de vie implicites au service et du contrat de soin, sont à l'origine de vives discussions, la question centrale étant alors « que faire ? »

A la différence des unités de médecine somatique, où les soins se structurent autour du lit du patient, l'organisation d'une unité d'addictologie érige la vie en collectivité en support de soin. Pour rappel, l'addiction est une pathologie du rapport à l'autre, les premiers

dommages induits étant la perturbation des relations avec leur entourage. Ils expérimentent dans un cadre bienveillant, une relation à l'autre débarrassée de l'influence, aidante¹³⁵ et freinante d'une substance psychoactive. L'approche homogène de l'équipe favorise des modalités pratiques communes et partagées, dispositions nécessaires au travail de l'intolérance à la frustration. Cette symptomatologie se matérialise par une incapacité à temporiser et se manifeste sous la forme du « tout, tout de suite ! » inhérent à la dépendance. L'addict interagit avec les autres comme avec son toxique dont la réponse est linéaire et sans attente, « je suis en manque, je consomme, je suis apaisé », seul le produit peut lui offrir cette réponse instantanée qu'il affectionne. Guidé par cette frustration qu'il veut impérativement apaiser, il adressera selon les mêmes modalités sa requête à toutes les blouses blanches croisées jusqu'à obtenir sa réponse salvatrice. L'élaboration d'un cadre institutionnel permet donc de contrecarrer ce fonctionnement du dépendant, en partie à l'origine de sa mauvaise réputation dans les services hospitaliers non spécialisés. En hospitalisation, le patient s'engage à une absence de consommation le temps du séjour. Cet impératif est motivé par le risque iatrogène avec les traitements prescrits, la préservation d'un cadre protecteur, sans tentation, pour les autres personnes et la nécessaire distance pour engager une réflexion sur ses dépendances. Si relativement aux re-consommations¹³⁶ une tolérance existe, reconnaître l'addiction comme une maladie équivaut à reconnaître le caractère potentiellement insurmontable de l'envie de boire. Leur récurrence signe le plus souvent une incapacité à s'engager dans un projet de soins addictologique. Dans la situation initiale, la question d'un

¹³⁵ L'effet désinhibiteur, bien connu pour l'alcool, a, pour nombre d'entre eux, été aussi un recours avant que les effets délétères n'en supplantent les bénéfiques.

¹³⁶ Entendre ce néologisme, fortement employé tant par les soignants que les soignés, comme une consommation malgré la prise de décisions d'arrêt.

excès de tolérance fait rapidement débat : « il ne demande rien ; son état est stable, il met en échec tous les projets », « que fait-on pour lui ? Untel n'a pas bénéficié de la même chance pourtant il était motivé et demandeur. » Cette situation révèle toute la complexité de maintenir une personne dans un cadre auquel il ne se sent pas obligé d'adhérer, que la nécessité soit inhérente à lui ou externe. Les soignants, en prise direct avec cet homme, interrogent la pertinence de son hospitalisation aux vues de son absence de demande, de projet addictologique. Son statut particulier, construit sur la tolérance à ses multiples ruptures du contrat, décrédibilise le cadre institutionnel, cet outil de travail nécessaire dans les accompagnements.

Face à ce réquisitoire, un plaidoyer s'élève pour maintenir cet homme au corps martyrisé dans le lit protecteur de l'unité. Il reste intransigeant sur le maintien de ses consommations mortifères et son retour au domicile signera la reprise de sa dégradation physique et sociale. Fort de ce constat, la décision de mettre fin à son hospitalisation malmène le soignant dans son devoir de soigner, de bienveillance, le sentiment d'abandonner le patient à une fin tragique l'aiguillonne : « Que fait-on pour cet homme souffrant, voire mourant de cette dépendance ? » Cette position d'inutilité et d'impuissance est renforcée par le caractère inaccessible de son attitude. Seule cette hospitalisation leur apparaît salutaire, elle doit être maintenue pour faire reculer l'inexorable. Mais sans perspective, par épuisement, cette sortie définitive redoutée s'enclenche et ces soignants ne peuvent que se résoudre à laisser cet homme abîmé dériver vers cet écueil annoncé.

Peu importe la réponse apportée, la sortie de l'hôpital est inéluctable et cette décision entraîne derrière elle un panel de ressentis, du soulagement à l'amertume, ayant en commun une insatisfaction tenace, voire de la souffrance.

La mise à distance de Patrick n'élude pas cette tension, elle apaise seulement ce conflit tant interne à l'équipe qu'à chaque individu. Elle le suspend jusqu'à son retour ou à la présentation d'une situation similaire venant invariablement remettre en scène cette tragédie.

La répétition des séjours accentue ce sentiment d'impuissance, d'inutilité des actions et efforts consentis envers ces hommes et femmes. L'interprétation de leurs silences se traduit chez les soignants plus aisément sous la forme d'ingratitude que de reconnaissance. Ce conflit interne se construit sur deux ressentis majeurs, le désappointement face à cette inexorable dégradation et la frustration de ne pouvoir recourir aux thérapeutiques maîtrisées face à ces personnes qui, théoriquement, possèdent le potentiel physique et psychique pour y répondre.

Le dépit de voir cet homme ou cette femme s'alcooliser¹³⁷, se « défoncer » pour reprendre leur jargon, et se détériorer un peu plus entre chaque hospitalisation, accélère le délitement des volontés soignantes. Leurs actions, sans être nulles, sont réduites à viser une moindre perte, un ralentissement des dégradations. Les constats réalisés à chaque retour se révèlent essentiellement négatifs et le solde de leurs actions s'avère complexe à évaluer. En effet, il est plus aisé de pointer une amélioration voire une stabilisation que de repérer une moindre dégradation et le ralentissement des inéluctables détériorations tant physique, psychique que sociale. Objectivement, aucun critère ne permet d'identifier et d'affirmer que les interventions des addictologues aient un retentissement favorable sur l'évolution de sa situation, au sens holistique du terme. Il reste de simples supputations, individuelles ou partiellement partagées. Les constats d'une évaluation minimaliste, essentiellement subjective, dépendront de l'optimisme ou du pessimisme de ces derniers. La satisfaction peut

¹³⁷ Sans être exclusif, de par sa disponibilité et son faible coût, l'alcool reste le produit majoritairement rencontré dans ces situations.

découler de sa simple présence dans le service, soit son maintien en vie, ce qui, de par ses comportements mortifères, peut s'assimiler à une surprise : « Il est encore vivant ! ».

L'incompréhension et l'absence de matériel clinique¹³⁸ justifiant son inertie accroissent cette forte frustration de devoir accompagner une personne dans une implacable dégradation tout en possédant des moyens, des compétences à mettre à sa disposition, mais sans possibilité de les appliquer et de les expérimenter. Les soins sont généralement acceptés s'ils n'impliquent pas une remise en question de ses intoxications. L'offre addictologique se résume alors à sa plus simple expression : prévenir les symptômes du manque, le temps de ce sevrage contraint par les murs et le règlement de l'hôpital. La situation de cet homme au foie cirrhotique refusant l'arrêt de l'alcool est similaire à la personne en insuffisance rénale sévère qui refuse la dialyse. Ces situations engendrent ici des interrogations et réflexions soignantes relevant déjà du champ d'application des soins palliatifs. Une différence va porter sur la temporalité de la conclusion létale, se mesurant plutôt en jours ou semaines dans les deux exemples cités et potentiellement en années dans la situation de cet addict. L'espérance de vie de ces personnes reste indéterminable, les causes de décès pouvant être très diverses selon les effets immédiats¹³⁹, accident de la voie publique par exemple, ou différés¹⁴⁰, cirrhose et pancréatite pour citer les plus célèbres. L'annonce du décès ou de relative bonne santé d'un de ces patients provoque le plus souvent la même surprise auprès des personnes le connaissant.

¹³⁸ Il ne présente ni pathologie psychiatrique ni troubles cognitifs majeurs, l'addict accède à la raison il est en capacité d'analyser et d'établir des démonstrations, mais il raisonne mal. Il est aveuglé, obnubilé, guidé par l'objet de son addiction.

¹³⁹ Les dommages immédiats sont consécutifs de la toxicité directe du produit consommé, et plus particulièrement liés aux ivresses ainsi que des mécanismes de la dépendance physique avec les accidents de sevrage.

¹⁴⁰ La toxicité différée par la consommation régulière et importante d'une substance psychoactive est responsable de nombreuses maladies notamment cancéreuses.

En simplifiant cette équation, nous pouvons la retranscrire par « il est malade mais refuse le seul traitement connu ». Pour poursuivre, ou plutôt le poursuivre, dans le prendre soin, l'obligation d'admettre cette impuissance apparaît nécessaire. L'addictologue est contraint de mettre entre parenthèses l'accompagnement vers l'abstinence, seule approche salvatrice au regard de sa situation clinique¹⁴¹. Ce revirement se traduit par un arrêt des thérapeutiques relatives à sa dépendance donc l'abandon des traitements curatifs de son addiction. Se maintenir dans l'idée initiale revient à faire perdurer les deux attitudes stériles.

Donc à cette question « que faire ? » pour le libérer de l'emprise de son addiction, la réponse serait « rien ! » ou « peu de chose » si les soins spécialisés persistaient à primer. Face à cette aporie, l'abandon des soins par rejet et le maintien par la contrainte, les soignants sont loin d'être inactifs. Ils œuvrent dans les interstices encore accessibles : ils veillent à sa qualité de vie par l'amélioration de ses conditions d'existence et par la réduction des souffrances et dommages induits par ses conduites d'exogénose, plus particulièrement autour de ce corps maltraité et négligé. Dans cette démarche initiée dans une logique du prendre soins, au sens du *care*, et de constructions pragmatiques et empiriques sans fondement théorique déterminé, la blouse blanche emprunte progressivement les chemins laissés praticables. Cette rationalisation de ces prises en charge complexes et conflictuelles permet alors d'atténuer l'influence de cette construction de ressentis qui parasite et influence son objectivité sur la pertinence de ses actions.

¹⁴¹ L'abstinence n'est plus à ce jour la seule réponse thérapeutique à la dépendance, la substitution, la réduction des risques, l'accompagnement à la modération des consommations sont depuis une vingtaine d'années proposées. Mais ces solutions trouvent leurs limites dans ces situations de dépendances majeures associées d'importants dommages induits somatiques.

Le principal objectif devient le maintien du lien avec le patient, créer une relation de confiance. Il s'agit de favoriser à défaut d'une demande, une acceptation des soins dits de préservation, c'est-à-dire le retardement des irrémédiables détériorations de sa situation déjà précaire. L'accroche est recherchée, le but est d'apprivoiser le patient. Ce terme « apprivoiser », jargon pas réservé à cette discipline, nécessite d'être décontextualisé de son usage habituel généralement associé aux animaux. Apprivoiser, étymologiquement « rendre privé », est défini comme l'action de rendre une personne plus sociale, plus docile. Le dialogue entre Le Petit Prince et le renard dans l'œuvre de Saint-Exupéry le décrit avec plus de poésie : « C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens... »¹⁴². » L'apprivoisement s'inscrit dans une réciprocité et favorise l'instauration d'une alliance thérapeutique, condition nécessaire à une prise en charge efficiente. Concrètement, le projet de soin s'échafaude autour de perspectives simples concourant essentiellement à sa préservation. L'accompagnement d'un homme âgé, somatiquement précaire ne pouvant se déplacer sans sa bouteille d'oxygène, illustre ce propos. Il est régulièrement hospitalisé, généralement quand son corps ne supporte plus le poids de ses consommations. Lors de son accueil, l'inquiétude soignante débarrassée de son questionnement addictologique usuel se verbalise non plus par « dans quel contexte avez-vous bu ? » mais « pourquoi avoir autant attendu ? ». La situation de cet homme requière un hébergement protégé, structure médico-sociale garantissant les soins nécessaires à son quotidien à l'image d'une maison de retraite, d'un foyer d'accueil, institutionnalisation qu'il persiste à refuser. Des séjours de rupture sous la forme d'hospitalisations régulières et planifiées permettent de contenir une trop importante dégradation. Entre deux, les alcoolisations et ses effets délétères persistent avec la même intensité mais le filet de sécurité

¹⁴² A. de Saint-Exupéry, *Le Petit Prince*, Paris, Gallimard, « folio junior », 1986, p. 68.

instauré répond à l'absence de demande de la personne et assure un socle de veille minimale, « on limite la casse » pour reprendre une expression consacrée familière mais explicite. Pas d'intervention sur son addiction mais des personnes prennent soin de lui, et d'un confort de vie minimal au quotidien. La recherche de cet homme, plus hédoniste qu'eudémoniste, de bien-être est présente, guidée par l'objet de son addiction, réponse magique sous forme d'anesthésie du corps et des affects. Pour reprendre la pensée de Pascal déjà évoquée plus haut : « Tous les hommes recherchent d'être heureux, (...) jusqu'à ceux qui vont se pendre¹⁴³ », la démarche suicidaire est absente chez ces personnes, leurs comportements mortifères sont dictés par la puissance de leur addiction. La démarche de tout addict reste guidée par la recherche du plaisir et/ou l'absence de déplaisir.

Cette approche offre, à ce couple formé du soignant et du soigné, un terrain neutre moins conflictuel. Cette porte de sortie proposée apaise les pressions exercées par les exigences de guérir, s'exprimant sur l'addict sous la forme d'un acharnement thérapeutique et sur la blouse blanche par un épuisement professionnel consécutif à une injonction déraisonnable à prodiguer des soins addictologiques.

Ces histoires et contextes sont le terreau ayant conforté la germination et développement de cette idée, puis concept d'« addictologie palliative. » Les grandes thématiques sous-jacentes à la médecine palliative, s'y enracinent : une maladie grave évolutive mettant en jeu le pronostic vital, la notion d'« obstination déraisonnable » et l'arrêt des soins curatifs au profit d'une approche individualisée symptomatique, pour ne citer que les points majeurs. Cette lecture de ces situations aporétiques sous l'angle du soin palliatif

¹⁴³ Pascal [1662] (1954), *Pensées* (Br.425) in *Œuvres complètes*, La Pléiade, p. 1184.

s'inscrit dans la perspective d'observer sous un abord différent ces situations cliniques d'exception et les positions soignantes qui s'y rapportent. Elle offre également la possibilité d'aborder le positionnement du désir et de volonté de ce professionnel du soin au regard de celui du patient, le plus souvent altéré par l'addiction.

2.3. Interdépendance des désirs, forces et limites :

Aucune demande, aucune perspective, ne sont révélées. Cette absence de projet, étymologiquement « jeter quelque chose vers l'avant » possède une cohérence au vu du rapport que l'addict entretient avec la temporalité inscrite ici dans l'immédiateté et l'instant présent. Le toxique lui permet d'esquiver cette confrontation avec la réalité de son passé, ses traumatismes, les souffrances en découlant dans son *hic et nunc* et de son devenir. Les multiples impasses qu'il a créées laissent supposer que le seul désir existant serait de retrouver sa fidèle compagne, belle femme avenante et dominatrice, l'ivresse. Ce désir inavouable apparaît chez Patrick au détour d'un lapsus ou juste marmonné à mots couverts dans une attitude honteuse. Ce désir, cet astre absent, monopolise son attention, son énergie, au détriment de tout autre.

L'addict est envahi, à des degrés divers selon l'intensité de sa dépendance, par sa passion, occupant tout l'espace. Ce manque, engendré par un besoin prédominant, le sature et ne lui permet pas de manquer d'autre chose, donc de désirer. Selon Spinoza dans la proposition VII de la 3^{ème} partie de *l'Éthique*, le désir est « l'essence même de l'homme¹⁴⁴ »,

¹⁴⁴ Spinoza, *L'éthique*, *op cit.*, p. 191.

effort (*conatus*) se rapportant à l'esprit et au corps par lequel il s'efforce de persévérer dans son être. Le désir est le moteur de la puissance de l'action humaine, vers une plus grande perfection s'il agit selon son essence et vers une moindre perfection s'il est déterminé par une causalité extérieure. Le dépendant n'est plus alors mû que par sa passion, aucune autre action ne devient possible. Il est passif, inerte, il subit sans réserve sa maladie. Dans la situation de notre exemple, les mises en mouvement visent uniquement les alcoolisations et ce qui favorise son retour à domicile, ce qui s'avère être équivalent, le second étant grandement motivé par le premier. Ces perspectives restent pourtant teintées d'ambiguïté. En effet, il désire apaiser les souffrances et l'importante limitation de marche induite par sa polynévrite, mais le seul traitement efficace étant l'arrêt complet de toutes boissons œnoliques, il ne réalise donc aucune démarche conséquente pour envisager une amélioration de son état. Ses désirs se concentrent bien sur le seul objet de sa passion, finalité de ses actions.

Dans les unités d'addictologie, une plainte récurrente circule, l'ennui. Ces patients saturés par le manque du toxique sont également en manque d'un autrement, de désirer autre chose. Cela se traduit par une réelle difficulté à s'occuper, se réaliser, à se confronter et combler ce vide plus ou moins profond qui émane d'eux. Du fait de l'anesthésie engendrée par le toxique, le temps ne s'écoule plus, leur histoire semble arrêtée à l'époque où leur vie a basculé. La biographie réalisée lors de la prise de contact le démontre : corrélativement à la prégnance des intoxications, le récit s'appauvrit, peu de loisirs, d'investissements et de souvenirs. La vie du dépendant est régie par le produit ou plus précisément par ses effets et ceux du manque induit. Leibniz décrit l'inquiétude comme la condition de possibilité du désir. Sous l'emprise du produit, il est comblé, quiet, donc dans l'impossibilité de manquer d'autre chose. Le temps de l'alcoolique est comblé par ses consommations et le toxicomane par la recherche du produit et le moyen de le financer, peu de temps libre et d'énergie restent alors

disponibles. Le toxique est l'étincelle, l'astre, qui les anime et leur donne vie. Demander l'abstinence équivaut donc à les vider de leur essence, voire de leur identité. Dans les situations cliniques, objets de cette thèse, cette réalité est à son paroxysme, ces hommes et femmes à l'image de Patrick semblent emplis de vide, espace insondable dont le retentissement chez l'accompagnant pourrait se résumer par un détournement de la formule de Pascal : « Le silence éternel de ces espaces infinis m'effraie¹⁴⁵. » Le travail des soignants peut alors apparaître comme une activité de réanimation, ou plutôt, à l'image du feu qu'il faut raviver, de « ranimation ».

A cette fin, il présente à l'addicté d'autres lumières dans le ciel étoilé longtemps saturé par l'éclat de sa passion, un autre possible en sachant qu'aucun ne saurait être à la hauteur de cette dernière. Le désir est déterminé, pour exister, il requière un objet sur lequel se fixer que le soignant tente ici de lui faire découvrir.

Selon l'adage, la nature n'aime pas le vide, et l'intoxication est la réponse la plus simple et rapide pour venir le combler à nouveau, elle ne cède pas aisément sa place, nous sommes ici au cœur des mécanismes de la dépendance. Dans un travail d'accompagnement addictologique usuel, la question du réinvestissement de cette vacance induite par la mise à distance du toxique est un axe de travail important de la prise en charge. La découverte de potentiels nouveaux désirs s'inscrit dans le programme de soin en recourant aux médiations¹⁴⁶, nommées également activités thérapeutiques dont une des fonctions est de faire émerger du désir pour de nouvelles sources de plaisir à moindres toxicités. Dans ces pratiques

¹⁴⁵ Br.206, *Pléiade*. p. 1113.

¹⁴⁶ Les médiations sont le plus souvent artistiques, manuelles, culturelles, sportives et également animales, on parle alors par exemple d'équithérapie.

de soins, le professionnel animant la médiation use de son propre désir comme d'un levier démontrant sa faisabilité et son accessibilité. Le concept de « désir mimétique » développé par René Girard dans son ouvrage *Mensonge romantique et vérité romanesque* trouve dans ce contexte un champ d'application nous permettant de comprendre les mécanismes sous-jacents. Le risque inhérent à cette position d'étayage serait d'imposer le désir de soigner au détriment du désir d'être soigné du patient, « Plus le désir du soignant devient perceptible, moins il laisse place au désir du patient, or c'est bien sur ce désir du patient que peut se construire la relation thérapeutique et non sur celui du soignant¹⁴⁷. » Cette question de substitution du désir soignant à celui de l'addict, abordée dans l'article de Philippe Walker, se manifeste également dans l'identification des motivations à modifier sa relation aux toxiques, ce qui le pousse, ou le contraint, à entreprendre l'effort important ici requis. L'entretien motivationnel qui vise tant à permettre leur révélation que leur renforcement est au cœur des thérapies addictologiques. Le professionnel dans son entretien cherche à approfondir avec l'intéressé la réalité de l'origine de sa demande de soin, le « pourquoi » il envisage de prendre de la distance avec un produit si nécessaire à son bien-être¹⁴⁸. Démarche personnelle ou contrainte ? Pour favoriser l'accroche aux soins, son engagement, le soignant doit distinctement appréhender l'objectivité des attentes du patient, pouvoir regarder dans la même direction et parler le même langage, approche incontournable pour apprivoiser ce dernier. En effet, si une personne est adressée par son médecin suite à un diagnostic de cirrhose et que son souci majeur est la pression exercée par son entourage, la rencontre ne pourra avoir lieu si le

¹⁴⁷ Walker Ph., « Ambiguïté du désir des patients et des soignants », in *Ethique et santé*, 2011, p. 7.

¹⁴⁸ Bien-être consécutif aux jouissances procurées par le toxique et/ou à l'effacement des souffrances. Après le plaisir, c'est l'absence de déplaisir qui est recherchée soit de ne plus ressentir les symptômes du manque, les envies irrépressibles et impérieux de consommer (également nommés « craving ») ainsi que la réémergence des souffrances que le produit venait anesthésier.

soignant priorise son discours sur l'atteinte somatique létale au détriment de ses craintes familiales. L'objectif est de permettre l'émergence de nouveaux désirs, sans imposer, juste en démontrer la possibilité, pour tenter de combler le vide créé par cette mise à distance du toxique, et, durant l'hospitalisation, de cette expérience de l'abstinence.

Les désirs de l'addict et du soignant sont interdépendants, le premier pour être guidé dans son désir d'un mieux-être et le second pour concrétiser son désir de soigner. On ne peut concevoir de projet de soins en addictologie sans l'implication et l'engagement de ces deux protagonistes.

De ce constat découlent les restrictions d'application de cette théorie du soin. Dans la situation précédemment évoquée, la demande de soin est marmonnée, inaudible, le désir soignant sans prise et l'accroche inopérante. L'inaccessibilité de ce patient stérilise toutes les initiatives de rencontre, et avec, tout offre de soins addictologiques. Aucun projet, ici construit unilatéralement, n'aboutit, son inertie s'avère être une redoutable force d'opposition. Certes, des réponses à ses ébauches de demandes sont apportées, minimalistes et sans lien avec sa pathologie dominante, correspondant à la spécialité du service l'accueillant. Son attitude n'autorise que la remise en état de son corps et de son logement, tous deux dégradés par négligence et défaut de soins. La prise en charge porte alors essentiellement sur sa mobilité physique et l'habitabilité de son logement, éléments requis pour reprendre sa vie dans les mêmes conditions avec les mêmes alcoolisations. A l'image du supplice de Prométhée dont le foie, dévoré le jour par les aigles, repousse la nuit, les soins lui permettent donc de poursuivre ses alcoolisations. Ses souffrances perdurent par les bienfaits des soins prodigués. Il n'en sollicite pas davantage, mais l'infirmier et le médecin se sentent porteurs de la responsabilité de cet homme en souffrance et sans demande. Paradoxe d'un soin qui favorise le maintien sinon l'accroissement des manifestations de sa maladie, l'addiction.

2.4. Volonté malade : lecture ricœurienne

Dans cette présentation clinique, le service est d'emblée mis en défaut par ce positionnement évoquant un refus de soin tacite. L'unité, pourtant spécialisée, apparaît inadaptée à ces situations de personnes relevant du soin addictologique mais sans expression de demande. Cependant, elle reste une des seules structures en capacité de les accueillir, les contenir et à accepter leurs admissions. Donc, il continuera inlassablement son cycle d'aller-retour entre son domicile et cette résidence salubre, l'unité d'addictologie. L'ensemble des possibilités lui a déjà été présenté, proposé parfois sous des angles différents et avec des adaptations mais le projet et le support de présentation importent peu dans cette prise en charge. Le bilan de la démarche se conclut invariablement par « il ne veut pas », renvoyant à l'idée du refus de soin. Mais aux vues de la prégnance de son addiction, la puissance de sa dépendance, un glissement du champ sémantique de la volonté vers la capacité est nécessaire pour faire évoluer ce constat d'un « il ne veut pas » vers « il ne peut pas ». L'imprégnation de son addiction, l'évolution avancée de sa dépendance, de sa maladie, semblent annihiler ses capacités à se défendre face à cette maladie. En effet, habituellement si l'addict ne peut résister à cette nécessité de consommer, principe essentiel de la dépendance, sa capacité de demander de l'aide, des soins, reste préservée. Sur le plan législatif, une personne alcoolodépendante interpellée pour conduite en état d'ivresse ne sera jamais jugée pénalement irresponsable, pourtant la maladie est bien à l'origine de son état d'ébriété. Son discernement ne se trouve pas ici intégralement aboli, même si le déni est une caractéristique des débuts de la maladie. Il peut contester le caractère excessif et les répercussions des consommations mais il conserve la conscience d'avoir consommé. S'il ne peut s'empêcher de consommer, il est toutefois considéré comme détenteur de la possibilité de se faire soigner et dans la situation citée plus haut, de ne pas prendre son véhicule. En France, l'ivresse est répréhensible

essentiellement si elle est publique et, dans certaines situations, peut devenir un facteur aggravant, alourdissant la sanction. Le législateur affirme la responsabilité de l'addict devant les conséquences de ses intoxications. Pour exemple, lors d'un accident sous emprise de l'alcool, l'assureur désengage la sienne et sera dédouané des obligations de prise en charge des frais de réparation du dommage. Dans la situation de Patrick, cette capacité de réaction, cette ultime liberté face à l'addiction apparaît inopérante.

Il est difficile, voire impossible, de différencier ce qui est dicté par sa dépendance de ce qui provient d'un réel désir, ici de ne rien changer. L'addict présente un comportement objectivement déraisonnable mais il demeure un sujet potentiellement nourri de raison. Cette dernière lui reste accessible. Il n'est ni fou ni dément. La raison est ici bien présente mais elle pâtit, souffre de cette addiction-passion, dans son acception, étymologique forte de « passivité » qui l'affecte et la pervertit.

Cette incapacité à prendre soin de soi et à se préserver des agressions extérieures¹⁴⁹, cette altération de la mise en acte évoquent l'affection par le V.I.H.¹⁵⁰. L'O.M.S. définit cette dernière comme « un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes ¹⁵¹». A l'image de ce virus, l'addiction est une maladie qui reste, sur des périodes de durées variables, asymptomatiques. Progressivement, sa dépendance le contraint à intensifier ses

¹⁴⁹ Agressions directes ou indirectement liées aux consommations notamment par l'absence de mécanisme de préservation de sa santé tant physique, psychique que sociale.

¹⁵⁰ Virus de l'Immunodéficience Humaine.

¹⁵¹ « Thèmes de santé ; VIH/sida » in www.who.int/topics/hiv_aids/fr/.

consommations¹⁵², augmentant d'autant sa vulnérabilité face aux dommages induits tant physiques, psychiques que socio-judiciaires. Parallèlement à l'obnubilation sur le seul objet de sa passion érodant sa capacité à désirer autre chose, un autrement, l'anesthésie psychique¹⁵³ s'attaque à sa volonté, comme le V.I.H. sur le système immunitaire. En inhibant cet autre mécanisme de défense, l'addiction entrave ces personnes dans leurs capacités à entrevoir et entreprendre les démarches nécessaires pour préserver leur santé au sens holistique de cette notion. Cette affection les contraint à des consommations aux répercussions mortifères mais elle réprime également les velléités de l'intéressé à entreprendre les démarches nécessaires à sa sauvegarde. Elle s'attaque à leur instinct d'auto-préservation.

L'absence de volonté, ici à s'engager dans les soins, est mise en avant par les patients et plus fréquemment par leur entourage, le plus souvent sous une formule déterminant « LA » solution pour mettre un arrêt à ces conduites d'intoxication : « Arrêter, c'est juste une question de volonté ! » Ce terme renvoie ici à la capacité à maintenir une volition, une force de caractère, soit selon le vocabulaire technique et critique de la philosophie comme la « qualité du caractère consistant dans la force plus ou moins grande avec laquelle une tendance, à laquelle le sujet s'identifie consciemment, se maintient et devient efficace malgré la résistance

¹⁵² Les mécanismes de tolérances inhérents à l'addiction imposent au sujet de majorer les quantités consommées afin d'obtenir un résultat identique. Ce phénomène explique en partie les alcoolémies records rapportées par la presse, 10grammes/ par litres de sang atteint en 2005 par un homme de 37 ans, bien au-delà des seuils d'atteinte du coma éthylique habituellement connus dans la population générale (entre 2 et 4 grammes d'alcool par litres de sang).

¹⁵³ Effet recherché dans la substance toxique en partie à l'origine de la souffrance psychique inhérente à l'arrêt ou diminution des consommations.

d'autres tendances à l'égard desquelles il se considère comme passif¹⁵⁴. » Ne dit-on pas d'une personne rompant avec ses engagements de modifier ses habitudes (sport, alimentation, ...) qu'elle manque de volonté, qu'elle se laisse aller, qu'elle est caractérisée par un défaut de courage face à ses passions, au sens spinoziste du mot. Le critique extérieur pointe ici sa passivité, son manque d'effort pour mener à bien son désir (faire du sport, un régime, ...). Le corps soignant lui préfère la notion de motivation, cette dernière est évaluable, objectivable et peut faire l'objet d'un accompagnement, on parle alors d'entretien ou d'outils motivationnels. Cette approche thérapeutique prédominante en addictologie, fortement développée notamment en tabacologie se présente sous la forme de renforcement des motivations à l'arrêt ou à la diminution du tabac¹⁵⁵. A contrario, cette volonté, en tant que trait de caractère, oscille, flanche, s'effondre¹⁵⁶, frêle esquif face aux flots de l'envie et du manque qui requière pour reprendre la définition citée plus haut une « force plus ou moins grande. » Réduire la dépendance à un simple manque de volonté résilie son statut de maladie au profit d'une faiblesse de caractère. Ce « c'est un manque de volonté », transforme cette extrême passivité¹⁵⁷ inhérente à son addiction, le maintien dans son système de vie, le seul qu'il connaisse, étouffant d'autres souffrances plus anciennes et profondes, en un acte délibéré et indéfectible de la personne. Cette interprétation forge les bases de l'argumentaire autorisant le renvoi de cet intempérant à son autonomie. Cette vision sous-tend une décision, un choix raisonné de se soumettre pleinement à sa dépendance. La volonté est définie ici comme une « disposition morale à vouloir de telle ou telle manière, soit en général, soit dans un cas

¹⁵⁴ Lalande A., « Vocabulaire technique et critique de la philosophie », *op.cit.*, p. 1218.

¹⁵⁵ Des applications pour *smartphone* ont été développées en ce sens par le dispositif Tabac-info-service de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé.

¹⁵⁶ A l'image des « bonnes résolutions » du nouvel an, volitions de réduire des habitudes le plus souvent délétères, qui franchissent difficilement la fin du mois de janvier.

¹⁵⁷ Passivité au sens étymologique des termes patient, pathologie et passions.

déterminé¹⁵⁸. » La réduction du comportement de cet addict à cette notion le cantonne à un « il ne veut pas » au cœur de cette dichotomie déjà évoquée autour de l'histoire de Patrick. Cette approche, si elle rend à ces personnes leur libre arbitre face aux toxiques pour déterminer leur mode de vie, et *de facto* de mort, va à l'encontre de la définition officielle déjà citée sur l'alcoolisme, du docteur Pierre Fouquet : « celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire. »

Nous retrouvons, dans le concept de liberté chez Kant, cette nécessaire absence de contrainte des déterminants extérieurs et plus précisément l'indépendance de la volonté au regard de ces déterminants chez les êtres raisonnables. « La volonté est (...) la liberté serait la propriété qu'aurait cette causalité de pouvoir agir indépendamment de causes étrangères qui la déterminent¹⁵⁹. » Nous touchons ici le deuxième sens du concept de volonté, plus éloigné de l'usage courant abordé en premier lieu, soit « au sens le plus général ; volonté en tant que faculté, puissance de la volonté ; volonté en tant que choix libre¹⁶⁰. » Par définition l'addict agit et consomme malgré lui. La puissance de sa dépendance, cette « causalité étrangère qui la détermine » définie par Kant, et la souffrance qui découle du manque inhérent contraignent ces personnes à s'intoxiquer, parfois, malgré une décision antérieure motivée d'abstinence. Ce vécu d'échec, le plus souvent douloureux et culpabilisant, ponctue son parcours de vie et de soin. Ces premières expériences sont le levier permettant aux soignant de contourner le déni, ce mécanisme de préservation psychique, et d'éveiller la prise de conscience de cette perte de maîtrise. A l'image du développement d'une photographie argentique, l'absence de l'objet de

¹⁵⁸ Lalande A., « Vocabulaire technique et critique de la philosophie », *op.cit.*, p. 1219.

¹⁵⁹ Kant E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Vrin, 2008, p. 171.

¹⁶⁰ Lalande A., « Vocabulaire technique et critique de la philosophie », *op. cit.* , p. 1218.

la passion et le ressenti du manque qui en émerge jouent le rôle de révélateur, faisant apparaître à l'intéressé cet impératif de consommer. Parallèlement à ces définitions, et à l'approche addictologique, nous retrouvons également chez Descartes, pour caractériser la volonté, cette nécessaire absence de contraintes : « Car elle consiste seulement en ce que nous pouvons faire une chose, ou ne pas la faire (c'est-à-dire affirmer ou nier, poursuivre ou fuir), ou plutôt seulement en ce que, pour affirmer ou nier, poursuivre ou fuir les choses que l'entendement nous propose, nous agissons en telle sorte que nous ne sentons point qu'aucune force extérieure nous y contraigne¹⁶¹. » Cette définition présente l'intérêt, au regard de notre sujet, de préciser tant le volet positif « poursuivre » une action, s'engager dans des soins, que négatif « fuir », ne pas succomber au manque du produit. Dans un projet d'abstinence, cette volonté se manifeste bien par l'absence de mise en acte, l'effort ici fourni est de l'ordre de la résistance, ici à une pulsion. Cette volonté de s'abstenir est sans temporalité définie. A contrario du marathonien qui, malgré l'importance de la distance de sa course, sait que l'effort se conclura au terme des 26 miles¹⁶², pour l'addict engagé dans un projet de soins il n'y a pas de fin à ce projet, il, est *ad vitam*. Cette spécificité est une des origines de la difficulté de ces personnes à emprunter ce chemin¹⁶³. L'espoir est alors que cet effort constant s'apaise et se transforme en habitude. Cette nouvelle habitude que recherche l'addict dans son projet de vie hors toxique, est ce que décrit Paul Ricœur comme le pouvoir de faire oublier les efforts induits par les actions volontaires. « Quand je dis : j'ai l'habitude de...1° je désigne un caractère de l'histoire de mes actes : j'ai « appris » ; 2° je m'apparais affecté par cette

¹⁶¹ Descartes, *Méditations*, IV, p. 58.

¹⁶² Exactement 42.195 kilomètres.

¹⁶³ Le mouvement néphaliste des alcooliques anonymes recourt dans ses préceptes à l'abstinence de 24 heures, l'objectif étant alors de la maintenir jusqu'au lendemain, et de le renouveler jour après jour.

histoire : j'ai « contracté » l'habitude ; 3° je signifie la valeur d'usage de l'acte appris et contracté : je « sais », je « veux »¹⁶⁴. » Les soins addictologiques et plus particulièrement les approches dites comportementalistes s'inscrivent dans cette démarche d'accompagner la personne dans un « autrement », un vivre autre que celui dicté par la nécessité induite par la dépendance. L'objectif est de permettre à ces addicts de dépasser les efforts le plus souvent douloureux de s'abstenir d'une conduite, solution à tant de maux, de déconstruire leurs habitudes et d'en structurer de nouvelles, soit un vivre « autrement ».

L'addiction s'impose à la volonté libre de la personne. Une lecture de cette domination au travers de la thèse de Ricœur précitée offre un éclairage sur cette affirmation des addictologues que « ce n'est pas juste une question de volonté » s'opposant clairement à l'idée populaire précédemment citée.

Dès son introduction, dans la partie relative à la notion de faute, Ricœur précise les liens avec la notion de passion qu'il décrit comme « un certain esclavage que l'âme se donne à elle-même¹⁶⁵ ». Pour la définir, s'il cite Descartes, il s'en écarte rapidement, lui reprochant une assimilation excessive de la passion aux émotions. Il reconnaît en revanche que ces dernières en sont le déclencheur et « que d'une façon générale tout l'involontaire est le point d'insertion, l'occasion des passions¹⁶⁶. » Un autre point accentue le clivage entre ces deux philosophes, dans un précédent extrait¹⁶⁷ de l'auteur des *Méditations métaphysiques*, il y

¹⁶⁴ Ricœur P., *Philosophie de la volonté* ; 1. le volontaire et l'involontaire, Lonrai, Editions Points, 2009, p. 353.

¹⁶⁵ *Idem*, p. 43.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 40.

¹⁶⁷ Cf. p. 29.

affirme la nécessaire absence de contrainte de « force extérieure » pour définir la volonté. A l'image de notre description de l'addiction, pour Ricœur, la passion imprègne la volonté, dans la totalité de la personne, de son identité : « En ce sens précis les passions sont la volonté même ; elles s'emparent par la tête de la totalité humaine et la font totalité aliénée¹⁶⁸. » Il les présente comme une perversion, une complication et une « défiguration et de l'involontaire et du volontaire¹⁶⁹. » La passion, dans notre thèse l'addiction, altère la volonté dans son essence.

Une approche plus en profondeur de sa lecture philosophique de la volonté nous semble pertinente dans l'optique de comprendre les mécanismes à l'œuvre et les limites de cette transposition.

Il décline la volonté selon trois termes : « Dire “je veux” signifie 1° je décide, 2° je meus mon corps, 3° je consens¹⁷⁰. » La décision d'une personne correspond à la détermination de son projet qu'elle devra réaliser au vu de ses possibilités « il contient le sens de l'action à faire par moi selon le pouvoir que j'en ai¹⁷¹. » Le mouvoir, qu'il nomme la « motion volontaire » est l'inscription pragmatique du projet dans la réalité. Le troisième point correspond au consentement à la part involontaire inscrite dans ma volonté. L'involontaire de la décision chez Ricœur correspond aux motifs, aux raisons à l'origine de l'action, il donne un sens à la décision. Mais ces motifs précèdent ma décision, ils sont à l'origine de l'action.

Sa thèse s'inscrit dans une analyse eidétique, une recherche de la volonté « pure », Ricœur y fait abstraction des passions, celles-ci relevant pour lui de la totalité humaine. Si une

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 41.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 40.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 23.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 24.

exploitation directe de sa réflexion relative aux passions n'est pas problématique, le recours aux concepts de sa thèse pour développer l'idée d'altération de la volonté chez l'addict doit tenir compte de cette réserve. Les réflexions issues de la *Philosophie de la volonté*, avec les limites évoquées non rédhitoires, autorisent un approfondissement des questions émergeant de la problématique de la volonté chez l'addict.

L'approche de Ricœur se fonde sur l'inclusion de l'« involontaire » au cœur de la volonté : « La première situation que révèle la description est au contraire la réciprocité de l'involontaire et du volontaire. Le besoin, l'émotion, l'habitude etc. ne prennent un sens complet qu'en relation avec une volonté qu'ils sollicitent, inclinent et en général affectent, et qui en retour fixent leur sens, c'est à dire les détermine par son choix, les meut par son effort et les adopte par son consentement. Il n'y a pas d'intelligibilité propre de l'involontaire. Seul est intelligible le rapport du volontaire et de l'involontaire¹⁷². » Cette tension et ces interactions entre les parties volontaires et involontaires ne sont pas sans évoquer celles entre l'addict et l'objet de sa dépendance avec ces apories sur l'origine d'un acte d'un patient : décision propre ou injonction addict ? : « Tout l'involontaire n'est pas motif ou organe de volonté. Il y a de l'inévitable, de l'involontaire absolu par rapport à la décision et à l'effort. Cet involontaire du caractère, de l'inconscient, de l'organisation vitale, etc. est le terme de cet acte original du vouloir qui au premier abord est le plus dissimulé que lui : c'est à lui que je consens¹⁷³. » Que peut nous offrir un recours à ce concept « involontaire absolu », avec les limites précédemment évoquées, dans la compréhension des chemins empruntés par l'addiction pour s'ancrer, interférer au sein de cette part inaccessible de l'homme ?

¹⁷² *Ibid.*, p. 21.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 25.

Comme une nécessité vitale ? Certes notre organisation vitale, notre système cardiaque et respiratoire, sont indépendants de notre volonté, la vie étant présente en amont de cette dernière. Vu de l'extérieur, l'amalgame avec les besoins de boire ou de manger est incohérent. Si, sur le plan rigoureux de la définition, il n'est effectivement pas assimilable à un besoin vital, certains éléments découlant de la dépendance évoquent cependant une parenté : pour l'addict, le toxique est vécu comme indispensable à sa vie psychique, voire physique quand les signes de manque¹⁷⁴ se font douloureusement ressentir. Sa consommation va être priorisée au regard de besoins nécessaires à sa survie, les situations de carences alimentaires sont récurrentes. Si l'absence d'eau ou d'alimentation s'avère implacablement mortelle, le sevrage alcoolique peut potentiellement¹⁷⁵ l'être aussi.

Comme un trait de caractère ? On parle de prédispositions génétiques, environnementales, de personnalité addictive, l'addiction altérant la personne au cœur de sa personnalité, nous retrouvons une forme de typologie de traits de caractère propres aux addicts, notamment l'intolérance à la frustration. Pour Ricœur, le caractère nous constitue, il est notre manière de vouloir. Il évolue, notamment avec l'âge, nous pouvons également infléchir notre manière de vouloir mais pas radicalement la changer. Ce point renvoie à la notion de chronicité de l'addiction. Maladie inguérissable mais, à l'image du diabète, pathologie que la personne doit dompter pour reconstruire sa vie avec cette compagne non-

¹⁷⁴ Tremblements, anxiété, nervosité angoisses, sudations, insomnies, troubles digestifs.

¹⁷⁵ Selon la Société Française d'Alcoologie, dans ses recommandations de bonnes pratiques cliniques de 2006 sur le sevrage simple en alcool, « Le syndrome de sevrage est, dans la majorité des cas, résolutifs spontanément ou sous traitements en 2 à 5 jours, mais - contrairement aux sevrages aux opiacés et aux benzodiazépines - la mortalité n'est pas nulle ! ».

désirée¹⁷⁶. A l'image du colérique contenant sa rage par diverses stratégies, l'addict inscrit dans une démarche de soin apprend à cohabiter avec l'absence de cette béquille, passage d'un hédonisme aisé à un eudémonisme laborieux.

Comme de l'inconscient ? Si ce dernier est un élément dans la genèse des dépendances et que des mécanismes inconscients sont présents dans son déploiement, nous ne pouvons catégoriser l'addiction en tant que telle, cette dernière ne se réduit pas à ce seul mécanisme¹⁷⁷. Mais, au détour d'une critique de la psychologie pathologique¹⁷⁸, il évoque que la maladie psychique peut altérer cet inconscient, le modifier : « les dégradations de la conscience ne marquent pas le retour à des formes simples et primitives d'où la conscience et la volonté seraient sorties par complication ; la dégradation des habitudes et des savoir-faire en quasi-réflexes sont des productions originales, issues d'une conscience autre¹⁷⁹. » La fourchette d'application des exemples donnés par Ricœur est très vaste, les causes de ces dégradations allant de la fatigue à la démence en incluant potentiellement les addictions. Cette idée que l'inconscient s'inscrit dans l'émergence d'un autrement et non dans une régression corrobore celle de la dépendance comme involontaire absolu.

Quand il évoque plus précisément « l'involontaire corporel », des perspectives de liens plus précis s'ouvrent. Ricœur élargit le champ des besoins vitaux précités, « C'est pourquoi le rapport de l'involontaire corporel à la volonté doit être éclairé à la lumière des rapports

¹⁷⁶ L'addict désire le produit mais pas la dépendance. Le rêve, le fantasme de ce dernier est de pouvoir le consommer et bénéficier de ces bienfaits sans ses effets délétères.

¹⁷⁷ L'addiction est une maladie du cerveau liée à des facteurs de vulnérabilités individuels, sociétaux et environnementaux.

¹⁷⁸ Ricœur donne comme exemple : « la fatigue, la distraction, la psychasthénie, les grandes névroses et certaines démences. »

¹⁷⁹ Ricœur P., *Philosophie de la volonté*, op. cit., p. 315.

compris entre motif et projet. Ma faim, ma soif, ma crainte de la douleur, mon envie de musique, ma sympathie se réfèrent à mon vouloir sous forme de motifs¹⁸⁰. » Cette appréhension de souffrance, cette « crainte de la douleur » sont au cœur de la structure de l'addiction. L'addict s'inscrit dans l'hédonisme qui se matérialise essentiellement par une fuite du déplaisir, de la souffrance, qu'elle soit induite par l'addiction ou à son origine. Nous pouvons ici envisager une influence de cette dernière au niveau des motifs, notamment de par la force centripète de la dépendance générant l'obnubilation passionnelle sur le toxique et ses effets au détriment de tout autre.

Nous avons vu que l'addiction interfère lors de la prise de décision. Elle agit sur la détermination d'un projet selon des motifs, mais elle possède également une influence lors de la mise en acte, le mouvoir.

Sur le plan clinique nous observons que la dépendance possède la spécificité de s'insinuer à ces deux niveaux, forgeant la résistance aux soins tant dans la demande que dans leur réalisation. Nous évoquons dans cette recherche une volonté anesthésiée, mais ne pourrait-elle être également un renforcement d'une volonté de recherche des effets des substances psychoactives ? L'influence de ces dernières sur l'expression des émotions, inhibant certaines et exaltant d'autres fragilise la personne. L'émotion surprend, saisit le vouloir et submerge le corps donnant cette perte de contrôle. Elle est, comme décrit plus tôt, le point d'appel des passions. Au niveau du « voulu », l'addiction aurait ici la propriété d'endiguer les décisions d'autoconservation, engagement dans les soins, mise à distance des toxiques, et parallèlement faciliterait la formation de projets pour accéder à l'objet de sa

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 117.

dépendance. Nous retrouvons ici l'idée d'une passion source de passivité et d'action. Cette ambiguïté n'est pas sans rappeler celle de la notion de *pharmakon*, à la fois remède et poison.

L'origine des passions se situe au niveau de l'involontaire, « Les passions en effet procèdent du foyer même de la volonté et non du corps ; la passion trouve sa tentation et son organe dans l'involontaire, mais le vertige procède de l'âme¹⁸¹. » Il désincarne ici les passions. Les addictions, avec les mécanismes de la dépendance physique, possèdent une inscription et des manifestations indiscutablement pragmatiques hors d'influence de la volonté, à l'image de la respiration ou de la circulation sanguine. Mais le rapprochement passion-addiction s'articule essentiellement autour de la dépendance psychologique, en effet le diabétique est dépendant de l'insuline pour sa survie mais cette pathologie ne relève pas de l'addiction. La dépendance physique n'est pas essentielle à l'établissement d'un diagnostic d'addiction, les définitions des Docteurs Goodman et Fouquet déjà citées n'y font, par ailleurs, pas référence.

Dans cette transcription de son approche de la passion¹⁸² à celle de l'addiction, nous pointons également cette notion d'altération de liberté, « la faute arrive à une liberté ; la volonté coupable est une liberté servie et non pas le retour à une nature animale ou minérale d'où la liberté serait absente¹⁸³. » Cette formule dans sa référence à l'état de nature, offre un rapprochement avec la partie précédemment citée relative à l'impact de la maladie psychique au niveau de la conscience. Elle partage l'idée que la passion touche « une » liberté et non « sa » liberté. En effet l'ensemble des décisions de l'addict ne sont pas influencées par sa

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 41.

¹⁸² Il la définit comme un esclavage renvoyant à l'origine étymologique de la notion d'addiction.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 47.

dépendance justifiant notamment la persistance de la possibilité de s'engager dans les soins. Mais, nous verrons plus loin que l'avancée dans la maladie s'accompagne d'une expansion de l'influence de l'addiction se traduisant alors par l'asservissement croissant de sa volonté aux trois niveaux décrits par Ricœur soit le décider, le mouvoir et le consentir.

L'addict se définit par son ambivalence. Il est tiraillé entre les bénéfices et les souffrances des consommations et ceux de l'abstinence. Malgré ses connaissances théoriques et son expérience des dommages induits de ses deux pendants de la dépendance, il poursuit son intoxication. Nous pouvons retrouver explicitement ce clivage lorsqu'il écrit : "En pervertissant l'involontaire et le volontaire, la faute altère notre rapport fondamental aux valeurs et ouvre le véritable drame de la morale qui est le drame de l'homme divisé. Un dualisme éthique déchire l'homme par-delà tout dualisme d'entendement et d'existence, "Je ne fais pas le bien que je veux, et je fais le mal que je ne veux pas."¹⁸⁴

Cette formule évoque le concept d'acrasie (*akrasia*) soit la capacité de faire délibérément, ce que l'on juge devoir ne pas faire. Cette discordance entre le jugement réfléchi et l'action est présente chez de nombreux auteurs, notamment Aristote, « certains ont plutôt de bonnes opinions à ce sujet mais, par la faute d'un penchant mauvais elles ne choisissent pas le parti qu'elles doivent ¹⁸⁵. » Nous la retrouvons ultérieurement chez Saint Paul dans une formulation très proche de Ricœur « vouloir le bien est à ma portée, mais non pas l'accomplir : puisque je ne fais pas le bien que je veux et commets le mal que je ne veux pas¹⁸⁶. » Mais l'addiction relève-t-elle pour autant de l'acrasie au sens aristotélicien ?

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 41.

¹⁸⁵ Aristote, *L'éthique à Nicomaque*, Paris, GF Flammarion, 2004, 1112 a 8-11, p. 143.

¹⁸⁶ Saint Paul, *Épître aux Romains* VII, 15- 19, La Bible de Jérusalem, Paris, Le Cerf, 2000, p. 1889.

L'acrasia soit l'incontinence et la perte de maîtrise de soi, de par sa proximité se retrouve parfois indifféremment traduit¹⁸⁷ par le terme d'intempérance (*akolasia*) dans certains textes contemporains, orientation que nous ne suivons pas en distinguant les deux notions. Aristote décrit cette confusion entre ces deux notions « pour les uns, l'intempérant est incontinent et l'incontinent, intempérant, parce qu'ils se confondent, alors, que les autres prétendent que ce sont des personnes différentes¹⁸⁸. » Plus loin dans le texte, il décrit l'incontinence comme constitutive de l'intempérance (1149 a 20-25), la première étant en terme de gravité moins importante que la seconde. Les deux s'appliquent dans le même domaine des jouissances corporelles et partagent « en quelques sorte les mêmes sortes de plaisirs et de peines¹⁸⁹ » mais divergent dans sa mise en œuvre « les uns (les intempérants) décident ce qu'ils font, mais les autres (les incontinents) non¹⁹⁰. » Selon Solange Vergnières, avec la décision issue d'une délibération sur les moyens, l'intentionnalité est au cœur de cette différenciation : « La *proairesis* désigne donc d'abord le choix intentionnel comme visée d'une fin. Ce sens va permettre de distinguer l'intempérant de l'incontinent¹⁹¹. » Si les deux cèdent à des désirs irrationnels, le premier place le plaisir en finalité et déploie les moyens de l'atteindre avec détermination et volonté et le deuxième « exécute ce que veut son appétit sans en prendre la décision¹⁹² » et « fuit le désagrément qui vient de l'appétit¹⁹³ » renvoyant à l'idée de faiblesse de la volonté et d'absence d'intentionnalité. L'incontinent conserve lui sa capacité à différencier le bien du mal et à se repentir ce qui le caractérise comme un mal discontinu et

¹⁸⁷ La proposition de « laxisme » sur la définition de l'acrasie est retrouvée avec un recours indifférencié d'incontinence, intempérance voire d'une absence de traduction en conservant le terme originel.

¹⁸⁸ Aristote, *L'éthique à Nicomaque*, *op.cit.*, 1145 b 15-20, p. 348.

¹⁸⁹ *Idem*, 1148 a 15-20, p. 366.

¹⁹⁰ *Idem*, 1148 a 15-20, p. 366.

¹⁹¹ Vergnière S, *Ethique et politique chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995, p. 97.

¹⁹² Aristote, *L'éthique à Nicomaque*, *op.cit.*, 1111 b 11- 25, p. 141.

¹⁹³ *Idem*, 1150 a 25-30, p. 378.

curable là où l'intempérance est incurable. Cette faculté de l'incontinent « d'être faible jusqu'à succomber aux tentations que parvient à dominer le grand nombre ¹⁹⁴ » engendre en quelque sorte partiellement et provisoirement une rupture d'accès à la connaissance, Aristote en prenant comme exemple le sommeil, le délire et l'ivresse évoque que nous pouvons « d'une certaine façon avoir la science sans l'avoir ¹⁹⁵. » La faiblesse de volonté et la conservation de l'intégrité de sa raison caractérisant l'incontinence vont à l'encontre de notre démonstration précédemment évoquée autour de l'adage populaire inadapté à l'addict de manque de volonté. Inversement l'idée centrale abordée plus tôt, de perversion de la raison par la passion est présente chez l'intempérant qui ayant « perdu le sens de la valeur de la règle il vise une fin mauvaise, témoignant ainsi d'une perversion de la *proairésis* et de sa pensée ¹⁹⁶. » Ces arguments ne nous autorisent pas le séduisant rapprochement de l'addiction à de l'acrasie au sens aristotélicien.

En schématisant ce chapitre nous pouvons définir comme incontinente la personne ivre, (soit en simple mésusage) et comme intempérant l'addict (soit le dépendant). La description des caractéristiques de l'intempérant d'Aristote « celui qui poursuit les plaisirs excessifs ou à l'excès les plaisirs nécessaires ¹⁹⁷ et cela en vertu d'une résolution, parce que ce sont des plaisirs et non pour un autre résultat ¹⁹⁸ » crédibilise le recours de ce terme pour l'addict. Ils partagent cette exacerbation du désir, cette recherche du plaisir (positif comme négatif chez l'addict en anesthésiant la souffrance) et l'intentionnalité, la *proairésis*, dont il faut ici pour

¹⁹⁴ *Ibid.*, 1150 a 10-15, p. 377.

¹⁹⁵ *Ibid.*, 1147 a 11-15, p. 358.

¹⁹⁶ Vergnière S., *Ethique et politique chez Aristote*, *op.cit.*, p. 97.

¹⁹⁷ Dans le champ des addictions, les troubles des conduites alimentaires (TCA) et les phénomènes de compensation alimentaire lors des périodes de sevrage s'intègrent dans le périmètre d'excès des plaisirs nécessaires.

¹⁹⁸ Aristote, *L'éthique à Nicomaque*, *op.cit.*, 1150 a 19-22, p. 377.

l'addict bien rappeler qu'elle est dictée, guidée par sa passion. Cette altération de l'intentionnalité étant essentielle pour définir l'addiction comme une maladie ce nuancement et précision est nécessaire pour pouvoir assimiler l'addiction à de l'intempérance.

Au-delà de la question de la compréhension des intrications des addictions dans les mécanismes de la volonté, cette œuvre de Ricœur offre une grille de lecture des soins addictologiques. L'accompagnement soignant projette l'émergence d'une adhésion et d'une appropriation des soins, pouvant se traduire comme la recherche de l'émergence d'une volonté dépassionnée, non serve. Dans l'approche motivationnelle élaborée par Prochaska et Di Clémente¹⁹⁹, l'étape avant l'action est la contemplation, que l'on retrouve également sous le terme d'intention, soit l'évocation de modifier son comportement fluctuant selon une balance décisionnelle entre les bénéfices à l'arrêt et au maintien de ces conduites de consommation. Retranscrit à la tabacologie, recourant souvent à cette approche comportementale, la personne « pense à arrêter de fumer ». Elle précède la décision qui est l'étape suivante. Pour Ricœur « une intention est une décision authentique²⁰⁰ », en puissance, elle doit pouvoir s'exécuter dès que les conditions sont réunies et qu'elle diffère de l'usage précédent. Ces accompagnements élaborés en partie selon les stades de changements de Prochaska et Di Clémente recourent au renforcement notamment en s'appuyant sur l'entretien motivationnel²⁰¹. Lors des premières rencontres, l'addictologue recherche l'origine de la demande d'accès aux soins, les motifs de sa venue. S'inscrit-elle dans une démarche personnelle ou dans une injonction de l'entourage ? Il l'accompagne dans une appropriation

¹⁹⁹ Le cercle de Prochaska et Di Clémente se compose de 5 étapes : Pré-contemplation, contemplation, détermination, action, maintenance (stade où la sortie définitive est possible), rechute.

²⁰⁰ Ricœur P., *Philosophie de la volonté*, op. cit., p. 64.

²⁰¹ Approche développée à partir des prises en charge des addictions par Miller et Rollnick en 1991 dans *Motivational Interviewing? : Preparing People to Change Addictive Behavior*.

de la démarche et une prise de conscience de sa dépendance et de ses dommages induits, puis de l'intérêt de modifier son comportement au regard du toxique. Le soignant le soutient dans la construction de son projet qui doit le conduire à sa prise de décision. Le rôle du soignant ne serait-il pas également de favoriser l'émergence d'une volonté au sens de Ricœur ? Ce passage de l'addict de « je fais pour untel » à « je fais pour moi » dans cette appropriation de la demande évoque la nécessaire affirmation du sujet, du « je » et l'implication de la personne dans son projet pour caractériser la décision : « Si je n'accentue pas le « c'est moi qui... » du verbe de la décision, je m'implique moi-même dans le projet, je m'impute l'action à faire. C'est par là que la décision se distingue du souhait et du commandement, où la chose qui est à faire n'est pas une action propre, mais le cours des choses ou l'action d'autrui²⁰². » Au début de son parcours de soins, le patient souhaite ne plus subir son addiction mais comme le définit Ricœur, l'inscription concrète de ce vœu ou souhait ne dépend pas du pouvoir de la personne. Mais l'addict ne prend pas à cette étape la pleine mesure des changements, avec les efforts inhérents, à réaliser, à s'imposer. C'est dans cette période que se retrouvent les pensées de solutions « magiques » et/ou les tentatives de confier à leurs entourages la responsabilité et les contraintes incontournables à un projet addictologique de réduction des consommations ou bien d'abstinence. L'exemple le plus fréquent étant l'attribution au conjoint du rôle de « gendarme », devant lui mettre des limites, le surveiller et le contenir s'il réalise une infraction à son projet. Cette démarche de s'affranchir et d'externaliser cette contrainte, à laquelle il consent en s'engageant dans un projet de réduction ou arrêt de ses consommations, « parentalise » le proche et, de fait, infantilise la personne initialement concernée. Le passage

²⁰² *Ibid.*, p. 70.

au « moi qui décide, c'est moi qui ferai ²⁰³», principe définissant pour Ricœur la décision, est une étape cruciale, mais à la temporalité indéterminable pouvant s'exprimer en année, dans un parcours addictologique. Une demande de soin peut être présente mais elle ne signifie pas *de facto* une prise de décision de rupture avec l'objet de sa passion. Le langage soignant résume cette posture par « il n'est pas prêt ! », « il n'a pas fait le deuil du produit ». A l'image de la passion amoureuse, il s'agit bien ici d'une démarche de séparation, de divorce avec l'être aimé. Il incombe également au soignant d'aider l'addict à maintenir ses projections dans des constructions pragmatiques en corrélation avec la réalité de la personne, soit l'objectivation de ses ressources et limites dans l'optique de prévenir des mises en échec démobilisatrices. Dans ses projections de vie hors toxique, la minimisation des difficultés, les processus de déni et/ou la méconnaissance des risques et de ses propres fragilités sont autant d'éléments biaisant la possibilité de retranscription dans la réalité. La faisabilité d'un projet et la possession des moyens de l'atteindre sont les caractéristiques de la volonté, « une décision implique que le projet de l'action soit accompagné du pouvoir ou de la capacité du mouvement qui réalise ce projet ²⁰⁴. » L'auteur décrit le caractère potentiellement néfaste de l'imagination, « car elle aussi remplit, mais fictivement, le projet ; en le comblant de quasi-présence au lieu de mouvement réel, elle le frustré de son accomplissement propre qui est une action effective²⁰⁵. » Mais il précise que cette frustration, chez l'addict, celle issue de la perte de contrôle de ses consommations, peut être mobilisatrice, source de motivation permettant son « accomplissement. »

²⁰³ *Ibid.*, p. 72.

²⁰⁴ *Ibid.*, p. 62.

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 69.

Pour résumer, le soin addictologique consiste dans un premier temps en l'expression d'une demande, en son appropriation, puis en l'élaboration d'une décision de séparation, la construction d'un projet réalisable soit l'émergence d'un vouloir et des ressources pour sa mise en œuvre ce que cet extrait permet de résumer, « le vouloir, c'est le projet plus le pouvoir ²⁰⁶. »

Comme nous l'avons déjà affirmé, la problématique de la volonté chez l'addict est sa temporalité ou plutôt son absence de temporalité, de fin. La mise en mouvement, cette résistance aux toxiques, s'inscrit dans l'indéfinissable, comme la survenue de sa mort. Cette idée évoque le concept de consentement, troisième temps de la volonté, après le décider et le mouvoir, que nous n'avons pas encore abordé. Le consentement apparaît comme l'étape permettant le maintien du projet addictologique. Pour Ricœur, consentir est la prise de conscience qu'il y a un involontaire constitué du caractère, d'un inconscient et d'une organisation vitale, c'est l'acte de volonté qui acquiesce à la nécessité. Le consentement est alors « une active adoption de la nécessité. ²⁰⁷ » La volonté s'établit à partir de la reconnaissance de l'involontaire : « C'est par là que le consentement est toujours plus qu'une connaissance de la nécessité : je ne dis pas, comme du dehors : « il faut », mais, repassant en quelque sorte sur la nécessité, je dis : oui, qu'elle soit. « Fiat. » Je veux ainsi ²⁰⁸. » L'aboutissement du projet addictologique du patient requière la connaissance de sa dépendance, de son influence sur ses décisions mais également de l'« assumer » pour reprendre un terme fort employé par l'auteur. Cela implique pour l'addict l'acceptation de

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 80.

²⁰⁷ *Ibid.*, p. 431.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 431.

cette fragilité et de l'éventualité des « rechutes », vivre avec l'existence inexpugnable d'une épée de Damoclès.

L'expression « c'est une question de volonté ! » que nous réfutions plus tôt ne s'avère pas fondée au regard de cette lecture, la volonté est bien au cœur de la problématique addictive. Mais les personnes l'employant recourent à la définition courante du terme soit la signification du manque de volonté dont l'addict ferait preuve face à la tentation du produit. Elle apparaît ici plus précisément comme une absence de consentement à cette nécessité qu'est la dépendance inscrite au cœur de l'involontaire.

L'addiction est une maladie de la dépendance qui s'apparente à une maladie de la volonté altérant sa capacité à se préserver.

Dans une approche kantienne, la volonté, ici libre et morale, est à l'origine de la liberté, « Une volonté libre et une volonté soumise à des lois morales sont par conséquent une seule et même chose ²⁰⁹ », dont la maxime doit pouvoir être universalisable. Il étaye sur cette approche le concept d'impératif catégorique. Nos actes doivent contenir l'idée de la liberté pour pouvoir être considérés comme libres. Patrick subit le cours de sa vie plus qu'il ne le construit. Ces alcoolisations compulsives liées à un désir inextinguible submergeant toutes logiques, apparaissent au quidam comme déraisonnables. Pourtant persistent des décisions réfléchies, planifiées le plus souvent autour de son addiction. Ses relations sont également structurées par sa maladie. Nombreux sont les addicts qui, une fois engagés dans un projet de vie hors toxiques, voient leur liste de contacts se réduire drastiquement. Des « copains de

²⁰⁹ Kant E., *fondements de la métaphysique des mœurs*, op. cit., p. 172.

boisson²¹⁰ » comme ils les dénomment, sont des opportunités et des justifications pour s'enivrer. Ce qui, à l'origine, était un plaisir contingent devient une nécessité. Certes, la raison demeure présente mais elle doit pouvoir, comme nous l'avons vu avec Kant, se dédouaner de toute influence extérieure pour être considérée libre. La décision de cet homme de ne pas s'engager dans les soins ou de se maintenir dans une situation d'emprise, ce qui s'avère semblable²¹¹, ne peut être assimilée à une volonté libre. Il ne peut également être, sur ce plan, considéré comme pleinement autonome. Nous retrouvons chez cet auteur cette corruption de la volonté par la passion soit, retranscrit dans notre problématique, l'addiction. Cet asservissement d'une capacité de l'homme à se protéger, rongé ses défenses non immunitaires comme pour le V.I.H. mais de préservation de sa santé.

2.5. Soignants dépassés ou addictologie dépassée

L'histoire de Patrick, n'est pas un fait unique, une présentation addictive orpheline. Elle a été l'élément déclencheur d'une prise de conscience de la spécificité et de l'homogénéité d'une part, certes minoritaire, de cette population accueillie en addictologie. Patrick ne possède pas un, mais des visages différents, il est la figure représentative d'hommes et de femmes multi-résistants aux soins addictologiques, « incurables²¹². » Cette inaccessibilité de leur addiction, son caractère inaltérable sans explication rationnelle, organique ou psychique, érodent les efforts des soignants pourtant aguerris à la complexité de la dépendance.

²¹⁰ Cette réalité ne se restreint pas à l'alcoolique, elle se retrouve autour des autres substances psychoactives, seules les modalités divergent.

²¹¹ Au même titre que tous comportements des addicts à tout moment de leur parcours avec le produit.

²¹² Terme entre guillemets, l'addiction étant une maladie chronique, par définition elle ne peut être définitivement guérie.

L'énergie, la créativité et l'empathie des professionnels se heurtent à une limite impénétrable, la puissance de l'addiction faisant corps avec son hôte. La répétition, à un rythme plus ou moins soutenu, des schémas de soins, corrélée aux « rechutes » et ruptures de suivis, est récurrente voire incontournable. Son inéluctabilité s'apparente à une chute sans fin. Pourtant, il persiste chez la blouse blanche, a minima, un embryon d'attente, un motif d'espérer une évolution du patient, un gain dans son rapport à sa maladie. Mais ces perspectives sont rapidement éteintes à l'accueil des personnes à l'image de Patrick, l'incompréhension alimentant la lassitude. Doivent-ils ou peuvent-ils se résoudre à les suivre jusqu'à leur mort sans jamais en comprendre les motifs, l'étiologie et juste se contenter de spéculations ? Cette phase avancée de la pathologie, stade ultime où les thérapies connues se révèlent stériles, est à différencier du « stade terminal » usité dans le champ de la médecine somatique. En effet, cette notion, fortement connotée « mort imminente » et théâtre des grands débats autour de l'euthanasie, est définie comme la troisième phase de la maladie après celle où « les personnes pour lesquelles les soins palliatifs sont devenus exclusifs, à visée symptomatique uniquement pour améliorer le confort et la qualité de vie du malade. » Cette phase terminale, très courte, de quelques jours, inclut également l'agonie, cette période de quelques heures précédant le décès. Cette dénomination s'avère trop restrictive dans le cadre de notre objet d'étude. Pour poursuivre l'image du chapitre précédent relative au V.I.H., le syndrome d'immunodéficience acquise (S.I.D.A.), stade de la maladie déclarée, intervient quand les défenses immunitaires sont en incapacité de protéger le corps. L'addictologie dépassée serait également le dernier stade de cette « infection addictive », ce moment où la personne est dans l'impossibilité d'exercer ses compétences de protection. A ce stade, cette passion ne lui autorise plus d'accéder à sa raison.

A cette phase avancée, moment où l'addiction métastase, la maladie envahit le patient aux tréfonds de son être et impacte son libre arbitre, sa volonté. Nous ne nous trouvons plus seulement face à une personne souffrant d'une maladie, mais une intrication des deux ne permettant plus d'extraire de ses attitudes et décisions (ou plutôt ici, absence de décision) ce qui est déterminé par la maladie ou par lui. La notion d'« addictologie dépassée » est parfois utilisée pour dénommer ces situations. La situation, à l'image de celle de Patrick, ne relève plus des soins curatifs. Elle se caractérise par un constat d'impossibilité d'intervenir sur les modes de consommation de la personne. Son évolution apparaît inaltérable et inéluctable, nous sommes au-delà du champ du possible usuel. Cette notion de « dépassé » se retrouve également chez l'addictologue, dépassé par cette présentation atypique, désarmé avec une offre de soins devenue vaine au regard de l'évolution de la dépendance. L'addictologie dite dépassée englobe ces quelques hommes et femmes, heureusement minoritaires dont Patrick est ici le porte-drapeau. Ils se tiennent face aux soignants mais demeurent absents des thérapeutiques, soins et accompagnements disponibles, soit des malades présents physiquement mais médicalement inaccessibles. Parler d'addictologie dépassée c'est reconnaître leur impossibilité à engager le moindre changement dans leurs rapports aux substances psychoactives, de modifier leur modalité de gestion de leurs souffrances. Comme le désigne l'ambivalence du terme *pharmakon*, précédemment esquissée « Poison et remède restent liés : il n'est pas dans la nature du *pharmakon* d'être toxique, mais il est dans ses caractéristiques, dans ses puissances, ses possibilités, d'entrer dans la composition de rapports à effets toxiques, bénéfiques, addictifs. ²¹³» L'objet de l'addiction soulage autant qu'il alimente ses multiples souffrances. Cette polysémie évocatrice est présente à tout moment de

²¹³ Levivier M., « Addiction, pharmakon et néoténie », in *Psychotropes*, vol.18, n°. 1, 2012, p. 113.

l'évolution de l'addiction, mais en situation d'addictologie dite dépassée, la prégnance de la maladie interdit toutes tentatives d'émanciper le patient de sa passion, de son *pharmakon*. Là où la blouse blanche constate l'effet poison, l'intéressé se focalise sur son volet remède. Cette situation évoque le cancéreux dont les effets secondaires de ses traitements antalgiques, nécessaires au soulagement des douleurs induites par les tumeurs, altèrent significativement son état somatique.

Une différence fondamentale entre les personnes en situation dite d'« addictologie dépassée » et celles dans un processus moins avancé et complexe est la capacité de ces derniers à s'extraire au moins partiellement de l'influence de leur passion. En effet, hospitalisées dans une unité spécialisée, elles expérimentent de façon conséquente l'abstinence, le vivre hors toxique. La mise à distance sur une durée significative du produit et des habitudes de vie associées, permet d'atténuer l'ascendant des mécanismes de la dépendance. Elle facilite l'émergence de la raison dans leurs décisions. La diminution des sollicitations, des tentations est favorisée par un cadre institutionnel rigoureux mais protecteur et bienveillant dont l'objectif est de créer un « cocon ²¹⁴ » rassurant, apaisant. Ce cadre de séjour autorise un possible, celui de nouvelles perspectives avec une évolution du discours relatif à leur addiction. Cette distanciation des produits et de leurs contextes d'usage soutient une prise de conscience de leurs fragilités et de la perte de maîtrise non seulement sur leurs consommations mais également dans leur vie. Si ce temps s'allonge, la demande s'étoffe, la raison peut alors prendre le pas sur l'addiction. Bien entendu, ce scénario idéal ne se réalise

²¹⁴ Ce terme de cocon est celui le plus fréquemment employé tant par les professionnels que les patients. A l'image de la métamorphose voyant l'émergence du papillon, ce cadre protecteur institutionnel tend à permettre le changement de forme de vie nécessaire à l'aboutissement d'un projet de soins addictologique.

pas systématiquement dès le premier tour, pour reprendre le langage imagé des soignants, l'évolution s'étirant essentiellement sur plusieurs hospitalisations et majoritairement sur plusieurs années.

Dans les situations d'addictologie dépassée, ce schéma ne s'applique pas et ce malgré la répétition des séjours. La même histoire se répète inlassablement : le prologue avec une admission dans un contexte d'urgence. Une intrigue sans suspense, linéaire, narrant son inertie sur plusieurs semaines, juste émaillée de ruptures répétées du contrat de soins, des alcoolisations puis un dénouement attendu avec une sortie prononcée par dépit, contraint devant son absence d'adhésion et de demande. Il apparaît insensibilisé, ni la connaissance, la mise à distance, le temps ne lui permettent de s'émanciper de l'influence de sa passion, aliénant sa raison. Il subit les événements, l'installant définitivement dans une situation d'hétéronomie à l'égard de son addiction. Son addiction est hors d'atteinte, les pratiques soignantes se révèlent toutes infertiles, dépassées.

Devant cette aporie, un changement de paradigme apparaît nécessaire. Si un autrement est prescrit à l'addict pour envisager un traitement efficace de sa dépendance, cet « autrement » s'impose également aux blouses blanches. Une autre approche et d'autres objectifs de soins pour que ce parcours commun n'abonde pas la souffrance de ses deux protagonistes : l'idée du concept d' « addictologie palliative » commence à poindre.

Partie III

La piste des concepts nomades

Partie III : La piste des concepts nomades

3.1. Une approche épistémologique

Tout au long de cette troisième partie nous allons ausculter ce qu'il en est de ce qu'en épistémologie on appelle des « concepts nomades » et juger si nous pouvons qualifier ainsi l'« addictologie palliative ».

Cette proposition d'un nouveau concept de soins addictologiques s'inscrit dans une logique de philosophie des sciences afin de positionner le statut scientifique de cette démarche et de déterminer les liens qui unissent la démarche palliative addictologique à celle historique de la médecine somatique. Notre approche, qui sera plus particulièrement développée dans le chapitre suivant, est de faire dialoguer dans leurs convergences et divergences ces deux spécialités autour de cette notion, spécifique et partagée, du soin de la qualité de vie décentré du curatif et en opposition à l'obstination déraisonnable. Si le terreau de l'émergence de ces disciplines, mature et confortée pour la médecine palliative, à ses premiers pas dans la déclinaison addictologique au cœur de cet écrit, se constitue d'histoires, de publics cibles et d'approches bien distincts, la dynamique, leur trajectoire confluent. Les similarités de leur génome et l'interrogation fondatrice à l'origine de l'addictologie palliative autorisent ce questionnement d'un possible nomadisme du concept palliatif.

Notre approche épistémologique, correspond à la définition proposée par André Lalande, soit « l'étude critique des principes, des hypothèses et des résultats des diverses sciences, destinée à déterminer leur origine logique (non psychologique), leur valeur et leur

portée objective²¹⁵. » Pour confirmer cette hypothèse initiale de concordance et de familiarité entre ces deux disciplines avec une culture à la base sans convergence, l'énoncé de ce nouveau concept de soin requière une détermination scientifique de ses origines. Cette démarche initialement de reconnaissance d'une pratique, d'une légitimité à travers la définition d'un nouveau concept prend les contours d'une détermination de son caractère raisonné et scientifique. Elle relève plus précisément de l'épistémologie dite normative, « celle qui propose d'édicter des critères de démarcation²¹⁶, de définir ce qui a droit au titre de science²¹⁷. » Sa scientificité doit alors se caractériser par sa fécondité, sa puissance explicative et son objectivité. L'échec à l'obtention de ces critères la placera face au risque d'être jugée puis définie comme de « l'idéologie, de la fausse science²¹⁸ » ne lui permettant pas alors de s'imposer. Cette perspective constitue un des enjeux majeurs du devenir de notre présent travail.

3.2. Histoire d'un nomadisme réussi

Dans notre sujet, la production et la circulation de concepts sont concomitantes, intriquées, l'une pouvant être indifféremment à l'origine ou le bénéficiaire de l'autre. L'addictologie palliative est une ouverture tant pour le domaine de l'addictologie que pour celui de la médecine palliative. Les concepts traversent les frontières, s'affranchissent des barrières linguistiques et dépassent les clivages disciplinaires et les cultures scientifiques. A

²¹⁵ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op.cit., p. 293.

²¹⁶ Entre le scientifique et l'idéologique.

²¹⁷ Stengers I., *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*, Paris, Ed. Seuil, 1987, p. 11.

²¹⁸ *Idem* p. 11.

travers cet exemple, nous proposons de sortir des sentiers dessinés par l'objet de notre étude pour évoquer l'histoire d'une migration conceptuelle réussie. Le concept d'« organisme » ici présenté, sans être affilié aux deux disciplines au cœur de ce projet d'« addictologie palliative », demeure une notion affiliée au domaine de la médecine.

Le concept d'organisme apparaît au XIX^{ème} siècle dans les sciences du vivant. Précédé par le verbe « organiser », il vient d'organe qui, au départ, signifie étymologiquement l'instrument²¹⁹, mais également l'outil²²⁰ car l'organe possède une finalité, une fonction, sens fort que conserveront les notions en découlant. Cette notion permet une vision abstraite d'une multitude d'objets concrets. Elle s'ancre donc dans la biologie et unifie la vision scientifique de l'ensemble du vivant réunissant le monde végétal, animal et humain. La complexité de cette notion va s'accroître avec les avancées des connaissances en biologie.

Il ne traduit pas un simple assemblage d'organes, il est une association différenciée et hiérarchisée de parties autonomes mais solidaires entre elles. Chaque organisme est un ensemble fonctionnel avec des propriétés de coordination et d'adaptation, un système de traitement et d'échanges d'information à l'image des fonctions neuronales. Il sera l'objet d'études dans sa globalité, son comportement, et dans le détail de ce qui le compose mais également dans ses interactions avec d'autres organismes.

²¹⁹ Le premier instrument de musique étant la voix, elle sera le premier organe. L'organe en prendra le sens de lieu d'expression, la notion d'organe de presse signifiant toujours la publication, le bulletin d'information.

²²⁰ On se souvient de l'*Organon* (en grec : « l'outil ») titre de la série d'ouvrages où Aristote analyse la langage (*logos*) comme un « outil » pour l'être humain et la pensée.

La notion d'organisme, « par métaphore s'applique à tout ce qui présente un caractère analogue²²¹ », plus particulièrement dans le champ des sciences sociales qui, naissantes à la même époque, capturent ce concept pour penser les fondements de la société, les interactions entre les individus et obtenir une scientificité de son approche. Le concept d'organisme est utilisé et utilisable par de nombreux et différents courants de pensée et idéologies sociologiques. Au début du XIX^{ème} siècle, une doctrine dite « organicisme » présente la sociologie comme une branche de la biologie et prône que les sociétés sont des organismes analogues aux êtres vivants. Dans un second temps, les sciences humaines vont privilégier la notion d' « organisation » alors définie comme composée d'êtres humains interagissant et coordonnés entre eux. Cette analogie repose sur la composante de l'organisme, système complexe de traitement et d'échange de l'information. Elle se retrouve de façon prégnante dans la pensée économique, politique et sociale. Dans le dictionnaire, cohabitant avec sa présentation originale et biologique, nous retrouvons la définition maintenant couramment utilisée d' « institution formée d'un ensemble d'éléments coordonnés entre eux et remplissant des fonctions déterminées²²². » Le concept, même détaché de son application biologique originelle, conserve pendant ces migrations son sens initial, son essence.

3.3. Genèse et développement du concept d'addictologie

Cette question de la scientificité de notre démarche trouve de nombreuses résonances avec la problématique du concept d'addictologie à obtenir la reconnaissance de son statut de

²²¹ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op cit., p. 724.

²²² <http://www.cnrtl.fr/definition/organisme>, consulté le 03/07/2022.

discipline (science) médicale tout comme les principaux intéressés à être qualifiés de « malades ». Les notions d'addiction et d'addictologie prennent leur essor à la fin du XX^{ème} siècle et sont la dernière étape de structuration des connaissances relatives à l'alcoolisme et la toxicomanie. Auparavant, « Des personnages furent repérés identifiés à leur consommation : l'alcoolique et le morphinomane, désormais réifiés et objet d'une attention soutenue et souvent ambiguë, qui persiste toujours²²³. » L'approche était essentiellement basée sur une description clinique clivant les personnes selon leur produit de prédilection, chacun ayant sa structure de soin attitrée²²⁴. Avec le concept d'addictologie s'opère un changement de paradigme dans les démarches scientifiques et cliniques, une bascule d'une approche centrée sur la consommation d'un produit vers la notion de pharmacodépendance : « Le concept d'addiction est à l'origine d'un profond changement des conceptions et réponses apportées aux questions d'usage, d'abus et de dépendance. Il a fait évoluer les pratiques thérapeutiques et a initié une importante réorganisation du dispositif de soin²²⁵. » Malgré cette évolution conceptuelle majeure, la dénomination des intéressés a peu évolué, les dénominations d'alcoolique ou de toxicomane persistent et celles, plus appropriées à la classification actuelle, d'addict ou de dépendant demeurent peu inscrites dans les usages.

Les premières descriptions cliniques et approches scientifiques peuvent être datées en 1784 avec le texte inaugural de Benjamin Rush²²⁶ « *An inquiry into the effects of ardent*

²²³ Dugarin J., « L'addictologie : d'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions de production des savoirs à l'œuvre », in *Psychotropes*, Vol 25, n° 4, 2019, p. 11.

²²⁴ Les centres de soins sont à cette époque spécialisés selon l'objet de prédilection, alcool, stupéfiants et tabac notamment avec peu d'interaction entre eux.

²²⁵ Couteron, J-P. « Chapitre 10. Le concept d'addiction », in *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod, 2019, p. 117.

²²⁶ Médecin considéré comme un pionnier de la psychiatrie américaine, il est également un des pères fondateurs et signataires de la Déclaration d'Indépendance des Etats-Unis.

*spirits upon the human body and mind*²²⁷. » Il introduit le modèle de maladie dans l'ivrognerie²²⁸ avec l'élaboration du « thermomètre de la tempérance et de l'intempérance », échelle morale et physique qui classe les boissons selon qu'elles encouragent la tempérance et l'intempérance en l'illustrant des conséquences potentielles de leurs consommations²²⁹. « Dès l'introduction, il insiste d'ailleurs sur le fait qu'il faut parler de l'abus de spiritueux en termes de maladie : « *This odious disease, for by that name it should be called*²³⁰... »²³¹», dans cette première approche médicale de Rush, l'ivrognerie (traductible par le terme actuel d'alcoolodépendance) dépend du comportement du buveur mais également de la typologie de boissons alcooliques consommées. Le médecin suédois Magnus Huss conceptualise cette notion de dépendance en 1848 en employant la notion d'« alcoolisme chronique » à partir de la création du néologisme « alcoolisme ». Ce terme s'imposa et il reste malgré les évolutions du discours médical autour de la notion d'alcoolodépendance et d'addict. Si ces démarches se veulent scientifiques et médicales, elles sont également de l'ordre de l'humanisme, contemporain de ces précurseurs, et « un énoncé performatif à visée politique, tendant à invalider, sinon à supprimer, du moins à atténuer ou alléger la charge de stigmatisation religieuse ou morale affectée, depuis la nuit des temps, à l'ivrognerie²³². » Le XIX^{ème} siècle sera également marqué par la théorie générale de la dégénérescence du psychiatre français Bénédictin Augustin

²²⁷ « Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. »

²²⁸ Magnus Huss est un contemporain de Lavoisier qui dans son traité de chimie en 1789, détermine la fermentation du vin en la dénommant « fermentation alcoolique » en usant du mot arabe terme « *alkool* ». La notion d'alcool commence seulement à diffuser au moment de la rédaction de son écrit et est peu connue du grand public auquel est destiné ce texte.

²²⁹ Le haut du tableau débute avec l'eau, le lait, le vin, la bière et le cidre qui apportent « la sérénité de l'esprit » et le bas avec les spiritueux distillés « l'eau de vie » qui entraînent entre autres la folie, le pénitencier et le « gibet ».

²³⁰ « Cette maladie odieuse, car c'est par ce nom qu'elle devrait s'appeler ».

²³¹ Valleur, M. « La nature des addictions », in *Psychotropes*, vol. 15, n^o. 2, 2009, p. 21.

²³² *Idem*, p. 4.

Morel (1857) plus particulièrement destinée à la maladie mentale²³³ et à la criminologie mais elle sera également appliquée à l'alcoolisme par Valentin Magnan. Par cette approche il définit le dépendant comme un être atteint de faiblesse constitutionnelle et héréditaire, un « dégénéré », mais « échoue donc lui aussi à ce que la maladie s'oppose clairement à une vision morale : tous deux sont de fait intriqués²³⁴. » Au XX^{ème} siècle, émerge une nouvelle conception de l'alcoolique malade construite sur le modèle de « l'allergie de personnes prédisposées » des Alcooliques Anonymes. Cette approche conserve des attaches morales et religieuses fortes avec le recours à une « puissance supérieure » et une accroche ténue au monde médical. La notion de maladie permet essentiellement de déculpabiliser la personne et le traitement reposant sur l'acceptation de son impuissance et le soutien d'un groupe de pairs. L'addiction étant une spécialité multidisciplinaire, une pluralité de modèles scientifiques vont, dans une recherche de sens, se confronter voire cohabiter : cognitiviste, social, sociétal, psychanalytique, pharmacologique, génétique et biologique. La notion de « maladie du cerveau », développée autour des circuits de la récompense de la dopamine, la molécule du plaisir, prend progressivement une place prépondérante dans le champ de la recherche sur les dépendances. Mais aucune de ces approches scientifiques, qu'elles relèvent des sciences humaines ou de la médecine, n'offrent individuellement une grille de lecture et de compréhension universelle et satisfaisante. Les addictologues composent, « bricolent » avec ces différentes dimensions. Également dépendante des mutations de la société, de ses modes de consommation et de son regard porté sur les dépendances, « la figure de l'alcoolique et du

²³³ Cette théorie de la dégénérescence fera peser une inquiétude nouvelle sur le destin de l'espèce humaine. Cf : B. Quentin *La philosophie face au handicap*, Toulouse, érès, 2018, pp.29-30.

²³⁴ *Ibid.*, p. 29.

toxicomane n'est que le reflet déformé de notre société²³⁵, » les concepts sous-jacents restent évolutifs et multiples du fait d'un clivage des réflexions cliniques scindées selon les produits privilégiés des consommateurs.

Parallèlement à ces évolutions, à la fin du XX^{ème} siècle, apparaît la notion d'addiction (définie par Goodman en 1990) qui fait table rase des approches protéiformes pour devenir le concept dominant qui « s'intéresse au comportement pathologique du sujet, indépendamment de l'objet dont l'usage est compulsif²³⁶. » Il affirme une approche centrée sur la dépendance qu'elle soit physique et/ou psychique et opère un changement de paradigme dans le champ de la connaissance, des recherches, de la clinique et de l'offre de soin. La notion d'addiction commence à apparaître dans le droit français à la fin du siècle dernier avec le plan triennal 1999-2002 de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Le législateur réorganise en 2002 l'offre de soin autour de ce concept avec la création des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie²³⁷. Cette jeune discipline bénéficie en France d'une reconnaissance officielle de discipline scientifique avec la création d'enseignements spécifiques notamment dans le cursus des études médicales dès 2001. L'addiction possède une définition partagée et une assise légale, mais pourtant l'interprétation et les déclinaisons de ce concept entre les professionnels provenant d'horizons variés, allant au-delà de la classique opposition social-sanitaire notamment du fait de la forte multidisciplinarité agitant l'addictologie, ne sont pas homogènes : « Pour des acteurs de rattachements théoriques variés, chaque énoncé, voire chaque concept, peut être entendu

²³⁵ Le Ferrand, P., « L'addiction, un concept neuf pour une clinique nouvelle ? », in *Rhizome*, vol. 62, n° 4, 2016, p. 11.

²³⁶ Bisiou, Y., « 28. Addictions : le point de vue de la loi », Michel Reynaud, in *Traité d'addictologie*, Cahan, Lavoisier, 2016, p. 245.

²³⁷ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

différemment. Derrière les énoncés se cachent les stratégies conscientes ou inconscientes des auteurs, derrière les mêmes concepts des interprétations différentes en fonction des différentes façons de les articuler avec leurs théories de référence²³⁸. » Au-delà de la pluralité des facteurs pouvant définir un acteur en addictologie, son corps de métiers, son secteur d'appartenance, sa discipline d'attache, ses missions, ses convictions et la population visée, il apparaît dès lors complexe, pour ne pas dire impossible, d'obtenir un consensus et un sens commun précis, parfaitement délimité sur une déclinaison opérationnelle dans cette foisonnante interdisciplinarité. L'ouverture progressive aux addictions dites sans produit (dépendance au jeu, au sexe, aux écrans, alimentaire sur ses deux pendants que sont l'anorexie et la boulimie) confirme le caractère et le potentiel évolutif de ce concept par essence « bio-psycho-social ». Mais cette extension des champs d'application demeure animée au regard de la pertinence d'inclure certains comportements décrits comme addictifs mais ne relevant pas nécessairement de l'addiction, « le risque est d'attribuer à un grand nombre de comportements une qualification médicale et une connotation psychopathologique qu'ils n'ont pas forcément. Une place doit être gardée aux passions humaines sans les « pathologiser »²³⁹. »

²³⁸ Dugarin, J. « L'addictologie : d'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions de production des savoirs à l'œuvre », in *Psychotropes*, vol. 25, n° 4, 2019, p. 18.

²³⁹ Couteron, J-P. « Chapitre 10. Le concept d'addiction », Alain Morel éd., *Addictologie. En 47 notions, op.cit.*, p. 112.

3.4. Les soins palliatifs, un concept, une déclinaison française

L'origine des soins palliatifs, conceptualisés sous ce nom, est récente et son développement officiel en France contemporain de celui de l'addictologie précédemment abordé.

En France, nous en trouvons l'origine dès le XIX^{ème} siècle²⁴⁰ avec Jeanne Garnier. Elle est un des précurseurs du soin aux « incurables » et crée à Lyon en 1842 un mouvement religieux « l'association des dames du Calvaire²⁴¹ » qui recueille dans un premier temps des femmes rejetées par des hôpitaux et la société. Mais les différents écrits spécialisés s'accordent pour acter la naissance des soins palliatifs, alors dénommés « mouvement des hospices », en 1967 avec la création par Cicely Saunders du premier hôpital entièrement dédié, le St Christopher's Hospice dans la banlieue londonienne. Il est alors le premier hôpital spécialisé, il a vocation de déployer le concept de « *total pain* », conçu par C.Saunders dans une perspective de soulager les douleurs dans ses dimensions physiques, psychiques et sociales des personnes en fin de vie, atteintes essentiellement de cancer en phase terminale, « il appréhendait la douleur comme un tout²⁴². » A contre-courant de la dynamique médicale technologique de l'époque, au travers de ce modèle de soins, cet établissement « réussit à opérer la jonction entre la tradition compassionnelle et charitable des hospices anglais dédiés à l'accompagnement des mourants et la médecine moderne (jouissant d'une certaine légitimité

²⁴⁰ L'histoire des soins palliatifs peut également être associée en occident à la création des Hôtels-Dieu dès le Moyen-Age et aux devoirs chrétiens de charité dans l'accompagnement des mourants.

²⁴¹ Association toujours existante et membre de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (S.F.A.P.).

²⁴² Hintermeyer, P. « L'émergence des soins palliatifs », in *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 25, n°1, 2010, p. 12.

scientifique) avec ses techniques de pointe antalgiques²⁴³. » La dénomination de « soin palliatif » est due au médecin Balfour Mount du Royal Victoria Hospital de Montréal, l'expression ne possédant pas la connotation négative présente dans la langue française pour le terme d' « hospice » usité chez les anglo-saxons.

En France, dès les années 1970, des hommes et des femmes militent en ce sens et la première unité hospitalière est créée en 1987 à l'hôpital international de la Cité universitaire. Elle fait suite à la circulaire Laroque de 1986²⁴⁴ qui introduit dans les textes officiels la notion de soins palliatifs. Rapidement, dans la mise en œuvre de son déploiement sur le territoire, le modèle français va prendre une orientation différente du modèle anglais. Sous l'influence de l'ordre des médecins qui, au nom du code de déontologie énonçant la responsabilité du médecin devant accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, le système français ne s'oriente pas vers une généralisation des unités d'hospitalisation spécialisée, « généralisation (qui) aboutirait, selon lui, à une forme inacceptable de ségrégation par des « mouvoirs »²⁴⁵. » Le législateur considère alors que tout professionnel de santé peut prodiguer des soins relevant de la démarche palliative²⁴⁶. Elle ne dépend plus uniquement des équipes spécialisées, et va se matérialiser par la création d'Equipes Mobiles de Soins Palliatifs ayant pour missions de conseiller les professionnels de santé lors de la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs et de participer à sa diffusion. Elles n'ont pas vocation à intervenir

²⁴³ Moulin P., « Les soins palliatifs en France : un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain », in *cahiers internationaux de sociologie*, vol.108, 2000, p. 127.

²⁴⁴ Circulaire n° 86/DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. En introduction il précise que « Ce texte a donc pour objet, de préciser ce que sont les soins d'accompagnement parfois appelés soins palliatifs. »

²⁴⁵ Mino, J. C. , et Frattini M. O. , « Les soins palliatifs en France : « mettre en pratiques » une politique de santé », in *Revue française des affaires sociales*, no. 2, 2007, p. 142.

²⁴⁶ La notion de démarche définit les soins palliatifs pratiqués par des soignants non-spécialisés en ce domaine.

directement au chevet du malade. « Ce sont les médecins des services hospitaliers qui restent les responsables de la prise en charge et ce sont les soignants des services qui exécutent les soins²⁴⁷. » Les modalités pratiques se démarquent notamment par son approche pluridisciplinaire et holistique, la prégnance du relationnel, sa dimension spirituelle et cette attention prioritaire portée aux symptômes (avec des conséquences majeures sur la qualité de vie) indépendamment de la maladie incurable et létale.

Ce modèle de soin, maintenant reconnu, dont la raison d'être est, entre autres, le maintien de la qualité de vie jusqu'aux derniers instants, s'est construit en confrontation aux pratiques d'euthanasie. Pourtant ils partagent le constat initial des fins de vie difficiles et des motivations fondatrices, le refus de l'obstination déraisonnable (initialement dénommée l'acharnement thérapeutique), de l'abandon et la volonté d'humaniser la mort à l'hôpital. Deux visions opposées se construisent et se combattent dans les débats de société au nom du même principe du respect de la dignité de la personne face à la mort. Elles se démarquent d'une médecine alors décrite comme hiérarchique et organique morcelant le malade et les équipes sans pour autant s'y opposer. Les soins palliatifs complémentent, s'ajoutent à la médecine traditionnelle et se positionnent par rapport au curatif comme l'autre branche de l'alternative. « Ce sont des soins « palliatifs » parce qu'ils n'ont pas comme vocation première la guérison d'une pathologie grave risquant d'emporter le malade : ils soulagent mais sans agir sur la cause de ce mal²⁴⁸. » S'ils ne s'attaquent pas à la pathologie principale, les soins palliatifs en combattent, traitent, les symptômes - également une des activités de la médecine traditionnelle qui ne se limitent pas au curatif. Dans ses prémices, les

²⁴⁷ *Idem*, p. 145.

²⁴⁸ Ricot, J., « Histoire et éthique des soins palliatifs », in *Cités*, vol. 66, n° 2, 2016, p. 50.

équipes de soins palliatifs ont souffert de cet antagonisme anglo-saxon *cure* (guérir) et *care* (prendre soin), alors assimilé dans les services, au renoncement, à l'abandon du patient, « comme les témoins de l'échec des thérapeutiques curatives. Or la notion de soins palliatifs est beaucoup plus complexe²⁴⁹. » Ces critiques et résistances à l'approche palliative ont progressivement disparu pour laisser la place à de la reconnaissance et à une inscription dans le paysage médical. La réflexion éthique est indissociable de cette approche et permet également de circonscrire ce concept selon cinq principes majeurs : « le refus de l'obstination déraisonnable, le soulagement de toutes les douleurs pour le malade en phase terminale, l'accompagnement de la personne qui relève du non abandon et du devoir de fraternité, la liberté du patient correctement comprise et enfin l'interdit de l'homicide²⁵⁰. »

Si ces valeurs sous-tendant le concept de soins palliatifs sont partagées, ses déclinaisons pratiques varient. Elles évoluent au gré du rapport des sociétés à la mort et de son perpétuel débat avec l'euthanasie et/ou le suicide assisté mais également de sa propagation en dehors de son domaine d'application originel. « Même si les soins palliatifs doivent s'étendre à d'autres pathologies, les patients qui nécessitent des soins palliatifs demeurent majoritairement atteints de cancer²⁵¹. » Le champ d'application s'étend et de nouvelles spécialités se saisissent de cette approche, confirmant un principe de la loi du 9 juin 1999 « toute personne dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement²⁵². » Dans le manuel de soins, d'où est extraite la précédente citation, se côtoient dans la partie relative aux situations spécifiques, le chapitre relatif à la cancérologie

²⁴⁹ *Idem*, p. 50.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 54.

²⁵¹ Goldwasser F., Vinant P., « Chapitre 23. Soins palliatifs en cancérologie », Rozenn Le Berre, éd., *Manuel de soins palliatifs*. Paris, Dunod, 2020, p. 613.

²⁵² Art 1.L1A de la loi du 9 juin 1999.

mais également ceux appliqués à la gériatrie, la pédiatrie, l'hématologie, les maladies neurologiques, la maternité et ceux, contre-intuitifs voir antinomiques, de la réanimation et des urgences : « Des problèmes d'interprétations subsistent donc. Ils incitent à se demander si le succès des soins palliatifs ne dérive pas aussi de leur capacité à concilier des options différentes, voire opposées. » « Mais le consensus actuel en faveur des soins palliatifs recouvre une pluralité de significations²⁵³. »

Au-delà de leur contemporanéité et de leur respective construction sociétale, l'addictologie et les soins palliatifs dont nous venons de décrire l'émergence, présentent cette particularité de ne posséder ni l'une ni l'autre des frontières figées. Ils apparaissent comme en capacité d'agrandir leur périmètre d'application et de fait de par leur extension de potentiellement poursuivre leur évolution dans une dynamique de rapprochement.

3.5. Le concept de concept

Dans la présentation des chemins parcourus nous pouvons constater l'intrication mais également la prééminence des concepts dans la construction et le développement des disciplines et pratiques attachées, soit leur scientificité : « l'histoire usuelle des disciplines scientifiques les fait remonter à une fondation conceptuelle, à la découverte de la puissance organisatrice d'un concept qui permet à la fois une description et un traitement expérimental²⁵⁴. » Pour le concept d'addiction, la force du socle est entre autres le dépassement d'une approche par produit et de l'aborder (les réunifier) sous l'angle de la

²⁵³ Hintermeyer P., « L'émergence des soins palliatifs, *op.cit.*, p. 10.

²⁵⁴ Stengers I., *D'une science à l'autre. Des concepts nomades, op.cit.*, p. 29.

dépendance. Le concept d'organisme prend ses racines dans l'unification des approches concernant le monde vivant dans son acception la plus large et dans la proposition d'un modèle permettant d'en aborder la complexité. Le concept se définit comme la résultante d'une conception « opération de l'entendement, opposée à celle de l'imagination, soit reproductrice, soit créatrice²⁵⁵. » Ce travail de recherche s'inscrit pleinement dans cette définition de par notre volonté de création du concept d' « addictologie palliative » mais également de reproduction de celui des soins palliatifs, si nous validons la potentialité du nomadisme conceptuel avec ce dernier.

Nous retrouvons dans la définition du concept chez Kant, dans une acception plus large du terme (non restreint au seul champ scientifique), sa nécessité et sa fonction de structuration du savoir indépendamment de sa précision et délimitation : « Toute connaissance exige un concept, si imparfait et aussi obscur qu'il puisse être ; mais celui-ci, quant à sa forme, est toujours quelque chose de général et qui sert de règle²⁵⁶. » Le concept scientifique se doit d'être un signifiant intrinsèque fort et partagé au sein de la discipline qu'il alimente et en favorise également la structuration, sa compréhension, a minima par les scientifiques concernés. Car là est l'utilité du recours à la conceptualisation pour structurer mais également garantir la reproduction et diffusion des connaissances dans un périmètre étendu. Etant « une conscience de l'activité intervenant dans la synthèse du divers de la représentation d'après une règle qui en établit l'unité²⁵⁷ », le concept au travers cette structuration des connaissances qui le compose facilite sa reconnaissance aux deux sens de ce terme, soit sa capacité à être

²⁵⁵ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op.cit., p. 161.

²⁵⁶ Kant E., *Critique de la raison pure*, Paris, Flammarion, 2021, p. 183.

²⁵⁷ *Idem*, p. 19.

identifié, nommé sous cette dénomination et sa valorisation par l'attribution d'une pertinence et légitimité de fait scientifique. Nous retrouvons chez Isabelle Stengers cette notion présente chez Kant du concept comme une règle permettant de synthétiser, de coordonner des connaissances à partir de prédicats le caractérisant « en même temps qu'elles doivent se rapporter à un objet, il leur faut aussi avec nécessité s'accorder entre elles relativement à cet objet, c'est-à-dire posséder cette unité qui est constitutive du concept d'un objet²⁵⁸. » Le concept d'organisme présenté en début de chapitre offre aux sciences du vivant un outil de représentation partagé entre les différents pans les constituant. Il sera par la suite repris par les sciences humaines dans la même dynamique.

Les concepts peuvent être a priori, construits indépendamment de l'expérience, « par exemple chez Kant, les concepts d'unité, de pluralité²⁵⁹ » ou, dans la situation nous intéressant, a posteriori ou empirique : « c'est-à-dire des notions générales définissant des classes d'objet données ou construites, et convenant d'une manière identique et totale à chacun des individus formant ces classes²⁶⁰. » Notre exemple présenté en début de chapitre, concret et d'application pragmatique, correspond sans réserve à cet abord empirique, le concept d'organisme se décline sans perte ou altération de son sens premier dans les différents pans composant les sciences du vivant. Le concept, à entendre dans notre étude comme scientifique, comme déjà évoqué permet la structuration, l'étude et la définition d'un champ phénoménal, d'y subsumer les différentes perceptions et données, il a « vocation d'organiser un ensemble de phénomènes, de définir les questions pertinentes à son sujet et le sens des

²⁵⁸ Kant E., *Anthropologie du point de vue pragmatique*, op. cit., p. 182.

²⁵⁹ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op.cit., p. 160.

²⁶⁰ *Idem*, p. 160.

observations qui peuvent y être effectuées²⁶¹. » Pour illustrer ce propos, celui d'addictologie palliative possède comme objectif de qualifier, structurer et coordonner un ensemble de pratiques jusqu'à ce jour non corrélées. Ainsi dans notre recherche, l'addiction autorise une harmonisation des approches autour de la notion de « dépendance », des pathologies (alcoolisme, toxicomanie et tabacologie notamment) auparavant clivées par leur abord selon le produit psychoactif consommé. Mais les concepts ne sont pas isolés ni indépendant et ils se structurent également dans une dynamique de subordination à des concepts plus généraux. A titre d'exemple, les soins palliatifs s'agrègent dans un celui plus vaste de « soins ».

3.6. Déploiement d'une idée

Au regard du précédent paragraphe, la définition de concept est ouverte et autorise une reconnaissance aisée à de nouvelles propositions mais il se dessine également des critères plus restrictifs lors de son application à un domaine relevant de la science : « Nous ne savons comment définir a priori le critère permettant de distinguer entre l'extension triomphante par une métaphore de son réseau de ressemblance et d'analogies et la productivité d'un concept, générateur de problèmes nouveaux, de connexions inattendues entre domaines apparemment disjoints. En revanche, nous savons que notre incertitude, notre hésitation porte sur les argumentations à prétentions scientifiques. En d'autres termes, nous nous intéressons aux opérations menées par des scientifiques à l'adresse d'autres scientifiques²⁶². » La question ne repose donc pas tant sur la reconnaissance du caractère conceptuel de notre proposition

²⁶¹ Stengers I., *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*, op.cit., p. 11.

²⁶² *Idem*, p. 12.

d'addictologie palliative mais de sa scientificité, soit de sa capacité créatrice, des ouvertures et des apports qu'elle peut enclencher au sein de sa discipline. La métaphore à l'origine de ce travail ne peut donc se cantonner à la seule originalité de sa dénomination. En effet, les réflexions qui en découlent et ses contributions dans son domaine d'application déterminent le caractère scientifique de cette démarche s'adressant ici aux spécialistes de ces deux spécialités médicales. Cette nécessaire communication, « ces opérations à l'adresse d'autres scientifiques » précédemment citées, s'élabore au sein de la discipline dont le concept émerge puis avec celles en périphérie plus ou moins proche et en interagissant avec elle. Ce point introduit les questions relatives à la notion de « disciplinarité » et de ses nombreux préfixes (trans, inter, pluri, multi, in) qui peuvent la connoter et lui donner des orientations diverses. Ces importantes déclinaisons sont présentes dans la compréhension des mouvements des concepts circulant « d'une science à l'autre », pour reprendre le titre de l'ouvrage d'Isabelle Stengers, mais également, de fait, d'une discipline à l'autre. Dans ce contexte, la promulgation d'un nouveau concept requière la reconnaissance et l'appropriation par des pairs du concept dans sa dénomination et ses signifiants. L'autonomie acquise a minima au sein de sa discipline d'origine, soit sa capacité à exister indépendamment de ses créateurs, serait le signe explicite de sa cooptation. Donc, indépendamment de la qualité de son élaboration, le caractère scientifique d'un concept dépend de sa capacité à « pouvoir être pensé comme pur, détaché du langage naturel se définissant à partir du formalisme de la science qu'il organise²⁶³. » Le concept d'addictologie à l'instar de celui des soins palliatifs, répond à ces critères de reconnaissance et de validité au regard de sa diffusion au-delà de son réseau spécialisé. En revanche, dans cette logique, l'addictologie palliative devra nécessairement

²⁶³ *Ibid.*, p. 19.

s'imposer au sein de sa discipline d'origine puis, selon le degré de parenté octroyé (nomadisme ou simple métaphore) par rapport à son inspiratrice, avoir un écho auprès des professionnels de la médecine palliative. Cette reconnaissance d'un concept au sein d'une discipline est certes dépendante des spécialistes qui la composent mais également d'une nécessité s'y rattachant à un moment donné et dans un contexte, notamment sociétal (très prégnant dans le domaine médical) favorable, « un concept fonctionne (...) quand les opérations qu'il suggère, les points de vue qu'il privilégie correspondent à l'attente de l'époque. En cela, le choix des concepts indique la norme scientifique du moment²⁶⁴. » Dans l'historique des soins palliatifs nous avons observé cette corrélation entre la volonté de soignants exerçant auprès de personnes en fin de vie et l'évolution favorable des représentations de la société en sa faveur, alors pourtant « en concurrence » sur les mêmes principes d'une « mort dans la dignité » avec les mouvements promoteurs de l'euthanasie.

3.7. Pertinence de l'intuition originelle

A l'origine de ce travail de thèse, il existe le constat d'une absence de reconnaissance, voire de connaissance, d'une pratique de soins sans identité propre et de la nécessité de la conceptualiser, de lui procurer une dénomination à la hauteur des enjeux éthiques qui la parcourent. L'intuition initiale, l'idée instigatrice fut le constat de potentielles similitudes et opportunités qui se dessinaient lors du rapprochement de l'accompagnement des personnes dites en situation « d'addictologie dépassée » et les soins de la médecine palliative dispensée

²⁶⁴ Gervet J., « Comportement. Une réalité en quête de concept », in *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*, Paris, Ed. Seuil, 1987, p. 266.

essentiellement auprès des personnes en fin de vie. Le niveau de familiarité entre ces deux offres de soins, qui au premier abord ne semblent partager qu'une appartenance commune à la médecine, est à déterminer : simple métaphore, analogie... ou nomadisme. Dans le prolongement de notre questionnement relatif à la scientificité de notre intuition, il nous apparaît pertinent de l'interroger dans le contexte de la « disciplinarité » succinctement évoquée plus haut. Dans quelles proportions ces pratiques d'addictologie palliative peuvent s'inscrire dans une des modalités de cette « disciplinarité » déterminée par le préfixe alors attaché ?

La langue française nous offre de multiples notions pour caractériser qualitativement la proximité entre deux notions ou concepts. Avant d'engager notre réflexion sur la perméabilité du concept de soins palliatifs à l'addictologie, et inversement, l'analyse des qualificatifs pouvant être associés à notre intuition initiale est nécessaire pour déterminer ce qu'elle est ou n'est pas. Parlons-nous donc de ressemblance, similitude, métaphore, ou analogie ?

Une ressemblance : c'est dans notre présentation la notion la moins exigeante dans sa mise en œuvre. La précision, la rigueur et le nombre de critères employés vont influencer sur la force de signifiant de cette ressemblance. En effet, il est aisé de trouver un point commun entre deux objets de pensée pourtant bien distincts. Prenons l'exemple, peu élégant et erroné, mais courant, de « plante verte » pour décrire une personne en coma dit « végétatif ». Cela démontre le potentiel aspect réducteur de cette notion. Le « ressemble à » est cette première impression, expression de l'intuition initiale qui nous pousse à approfondir pour confirmer cette idée et poursuivre la réflexion pour dépasser les simples atours de la ressemblance.

Une similitude : caractère de ce qui est semblable, elle est une notion plus forte que la précédente, elle peut se définir comme une grande ressemblance « telle que l'on puisse s'y tromper (...) leur appliquer le même nom, ou agir de même à leur égard²⁶⁵. » Elle perd de cette force quand elle se définit dans un sens proche de l'analogie « qui figure autre chose, ou qui est figuré, par voie de correspondance ou d'allégorie²⁶⁶. » Les termes alors similaires ne peuvent être interchangeables a contrario du premier sens décrit. Est semblable ce que nous pouvons assimiler (quoique très différent en soi et même pour notre sensibilité), en nous fondant sur quelque analogie. Dans le dictionnaire d'André Lalande la notion de similitude est décrite comme subjective avec un périmètre de traduction vaste allant de « l'absolue indiscernabilité à la simple analogie ou plutôt à la simple possibilité d'un rapprochement, d'une comparaison²⁶⁷. » L'indétermination de cette notion ne nous permet pas d'y recourir pour identifier et caractériser le rapport entre les deux concepts clés de notre réflexion.

Une analogie : dans son sens courant, elle se définit comme « une ressemblance plus ou moins lointaine, particulièrement entre choses qui ne se ressemblent pas dans leur aspect général, et qui ne peuvent être subsumées sous un même concept²⁶⁸. » Au regard de cette description, notamment en lien avec l'impossibilité de subsumption, déterminer l'addictologie palliative au regard de son aînée comme « analogue » invaliderait toute possibilité de rapprochement conceptuel fort. En revanche, dans une autre acception, « analogue », alors synonyme de la « similitude », dans son application à la géométrie se détermine par des formes qui ne diffèrent que par leur échelle, soit la différenciation sur un critère. Ce

²⁶⁵ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op.cit., p. 965.

²⁶⁶ *Idem*, p. 965.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 965.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 51-52.

raisonnement nommé la « quatrième proportionnelle » peut se définir par « la détermination d'un terme par la connaissance des deux termes de l'un des couples, et l'un des termes du second²⁶⁹. » Ce sens de la notion autorise son recours pour décrire le processus de rapprochement sans invalider notre thèse. Cette logique géométrique trouve une traduction au sein de notre champ d'étude, l'élément de différenciation ne relevant plus d'une idée de grandeur ou de proportionnalité mais essentiellement de l'*êthos* soit son lieu d'exercice et d'application, la pathologie cible du soin ainsi que la discipline la contenant. Définir l'addictologie comme une analogie disqualifierait sa possibilité d'assimilation à la médecine palliative. En revanche recourir à un raisonnement par analogie, que nous utilisons dans nos démarches de comparaison, ne la compromet pas. Donc si même nous sommes amenés à invalider l'usage du terme d'« analogie » pour définir son rapport aux soins palliatifs, il ne sera pas exclu comme principe sous-jacent dans sa conceptualisation. Comme décrit plus haut dans ce paragraphe, l'analogie peut également se définir comme « une similitude réelle de rapport, de fonctions, ou de finalité soit comme une quatrième proportionnelle à trouver²⁷⁰. »

Une métaphore : la caractérisation de notre sujet au regard de ce terme est difficile à circonscrire dans le contexte de notre étude de par la complexité de cette notion et nécessiterait un approfondissement²⁷¹ peu pertinent au vu de notre problématique. Sa proximité et son intrication avec celle d'analogie, cette dernière étant le principe à la base structurant la métaphore, nécessitent une approche polysémique de la notion afin de différencier les modalités de réponse à cette question : l'addictologie palliative est-elle (ou se

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 52.

²⁷⁰ *Ibid.*, p. 53.

²⁷¹ La problématique de la métaphore dans le discours philosophique est prégnante et débattue par des auteurs contemporains notamment avec Jacques Derrida *La Mythologie blanche* [1971], *Le Retrait de la métaphore* [1983] et Paul Ricœur *La Métaphore vive* [1975].

résume-t-elle à) une métaphore ? Le sens du terme dans cette question, au regard du contexte, nous apparaît se rattacher ici à son usage courant soit purement esthétique. Cette approche littéraire de la métaphore inscrit l'addictologie palliative dans un processus « poétique » et la circonscrit à une simple figure de style, une métaphore dite *in praesentia* du fait de la concomitance du comparant, le palliatif, et du comparé l'addictologie. L'analyse ici réductrice de notre intuition à un jeu de mot n'est certes pas impertinente, ni exclusive. Pour rappel, l'étymologie de métaphore renvoie au transport d'une notion dans un autre contexte, une définition similaire à celle de l'analogie. « Loin de n'être qu'un simple jeu de langue ou une figure de style, la mécanique métaphorique repose sur notre aptitude à mettre en relation les uns avec les autres des domaines d'expérience très différents. C'est un moyen extrêmement performant de donner de la cohérence au monde qui nous entoure, que l'esprit humain a su développer au cours de son évolution²⁷². » Cet extrait d'un ouvrage de linguistique décrit les processus à l'œuvre et la puissance créative et conceptrice de la métaphore en faisant converger des éléments, ici des concepts, possédant de prime abord comme seule particularité commune, d'être des disciplines médicales. Sans donc connotation réductrice, voire péjorative, nous pouvons revendiquer le recours à la notion de métaphore pour définir cette intuition. Cet effet linguistique originel aura été l'instigateur de notre réflexion actuelle mais ce processus métaphorique poursuit son œuvre créatrice dans cette évolution d'un mouvement sérendipien vers un concept transcendant les disciplines médicales.

²⁷² Legallois D., « À quoi servent les métaphores ? », in Jean-François Dortier éd., *Les clés du langage. Nature, Origine, Apprentissage*. Auxerre, Editions Sciences Humaines, 2015, p. 66.

3.8. Sérendipité

Cette idée de rapprochement de l'addictologie et des soins palliatifs ne trouve pas son origine dans une démarche initiale de recherche spécifique et n'est pas non plus la résultante d'une réflexion approfondie et ciblée pour découvrir un moyen de valoriser ces pratiques cliniques extrêmes exemplifiées avec l'histoire de Patrick. Ce qui n'était initialement qu'une simple analogie prononcée lors d'une réunion clinique et resté à l'état larvaire exprimera tout son potentiel dans un second temps lors du début de nos travaux sur ces apories rencontrées auprès des personnes en situation d'addictologie dépassée. Le rappel bien plus tard de « C'est comme les soins palliatifs ! », prend alors pleinement sens et initie ce travail d'appropriation contre-intuitive du concept de soins palliatifs bien au-delà de son périmètre usuel. Nous pouvons présenter cette découverte comme de la sérendipité, mot créé par l'écrivain Horace Walpole²⁷³ à partir des contes persans. « La pérégrination des trois jeunes fils du roi de Serendip²⁷⁴. » Parfois résumé comme un simple fait du hasard ou présenté comme un synonyme de fortuit, Horace Walpole, dans la définition qu'il propose de cette faculté de découvrir, l'associe à la sagacité. Dans le conte, c'est bien la qualité et la liberté d'association d'idées des princes et leur attention à des détails jusqu'alors négligés qui est mise en avant, « Si la sagacité est du côté de la raison, le hasard renvoie à cette liberté imaginative, propice à l'émergence des idées incidentes, ces idées non cherchées qui révèlent le sens même de ce que l'on découvre²⁷⁵. » Cette attention à un fait surprenant, cette disponibilité d'esprit à une idée, dans notre situation incongrue, sont alors le point de départ d'une démarche pertinente et

²⁷³ Romancier anglais du XVIII^{ème} siècle.

²⁷⁴ L'histoire au cœur de ce concept est présente de nombreux textes hébreux, arabes, tamouls, persans, également reprise par Voltaire dans *Zadig ou la destinée* [1748].

²⁷⁵ Catellin S., Loty L., « Sérendipité et indiscipline », in *Hermès*, La Revue, vol. 67, n^o. 3, 2013, p. 33.

rigoureuse d'approfondissement. Cette démarche scientifique peut être l'amorce d'une découverte : « Sans la réceptivité, sans l'attention nourrie de savoir et d'expérience du chercheur, sans la liberté imaginative, point de sérendipité, point de découverte²⁷⁶. » Ce sujet de recherche, cette association de concept en dehors de leur zone de confort ne relève également pas uniquement du hasard mais elle est la résultante de la rencontre entre une expression et l'attente de soignants fortement investis, tant sur le plan professionnel qu'émotionnel, dans des accompagnements aporétiques.

La démarche sérendipienne, cet art de trouver ce que l'on ne cherchait pas, serait « parvenir à se laisser surprendre, puis imaginer une raison à ce qui étonne²⁷⁷ » soit ici dans le cadre de ces travaux, la prise de conscience de la présence d'éléments interpellant, voire séduisant, dans l'a priori incongruité de la juxtaposition de l'addictologie aux pratiques de la médecine palliative. Cette liberté d'association s'opposant aux inerties des méthodologies disciplinaires et à distance de leurs savoirs institués dans la réflexion scientifique, Sylvie Castellin et Laurent Loty l'associent à la notion d'indisciplinarité, qu'ils décrivent alors comme le refus de se soumettre à une discipline. La découverte ne pouvant uniquement découler des savoirs disciplinaires, les auteurs pointent que ces derniers peuvent endiguer les processus créatifs et que si la « sérendipité » et l'« indisciplinarité » ne correspondent de prime abord à la dynamique des sciences, ils sont essentiels dans la démarche scientifique, pouvant aboutir à la création de nouvelles disciplines à l'instar de notre projet.

Pour conclure ce paragraphe et introduire le suivant, cet extrait à venir définit cette liaison qu'offre l'indisciplinarité entre cette découverte que nous pouvons définir de

²⁷⁶ *Idem*, p. 34.

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 34.

sérendipienne et les réflexions qui transcendent les clivages apparents des deux disciplines au cœur de cette proposition de concept : « L'indisciplinarité peut mener à enrichir une discipline, peut faire appel à la pluri- ou à l'inter-disciplinarité, peut faire le constat de la transdisciplinarité ; mais elle affirme d'abord ce qui préside à ces attitudes : la conscience que la soumission à la discipline signifie la répétition sans invention. À différents degrés, toute découverte est à la fois sérendipienne et indisciplinaire²⁷⁸. » Face à cette impasse thérapeutique émanant de ces personnes dites en situation d'addictologie dépassée, notre recherche propose d'élargir l'espace de réflexion en s'extirpant du champ des possibilités pourtant déjà riche de la variété des approches existantes (notamment médicales, médico-sociales, sociales, néphalistes) et de ses savoirs, parfois dogmatiques, ici inopérants.

3.9. ...disciplinarité !

Pour définir les modalités d'interaction et de décloisonnement des champs d'études et de recherche, il existe une forte polysémie autour de ce concept de disciplinarité se caractérisant par cette multitude de préfixes « qui reconfigurent successivement et de manière complémentaire l'idée nodale de discipline²⁷⁹. » Les néologismes prédominants et mis en avant par Frédéric Dabellay sont la disciplinarité, la pluridisciplinarité (1969), l'interdisciplinarité (terme majeur créé en 1968), et la transdisciplinarité (1970) qui se sont imposées comme les notions dominantes dans la critique des effets pervers de la division du travail intellectuel. Nous allons dans la suite de ce paragraphe confronter ces notions centrales

²⁷⁸ *Ibid.*, p. 35.

²⁷⁹ Darbellay F., « Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? Entre unité et diversité. Nouvelles perspectives en sciences sociales », in *Sur le thème de l'interdisciplinarité*, Volume 7, n° 1, 2011, p. 71.

et esquisser un positionnement de notre réflexion actuelle interconnectant l'addictologie et la médecine palliative.

Disciplinarité.

Dans le champ de la médecine, si la notion de discipline médicale existe, le terme consacré est celui de spécialité qui correspond aux enseignements du troisième cycle des études médicales et la sixième année avec le choix d'internat. Il existe quarante-quatre spécialités réparties entre la médecine et la chirurgie, la médecine palliative à l'instar de l'addictologie n'intègre pas cette liste. Pour autant ils n'en sont pas moins des disciplines en s'inscrivant dans les termes d'une de ses définitions usuelles de « science, matière pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique²⁸⁰. » Nos deux terrains d'exercices étudiés relèvent d'enseignements dits complémentaires, optionnels ou transversaux²⁸¹ aux spécialités. La médecine, comme toutes disciplines²⁸², est segmentée puis subdivisée en sous champs disciplinaires. Nous ne retrouvons pas cette logique dans les autres cursus de la santé dits paramédicaux, dont les études en soins infirmiers, qui sont structurés par compétences et délivrent un diplôme généraliste²⁸³. D'autres enseignements et diplômes accessibles en dehors de leur cursus initial viennent compléter ce dispositif notamment des Diplômes Universitaires,

²⁸⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/discipline>, consulté le 16/02/2022.

²⁸¹ Avant la réforme du troisième cycle des études médicale c'étaient des Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires et à partir de 2017 on emploie la notion d'option à la spécialité ou de formation spécialisée transversale à plusieurs spécialités.

²⁸² Frederic Darbellay la décrit pour le champ des sciences humaines et sociales.

²⁸³ Des spécialisations existent également mais associées à une spécificité de pratique, bloc opératoire, puériculture et anesthésie. Le récent développement des cursus universitaire d'Infirmier de Pratique Avancée (Décret n°. 2018-633 du 18 juillet 2018), octroyant des compétences du champ médical, reprend une structuration sur une logique équivalente mais avec à ce jour seulement cinq domaines d'intervention.

formations le plus souvent pluri-professionnelles correspondant aux pratiques au cœur de ces deux approches, la première construite autour de la dépendance et la seconde de la fin de vie. Elles partagent également le fait d'être accessibles à la spécialité de médecine générale traduisant leur transversalité et leur complexité à être associée à un organe, une fonction, une période de la vie à l'image de la cardiologie, l'endocrinologie et la pédiatrie. L'addictologie et les soins palliatifs sont donc toutes deux à ce titre des disciplines rattachées ou intégrées à une (des) autre discipline au sein de laquelle elles peuvent se déterminer, exister, puis se développer en se reposant sur des fondements et la reconnaissance acquise. Frédéric Darbellay caractérise la disciplinarité : « par une institutionnalisation-standardisation des pratiques de recherche et d'enseignement dans une communauté scientifique donnée, socialement et historiquement située et régie par un paradigme qui définit les présupposés et les objectifs des savoirs à construire²⁸⁴. » Dans la présentation de l'historique de nos deux disciplines médicales nous retrouvons cette structuration progressive des fondements, de ses savoirs et de leur diffusion.

Pourtant issue du même corps, la médecine, les fragmentations consécutives des hyperspécialisations des branches de cette dernière complexifient, voire invalident, les possibilités de dialogues entre les sous-branches de son arborescence foisonnante, notamment dans ses acceptions somatiques et psychiques. Mais la médecine palliative et l'addictologie de par le positionnement de leurs pratiques au seuil de ces deux pans²⁸⁵ constituant l'humain possèdent cette particularité, définie par Michel Crozier et Erhard Friedberg de « marginal

²⁸⁴ Darbellay F., « Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? Entre unité et diversité. Nouvelles perspectives en sciences sociales », in *Sur le thème de l'interdisciplinarité, op.cit.*, p. 72.

²⁸⁵ Elles possèdent toutes deux de par leurs histoires des préoccupations résolument holistiques dans leurs offres d'accompagnement.

sécant » soit « un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires²⁸⁶. » Ces deux disciplines bénéficient d'une reconnaissance de leurs compétences, composantes somatiques, psychiques mais également volet social, profondément inscrite dans leurs offres de soins. Cette fonction d'intermédiaire est explicite dans leurs déclinaisons en équipes mobiles avec les Unités Mobiles de Soins Palliatifs (U.M.S.P.) et les Equipes de liaison et soins en Addictologie (E.L.S.A.). Leurs missions de conseils, formation et d'accompagnement des professionnels non spécialisés dans ces domaines sont explicitement inscrites par le législateur, avec pour objectifs de favoriser l'appropriation par l'ensemble des soignants de la spécificité de leurs connaissances et compétences. Résolument positionnées dans la transversalité elles contribuent donc aux interactions disciplinaires et à la circulation de leurs savoirs, mais cette dynamique reste circonscrite à leur cadre initialement déterminé, à leur « zone de confort » disciplinaire.

Même derrière les attraits d'une grande transversalité, cette disciplinarité des soins palliatifs et de l'addictologie, avec leur histoire et leurs normes spécifiques a certes favorisé le déploiement et l'expansion de leurs savoirs, mais elle les enferme également, contraint leurs champs des possibles et « représente dans le même temps une forme de barrière organisationnelle qui peut, selon les cas, freiner voire condamner par avance toute tentative de mise en dialogue²⁸⁷. » Si nous avons pu pointer précédemment des similarités entre ces deux

²⁸⁶ Crozier, M., Friedberg, E., *L'Acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1991, p. 86.

²⁸⁷ Darbellay F., « Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? Entre unité et diversité. Nouvelles perspectives en sciences sociales », *op.cit.*, p. 67.

disciplines, elles se situent essentiellement sur le plan des modalités de fonctionnement, soit sur la forme, mais dans leur contenu, leur idéologie et leur public cibles, « cœur de métier » restent de prime abord distincts. Un dialogue, un partage apparaissent alors impertinents, inenvisageables et revêtent un aspect « contre-intuitif » dans la dénomination même de notre proposition de concept.

Pluridisciplinarité.

La pluridisciplinarité, que l'on retrouve également dénommée avec le préfixe multi, se caractérise par le regard porté sur un même objet d'étude sous l'angle de vue de différentes disciplines de manière séquentielle et indépendamment les unes des autres, « par l'addition-juxtaposition de plusieurs disciplines, sans véritable interaction entre eux²⁸⁸. » Nous retrouvons cette approche en médecine avec l'étude d'une pathologie, d'une problématique selon le regard et le cœur de métier du professionnel l'abordant. Cet abord engendre un « découpage » sémiologique de la situation où chaque corps de métier apporte une analyse, une réponse. Il n'est pas sans similitude avec le reproche souvent adressé à la médecine de morcellement des personnes en organes ou fonctions, conséquence de son hyperspécialisation. Au-delà du champ d'étude médicale cette pluralité se retrouve dans la composition, plus ou moins riche mais toujours plurielle, des équipes constituantes. Du fait du paradigme holistique des approches addictologiques et palliatives, la composition du groupe professionnel animant ces disciplines est nécessairement d'une grande variété pour répondre à la complexité des situations cliniques et de leurs conséquences. Mais cette pluralité des compétences ne garantit

²⁸⁸ *Idem*, p. 73.

pas la collusion, ici au bénéfice du patient, de leurs connaissances et peut se limiter à une juxtaposition.

Pour imager cette pluridisciplinarité, le travail se réalise certes côte à côte avec une porosité de leurs délimitations aux savoirs qu'ils produisent sans pour autant l'analyser ensemble ni confronter leurs visions, soit une forme simpliste de cohabitation dans l'objectif d'enrichir les savoirs au profit de la discipline porteuse de l'objet d'étude. Notre travail de recherche faisant converser ces deux disciplines, pointe leurs similitudes et divergences au-delà de ce simple regard croisé sur ces situations extrêmes précédemment décrites d'« addictologie dépassée ».

Interdisciplinarité.

L'interdisciplinarité injecte cette interaction absente de la pluri. L'étymologie étant explicite sur cette spécificité, inter signifiant « entre » et qui exprime dans ce contexte la réciprocité « décrire, analyser et comprendre la complexité d'un objet d'étude commun²⁸⁹ » qui fait écho à notre démarche dialoguiste. Nous ne pouvons pleinement transposer à notre méthodologie cette dynamique interdisciplinaire abordée dans nos documents ressources dans une logique de fonctionnement universitaire, en effet dans la définition de cette dernière est sous-tendue une collaboration volontariste de spécialistes d'horizons différents. Mais si la forme de notre approche de confrontation descriptive d'un concept à un domaine d'application non envisagé à ce jour, ni même envisageable, ne correspond pas pleinement,

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 74.

nous pouvons avancer une plus grande correspondance sur le fond. Nous retrouvons cette confrontation de disciplines pour répondre à un nouvel enjeu, ici une aporie clinique, et de mise en commun de savoirs disciplinaires : « il peut s'agir d'opérations de transferts ou d'emprunts de concepts ou de méthodes d'un champ scientifique à l'autre²⁹⁰. » Notre travail de recherche partage ce que l'auteur nomme dans ce même texte une hybridation des disciplines. Cette dernière permet l'étude et le traitement de problèmes complexes ne pouvant être solutionnés à partir d'une seule discipline et qui se matérialise par une mise en dialogue d'entités qui a priori ne partageaient que peu de sujet de conversation, une mobilisation et un rapprochement de leurs compétences et savoirs, une ouverture aux méthodes de l'autre. Notre finalité, l'émergence d'un concept d'« addictologie palliative », innovant pour les deux disciplines en jeu, est convoitée selon cette logique : « l'objet de connaissance, complexe et émergent, est ainsi co-construit dans et par le processus interdisciplinaire sur la base des compétences existantes, tout en étant irréductible à l'un ou l'autre des points de vue disciplinaires concernés²⁹¹.» Pour envisager un abord satisfaisant des personnes en situation d'addictologie dépassée, le détour par les pratiques et les connaissances de la médecine palliative est, dans nos travaux, requis.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 75.

²⁹¹ Lemay V., Darbellay F., *Interdisciplinarité racontée, chercher hors frontières, vivre l'interculturalité*, Berne, Peter Lang, 2014, p. 127.

Transdisciplinarité.

La pluridisciplinarité est insuffisante, l'« inter » partiellement correspondante, la « trans » recouvre des spécificités, s'inscrit dans une complémentarité au regard de ce que nous venons précédemment d'évoquer.

La transdisciplinarité, notion inventée par Jean Piaget en 1970, s'inscrit donc « au travers » et « au-delà » des disciplines, s'affranchissant de ses frontières visant à répondre à la complexité de l'humain, « sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance²⁹². » Cet « au-delà » va notamment se manifester selon une deuxième orientation plus pragmatique, participative et appliquée qui intègre des acteurs externes aux différents champs disciplinaires et scientifiques, nous pouvons citer les patients usagers des systèmes de soins et les acteurs politiques. Pour les premiers, les modèles de soins des deux disciplines concernées fonctionnent sur un modèle d'intégration des usagers tant dans leur dimension individuelle que collective et associative (les mouvements néphalistes en addictologie et les associations de bénévoles très présents depuis l'émergence des soins palliatifs). Pour les deuxièmes, l'impact des consommations de psychotropes en matière de santé publique ainsi que la forte intrication avec le système judiciaire de l'addictologie et la prégnance des enjeux sociétaux relatifs à la fin de vie dans la structuration et le développement des soins palliatifs requièrent la participation des protagonistes politiques au sens large du terme. « Les notions de transdisciplinarité et d'intégration sont aujourd'hui

²⁹² Lascaux M., Morel A., « Chapitre 31. Transdisciplinarité et traitements intégrés », in Alain Morel éd., *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod, 2019, p. 421.

essentielles pour comprendre les addictions et intervenir auprès des personnes qui en souffrent²⁹³. »

Dans cette logique de décloisonnement des disciplines, la transdisciplinarité intensifie, dans une démarche intégrative, cette logique de réseau et elle l'alimente aussi car elle « s'applique également à l'exploration des relations complexes qui se tissent dans la mise en dialogue entre les cultures scientifiques issues des sciences humaines et sociales, ainsi que des sciences techniques, de la vie et de la nature²⁹⁴. »

De par la complexification de leur construction et déploiement, nous pouvons déterminer les dynamiques inhérentes à l'addictologie et à la médecine palliative comme relevant résolument de la transdisciplinarité. En revanche notre démarche reste circonscrite à un dialogue entre ces deux disciplines, à un décloisonnement du champ d'application des soins palliatifs et à l'ouverture de l'addictologie à un concept de soins de prime abord inadéquat. Nous nous inscrivons donc plus naturellement dans une logique d'interdisciplinarité, notion amplement étudiée mais qui ne possède pas de théorie unifiée. Face à ce constat, Frédéric Darbellay préconise une culture de la tolérance réciproque entre les disciplines et une forme d'empathie (inter-) disciplinaire - soit d'accepter un décentrement pour répondre à un problème irréductible à un seul regard disciplinaire et mieux appréhender la complexité de l'homme.

²⁹³ *Idem*, p. 431.

²⁹⁴ Darbellay F., *Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? Entre unité et diversité. Nouvelles perspectives en sciences sociales*, op.cit., p. 76.

Le cœur de notre apport se trouve dans l'emprunt de ce concept fort en sens et en symbolique des soins. Il s'agit de déterminer si cette migration peut se réaliser sans en trahir l'essence originelle et permettre la circulation des savoirs inhérents.

3.10. Nomadisme des concepts

Le concept nomade est un outil courant et documenté, véritable passerelle offrant des espaces de médiation et de circulation des savoirs entre les disciplines scientifiques. Il favorise également la création de nouvelles connaissances et disciplines, « Il ne fait pas réellement de doute que les emprunts et les transferts de concepts, de théories ou de méthodes d'une discipline à l'autre sont générateurs de savoirs nouveaux et interdisciplinaires²⁹⁵. » Ce nomadisme conceptuel est au service des scientifiques une source d'enrichissement de leurs savoirs indépendamment de leur discipline d'origine et correspond pleinement aux objectifs de nos travaux. A l'image de la migration du concept d'organisme qui favorisa la structuration des savoirs de la discipline naissante des sciences humaine, l'emprunt du concept de soins palliatifs autorise l'émergence de pratiques et savoirs nouveaux en addictologie.

²⁹⁵ Darbellay F., *la circulation des savoirs, interdisciplinarité, concepts nomades, analogies, métaphores*, Berne, P. Lang, 2012, p. 14.

Pertinence et reconnaissance.

Comme nous venons de le voir, la question n'est pas tant de savoir si les concepts peuvent circuler ou si les disciplines possèdent une perméabilité suffisante pour permettre ces migrations entrante et sortante mais de comprendre les mécanismes de ces extrapolations et intégrations transdisciplinaires permettant d'envisager la réussite d'une greffe d'une construction symbolique médicale tel que celui du soin palliatif. En effet si la question de la possibilité du détournement de ce concept se pose, nous devons également nous interroger sur la capacité de l'addictologie et de ses praticiens à l'assimiler et à lui octroyer la possibilité de s'enraciner et de se développer dans son application auprès des patients et par les soignants concernés. Possède-t-il le polytopisme requis, cette capacité à habiter plusieurs lieux et coexister avec la complexité de ces nouveaux objets d'études, « comment des concepts, des théories ou des méthodes circulent, s'échangent, s'empruntent, se transfèrent et se transforment dans le passage d'une discipline à une autre²⁹⁶ ? » La finalité de cet emprunt, d'une métaphore et de son réseau de ressemblances et d'analogie est, précisons-le, opérationnelle et pragmatique.

Isabelle Stengers nous rappelle que les démarches de légitimation scientifique s'inscrivent dans « un champ mouvant, instable, travaillé par les acteurs qu'il est censé définir, sans cesse redéfini par les opérations qui s'y tentent, réussissent ou échouent²⁹⁷. » Si l'origine et la finalité de nos recherches relèvent du domaine de l'addictologie, celles-ci interrogent également la discipline des soins palliatifs dans son *ethos*, ses lieux d'habitation,

²⁹⁶ *Idem*, p. 13.

²⁹⁷ Stengers I., *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*, op.cit., p. 10.

son périmètre de diffusion, soit les spécialités et les pathologies auprès desquelles elle peut trouver une application.

Notre proposition d'addictologie palliative, de sa formulation, en associant deux notions étrangères, à sa matérialisation sous la forme d'accompagnements et d'applications à première vue différents, répond aux rôles des concepts scientifiques qui, pour l'autrice précédemment citée, possède pour première définition de ne point laisser indifférent, d'impliquer et d'imposer une prise de position. Pendant nos recherches nous avons eu l'opportunité de réaliser de successives présentations auprès de publics rompus à l'emploi du doute philosophique et/ou essentiellement issus du champ médical, dont notamment la médecine palliative. Les retours, échanges et questionnements recueillis auprès de ces professionnels avertis témoignent de l'intérêt suscité par cette proposition de déplacement des réflexions cliniques et éthiques et d'un savoir-faire riche de plus d'un demi-siècle d'expérience en France. C'est la reconnaissance de cette proposition et son appropriation par les spécialistes (chercheurs, enseignant et acteurs de terrain) qui lui permettront de ne pas être résumée à de l'idéologie et d'être identifiée comme un concept scientifique qui a « pour vocation d'organiser un ensemble de phénomènes, de définir les questions pertinentes à son sujet et le sens des observations qui peuvent y être effectuées²⁹⁸.» De ces premiers contacts informels, ici sans appareillage scientifique, ressortent une absence d'opposition rédhibitoire et une possibilité d'échanges, une ouverture à de potentielles controverses.

Même si « le problème n'est plus, dès lors, celui de l'origine des instruments conceptuels, ou de la légitimité de leur transport, mais celui de l'intérêt et de la signification

²⁹⁸ *Idem.*, p. 11.

des questions posées grâce à elle dans ce domaine de connaissance²⁹⁹», nous allons confronter dans le paragraphe suivant les mécanismes à l'œuvre dans la circulation des savoirs, dans cette « propagation » des concepts, aux éléments de notre proposition afin d'interroger sa pertinence et sa scientificité qui doit ici conquérir sa reconnaissance.

Propagation

La propagation évoque le pouvoir d'extension et d'organisation des concepts scientifiques sous l'impulsion d'acteurs, à notre image, impliqués et intéressés par sa réussite. L'enjeu est ici l'obtention, à l'issue de cette démarche de transfert de concept, du titre de science, titre qui doit être conquis. La reconnaissance de l'addictologie palliative comme concept est intriquée à celle de sa scientificité. C'est ce statut de concept scientifique qui lui permet de dépasser de la notion de métaphore, de reconnaître cette spécialisation à la croisée des disciplines addictologique et des soins palliatifs. C'est également affirmer son autonomie et sa capacité à se développer, se propager à son tour, indépendamment de son modèle. Sa définition, au regard des soins palliatifs, est donc essentielle, soit comme un nomadisme avec les intrications citées plus tôt, soit comme l'application des soins palliatifs à un nouveau domaine fortement associé à la santé mentale. Dans ce second cas, même si nos travaux cherchent à démontrer une forme de filiation, elle se cantonne à son essence, sa philosophie sous-jacente, les transcriptions pratiques et le public cible de l'addictologie palliative s'avérant différentes. Si la considérer comme la déclinaison de la médecine palliative à un

²⁹⁹ Stengers I., « Du bon usage des concepts scientifiques. Le colloque de Cerisy sur l'auto-organisation, deux ans après... », in *Le débat*, n°.26, 1983, p. 192.

nouveau champ d'exercice est alléchante pour notre démarche - qui s'applique à capter son aura au profit d'une population et d'une typologie d'accompagnement peu valorisées - le degré de parenté se présente de prime abord bien moins fort. Cette question du lien généalogique entre notre proposition de concept et celui qui l'a inspiré sera abordé de façon plus approfondie notamment dans leurs fondements dans la partie *Contre-expertise sur le concept d'addictologie palliative*.

La notion de propagation peut s'employer lors de la réussite de cette opération, lorsque, à l'image de « l'organisme » et de la place qu'il a acquis dans le domaine des sciences humaines, le concept est reconnu capable d'organiser l'étude d'un champ phénoménal et qu'il « prend l'allure d'un processus naturel³⁰⁰. » En amont, ou en cas d'échec de cette reconnaissance, toutes les démarches seront assimilées à une opération de propagande n'ayant pas pu s'extraire des controverses qui accompagnent son déploiement.

« L'usage de la métaphore maintient la mémoire de son origine³⁰¹ » et la présence de la notion de palliatif adossée à celle d'addictologie est essentielle pour le développement, la communication et la valorisation de ce concept. Mais, cette démarche vise *in fine* la conquête de son autonomie, soit sa capacité à être pensé comme pur et défini à partir de sa discipline et qu'il puisse à son tour devenir la référence, le point de départ pour d'autres opérations de propagation. Cette autonomisation de l'addictologie palliative pourrait ainsi se traduire par son application à d'autres pans de la santé mentale comme la psychiatrie ou dans des pratiques d'accompagnement essentiellement sociales et détachées de son volet médical. Cette

³⁰⁰ Stengers I., *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*, op.cit., p. 17.

³⁰¹ *Idem*, p. 18.

disposition est un élément affirmant également sa distinction au regard d'une simple métaphorisation qui ne possède pas cette force créatrice.

Pour conquérir ce statut de concept nomade, dont seul le destin permettra d'affirmer son adéquation, toute démarche de métaphorisation à l'instar de nos travaux, doit argumenter l'homogénéité de la puissance organisatrice et explicative, soit les caractéristiques la définissant, du concept dans son contexte de référence. Pour acter la propagation du concept fondateur des soins palliatifs à l'addictologie, nous devons démontrer la transposition et une homogénéité du mode de caractérisation de l'addictologie palliative avec son domaine d'application premier. L'existence de certaines formes de controverse à l'encontre de cet argumentaire fondateur peut également témoigner de la réalité de son statut de concept scientifique et de son autonomie notamment si elles portent sur l'adéquation du concept : « sur ce qu'il nie et que certains voudraient voir reconnu, sur ce qu'il organise et que certains voudraient voir organisé sur un autre mode³⁰². » De cette proposition conceptuelle émanent de nombreuses interrogations qui pourront être à l'origine de potentielles sources de controverses lors de son déploiement. Nous pouvons à titre d'exemple citer celles pouvant potentiellement se dégager autour des notions de « fin de vie » qui s'inscrivent dans des temporalités éminemment distinctes, d'« impasse thérapeutique » dont nous avons précédemment abordé la problématique de la volonté. Sans remettre en question la pertinence des réflexions émises sur le recours aux principes et à la philosophie de cette typologie de soin élaboré autour de la fin de vie, la conservation du mot « palliatif » dans la dénomination de ce concept est également interrogeable.

³⁰² *Ibid.*, p. 20.

Les enjeux de nos recherches et de notre volonté de concrétiser cette opération de propagation des soins palliatifs vers l'addictologie sont essentiellement à deux niveaux, liés à la résolution pragmatique de l'aporie engendrée par les personnes en situation dite d'addictologie dépassée et la valorisation de pratiques d'accompagnement. Isabelle Stengers parle pour le premier, d'enjeux circonstanciés et pour le second d'enjeux liés aux intérêts de prestige et d'autorité attachés aux démarches scientifiques qu'elle baptise « durcissement » et « capture ».

Durcissement et capture.

La notion de durcissement renvoie ici à celle des sciences dites « dures », notion subjective associée à un jugement de valeur, et renvoyant aux caractéristiques de maturité, d'autonomie qui leur sont le plus souvent associées, soit une indépendance à l'égard des évolutions de la société « à l'abri surtout d'une demande de compte extérieure quant à la pertinence de ses définitions, de sa démarche³⁰³. » Les sciences dures (la physique, les mathématiques, ...) traditionnellement s'opposent aux sciences humaines et sociales dites alors « molles » dont certaines de leurs spécialités ne sont pas étrangères à notre travail. Le durcissement vise à conférer de façon non arbitraire au concept le statut d'organisation incontestée de par son adéquation au champ qu'il prétend organiser soit une forme d'immunisation de la discipline. Appliqué à notre sujet, sur le modèle de la migration du concept d'organisme de la biologie aux sciences humaines, le durcissement doit permettre d'apporter une rationalité scientifique à l'addictologie palliative en s'appuyant sur le modèle

³⁰³ *Ibid.*, p. 22.

des soins palliatifs. Il est un des facteurs de réussite d'une opération de propagation d'un concept.

La capture se définit par un abord épistémologique s'avérant alléchant pour caractériser notre démarche qui s'élabore, pour une part non négligeable, sur une étude approfondie des définitions des soins palliatifs et de l'addictologie afin d'en identifier les accointances et les perméabilités respectives. Mais la capture est également le fait de spécialistes des sciences dites dures, reconnues et « porte de manière générale sur une notion ou un problème culturellement chargé de sens ; (...). Sa réussite éventuelle apporte à la science en question le bénéfice de la charge de sens dont elle peut désormais se faire l'interprète et le juge³⁰⁴. » Cette essence de la capture ici décrite est distinctement à l'œuvre dans l'exemple de l'organisme. En effet, la discipline des sciences humaines alors naissante, bénéficie des effets structurants de ce concept majeur des sciences du vivant et il contribue également à la reconnaissance de son statut de sciences à part entière. Cette opération d'appropriation, octroie à ces scientifiques une reconnaissance de leurs expertises par rapport à la notion en jeu indépendamment de leur discipline. Le statut des disciplines en jeu, même sous un angle de vue élargi de la médecine permettant de les regrouper sous une même entité, autorise de caractériser notre emprunt conceptuel de « capture ». En effet la médecine, dont le statut même de science est discuté au profit de celui d'art, ne peut être caractérisée de science exacte, terme également employé pour nommer les sciences dures.

Même si le principe de durcissement s'impose pour caractériser notre approche, l'objectif premier de ce paragraphe n'est pas ici de déterminer à quelle typologie de

³⁰⁴ *Ibid.*, p. 23.

manœuvre, capture ou durcissement, est assimilé notre recours au nomadisme du concept de soins palliatifs. La compréhension des différents mécanismes à l'œuvre dans ces phénomènes de propagation, les enjeux et la pertinence qu'il y a à recourir à la notion de concept nomade ici prédominent.

« Durcissement », dans le contexte de nos recherches, ne signifie pas une volonté de faire de l'addictologie une science dure (Cette dernière peinait encore récemment à améliorer sa reconnaissance auprès de la communauté médicale) mais d'améliorer la crédibilité et la visibilité au sein d'une discipline, d'affirmer son autonomie et de valider sa composante scientifique, sa scientificité. « Durcissement » ici signifie gagner en scientificité, une des caractéristiques incontestées des sciences dures.

Sens, enjeux.

Pour poursuivre cette réflexion, nous reprenons les questionnements relatifs à la conception d'une science mis en exergue par Isabelle Stengers dans son introduction : « une science où à l'idéal de durcissement se substituerait l'attention à ce qui met en question la pertinence d'une approche ? Une science où les opérations de capture ne se feraient pas au nom d'un droit à faire reconnaître, mais du risque qui seul permet d'apprendre du nouveau, de comprendre les rapports au-delà des différences, mais aussi des distinctions au-delà des ressemblances³⁰⁵ ? » Ces interrogations nous interpellent sur le sens de cette proposition de nomadisme du concept de soins palliatifs, certes toujours au sein de la médecine, mais dans

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 25.

un milieu et contexte forts différents, et les motivations qui en sont à l'origine. En corrélation avec les argumentaires sur la propagation des concepts nous insistons sur l'importance de la reconnaissance de notre proposition de concept tant par la captation de l'aura et de la publicité dont bénéficie la médecine palliative depuis de nombreuses années que par l'acceptation et la diffusion d'une nouvelle dénomination d'une pratique jusqu'à présent anonyme et non qualifiée. Mais, il ne faut pas oublier l'enjeu de ces travaux de recherche qui est l'identification de l'accompagnement auprès de personnes dites en situation d'addictologie dépassée jusqu'alors ni définies ni même identifiées. La question centrale est bien celle de leurs existences mêmes. Cette propagation vers l'addictologie vise in fine la valorisation, la révélation de pratiques professionnelles complexes puis l'identification des besoins spécifiques et la construction des savoirs correspondants. La prise de risque de métaphorisation « palliative » s'inscrit dans cette perspective de « comprendre les rapports au-delà des différences mais aussi des distinctions au-delà des ressemblances » citée plus haut.

Ce mécanisme d'emprunt permet de faire évoluer l'intuition d'une opinion à un concept scientifique controversé, mais dans l'optique de le rendre incontesté.

Influence.

Nous ne pouvons pas restreindre notre démarche à une simple influence, action qui « s'exerce d'une façon graduelle, continue, presque insensible³⁰⁶ » des soins palliatifs sur la

³⁰⁶ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie, op.cit.*, p. 513.

détermination du concept que nous construisons. Nous sommes dans un procédé disruptif qui requière de ne pas réduire une innovation conceptuelle à des « influences » et de ne pas les concevoir dans la passivité mais sur le mode actif. Les notions associées au concept porteur sont transposées, traduites dans un contexte différent, modifiant alors la portée de ces notions, leur sens.

La notion, le mot même de « palliatif » est un puissant signifiant lui conférant une reconnaissance bien au-delà du cercle des professionnels soignants qui le mettent en œuvre, le concrétisent, auprès du grand public notamment dans les nombreux débats de société autour de l'euthanasie auquel s'oppose ardemment la médecine palliative. Ses signifiants de fin de vie et d'impasse thérapeutique sont prégnants et voyagent sciemment avec cet emprunt conceptuel dans une perspective précise, créer un nouveau concept, en s'inspirant de notions existantes, définir ce qui jusqu'à présent n'était pas nommé : « Déracinés et débaptisés, les mots et les concepts voyagent, mais confirment justement dans le tracassé de leurs tribulations leur caractère de production historique et de produit local. Ceux qui les emportent ou les importent le savent bien, qui choisissent en les annexant de nommer ce qui n'étaient pas dit, de faire exister une chose nouvelle, d'afficher leur étrangeté à ce qui les entoure³⁰⁷. » La persistance de la notion de palliatif dans le nom de notre concept s'inscrit dans le souhait d'en conserver la puissance symbolique et la force de son signifiant, des idées qui restent attachées à ce mot indépendamment du contexte d'emploi.

³⁰⁷ Christin O., *Dictionnaire des concepts nomades en sciences humaines*, Paris, Métailié, 2010, p. 15

Positionnement et perspective.

Une autre question peut s'imposer à nous : parler d'addictologie palliative comme la concrétisation d'une métaphorisation en une nouveauté conceptuelle est-elle la lecture la plus pertinente de cette dynamique ? Pouvons-nous l'envisager non plus comme un redéploiement en dehors de ses frontières avec des codes différents mais comme un vaste décloisonnement du champ d'applications disciplinaire de la médecine ? Dans une projection à court ou moyen terme, cette optique ne semble guère envisageable. En effet, cette proposition de concept correspond uniquement à une problématique émergeant de la discipline addictologique. Elle ne répond pas à un besoin, à la réalité des pratiques et des attentes du terrain de ces professionnels qui exercent auprès des personnes en fin de vie objectivée par des problématiques essentiellement somatiques. Dans une projection à long terme, l'avènement d'une addictologie palliative avec une reconnaissance et une existence pragmatique, un rapprochement transdisciplinaire peut offrir à la médecine palliative une possibilité de décloisonnement de son périmètre d'action, notamment vers les spécialités attachées à la santé mentale mais cela nécessiterait une modification du paradigme au sein duquel elle évolue actuellement.

Nous allons dans le chapitre suivant faire dialoguer le concept de soins palliatifs, dans ce qui la constitue, avec les situations émergeant des personnes dites en addictologie dépassée. Un approfondissement de la comparaison entre l'*éthos* propre à chaque discipline est réalisé afin de dépasser le premier niveau d'apparence déterminé par la définition des soins palliatifs.

Partie IV

Contre-expertise sur le concept d'« addictologie palliative »

Partie IV : Contre-expertise sur le concept d'« addictologie palliative »

Avant d'aller plus loin dans le développement de ce concept, titre de cet ouvrage, il me semble important de clarifier, de confronter cet emprunt terminologique, « addictologie palliative » à une discipline phare de la médecine, les « soins palliatifs ».

Est-il pertinent, correct, de recourir au concept de « soins palliatifs » pour une application au domaine de l'addictologie ? Dans nos précédents écrits, nous privilégions le terme d'« accompagnement » à celui de « soin », l'idée porteuse du « prendre soin » restant identique. Cette notion d'accompagnement est également très présente dans les travaux et références en médecine palliative³⁰⁸, un certain nombre d'ouvrage et de recommandations, notamment de l'ANAES³⁰⁹ et du Comité Consultatif National d'Ethique (C.C.N.E) et parcourt les écrits s'y rapportant³¹⁰. Ce terme d'« accompagnement », défini, dans une forte proximité à celui de « soin » par le Petit Larousse, comme l'« ensemble d'actions et d'attitudes médicales et paramédicales visant à guérir ou soulager une personne atteinte d'une maladie grave de longue durée³¹¹ » est plébiscité dans le champ de l'addictologie et trouve de nombreuses similitudes avec le champ social où cette dénomination est équivalente pour le travailleur social à celui de « soin » pour le soignant qu'il soit médical ou paramédical.

³⁰⁸ « Médecine de la douleur et Médecine palliative » est la dénomination « officielle » et relève d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) au sein du cursus d'étude médicale. Il s'agit donc d'une surspécialité non qualifiante au même titre que l'addictologie sanctionnée par le DESC I.

³⁰⁹ Conférence de consensus : L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, ANAES, Janvier 2004.

³¹⁰ Mais le recours à la dénomination même d'accompagnement reste nettement en retrait au regard de celle de soin.

³¹¹ *Le petit Larousse Grand format 1999*, Paris, Larousse-Bordas, 1998, p. 33.

4.1. Enjeu d'une quête identitaire, entre construction et reconnaissance

L'intuition d'une addictologie palliative a émergé face à l'impossibilité de certains patients, une minorité, à s'inscrire dans l'offre thérapeutique addictologique, au sens du *cure*. Le *cure* passe par une modification du rapport à l'objet de la passion, le plus souvent un produit psychoactif. Il tend vers l'abstinence ou une consommation non délétère, dite contrôlée. Notre intuition s'est donc construite indépendamment des référentiels et de l'expérience issue des soins palliatifs usuels, d'où l'importance de pouvoir situer, confronter le concept que nous proposons à la référence canonique, construite et légiférée, amplement documentée et source d'une foisonnante réflexion éthique et pratique. Mais au-delà de la question de ces disciplines médicales que tout semble opposer, les tentatives d'assimilation de la cancérologie à l'alcoologie pourraient apparaître hasardeuses. Substantiellement elles nous semblent pourtant partager une préoccupation essentielle, celle de maintenir une force de proposition de soins, d'accompagnement d'un être en souffrance dans des impasses thérapeutiques. Cette proposition d'appropriation du titre de soins palliatifs apparaît intuitivement correspondre à l'approche élaborée empiriquement auprès de cette population à l'extrême de notre discipline, l'addictologie. Il est primordial de pouvoir déterminer ce positionnement au regard de l'original, du précurseur. La première interrogation à laquelle nous allons devoir répondre, de façon moins binaire que la question elle-même, sera de déterminer si l'addictologie palliative est un dévoiement du concept initial, soit une production hors A.O.C., ou un simple emprunt terminologique.

La conception de ce chapitre repose sur la confrontation du concept de soins palliatifs aux situations dites d'addictologie dépassée en analysant les éléments de convergence, divergence, familiarités ainsi que les pistes de réflexions pouvant être utiles dans cette démarche de recherche. Elle tente de reprendre le cheminement de cette confrontation, des

doutes qui sont apparus progressivement au fur et à mesure de l'avancée de nos explorations sur le soin palliatif, du point de départ s'appuyant sur les définitions de l'O.M.S., à la découverte empirique des soins palliatifs et de ses acteurs de terrain. Dans la construction et l'application du concept d'addictologie palliative, cette question d'appartenance à une discipline reconnue et valorisée, pas seulement sur le plan financier, peut apparaître controuvée. Mais au-delà du partage d'un même mot et signifiant, se pose la question de la reconnaissance de pratiques non identifiées auprès des soignants mais également la reconnaissance d'une spécialité, l'addictologie et d'une maladie, l'addiction auprès d'un plus large public professionnel ou non.

L'enjeu de cette quête identitaire, à l'image de la recherche en paternité pourrait s'apparenter à une question shakespearienne, « être ou ne pas être » de la discipline. Il ne se limite pas à la question de la filiation et de l'autorisation de porter un nom de famille, ici « soin palliatif. » Cette confrontation à la référence s'inscrit bien dans un projet, un besoin de construction d'une identité. A l'image d'un adolescent, le concept d'addictologie palliative doit encore se forger, s'affirmer, soit dans l'appartenance, soit dans l'opposition à une référence installée et distinctement identifiée. Trois objectifs majeurs découlent de cette quête : Tout d'abord il faut s'inscrire dans une perspective de construction par comparaison, rapprochement³¹² incluant l'emprunt aux questionnements et références éthiques, philosophiques et cliniques inhérents à cette dynamique.

Ensuite il s'agit de recourir à une dénomination à haute valeur ajoutée pour des pratiques soignantes présentant de forts impacts émotionnels c'est-à-dire pouvoir être nommé,

³¹² Pratique connue sous le nom de *benchmarking*.

circonscrit à la hauteur des enjeux sanitaires et éthiques que soulèvent cette poignée d'hommes et femmes confrontés à cette submersion du toxique, quel que soit le côté de la seringue où ils se situent, patients et blouses blanches confondus

Enfin, il faudra capter l'aura et l'attention acquise auprès du grand public. Point important pour ces pratiques à ce jour sans reconnaissance, sans nom même, en dehors de cette proposition d'addictologie palliative au cœur d'une discipline qui peine encore à obtenir ses lettres de noblesse tant auprès du corps médical que du grand public. La force du signifiant et des représentations bienveillantes que les soins palliatifs ont gagnés depuis leur création il y a un demi-siècle est potentiellement un vecteur positif de reconnaissance ou d'interpellation. L'objectif est ici de susciter un questionnement, de l'intérêt.

4.2. *Dubito ergo sum*, construction et déconstruction d'une intuition :

Notre première idée, plus intuitive que construite, fut d'affirmer l'appartenance de l'addictologie palliative à la grande famille des soins palliatifs. Mais à l'origine même du concept, dans ses principes fondateurs, apparaissent des divergences et incompatibilités venant bousculer cette première perception.

A l'image d'un « eurêka », le premier recours à la notion de soins palliatifs lors de nos pratiques soignantes émerge naturellement dans une tentative d'explication des problématiques cliniques et éthiques soulevées par ces quelques personnes. Cette démarche s'inscrit dans une volonté d'imager nos propos auprès de collègues pour argumenter la suggestion d'arrêt de nos offres insistantes de soins intégrant une mise à distance des toxiques. Ce « c'est comme les soins palliatifs » intervient au sein d'une tentative de justification d'un changement nécessaire de paradigme soignant. Ce dernier jusqu'à présent

était essentiellement construit sur le dogme de l'abstinence, même si, suite à l'évolution des demandes des usagers, les approches ont progressivement intégré la possible diminution des intoxications dans une dynamique de consommations contrôlées et/ou substituées. Ce parallèle argumentatif se veut alors percutant, obligeant l'interlocuteur à sortir de ses représentations classiques du traitement addictologique. Cet autrement du soin peut prendre corps. Nous arrêtons le volet curatif, mis systématiquement en échec, pour nous recentrer sur des soins ciblant sa qualité de vie, de moindres répercussions physiques, maintenir une intégration sociale minimale. Les forces soignantes s'investissent sur une optimisation de la qualité de vie intégrant les effets délétères des consommations. Ce premier usage hors contexte du concept de médecine palliative produit ici ses premiers effets. Il a pour vocation d'interpeller le soignant, ici directement concerné, sous la forme de cette provocation, Il doit aussi l'ouvrir à une autre vision des soins prodigués, jusque-là vécus comme épuisants et démobilisateurs. Cette modification de la classification de l'accompagnement dispensé et de la reconfiguration de ses objectifs de soins ne transforme pas le contenu même de l'offre de soins. En effet, ces accompagnements restent, d'un point de vue pragmatique, globalement identiques. Seulement ils ne sont plus prodigués par défaut, contraints par l'inaccessibilité du patient, mais planifiables dans un projet individualisé et objectivement accessibles. L'abandon de l'espérance curative et de ses bienfaits sur sa santé physique et sociale est la clé de voûte de cette proposition potentiellement vécue comme indécente. Transparaît alors ici un des fondements des soins palliatifs, la lutte contre toute « obstination déraisonnable » qui est également la problématique au cœur de cette offre conceptuelle. Le statut du patient est également bouleversé, revêtant alors celui de « personne en fin de vie », de « mourant ». Cette

deuxième transposition apparaît de prime abord moins évidente, sujette à caution. Certes il est atteint d'une maladie létale, les chiffres de santé publique en témoignent³¹³. Mais la mort reste peu perceptible pour les professionnels tant dans sa temporalité que dans la causalité, de quoi va-t-il mourir ? Une autre perplexité, constat plus personnel, plutôt relative à la maladie en elle-même, vient des difficultés, voire des réticences à mettre sur le même plan, l'addiction et les pathologies cancéreuses et dégénératives.

4.2.1. L'addictologie palliative face aux définitions officielles ou « Candide au pays des soins palliatifs »

Cet usage adapté, détourné, ou « mésusage » selon la pertinence accordée à cet emprunt sémantique, est le point initial de cette approche conceptuelle qui a été dégrossie dans nos premiers écrits. Ces premiers travaux de recherche, ici en paternité, se réfèrent pour l'essentiel aux définitions officielles qui se sont succédées notamment celles de l'O.M.S.³¹⁴ et de l'A.N.A.E.S. Ces dernières, d'abord plutôt vagues donc permissives, si on y recourt isolément, autorisent alors une interprétation et transposition valable au regard du champ de l'addictologie. Elles offrent un adoubement à cette discipline, permettant de lui faire accéder au titre de discipline appartenant au soin palliatif. Dans cette dynamique de rapprochement, nous avons d'abord recouru aux définitions de l'O.M.S. et plus particulièrement, malgré l'existence d'une plus récente (2002), celle de 1990³¹⁵ qui semble posséder un statut

³¹³ Selon l'Organisme Français des Dépendance et Toxicomanies, la consommation d'alcool à elle seule est à l'origine de 49000 morts par an en France, soit près de 10% de la mortalité toutes causes confondues.

³¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé.

³¹⁵ OMS. *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs*. Genève, 1990.

privilegié au vu du nombre de références dans les divers écrits et d'occurrences sur les documents et sites spécialisés. Sans valeur scientifique, mais significatif sur l'usage, un célèbre moteur de recherche internet, la positionne en tête de liste consécutivement à la saisie de « définition soins palliatifs » dans la barre de recherche. « Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif³¹⁶. » En 2002 : « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance. » Nous avons ensuite fait appel à la définition proposée par l'ANAES³¹⁷, qui sera évoquée plus bas, dans le cadre des recommandations pour la pratique clinique éditées en 2002. L'argumentaire en faveur d'une reconnaissance de l'addictologie comme champ d'application de la médecine palliative s'appuie ici sur un quatuor : absence de réponse au traitement, arrêt des thérapeutiques curatives, privilège du confort de vie, refus de l'obstination déraisonnable. A ces quatre notions majeures s'adjoint l'idée de soins continus, holistiques réalisés par une équipe pluri disciplinaire répondant à des attentes d'ordre médico-psycho-sociales. Ces items sont prégnants au sein des soins palliatifs et partagés avec les éléments constitutifs de l'addictologie palliative.

Les patients en situation d'addictologie dépassée, à l'image de Patrick, s'inscrivent dans ce que définit l'OMS en 1990 soit des « malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. » et avec lesquels « la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, [est] primordiale ». Ce dernier point n'est pas spécifique à ces personnes. Une

³¹⁶ OMS. *Idem*, p. 10.

³¹⁷ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

prise en charge addictologique est par essence vigilante à ces thématiques. Pour rappel, les premiers symptômes des conduites addictives sont de l'ordre relationnel et social. La question de la prise en charge holistique est partagée, mais si médecine et addictologie tendent vers la même globalité d'approche, le constat est qu'ils ne partagent pas le même point de départ : là où les somaticiens doivent développer leur vigilance relative aux atteintes psychologiques et sociales, les addictologues doivent, le plus souvent, procéder d'un chemin inverse et accroître leur vigilance au regard de l'intégrité physique de leurs patients³¹⁸. Un premier bémol se fait déjà entendre : la dimension spirituelle, induite par la question de la confrontation à l'imminence de la mort, est différente dans sa survenue, notamment de par la temporalité. Le mouvement néphaliste des Alcooliques Anonymes³¹⁹ se place dans une dimension spirituelle. Les réunions d'entraide s'ouvrent avec la prière de la sérénité³²⁰, pratique initiée en 1941, où la notion de Dieu, présente dans le texte est à entendre au sens de puissance supérieure, cette association n'ayant pas de caractère religieux officiel.

Pour l'O.M.S. est primordiale « la lutte contre la douleur et d'autres symptômes ». Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille³²¹.» L'A.N.A.E.S., qui ne nomme pas spécifiquement la question de la qualité de vie, l'évoque sous la forme d'une définition plus pragmatique. Elle parle d' « une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la

³¹⁸ L'histoire de la construction des unités d'addictologie est diverse et dépendante de la spécialité d'origine des professionnels s'étant intéressés à cette pathologie au regard du symptôme par lequel se présente l'addict. Les gastro-entérologues, psychiatres et travailleurs socio-éducatifs se sont saisis de cette problématique de dépendance, mais à ce jour la majorité des structures de soins spécialisés, notamment ambulatoire, relèvent du champ médico-social.

³¹⁹ <http://www.alcooliques-anonymes.fr>.

³²⁰ « Maman – Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence. Adieu. »

³²¹ OMS, *Ibid.*, p. 12.

douleur mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complication³²²». Les fondements des pratiques de soins réalisées auprès des patients en situation d'addictologie dite dépassée, y correspondent sans écueil. Dans ces définitions et les recommandations qui en résultent, la place de la prise en charge de la douleur est prépondérante. A noter que le titre du rapport de l'OMS de 1990 d'où les extraits sont issus se nomme « Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs », et y fait explicitement référence dans sa définition « De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec un traitement anticancéreux³²³. » Il rappelle les préoccupations initiatrices que sont le cancer et les douleurs inhérentes, dans un premier temps, essentiellement physiques. Les notions d' « approche globale et individualisée » et de « prises en comptes des autres symptômes » s'appliquent sans réserve aux pratiques addictologiques présumées palliatives. Cette préoccupation des diverses formes de manifestations de la souffrance, indépendamment de la pathologie et dans un décentrement de la spécialité initiale du soignant, est partagée. Les objectifs des intervenants en addictologie sont recentrés sur la persistance d'une qualité de vie optimale malgré les affres de cette extrême dépendance et de ses conséquences, les intoxications, qui persistent tant en intensité qu'en régularité, quelle que soit la sphère qu'elle altère (le plus souvent toutes). Si les actions soignantes y sont pour l'essentiel d'ordre relationnel et psycho-social, leurs préoccupations s'articulent également autour des répercussions somatiques des consommations. Ces conséquences se trouvent aggravées de par l'inertie inhérente à cet addict et l'observance médicale délétère qui en résulte. Sans volonté d'une opposition dualiste, voir cartésienne,

³²² A.N.A.E.S., Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, recommandation pour la pratique clinique, p. 5.

³²³ OMS, *Ibid.*, p. 12.

soma-psyché, chaque bord médical inscrit dans la démarche holistique palliative, part à la recherche des éléments faisant défaut à son champ de préoccupations habituelles : le corps pour la médecine somatique et la *psyché* pour les disciplines relatives à la santé mentale. La médecine palliative évoque le soin, le temps du soin, la rencontre de l'autre souffrant, autour du soin technique, laisse une place conséquente à la dimension relationnelle dans ce travail d'accompagnement du patient face à sa mort, ouvre la question du spirituel. L'O.M.S. affirme dans ses deux versions que « Les soins palliatifs (...) intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades³²⁴» et l'A.N.A.E.S la complète en y précisant le volet social, « ils ont pour objectif, (...), de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels³²⁵. » L'addictologie dans sa réponse à cette nécessaire prise en charge globale, développe cette sensibilité élargie à d'autres pans de la médecine. Dans cette discipline concédant déjà une large place aux soins relationnels, l'optique est de se préoccuper de ce corps meurtri ou plutôt de privilégier le corps et son environnement au regard du psychique qui s'avère inaccessible au vu de l'incurabilité de l'addiction. Pour schématiser ces propos, en soins palliatifs c'est au travers du corps que la souffrance s'exprime de prime abord au soignant et ce corps va être l'objet des soins mais aussi le moyen d'accès relationnel. En addictologie palliative, ce médiateur ne possède pas cette omniprésence. C'est le volet social qui possède la primauté. Mais c'est à travers la relation soignant-soigné que la question du corps, de la santé somatique peut être abordée. Donc, il s'agit dorénavant de prioriser l'état somatique et environnemental, soit social, au regard des soins d'inclination relationnelle,

³²⁴ OMS *Ibid.*, p. 12.

³²⁵ A.N.A.E.S., *Ibid.*, p. 4.

motivationale. Les objectifs addictologiques deviennent, pour reprendre les termes de l'A.N.A.E.S., « prévenir ou [...] soulager les symptômes physiques ».

A partir de cette première grille de lecture, le dessein très ouvert et généraliste de ces définitions permet une appropriation aisée, une transposition de ces définitions aux situations cliniques à l'origine de cette réflexion. Elles valident aisément l'octroi à l'addictologie du statut de discipline pourvoyeuse de soins palliatifs, mais...

Mais pourtant, une seconde lecture, plus critique et scrupuleuse, révèle certaines inadéquations et de premiers doutes sur cette filiation s'immiscent, notamment à propos de notions phares et de définitions officielles.

Dans ces dernières, le soulagement de la douleur est explicitement accentué, qu'il soit mis en avant par l'O.M.S. (« les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants³²⁶ »), ou qu'il soit clairement distingué dans l'énoncé de l'A.N.A.E.S. (« prévenir ou [...] soulager les symptômes physiques dont la douleur, mais aussi les autres symptômes³²⁷»). Dans ces trois définitions à l'architecture et aux concepts forts similaires, la douleur est organique, assimilée à un symptôme physique d'une maladie sous-entendue somatique. Pourtant aucune définition ne se risque à déterminer une typologie de pathologies. L'O.M.S. se limite à évoquer une maladie « potentiellement mortelle³²⁸ », qui « ne répond pas au traitement curatif³²⁹ ». L'A.N.A.E.S., plus descriptive, parle de « personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic

³²⁶ OMS Définition des soins palliatifs de 2002.

³²⁷ A.N.A.E.S. « Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs », recommandations pour la pratique clinique, 2002, p. 4.

³²⁸ OMS, Définition des soins palliatifs de 2002.

³²⁹ OMS, *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs*. Genève, 1990, p. 11.

vital ou en phase avancée et terminale³³⁰. » Mais le contexte des définitions et les nombreuses références aux répercussions physiques et aux pathologies cancéreuses les placent bien dans le champ du somatique. Les aspects et besoins psychologiques, sociaux et spirituels apparaissent secondaires. L'expression d'« autres symptômes » est systématiquement employée pour les définir, sans pour autant en pondérer l'importance dans les soins. Cela marque bien la primauté de la douleur physique. En addictologie, la douleur physique existe. Elle peut être présente, mais n'est pas omniprésente. Pour rappel, les premiers symptômes, les plus prépondérants, sont d'ordre relationnels et psycho-sociaux et ils s'avèrent être par la suite également les plus bruyants, invalidants. En effet l'addiction peut s'apparenter à une pathologie du lien. Elle altère la capacité de la personne à établir et maintenir une relation à l'autre consécutivement aux effets psychoactifs de la substance consommée et de la dépendance à proprement parler. La qualité du réseau social d'une personne se définit par la pluralité des liens qui le composent or la focalisation de l'addict sur l'objet unique de son addiction-passion mobilise l'ensemble de ses ressources et de sa disponibilité tant physique que psychique. L'alcoololo-dépendant, le toxicomane se place dans un mouvement de retrait qui se trouve accentué par les mécanismes de rejet de l'entourage et plus largement de la société au vu des manifestations de cette maladie et des représentations négatives qui restent attenantes. Cette altération du lien se caractérise tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. A la pauvreté relationnelle peut également s'ajouter une dépendance à « l'autre ». Il en résulte progressivement un isolement, vécu, le plus souvent, « douloureusement ». Nous reviendrons ultérieurement sur cet aspect de la souffrance de l'addict.

³³⁰ A.N.A.E.S., Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, *op.cit.*, p. 4.

Même si l'O.M.S. définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou décrite comme telle³³¹, » soit inscrite dans de la corporéité, la notion de douleur psychique est également utilisée. Dans le cadre de l'addictologie cette dernière notion se révèle trop restrictive, écartant une part importante de la symptomatologie précédemment évoquée. La notion, plus ouverte et englobante, de « souffrance » s'avère plus appropriée à cette pathologie de la dépendance. Si seule l'O.M.S. en 2002 y fait référence, dans sa phrase d'introduction, nous verrons que le concept de souffrance est bien présent au sein de la littérature des soins palliatifs. Ces deux disciplines abordent la question de la douleur selon les principaux lieux des manifestations initiales auxquels elles sont confrontées : corporelle pour la médecine palliative et psychique voire sociale pour l'addictologie. Les deux, tendant à élargir leurs centres de préoccupations, un point de rencontre et de partage permettant d'abonder vers une appartenance du second au premier peut-il être circonscrit ?

Ces définitions, dans l'approche initiale, simplifient et restreignent la médecine palliative à une approche sans autre point commun avec l'addictologie que l'accompagnement, hors soins curatifs, d'une personne en souffrance vers la mort. En effet avec cette lecture minimaliste et avec une tonalité provocatrice, elles pourraient s'appliquer à toute prise en charge d'une maladie chronique. Voici un propos choc entendu à plusieurs reprises par un médecin exerçant en U.M.S.P.³³² : Lors d'un échange sur le champ

³³¹ *L'International Association for the Study of Pain (IASP)*, autre référence officielle, définit la douleur dans des termes forts similaires soit « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes ». Elle complète celle de l'O.M.S. avec la notion d'atteinte potentielle.

³³² Unité Mobile de Soins Palliatifs également dénommée selon les sites de déploiement Equipe Mobile de Soins Palliatif (E.M.S.P.).

d'intervention de son unité, il présentait avec cette même apparence de digression, le fait que la diabétologie pourrait s'apparenter à de la médecine palliative. En effet : pas de traitement dit curatif, et des soins holistiques orientés sur les symptômes de la maladie, intégrant la famille et axés sur la qualité de vie. Les principaux critères permettant de définir le palliatif sont validés. Mais si un recours un peu dilettante à ces références permet d'ouvrir la porte à toutes les pathologies chroniques à l'image du diabète, parler spécifiquement d' « addictologie palliative » est-il pertinent ?

L'absence de prise en compte d'une autre notion essentielle dans ces trois définitions peut venir nuancer l'idée de perméabilité totale. La définition de l'A.N.A.E.S. de 2002 précise que « Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale ³³³ ». Elle resserre le champ d'application en y injectant un caractère de gravité et la notion de fin de vie mais sans nécessairement exclure un grand nombre de pathologie dont l'addiction. En effet la question de la temporalité du caractère létal de la maladie reste imprécisée et la notion de gravité même reste relative. La terminologie usitée d'« addictologie dépassée » pour les situations cliniques comme celle de Patrick, peut correspondre au dernier critère de l' A.N.A.E.S. « phase avancée et terminale ». L'adjectif « dépassée », renvoie bien à l'idée d'une irréversibilité de la dégradation. L'état du patient est « allé au-delà de³³⁴ » dans un point de non-retour. La phase « dépassée », est d'une signification proche de la phase « avancée », mais se place au-delà de ce dernier. En effet si j'avance vers une position je m'en approche, le dépassement signifie bien le franchissement. Ce terme présente l'avantage d'une deuxième signification à

³³³ ANAES, *Ibid.*, p. 4.

³³⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/palliatif>, consulté le 12/04/2018.

destination du soignant, celui-ci se trouvant également « dépassé » par cette situation d'exception. La récurrence des références à la mort tant avec le recours au mot en lui-même qu'avec les notions apparentées, concentrées dans la deuxième partie des textes, en précise l'application. La question de la confrontation à la mort et de sa nécessaire prise en compte dans le processus d'accompagnement est prégnante, l'O.M.S. précisant que la médecine palliative « propose un système de soutien pour aider le patient à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort (...) et leur propre deuil³³⁵. » La temporalité, ce qui pourrait également être dénommé « l'espérance de vie », n'y est pas explicitement définie. Mais peut-elle l'être ? La fin de vie n'est pas abordée dans son imminence. Bien au contraire, la seule référence à une quelconque notion temporelle est une volonté d'application précoce de la démarche palliative. « Les soins palliatifs (...) sont applicables tôt dans le décours de la maladie³³⁶. » La mort est abordée en filigrane dans le texte, intriquée avec la maladie voire avec le malade et possède une forte présence dans la conception de l'accompagnement se traduisant plus particulièrement par le travail de deuil.

La question de la prise en compte de la mort, de par sa prévalence dans les définitions de références, apparaît comme un des piliers du concept de soins palliatifs, comme inscrite dans son A.D.N.

Cette inquiétude est présente au sein de toutes disciplines médicales, l'ensemble des maladies étant potentiellement létales même les plus bénignes, mais elle n'est pas au centre des préoccupations. Elle reste au rang de possibilité mais avec un facteur de probabilité bien moindre. En diabétologie, l'accompagnement de la personne se construit autour du *vivre avec*

³³⁵ O.M.S. : Définition des soins palliatifs de 1990 et de 2002.

³³⁶ O.M.S. Définition des soins palliatifs de 2002.

sa maladie, la médecine palliative inscrit *le vivre* dans la perspective de la mort, soit en paraphrasant la définition « aider à vivre jusqu'à la mort ». En addictologie, le caractère mortel de cette maladie est une réalité, première cause de décès évitable, avec une espérance de vie inférieure à 60 ans pour l'alcoolodépendance. Dans les situations cliniques à l'origine de cette réflexion, la précocité de la mort semble inéluctable au regard des professionnels. Concrètement, les causalités du décès sont plurielles, liées à la toxicité physique, psychique, immédiate ou différée des produits consommés, aux comportements à risques en découlant et majorées par les répercussions sociales et juridiques. Pas d'anticipation ou de projection possible. Elles restent relativement abstraites. Les acteurs confrontés à ces personnes en situation d'addictologie dépassée interviennent essentiellement dans des services hospitaliers et ambulatoires spécialisés ou relèvent de structures d'accompagnement social. Cette spécificité d'exercice explique une relative absence de confrontation physique, concrète, aux morts, à la mort. L'idée d'accompagnement « jusqu'à la mort », telle qu'elle est décrite dans les définitions, est difficilement transposable. L'idée de mort est présente dans ces pratiques et réflexions dites d'addictologie palliative mais dans des propensions et une réalité dans le quotidien bien moindre que celle décrite pour le palliatif par l'O.M.S. et l'A.N.A.E.S. Ainsi la question de l'euthanasie, fréquente dans la littérature, est ici complètement absente et si celle du suicide peut émerger de par les conduites de l'addict³³⁷, un éventuel lien avec la question du suicide assisté serait infondé.

³³⁷ Approche très discutable, la volonté de mourir n'étant pas une spécificité de l'addiction et absente dans la situation clinique initiale.

L'absence de prise en compte dans les réflexions initiatrices de cette question de la mort, pourtant omniprésente en médecine palliative, continue également de faire vaciller les convictions initiales.

Dans cette construction de définition des soins palliatifs transparaît également la nécessaire réflexion des professionnels sur cette thématique : ils « affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort³³⁸ ». Cette dernière phrase introduit l'opposition affirmée à « l'acharnement thérapeutique », maintenant dénommé « obstination déraisonnable », ainsi qu'à l'euthanasie, la « bonne mort ».

La substitution sémantique du concept d'« acharnement thérapeutique », qui consiste à recourir systématiquement à tous les moyens à notre disposition, par « obstination déraisonnable » apparaît dans le cadre de loi dite « Leonetti » de 2005³³⁹, introduisant l'idée de déraison. En effet l'acharnement n'est pas nécessairement néfaste, notamment dans les situations d'urgences « Par exemple, si j'ai un accident, j'espère que les soignants s'acharneront dans les traitements pour me permettre de vivre ; en revanche, je ne souhaite pas qu'ils s'obstinent d'une façon déraisonnable s'il n'y a pas de moyen de me sauver³⁴⁰ ». Elle permet également d'étendre au-delà des pratiques thérapeutiques, et offre une ouverture aux investigations médicales avec la question des examens invasifs et potentiellement inconfortables voir douloureux. Le Dr Paula La Marne précise que ce terme d'acharnement est justifié par « le caractère « agressif » de ces traitements (...) qui décrit l'ardeur de l'animal

³³⁸ O.M.S., *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs*. Genève, 1990, p. 12.

³³⁹ Loi du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie.

³⁴⁰ Vianney Mourman, *De l'obstination déraisonnable ; Fins de vie, éthique et société*, Sous la direction d'Emmanuel Hirsch, *op.cit.*, p. 789.

sur sa proie³⁴¹ », mais dans cet ouvrage édité en 1998, elle évoque déjà la coexistence dans le langage médical de la notion d'obstination, démontrant « la complexité de la situation³⁴². » Les motifs à l'origine de cette modification trouvent un écho, des similitudes dans la discipline nous intéressant ici. En effet, le parcours de soin de l'addict est le plus souvent émaillé de rechute, mise en échec des thérapeutiques, abandon ou refus de soin³⁴³, le patient est alors dit en « rupture³⁴⁴ de soin ». L'acharnement du soignant l'accompagnant se révèle non seulement bénéfique mais également nécessaire dans l'accroche aux soins, le professionnel étant alors le dépositaire de l'espoir du patient sur ses capacités à se maintenir hors des méfaits de son addiction.

Selon le niveau de lecture, de la finesse de regard et d'exigence des trois définitions évoquées précédemment, les interprétations et transpositions possibles du soin palliatif à l'addictologie sont sujettes à de nouvelles objections ou tout du moins instillent du doute. Ces documents de référence de l'O.M.S. et de l'A.N.A.E.S. possèdent une vocation généraliste. Sans autre ambition que celle de donner une définition, et un approfondissement, associé à un travail de précision des différents concepts sous-jacents. Une seconde étape dans la réflexion est requise pour dépasser la question de l'apparence physique et d'analyser le génogramme par l'intermédiaire d'écrits scientifiques et professionnels.

³⁴¹ Paula La Marne, *Ethiques de la fin de vie, acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs*, Paris, Ed. Ellipses, 1998, p. 10.

³⁴² *Idem*, p. 11.

³⁴³ Abandon plutôt que refus de soins, l'abandon correspond à une incapacité du patient à s'inscrire dans les soins, mettant enjeu la possibilité du patient et non sa volonté.

³⁴⁴ La rupture se définit comme fracture d'une chose solide en deux ou plusieurs parties sous l'effet d'efforts ou de contraintes trop intenses. Cette notion de contrainte dans cette perte de continuité des soins est caractéristique, l'addict se trouvant en tension entre l'influence de sa dépendance et son désir de soins.

4.2.2. A l'épreuve de la littérature scientifique

Les bibliothèques universitaires ne sont pas avares de références relatives à la question des soins palliatifs : ouvrages, articles, avis et recommandations officiels auxquels il convient d'ajouter la sitographie alimentée par les sociétés savantes. L'ajout de l'item « éthique » dans l'onglet de recherche ne réduit que sensiblement l'offre tant ce dernier apparaît inféodé à cette discipline. Choix donc nécessaires. Dans un premier temps guidé par les besoins de connaissances scientifiques plus spécifiques, les lectures sont influencées par les têtes de gondole des rayons spécialisés, la sommité des auteurs puis selon des recommandations glanées auprès de collègues issus de ce milieu.

Les premières références abordées sont délibérément orientées vers les pratiques médicales spécifiques aux soins palliatifs. Au-delà de l'image d'Épinal populaire du soignant en blouse blanche tenant la main du mourant, concrètement, de quoi relève cette discipline ? Que contiennent leurs manuels de pratiques médicales ? Indépendamment des questions philosophiques qui en découlent, elle se présente comme une discipline structurée, graduée, technique répondant à une réalité incontournable dans leur exercice, le corps souffrant. Les guides pratiques sont imprégnés de prises en charge objectivables qu'elles soient à visée symptomatique ou de soins de confort. Ces écrits se découpent en différents chapitres abordant la douleur, la constipation, la dysphagie, la faiblesse et fatigue, les syndromes confusionnels, les soins de bouche... . Dans le premier ouvrage consulté³⁴⁵, douze

³⁴⁵ Lassaunière J-M. , *Guide pratique de soins palliatifs*, Dialogue Ville-Hôpital, Arcueil, Edition John Libbey, 2000, 106 pages.

thématiques structurent cette approche de soins palliatifs. Globalement les recommandations reprennent les mêmes items, l'A.N.A.E.S. en propose quatorze, avec des découpages relativement similaires. Comme le précisent les définitions évoquées dans le chapitre précédent nous sommes bien dans des soins dits actifs. Le corps meurtri, à l'origine des douleurs les plus bruyantes, se situe au premier plan et requière une réponse en partie technique et médicamenteuse. Cette souffrance physique est première. « La prise en charge de la douleur physique est certes le premier impératif à réaliser puisqu'elle empêche le patient d'être lui-même³⁴⁶. » Même si cette discipline prône une approche holistique, le corps reste logiquement au centre des attentions, ce dernier étant le mode d'entrée via la pathologie, souvent cancéreuse, « les patients décédés d'un cancer représentent près de la moitié des personnes relevant d'une prise en charge en soins palliatifs³⁴⁷. » Pathologie dont les souffrances sont à l'origine de cette démarche initiée par le Dr Cicely Saunders en Angleterre. Régis Aubry précise l'indiscutable complémentarité des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur : « Ce qui réunit les deux dynamiques est essentiel : la complexité des douleurs dans le cadre des situations de soins palliatifs, l'approche globale de la personne, la transversalité des actions, le travail interdisciplinaire, la dimension sociale et la souffrance intriquées dans la douleur chronique et les soins palliatifs³⁴⁸. » Ce corps en souffrance est le point initiatique, central de cette offre de soins à partir duquel diffusent d'autres répercussions, non somatiques. Cette ouverture, force et intérêt des soins palliatifs, permet une prise en considération des besoins spirituels, psychiques, sociaux, consécutifs le plus

³⁴⁶ Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs*, Paris, Edition Dunod, 2004, p. 19.

³⁴⁷ Haute Autorité de Santé, *Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative*, note de cadrage, mai 2013, p. 5.

³⁴⁸ Aubry R., « Chapitre 16. Une politique de la fin de vie et des soins palliatifs en France. » in *Manuel de soins palliatifs*. Paris, Dunod, 2020, p. 272.

souvent, dans les écrits, des symptômes de la maladie initiale, du corps altéré, des traitements curatifs et de la perspective de la mort. Cet ancrage à la corporéité est prégnant et forge son identité, comme elle imprègne l'histoire de la pratique de la médecine occidentale jusque récemment. « Si les médecins ont surtout été formés, ces vingt dernières années, à s'occuper du bio-soma et à reléguer les problèmes de souffrances psychiques aux spécialistes que sont les neuropsychiatres ou les psychanalystes, la rencontre avec le sida et les problèmes de décision de fin de vie les ont privés de cette dichotomie simpliste³⁴⁹. » Les soins palliatifs ont été conçus et développés par des somaticiens à destination de personnes atteintes de pathologies somatiques, et même inscrite dans cette dynamique holistique, cette identité fondatrice persiste. Le corps, souffrant, est une porte d'entrée majeure dans les soins. « Ce corps lieu de soin³⁵⁰ », Dominique Jacquemin lui confère ici un statut de vecteur, de point de départ central, « et tout ce que le malade vit comme crise, c'est bien en son corps qu'il le vit³⁵¹ », autour duquel gravitent les autres préoccupations soignantes de cette prise en charge holistique qui anime les soins palliatifs, « On peut ratifier l'hypothèse que le prendre soin du corps conduit à prendre soin de ce qu'est la personne malade dans son entièreté, vie, désir et pensée³⁵². » Même si les définitions et présentations sont résolument ouvertes avec une réelle prise en compte de la souffrance psychologique, des besoins sociaux, symptomatologies de premier plan en addictologie, elle n'a pas été pensée pour une discipline hors de l'organicité, issue du champ de la santé mentale. Pour autant l'addictologie peut-elle s'amender de ces références au corps ? Les soins palliatifs trouvent un ancrage dans les pratiques somatiques

³⁴⁹ Baum M., *Peut-on répondre à la souffrance d'un point de vue médical ?*, « Fins de vie, éthique et société » Sous la direction d'E. Hirsch, Paris, Edition Erès, 2016, p. 397.

³⁵⁰ Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs*, *op.cit.*, p. 81.

³⁵¹ *Idem*, p. 75.

³⁵² *Ibid.*, p. 81.

maîtrisées répondant à une souffrance initiale, celle du corps, pour s'ouvrir à ce qui est présenté comme fondateur, une prise en charge globale incluant les répercussions, considérées comme secondaires, d'ordre psychique et social. L'addictologie palliative s'inscrit dans cette même dynamique mais doit emprunter un autre chemin pour atteindre cette prise en soin holistique. Ces préoccupations, fer de lance du palliatif, sont usuelles en addictologie, les premiers symptômes des dépendances étant de l'ordre relationnel et social et les accompagnements proposés à visée psychothérapeutique. Le chemin inverse est à réaliser, en tendant vers une attention plus grande à ce corps de l'addict, certes anesthésié mais souvent souffrant une fois hors toxique.

La souffrance et son corollaire la douleur sont effectivement bien au cœur du soin palliatif. Le législateur l'affirme et la précise : « Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. » et engage le corps soignant dans cette dynamique « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté³⁵³. » L'H.A.S. dans son document « L'essentiel de la démarche palliative » met également en exergue cet extrait³⁵⁴ de la loi du 2 février 2016 soulignant l'aspect fondateur et central de la prise en compte de la souffrance.

La douleur totale, « *total pain*³⁵⁵ » ou souffrance globale, concept développé par le Dr Cicely Saunders est régulièrement cité et référencé dans les écrits relatifs aux soins palliatifs, de nombreux auteurs l'utilisant dans leurs argumentaires. La souffrance n'est pas la résultante

³⁵³ Article L.1110-5 du Code de la santé publique, modifié par LOI n°. 2016-87 du 2 février 2016 « créant de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie »- art. 1.

³⁵⁴ H.A.S., *Organisation des parcours : L'essentiel de la démarche palliative*, décembre 2016, p. 9.

³⁵⁵ Saunders C., Baines M., Dunlop R., *La vie aidant la mort, thérapeutiques, antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*, Paris, Arnette Blackwell, 1995.

de la seule douleur physique, à laquelle la médecine répond de mieux en mieux, mais elle se situe dans une approche holistique en reconnaissant les aspects psychologiques, moraux, spirituels, sociaux et culturels, la souffrance étant le signifiant de ces différents champs intriqués ensemble.

Chez l'addict dépassé, la souffrance et/ou ses manifestations sont présentes mais bien souvent anesthésiées. Paradoxalement, si en médecine palliative le soin apaise la souffrance, en addictologie l'entrée dans les soins, notamment en milieu hospitalier, la dévoile. La mise à distance des toxiques, levant l'anesthésie, la révèle donc, ou plutôt l'échange contre d'autres souffrances. Elle troque alors celle du « trop de produit » contre celle liée à son absence, le « manque » essentiellement psychique³⁵⁶. En addictologie, les dommages s'inscrivent dans un ordre chronologique, d'apparition, récurrence et primauté, inverse aux champs de la médecine somatique. Les premières répercussions relèvent essentiellement de la sphère sociale³⁵⁷ avant l'apparition des conséquences psychologiques puis physique, à l'image de la progression de l'installation de la dépendance. En situation d'addictologie palliative, la personne accompagnée est nommée « patient ». Intrinsèquement, est-ce lui reconnaître d'emblée une souffrance, au sens où les médecins y recourent, ou seulement le fait qu'il subisse quelque chose ? Ces notions de douleur, souffrance s'avèrent particulièrement complexes chez notre sujet. La confrontation à la réalité, tant physique, psychique que sociale, qui s'installe au sevrage, est révélatrice des dommages induits par ce dernier, à l'image de ce couvreur en activité jusqu'à la veille de son hospitalisation qui se trouva rapidement dans l'incapacité de

³⁵⁶ Le traitement du « manque », dans ses manifestations « physiques », avec des recommandations de pratiques cliniques partagées, ne s'avère que très exceptionnellement problématique.

³⁵⁷ Entendre ici le terme social dans un sens large englobant également la qualité des interactions sociales.

tenir sur ses jambes une fois les effets de l'alcool évaporés, laissant apparaître la réalité des douleurs invalidantes de sa polynévrite alcoolique³⁵⁸. Des parallèles peuvent être réalisés avec les chimiothérapies aux effets secondaires potentiellement plus symptomatiques et bruyants que les manifestations de la maladie cancéreuse mais en addictologie cette souffrance spécifique est ancrée, inscrite dans cette maladie, source récurrente de rechutes. Si dans le champ de la médecine, peut s'observer par moment une inadéquation entre les priorités du patient et celle du corps médical, il apparaît distinctement une différence, non seulement sur la part subjective mais également objectivable, entre les observations concrètes, corrélées du soignant et la symptomatologie évoquée et ressentie de l'addict. Ce dernier souffre d'une dépendance, mais souffre-t-il pour autant de sa dépendance ?

La littérature de la médecine palliative est riche d'écrits et de réflexions sur la notion de souffrance notamment dans sa différenciation avec le concept de douleur : « La douleur est un concept médical et la souffrance, un concept du sujet qui la ressent³⁵⁹. » Dans notre contexte, ce passage, possède le mérite de l'effort de clarification en les répartissant entre les deux protagonistes du soin. La douleur, quantifiable, objectivable pouvant éclairer le diagnostic s'adapte sans restriction à la douleur physique mais dans le champ social, psychique systématiquement altérés chez l'addict, ce terme reste-t-il pertinent ? Si la souffrance se place dans le subjectif, dépendant de la capacité réceptive de chacun, comment traduire cette notion chez ces patients dont le ressenti et l'expression de ce qui les atteint sont altérés ? Quelles acceptions, dimensions prennent la souffrance et la douleur chez cette personne en situation

³⁵⁸ Complication d'une intoxication alcoolique, il s'agit d'une atteinte du système nerveux périphérique d'origine carenentielle (vitamine B1) altérant essentiellement les membres inférieurs.

³⁵⁹ Quignard E., « Douleur et souffrance le sens d'un questionnement », in *Fin de vie, éthique et société* sous la direction d'E.Hirsch, p. 406.

d'addictologie dite dépassée ? Pourtant sa situation et le caractère léthal qui l'accompagne sont bien les conséquences d'une maladie, l'addiction, dont il subit les conséquences. Si lui ne la ressent pas, donc ne semble souffrir de sa souffrance, le soignant, lui, en pâtit cantonné par cet addict dans une position de spectateur, d'impuissance, forme de souffrance par procuration amenant à désirer pour lui. Les soins palliatifs addictologiques ont donc également vocation à se préoccuper de l'équipe accompagnant le patient.

Le parcours, les pratiques, les préoccupations initiales divergent. Pourtant l'addictologie semble partager cet idéal de prise en charge holistique.

Les recommandations de bonnes pratiques proposent de recourir à des outils d'aide à l'orientation vers une équipe spécialisée de soins palliatifs, notamment le SPICT-FR^{TM9}³⁶⁰ d'origine anglo-saxonne et le PALLIA 10³⁶¹ conçu par la S.F.A.P.³⁶². Une rapide confrontation de la situation clinique à l'origine de ce travail à ces outils, en soumettant l'histoire de Patrick à ces questionnaires confirme certaines inadéquations de l'addictologie dite « dépassée ». Le premier, présent dans les recommandations de l'H.A.S. sous le titre d'« outil d'identification des patients pouvant relever de soins palliatifs, de soutien et de support³⁶³ », n'offre pas, notamment le deuxième item, de possibilité d'application à la situation clinique de Patrick. Si certains critères du premier item relatif aux indicateurs généraux de l'aggravation de l'état de santé peuvent correspondre, plus particulièrement « au

³⁶⁰ *Supportive and Palliative Care Indicator Tool.*

³⁶¹ S.F.A.P. ; PALLIA 10, *Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs*, juin 2010.

³⁶² Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

³⁶³ Haute Autorité de Santé, *Organisation des parcours ; l'essentiel de la démarche palliative* ; Annexe 2, Décembre 2016, p. 7.

moins deux hospitalisations non programmées au cours des 6 derniers mois et les symptômes persistants et gênants malgré le traitement optimal des pathologies sous-jacentes », le deuxième temps « chercher des indicateurs cliniques d'une ou plusieurs pathologies avancées » invalide toutes tentatives de rapprochement, ce dernier s'avérant une liste de pathologies somatiques. Le PALLIA 10 de part une formulation moins imprégnée d'éléments somatiques et un questionnaire résolument ouvert, permet de sortir du champ usuel des soins palliatifs et une appropriation plus aisée. Ce dernier en abordant la problématique de la souffrance dans son approche holistique tant du patient que du soignant fait écho aux questionnements originels de l'addictologie palliative. En revanche certains des compléments adjacents aux 10 questions proposées rappellent l'inquiétude somatique initiale pour laquelle ces outils ont été pensés. En introduction, ces deux outils posent la question de la nécessaire et logique incurabilité et gravité de la pathologie initiale. Le PALLIA10 nécessite une réponse positive à cet item inaugural, « Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances. », pour poursuivre cet outil d'aide à la décision. Cette confrontation, sans aucune velléité de transpositions pratiques de ces questionnaires à notre sujet, soulève également la question fondatrice du statut de la maladie addictive, de son caractère incurable et de son degré de gravité. Si en musique le caractère grave d'une note se mesure, dans la situation d'une pathologie sa qualification reste complexe et subjective. « Grave », « maladie grave », « aggravation de l'état », ces notions restent imprécises au regard de la personne l'employant et de son référentiel, en effet à l'usage du terme « grave » on entend également « plus grave que ... ». Ce qui est grave c'est ce qui est susceptible de conséquences étendues, de suites fâcheuses, dangereuses, En soins palliatifs ce caractère de gravité se trouve corroboré, au vu des critères des deux questionnaires précédemment cités : accumulation des besoins, une persistance des symptômes cliniques, dont la douleur, une dégradation physique, un pronostic vital péjoratif. La question de la mort sans être toujours explicite reste présente

sans être rédhibitoire. Le SPCT-FR évoque des « personnes dont l'état de santé risque de s'aggraver, ou risquant de décéder³⁶⁴ » et la plaquette de support du PALLIA10 évoque « l'accompagnement de l'entourage qui peut se poursuivre après le décès » et des maladies « mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale³⁶⁵. » Soit l'imminence de la mort du patient, ou à une échéance à plus court terme mais globalement la question de sa temporalité ne se trouve pas au premier plan de la réflexion, point en concordance avec les situations de patients similaires à Patrick dont l'espérance de vie fort probablement écourtée n'est pas évaluable, au même titre que le motif du décès. La question du « combien » (de temps) semble inadéquate et lui est substituée celle du « comment ». Cela rejoint un principe des soins palliatifs évoqués par Dominique Jacquemin : « quand le mot guérison perd petit à petit son sens, c'est remplacer durée par qualité³⁶⁶. » Ce primat de la qualité sur la durée est partagé, en revanche la notion de guérison, accessoire ici, est presque inexistante en addictologie, maladie chronique à l'image du diabète ou de la psychose, qui se stabilise mais ne se guérit pas, dans son sens définitif.

La situation à l'origine de ce projet de conceptualisation de l'addictologie palliative naît de l'impossibilité inexprimable pour un patient d'adhérer aux thérapeutiques existantes, mais également de la souffrance d'une équipe soignante clivée autour de la potentielle réponse à lui apporter. En effet, face à cette posture mortifère, les professionnels restent en suspens entre

³⁶⁴ Haute Autorité de Santé, *Organisation des parcours ; l'essentiel de la démarche palliative* ; *op.cit.*, p. 7.

³⁶⁵ SFAP ; PALLIA 10, Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs, juin 2010.

³⁶⁶ Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs*, *op.cit.*, p. 28.

deux positions, le rejet « il ne veut³⁶⁷ rien, on ne peut rien faire ! » et l'obstination « il ne veut rien, on ne peut pas ne rien faire ! » pouvant, dans sa manifestation extrême, revêtir un caractère déraisonnable. L'I.N.P.E.S.³⁶⁸ en phrase d'ouverture des principes des soins palliatifs pose que « La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort³⁶⁹. » La question de l'euthanasie, présente ici, deuxième « adversaire » contre lequel s'est construite la médecine palliative, sera abordée dans un second temps. L'obstination du soignant n'est pas nécessairement néfaste, en addictologie elle peut se révéler une qualité professionnelle devant l'inertie et l'active-passivité des addicts qui se matérialise par un flot de rechutes et de ruptures de soins démobilisateur. La réflexion se porte ici sur la détermination du caractère raisonnable ou non de l'action de soin prodigué, considération commune avec son précurseur. Cette problématique de la définition d'une frontière qui ne peut être standardisée, protocolisée est partagée. Le Dr Vianney Mourman affirme cette complexité clinique et pragmatique : « la difficulté pour le praticien sera de déterminer au cas par cas la limite qui sépare acharnement thérapeutique nécessaire et obstination déraisonnable³⁷⁰. » Nous trouvons dans la littérature spécialisée la proposition de se référer à « la règle de l'inutilité du soin (...) Il s'agit au cas par cas, et selon l'évolution des choses, de discerner où sont l'utile et l'inutile³⁷¹. » A partir de l'exemple d'un service de pédiatrie oncologique, « si on persiste à faire passer un cap difficile

³⁶⁷ Le « veut » ici renvoie à l'interprétation de l'équipe face à une situation clinique aporétique et non à la réalité du patient dont l'addiction verrouille et stérilise la volonté. Le « ne veut » est donc ici à comprendre « ne peut ».

³⁶⁸ Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

³⁶⁹ INPES, Patients atteints de maladie grave ou en fin de vie. Soins palliatifs et accompagnement, Repères pour votre pratique, mai 2009, p. 1.

³⁷⁰ Mourman V., *De l'obstination déraisonnable ; Fins de vie, éthique et société*, Sous la direction d'Emmanuel Hirsch, *op.cit.*, p. 789.

³⁷¹ La Marne P., *Ethiques de la fin de vie, acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs*, Paris, Edition Ellipses, 1998, p. 12.

et qu'on obtient une rémission, on ne nous reprochera rien ; si l'enfant meurt on nous reprochera cet acharnement³⁷² », le Dr La Marne précise toute la complexité de la mise en œuvre de cette recommandation. « C'est seulement *a posteriori* que l'on sait ce que l'on aurait dû faire³⁷³. » A ce repère décisionnel d'inutilité s'adjoignent deux autres critères « Pour être considérés comme déraisonnables, et donc ne pas être entrepris ou poursuivis, les investigations ou les traitements doivent apparaître comme inutiles, disproportionnés ou ne permettant qu'un seul maintien artificiel de la vie³⁷⁴. » Nous retrouvons ces trois notions de référence dans la proscription de l'« obstination déraisonnable » dans une formulation en termes très similaires dans la loi du 22 avril 2005.³⁷⁵ Dans une note à destination du conseil d'État relative à la situation de Vincent Lambert³⁷⁶, Jean Leonetti détaille ces trois critères que nous confronterons à la situation clinique abordée dans les premiers chapitres. En introduction, il précise le caractère ouvert du champ d'application de la loi, « Pour permettre l'application de la loi à une grande diversité de situations médicales et humaines, le Parlement a eu le souci de ne pas figer les notions d'obstination déraisonnable, d'arrêt ou de limitation de traitement ou d'expression de la volonté du malade dans un cadre juridique trop rigide³⁷⁷. » Cette latitude ainsi offerte par le législateur peut potentiellement ouvrir, ou tout du moins entrebâiller les portes de ce texte, pensé et écrit pour les pathologies somatiques, aux champs de discipline relevant essentiellement du soin relationnel. Dans la situation de Patrick, l'utilité

³⁷² *Idem*, p. 11.

³⁷³ *Ibid.*, p. 11.

³⁷⁴ Mourman V., *De l'obstination déraisonnable ; Fins de vie, éthique et société*, *op.cit.*, p. 789.

³⁷⁵ « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris » article 1-Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

³⁷⁶ Affaire Lambert /conseil d'état : rapport de Jean Leonetti sur l'obstination déraisonnable. <http://jeanleonetti.com>.

³⁷⁷ Affaire Lambert /conseil d'état : rapport de Jean Léonetti sur l'obstination déraisonnable, p. 1.

des soins addictologiques, soit l'accompagnement et la mobilisation du patient pour une mise à distance des toxiques et une réflexion personnelle sur sa dépendance, est sérieusement remise en question. Quel intérêt retire-t-il de ces stimulations et sollicitations inscrites dans l'offre thérapeutique addictologique usuelle ? Selon Jean Leonetti « l'utilité d'un traitement ne peut être évaluée que par rapport à l'intérêt que le malade lui-même peut en tirer en dehors de tout intérêt scientifique général³⁷⁸ », Patrick ne peut intégrer la dynamique inscrite dans le projet thérapeutique du service. Paraît clairement inutile toute démarche visant à inscrire le patient dans un changement radical de rapport aux toxiques et de les pondérer significativement. Une accumulation d'offre et de moyens pouvant dans son extrémité prendre la forme de contraintes³⁷⁹, le maintien d'une personne dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement avec pour seul objectif, l'absence de consommation de l'objet de sa passion sont un exemple caractéristique de disproportion. En résumé, face à sa perte de liberté de consommer, le corps médical emploie une entrave à sa liberté d'aller et venir³⁸⁰. Cette application s'intègre dans l'évolution de la loi du 22 avril 2005, « l'adjectif « disproportionné » retenu dans la loi doit être compris comme une disproportion non par rapport à un effet secondaire du traitement mais par rapport à son effet escompté³⁸¹. » Jean Leonetti dans cette note fait référence à une citation du père Patrick Verspieren³⁸², également

³⁷⁸ *Idem*, p. 2.

³⁷⁹ Le champ de la santé permet de recourir aux outils thérapeutiques de la psychiatrie tels que l'hospitalisation sans consentement définie par la loi n°. 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

³⁸⁰ Conférence de consensus, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité*, 24 et 25 novembre 2004, Paris, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

³⁸¹ Affaire Lambert /conseil d'état : rapport de Jean Leonetti sur l'obstination déraisonnable, p. 3.

³⁸² Jésuite, enseignant en philosophie morale, membre du Groupe de travail sur l'éthique dans la recherche et la médecine de la Commission des évêques de la Communauté européenne, membre du département Éthique biomédicale.

présente dans le rapport 1929 de l'assemblée nationale³⁸³ : « Est inutile et doit donc être arrêté le traitement qui n'apporte aucun bénéfice au malade, surtout quand il crée douleur et inconfort ; celui dont le bénéfice est disproportionné par rapport aux effets nocifs qu'il va entraîner ou celui qui n'a pour but que de contrecarrer la mort en créant des conditions très difficiles de survie. Dans ces hypothèses, l'arrêt du traitement est consécutif au constat par le médecin de son impuissance et de la nécessité de laisser la mort accomplir son œuvre, au contraire de l'euthanasie qui précipite la mort sans que, le plus souvent, d'autres solutions n'aient été recherchées³⁸⁴. » L'expression claire et explicite « qui n'apporte aucun bénéfice au malade surtout quand il crée douleur et inconfort » apporte une justification simple et adaptée à la problématique évoquée précédemment. En effet, le maintien dans un cadre hospitalier, coûte que coûte, ne produit aucun effet sur sa dépendance avec un impact majeur, la perte d'une liberté fondamentale. La motivation du soignant dans cette démarche est la prolongation de l'espérance de vie de son patient en préservant le corps de ce dernier de toutes confrontations aux effets mortifères du toxique. Mais peut-on parler pour autant d'un maintien artificiel de la vie ? Le législateur et les experts ne l'ont certainement pas envisagé sous cet aspect lors de l'élaboration de ce texte. La version précédente « qui prolonge artificiellement la vie » évoqué ici par Jean Leonetti possédait une plus grande compatibilité du fait de cette notion de prolongation, mais le terme « artificiel » se révèle difficilement transposable, voir inapplicable, l'auteur précisant que « la formulation choisie (...) est donc plus restrictive et fait référence au maintien artificiel de la vie au sens biologique du

³⁸³ Rapport assemblée nationale 1929, XIIème législature du 24 novembre 2004.

³⁸⁴ « L'interruption de traitement : réflexion éthique », Revue trimestrielle du Centre Laennec n°. 4, 2003.

terme³⁸⁵ », rappelant de fait les origines et les applications somatiques de l'obstination déraisonnable dans un contexte notamment de service de réanimation. En addictologie, le professionnel s'appuie essentiellement sur les soins relationnels et éducatifs en référence à des courants psychothérapeutiques et cognitivo-comportementaux et dispose de ressources chimio-thérapeutiques³⁸⁶ limitées, chirurgicales et techniques pour ainsi dire absentes. Le développement des expérimentations sur la stimulation magnétique trans-crânienne en addictologie³⁸⁷ commence à contredire ces propos mais reste encore à ce jour anecdotique au sein de l'offre de soins existante. Ces thérapeutiques dans leur grande majorité pourraient être assimilées à une approche essentiellement « naturelle », « humaine » le soignant portant en lui les outils vecteurs du soin sans recours à des outils, des artifices. En addictologie, elles ne peuvent être assimilées à un maintien de la vie biologiquement parlant, dans le sens que leur suspension n'entraîne pas le décès du patient. En revanche, elles ont une forte influence sur le maintien de sa vie relationnelle, sociale ce qui sous-tend l'existence d'une « mort sociale ».

Ces notions sous-jacentes d'utilités et de proportions dans la dispensation des soins évoquent la *phronesis*³⁸⁸ aristotélicienne dont, en résumant schématiquement la pensée des différents auteurs cités précédemment, les excès se matérialisent sous la forme de l'« obstination déraisonnable » et l'euthanasie. La médecine palliative en serait la juste-mesure face à cette alternative. Dans la deuxième partie de son ouvrage, intitulée « Controverses sur l'euthanasie. Émergence de l'euthanasie », Paula de La Marne en propose une transcription oignant dans une définition de la médecine palliative : « Retenant de

³⁸⁵ Affaire Lambert /conseil d'état : rapport de Jean Léonetti sur l'obstination déraisonnable, *op.cit.*, p. 3.

³⁸⁶ Chimiothérapie est ici à entendre comme traitement faisant appel à une molécule chimique et non l'usage restrictif de traitement du cancer.

³⁸⁷ Etude nationale « Redstim » et « Alcostim » portée par le Dr Benoit TROJAK du CHU de Dijon.

³⁸⁸ Vianney Mourman nomme le chapitre relatif à l'application de cette proposition « Viser la juste mesure ».

l'acharnement thérapeutique le caractère sacré de l'homme, les soins palliatifs défendent la vie jusqu'au bout. Retenant de l'euthanasie l'intérêt porté aux besoins de la personne, ils se soucient de son état³⁸⁹ », qu'elle résume également, dans ce même chapitre, sous la forme d'un conflit entre les devoirs de sauver et de soulager. Si dans les réflexions relatives à l'addictologie palliative cette question du sacré, de défendre « la vie jusqu'au bout » est également fondamentale, fondatrice, son pendant, privilégiant la qualité de vie au détriment de la vie même, se révèle complexe à transposer et nécessitera d'approfondir la notion de « vie » dans le cadre des prises en charge médicales de l'addict. En effet l'usage du terme de « vie » renvoie à son abord biologique, en lien avec les réflexions bioéthiques s'y rapportant tandis que celles sous-tendues par l'addictologie palliative sont empreintes de complexité voire d'ambivalence. En effet, même si la morbidité des addictions n'est pas discutable et que la potentialité du décès de leur patient est bien présente dans les préoccupations soignantes, le recours à la notion de « vie » revêt un aspect qualitatif que l'on nomme usuellement « qualité de vie ». Pour simplifier, les soins addictologiques ont, comme beaucoup de ses « confrères », pour objectifs de sauver ou de prolonger la vie mais relèvent dans la primauté de leurs intentions du « comment il habite cette vie ». Les propos ne sont pas ici de dénier cette vigilance à nos collègues du *soma* mais d'en déterminer une différence de degré, de prévalence de par la prégnance du relationnel portant majoritairement sur cet aspect.

La situation clinique à l'origine de ce concept inscrivait l'équipe soignante dans une confrontation de posture d'« obstination déraisonnable » et d'abandon du patient à sa décision (non décidée car dictée par son addiction), de ne pas adhérer à une dynamique de soins

³⁸⁹ La Marne P., *Ethiques de la fin de vie, acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs*, Paris, Edition Ellipses, 1998, p. 72.

pouvant s'agréger à un respect de l'autonomie du patient. Le concept de « refus de soins » apparaît ici inadapté. Ce dernier, étroitement corrélé à la notion de « consentement libre et éclairé³⁹⁰ », est de fait compromis par les propriétés de la maladie addictive dont la définition la caractérise par une « perte de liberté de s'abstenir³⁹¹ », une aliénation aux produits. Quelles que soient la qualité et la puissance de l'éclairage, il ne pourra accéder à la lumière. Malgré l'apparence d'un refus de soin il s'inscrit bien ici dans une incapacité à y accéder.

Cette notion d'« obstination déraisonnable » s'avère pertinente dans son application à l'addictologie et se matérialise ici par un maintien inconditionnel du patient au sein d'un processus de thérapies et de soins censé le conduire à un arrêt définitif ou une modération de ses consommations. Ces deux perspectives, l'abstinence potentiellement dogmatique chez le soignant, et le contrôle de ses consommations, se révèlent utopiques³⁹² au regard de la dépendance avancée des situations étudiées et confrontent ces addicts aux souffrances inhérentes au manque et à la levée de l'anesthésie recherchée dans ces substances psychoactives.

La question de la confrontation à la notion d'euthanasie est apparue incontournable dans ce travail de rapprochement à la médecine palliative, leur opposition étant essentielle dans la construction de cette dernière. La définition de l'euthanasie élaborée par Patrick

³⁹⁰ Loi n°. 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie publiée au Journal officiel du samedi 23 avril 2005.

³⁹¹ Célèbre définition de la dépendance proposée par le Dr Pierre Fouquet, Psychiatre fondateur de la Société Française d'Alcoologie, dans une publication : « Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie », *Alcool ou santé*, n°. 82, 1967.

³⁹² L'abstinence accessible est ici temporaire et contrainte par le cadre d'une structure hospitalière exigeante au prix d'une rupture complète avec l'extérieur. Elle est donc passive et subie par l'addict, l'effort étant dans ce contexte essentiellement porté par le service et les professionnels le composant.

Verspieren, « L'acte délibéré d'un tiers qui entraîne la mort d'un malade³⁹³ » retenue par la communauté scientifique³⁹⁴, n'offre pas de transposition ou d'interprétation dans le cadre de l'addictologie palliative. Jean Marie Gomas en précise le cadre d'application, « L'acte lui-même est ainsi défini comme la somme d'une intentionnalité et d'un acte euthanasique réel sur un malade³⁹⁵. » Le questionnement chez l'addictologue confronté à ces personnes dites en situation d'addictologie dépassée provient de son impossibilité d'entraver, sans contraindre ces patients, le processus mortifère de leur addiction. L'arrêt de l'offre de soin addictologique, au sens usuel du terme, et la précocité du décès qui potentiellement en découle ne peuvent en aucun cas s'assimiler à de l'euthanasie, l'intention du soignant n'étant aucunement d'abrégé ses souffrances en provoquant sa mort. Ces réflexions relatives à « la bonne mort » ne se cantonnent plus aux services de réanimation et d'oncologie et débordent largement des spécialités somatiques et viennent bousculer les praticiens de la psychiatrie. La souffrance psychique prend son indépendance au regard de son pendant physique et accentue les questionnements concernant l'euthanasie hors phase terminale d'une maladie. En Belgique, où l'euthanasie est légalisée depuis mai 2002, les textes permettent la prise en compte de ce type de demande. La presse a fait écho en juillet 2015 de la demande d'euthanasie accordée à une jeune femme de 24 ans³⁹⁶, atteinte d'une dépression profonde, motivée par « depuis sa plus tendre enfance, une souffrance psychique intolérable³⁹⁷. » L'article cité évoque une pratique existante représentant 60 indications sur les 1900 euthanasies réalisées annuellement

³⁹³ Verspieren P., Revue Laennec, 1985.

³⁹⁴ Gomas P., *Euthanasie : mais de quoi parle-t-on exactement ?* Chapitre in Bacque M-F. *La médecine face à la mort : alliance ou combat ?*, Paris, Ed Esprit du temps, 2012, Version 2 complétée avec Nathalie Lelievre.

³⁹⁵ *Idem*, p. 9.

³⁹⁶ Demande d'euthanasie à laquelle elle renoncera quelques jours avant l'échéance.

³⁹⁷ Maligorne C., « Belgique : 24 ans et en « souffrance psychique », elle obtient le droit d'être euthanasiée », Le Figaro, 02 juillet 2015.

dans ce pays. Le comité consultatif de Bioéthique de Belgique, équivalence du C.C.N.E. français, a rédigé un avis à ce sujet et préconise « trois conditions essentielles - soit la demande bien réfléchie, l'affection médicale grave et incurable, et la souffrance constante et insupportable - s'interpénètrent et qu'il faut examiner chaque demande singulière d'euthanasie en faisant le lien entre ces trois conditions essentielles³⁹⁸. » Cette euthanasie « psychiatrique » sous-tend bien évidemment un questionnement riche. Cette demande de mort émane-t-elle du caractère insupportable des souffrances ou s'agit-il d'un symptôme ? Mais elle présente l'intérêt de placer sur un pied d'égalité souffrances physiques et psychiques. Malgré la grande ouverture de cette loi belge, la souffrance psychique étant définie comme « la souffrance non physique³⁹⁹ » cette possibilité d'euthanasie pour des personnes en situation d'addictologie dépassée ne semble pas transposable de fait, au vu de l'absence de demande mais également au regard de la souffrance qui doit être « constante et insupportable ». Le patient sait comment la rendre supportable via ses intoxications. Laisser l'addict submergé par le produit et la dépendance annihiler cette perspective. La notion d'euthanasie passive, plus nuancée, retrouvée dans certains ouvrages pourrait-elle trouver sa place en addictologie ? Son pendant addictologique serait, au nom du principe d'autonomie, la résignation des soignants à l'abandon, ici dictée par sa maladie, du patient de toute forme de soins. Réapparaît ici le questionnement, déjà abordé, autour de l'autonomie de décision de ce dépendant relativement à sa dépendance : la décision de poursuivre les intoxications est-elle orchestrée par sa raison ou sa passion ? La formule d'Oscar Wilde, déjà abordée lors d'un

³⁹⁸ Avis n° 73 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques*, 11 septembre 2017, p. 16.

³⁹⁹ *Idem*, p. 17.

précédent chapitre⁴⁰⁰ illustre la complexité de cette pathologie. En effet le traitement se révèle porteur de souffrances bien plus importantes que la consommation de toxiques aux vertus anesthésiantes. Cette tentation d'évocation d'une euthanasie « passive » est non seulement ici une ineptie mais également dépassée, cette notion ne s'appliquant plus, « Le terme passif n'est plus utilisé, car il renvoie en 2015 à une limitation de traitement (LAT - Limitation et arrêt des traitements) qui est désormais encadrée par la Loi⁴⁰¹ et ne peut être confondue avec l'intentionnalité de donner la mort⁴⁰². » Cette limitation et l'arrêt des traitements qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie », pour reprendre les termes de la loi développés plus haut les définissant, fait écho aux questions présentes en addictologie quand la question de la fin de l'offre curative addictologique est posée. Un rapprochement avec le suicide assisté, souvent associé aux réflexions sur l'euthanasie, reste également peu pertinent de par l'absence d'intentionnalité du soignant d'induire la mort et l'absence généralement observée de velléités suicidaires du patient en situation d'addictologie dépassée. En effet, ce dernier reste autant passif dans les actes relatifs à la préservation de sa vie, qu'à ceux visant à l'écourter. Si l'addict est dans une démarche mortifère, il n'en est pas pour autant suicidaire. L'intoxication et ses effets psychoactifs lui permettent d'esquiver la réalité, et souvent le lot de souffrance inhérente, mais pas la vie. Dans ses consommations se maintient le souvenir des plaisirs, des premières expériences avec le toxique à l'image des émotions des premières fois des

⁴⁰⁰ Wilde O., *Le portrait de Dorian Gray*, op.cit., p. 63.

⁴⁰¹ LOI n°. 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Article 2 : « Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. »

⁴⁰² Gomas J-M., Lelievre N., « Euthanasie : mais de quoi parle-t-on exactement ? », *La Revue de Gériatrie*, Tome 40, N°. 9, Novembre 2015, p. 553.

rencontres amoureuses. Les modalités de consommations de ces addicts peuvent, vu de l'extérieur, s'apparenter à un désir d'abrégé sa vie, mais ses attentes au regard de ces produits psychoactifs s'inscrivent dans une volonté de la suspendre, de l'anesthésier afin d'apaiser ses souffrances. L'arrêt de toutes démarches à visée curative⁴⁰³ et des volontés d'agir sur les conséquences de la dépendance dont notamment les intoxications, ne trouve pas d'accointance avec le concept d'euthanasie et relève de l'opposition à l'« obstination déraisonnable » sans pour autant éclipser la proximité des questions relatives à l'imminence de la mort. La notion d'euthanasie apparaît irrémédiablement à proscrire dans ce travail de recherche par analogie et marque une première incompatibilité majeure.

Dans son écrit, Jean Christophe Mino propose comme approche de la médecine palliative, « Ni abstention, ni acharnement thérapeutique, les soins palliatifs sont une manière spécifique de pratiquer activement des soins complexes qui visent à soulager la douleur et les symptômes, à accompagner et soutenir des personnes gravement atteintes d'une maladie à pronostic fatal⁴⁰⁴. » Ce « ni-ni », cette proposition de définition des excès desquels la médecine palliative serait la juste mesure, trouve une belle résonance au regard de la balance décisionnelle de l'équipe tentant d'accompagner Patrick : Ni abstention se matérialisant ici par l'arrêt d'hospitalisation et ni « obstination déraisonnable » en le maintenant à tout prix dans une perspective hors toxique. La contraction de ces deux « vices » pourrait ici prendre la

⁴⁰³ Terme à pondérer l'addiction étant une pathologie chronique, dont à l'image du diabète, la guérison n'est pas envisageable.

⁴⁰⁴ Mino J-C., *Les spécificités de la politique de développement des soins palliatifs en France ; Fins de vie, éthique et société*, Sous la direction d'Emmanuel Hirsch, *op.cit.*, p. 325.

forme d'une abstention d'abstinence⁴⁰⁵ du soignant dans son offre de soins, voir une abstention de sobriété, le contrôle étant de fait impossible chez cet intempérant maladif. La proximité étymologique de ces notions d'abstention et d'abstinence se révèle féconde dans le cadre de ces recherches. Cette double négation équivaut alors à une permissivité, une acceptation sous le renoncement à un idéal thérapeutique. L'abstention de l'addictologue, s'impose dans cette confrontation à ces personnes à l'image de Patrick, le projet d'abstinence glissant du patient au soignant. Si l'abstinence n'est plus applicable dans ces situations cliniques elle semblerait s'avérer bénéfique pour la blouse blanche. Cette dernière doit pouvoir faire « vœu d'abstinence » de toutes offres d'abstinence et plus globalement de modification de rapport au(x) toxique(s).

Apparaît dans l'histoire de la médecine palliative la construction des fondations des soins, des conflits autour des valeurs soignantes qui sous-tendent les différents bords, parfois en usant des mêmes concepts, tels que la dignité et l'autonomie, à des desseins opposés. Le concept d'addictologie dite palliative se construit indépendamment de ces références historiques mais partage cette opposition à l' « obstination déraisonnable ». Paradoxalement, si en addictologie la mortalité est importante, les professionnels concernés restent peu confrontés à la mort concrète et physique de leurs patients⁴⁰⁶, au regard d'une unité de cancérologie ou de réanimation. Usuellement, auprès de l'addict, l'objet d'attention de la blouse blanche tend à se focaliser sur la ou les représentations, place, fonction, répercussions,

⁴⁰⁵ L'abstinence perd de son dogmatisme historique, mais elle reste le projet addictologique de très nombreux patients hospitalisés.

⁴⁰⁶ Les causes de décès en addictologie sont plurielles, à l'image de l'étendue des dommages que les addictions induisent, et s'inscrit dans le cadre de pathologies relevant d'autres disciplines médicales (gastro-entérologie pour les cirrhoses, urgences pour les ivresses et overdoses, ...) voire du médico-légal notamment dans un cadre d'accidentologie et/ou de raptus sous emprise d'un produit.

dommages existants ou potentiels du produit, sources de la dépendance. L'objectif thérapeutique de mise à distance du toxique est souvent un préalable avant un approfondissement des soins autour de la dépendance en tant que telle et avant d'envisager une stabilisation. En reprenant l'image du cancer, avant de prévenir la rechute, il est nécessaire de traiter la tumeur et ses potentielles ramifications. Pour ces deux disciplines, la recherche et la connaissance de l'étiologie ne sont pas systématiquement requises pour la mise en route d'un traitement curatif. Leurs orientations palliatives vont progressivement éluder ces approches curatives, et leurs potentialités d'obstination déraisonnable, pour se recentrer sur la qualité de vie de la personne en souffrance, avec une divergence des centres initiatiques, somatiques, le corps pour l'un, relationnel et social pour l'autre. Mais la dynamique qui en part les emmène vers la même destination, une prise en charge holistique priorisant la qualité de vie.

Est décrit l'importance de la portée de ce « autre chose à faire, (...), encore quelque chose à faire⁴⁰⁷ », de cette réponse palliative lors d'une impasse thérapeutique se manifestant notamment par l'arrêt des traitements dits à visée curative. L'addictologie palliative s'inscrit également dans cette nécessité d'un autrement et partage ce décentrement des actions envers la pathologie initiale, la dépendance à un toxique dans notre situation. Mais une bifurcation se manifeste à propos de la notion même de « traitement » car si les manifestations des maladies et les préoccupations initiales diffèrent entre l'addictologie et les disciplines du *soma*, le contenu de leur arsenal thérapeutique également, chimiothérapie, chirurgie versus

⁴⁰⁷ Verspieren P., *L'invention des soins palliatifs ; Fins de vie, éthique et société*, Sous la direction d'Emmanuel Hirsch, *op.cit.*, p. 323.

accompagnement psycho-social. En prenant en compte ce différentiel, la comparaison devient malaisée.

La notion de « fin de vie » rythme cette littérature dès l'évocation de ses origines. « Forte d'une telle expérience (découverte de la souffrance de cancéreux en fin de vie mal soulagés), elle (le Dr Cicely Saunders) ouvre à Londres en 1967 Saint Christopher's Hospice, qui deviendra très vite en Grande Bretagne, puis aux Etats unis et au Canada, l'institution de référence dans le soin des malades en fin de vie⁴⁰⁸ ». Elle en est fondatrice. La médecine palliative pose la question du mourir, de la fin de vie en proposant une réponse autre que l'obstination déraisonnable et l'euthanasie. L'histoire, les origines et préoccupations originelles différent mais, au vu de ces lectures, l'addictologie nous apparaît, dans un temps décalé, s'inscrire dans le même mouvement. En évoquant cette fin de vie, Dominique Jacquemin précise que « au lieu d'être considérée comme l'impasse de la médecine conduisant au désintérêt, sinon à l'abandon du patient, la mort se trouve réintégrée au niveau des soins et de la prise en charge globale⁴⁰⁹ » soit dit simplement « au terme de la vie, il y a toujours quelque chose à faire⁴¹⁰. » Dans l'aporie générée par la situation de Patrick, cette affirmation ouvre une voie à cette impasse soignante « il ne veut rien, je ne peux rien faire » pouvant évoluer vers une forme d'abandon, justifié par à un recours à une éthique de l'autonomie déniait sa dépendance et pouvant se traduire par « il ne peut rien faire, je ne veux rien ». La question à l'origine de cette recherche « il ne veut/peut rien mais dois-je pour autant

⁴⁰⁸ Verspieren P., *Idem*, p. 319.

⁴⁰⁹ Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs, op.cit.*, p. 18.

⁴¹⁰ *Idem*, p. 18.

ne rien faire ?» interroge ce quelque chose à faire », cet autrement innovant et créatif du soin dans cet accompagnement du *care* dans le *post-cure*⁴¹¹. L'addictologie, au travers de ce détournement du concept de soins palliatifs, s'attelle ici à cette question de la fin de vie dans son opposition à l'« obstination déraisonnable », même si elle marque des divergences et des interprétations à des degrés divers sur les concepts dominants de la médecine tels que la prégnance de la corporéité, de sa confrontation à la mort biologique et son opposition à l'euthanasie.

Cette intuition du concept de soin palliatif en addictologie permet de penser le devenir de ces quelques patients, acculés par leur dépendance, non plus comme un combat ponctué de frustrations pour un objectif inaccessible mais bien comme un accompagnement en fin de vie, même si cette fin se singularise par son indétermination tant dans sa réalisation que dans sa durée, potentiellement longue. Comme nous le rappelle Régis Aubry, la fin de vie n'étant pas une maladie, cette période de la vie « échappe en règle générale à cette dimension prédictive de nature scientifique⁴¹². » Cette approche de la transcription de la notion de « fin de vie », parallèlement à celle relative à la mort, est essentielle dans cette recherche.

Cette prévalence est clairement affirmée dans l'avis 63 de la C.C.N.E. « Le véritable défi devant lequel la société se trouve placée revient à permettre à chacun de vivre au mieux (ou au moins mal) sa mort et, dans la mesure du possible, de ne pas en être dépossédé. La mise en œuvre résolue d'une politique de soins palliatifs, d'accompagnement des personnes en

⁴¹¹ Post-cure étant également l'ancienne dénomination, encore usitée par nombre de patients et professionnels, de Soins de Suite et de Réadaptation en addictologie (SSRA), structure accompagnant les addicts après le sevrage dans leur projet de vie hors toxiques.

⁴¹² Aubry R., « La fécondité possible du doute en fin de vie », in *La mort et le soin. Autour de Vladimir Jankélévitch.*, Paris, PUF, 2016, p. 69.

fin de vie et de refus de l'acharnement thérapeutique doit y conduire⁴¹³. » Le C.C.N.E. en évoquant ici l'enjeu sociétal sous-jacent de la prise en compte de la fin de vie, décroïssonne cette approche permettant une ouverture au-delà des champs habituels d'évocation de la fin de vie. Elle ne se restreint donc pas à ces quelques disciplines. Cette notion paradoxale de « vivre au mieux sa mort » interpelle. Devons-nous l'entendre comme la préparation de son décès et de ses multiples répercussions, la mort ne se limitant alors plus seulement à un processus biologique ? Mais, cette notion de « vivre sa mort », dans cet avis 63, comme dans le film-documentaire éponyme de Manu Bonmariage⁴¹⁴, s'articule avec la question de l'euthanasie dont nous avons déjà évoqué le caractère inadapté précédemment.

Dans ce même avis, le CCNE emploie les notions du « mieux mourir » et de « l'accompagnement du mourant » s'inscrivant logiquement dans cette notion de fin de vie qui transparait difficilement dans le développement du concept d'addictologie palliative, comme nous l'avons évoqué plus haut, la question de la mort physique y étant clairement moins prégnante. Le recours à la notion d'accompagnement en fin de vie reste adapté, du fait de leurs conduites, ces personnes augmentent dans de fortes proportions la survenue de leur décès. Au regard de la dégradation de leurs états tant physique que psychique et social, un parallèle avec des personnes atteintes d'une maladie dégénérative peut être avancé. Mais, nous ne retrouvons pas cette perspective du couperet de la mort, l'addict parcourt cette « fin de vie » comme il a vécu précédemment, *anesthésié*. Le rapport à la mort, ce qui revient à parler de son rapport à la vie est profondément modifié chez la personne en situation d'addictologie dépassée. Il pose la question du « vivre ». Il « vit » évidemment au sens

⁴¹³ Avis N°63, *Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, CCNE, Janvier 2000.

⁴¹⁴ Bonmariage M., *Vivre sa mort*, film-documentaire belge, 1h15, 08 juin 2015.

physiologique, son cœur bat, mais comment cet addict vit sa vie, comment il l'habite, l'investit ? Pour quoi⁴¹⁵ il existe ? La richesse en signifiant de ce terme « vivre » autorise une approche plus complexe et nuancée de la notion de vie et de son indissociable pendant, la mort.

Suspension du temps/ temporalité.

Ses consommations de substances psychoactives, dictées par sa maladie addictive, avancent invariablement l'heure de sa mort, mais parallèlement ces mêmes substances, dans l'ivresse et la posture d'attente dans laquelle elles le figent, suspendent le temps. Dans cette fin de vie, ce « reste à vivre », rien ne se vit, ne se construit, pas même de souvenir.

Cette question du temps et de l'impossibilité à le fixer est au centre de ce célèbre extrait d'un poème de Lamartine :

« Ô temps ! Suspends ton vol, et vous, heures propices !
Suspendez votre cours :
Laissez-nous savourer les rapides délices
Des plus beaux de nos jours ⁴¹⁶! »

Ces vers évoquent ici cette suspension du temps à laquelle l'auteur aspire dans le cadre d'une autre passion, la passion amoureuse. Ils font écho à celle de l'addict, pour l'ivresse et de sa quête pour en retrouver les sensations, à l'image du toxicomane en quête du nirvana vécu lors de sa première rencontre avec l'héroïne, son héroïne. Soit il est en symbiose avec

⁴¹⁵ Et non pourquoi !

⁴¹⁶ De Lamartine A., *Méditations poétiques, Le lac*, sixième strophe, vers 21 à 24.

son produit fétiche, mot à entendre ici au sens premier du terme, d'idole douée de pouvoirs magiques, sous son influence, soit dans l'attente de ce dernier. Pour rappel, si ce sont ses consommations, soit les toxiques, qui abrègent son existence, c'est leur absence qui est à l'origine de ses plus grandes souffrances. Il vit donc à l'arrêt ce temps qui s'accélère, s'abrège, avançant le moment de sa fin. En addictologie, le caractère précoce et inéluctable de la mort est moins palpable, prévisible. Le pronostic vital est sérieusement engagé, certes pas au sens des urgentistes, mais aucune statistique ni étude clinique ne permet d'établir une espérance de vie, l'échelle de temps étant également difficile à déterminer : en jours, semaines, mois ou années. Pour certains de nos patients, concernés par ce sujet, la surprise des soignants survient tant à l'annonce du décès que du maintien en vie quelques temps après la sortie d'hospitalisation.

Avant cette mort physique, une autre mort, en amont, est au centre des préoccupations et actions des addictologues, sans l'énoncé sous ce terme, la « mort sociale » de l'individu. L'avis 63, précédemment cité, du C.C.N.E. évoque l'accompagnement du mourant, l'addict apparaît plutôt comme un mort en suspens, voir mort, sans vie, au regard de la société dont il se trouve exclu⁴¹⁷ doublement : il s'en retire et il en est rejeté. La reconnaissance de l'addiction comme maladie reste laborieuse malgré un changement en ce sens dans les représentations. Ce concept de « mort sociale » est-ce un symptôme à la terminologie forte ou une approche différente de la mort et objet de l'addictologie palliative ? Cette thématique et préoccupation sociale est présente dans les écrits de médecine palliative mais toujours dans

⁴¹⁷ A la différence du cancéreux qui reçoit la reconnaissance et l'empathie du grand public.

des proportions bien moindres. Les besoins et actions sur le plan social en addictologie sont au cœur de cette discipline comme peuvent l'être les préoccupations autour du corps chez nos confrères somaticiens.

L'HAS évoque cette nécessité d'identifier les besoins spécifiques, « Une des compétences fondamentales de la démarche palliative est la capacité de repérer précocement les besoins en termes de soins palliatifs chez les personnes approchant de la fin de vie⁴¹⁸ », mais sans en déterminer la teneur et la répartition, les soins palliatifs étant par essence individualisé. Dans ces définitions, nous ne retrouvons pas de hiérarchisation des approches, en revanche les descriptifs laissent apparaître cette primauté du corps et du soin somatique.

Nous conservons au sein de cette idée d'addictologie palliative cette velléité de préserver au mieux la qualité de vie des personnes dans cette période précédant l'imminence du décès. Mais cette confrontation rapprochée soulève également des différences et incompatibilités ontologiques, propres aux constitutions originelles de ces disciplines et des pathologies attenantes. Nous avons pu constater que l'addictologie ne possède ni la même histoire ni le même ADN que la médecine somatique. Les idées maîtresses, pour ne pas dire la philosophie sous-jacente, se recoupent mais ces deux disciplines ne partagent pas toujours la même approche et définition. L'approfondissement des notions de la fin de vie, de souffrance, de la mort et de sa temporalité et de la gravité de la maladie, pour ne citer que les majeurs, témoigne de ces dissensions. Les points de convergence présentent également des

⁴¹⁸ Haute Autorité de Santé, *Organisation des parcours ; l'essentiel de la démarche palliative*, op.cit., p. 1.

incompatibilités lors de leurs projections et mises en situation comme avec l'« obstination déraisonnable » et l'approche holistique qui démontre une inversion des priorisations *soma-psyché*. Le statut de la maladie addictive, sa considération et la spécificité de cette pathologie agissant au tréfonds de la personnalité et raison de l'addict complexifient les tentatives de rapprochement. Pourtant les auteurs produisent des écrits résolument inclusifs de par un discours très ouvert à l'ensemble de la médecine. En conclusion de son ouvrage, Dominique Jacquemin prône cette ouverture et extension : « Bien-sûr ces questions sont loin d'être résolues à mes yeux mais peut-être indiqueraient-elles qu'une réflexion philosophique et éthique ancrée dans l'expérience des soins palliatifs, n'a pas fini de nous conduire en d'autres lieux, hors des lieux convenus de leur propre genèse et pratique, pour une juste perception critique d'engagement humain auquel il convient⁴¹⁹. » La médecine palliative est une discipline transversale aux diverses spécialités médicales, et tente de transcender cette question même de la pathologie sous-jacente à la discipline. Mais le champ de la santé mentale, semble avoir été omis de cette réflexion, ceci étant peut-être en partie liée à l'origine médicale des auteurs et à cette question de la confrontation à l'imminence de la mort. Par définition, la médecine palliative s'adresse à des personnes ne relevant plus de soins curatifs, donc spécialisés. Mais si théoriquement les pratiques inhérentes aux soins palliatifs demeurent indépendantes des pathologies initiales, au vue de la réalité du terrain, de la prépondérance de la question du risque d'« obstination déraisonnable » et de la fin de vie, certaines disciplines concentrent les indications. Donc par essence, « les soins palliatifs sont destinés à toutes les personnes atteintes de maladie grave, évolutive, incurable, quel que soit leur âge, ou aux

⁴¹⁹ Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs*, *op.cit.*, p. 149.

personnes ayant des maladies secondaires au processus de vieillissement⁴²⁰ », soit bien indépendamment de leurs services d'origines, psychiatrie et addictologie comprises. Pourtant accoler à ces deux dernières la notion de soins palliatifs reste incongru. Le décloisonnement, notamment de par son histoire et l'origine des acteurs de son développement, demeure incomplet. La détermination du périmètre d'application de la définition de « toutes les personnes atteintes de maladie grave, évolutive, incurable » va sensiblement varier selon la grille de lecture utilisée et les projections réalisées. Le classique clivage santé mentale – M.C.O.⁴²¹ vient appesantir ce distinguo récurrent.

Ce passage à l'épreuve de la littérature spécialisée génère des doutes et des incertitudes devant notre volonté d'intégration. On aboutit à un « oui, mais » ou un « non, mais ».

L'abord par la face théorique et littéraire des concepts n'autorise pas une réponse tranchée. L'approche pragmatique, la réalité du terrain peuvent diverger des directives politiques désincarnées. Des écrits professionnels s'inscrivent potentiellement dans une abstraction voire une vision idéalisée, adossée au travail bien spécifique réalisé par les équipes soignantes issues des soins palliatifs en confrontation à l'addictologie, peut corroborer la pertinence de cette intuition d'une « familiarité palliative ».

⁴²⁰ « Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs », *op.cit.*, p. 5.

⁴²¹ Médecine-Chirurgie-Obstétrique.

4.2.3. L'addictologie palliative à l'aune d'un regard pragmatique

Dans une confrontation plus pragmatique, de visu, l'addictologie peut-elle supporter le parallèle avec la médecine palliative ? C'est bien cette interrogation, présente en toile de fond depuis le début de cet écrit, que nous allons ici tenter d'éclaircir. Les observations s'appuient sur la rencontre et le suivi d'une équipe d'une U.M.S.P. agrémentées du visionnage de certains documentaires télévisés réalisés au cœur de ces unités spécialisées. Notre volonté ici est d'instiller des représentations, des exemples mais également des visages aux premières constructions issues des lectures théoriques.

Les écrits spécialisés, ceux consultés pour cette recherche, même réalisés sous la plume de professionnels aguerris à cette discipline s'inscrivent dans une démarche d'abstraction et de conceptualisation de ses fondements. Ils n'offrent pas toujours la possibilité de visualiser cette approche et de s'en représenter les contours et le vécu des protagonistes, soignants et patients. La présence d'un écart entre la conception, l'énoncé d'une prise en charge et sa retranscription dans la réalité des services de soins est loin d'être inimaginable et est même fort probable avec des degrés divers. L'individualisation de ces prises en charge holistiques, fondement de cette médecine, s'avère également être un frein à des tentatives de matérialisation des soins palliatifs au chevet du patient en fin de vie. En effet, toute présentation clinique ne peut s'inscrire que dans une exemplification et non dans une modélisation figée d'une procédure à retranscrire. La réalité des terrains d'application, des moyens alloués et des personnes portant les soins, influence également la mise en actes de cette médecine. Si le législateur encadre l'organisation des soins palliatifs par un certain nombre de textes, ce qui relève de la mise en œuvre des pratiques fait office « seulement » de recommandations.

Comme nous avons pu le montrer précédemment, un certain nombre des concepts propres aux soins palliatifs présentent un écho, voire une similitude, dans le champ de l'addictologie dépassée, sans pour autant valider pleinement une franche transposition. Rien de totalement rédhibitoire ne semble émerger, un « pourquoi pas » persiste. Malgré ces limites précédemment évoquées, cette rencontre de soignants investis et expérimentés ainsi que des personnes, patients et autres professionnels qu'ils accompagnent, a ébranlé l'intuition fondatrice de cette thèse qui s'est affirmée lors de la précédente confrontation littéraire. Cette rencontre a orienté les projecteurs sur une limite déjà décelée : les fortes divergences sur les statuts de ces maladies mises en parallèle, leurs manifestations, notamment les souffrances inhérentes, et les malades en tant que tels. Au-delà de la possible intégration d'une discipline associée à la santé mentale⁴²² à la médecine palliative, cette expérience interpelle également sur la possible comparaison entre une personne cancéreuse à un stade avancé et une personne en situation d'addiction dépassée. En effet, dans cette analogie de pratiques, nous ne pouvons, ni ne devons, occulter les représentations de leurs bénéficiaires. Cet élément sera un frein à la crédibilité de l'addictologie palliative, l'objectif est également d'obtenir une reconnaissance de cette typologie de soin sans amenuiser, altérer la noblesse et la force sémantique de la version originale. Pour reprendre un ancien proverbe, « comparaison n'est pas raison ». Cet exercice de rapprochement et les multiples agrégats découverts n'autorisent pas une complète assimilation du concept et l'estompement des points irréconciliables. Si l'addictologie ne peut prétendre à faire explicitement partie des disciplines relevant de la médecine palliative, aux

⁴²² Si historiquement l'addiction, plus particulièrement l'alcoolologie, a été portée par les gastro-entérologues et les psychiatres, elle est clairement inscrite dans le champ de la santé mentale et fait office d'une classification au sein du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux plus connu sous l'abréviation DSM soit en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

vues des démonstrations de recoupement dans ce chapitre, nous nous sommes attardés précédemment sur le statut à offrir à cette velléité de transfert de concept : analogie, homologie ou simple ressemblance. Si la démarche initiale de recherche a priori autorise une certaine liberté et créativité, cette approche a posteriori doit permettre de contrebalancer une lecture potentiellement négative des textes cités.

De prime abord, l'intérêt et, *de facto* l'absence de rejet, de ces soignants rencontrés pour cette chimère médicale, l'« addictologie palliative », confortaient notre démarche. Le vaste périmètre d'action de cette équipe mobile corroborait cette intuition initiale, tant avec l'origine des demandeurs, les lieux d'interventions, pas uniquement hospitaliers, qu'avec le moment de la prise en charge. Nous y retrouvons des notions de soins palliatifs en phase précoce, avancée et terminale de la maladie, pondérant le critère de temporalité de « fin de vie », certains de leurs suivis pouvant évoluer sur quatre à cinq années. Ce critère de fin de vie ne leur apparaît pas une nécessité pour déclencher leurs interventions. Les périodes de dégradation, de majoration des douleurs peuvent aussi être à l'origine d'une demande de soins palliatifs, ces derniers pouvant au sein de leurs pratiques être potentiellement transitoires. Avant la notion d'accompagnement du mourant, les signifiants prévalant dans leurs pratiques de la médecine palliative sont les soins de confort et les traitements symptomatiques. La primauté de ces derniers s'inscrit pleinement dans les définitions officielles et les recommandations. Cette prévalence de la corporéité se confirme, les inquiétudes et demandes sont majoritairement d'ordre somatique mais la prise en compte des éléments de vie (comme

pouvoir assister à un spectacle de fin d'année d'un enfant⁴²³), et l'accompagnement de l'entourage sont clairement inscrits dans la réalité de l'alcoologie. La prééminence de la douleur physique dans la prise en charge de la souffrance, point d'appel fréquent de l'U.M.S.P., est également affirmée. Même si les professionnels maintiennent leur vigilance sur les autres étiologies possibles de la souffrance, avec notamment un abord psychologique au premier plan, le traitement de la douleur physique s'impose majoritairement. Cette dernière, associée aux perturbations du sommeil et de l'appétit, autres besoins physiologiques, sont présentées comme « les problèmes à stabiliser avant toutes autres choses⁴²⁴. » Nous retrouvons les préoccupations élémentaires des guides de pratiques évoqués au début de ce chapitre. Ce constat de la présence sur ce terrain des valeurs prônées dans les textes, cette absence de dichotomie entre la littérature et le discours de ces acteurs de terrain rencontrés, ne provoquent pas de remise en question majeure des éléments établis précédemment. La flexibilité et l'adaptabilité dans une démarche holistique de l'approche palliative, ici observée, affirment les potentialités d'ouverture et les réserves présentes dans son application à l'addictologie.

Parallèlement à l'approche clinique, nous retrouvons, au cœur du travail de cette équipe, le soutien aux professionnels exerçant au plus près de ces personnes en fin de vie. Cette prise en compte de la souffrance des soignants est en effet nécessaire afin qu'ils puissent à leur tour dispenser l'accompagnement répondant aux besoins spécifiques de ces hommes et femmes. Les missions, ici observées, de cette équipe mobile de soins palliatifs font écho à un des principes fondamentaux de la mise en œuvre de l'addictologie palliative, la reconsidération du

⁴²³ Exemple d'un événement récent donné par une soignante lors de la rencontre.

⁴²⁴ Expression recueillie auprès d'une professionnelle de l'UMSP rencontrée durant cette journée.

professionnel comme vecteur mais aussi objet du soin palliatif. De par la récurrence de l'apragmatisme et de l'inertie de ces personnes dites en addictologie dépassée, cette modalité de conception du soin est fortement développée. Cette approche pourtant essentielle et non spécifique à l'équipe rencontrée, a été occultée lors des premières recherches, les lectures étudiées ciblant plus spécifiquement le soin au patient. A l'image de certains points précédemment travaillés, la question de la proportion dans les typologies de soins semble également ici s'appliquer. En effet, au regard des services dédiés, les Unités de Soins Palliatifs, le champ d'action des U.M.S.P. plus en amont dans les processus de soins s'approche plus de la réalité de terrains de l'addictologie dite palliative et de ses manifestations, « Dans son histoire, le soin palliatif est lié à la phase terminale des maladies, mais les équipes mobiles rencontrent les patients bien souvent en amont de celle-ci⁴²⁵. » Leur périmètre d'action étendu et potentiellement à distance de l'issue fatale propose de plus nombreuses correspondances avec notre sujet d'étude. L'auteur de l'article précédemment cité évoque un découpage en trois phases permettant d'explicitier cet argument : « Dans les phases initiales, se pose le problème de l'impact de l'annonce de la maladie (...); une deuxième phase intermédiaire peut se situer dans l'évolution de la maladie, lorsque des complications apparaissent avec une perte progressive de l'autonomie. Les soins actifs spécifiques permettent alors de retarder l'évolution de la pathologie, d'améliorer la qualité de vie du patient pour que celui-ci supporte des pertes et des deuils. Enfin les phases terminales des maladies⁴²⁶. » Nous verrons que si les deux phases aux extrémités de cette triade sont peu « addicto-compatible », les indications de la partie intermédiaire concentrent l'essentiel de

⁴²⁵ Desfosses G., « équipes mobiles de soins palliatifs : entre limites et dérives », Espaces éthiques AP-HP, la lettre, n°. 9-10-11, automne-hiver 1999/2000, p. 61.

⁴²⁶ *Idem*, p. 60-61.

l'objet de la réflexion de l'application du soin palliatif à l'addiction, notamment par cette évocation de « retarder l'évolution » et « d'améliorer la qualité de vie », sans en occulter les incompatibilités et, ou interrogations sous-jacentes. En effet, les notions de « pertes et deuils » nécessitent une toute autre approche, au même titre que la phase d'annonce, du fait de la personnalité du dépendant se composant en partie d'apragmatisme et de déni. Peut-on également parler d'« évolution de la pathologie » pour ces personnes en situation d'addictologie dépassée ? L'addiction est inscrite mais il apparaît complexe de parler d'évolution, à l'image d'une tumeur qui grossit ou de métastases qui diffusent dans l'organisme. Les complications croissent et apparaissent, mais pouvons-nous mettre en avant une modification de son addiction du type de l'accroissement ? Cette dernière est présente, d'apparence immuable. En situation dite dépassée, ce sont l'inaltérable emprise sur la volonté et l'inanité des soins curatifs qui la caractérisent. Le parallèle entre une pathologie organique et cette addiction plurifactorielle à la croisée des chemins du *soma* et de la *psyché* reste discutable tant le référentiel apparaît sans point commun. La troisième phase dénommée « terminale », associée à un pronostic vital à court, voire très court terme, ne possède pas de pendant flagrant en addictologie. Ce questionnement affirme la nécessité d'approfondir le caractère de cette pathologie au statut encore contesté.

Mais un autre élément de cette journée d'échanges avec ces professionnels vient pondérer les velléités d'incorporation et accentue les doutes sur la compatibilité de l'addictologie avec la médecine palliative : la souffrance observée des personnes abordées,

essentiellement soignées par l'équipe de l'U.M.S.P. pour un cancer⁴²⁷, ses manifestations, son histoire passée et à venir. Cette expression de la souffrance conjuguant les douleurs, l'appréhension de la dégradation de leur autonomie et la confrontation à une mort annoncée à court ou moyen terme se matérialise durant cette rencontre pour finalement prendre forme. Cette forte prégnance des soins somatiques et cette question suspendue de la mort semblent venir saper cette tentative d'assimilation.

Ce regard porté sur ces personnes soignées en soins palliatifs, imagerie également partagée par le grand public, alimentée par la diffusion de reportages télévisés poignants réalisés le plus souvent au cœur d'unités spécialisées, accentuent les difficultés à concevoir un tel rapprochement. Si la comparaison des pratiques et philosophies propres à chacune des disciplines fut aisée, la mise en perspective des personnes en situation d'addiction dépassée et de ces personnes atteintes d'un cancer en phase avancée ou terminale semble contre-intuitive. Peut-être même, sous l'influence émotionnelle consécutive à ces rencontres la comparaison s'avérerait indécente. Au regard de ces personnes diminuées, marquées physiquement par la maladie, contraintes à garder le lit ou ne possédant qu'un périmètre de marche très restreint⁴²⁸, limitées voire handicapées dans les actes du quotidien, l'activité de ces addicts étudiés ne présente guère plus de dynamisme, voire moins. Mais, même si l'apparence de ces derniers retranscrit la précarité de leur santé, l'affichage et les manifestations de leurs souffrances restent en retrait. Si l'un comme l'autre est doté d'une capacité d'agir tronquée, l'addict, de par l'origine psychique de ses troubles, conserve la présentation corporelle d'un potentiel,

⁴²⁷ Dans ce service 60% des pathologies d'appels sont des cancers, suivent ensuite les maladies neurodégénératives et les insuffisances d'organes.

⁴²⁸ Les patients rencontrés durant cette journée étaient toutes hospitalisés à temps plein au vu de l'absence d'opportunité ce jour de découvrir le versant ambulatoire de leur activité.

certes pleinement inhibé par l'addiction mais toujours apparent pour l'observateur candide. Cette potentialité, se traduisant au regard extérieur par « il pourrait », ne doit pourtant pas occulter la force de son addiction, l'inertie, invisible mais puissante. Cette limite est une entrave difficilement objectivable, parfois stigmatisée comme un manque de volonté soit cette transformation déjà évoquée du « ne peut » en « ne veut ». Les manifestations des limites, ici psychiques, en dehors des pathologies psychiatriques les plus lourdes, se révèlent plus discrètes.

Une autre divergence peut influencer le ressenti de l'observateur, soignant ou quidam, parallèlement au point précédemment évoqué, c'est la manière dont le patient traduit sa maladie dans la parole. Les verbalisations des souffrances, angoisses accentuées par la conscience de sa dégradation et d'une vie écourtée ne sont pas systématiques en soins palliatifs et de degrés divers mais sont récurrentes et font l'objet de vigilance et d'attention de la part du soignant. Elles se trouvent accompagnées, facilitées pendant la prise en charge. L'équipe rencontrée affirme dans ses pratiques courantes, des concepts, des définitions et des recommandations officielles. Cela est notamment issu d'un travail d'écoute très prégnant et d'une prise en compte de l'anxiété de la personne, de son devenir, cela n'étant pas nécessairement associé à la question de la mort. Si l'accompagnement psychologique est une des pierres angulaires des soins addictologiques, le constat découlant des situations similaires à celle de Patrick, notre patient de référence, témoigne d'une verbalisation et d'une expression peu prodigue, l'alexithymie documentée chez l'addict culmine ici. Cette composante associée à une intolérance marquée à la frustration ne favorise pas une spontanéité des manifestations de compassion et requière de son interlocuteur un effort de distanciation et de mise en lien avec sa pathologie. La question de la prégnance de la mort intervient également dans cette construction. Chez le cancéreux, sa présence se situe à la limite du palpable. Il va décéder de

son cancer, la mort s'inscrit ici dans une causalité directe. Chez l'addict, son expression se caractérise par son évanescence. Le lien est moins franc. Son décès peut être à court terme consécutif à une overdose ou à un accident de sevrage, mort en prise directe avec sa dépendance. Mais elle peut également survenir pour bien d'autres motifs, suite aux comportements à hauts risques sous emprise du produit, à l'image des accidents domestiques, de la route⁴²⁹ qui émaillent les faits divers des journaux, ou de pathologies (les cancers notamment) consécutives à l'effet caustique des toxiques et à leurs modes de consommation. Opposée à la souffrance asymptomatique de l'addict, celle du cancéreux, s'affiche, nous interpelle, nous violente. Leurs impacts respectifs et la compassion qui en résulte ne peuvent être objectivement comparables, et même chez un soignant averti des spécificités de l'addictologie dépassée. Cette situation transposée au regard du grand public ou de professionnels non spécialisés intensifiera cette différence de ressentis et d'empathie. La révélation de ce malaise issue de la difficile confrontation à cette souffrance, palpable et manifeste pour l'un et intériorisée pour le second, au moment de cette démarche de décontextualisation au regard de notre champ de travail usuel et de contextualisation au vu des soins palliatifs, bousculent les premières constructions théoriques et soulèvent de nouvelles interrogations. Est-il envisageable de comparer la souffrance et le vécu du cancéreux avec la souffrance et le vécu, le plus souvent anesthésiés et inexprimés, de cet addict ? Est-il pertinent de cliver voire hiérarchiser souffrance d'origine physique et d'origine psychique ? La mort physiologiquement prévisible du premier et celle indéfinie mais à forte probabilité du second peuvent-elles être mise sur le même plan ? Est-il décent d'évoquer la « mort sociale » de l'addict au regard de la mort réelle du cancéreux ? Cette divergence *soma-psyché* imprègne

⁴²⁹ Première cause d'accident de la route.

cette réflexion. Au-delà du fait de remettre irrémédiablement en cause l'adoption de l'addictologie par la médecine palliative, tout ce questionnement, interroge le statut de l'addict et la reconnaissance de ses troubles comme maladie et de leur potentielle gravité. Cet ébranlement d'un professionnel expérimenté de l'addictologie, pourtant indubitablement convaincu du caractère pathologique des addictions, ce ressenti de gêne, ce trouble dans sa velléité de rapprocher la situation d'une personne addict et celle d'une personne cancéreuse interrogent les premiers résultats des travaux. La perspective n'est certes pas d'interroger laquelle est entre ces deux pathologies en stade avancé, est préférable. Mais si ces deux domaines d'application s'avèrent inconciliables, le projet de les faire converger sur un concept de soin commun peut s'en trouver infléchi. « Le monde n'est qu'une branloire pérenne ⁴³⁰ », écrivait Montaigne, avec un fort scepticisme. Cela exprime bien ici l'instabilité dans laquelle se trouve cette intuition, ballotée au gré de la diversité des arguments émergeant de cette confrontation de soins post-curatifs. Certains rapprochements dépendent de la définition apportée aux différents concepts inhérents aux soins palliatifs. En effet, en se limitant à un usage superficiel des mots, nous avons vu que les définitions officielles étaient accueillantes au regard de l'addictologie. Mais, consécutivement à l'approfondissement des termes et à leur confrontation, l'adoption de cette dernière par la famille de la médecine palliative est sérieusement malmenée dans un incessant jeu de va-et-vient. Afin de pouvoir amener la médecine palliative au-delà de sa définition et de son périmètre d'application usuel, nous devons approfondir les concepts émergeant de ce rapprochement : souffrance, maladie,

⁴³⁰ M. de Montaigne [1592] (1972). *Les Essais*, Tome 3, Livre III, ch. 2, Du repentir, Paris, Le Livre de poche, p.25.

fin de vie. La clarification du statut de l'addict, du caractère maladif de ses troubles ainsi que des pratiques en jeu dans cet accompagnement spécifique de la personne en situation d'addiction dépassée se révèlent également incontournable.

Le recours à ce rapprochement de notions soulève une autre question : au regard de quoi s'inscrit l'addictologie palliative ? Ce titre sous-tend la substitution non seulement à une autre approche mais peut-être également à une autre addictologie. Cette affirmation nécessite donc une prise en charge profondément différente. Il s'agit d'un accompagnement différent et d'une manière de penser la discipline sous un autre angle, ce qu'avaient proposés en leurs temps les précurseurs de la médecine palliative.

Partie V

Diverses controverses

Partie V : diverses controverses

Le concept d'addictologie palliative, comme toute proposition de migration et de création, se prête dans son parcours d'affirmation, à de multiples controverses. Elles peuvent émerger de sa discipline d'exercice, de celle de sa provenance mais également d'autres horizons, scientifiques ou non. Ces controverses, ou plutôt leurs éventualités, que nous allons aborder dans ce chapitre, proviennent des limites et divergences qui sont apparues au cours de ce travail de confrontation à la médecine palliative. Comme évoqué dans la conclusion de la partie précédente et malgré de fortes similitudes, il ne nous apparaît pas pertinent à cet instant de rechercher à définir l'addictologie palliative comme une extension de la médecine palliative vers un nouveau domaine d'application hors de sa zone d'exercice habituelle.

Ce nomadisme des soins palliatifs vient également trouver des pierres d'achoppement au sein de sa spécialité d'accueil, notamment du fait de sa similitude avec la notion de réduction des risques, qui propose déjà une approche de soins déconnectée de toute action sur la consommation des toxiques. L'intégration de cette immigration conceptuelle requière de clairement la définir au regard des pratiques existantes.

Ces éléments de divergences ou de convergences sont autant de potentielles controverses dont il est nécessaire d'éclaircir les tenants et aboutissants. Elles vont venir interroger les spécificités des addictions tant dans leurs essences, leurs manifestations où s'entremêlent le corps, la psyché, le social et le sociétal. Et, elles seront autant de sources de doutes et de questionnements sur la pertinence d'un tel rapprochement conceptuel. Ces controverses interrogent les fondements de l'addiction en tant qu'elle se détermine comme maladie à part entière et par extension interroge également la définition de l'addict. Elles

fournissent ici la substance permettant d'affiner les contours de l'addictologie palliative et la détermination de sa « personnalité », de sa propre identité.

Nous identifions quatre thématiques majeures, sources de plusieurs potentielles controverses, émergeant de notre travail : le statut de maladie et de malade dans un contexte de dépendance, les notions de douleur et de souffrance, l'approche de la fin de vie et du mourant chez l'addict plus précisément en situation d'addictologie dépassée et enfin sa proximité avec les pratiques de réduction des risques.

5.1.Place et reconnaissance de la maladie addictive et de son malade.

Les sujets ne s'articulent pas ici uniquement autour de la pertinence de l'application du concept de maladie pour les addictions⁴³¹. La question de l'identité de cette pathologie de la dépendance et de celui qui la subit - soit le malade - du fait de sa complexité à la catégoriser, s'impose également pour en comprendre les différents développements. Les addictions à une substance psychoactive, celles au cœur de notre sujet, se caractérisent donc par leur transversalité au sein des spécialités médicales, mais également sociales, tant dans leur étiologie que dans leur symptomatologie. Cette transversalité est à l'image de l'histoire des soins aux alcooliques où, les premiers médecins alcoologues sont issus du champ de la psychiatrie ou de la gastro-entérologie correspondant aux principales conséquences de ces

⁴³¹ Le concept d'addiction englobant les mésusages, nous précisons que son emploi est ici à entendre au sens restreint de dépendance comme dans les précédents chapitres. Cette notion de mésusage reste essentiellement attachée à la consommation d'alcool. Dans le contexte des toxiques illicites, par définition tout usage est pénalement à risque mais la consommation de drogue n'équivaut pas nécessairement à de la toxicomanie.

exogénoses⁴³². Dans notre démarche d'emprunt conceptuel à la médecine palliative usuellement associée à des pathologies connues et reconnues et induisant une forte compassion auprès de la population générale et professionnelle, il est essentiel d'aborder les critiques et réserves existantes au regard du statut de maladie pour l'addiction. En effet, l'emploi de la notion de palliatif reste fortement attaché à certaines pathologies dont au premiers plan les cancers. Dans un inévitable effet de rapprochement à l'évocation de l'addictologie palliative, les questionnements et doutes latents relatifs à la qualité de ces dépendances et de ces dépendants peuvent se raviver. Dans ce contexte, de manière caricaturale, pour évoquer les soins palliatifs il faut une maladie et une personne incurable en grande souffrance objectivable, thématiques au sein de laquelle l'addiction semble encore difficilement s'affirmer. Les potentielles controverses vont s'exprimer différemment selon la population concernée qui peut être le grand public, les professionnels de santé ou le milieu spécialisé et averti en addictologie. Afin de prévenir un point probable d'achoppement et/ou de résistance à notre thèse, il nous semble ici important de clarifier les discours coexistant avec celui officiel de validation de la notion de maladie pour ces dépendances.

Une reconnaissance dépendante des représentations

Si auprès d'une frange du grand public, profane, où « les représentations des addictions sont multiples, souvent fausses⁴³³ », leur complexité ne pouvant se vulgariser en quelques

⁴³² L'exogénose se définit comme une intoxication par un agent extérieur mais qui dans son usage concerne uniquement l'alcool et est de fait un synonyme d'alcoolisme. Ce terme médical, maintenant obsolète, était encore employé dans la deuxième partie du XX^{ème} siècle.

⁴³³ Courty P., « Je suis malade de ma dépendance », in *Vie sociale et traitements*, 2012/2, n° 114, p. 19.

mots, cette question de la reconnaissance du statut de maladie, plus particulièrement des alcooliques et toxicomanes, reste malmenée. Le passage au concept plus large d'addiction, englobant les dépendances sans produit, a permis une évolution de ces représentations sans totalement les extraire des jugements péjoratifs. Ce jugement réducteur « c'est juste un manque de volonté » précédemment abordé, déniait l'essence même de leur dépendance, et l'association de ces pratiques hédonistes à un vice, persiste : « la liberté étant un concept moral, il est alors « naturel » que l'opprobre social soit jeté sur celui qui est suspecté travailler à sa propre destruction⁴³⁴. » La reconnaissance, altérée par de la méconnaissance et des représentations réductrices, du statut de maladie aux addictions, reste superficielle avec cette ambivalence autour d'un sujet à la fois patient (donc par essence qui subit) et responsable (soit acteur et décideur) de ses troubles. Malgré une évolution des représentations sociétales, le regard porté sur ces addicts reste peu complaisant, du fait notamment des manifestations bruyantes dans ses aspects relationnel, social et judiciaire.

Un constat, plus nuancé, se rencontre au sein de la profession soignante, population malgré tout représentative de la société. Cependant persiste l'incompréhension à l'égard des expressions pourtant caractéristiques de déni, de manque de compliance aux soins, d'intolérance à la frustration avec un rapport aux lois et règlements conflictuel. Leurs paroxysmes dans les positions antagonistes que sont l'ivresse et le syndrome de manque confèrent à ces addicts un statut de *persona non grata* et de personnes déstabilisatrices au sein des structures peu préparées à les accueillir, en particulier des services d'urgence en première

⁴³⁴ Lambrette G., « A son corps défendant. Une approche constructiviste du corps dans le champ des toxicomanies », in *Psychotropes*, vol 18, n°. 2, 2008, p. 19.

ligne dans les prises en charge. Mais la généralisation des enseignements de cette spécialité dans les cursus initiaux favorise, entre autres, progressivement l'acceptation pour les addictions de ce statut de maladie. Cette reconnaissance ne lui octroie pas pour autant la même valorisation que des pathologies pouvant être plus aisément (concrètement) explicitées et les addictions demeurent traitées de manière inégale selon l'objet de la dépendance⁴³⁵. Auprès des professionnels, sans éluder la persistance de ce fait précédemment abordé, nous retrouvons non plus une absence de reconnaissance du statut de maladie et donc d'objet de soins thérapeutiques mais plutôt une déconsidération et disqualification de ces pathologies de la dépendance. « Certains pourraient faire valoir que bien que la toxicomanie ne soit pas à proprement parler un vice, elle pourrait être une pathologie teintée de vice. La toxicomanie ne serait pas une vraie maladie puisqu'elle émergerait d'un comportement de prise de risque.⁴³⁶» Nous pourrions résumer la dynamique exemplifiée précédemment par « c'est une maladie, mais... » L'acceptation d'un caractère maladif ne dédouane pas pleinement l'addict de cette image d'être vicieux dénué de volonté. Ici l'addiction, avec cette caractérisation d'être autodestructrice, parfois jugée ordalique⁴³⁷, posséderait alors le statut de maladie déclassée. Elle ne peut ici pleinement prétendre ni à la noblesse, ni à l'empathie suscitées par celles physiques ou psychiques, dont la responsabilité dans l'origine des troubles n'incomberait pas au patient. Nous pouvons retrouver ce jugement tranchant et simpliste, se traduisant chez

⁴³⁵ Le tabagisme, les addictions dites sans produits (sexe, jeu, écran) bénéficient d'une représentation davantage positive que l'alcoolisme et la toxicomanie qui présentent des conséquences sociales et sociétales majeures.

⁴³⁶ Piazza V., Deroche-Gamonet V., «4. Une théorie générale multi-étape de la transition vers la toxicomanie », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 43.

⁴³⁷ Le comportement ordalique, souvent associé à l'adolescence, se définit par une prise de risque mortelle, de s'en remettre au jugement de dieu pour reprendre l'idée originelle du terme. Mais cette prise de risque est choisie tandis que dans le cadre des dépendances, soit en dehors de la recherche de la transgression du primo-consommateur, elles sont très majoritairement subies. L'addict ne s'inscrit pas dans une volonté de flirter avec la mort mais dans une démarche hédoniste de recherche d'un mieux-être, d'un apaisement.

l'alcoolique par « il n'a qu'à arrêter de boire », ou de « moins manger » dans les situations d'obésité morbide, dont certaines étiologies peuvent s'assimiler à la discipline au cœur de ce travail. Ces approches sont aveugles à la complexité de ces troubles et proposent une réponse à la hauteur de l'interprétation de ces situations, simpliste et binaire. Elles assignent les personnes concernées à leur responsabilité et à l'insuffisance de leur volonté ; en caricaturant ce positionnement, leur problématique peut se solutionner par le simple fait de leur volonté, occultant alors tous les mécanismes biologiques à l'œuvre dans les dépendances. Pour l'addiction, même si elle acquiert officiellement la reconnaissance comme pathologie, une hiérarchie dans l'honorabilité au regard des autres maladies s'opère et ne permet pas d'enclencher le mouvement compassionnel habituellement constaté dans d'autres disciplines. Ce mécanisme imprégné de jugements moraux et attribuant la responsabilité (la faute) à celui ou celle qui en souffre évoque le sort accordé un temps aux maladies vénériennes également dénommées « honteuses ». En dehors du questionnement sur l'étiologie de ces dépendances, l'obtention du statut de maladie, proposé dès le XVIII^{ème} siècle par Benjamin Rush, permet d'envisager le remplacement de la réprobation morale d'un vice par de la compassion et des traitements ou de la réadaptation. Mais elle doit encore composer avec la religion et la morale, « la médecine ne peut que s'interposer entre vices et punition : le modèle reprend à sa charge des regards moraux, voire religieux, portés sur l'ivrognerie⁴³⁸. » Cette notion de maladie autorise également une déculpabilisation de l'addict : ce ressenti de culpabilité prégnant demeure un frein important à l'entrée dans les soins.

⁴³⁸ Valleur M., « La nature des addictions », *op. cit.*, p. 27.

Une appartenance complexe

La transversalité et la pluralité des troubles et étiologies lui octroient ce statut de pathologie « sans discipline fixe » et interrogent son appartenance à un système de représentation de la santé, somme toute toujours clivé entre le soma, la psyché et le social. Les enchevêtrements de l'addiction entre ces trois domaines, dans la compréhension des mécanismes le sous-tendant et l'élaboration des soins et traitements requis, apparaissent comme un véritable handicap à sa compréhension, à sa reconnaissance. Cette complexité résultant de l'interaction de nombreux éléments peut s'imager sous la forme d'une formule mathématique « addiction =PIE⁴³⁹ », (P) étant les facteurs de risques liés aux produits, (I) les facteurs individuels de vulnérabilité et (E) les facteurs de risques environnementaux. Le (P) est lié à la capacité plus ou moins forte d'un produit à générer une dépendance physique et/ou psychique soit son potentiel addictif. Le (E) regroupe les éléments allant de la sphère familiale au groupe social d'appartenance mais également d'ordre sociétal et enfin le (I) va concerner les points relatifs au cœur du questionnement de ce chapitre - soit les vulnérabilités individuelles notamment génétiques et psycho-pathologiques. Cette approche évoque celle du psychiatre Claude Olievenstein⁴⁴⁰ qui définissait cette complexité de la toxicomanie dès le début des années 1970 comme la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel. L'expression « ne devient pas dépendant qui veut » illustre ces approches déconstruisant le caractère volontaire et responsable de ces intoxications mortifères qui lui attribuent sa morbidité tant physique que psychique. Si ces éléments abondent l'argumentaire

⁴³⁹ Reynaud M., « Comprendre les addictions : l'état de l'art », in *Traité d'addictologie, op. cit.*, p. 9.

⁴⁴⁰ Psychiatre français, il est un des premiers médecins à s'intéresser aux traitements de la toxicomanie et fonde en 1971 le centre Marmottant à Paris, première structure spécialisée pour le traitement des toxicomanes jusqu'à alors associé à la délinquance.

de l'addiction comme une maladie, sa compréhension et sa résolution ne peuvent être uniquement élaborées dans un cadre médical, qu'il relève du champ somatique et/ou psychiatrique. Ils doivent prendre en compte la dimension du contexte de vie au niveau micro et macro de la personne. Il est intéressant de rappeler ici que cette spécificité est également revendiquée dans les soins palliatifs à travers leur philosophie de prise en soin holistique.

« L'addiction est une véritable maladie psychiatrique ⁴⁴¹», l'une des plus graves de notre société selon l'ouvrage de référence dont est tirée cette phrase. L'inclusion de l'addiction dans la classification officialisée de la psychiatrie d'aujourd'hui, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM⁴⁴²) de l'association américaine de psychiatrie⁴⁴³, ne laisse pas de doute sur la reconnaissance officielle de cette appartenance. Elle propose onze critères permettant de définir l'addiction et son caractère de gravité allant de « faible » à « modérée » et enfin « sévère » niveau nous intéressant, déterminé à partir de la présence de six d'entre eux. Parmi ces critères descriptifs, nous trouvons ceux évoquant la dépendance psychique telle que la perte de contrôle de soi, la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre, la dépendance physique comme la présence d'un syndrome de sevrage, la tolérance aux produits addictifs mais également les dommages induits sociaux et relationnels avec l'interférence de la consommation sur les

⁴⁴¹ Piazza V., Deroche-Gamonet V., « Une théorie générale multi-étape de la transition vers la toxicomanie », in *Traité d'addictologie, op.cit.*, p. 50.

⁴⁴² *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder*. Pour un regard davantage critique le lecteur pourra se reporter au très intéressant article d'Isabelle Blondiaux dans l'ouvrage *Controverses éthiques d'aujourd'hui* : "Le DSM comme illusion constituante".

⁴⁴³ Nous n'aborderons pas la classification internationale de maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé peu présente dans la littérature consultée et dont la récente entrée en vigueur (janvier 2022) de la dernière version, la CIM 11, n'offre pas un recul suffisant. La précédente version, datée de 1994, proposait six critères sans offrir de graduation ni l'impact social, la CIM ciblant uniquement les répercussions personnelles.

activités scolaires ou professionnelles et l'incapacité à remplir des obligations. Dans sa dernière version⁴⁴⁴, le DSM-5, le chapitre consacré aux « troubles liés aux substances » évolue pour intégrer dans son titre le concept d'addiction. Au-delà de la particularité de posséder de très nombreuses conséquences physiques, l'addiction est sous-tendue par des mécanismes neurobiologiques. Le système dopaminergique de la récompense fait l'objet de très nombreuses études s'appuyant sur l'imagerie médicale pour identifier les dysfonctionnements cérébraux. « La neuropsychologie, la neurobiologie et l'imagerie permettent de mettre en évidence que le cerveau ne fonctionne pas selon la norme⁴⁴⁵ » situant alors l'addiction comme une maladie du cerveau au sens organique.

Une médicalisation contestée

Si la définition de l'addiction comme une pathologie psychiatrique est distinctement inscrite dans le domaine scientifique et médical, sa conceptualisation et sa définition restent mouvante et demeure encore un sujet de controverse selon l'origine du professionnel s'y intéressant et son champ d'expertise : « Les pharmaciens auront tendance à comprendre le phénomène comme une suite de réactions aux substances et de la tolérance croissante du corps au produit, les physiologistes comme un dysfonctionnement des organes et du métabolisme, les généticiens comme une carence d'un gène spécifique, les psychiatres comme un désordre biomédical ou une carence neurochimique, les psychologues comme un symptôme de problèmes sous-jacents ou d'estime de soi, les sociologues comme une réaction

⁴⁴⁴ Le DSM-5 est paru aux Etats-Unis en 2013.

⁴⁴⁵ Reynaud M., « Comprendre les addictions : l'état de l'art », in *Traité d'addictologie, op. cit.*, p. 12.

au processus de régulation sociale et des contraintes inhérentes aux rapports sociaux, etc.⁴⁴⁶.»

Chacun de ces corps de métier, sans remettre en question la complexité constitutive des addictions, donne une prédominance à son champ d'expertise dans la lecture et l'interprétation des étiologies et symptomatologies. Les approches seront alors dominées par un abord biomédical, psychosocial ou culturel, la prégnance majoritaire du premier faisant l'objet des critiques présentées dans ce paragraphe. Dans ce contexte, certains auteurs, scientifiques et/ou praticiens, possédant une connaissance appuyée de l'addictologie, s'opposent à l'idée même de maladie pour l'alcoolisme ou la toxicomanie : « il s'agit là selon nous d'une entité nosographique s'apparentant davantage à un concept culturel, voire à une lecture idéologique des faits qu'elle recouvre, qu'à une réalité scientifique univoque et homogène⁴⁴⁷. » La diffusion du concept d'addiction avec son ouverture à de nombreux autres dépendances, en particulier celles dites « sans produit », aurait, pour ce courant de pensée, favorisé cette pathologisation des comportements. Sans remettre en question la dépendance qui l'anime ainsi que les souffrances inhérentes et les nécessités de traitement, ils dénoncent la domination du modèle médical et le caractère réducteur de l'application du modèle de la maladie à ce qui relève des comportements humains ici jugés inappropriés. Il lui est ici reproché une déresponsabilisation (vision négative de la déculpabilisation évoquée un peu plus haut) des addicts face à leur dépendance qui cautionne une passivité de ces derniers face aux traitements existants ainsi que son déterminisme et la relégation des facteurs psychosociaux à un second plan. Ces auteurs mettent en avant le caractère environnemental

⁴⁴⁶ Suissa A., « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », in *Psychotropes*, 2008, Vol. 14, p. 67.

⁴⁴⁷ Lambrette G., « Les addictions, entre pathologisation et dépathologisation », *Vie sociale et traitements*, n°114, 2012, p. 30.

constitutif des addictions dépassant les questions physico-chimiques. Ce courant prône une vision sociale de ses origines qui s'inscrivent alors dans une stratégie d'adaptation et de survie de l'individu face à des problématiques de conditions sociales de vie, de pauvreté entre autres. La médicalisation est présentée comme une modalité de contrôle social des comportements déviants et indésirables, « un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes non médicaux, principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, voire pathologiques⁴⁴⁸. » Ce fait, en lien avec le déclin de la prégnance des religions et l'augmentation du pouvoir médical, serait responsable du rejet de la prise en compte des aspects psychosociaux et culturels dans la construction des addictions avec une lecture impersonnelle. Pour ces auteurs, l'assimilation à une maladie imposerait une compréhension unique des histoires et des manifestations de ces dépendances. Leurs écrits ne dénie pas la nécessité d'une approche médicale dans le cadre des dépendances en particulier du fait des indéniables dommages induits sur les corps et les psychés, la notion de « surmédicalisation des conditions sociales » voire d'une « santéisation⁴⁴⁹ » de l'existence côtoient celles déjà évoquées de médicalisation et de pathologisation.

Patrick Pharo interroge la pertinence de la prédominance des approches neurobiologiques. Il lui oppose cette banalité des dépendances qui correspond alors à un simple « emballement de la recherche très ordinaire de récompense et de bien-être⁴⁵⁰. » Cette maladie du cerveau ne serait alors qu'un accident découlant d'une décision « orientée vers des

⁴⁴⁸ Suissa A., « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », in *Psychotropes*, *op. cit.*, p. 64.

⁴⁴⁹ Suissa A., « Addictions et surmédicalisation du social : contexte et pistes de réflexion », in *Psychotropes*, vol.18, 2012, p. 151.

⁴⁵⁰ Pharo P., « Bien-être et dépendances », in *Pensée plurielle*, *op. cit.*, p. 12.

recherches de satisfaction qui sont propres à tous les humains⁴⁵¹. » Ce point alimente les propos déjà évoqués de responsabilisation de l'addict. L'acte initial, ce choix originel de la consommation de la substance psychoactive à l'origine de la dépendance, étant dans la très grande majorité des cas, non contraint, il l'inscrit de fait dans une liberté individuelle ici dite négative. Mais si la pertinence de cette dénomination de maladie du cerveau de par « les nombreuses modifications neurobiologiques fonctionnelles et structurelles communes à toutes les addictions⁴⁵² », objectivées chez les dépendants par des études à grand renfort d'imagerie médicale, est difficilement contestable, cette approche s'inscrit également dans la complexité de ce système déjà abordé : « Personne n'oserait plus affirmer qu'il ne s'agit d'une maladie du cerveau. Mais il faut entendre ici « cerveau » dans les deux sens comme organe mais également comme siège de la conscience de l'homme, de sa réflexivité⁴⁵³. » Assigner l'addiction à un organe, comme une « défaillance » d'un lieu distinctement identifiable avec des causes concrètes abonde l'argumentaire assimilant l'addiction à une maladie ici de fait organique. Mais cette approche, comme nous l'avons déjà évoquée, se révèle encore insuffisante à elle seule pour expliciter les mécanismes de dépendance. En effet, les traitements qui en découlent, de médicamenteux à la stimulation trans-cranienne, n'ont à ce jour démontré qu'une plus-value encore limitée à certaines situations. A l'image d'autres pathologies psychiatriques ces approches organiques complètent les lectures existantes sans pouvoir s'y substituer pleinement. L'idée d'étendre la conception de maladie du cerveau au-delà de l'aspect purement organique permet d'argumenter que cette perte de liberté induite

⁴⁵¹ *Idem*, p. 15.

⁴⁵² Dematteis M., Pennel L., « Théories neurobiologiques de l'addiction », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 66.

⁴⁵³ Courty P., « Je suis malade de ma dépendance », in *Vie sociale et traitements*, *op. cit.*, p. 21.

par la dépendance dépasse la simple fragilité cérébrale, l'idée de volonté malade développée en amont s'inscrit dans cette logique.

La chronicité en question

Ces critiques de la pathologisation ciblent également la chronicisation de ces dépendances qu'ils jugent en rupture avec une lecture sociale et sociétale et n'offrant aucune porte de sortie à l'addict en instituant l'abstinence comme traitement de référence, « la médicalisation associant dépendance à pathologie milite à l'encontre des potentiels humains en anesthésiant le changement et en les étiquetant de malades à vie⁴⁵⁴. » Ces auteurs s'opposent fermement à la philosophie des mouvements d'anciens buveurs leur reprochant d'enfermer le dépendant dans une identité. Le célèbre « je suis alcoolique » de leurs réunions affirme l'impossibilité de la personne à pouvoir reprendre le contrôle de leur vie (et de leurs consommations) et restreint leur salut à la seule abstinence. Au contrôle de la médicalisation des addictions ils opposent les capacités des personnes à modifier leurs comportements et habitudes de vie en privilégiant une approche par la réduction des méfaits⁴⁵⁵. Plusieurs définitions de la chronicité cohabitent en médecine. Des nombreux critères proposés nous retenons les notions décrites par l'H.A.S.⁴⁵⁶ de maladies rarement guérissables avec des répercussions sur la vie quotidienne du patient et de son entourage, de suivi qui permet de corriger et/ou de compenser ainsi que celles des soins au long cours, le plus souvent à vie. Au

⁴⁵⁴ Suissa A., « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », in *Psychotropes, op. cit.*, p. 79.

⁴⁵⁵ Soit la réduction des risques que nous aborderons dans la dernière partie de ce chapitre.

⁴⁵⁶ HAS, *Parcours de soins-Maladie chronique. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique*, février 2014, p. 3.

vu de ces éléments, le désaccord porte sur l'indétermination de la temporalité des troubles et des soins requis : le caractère chronique sous-tend un impossible retour en arrière, soit pour l'addict une relation à l'objet de sa passion toujours dominée par la dépendance. La « guérison » pour l'addict serait non pas de ne plus consommer mais de retrouver (ou acquérir selon la précocité de la dépendance) la maîtrise, la liberté de ses consommations. La nature chronique (à l'image du diabète, de l'asthme, de l'hypertension artérielle) induit la nécessité d'apprendre à vivre (c'est-à-dire adapter ses *habitus* et mode de vie) avec cet état de fait. Longtemps, l'addict a été conditionné par une injonction médicale et sociétale d'abstinence à laquelle se sont progressivement adjointes d'autres offres thérapeutiques dont la réduction des risques et l'accompagnement à la consommation dite contrôlée (qui requière également une adaptation de ses habitudes de vie). Même si ce concept de chronicité peut demeurer discuté au sein de la communauté des addictologues, il prédomine, « l'addiction a les caractéristiques d'une pathologie chronique, d'installation progressive, avec une évolution émaillée de rechutes et dont la survenue est déterminée par des facteurs de vulnérabilité⁴⁵⁷. » Cette chronicité et ses répercussions sur les différents pans constitutifs de la vie se matérialisent d'un point de vue pragmatique dans l'offre de soins pluriels et pluri-professionnels développée auprès des addicts. Cette dernière tend à répondre tant aux dommages bio-psycho-sociaux qu'aux éléments du même ordre constitutifs de l'étiologie de ces dépendances, soit la complexité et la diversité individuelle des facteurs de vulnérabilité.

⁴⁵⁷ Dematteis M., Pennel L., « Théories neurobiologiques de l'addiction », in *Traité d'addictologie, op. cit.*, p. 66.

Pour résumer notre positionnement, nous faisons nôtre cette citation : « l'addiction constitue bien une pathologie neuropsychiatrique chronique dont le traitement ne peut se résumer à l'arrêt d'un produit⁴⁵⁸. »

5.2. Escapade avec Canguilhem : L'addiction une maladie « hors-norme » ?

Les pathologies somatiques sont associées à l'idée de mort, avec certes des probabilités plus ou moins grandes de survenue. Cette proximité leur confère, en majeure partie avec les séquelles, leur gravité, tandis qu'elle est relativement absente pour les troubles psychiatriques, hormis le risque majoré de suicide. L'addiction, classifiée maladie psychiatrique et une des premières causes de morts prématurées, retrouve dans ce contexte son positionnement intermédiaire, entre le soma et la psyché. Au-delà de la question de l'étiologie mixte abordée plus tôt, à l'addiction sont très souvent associées des pathologies somatiques (en lien avec la nocivité des toxiques) mais également psychiatriques. La présence de ce que l'on dénomme alors « pathologies duelles » ou « comorbidité » est fréquente « puisque retrouvé dans 50% des cas⁴⁵⁹. »

La détermination de l'addiction en tant que maladie suscite de très nombreuses interrogations : sa classification (comme nous venons de l'évoquer), sa reconnaissance, son acceptation par les professionnels et l'intéressé, sa détermination (la pose du diagnostic de dépendance), l'exacerbation des comportements humains habituels ainsi que sa forte

⁴⁵⁸ *Idem*, p. 66.

⁴⁵⁹ Boumendjel M., Benyamina A, « Les pathologies duelles en addictologie : état des lieux et prise en charge », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 139.

intrication avec les notions d'hédonisme, de désir et de volonté. Toute cette complexité, ces entrelacements, ramènent à la question des normes et du normal et dans un premier temps des normes relatives aux substances psychoactives. En effet leurs usages n'étant pas indispensables à la vie et étant relatifs aux mœurs locales, nous ne pouvons parler de consommations « normales » mais plutôt de « non-problématiques ». L'être humain se confronte à différentes dépendances, plus ou moins choisies, au cours de son existence et l'addiction est la pathologisation d'une d'entre elles. Cette dépendance-maladie émerge à ce moment de bascule entre un usage socialement accepté, sinon d'un mésusage réversible et la relation passionnelle à un produit relativement commun dans la majorité des situations (alcool, tabac, médicaments) ou banalisé dans une frange non négligeable de la population (cannabis, certaines drogues de synthèse dites festives). Pour les toxiques associés à la toxicomanie, morphiniques essentiellement, si la dépendance s'ancre rapidement, les consommations s'inscrivent également dans une démarche hédoniste. Cette dépendance demeure un effet secondaire délétère non recherché. L'inscription de cette addiction n'est pas franche et binaire, elle est, comme de nombreuses maladies somatiques, progressive et graduelle avec différents niveaux de sévérité.

La thèse de Georges Canguilhem, déjà citée, nous offre une grille de lecture philosophique qualitative. Cette grille dépasse l'approche quantitative réductrice de « consomme », « consomme trop » ou « ne consomme pas », et de compréhension dans sa traduction médicale. Si Canguilhem limite son étude à la nosologie somatique, il ne la restreint pas à ce seul champ de la médecine, « l'application du problème général du normal et du pathologique peut, du point de vue médical, se spécifier [...] en problème de nosologie

psychique ou de psychopathologie⁴⁶⁰. » Rien de rédhibitoire n'apparaît dans le recours à ses recherches pour comprendre cette complexité addictive dont les spécificités lui confèrent des atours « hors normes » au sens d'inhabituel. L'auteur y présente la clinique et la thérapeutique comme « une technique d'instauration ou de restauration du normal⁴⁶¹. » Si la notion de restauration d'un état évoque aisément les objectifs de soins addictologiques⁴⁶² celle de « normal » est à approfondir et à clarifier avant d'aborder la pathologie dans la distinction qu'il en fait avec la maladie. Etudier la frontière entre le normal et le pathologique dans le cadre des addictions vient interroger en toile de fond les limites des notions de plaisir, de désir, de volonté et d'autonomie de l'être humain que la dépendance vient pervertir et altérer. Ces thématiques relevant d'un abord moraliste, nous ne ferons que les effleurer, notre démarche relève en effet ici essentiellement de la nosologie sous un éclairage philosophique.

Le terme « normal » est équivoque pouvant être attribué dans le discours autant à un fait scientifique qu'à une valeur seulement relative à la personne l'employant : « Est normal, au sens le plus sens usuel du mot, ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée, ou ce qui constitue soit la moyenne, soit le module d'un caractère mesurable⁴⁶³. » Le prendre au sens d' « habituel » est critiqué. On lui préférerait philosophiquement le sens de « bon » et de « juste », mais la première acception étant courante, elle domine les usages. Dans le discours médical, nous retrouvons cette confusion, « « l'état normal » désigne d'abord l'état habituel des organes ou de l'esprit ⁴⁶⁴» mais également « un idéal, comme l'état

⁴⁶⁰ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, op. cit. p. 8.

⁴⁶¹ *Idem*, p. 8.

⁴⁶² Soit le retour à une relation avec l'objet de sa passion avec une moindre morbidité tant sur le plan physique, psychique et social, allant de la réduction de certains risques à l'abstinence.

⁴⁶³ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op. cit., p. 689.

⁴⁶⁴ *Idem*, p. 689.

parfait correspondant à l'essence de l'organisme humain⁴⁶⁵. » Décliné par rapport à l'addiction, le « normal » serait la possibilité de consommer un produit psychotrope, comme l'alcool pour citer le plus répandu, sans contrainte ou, dit de manière inversée, de s'abstenir de consommer sans effort ce qui signifie une absence de dépendance. Mais la délimitation de cette dernière est peu aisée car elle n'est pas uniquement physique et se présente sous des niveaux de gravité très différents, également variables selon l'objet addictif. La question de la normalité des consommations, en tant que telle, peut s'imposer. Elle est problématique, sinon non-soluble, tant sur le plan quantitatif, (les substances psychoactives ne sont pas indispensables à la vie), que qualitatif (la consommation d'une substance psychoactive est bien la recherche d'un effet, d'un bénéfice dépassant la seule question du plaisir des sens). Dans les propos suivants, cette question de la normalité est circonscrite au comportement (terme ici plus adapté que celui de fonction) altéré de la personne à se préserver et à réguler ses consommations. L'approche neurobiologique, plus en lien avec le concept de maladie du cerveau, mettant en avant une altération des fonctions dopaminergiques et des mécanismes du plaisir est employée dans un rapprochement avec la thèse de Canguilhem. Mais les répercussions de cette activité neurologique dépassent la dimension purement organique et englobent cette dimension comportementale. Cet abord nous permet d'éviter l'écueil d'une vision partielle de la réalité addictologique.

Canguilhem pointe cette difficulté à définir le normal en médecine qui s'appuie dans son exercice sur la physiologie, soit la science de l'homme normal, et « à la représentation

⁴⁶⁵ *Idem*, p. 690.

commune de la norme dans un milieu social à un moment donné⁴⁶⁶. » La physiologie est alors l'étude de « l'état de santé » s'opposant ainsi à la pathologie, « l'état normal du corps humain⁴⁶⁷ est l'état que l'on souhaite de rétablir⁴⁶⁸. » Les constantes peuvent être qualifiées de normales au sens physiologique, soit descriptives et statistiques selon les caractères moyens ou les plus fréquemment observés et de normatives au sens thérapeutique quand elles transforment en idéaux des critères descriptifs et théoriques. A la question de savoir si cet idéal de normalité devait être déterminé par la visée thérapeutique ou par le patient concerné, l'auteur tranche en faveur du malade. Il met en avant que « le vivant humain qualifie lui-même comme pathologiques, donc comme devant être évités ou corrigés, certains états ou comportements⁴⁶⁹ » et que cet état de maladie traduit également que « la vie n'est pas indifférente aux conditions dans laquelle elle est possible⁴⁷⁰ » lui attribuant de fait une activité normative. Cette approche révèle la problématique de la demande de soin en addictologie : la reconnaissance des troubles étant tardive, la dépendance est inscrite dans un parcours de vie où le toxique fait encore partie intégrante de cette « normalité » recherchée. Les normes la déterminant sont en lien avec le contexte de vie de la personne dans lequel consommer un psychotrope fait partie intégrante des repères de vie et de construction identitaire. L'appartenance à un réseau social composé de consommateurs, qu'il soit constitutif ou consécutif à ses propres usages, peut également amener la banalisation et la normalisation du recours à cette substance psychoactive. Et cela demeure indépendant du caractère licite ou non de la substance : fumer du cannabis, et/ou consommer de la cocaïne, de l'héroïne, etc. A

⁴⁶⁶ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 77.

⁴⁶⁷ Cela prévaut également pour le comportement humain.

⁴⁶⁸ Canguilhem G., *Idem*.

⁴⁶⁹ *Idem*, p. 77.

⁴⁷⁰ *Idem*, p. 77.

la question « quelles sont vos consommations d'alcool ? » le soignant s'entend souvent répondre en premier lieu un « comme tout le monde » ou « normales » qui peuvent alors masquer des quantités importantes non critiquées de par les habitus et le milieu de vie. Ce mécanisme socialement inscrit dans notre société occidentale pour l'alcool et le tabac devient également une réalité pour le cannabis. L'ancienneté de ses usages, sa forte disponibilité, l'évocation aisée de sa consommation même publiquement et les nombreux débats sociétaux autour de sa dépénalisation ou de sa légalisation témoignent de cette banalisation.

Le diagnostic d'addiction ne peut se déterminer à partir d'un seul relevé quantitatif. Pour l'alcool, les recommandations chiffrées en nombre de verres « standards » permettent de qualifier des consommations comme à risques ou nocives, c'est à dire pour lesquels le risque s'est concrétisé, mais ces valeurs ne permettent pas de caractériser la dépendance⁴⁷¹. Une consommation d'alcool quotidienne, même excessive, ne préjuge pas des capacités de la personne à la pondérer ou même l'arrêter. Parallèlement des consommations itératives reliées à un contexte particulier peuvent être la manifestation d'une dépendance. Par exemple, une personne ayant une dépendance physique à un traitement dans le contexte d'une prescription (morphiniques, anxiolytique, hypnotique notamment) ne se définit pas nécessairement comme addict. Pourtant, nombre de traitements requièrent une diminution progressive afin de prévenir un syndrome de sevrage. Les dépendances physiques et psychiques ne coexistent pas systématiquement et seule la deuxième est significative d'addiction. Dans une approche neurobiologique ou génétique, si des perturbations quantifiables sont retrouvées, leurs

⁴⁷¹ Des questionnaires dont certains réalisables en autonomie permettent d'établir des scores indiquant la probabilité de la dépendance. Certes, ils n'ont pas de vertu de diagnostic mais ils possèdent une valeur incitative à interroger son rapport aux produits et à consulter en ce sens.

présences n'induisent pas toujours une addiction chez la personne concernée. Nous retrouvons ici l'approche complexe et plurifactorielle déjà évoquée : « C'est par rapport à une mesure jugée valable et souhaitable - et donc par rapport à une norme - qu'il y a excès ou défaut. Définir l'anormal par le trop ou le trop peu, c'est reconnaître le caractère normatif de l'état dit normal⁴⁷²», caractère que ne possède pas l'addiction car elle ne se mesure pas uniquement en quantité de psychotropes assimilés. La mesure jugée valable et souhaitable serait dans notre situation la modération, recommandation accompagnant toutes promotions publicitaires de produits alcoolisés, notion relative et subjective. Ce point rejoint l'objection de Canguilhem à la possibilité d'obtenir une définition purement objective du normal et de pouvoir « traduire toute différence entre l'état normal et l'état pathologique dans le langage de la quantité⁴⁷³. »

Pour le philosophe français l'état physiologique est l'état sain « qui peut admettre le passage à de nouvelles normes⁴⁷⁴ » et il se définit alors par ses capacités d'adaptation aux évolutions de son environnement. Le pathologique est une altération de cet état normal « au niveau de la totalité individuelle consciente⁴⁷⁵ » et cette nouvelle vie devient une nouvelle norme, soit un normal précaire. Cette approche est éclairante pour notre sujet : le recours à des psychotropes à l'origine de la dépendance est une réponse monolithique de la personne pour s'adapter à sa condition et à son milieu, que la consommation soit de l'ordre de l'anesthésie d'une souffrance, de la gestion de ses plaisirs et/ou d'une inscription identitaire et sociale (la consommation demeure un élément d'intégration et d'appartenance à un collectif). Elle devient l'unique solution à la complexité de la vie humaine. La dépendance enferme la

⁴⁷² *Idem*, p. 25.

⁴⁷³ *Idem*, p. 26.

⁴⁷⁴ *Ibid.*, p. 155.

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 49.

personne dans une vie régie (réduite) par les exigences de l'addiction et de son inscription dans tout ce qui la compose, son corps, sa psyché, sa personnalité, son rapport aux autres. Cette « normalité » addictive peut fonctionner pendant de très longues périodes, pouvant se comptabiliser en dizaines d'années, jusqu'à l'émergence des dommages induits par la toxicité des substances et/ou par l'envahissement de la dépendance. La notion de *pharmakon* prend toute sa pertinence ici, la substance psychoactive étant à la fois le remède dans l'anesthésie qu'elle génère et le poison du fait des répercussions inhérentes aux toxicités des produits et à la dépendance. Dans la logique de la passion, cette modalité s'impose comme la réponse aux différents incidents inhérents à la vie. Ces deux faces évoluent en synergie et en interdépendance, la souffrance inhérente au manque réclamant au même titre son apaisement, l'objet de la passion devient alors l'évidente réponse aux problèmes dont il est à l'origine⁴⁷⁶. La vie structurée par l'addiction devient donc une norme précaire, au sens de la dégradation progressive de sa situation médico-psycho-sociale et de l'incapacité du malade à évoluer, modifier son comportement soit de s'adapter à un milieu plus ou moins changeant et hostile. Canguilhem utilise l'image de l'estomac qui « est normal aussi longtemps qu'il digère sans se digérer⁴⁷⁷ » en référence à l'ulcère gastrique pour expliciter que la normalité d'une fonction se définit par son indépendance aux effets qu'elle produit. Transposé à l'addiction, dans sa déclinaison neurobiologique d'altération des mécanismes dopaminergiques de récompense, nous retrouvons cette logique avec un emballement jusqu'à la saturation de cette fonction au cœur de l'hédonisme. Cette quête du plaisir se transforme progressivement en une tentative de

⁴⁷⁶ Situation exemplifiée par une phrase culte extraite de la série animée américaine "Les Simpson" et prononcée par Homer « Ah l'alcool, la solution et la cause de tous nos problèmes dans la vie. » Episode 18 saison 8 « Homer, le baron de la bière ».

⁴⁷⁷ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 45.

suppression des déplaisirs inhérents à la dépendance venant alors corrompre sa fonction initiale, son propre équilibre.

L'addiction, même si elle possède des déterminants biologiques, génétiques, se manifeste et se diagnostique au regard de son comportement et de son rapport aux substances psychoactives qui rappelons-le n'est pas, même lorsque cette consommation est excessive, nécessairement pathologique. La frontière entre l'usage, terme que nous préférons ici à celui de norme⁴⁷⁸, et le pathologique n'est pas une délimitation fine et claire mais plutôt une large bande aux contours flous. Du fait de cette complexité pour obtenir une traduction clinique et pragmatique, les substances et les modalités d'intoxication doivent être prises en compte. Alors, seule une approche individualisée autorise une analyse pertinente, « La frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement⁴⁷⁹. » Si nous pouvons affirmer la différence entre le normal, avec toutes les réserves précédemment abordées, et le pathologique à partir du maintien d'une liberté de s'abstenir de consommer ou dit autrement d'une consommation sans contrainte, sa déclinaison clinique, au chevet de la personne, demeure plus incertaine.

La théorie proposée par Canguilhem pour délimiter le normal du pathologique se confronte à une autre complexité de l'addiction qu'est la dénégation de celui qui ne se sait pas encore malade, dénégation plus communément nommée « déni ». En effet, pour l'auteur pour être défini comme pathologique, un « sentiment direct et concret de souffrance et

⁴⁷⁸ Cette notion reste complexe au regard de la grande variabilité des produits et de leurs répercussions englobées dans le concept d'addiction qui va permettre de dénommer sous le même mot, le fumeur de tabac, l'injecteur d'opiacés et le dépendant aux traitements hypnotiques.

⁴⁷⁹ *Idem*, p. 119.

d'impuissance, sentiment de vie contrarié⁴⁸⁰ » doit accompagner la personne. A la difficulté du soignant pour poser un diagnostic, s'ajoute la difficile reconnaissance par le consommateur de sa dépendance - soit de ce qui confère le caractère pathologique de son rapport aux psychotropes. Ce déni, mécanisme de défense à différencier du mensonge, peut également se retrouver en amont dans l'acceptation du caractère excessif, « je bois comme tout le monde » et en aval avec les conséquences de cette addiction notamment dans le cadre relationnel et socioprofessionnel. Donc, tant que cette dépendance ne possède pas de répercussions, tant que le corps fonctionne et que la personne assure sa fonction sociale (travail, famille, amical, ...) ou que son rapport aux toxiques n'est pas médicalement interrogé, elle ne peut pas être problématisée ; d'autant qu'elle est devenue une norme pour la personne concernée, la consommation ayant une fonction le plus souvent adaptative à son environnement avec son pouvoir anesthésiant. Pendant une période parfois conséquente, cet usage de toxique possède une vertu normative au sein de la société ou d'un groupe et la quantité ou les modalités de consommation ne permettent pas de caractériser la dépendance : « si donc le normal n'a pas la rigidité d'un fait de contrainte collective mais la souplesse d'une norme qui se transforme dans sa relation à des conditions individuelles, il est clair que la frontière entre le normal et le pathologique devient imprécise⁴⁸¹. » Mais même quand l'intéressé commence à ressentir les méfaits de cette addiction, ce « moment même où il se sent inférieur aux tâches que la situation nouvelle lui propose⁴⁸² » qui, selon Canguilhem, permet de qualifier la maladie, les mécanismes de déni bloquent la reconnaissance de cette pathologie addictive : il peut accepter le caractère nocif, inadapté de ses consommations mais difficilement cette perte de contrôle

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p. 85.

⁴⁸¹ *Ibid.*, p. 119.

⁴⁸² *Ibid.*, p. 119.

qui reviendrait à s'identifier à un statut de malade, de notoriété peu flatteuse. Le paradoxe des addictions, à l'inverse d'autres maladies, du fait de la fonction salvatrice du pouvoir anesthésiant du toxique et du déni, est que les symptômes, le manque, apparaissent lors d'un effort de distanciation par rapport au toxique. Donc sans distanciation par rapport à ce dernier, le caractère pathologique reste invisible. Seul transparait l'abus d'un toxique qui rappelons-le n'est pas nécessairement corrélé à la dépendance. Celle-ci va se révéler lors de la nécessité de modifier sa consommation et de vivre avec de biens moindres bénéfiques ou lors d'une rupture de cet équilibre précaire, d'un changement important de vie, divorce, changement ou perte d'emploi pour citer les plus courants. Ces altérations d'une norme guidée par la passion vont révéler les difficultés d'adaptation. L'état sain étant ce « qui peut admettre le passage à de nouvelles normes⁴⁸³ », l'homme, pour être considéré comme sain, doit donc être en capacité de s'adapter en érigeant de nouvelles normes adaptées aux fluctuations de son milieu. A l'instar de l'approche de Canguilhem, même si nous l'entendons en un sens plus large en y incluant la psychopathologie, notre sujet se réfère à l'état physiologique au regard d'une fonction. En effet les drogues agissent « directement dans le système nerveux central, siège de nos états émotionnels et affectifs, les produits psychoactifs déclenchent ou amplifient des sensations de plaisir ou de soulagement⁴⁸⁴. » Nous nous situons donc sur le plan neurobiologique, au niveau de la fonction du plaisir, ou également dénommée des circuits de la récompense, plus particulièrement du neuromédiateur dopaminergique (la dopamine est dénommée l'hormone du bonheur, et les drogues viennent modifier l'activité cérébrale, les sensations et les émotions qui en découlent et amènent le consommateur vers un grand bien-

⁴⁸³ *Ibid.*, p. 155.

⁴⁸⁴ Couteron, J-P. « Chapitre 5. Drogues, plaisir et satisfaction. », in Alain Morel éd., *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod, 2019, p. 55.

être psychocorporel⁴⁸⁵). Cette modalité de gestion des plaisirs devient bien sa norme et peut fonctionner pendant de longues périodes. Nous pouvons faire le parallèle au niveau social où la consommation (et non la dépendance) est la modalité qu'il trouve et déploie pour vivre le moins inconfortablement possible et trouver sa place au sein du maillage social auquel il appartient et plus largement au sein de la société. Rapporté au tabac, à l'alcool et au cannabis nous délimitons un pan conséquent de la population. L'état pathologique s'oppose à l'état sain par « la réduction des normes de vie tolérées par le vivant, la précarité du normal établi par la maladie⁴⁸⁶. » La réduction des possibilités est également une des caractéristiques de la passion. L'addict ne disposant plus que d'un seul canal dans la gestion de ses plaisirs, il adapte ses habitudes de vie, son comportement autour de cette modalité hédoniste. Elle le fragilise face aux nombreux changements ponctuant toute vie d'autant que les dommages induits (physiques, relationnels, judiciaires, ...) par les intoxications accentuent les chaos de son existence, « le malade est malade pour ne pouvoir admettre qu'une norme⁴⁸⁷. » Nous retrouvons ici ce que Canguilhem nomme les maladies de l'adaptation atteignant la fonction de résistance aux perturbations et au mal. Il cite François Dagognet « le malade crée la maladie par l'excès même de sa défense et l'importance d'une réaction qui le protège moins qu'elle ne l'épuise et le déséquilibre⁴⁸⁸. » La dépendance s'inscrit le plus souvent dans le contexte d'un usage thérapeutique, adaptatif d'une substance psychoactive qui à l'origine possède une fonction qui peut s'imager par une béquille l'aidant à avancer malgré le poids d'une souffrance, d'une inadaptation à son environnement.

⁴⁸⁵ Nous avons ici les deux pendants de la dépendance, physique avec la modification directe de l'activité cérébrale et psychologique de par son action sur les émotions, les sensations la quête hédoniste de l'addict.

⁴⁸⁶ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 155.

⁴⁸⁷ *Idem*, p. 122.

⁴⁸⁸ *Ibid.*, p. 205.

L'addiction s'y retrouve avec les thèses de Canguilhem mais persiste quand-même, on l'a vu, une complexité du déni symptomatique de la dépendance à son *pharmakon*. En effet, « La santé dit Leriche, c'est la vie dans le silence des organes. Inversement, la maladie c'est ce que gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir⁴⁸⁹. » Dans le contexte des addictions, la dépendance s'installe dans un contexte où le toxique anesthésie les souffrances originelles et celles qu'il induit, il les met au silence. L'éveil de la conscience de l'addict des effets délétères de sa dépendance est essentiellement le fruit d'un travail thérapeutique addictologique. Donc, si pour l'auteur la maladie est déterminée par le principal intéressé, que « l'appel au médecin vient du malade⁴⁹⁰ », nous nous approprions ici la réserve, qu'il émet en note de bas de page de cet extrait, pour les maladies mentales et qu'il exclut de son argumentaire : « la méconnaissance par les malades de leur état constitue souvent un aspect essentiel de la maladie⁴⁹¹. » Le déni de l'addiction, cette apsychnosie⁴⁹² fait partie intégrante de la clinique et peut également être considérée comme un élément informel de diagnostic de la dépendance tant elle est caractéristique. L'adage dans cette situation peut être inversé sous la forme de « l'appel au malade vient du médecin » la première action de ce dernier, ici addictologue, étant de faire émerger l'acceptation de la dépendance et de sa morbidité, condition d'accès à des thérapeutiques adaptées. Cette reconnaissance est également au cœur du processus des mouvements néphalistes avec le rituel inaugural de toute réunion : « je m'appelle... et je suis alcoolique ».

⁴⁸⁹ *Ibid.*, p. 52.

⁴⁹⁰ *Ibid.*, p. 153.

⁴⁹¹ *Ibid.*, p. 153.

⁴⁹² Ce néologisme fut défini par le Dr Pierre Fouquet en 1971 dans un article « L'apsychnosie ».

En s'appuyant sur les conceptions de Leriche, Canguilhem précise que la maladie étant organique et potentiellement silencieuse (reprenant ici le : « la santé c'est la vie dans le silence des organes »), elle peut exister sans malade. La notion de maladie est associée au vécu de perte du malade, et « la maladie qui n'a jamais existé dans la conscience de l'homme se met à exister dans la science du médecin ⁴⁹³», le terme de pathologie est alors ici à privilégier pour définir l'altération asymptomatique diagnostiquée par le médecin. La maladie est alors le ressenti du malade de ne plus être identiques à son passé, la pathologie serait le diagnostic du médecin au regard d'un phénomène biologique, d'une fonction inadéquate. Transcrit au niveau des intéressés, la différence identitaire entre ces deux statuts est qu' « être malade renvoie avant tout à une expérience vitale et être patient à un statut inauguré par la rencontre avec un système de soin⁴⁹⁴. » La traduction addictologique de cette approche est complexe : l'addiction est certes une maladie du cerveau mais son étiologie est plurifactorielle, sans prédominance du somatique sur le psychologique et le contexte socio-sociétal. Il persiste également le risque de confusion entre la dépendance et la consommation d'une substance psychoactive, l'une pouvant exister sans l'autre⁴⁹⁵ avec le paradoxe que c'est l'absence de l'objet de la passion qui est révélatrice de la dépendance. Donc, sans le manque résultant d'une distanciation, cette dernière reste invisible pour l'addict et son entourage même soignant⁴⁹⁶ et il n'existe pas d'examen biologique, organique permettant de poser le diagnostic. La pathologie se révèle au regard d'un examen clinique, les signes étant physiques

⁴⁹³ *Ibid.*, p. 53.

⁴⁹⁴ Weber J-C., « Traiter quoi, soigner qui ? », in *Cahiers philosophiques*, n° 125, 2011, p. 8.

⁴⁹⁵ Le manque étant la manifestation de la dépendance qui ne peut s'exprimer que par une mise à distance, même partielle, de l'objet addictif.

⁴⁹⁶ Les recommandations de bonnes pratiques conseillent aux professionnels de la santé d'interroger régulièrement leurs patients sur leurs consommations, à toutes les étapes de la vie notamment à chaque hospitalisation, indépendamment du motif d'admission.

et psychiques se manifestant par le manque et étant de l'ordre du comportement - traduction de la prégnance de la dépendance dans son organisation de vie. Mais même si l'approche de Canguilhem s'appuie sur de l'organique, il met en exergue la clinique : « Médecins et chirurgiens ont une information clinique et utilisent aussi parfois des techniques de laboratoire qui leur permettent de savoir malades des gens qui ne se sentent pas tels⁴⁹⁷. » Ce terme de clinique, nous le définissons ici dans son acception large d'observation directe du malade appliqué tant sur un plan somatique que psychologique, les deux pans étant requis pour notre sujet. En effet, cette observation de l'addict et de ses symptômes du manque associée à l'analyse de son vécu témoignent des modifications de ses habitudes de vie insidieusement contraintes par sa dépendance. Ils sont les éléments cliniques permettant de poser le diagnostic d'une pathologie addictive. Si certes l'appel ne vient pas explicitement du malade, ce sont les souffrances inhérentes aux dommages induits de consommations récurrentes, dégâts collatéraux de l'addiction, et la capacité du soignant à établir des liens avec une dépendance qui permettent d'identifier cette pathologie. Le travail addictologique est alors de permettre la prise de conscience malgré le déni de la maladie et donc de faire accéder au statut de malade, premier pan de la thérapie pouvant s'échelonner sur de longues périodes.

« En tout cas, aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique. Guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes. Il y a une irréversibilité de la normativité biologique⁴⁹⁸. » Cette phrase relative à la notion de guérison issue de la conclusion de son ouvrage trouve sa traduction dans le domaine de l'addictologie. Application simple dans un premier temps, si nous nous plaçons au niveau purement corporel

⁴⁹⁷ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, op. cit. p. 53.

⁴⁹⁸ *Idem*, p. 156.

de la dépendance. En effet, elle engendre de nombreuses modifications neurobiologiques aux multiples répercussions et conséquences comportementales. « L'arrêt des consommations ne signifie pas un retour à l'homéostasie initiale en raison des années qui se sont écoulées et des phénomènes affectivo-émotionnels et de conditionnement (...) qui laissent une trace indélébile⁴⁹⁹. » Le sevrage du toxique, s'il en réduit considérablement la morbidité, ne signe pas pour autant l'arrêt des mécanismes ici neurologiques à l'œuvre dans la dépendance ni l'arrêt de ses manifestations notamment d'ordre comportemental. Et si, du fait qu'elle soit considérée comme une maladie chronique, nous ne pouvons parler ouvertement de guérison, nous retrouvons en revanche cette dynamique de remaniement dans ce que Canguilhem nomme « la reconquête d'un état de stabilité des normes biologiques⁵⁰⁰. » soit de stabilisation⁵⁰¹ d'une nouvelle norme de vie qui ne ressemble pas nécessairement à celle précédente de la maladie ou de la santé. Une seconde application plus ouverte est envisageable au regard notamment de l'influence des mécanismes neurologiques cités précédemment : la reconquête de nouveaux comportements et habitudes de vie jusqu'alors dominés par cette perte de contrôle vis-à-vis des consommations et des dysfonctionnements des systèmes de régulation des émotions et des cognitions qui en découlent. Cette « reconquête » est au cœur des thérapies ici dites de réadaptation devant permettre à la personne d'apprendre à vivre avec cette dépendance aux étiologies et sémiologies très diverses. Nous pouvons affirmer également que le rétablissement de l'addict ne s'accompagne pas d'un retour à une innocence biologique, ni comportementale et sociale. Si la dépendance a

⁴⁹⁹ Dematteis M., Pennel L., « Théories neurobiologiques de l'addiction », in *Traité d'addictologie, op. cit.*, p. 66.

⁵⁰⁰ *Ibid.*, p. 156.

⁵⁰¹ Terme préféré à celui de guérison dans le cadre des maladies dites chroniques.

progressivement et profondément marqué son mode de vie, le statut de malade et l'engagement thérapeutique vont également modifier de manière radicale ses habitus mais ici le plus souvent de façon abrupte : « Dans une dynamique thérapeutique (...), il ne s'agit donc pas de restaurer un état comme on recouvre la santé, mais bien de revenir à une nouvelle norme fonctionnelle (tant pour le corps que pour l'esprit) à partir de laquelle une autre vie serait possible⁵⁰². » Cette impérative (et ambitieuse) transformation, la violence des changements requise à sa mise en œuvre, notamment du fait de la perte de leur objet de passion anesthésiant, sont à l'origine de souffrances rendant le retour à une norme de vie hors toxique difficile. Dans les dépendances les plus inscrites des situations dites d'addictologie dépassée, ce remaniement devient inaccessible.

5.3. Souffrances, douleurs : le paradigme addictologique.

Comme développé dans le précédent chapitre, la maladie devient une nouvelle norme précaire de vie. Elle est déterminée par la gêne ressentie par la personne, gêne qui l'entrave dans sa vie et qui la fait souffrir. Ces souffrances et douleurs peuvent s'exprimer et impacter le malade dans tous les pans de son existence soit physique, psychique et sociale.

Si le statut de malade ne peut être dénié aux personnes souffrant d'addiction, le mal qui en résulte est complexe à analyser. Il n'est pas indemne de contestations, d'incompréhension, de controverses et est sujet à interprétation. En effet les manifestations douloureuses et la

⁵⁰² Lambrette G., « À son corps défendant. Une approche constructiviste du corps dans le champ des toxicomanies », in *Psychotropes, op. cit.*, p. 19.

souffrance qui en découlent sont polymorphes et potentiellement contre-intuitives dans la temporalité de leurs expressions. On peut les confronter à celles observées dans le cadre des soins palliatifs dominées de prime abord par son versant physique avec les prescriptions de morphinique et les débats autour de la sédation profonde dans son ultime expression. Pourtant au-delà de ce premier aperçu, la conception holistique de l'approche des douleurs et de la souffrance en médecine palliative et la notion de *total pain* déjà abordée précédemment ne sont pas sans similitude avec celles déployées en addictologie et notamment pour les situations à l'origine de nos recherches.

Douleur et souffrance deux notions ressemblantes pourtant à distinguer.

Il nous semble nécessaire dans un premier temps de décontextualiser et de clarifier les notions de « douleur » et de « souffrance » avant de développer leurs déclinaisons en addictologie dans une confrontation à la médecine palliative. En effet, les concepts de douleur et de souffrance se révèlent complexes à définir et sont, dans certains contextes, employés de manière indifférenciée.

La douleur, est usuellement définie comme une souffrance physique ou morale (au sens de psychologique ou psychiatrique), avec malgré tout une prédilection pour le premier aspect, et inversement pour la souffrance. Ces deux termes peuvent donc être employés comme synonymes. Il n'existe pas de définition clairement identifiée et partagée. Dans le dictionnaire d'André Lalande nous retrouvons pour la douleur la notion d'« impossible à définir, le concept en étant celui d'un état psychique *sui generis*, dont on peut seulement rechercher les

conditions mentales ou physiologiques⁵⁰³.» Dans cet ouvrage, J.Lachelier propose de définir la douleur, qu'elle soit physique ou morale, comme le sentiment d'une lésion en écartant ce qui serait de l'ordre d'une simple gêne⁵⁰⁴.

Au sujet de la souffrance, Monique Canto-Sperber la présente comme « un défi au discours et particulièrement au discours conceptuel⁵⁰⁵. » Elle la positionne au regard du mal qui doit être compris comme subi, intrinsèque à la souffrance. La souffrance est donc l'impossibilité même du consentement et ne dépend pas d'un jugement « c'est d'un même mouvement que la souffrance s'éprouve et se réprouve⁵⁰⁶. » Le mal qui en résulte est par définition « tout ce qui est tel que la volonté à le droit de s'y opposer légitimement et de le modifier si possible⁵⁰⁷. » A l'instar de la douleur, la souffrance touche les corps meurtris et les âmes tourmentées.

Un détour par le concept de « mal » offre un éclairage notamment au regard de la distinction en trois items proposée par Leibniz⁵⁰⁸ et mis en avant dans les deux ouvrages exploités dans ce chapitre : le mal métaphysique comprenant les imperfections originelles de l'homme ce qui le prédispose au mal moral - soit le péché qu'il peut commettre - et enfin le mal physique correspondant à notre sujet. Le mal physique, a contrario du mal moral, est à entendre comme celui subi « c'est-à-dire « les douleurs, les souffrances, les misères » dans toutes leurs occurrences et sous toutes les formes⁵⁰⁹. » Ce détour nous ouvre un abord de la

⁵⁰³ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, *op. cit.*, p. 248.

⁵⁰⁴ Il réfute la qualification de douleur aux états de chagrin et de tristesse.

⁵⁰⁵ Canto-Sperber M., *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, tome 2, Paris, PUF, 2014, p. 1175.

⁵⁰⁶ *Idem*, p. 1175.

⁵⁰⁷ Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, *op. cit.*, p. 590.

⁵⁰⁸ Leibniz G.W., *Essai de Théodicée sur la bonté de dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, Paris, Garnier-Flammarion, 1969.

⁵⁰⁹ Canto-Sperber M., *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, *op. cit.*, p. 1176.

souffrance selon un spectre large compatible avec les conceptions de cette dernière déployées en médecine palliative et en addictologie en y intégrant la notion de misère, (même s'il ne lui est pas propre) le pan social. A cette approche du mal de Leibniz est associée la notion de théodicée avec la réduction du mal physique au mal moral puis au mal métaphysique. Ce dernier est la culpabilité sous-jacente du souffrant qui, sans pousser jusqu'à la dimension théologique de la culpabilité originelle, évoque la faute assignée à l'addict dans la survenue de sa dépendance et des dommages de ses consommations morbides et mortifères. Le refus de lui attribuer un statut de malade le renvoie pleinement à sa responsabilité et lui fait porter le poids de la culpabilité des conséquences de sa situation actuelle ainsi que sur son entourage, les répercussions de l'addiction ne se limitant généralement pas au seul intéressé. La souffrance se présente comme subjective et non proportionnée : « La seule mesure de la souffrance est l'absence de mesure⁵¹⁰. » Le mal apporté par la maladie est indépendant de l'importance et de la durée de cette dernière : Un cancer est en effet, dans ses premiers temps, indolore, au regard d'une éphémère gastro-entérite ou d'une infection dentaire aux manifestations bruyantes et invalidantes.

S'il est complexe de définir clairement ces notions, il est également peu aisé de les différencier du fait de la synonymie retrouvée entre ces termes malgré des usages apportant une distinction. Monique Canto-Sperber critique la principale dichotomie réalisée, soit la détermination de la douleur comme physique et localisée tandis que la souffrance serait morale (à entendre ici sous le sens de psychique) et affectant l'ensemble constitutif de l'être. Elle y oppose les nombreux usages contradictoires présents dans le langage courant, nous

⁵¹⁰ *Idem*, p. 1178.

parlons de la douleur de perdre un proche et de souffrir de maux somatiques comme « souffrir du dos » et propose trois autres distinctions dont elle reconnaît également la limite de leur portée. La douleur, à l’opposé, de la souffrance serait alors passive, « il y aurait entre elles la différence de l’irréfléchi et du réfléchi, de la vie organique et de la vie de la personne humaine⁵¹¹. » Là où la souffrance est une expérience sensible empreint de raisonnement, la douleur est ponctuelle et vide de signification. La troisième raison de les différencier serait étiologique, provenant de la possibilité d’objectiver précisément, notamment sur le plan neurophysiologique⁵¹², la cause de certaines douleurs. Tandis que « multiple par ses causes, la souffrance est une par sa nature⁵¹³. »

L’auteure revient sur le caractère « localisé » de la douleur. Elle argumente alors en faveur d’une pluralité des facteurs influençant les ressentis de la douleur qui leur confèrent une traduction individualisée prenant en compte les facteurs physiologiques, psychologiques et culturels propres à chaque personne. Elle accorde, à l’image de la souffrance et à contrecourant des arguments préalablement cités, la caractéristique d’être un phénomène global. Cet élément se rapproche ici de la thèse de Canguilhem qui présente la douleur comme « un phénomène de réaction totale, qui n’a de sens, qui n’est un sens qu’au niveau de l’individualité humaine concrète⁵¹⁴ » et ne pouvant être uniquement physiologique. L’homme fait sa douleur à l’image de sa maladie, à laquelle il l’assimile, plus qu’il ne la subit.

⁵¹¹ *Ibid.*, p. 1179.

⁵¹² A titre d’exemple les récentes recherches et mise en œuvre dans le traitement des douleurs récalcitrantes portent sur la stimulation magnétique trans-cranienne.

⁵¹³ *Ibid.*, p. 1180.

⁵¹⁴ Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 56.

Les enseignements de ce paragraphe ne permettent pas de tracer distinctement une frontière entre les notions de douleur et de souffrance. En guise de conclusion, Monique Canto-Sperber propose à défaut de différenciation ce rapprochement : « ce qu'il faut donc seulement comprendre à présent est ce que, douleur et malheur confondus, souffrir veut dire⁵¹⁵. »

La souffrance est donc entière, faisant fi des clivages entre la matière et l'esprit. Elle est par essence subie, envahissant la personne dans tout ce qui la définit, la compose. Elle s'inscrit dans la durée sans temporalité et, sans la lui ôter, restreint sa liberté ainsi que sa capacité d'ouverture vers l'autre. La souffrance est un enfermement, la personne est prisonnière de son être avec un profond sentiment d'étrangeté, « cette contradiction - impossibilité d'être et de ne pas être soi, être soi en ne pouvant l'être - est irréductible ; elle est la structure même du souffrir⁵¹⁶. »

Dans la suite de ce travail, nous retiendrons ces éléments de conclusion. Nous pouvons les synthétiser pour le concept de « souffrance », par la notion d'envahissement de la personne.

Complexité de la déclinaison des concepts de douleur et souffrance en addictologie.

Structurellement, leurs prises en compte et leurs abords ne divergent pas des pratiques rencontrées dans les autres disciplines. Elles s'inscrivent naturellement dans les termes du

⁵¹⁵ Canto-Sperber M., *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, op.cit.*, p. 1180.

⁵¹⁶ *Idem*, p. 1182.

serment médical d'Hippocrate - que ce soit par rapport à la volonté d'agir (« Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies⁵¹⁷ ») ou par rapport à l'étendue de son action (« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux⁵¹⁸»). Nous trouvons dans ces extraits le caractère holistique de la prise en charge de la douleur et de la souffrance tant en addictologie, qu'en soins palliatifs, notamment, pour ces derniers, avec le concept fédérateur de *total pain* de Cicely Saunders. Cette approche traversant tout ce qui constitue l'individu n'est pas l'apanage de ces deux seules disciplines, mais, la transversalité constitutive de leur spécialité met en exergue cet idéal du soin difficilement contestable.

La spécificité et la complexité dans la compréhension de la souffrance addictologique résultent de plusieurs critères : la multiplicité de ses manifestations sans prédominance d'un type (physique, psychique, social) sur un autre, une forte variabilité de son expression selon les personnes : l'évolution (temporalité) de la dépendance ; le critère majeur de *pharmakon* pour l'objet de la passion où la souffrance va se révéler ou se majorer lors de son engagement thérapeutique. Le comportement inhérent à l'addiction vise la même finalité que l'engagement dans les soins - soit la recherche d'une vie bonne, qu'elle soit dictée par la quête des plaisirs et/ou la fuite des déplaisirs. L'addiction apparaît comme l'impossible rencontre entre les trois domaines qu'elle draine : elle est une maladie psychiatrique à forte morbidité physique dont les dommages desquels se plaint le malade sont d'ordre social et relationnel.

⁵¹⁷ « Le serment d'Hippocrate, texte revu par l'ordre des médecins en 2012 » in conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate.

⁵¹⁸ *Idem.*

Nous avons déjà évoqué la pertinence de la notion de *pharmakon* pour le champ de l'addictologie - terme initialement employé par Platon dans le *Phédre* pour imager l'écriture alors décrite comme un artefact mnésique qui génère le risque de l'affaiblissement des capacités de mémorisation de l'homme. Chez l'addict, nous retrouvons la coexistence de ces effets : remède et poison. Les propriétés de la substance choisie le libèrent d'une souffrance ou lui ouvrent les voies de nouveaux plaisirs plus intenses. Mais, parallèlement, le toxique l'enferme dans une dépendance le prédisposant à de nouvelles souffrances. Il vient restreindre son champ des possibilités hédonistes à cette seule source proposée que maintenant il lui impose. La substance lui permet donc d'accéder aisément au plaisir, ici disponible sans contrainte. Elle offre à l'addict l'apaisement, l'anesthésie d'un mal être et la levée de barrières l'entravant (à titre d'exemple nous pouvons citer la levée de l'inhibition de l'alcool, la stimulation de la nicotine). Si les motifs initiateurs de l'usage d'une substance psychoactive peuvent relever uniquement de l'hédonisme et de l'expérimentation, son inscription dans la dépendance signe majoritairement un bénéfice adaptatif ou thérapeutique (ici auto-administrée). Les effets recherchés ont alors une fonction lui permettant de maintenir un équilibre, une norme certes viable mais précaire. Nous avons affaire à une maladie qui prend racine sur une faille, qu'elle soit psychologique, sociale mais également physique (les recherches évoquent des prédispositions génétiques). L'addiction se positionne comme une solution palliative venant recouvrir, étouffer une souffrance plus profonde, voire existentielle. Comme nous l'avons déjà évoqué, la puissance de l'addiction est d'être au préalable une réponse à une souffrance, à un vide. Elle va permettre de le contourner, de le combler, de l'anesthésier puis comme pour toute passion, l'existence va se structurer autour de cette modalité salvatrice, s'enkyster sous la forme d'une dépendance. Les manifestations de cette maladie addictive (alcoolisme, toxicomanie, etc.), demeurent imperceptibles pour l'intéressé tant que l'objet de sa passion demeure accessible. Et, si le manque venait inopinément à

apparaître, les mécanismes de défense tel le déni le préserveraient de cette prise de conscience. Comme un des principaux dommages est de l'ordre du relationnel et du social, le paradoxe est que les premiers signaux douloureux sont ressentis par l'entourage. Les demandes de soins volontaires demeurent minimales et restent induites par et pour un proche. L'appropriation de la démarche de soin, au même titre que l'acceptation de la dépendance, est un axe de travail important de l'addictologue. Une autre possibilité d'émergence du caractère pathologique provient des dommages collatéraux induits par la toxicité des produits consommés où quand, entre autres, le corps cède face à la corrosivité des substances ingérées.

La réalité de la souffrance résultant de la dépendance⁵¹⁹ émerge essentiellement lors de la mise à distance du toxique. Elle s'exprime sous la forme d'un syndrome de manque dans ses manifestations physiques et psychiques auxquelles la précocité de la confrontation dépend de la disponibilité et de l'accessibilité du produit, cette réalité du manque étant de fait plus rapidement présente chez l'héroïnomane que l'alcoolique. Il est peu aisé d'avoir une approche globale sur l'expression de cette dépendance et de ses répercussions douloureuses. En effet, l'usage du concept d'addiction ne permet pas de gommer les différences entre les typologies d'addicts notamment celle du toxicomane et celle de l'alcoolique, clivage historique des offres de soins, même si l'évolution des mœurs des consommateurs nous impose à ne plus « catégoriser » le dépendant au regard de la typologie de produit. Le premier peut recourir à « l'alcool-défoncé » dans un contexte de poly-toxicomanie et nous retrouvons également des similitudes entre les usages liés au cannabis et à l'alcool. Pendant une période à la temporalité très variable, l'addict, du fait des effets bénéfiques du toxique, du « confort » apporté au

⁵¹⁹ Il est important de différencier ce qui relève du primaire (la dépendance), du secondaire (la toxicité de la substance et de son mode de consommation).

regard de son équilibre de vie, n'est pas en mesure de s'interroger sur cet état de dépendance (nonobstant les éléments de déni et d'altération de la volonté déjà abordés)⁵²⁰. Le toxicomane, très vite confronté au manque, du fait de la puissance addictive du produit et à une moindre disponibilité du toxique (notamment pour des raisons financières), demeure alors fixé sur une réponse focalisée sur le produit qui comble sa vie, organisée entre la recherche de la substance, les moyens de la financer et la consommation en tant que telle. Etre toxicomane est un emploi à plein temps !

La spécificité majeure⁵²¹, universelle, et source d'incompréhension, est cette émergence et/ou résurgence de souffrances inhérentes à tout travail autour de la dépendance devant passer par une distanciation. La notion de souffrance, ici, se décline au pluriel, car elle regroupe la souffrance directement liée à l'état de dépendance (le manque), celle ré-émergeant avec la suppression de l'anesthésie apportée par les substances et celle qui est liée au réveil de la conscience face aux pertes occasionnées lors de ces années d'addiction « hors sol ». La consommation de substances psychoactives déraisonnée et déconnectée du réel possède une proximité avec le délire, symptôme emblématique d'une autre pathologie psychiatrique, ici majeure de cette spécialité : la psychose⁵²². Ses fonctions « protectrices » et les propos de l'extrait à venir s'appliquent sans réserve à l'objet de notre sujet : « Le délire peut alors sembler constituer une forme extrême de l'ajustement non normatif propre à la maladie, en ce sens que la norme qu'il instaure est celle d'une rupture avec tout milieu, avec toute

⁵²⁰ Nous n'aborderons pas ici la question de la gestion de la souffrance sur cette période initiale sans remise en question de la dépendance. Cette thématique en dehors du cadre de notre étude, nous la présentons par soucis de simplification sous la notion d' « anesthésie ».

⁵²¹ Indépendamment de la variabilité des spécificités des produits et de leurs contextes de consommation.

⁵²² Nous retrouvons cette proximité entre la psychose et l'alcoolisme dans l'ouvrage de Michèle Monjauze, psychologue clinicienne et psychanalytique, *La part alcoolique de soi* (1999).

intersubjectivité et tout dialogue avec la réalité commune. C'est en cela que cette tentative d'ajustement, qui constitue un échec au sens où elle ne préserve pas de la souffrance et de la vulnérabilité, a ainsi la particularité de venir recouvrir et empêcher le rapport à soi nécessaire à une prise de conscience de la maladie⁵²³. » Les pertes sont concrètes en termes financiers, en termes de capital santé mais également plus abstraites au titre du temps perdu (années). Témoin cet homme qui, se « réveillant » après plus de quinze ans d'immersion œnologique, prend conscience de ne posséder que de maigres et éloignés souvenirs de temps partagés avec son fils maintenant grand. Cet empilement d'expériences et ressentis douloureux associé à la perte des modalités de gestion usuelles sont des éléments essentiels d'appréhension de la difficulté d'engagement et des atermoiements de l'addict à modifier son rapport au produit. Nous n'avons pas encore abordé les nombreux et potentiels bénéfices de l'addict à réfréner cette dépendance, contrepois de cette balance bénéfices-risques et source de motivation pour l'intéressé à répondre aux soins addictologiques. Ils sont à la hauteur de la puissance délétère de l'addiction, que ce soit de pouvoir s'extirper des contraintes de la dépendance qui dirigent sa vie ou de se préserver des dommages et des dangers importants (mortels) au regard de sa santé sous ses différents aspects. Et c'est bien ici que se trouve le point d'incompréhension de l'observateur qu'il soit familial, soignant ou extérieur, cette hésitation à prendre une décision, voire le « choix⁵²⁴ » de ne pas engager de démarches thérapeutiques. Il se fixe, à juste titre, sur les bénéfices des soins mais minore et/ou méconnaît la contrepartie : les démarches thérapeutiques sont à l'image de la maladie qu'elle combat, une intrication des effets positifs

⁵²³ Troubé S., « Penser l'être-malade. Canguilhem et la psychopathologie », in *Cahiers Philosophiques*, n° 125, 2011, p. 71.

⁵²⁴ Terme ici à pondérer au regard de la corruption de la volonté, nous sommes plutôt face à une impossibilité à décider. Mais pour le regard extérieur, cette absence d'action apparaît bien comme un choix.

et négatifs. L'absence de modification d'attitude de Patrick, point de départ de notre réflexion, malgré l'état avancé de sa cirrhose, est un exemple du caractère déroutant ressenti. Comme nous l'avons évoqué, il n'est pas uniquement l'apanage des situations très avancées. La connaissance ne permet pas, à elle seule, de permettre de contrecarrer la dépendance. Les bénéfices des substances psychoactives et l'importance du coût pour l'addict à se confronter à sa dépendance sont les principaux motifs, et ceci indépendamment de sa malignité, pour ne pas s'engager dans les soins. La puissance de l'addiction et les bénéfices à la combattre, éléments de la balance décisionnelle propre à chaque individu selon le produit et le contexte de vie, explique les parcours classiquement en pointillé. D'autant que, à l'image de toutes maladies chroniques, l'addict est sujet à la récurrence, élément connu sous la notion primordiale de « rechute »⁵²⁵. Ce point est un objectif thérapeutique majeur de ce qui constitue un programme de soin au long cours, après celui relatif à la prise de conscience et au déni, celui dit de prévention de la rechute. Si ces itinéraires en dents de scie correspondent aux chemins empruntés par la majorité des addicts, plus exceptionnellement, se rencontre une réelle impossibilité d'une minorité à adhérer à ces offres, terrain des situations d'addictologie dépassée.

Ces hésitations, avec des allers-retours entre la passivité d'une démarche de résignation passionnelle et la violence des efforts consentis pour s'arracher à cet état de dépendance, relèvent d'une attitude pragmatique. Elles s'appuient sur les expériences issues de chacun de ces états venant alimenter la balance bénéfices-risques entre ces deux maux, à l'image de

⁵²⁵ La rechute, peut se définir comme la réinstallation de l'état d'emprise de la passion. Elle se manifeste par la perte de contrôle du cours de la vie devenue dictée par la nécessité de la consommation de la substance psychoactive. Elle est souvent différenciée de « la chute » ou de « l'accident » qui eux restent circonscrits dans le temps et correspondent le plus souvent à la consommation dans un contexte similaire à l'état de dépendance, ou à une consommation tout court dans le cadre d'un projet d'abstinence.

l'expression populaire « choisir entre la peste et le choléra ». Cette tension se matérialise sous d'infimes possibilités de demande auprès des professionnels, une possible distanciation allant de la pondération à l'abstinence, au refus de s'engager ou à l'impossibilité de s'y inscrire. De manière sommaire, nous pouvons avancer que, en termes d'approche de soin, la première situation correspond à de la réduction des risques et la dernière à de l'addictologie palliative, nous aborderons ce point plus en détails dans le chapitre spécifique. Le processus thérapeutique, qui ne se résume donc pas à la seule abstinence avec une multitude de niveaux de modération et le recours à la substitution⁵²⁶, nécessite une remise en question d'un équilibre de vie et de normes instituées dans la gestion de son plaisir, qui en avançant dans l'addiction, se définit essentiellement comme l'absence de déplaisir. Ce que l'on nomme le « manque » dépasse ce qui relève du simple syndrome physique⁵²⁷, la notion de « vide » employée en est un synonyme explicite. La dépendance psychologique en est une traduction et elle ne se conçoit pas de manière binaire avec le produit. Comme pour son versant physique, elle se révèle dès la simple réduction de l'objet addictif - tel l'amour passionnel où la moindre absence de l'autre est ressentie comme insupportable. L'hétérogénéité étiologique de l'addiction se retrouve dans l'expression de la dépendance et des manifestations du manque qui en découlent. Ce dernier se matérialise alors sous de multiples formes, présentations et niveau de gravité.

⁵²⁶ Si le toxique à l'œuvre dans l'addiction est assimilé au *pharmakon*, il en est de même pour les traitements proposés du fait de l'ambiguïté qui relève des traitements de substitution qui substitue une drogue licite, un médicament, à une drogue illicite. La molécule à l'œuvre demeure la même ainsi que l'usage qui peut en être fait. Seul l'objectif permettant alors de les différencier, apaisement des sensations de déplaisirs et des tensions dues à la dépendance versus la recherche de « défoncé » mais les deux répondent bien à la nécessité du manque.

⁵²⁷ Les signes physiques du manque sont contenus dans le temps de l'ordre de quelques jours et si la personne est inscrite dans un parcours de soins, la sémiologie douloureuse du sevrage est médicalement bien contenue.

L'addict se retrouve confronté à l'accumulation des souffrances inhérentes à cette rupture de vie : la résurgence de celles masquées par les effets anesthésiants des substances psychoactives et la prise de conscience de cet état de dépendance et des pertes qu'elle a engendré, une fois efficients la levée des mécanismes de déni qui lui obstruaient la réalité des pertes découlant de son addiction. Cette trilogie étiologique est à l'origine de la potentielle violence de ce tsunami sensoriel et émotionnel auquel doit faire face cette personne déjà fragilisée par cette vie malmenée de dépendance. S'il est préservé émotionnellement pendant cette période par les effets psychoactifs et les mécanismes de défense inhérents à cette passion, il ne sort pas indemne de dégradations physiques, psychologiques et sociales inhérentes à des années d'addictions. C'est cette puissance de la souffrance endurée, soit de toutes ces douleurs associées à un malheur pouvant atteindre la totalité de ce qui le définit, qui demeure difficilement accessible à l'observateur, professionnel ou non, n'ayant pas ce vécu⁵²⁸. Toute personne au cours de son existence est confrontée à la douleur physique et morale, ce qui favorise l'accès à une représentation, certes par essence erronée, de la souffrance de maladies plus traditionnelles. En revanche, la souffrance de l'addiction à l'image de celle de la psychose est difficilement conceptualisable ce qui ne favorise pas, de fait, les approches empathiques vers ces souffrances psychiques si spécifiques ne trouvant alors que difficilement d'écho auprès du grand public : « D'un autre côté, l'indicateur de la souffrance psychique est un indicateur de bonne santé d'une société, de la manière dont elle

⁵²⁸ D'où la prégnance et l'importance de la présence des thérapies s'appuyant sur les groupes de paroles ou d'entraides dépassant le seul champ des mouvements néphalistes.

se préoccupe de chacun des individus. Mais la société se préoccupe de la souffrance psychique de certains pour délaisser les cas les plus graves qui deviennent invisibles⁵²⁹. »

La divergence de temporalité est une donnée à prendre en compte dans ce drame de l'indécidabilité où se trouve l'addict. Il est écartelé dans cette balance entre la résignation passive au maintien de cet équilibre dicté par sa passion et la violence d'un bouleversement dont les efforts consistent à entreprendre une rupture avec des normes profondément inscrite dans son histoire de vie⁵³⁰. Les solutions d'apaisement de ses souffrances ne relèvent pas des mêmes unités de temps : en secondes, dans l'immédiateté, sous l'égide de la dépendance ; en minutes ; en années, donc différée dans un processus de soins. La passion démontre bien plus d'efficacité à apaiser son hôte que la raison. La première masque, anesthésie pour reprendre le terme consacré de cette thèse alors que la seconde requière de la patience et contraint l'intéressé à s'y confronter avant d'espérer un résultat insatisfaisant. Les normes s'établissant dans cette phase de distanciation avec sa dépendance ne peuvent contrebalancer celles idéalisées de la période de lune de miel avec le toxique. Si une personne alcoolodépendante soigne ses angoisses avec l'alcool, elle ne trouvera aucune équivalence dans l'arsenal thérapeutique à disposition du médecin, tout du moins dans le respect de la prescription⁵³¹ - aucun traitement ne proposant la même efficacité que l'agressive automédication. Là, où un anxiolytique requière plusieurs dizaines de minutes, l'alcool le lui accordera dans un délai proche de l'instantané. L'attente avant l'obtention d'un résultat et le maintien de la personne

⁵²⁹ Sarthou-Lajus N., « Souffrances psychiques et évolutions de la psychiatrie. Entretien avec Richard Rechtman », *Études*, tome 415, 2011, p. 336.

⁵³⁰ Période pouvant se mesurer en dizaines d'année.

⁵³¹ L'addict, apprenti chimiste, en modifiant les dosages et les modalités de prise obtient les effets recherchés, similaires ou approchant les produits habituellement utilisés. La consommation de médicaments, les plus souvent anxiolytiques et antalgiques, (dénommée toxicophilie quand la dépendance s'installe) peut être soit primaire, soit secondaire dans les phénomènes de transfert de dépendance ou comme palliatif d'une autre drogue.

dans une conscience de la réalité sont de mise pour les substances psychoactives sur indication médicale. Nous n'évoquons pas ici toutes les autres thérapies qu'elles soient comportementales, de soutien, psychothérapeutiques, éducatives, les effets de ces dernières s'inscrivant sur du long terme : l'apaisement des souffrances est alors très lent et progressif en maintenant la personne confrontée à la dureté de sa situation, solution donc longue, douloureuse, constituée d'importants efforts. Avec l'ajout de l'altération passionnelle de la volonté, le combat thérapeutique dans lequel s'engage l'addict épris d'indépendance apparaît déséquilibré et laborieux. Ce dernier constat donne une clé de compréhension aux phénomènes de « rechute » avec des parcours de soins en pointillé et l'impossible accès à une modification du rapport à l'objet de dépendance pour les situations cliniques les plus avancées.

Une maladie psychiatrique, un corps malmené

Si l'addiction se définit comme une maladie psychiatrique, la prépondérance du somatique ne doit pas être éludée. Les répercussions physiques restent une question de premier plan. Faisons un détour par les addictions sans produit, l'anorexie étant un criant exemple de l'expression corporelle de cette souffrance addictive. Les addictions demeurent une cause majeure de décès pour des motifs somatiques (les morts liées aux accidents de la voie publique ou par autolyse demeurent minoritaires) et les pathologies somatiques induites par l'usage immodéré de substances psychoactives et toxiques pour son enveloppe corporelle sont des points de repérage des conduites et une modalité d'accès à l'offre de soins

addictologiques. L'addict malmène, meurtrit son corps dans sa quête passionnelle, un corps « outragé, brisé, martyrisé ⁵³²» dont la libération requière à l'image de la ville de Paris l'action de lui-même et le concours des armées soignantes. L'engagement dans une démarche de soins addictologiques est une bataille dont la violence des combats dépend de la prégnance (puissance) de la dépendance et de la résistance de son hôte. Le champ de bataille, où les deux belligérants en présence sont composés par cette dualité de l'addict, est, entre autres, le corps de ce dernier. « Cette plongée au cœur de la souffrance que peuvent parfois représenter les toxicomanies est fréquemment appréhendée à travers ce jeu conflictuel et solidaire à la fois entre biologisation, socialisation et psychologisation de l'esprit alors que tous se commandent réciproquement au travers du corps, tant il est vrai que ce corps est le témoin, l'indicateur quintessentiel de l'addiction⁵³³. » Il paye également par son corps cette extrême passivité, en totale correspondance avec l'étymologie de ce titre de patient, il subit. Le *soma* n'est pas uniquement un terrain meurtri par les combats incessants de sa *psyché*, il est également le lieu de l'expression de cette dépendance d'expression tant somatique que psychique, « Le corps devenant brusquement aux yeux de la personne une « chose » indocile à se soumettre tant à la volonté qu'à la raison (produisant alors une dissonance cognitive). Calmer et nourrir ce corps insatiable devient alors la préoccupation première sinon l'activité obsédante et nécessaire à la personne toxicomane⁵³⁴. » Indépendamment des manifestations morbides de l'addiction, cette dernière est également directement responsable d'une réification de cette souffrance (souffrance qui du fait de la catégorisation psychiatrique des maladies addictives est de prime

⁵³² Pour un clin d'œil ironique au discours du 25 juin 1944 du Général De Gaulle à l'Hôtel de ville de Paris.

⁵³³ Lambrette G., « À son corps défendant. Une approche constructiviste du corps dans le champ des toxicomanies », in *Psychotropes, op. cit.*, p. 15.

⁵³⁴ *Idem*, p. 15.

abord plus aisément représentée comme psychique). Il y a une interpénétration de ces douleurs parmi lesquelles il ne faut pas minorer celles qui proviennent des pans social et relationnel.

Ce corps est donc le lieu de la manifestation de l'addiction mais également de la limite de l'hédonisme. C'est le corps qui rappelle à son propriétaire l'impossibilité de jouir sans contrainte des plaisirs issus des substances ingérées. Cette limite dans sa capacité d'assimilation et d'accumulation se manifeste entre autres par l'overdose du toxicomane ou le coma éthylique pour l'alcoolique. Les mécanismes de tolérance - se manifestant par la nécessité d'augmenter progressivement les quantités pour obtenir un même effet - viennent contrecarrer l'efficacité hédoniste. Ce « toujours plus » pour obtenir la même jouissance ou chercher à s'en approcher, quête de l'idéal des premiers émois de la rencontre avec l'objet passionnel, complexifie la possibilité d'y accéder du fait de la nécessité matérielle (plus de produit à acheter) et temporelle (plus de temps à consacrer à la consommation). L'ultime limite est celle déjà évoquée des capacités physiques de son être à endurer la toxicité organique des produits (exemples des effets cancérigènes de l'alcool, du cannabis) et des risques inhérents aux modalités d'assimilations des différentes substances pratiques (notamment par les infections au virus de l'hépatite C et au SIDA).

Pour conclure

L'expression et la manifestation des douleurs et souffrances de l'addiction sont multiples, complexes, inconstantes, contre-intuitives et à la conceptualisation ardue. Pour avancer vers l'idée de situation dites d'addictologie dépassée et de recours à une approche palliative, sont nécessaire la compréhension et l'acceptation de l'artificialité de la santé chez

l'addict, au sens du « silence des organes », de la violence et de l'importance des souffrances induites par une offre de soins au regard de l'état de dépendance. Cette dissociation du traitement et de l'apaisement n'est pas spécifique à l'addiction, certains cancers au moment de leur diagnostic sont imperceptibles pour la personne concernée et les thérapeutiques mises en œuvre peuvent également avoir des effets délétères (la toxicité de certaines chimio- thérapies est à l'origine de souffrances). Le calcul bénéfices-risques lors de la prescription peut être selon le contexte et la gravité, un élément de réflexion éthique important. Mais à la différence des addictions, la maladie somatique n'a pas une fonction pour le malade⁵³⁵ et nous ne retrouvons pas cette dualité présente dans l'addiction de souffrances découlant de la maladie et de celle masquée par les substances, étiologie à la dépendance. Dans le contexte de nos travaux, à l'instar de notre situation prévalente, cette souffrance addictologique est « gérée » par l'addict et la poursuite des consommations. L'addict reste alors accessible à une dimension sociale usuellement prégnante à tous les niveaux de cette spécialité, ainsi qu'à une dimension physique. Cette dernière est un élément central dans notre sujet, objet de l'addictologie palliative : les deux branches de l'alternative sont une santé notamment physique irrémédiablement dégradée ou le décentrement des approches usuellement ciblées sur la dépendance au profit d'une attention orientée vers ses besoins. La prise en compte de cette souffrance est l'objectif principal des soins proposés dans ce contexte particulier de la fin de vie au regard de la précarité somatique de sa situation, une santé fragile sous le coup de l'omniprésence des agressions du toxique.

⁵³⁵ Sauf à valider l'hypothèse de certaines maladies psycho-somatiques qui auraient leur fonction sociale au sein d'une famille.

5.4. Proximité conceptuelle de la Réduction des Risques ?

Le concept d' « addictologie palliative » que nous proposons présente de nombreuses concordances avec celui de « réduction des risques et de dommages » notamment dans son approche s'affranchissant de la volonté d'agir sur le cœur de la maladie addictive (la dépendance) et sur la nécessité de l'abstinence. Cette proximité soulève une potentielle controverse et interroge la pertinence de l'addictologie palliative et de ses apports au regard de cette typologie d'accompagnement qui s'impose progressivement en France depuis les années 1980. L'addictologie palliative ne serait-elle pas simplement une modalité d'application de la réduction des risques ?

Histoire et philosophie d'une approche à contre-courant du modèle sanitaire.

Le concept de RdRD émerge dans le champ de la toxicomanie. Il s'inscrit d'emblée en rupture avec les modèles habituels de prise en charge par cette proposition « d'organiser un accès à des services sanitaires pour des « drogués » ne pouvant ou ne voulant pas s'arrêter, plutôt que de n'en accorder qu'à ceux demandant à en être sevrés⁵³⁶. » Son déploiement s'opère dans un contexte d'urgence de santé publique d'épidémie du sida et conteste les politiques répressives alors en vigueur vis-à-vis de la toxicomanie pour laquelle la pénalisation⁵³⁷ de l'usage démontre une efficacité discutable : « Partant des constats qu'« il n'y a pas de société sans drogue et qu'il n'y a pas de solution miracle aux problèmes des

⁵³⁶ Chappard P., Coueron J-P., Morel A., « origines et histoire de la réduction des risques », in *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris, Dunod, , 2012, p. 8.

⁵³⁷ Article L-628 de la loi du 31 décembre 1970 qui pénalise l'usage même privé de stupéfiant et fait de tout usager un délinquant.

drogues », elle crée un nouveau référentiel qui s’oppose à la vision prohibitionniste dont la finalité est l’éradication des drogues⁵³⁸. » Initialement la RdRD se construit effectivement à contre-courant des politiques de prohibition. Le premier fait marquant sera le libre accès aux seringues en 1987 dont le partage était une modalité majeure de propagation du VIH dans le milieu de la toxicomanie et plus spécifiquement des héroïnomanes injecteurs. L’expérience des dispositifs d’échange de seringue qui suivra démontre qu’ils favorisent également l’instauration d’un premier contact avec des toxicomanes ne souhaitant pas initialement s’engager avec le milieu sanitaire jusqu’alors centré sur le seul sevrage. La mise en œuvre des traitements de substitution aux opiacés, timidement dans un premier temps avec les programmes de Méthadone^R puis très largement avec la mise sur le marché du Subutex^R, deviendra un élément majeur de cette politique de réduction des risques, en élargissant le public et les risques concernés (essentiellement infectieux dans ses premiers pas). Ces mesures démontreront toute leur efficacité sanitaire avec une baisse de 80% des overdoses mortelles et la diminution du taux de contamination au VIH de 30% à 4% entre le début des années 90 et l’année 2001. Cette offre à bas seuil se construit non pas en opposition à l’abstinence mais à l’hégémonie de cette modalité thérapeutique imposant le sevrage. Elle répond à l’intérêt de l’individu, mais également à celui de la société perturbée par le comportement « déviant » des toxicomanes. Considérée comme un fléau social, la toxicomanie et les modalités de sa prise en charge possèdent une importante dimension politique et se développent pour des raisons de santé publique⁵³⁹. Cette modalité

⁵³⁸ Jauffret-Roustide M., Chappard P., « Concepts et fondements de la réduction des risques », in *L’aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris Dunod, 2012, p. 40.

⁵³⁹ La RdRD est inscrite dans la loi de santé publique depuis 2004, le texte en vigueur est l’article L3411-8 du 26 janvier 2016 du code de la santé publique.

d'intervention, qui possède comme postulat de s'adapter et non de s'imposer à l'individu, va progressivement élargir son champ d'application avant de s'extraire du champ de la toxicomanie dans les années 2000. La consommation contrôlée d'alcool et la cigarette « électronique » (vapoteuse) sont deux exemples majeurs de cette ouverture aux autres addictions. La première qui s'oppose au dogme de l'abstinence est mis en exergue par l'émergence du Baclofène^R, traitement emblématique de ces thérapeutiques agissant sur l'appétence. Si les recommandations de la Société Française de l'Alcoologie préconisent l'abstinence dans les situations de dépendance sévère, elle reconnaît « la possibilité d'intégrer la réduction de la consommation en plus de l'abstinence dans les objectifs de consommation des sujets dépendants de l'alcool⁵⁴⁰. » Toute réduction, même minimale, de la consommation s'avère bénéfique pour la santé de la personne et son engagement dans les soins. La seconde associée au retour du tabac à priser et/ou à chiquer permet au fumeur de restreindre les risques liés aux adjuvants présents dans le tabac ou à la fumée sans restreindre la nicotine, molécule psychoactive recherchée par le fumeur.

Cette approche laisse une place importante à celui que l'on dénomme alors l'utilisateur. Cette différenciation étymologique souligne son rapport au toxique comme une consommation consentie au regard de celle source de souffrance du patient. Elle met en avant l'autonomie et l'expertise de ce dernier qui est conceptualisé sous la notion d'*empowerment*⁵⁴¹ « Dans le domaine de la promotion de la santé, l'*empowerment* est un processus qui permet aux personnes de renforcer leur contrôle sur les décisions et les actions concernant leur

⁵⁴⁰ Paille F., « 67. Traitements médicamenteux de la dépendance à l'alcool », in *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, 2016, p. 499.

⁵⁴¹ Ce terme anglo-saxon traductible en français par celui d'autonomisation peut se définir comme la faculté à prendre le pouvoir sur des situations subies.

santé⁵⁴². » Il se décline à un niveau individuel et collectif. Au premier niveau, ce processus s'appuie sur le principe que l'utilisateur (ici pas nécessairement dépendant) est un citoyen responsable et autonome en capacité de reprendre le contrôle de sa vie. Il accorde une place importante à la décision de l'utilisateur pour celle relative à sa santé. Au deuxième niveau d'application, l'*empowerment* plébiscite également dans la construction de cette offre son expertise de consommateur. Il concilie, à l'image des principes de l'éducation thérapeutique, les savoirs profanes de l'addict et l'expertise professionnelle des soignants. Elle peut prendre la forme de la pair-aidance⁵⁴³, de groupes d'auto-support et communautaires⁵⁴⁴. « La réduction des risques reconnaît ainsi une forme d'expertise aux usagers de drogues de par leur connaissance des pratiques d'usage et des scènes de consommation et par leur capacité à définir et relayer les nouvelles pratiques⁵⁴⁵. »

Son action est dirigée, indépendamment de la question de la dépendance, sur le contexte de consommation et, dans cette logique opposée à la prohibition, propose d'apprendre à vivre avec les drogues, de les domestiquer. C'est une approche plurielle et graduelle qui englobe des objectifs de prévention et de soins répondant à la demande de l'utilisateur qui s'étire entre consommer au moindre risque, diminuer sa consommation et enfin accéder au sevrage : « Le concept de réduction des risques, homogène en apparence, recouvre une diversité de conceptions philosophiques et politiques. Le référentiel de santé publique qui lui correspond

⁵⁴² Jauffret-Roustide M., Chappard P., « Concepts et fondements de la réduction des risques », in *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, op. cit., p. 42.

⁵⁴³ L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire.

⁵⁴⁴ ASUD (AutoSupport des Usagers de Drogues) est une association agréée dont le but est de « transformer les « toxicos » en citoyens comme les autres, bénéficiaires de droits et de devoirs ». Elle propose sur un site internet des informations sur les produits et leurs usages avec de moindre risque.

⁵⁴⁵ *Idem*, p. 43.

se fonde sur certains concepts et valeurs : le renoncement à un idéal d'éradication des drogues, la démarche de proximité (aller à la rencontre et prendre l'utilisateur là où il en est dans son parcours), le non-jugement moral des pratiques d'usage ainsi que la responsabilité et la participation des usagers⁵⁴⁶. » L'amplitude de ce concept d'accompagnement et les valeurs partagées sont-ils suffisants pour y inclure l'addictologie palliative ?

Différence entre addictologie palliative et politique de réduction des risques et des dommages.

Comparer le concept que nous proposons à celui de la réduction des risques n'est pas sans évoquer la démarche de rapprochement que nous avons précédemment réalisée avec les soins palliatifs. En effet, en dehors d'une temporalité d'émergence proche (les soins palliatifs seront inscrit dans le code de la santé publique deux ans avant la RdRD) et d'être à l'origine de débats animés sur le plan politique et sociétal, ils présentent tous les deux une définition clairement inclusive.

Le point majeur de ce rapprochement est d'être tous les deux une offre d'accompagnement alternative à celle de l'abstinence, qui ne se concentre pas sur la dépendance et propose un accompagnement à bas seuil sans objectif d'influer quantitativement sur les consommations. « La réduction des risques respecte la dimension fonctionnelle de l'usage, avec ses bénéfices et ses dommages : si on supprime l'usage, on supprime ses bénéfices qu'il faudra d'une manière ou d'une autre trouver ailleurs. À l'inverse,

⁵⁴⁶ *Ibid.*, p. 39.

si on supprime un risque, la personne garde les effets qu'elle recherche tout en réduisant les conséquences négatives⁵⁴⁷. » Cette compréhension et ce respect de la fonction du produit sont également un axe de l'addictologie palliative. A cela s'associe la prise en compte de la potentielle souffrance découlant de la distanciation avec le toxique. Mais, malgré le partage de l'objectif de faciliter un accès aux soins et le maintien d'une consommation, la connotation de prévention apparaît moins pertinente tant un certain nombre de risques et de dommages sont déjà concrétisés. Les possibilités d'évolutions du comportement en ce sens demeurent restreintes. Parallèlement à l'addict, les personnes au cœur des actions de l'addictologie palliative se révèlent être les professionnels directement impactés par l'inertie du patient qui, par définition, est peu réceptif à la modification de ses habitudes à plus forte raison lorsqu'elles sont en lien avec l'objet de sa passion. Ici, l'accompagnement se structure au gré des marges de manœuvre demeurant disponibles. Dans cette rencontre entre un soignant et un dépendant inaccessible aux soins, les principaux espaces de progression envisageables au regard de cet addict se trouvent bien chez les professionnels. Si la frontière entre la réduction des risques et l'addictologie palliative est ténue, nous pouvons les différencier par cette nuance : la RdRD vise à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique. Dans le cadre de l'addictologie palliative, les actions et les objectifs peuvent (doivent) être sans lien avec l'addiction. Elle s'en détourne dans ses déclinaisons tant au niveau de la dépendance que des consommations sous les aspects quantitatifs et qualitatifs. Là où la réduction des risques demeure plus ambitieuse, l'addictologie palliative se concentre essentiellement sur des éléments de qualité de vie. Sur

⁵⁴⁷ *Ibid.*, p. 40.

ce point, il existe une plus grande proximité avec les pratiques de soins palliatifs qu'avec celles de la RdRD.

L'approche par une réduction des risques se présente comme une ouverture vers d'autres démarches, un sas pouvant lui permettre de s'orienter vers des soins relevant du *cure* dont l'abstinence : « une approche gradualiste qui crée un continuum entre les approches de réduction des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence. La force d'une approche gradualiste est d'offrir une « mosaïque » de possibilités que les usagers peuvent choisir en fonction de leurs attentes⁵⁴⁸. » Cette philosophie d'accompagnement possède de fait un périmètre d'application très vaste dont le champ des possibilités ne semble pas encore atteint. Mais il est essentiellement pensé et positionné en amont d'un potentiel engagement thérapeutique (cet engagement de l'addict pouvant ne jamais advenir). S'il pouvait être envisageable de définir l'addictologie palliative comme l'ultime graduation de cette mosaïque, le niveau survenant après les approches thérapeutiques, il demeurerait un irréductible point d'incompatibilité avec l'un des éléments majeurs, le choix de l'utilisateur.

Comme nous l'avons abordé dans les chapitres précédents, la gravité de la dépendance du patient n'autorise aucune décision et choix concernant son addiction et ses consommations. L'addict ici subit, les soins encore possibles étant ceux impactant peu l'accès au toxique. Dans la philosophie de la réduction des risques, la reconnaissance de la place de l'utilisateur comme un citoyen autonome, acteur de sa vie et de son savoir expérientiel sur sa situation est primordiale : « Le projet fondamental est de rendre le sujet acteur de sa propre

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 45.

santé⁵⁴⁹. » Le respect de la demande de l'utilisateur dans le cadre de la RdRD entre en confrontation avec le respect de l'absence, de l'impossibilité de demande du patient en addictologie palliative.

Dans la continuité des lignes précédentes, le choix de la dénomination de la personne sujet de l'accompagnement acte également une profonde différence au niveau de la manière dont elle peut être perçue. Dans l'ensemble des textes abordant la réduction des risques, seule la notion d'utilisateur est employée, tout comme chez les professionnels du champ social qui y recourent pour évoquer leur public cible. L'utilisateur, soit celui qui fait usage, qui a le droit d'usage, conserve cet attribut de sujet acteur. Comme il est un usager de drogue et de l'offre de RdRD, il est également acteur de ses modalités de consommation tant quantitatives que qualitatives. Inversement, la notion de souffrance est éclipsée par celle de risques et de dommages pour sa santé et la dénomination de patient, en découlant, n'est jamais employée. Cette terminologie est cohérente avec cette philosophie et se détache de l'approche sanitaire, dont elle s'est éloignée dès son origine, en s'écartant du dogme de l'abstinence, et se voulant résolument inclusive. Cette notion d'utilisateur, qui dans certaines situations peut cohabiter avec celle de patient, dans le contexte de notre étude ne permet pas une pleine compatibilité. Les idées derrière chacun de ces termes (actif versus passif) sont pour ainsi dire opposées. Les divergences des spécialités d'où ont émergé ces concepts et les lieux privilégiés de leur dispensation expliquent également cette différence sémantique autour de l'addict.

Cette approche, pensée comme un préalable au soin et à une demande d'aide, « plutôt que d'attendre la dégradation de leur état de santé, voire leur contamination par le VIH/SIDA,

⁵⁴⁹ Stambul B., « Réduction des risques liée à l'usage des drogues », in *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 776.

jusqu'à ce qu'ils demandent de l'aide⁵⁵⁰. » se traduit par un pragmatique « aller vers » et « accueil à bas seuil », aspect central et commun avec notre sujet. Les missions relatives à la réduction des risques sont assurées à partir de 2005 par des structures dédiées, les CAARUD⁵⁵¹, puis se décroissent vers les structures addictologiques généralistes suite au décret relatif à la création des CSAPA⁵⁵² dès 2007 qui « impose aussi une déclinaison de la RdR pour toute addiction (alcool, tabac et addiction sans drogue)⁵⁵³. » Ces deux types de structures relevant du champ médico-social sont majoritairement ambulatoires (à l'image de l'offre de soins addictologiques en France) et donc plus propice au développement de la RdRD en corrélation avec l'objectif « d'aller vers » les potentiels bénéficiaires, dont la grande majorité demeure hors des murs des institutions. Les prises en soins en structures avec hébergement, notamment sanitaires (milieu hospitalier), sont, hormis la mise en œuvre des traitements de TSO, plus problématiques : « La dichotomie initiale entre une RdR cantonnée à la prévention des maladies infectieuses et des soins consacrés à obtenir et maintenir l'abstinence conduit encore à limiter la réduction des risques à une aide minimale « faute de mieux » et, à abandonner à eux-mêmes ou à des lieux caritatifs « à bas seuil » les usagers qui ne sont pas « dans une demande de soin »⁵⁵⁴. » Ce constat de la difficulté à concilier ces deux cultures se majore dans les structures de soins avec hébergement, à plein temps, où, comme développé autour de la situation de Patrick - point de départ de notre questionnement - la

⁵⁵⁰ Jauffret-Roustide M., Chappard P., « Concepts et fondements de la réduction des risques », in *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, op. cit., p. 41.

⁵⁵¹ Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues.

⁵⁵² Centre de Soins, d'Accompagnement et Prévention en Addictologie.

⁵⁵³ Péquart C., Couteron J-P., « Réduction des risques et addictologie, des institutions et des pratiques », in *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris, Dunod, 2012, p. 301.

⁵⁵⁴ Lhomme J-P., Morel A., « Réduction des risques et médecine générale », in *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris, Dunod, 2012, p. 271.

consommation de substance psychoactive non prescrite au sein d'une structure collective est difficilement compatible avec la sécurité de l'établissement. La permanence de la personne entre ses murs impose des contraintes peu adaptables par l'équipe, comme l'absence de consommation au décours du séjour - et les contraintes minimales de vie en collectivité - complexes à tenir sur la durée pour l'intéressé. Les modalités d'accueil de ces services addictologiques à orientation curative sont poussées à leurs limites - d'où les ruptures parfois violentes. L'addictologie palliative au même titre que la réduction des risques dans le contexte hospitalier (soins avec hébergement sanitaire) se heurte à la tolérance limitée au regard de la consommation. Quand l'abstinence n'est pas toujours requise, la sobriété est alors de rigueur. Les pratiques de RdRD touchent un public très large. En revanche le concept d'addictologie palliative demeure une pratique de niche. Elle cible un nombre limité de personnes ici dites en situation d'addictologie dépassée et qui peuvent se rencontrer dans toutes les typologies de structures addictologiques ou non spécialisées. A ancienneté de dépendance équivalente (c'est-à-dire longue), la différence entre un addict inscrit dans un processus de réduction des risques, sans souhait de modifier ses consommations et un addict relevant de l'addictologie palliative, dans l'incapacité d'agir sur ses consommations sera notamment observable lorsque qu'une hospitalisation s'imposera à lui. Seront déterminantes les capacités à contenir ses consommations le temps suffisant aux soins a minima nécessaires et/ou à enclencher des aménagements (sans que ce soit nécessairement l'abstinence) au regard des éventuelles pathologies diagnostiquées. Si le dépendant perd la liberté de s'abstenir de consommer, il conserve celle de demander de l'aide, avec plus ou moins d'adhésion derrière, excepté pour les personnes au centre de nos travaux. « La réduction des risques participe d'une « nouvelle

santé publique » qui valorise la capacité de la personne à se prendre en charge, à se saisir de sa responsabilité individuelle dans un contexte collectif⁵⁵⁵ » - capacité annihilée dans le contexte de l'addictologie dépassée⁵⁵⁶.

Relativement aux points différenciant ces deux concepts, nous remarquons que, si le discours de l'addictologie palliative s'échafaude autour de la notion spécifique de dépendance, celui de la RdRD sera ciblé dans sa construction sur la consommation, ne faisant pas de distinction entre les bénéficiaires relevant d'un simple usage de ceux inscrit dans une dépendance : « Si, en matière de drogues illicites, la question est initialement celle de modifier les modes de consommations pour réduire les risques infectieux, dans le domaine de l'alcool, il s'agit d'emblée de réduire l'exposition au produit lui-même en contrôlant la consommation⁵⁵⁷. »

Le profil des personnes en situation d'addictologie dépassée relève le plus fréquemment de la poly-toxicomanie. Durant leur « carrière » d'addict, elles sont amenées à recourir à divers produits par alternance et/ou de manière concomitante dans des contextes de compensation lors des problématiques d'indisponibilité des produits, par opportunité, mais également consécutivement à des transferts de dépendance d'un produit vers un autre. Ils ont donc très probablement pendant leur parcours été confronté à des pratiques relevant de la réduction des risques, plus particulièrement dans des démarches de modération de leur consommation, avant que leur addiction ne soit plus accessible aux thérapeutiques. Ces

⁵⁵⁵ Jauffret-Roustide M., Chappard P., « Concepts et fondements de la réduction des risques », in *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, op. cit., p. 40.

⁵⁵⁶ Cf. Chapitre 2.4 « une volonté malade ».

⁵⁵⁷ Michel L., Morel A., « Alcool et réduction des risques », in *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris, Dunod, 2012, p. 187.

pratiques peuvent persister même dans cette période de fin de vie. En effet, la dépendance aux morphiniques, pouvant être relativement stabilisée⁵⁵⁸ avec les traitements de substitution (le préservant des risques inhérents à l'obtention et consommation de l'héroïne), l'addiction se manifestera alors par les consommations d'alcool, cannabis, médicaments et autres drogues illicites selon l'opportunité et la disponibilité de chacun de ces produits – ce qui explique l'omniprésence de l'alcool au sein de ce public. Si la dépendance n'autorise pas les actions visant à agir quantitativement sur les consommations, celles influant qualitativement restent opérationnelles, ces modalités pratiques de réduction des risques pouvant pour la plupart déjà être acquises. Ces modalités vont concerner plus particulièrement les pratiques historiques en lien avec la toxicomanie. Et concrètement ils peuvent donc demeurer des usagers des services proposés par les CAARUD.

Malgré d'indéniables similitudes notamment du fait de la philosophie et de la définition très ouverte de la RdRD, de leur commune inconditionnalité d'accès à une offre sans référence dogmatique à l'abstinence, des pratiques et approches potentiellement similaires, nous voyons qu'elles s'inscrivent chacune dans des perspectives différentes. L'addictologie palliative, si elle peut recourir à des modalités de la réduction des risques, conserve sa spécificité et originalité du fait de son association avec les notions d'incurabilité et de fin de vie. Les pratiques de la réduction des risques sont résolument centrées sur l'utilisateur alors considéré comme acteur de sa vie. Pour l'addictologie palliative, l'addict reste la finalité de l'approche, mais étant dans une « active passivité », les professionnels œuvrant à ses côtés

⁵⁵⁸ Cette stabilité est ici à pondérer du fait de l'importance des phénomènes de détournements et d'abus de ces traitements qui demeurent des opiacés. Ces pratiques font également l'objet d'outils de RdRD avec des distributions de filtres et de conseils pour les addicts s'injectant des comprimés de Subutex pilés afin de prévenir les embolies suite à la présence d'une particule trop grosse dans la seringue.

vont devenir également un objectif majeur de cette proposition de concept. La dénomination de palliatif nous semble essentielle pour affirmer l'idée même de stade avancé de la maladie, la spécificité et la pertinence de cet accompagnement vers la mort.

5.5. La fin de vie et le mourant en addictologie palliative.

Une maladie psychiatrique létale.

A la notion de soins palliatifs s'accroche celle de la fin de vie et de facto de la mort. L'addiction, pathologie psychiatrique et cause majeure de décès dans notre pays est aisément identifiée à une espérance de vie significativement écourtée. Pourtant la notion de fin de vie dans le contexte de cette discipline demeure absente. Nous pouvons retrouver évidemment un addict en situation de fin de vie au regard d'une cirrhose ou du SIDA contractées dans le cadre de sa dépendance, mais celle-ci est déterminée au regard de sa pathologie somatique et non de son addiction à proprement dit. Elle est pourtant la pathologie première, à l'origine du déclin de son état de santé et de la précarité physiologique de sa vie. L'addiction est bien une maladie létale, mais la personne décède des conséquences du comportement et des consommations immodérées de substances psychoactives qui en résultent (hormis le motif minoritaire d'accident de sevrage). L'essentiel des causes de mortalité est induit par la toxicité des produits. A titre d'exemple la seule consommation d'alcool est responsable en France

selon la dernière étude disponible⁵⁵⁹ de 41.000 décès notamment par maladies cancéreuses (40% des morts), cardiovasculaires et digestive. Et pour l'essentiel de ces pathologies somatiques, l'arrêt de la substance donc du comportement addictif est requis pour envisager une évolution favorable ou la moins défavorable possible. Dans des contextes comme le cancer de l'œsophage, la cirrhose du foie ou l'hépatite C même si le diagnostic est posé suffisamment tôt pour espérer l'efficacité d'un traitement curatif, la poursuite de l'intoxication, donc de l'étiologie, condamne le patient à une évolution dramatique. Dans ces addictions gravissimes, l'impératif médical et l'enjeu vital restent impuissants face aux injonctions passionnelles. La réalité de la mort et son imminence ne permettent pas dans ces situations ultimes de dépendance, d'enclencher un changement dans son rapport au toxique (ou de provoquer le « déclic » pour reprendre l'expression consacrée des addicts).

La fin de vie, le mourant, des notions sans contour

Une question se pose au cœur de cette potentielle controverse : le recours à la notion de fin de vie est-il pertinent pour des patients en situation d'addictologie dépassée, mais ne présentant pas encore des caractéristiques objectives d'une mort imminente ?

Nous sommes ici dans la période d'anticipation de leur inévitable mort prématurée mais dont les causes demeurent spéculatives. Le patient décédera précocement et fort probablement en lien avec son addiction mais le motif, les circonstances et la temporalité ne

⁵⁵⁹ Etudes 2022 de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (O.F.D.T.) sur les chiffres de l'année 2015.

sont pas distinctement déterminables⁵⁶⁰ en dehors évidemment d'une pathologie somatique déjà ancrée et évoluée à un stade terminal. Mais nos travaux et notre réflexion demeurent orientés sur la phase ou l'approche dominante est addictologique. Ils sont dirigés vers son état de dépendance.

S'interroger sur la fin de vie revient à s'interroger sur le « mourir », le terme de « mourant » étant également utilisé comme synonyme, mais également sur la vie sous l'angle de sa qualité pendant cette période plus ou moins longue restant à cet addict, malade incurable. Car même si ses conditions de vie sont déjà dégradées, ce qui n'est pas propre à cette maladie, quels objectifs donner aux actions soignantes ? Qu'est-il envisageable d'apporter à ce patient ? A l'instar des soins palliatifs, pendant cette phase ultime de son existence et malgré la domination de sa passion, la vie demeure présente, « l'approche de la mort permet encore à la vie de se manifester, certes d'une manière autre, mais il importe d'en donner toutes les possibilités au malade⁵⁶¹. » La vie de cet addict nous apparaît certes fort restreinte et peu qualitative mais elle ne peut être qualifiée d'insignifiante. Le gain peut ici s'entendre comme la conservation de ses maigres acquis, une moindre ou une plus lente dégradation de sa situation notamment sociale ou l'adoucissement de ses conditions de vie même temporairement.

⁵⁶⁰ Du fait du profil majoritairement polytoxicomane de la population ciblée dans notre étude, ils multiplient les toxicités et de fait les facteurs de risques, la variabilité des causes de décès mais également la probabilité de sa survenu.

⁵⁶¹ Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs*, op. cit., p. 20.

Définir cette notion de fin de vie se révèle également chose peu évidente. Lors des premières recherches, la définition couramment mise en avant est symétrique et indissociable de celle des soins palliatifs. Nous retrouvons l'approche pluridisciplinaire de prise en soins de la douleur dans une dimension physique, psychique, sociale et spirituelle, dans une recherche de l'amélioration de la qualité de la vie précarisée et réduite ici par la maladie. Il s'agit ici de permettre au patient de « mourir dans la dignité ». Cet abord, qui peut aisément se décliner pour le concept d'addictologie palliative, la décrit sous les atours d'une méthodologie et d'objectifs. Elle se présente comme la période, le moment où les concepts de soins palliatifs, mais également son pendant d'euthanasie, entrent en jeu. Mais cela, sans pouvoir déterminer d'un point de vue pragmatique cette phase, en l'occurrence terminale, de l'existence. La notion de fin de vie contextualise donc cette étape suivant le constat d'inopérance des traitements prodigués à une personne atteinte d'une maladie grave dont le pronostic vital est engagé ou, autrement formulé, les derniers moments de la vie d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection / maladie grave et incurable. Pour le corps médical, cette fin de vie est le stade où l'objectif n'est plus de guérir mais plutôt de préserver jusqu'à la fin, la qualité de vie des personnes et de leur entourage face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie avancée, évolutive et à l'issue irrémédiable. Les soins palliatifs étant dispensés à toutes les phases de la vie, son critère de fin est indépendant de l'âge de la personne. La fin de vie ne dispose pas de critères explicites. Elle dépasse le simple fait biologique et la notion de finalité temporelle de l'existence humaine succédant à la vieillesse : « Le concept même de « fin de la vie » en vient ainsi à disparaître : le « vieux » ne vit pas une vie différente de celle que vit le « jeune »⁵⁶². » Nous retrouvons les notions d'imminence de la survenue de la mort

⁵⁶² Quentin B., « Les ambivalences de Montaigne sur la fin de la vie : une leçon encore salutaire » in

(de quelques jours à plusieurs mois), mais les questions de la temporalité et de la durée des soins palliatifs sont relativement absentes, la seule précision étant qu'ils se poursuivent au-delà du décès avec l'accompagnement de l'entourage. Le mot « fin » porte en lui même cette dualité entre une approche statique, comme le dernier élément, une limite, et une approche dynamique, la fin étant alors le but, le « sens dans lequel une tendance est dirigée⁵⁶³ » mais également une complémentarité « parce que ce qui est le but de l'action en est également le terme⁵⁶⁴. » La fin de vie désigne cette mort sanctionnant la maladie et cette phase d'accompagnement vers cet inéluctable où le projet, le vivre, demeure une réalité tangible. Le terme de « mourant », si nous nous référons aux définitions usuelles n'apporte guère plus de précision, le mourant étant celui qui porte la marque d'une mort prochaine, celui dont la vie s'éteint. Il évoque une dégradation, une diminution progressive de ses forces vitales. Le mourant, alors « atteint d'une nouvelle affection [...] « la maladie de la mort »⁵⁶⁵ », est défini par sa fin. Pour Robert Higgins, cette dénomination engendre une ségrégation à l'égard des malades et des vivants - terme auquel il préfère celui de « survivant », cette confrontation au mourant nous renvoyant « l'intime conviction d'être des sujets menacés de mort ou de non-vie⁵⁶⁶. » La pertinence du recours à ces deux termes dans le contexte des soins palliatifs est critiquée par Jacques Ricot pointant leurs caractères enfermant et statiques, trop associés à l'idée même de mort : « Au reste, les termes « fin de vie » ou « mourant » ne sont pas vraiment adéquats pour désigner une phase de l'existence qui concerne des « vivants », certes fragilisés par la mort, rôdeuse sournoise, mais qui n'ont pas à être exilés subrepticement de la

Gérontologie et société – Dé(s)mesure(s) de la fin de vie, n°. 164 – vol. 43, 2021, p.168.

⁵⁶³ Lalande A., « Vocabulaire technique et critique de la philosophie », *op.cit.*, p. 352.

⁵⁶⁴ *Idem*, p. 353.

⁵⁶⁵ Higgins, R W., « L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. » in *Esprit*, n°. 291 (1), 2003, p. 140.

⁵⁶⁶ *Idem*, p. 167.

communauté des humains, fût-ce avec les meilleures intentions . « Finir » sa vie, c'est d'abord la continuer⁵⁶⁷. » Il reproche également à ces deux termes leur attribution « douteuse » et leur discordance « on ne saurait dire de la « fin » de vie qu'elle est déjà « finie », puisque, au contraire, elle se poursuit encore. On est, soit vivant, soit mort, mais jamais, littéralement, mourant⁵⁶⁸. » Cet argument, pouvant se résumer par le principe « que tout homme est « vivant jusqu'à la mort »⁵⁶⁹ », s'inscrit dans le principe de la médecine palliative, défini par Cicely Saunders, qu'au terme de la vie, il y a toujours quelque chose à faire⁵⁷⁰.

A la périphérie de ces notions, circule le « laisser mourir », qui habituellement s'oppose au « faire mourir » alors associé à l'euthanasie. Dans le contexte de l'addictologie palliative, il y a confrontation à l'obstination déraisonnable et au rejet du patient pouvant apparaître avec l'impossibilité du *cure*. Le « laisser mourir », ici à entendre au sens de le « laisser s'intoxiquer », se veut l'expression du *care* soit du prendre soin dans l'accompagnement de la déliquescence de son corps abimé par l'addiction au même titre que celui du cancéreux rongé par les tumeurs.

La fin de vie en addictologie, une réalité ?

La tentative de traduction chez l'addict de ces notions dynamiques de mouvement et de trajectoire de la fin de vie, que le CCNE décrit comme « une autre allure de la vie et non

⁵⁶⁷ Ricot, J., *Philosophie et fin de vie*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2003, p. 9.

⁵⁶⁸ Ricot, J., « Fin de vie : repères éthiques et philosophiques », in *Laennec*, vol. 52, n° 1, 2004, p. 21.

⁵⁶⁹ Quentin B., « Les ambivalences de Montaigne sur la fin de la vie : une leçon encore salutaire » in *Gérontologie et société – Dé(s)mesure(s) de la fin de vie*, *op cit.* p.169.

⁵⁷⁰ On lira également avec profit l'article de Robert Higgins déjà cité.

simplement le bout de celle-ci⁵⁷¹ », vient se heurter à sa naturelle inertie, là, où, habituellement le mourant conserve la potentialité d'une part de maîtrise, non pas sur sa temporalité finale, mais sur certains éléments qualitatifs du contenu de la dernière étape de son existence. Les soins palliatifs visent non seulement à soigner la souffrance sous toutes ses formes, la prévenir, mais également à maintenir chez la personne en fin de vie la possibilité de choix sur ses modalités, c'est-à-dire à demeurer un acteur principal. Ne pouvant nous appuyer sur une définition pragmatique de la notion de fin de vie, il nous faut l'aborder, à l'image des textes s'y référant, au regard de son contenu. Ce sera donc la conception théorique et pratique de l'attention apportée à la vulnérabilité d'une personne confrontée à l'impuissance médicale de la guérir. Dans l'addictologie palliative, il y a un renoncement des soignants à ce que le patient retrouve une emprise sur sa vie et une acceptation de cette passivité face à son addiction. Sans possibilité d'accroche sur ce patient immuable sans emprise sur sa maladie incurable, notamment par l'absence de demande, l'action soignante, essentiellement relationnelle, psychologique est également entravée. Le professionnel s'étend alors à combattre la maladie et le malade, dont l'expression de la première est indissociable du second, à l'instar de toute pathologie psychiatrique. L'addictologie palliative vise à extraire le soignant de cet impossible, à le réinscrire dans une dynamique, celle du possible persistant de la fin de vie. Il y a donc un déplacement de ce mouvement initialement dirigé vers le patient et son entourage pour aller vers le corps soignant et lui offrir une réponse, une offre de soins adaptée à l'active passivité mortifère de l'addict. Le comportement du patient dicté par la dépendance demeure non modifiable, mais comme nous l'avons évoqué avec la situation de

⁵⁷¹ Avant-propos de l'avis N°121 sur « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », C.C.N.E., juin 2013, p. 9.

Patrick, il reste pour les soignants un accès à sa situation sociale et à son corps, au sens de sa santé somatique. Une action reste possible mais elle nécessite une refonte des modalités de soins jusqu'alors dispensés notamment dans un contexte institutionnel. Elle requière des conditions d'accueil à bas seuil ce qui nécessitent de nombreuses adaptations pour des structures sanitaires, spécialisées ou non en addictologie. Ces dernières possèdent une faible tolérance envers les consommations de substances dans le cadre des séjours nécessaires au cœur de leur parcours de santé. En effet, un autre paradoxe de l'inertie addictive générée par les consommations est son caractère potentiellement « bruyant » avec l'agitation psychomotrice ébrieuse accompagnée des effets de la désinhibition. Les équipes soignantes sont également heurtées par le caractère dérangeant qu'engendrent ces pratiques lytiques, de premier abord, peu rationnelles. Ces expressions de la maladie, ici comportementales, viennent percuter les valeurs et les pratiques de ces professionnels, même quand l'intoxication est silencieuse de par son effet sédatif. Cette période que nous assimilons à la fin de vie, à l'image de la carrière d'un addict ponctuée d'allers-retours entre l'engagement et la non-adhésion aux thérapeutiques spécifiques, est loin d'être pacifiée. Elle demande aux soignants de s'opposer à leur mouvement de rejet hors cadre de soins de ce patient, clivant, hors « normes » et qui ne possède pas le même potentiel compassionnel qu'une personne souffrant d'une maladie somatique en phase terminale. L'intérêt du concept que nous proposons est de donner un cadre, du sens à cette ultime période pour quelques dépendants mais également de donner l'énergie aux actions déployées par les addictologues dans ce contexte particulier. La répétition des hospitalisations, des ruptures parfois abruptes, décontextualisée d'une approche palliative, les renvoie inexorablement à leur échec. Reconnaître la fin de vie en addictologie devient la condition de la reconnaissance de la spécificité et de l'intérêt de l'offre de soins apportée : « Cette impuissance acceptée et assumée est la condition d'une nouvelle puissance, celle d'offrir à la fin de la vie les conditions d'un accomplissement et le réconfort d'un

accompagnement⁵⁷². » Les notions d'accomplissement et de réconfort nous apparaissent ici s'appliquer aux deux parties prenantes de cette relation de soins, dans leur complémentarité et interdépendance.

Des temporalités irréconciliables

La fin de vie, par effet miroir, induit le fait d'être à l'aube de la mort, qu'elle se dessine et que « notre temps est compté ». Mais cette réalité semble essentiellement perceptible au soignant au vu du rapport au temps de l'addict. « La scansion et la sanction de la mort forment les conditions d'existence du temps humain lui-même ⁵⁷³ » : Cette intrication de la mort dans le temps, non perçue par l'addict apporte un éclairage de la distorsion de sa temporalité. Dans une dépendance active et sous emprise des substances, il demeure hors du temps. Elle le préserve de l'idée même de la mort et de sa finitude. La peur, l'angoisse existentielle de la confrontation à la mort s'estompe, se gomme. Cette absence de conscientisation de sa mort trouve son pendant dans l'expression qualitative de sa vie, ce pur hédoniste est couramment décrit comme vide, ou plutôt comme vidé de ses émotions et de désir. Rien ne trouve de place en lui en dehors de ce qui lui permet de poursuivre sa quête de l'objet de sa passion, qui par essence occupe tout l'espace. Ce trop-plein l'assèche. Le manque étant la condition d'émergence du désir, il ne permet pas à un autre désir de prendre place et de s'exprimer. Assigné à l'instant présent, il n'est plus en possibilité de se projeter, de construire, d'envisager un avenir. Il s'opère une dichotomie temporelle entre la réalité et le

⁵⁷² Ricot, J., *Philosophie et fin de vie*, op.cit., p. 19.

⁵⁷³ Avis N°63, *Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, CCNE, Janvier 2000.

vécu de ce dernier. Si les conséquences de ses consommations tendent à accélérer sa confrontation à la mort, ses effets (induits et recherchés) vont en revanche suspendre le temps. Il va vivre à l'image de l'objet de sa passion dans l'immédiateté. Nous ne sommes pas ici dans la situation de la personne qui, sachant sa fin proche, décide de vivre intensément le moment présent ; chez l'addict celle-ci n'est pas rationalisée, réfléchie et encore moins décidée, elle est passionnelle donc subie. Il ne termine pas sa vie, il la poursuit sur les mêmes modalités. C'est chez le soignant qu'est essentiellement opérante la rupture, cet habituel passage de l'espoir thérapeutique à la résignation palliative. Cette évolution de l'accompagnement permet de sortir des rapports tendus provenant de l'inadéquation de l'organisation des structures (notamment des règlements prohibant le recours à des substances psychoactives) et de l'offre de soins structurée pour induire un changement dans la relation qu'entretient l'addict avec l'objet de sa passion. Les soins palliatifs addictologiques se caractérisent par un accueil à bas seuil, c'est-à-dire sans nécessairement exprimer une demande, en corrélation avec l'approche de la relation soignant-soigné présentée par Jacques Ricot : « Un homme adresse une demande de soins à un autre homme, que cet appel soit explicite ou qu'il soit simplement placé sous le signe d'une attente muette. Et le soignant est celui dont la place s'institue au moment où commence sa réponse à cet appel, qui est un appel à l'aide⁵⁷⁴. » Ce bas seuil se concrétise dans l'objet de la demande, où sa simple présence est suffisante. Mais il se matérialise aussi dans l'offre de soins dont les contraintes peuvent être réduites pour l'organisation d'un bilan de santé, pour des soins somatiques ou simplement pour lui permettre une mise au « vert » lui garantissant les basiques vitaux (hygiène, alimentation, sommeil, ...) qui peuvent lui faire défaut de par ses conditions de vie

⁵⁷⁴ Ricot, J., *Philosophie et fin de vie*, op.cit., p. 12.

potentiellement précaires. Ces objectifs de soins sont ici en corrélation avec la finalité de la médecine palliative de répondre aux besoins essentiels. « Si l'être humain est un être de désir, ce que je crois profondément, il est aussi un être de besoin⁵⁷⁵. » L'obnubilation du désir de l'addict ne signifie pas une absence de besoin : si l'addiction envahit sa vie, sa personnalité, et guide son comportement, nous ne pouvons pas malgré tout résumer son être et son existence à cette addiction. La personne en situation d'addiction dépassée se présente sans demande exprimée. Il est donc nécessaire au soignant de donner du sens à son action, de lui octroyer sa pertinence indépendamment de résultats objectivables. La conscientisation de ce patient « malgré lui » n'est pas indispensable pour prodiguer du soin. L'offre se doit d'être adaptable et modulable, sa temporalité structurée et planifiée devant se conjuguer avec celle de l'addict à court terme. Cela se concrétise en milieu hospitalier par le fait de raccourcir le séjour du patient, si cela devient intenable pour les deux parties, ou inversement de le prolonger s'il se maintient dans un équilibre acceptable. Le « tempo » est dicté par sa maladie et ses variations.

Bien que le rapprochement sémantique de la dépendance addictive à la « grande dépendance » puisse s'avérer séduisant, plus particulièrement avec celle de la personne âgée dans les situations extrêmes des démences (la maladie d'Alzheimer en tête), il nous apparaît ici peu pertinent. L'objet de leur dépendance, à un produit et/ou à un comportement pour le premier et pour le second à l'autre, notamment dans les actes de la vie quotidienne, les clive. L'expression même de ces deux typologies de dépendance demeure bien distincte. En effet, indépendamment de la puissance de sa passion, l'addict conserve toujours une part

⁵⁷⁵ *Idem*, p. 19.

d'autonomie non négligeable dans ce qui constitue son quotidien : il peut vivre (survivre) seul.

Au vu du caractère indéfini et non distinctement définissable de la notion de fin de vie, la situation du malade dit en addictologie dépassée présente des critères d'éligibilité déterminés pour être assimilée à de la fin de vie. A contrario, le recours au terme de mourant, du fait d'une trop importante proximité sémantique avec la mort qui renvoie à son imminence même et à l'imagerie associée, nous semble plus contestable et peu envisageable dans le contexte de notre proposition de concept. Plus anecdotique, en lien avec l'expression précédemment employée de « métier à plein temps », celle de fin de carrière peut se retrouver.

La dignité de l'indignité addictologique

Nous retrouvons avec l'addictologie palliative des similitudes avec les difficultés historiques de prise en compte de la fin de vie et fondatrices de la médecine palliative. Elles sont soulignées par le comité consultatif national d'éthique dans son avis N°121 : « Et il ne faut pas oublier qu'avant le développement des soins palliatifs, initié en Grande-Bretagne dans les années 1970, la médecine moderne se désintéressait largement de la douleur et de la solitude des personnes qu'elle ne parvenait pas à « sauver⁵⁷⁶. » L'addictologie souffre naturellement d'un défaut de reconnaissance et le statut, la considération de ces personnes en situation dite dépassée les placent face à un risque majeur, déjà abordé, de rejet et d'abandon, situation correspondant à ce qui est décrit par la C.C.N.E. pour la fin de vie. Ce

⁵⁷⁶ Avant-propos de l'avis N°121 sur « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », *op. cit.*, p. 9.

rapprochement soulève la question de la dignité de ces quelques addicts et de « la nécessité de faire cesser toutes les situations d'indignité qui entourent encore trop souvent la fin de vie⁵⁷⁷. » La caractérisation de la fin de vie de l'addict, les derniers temps de son existence sous le joug de sa dépendance hédoniste nous amène un questionnement sur le respect de sa dignité. Cette réflexion est un fondement éthique des deux approches soignantes de la fin de vie qui se revendiquent d'un respect de la dignité : les argumentaires défendant les soins palliatifs ainsi que ceux mettant en avant le droit à l'euthanasie. L'association militante emblématique du droit à l'euthanasie l'inscrit distinctement dans sa dénomination même⁵⁷⁸. Nous allons tenter de répondre à cette question également présente dans l'ouvrage de Dominique Jacquemin déjà cité⁵⁷⁹ « Que signifie la requête de « mourir dans la dignité » ? » pour le contexte de la fin de vie de l'addict.

Dans les débats opposant ces deux visions du « mourir dans la dignité », la dignité revêt deux acceptions différentes. Pour les partisans de l'euthanasie, elle est l'expression d'une liberté individuelle et « correspond davantage à l'affirmation de l'autonomie de la personne » - soit une conception subjective qui dépend des valeurs et représentations individuelles sur la qualité et le sens de sa vie. Une approche ontologique met au contraire en avant l'inaliénabilité de la dignité humaine et sa valeur intrinsèque chez l'humain, indépendamment de ses conditions d'existence. Cette universalité de la dignité trouve son essence dans l'impératif kantien : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais

⁵⁷⁷ *Idem*, p. 1.

⁵⁷⁸ L'Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité (A.D.M.D.).

⁵⁷⁹ Jacquemin D., *Éthique des soins palliatifs*, *op. cit.*, p. 11.

simplement comme un moyen⁵⁸⁰. » Ces deux conceptions d'un même principe s'opposant dans les débats publics, mais également entre les professionnels de la santé, sont très différentes : « tous les hommes ne naissent pas seulement mais meurent « égaux en droits et en dignité » et dire que le suicide assisté ou l'euthanasie permettent, en certaines situations, une mort « plus » digne n'a pas de sens⁵⁸¹. » L'absence de la question de l'euthanasie dans le contexte de notre étude, l'immédiateté de la temporalité dictée par la passion et l'anesthésie existentielle par la substance invalide la pertinence de recourir à la conception de la dignité au sens de la liberté individuelle⁵⁸². Nos propos feront donc référence à la dignité sous l'angle ontologique.

La dignité sociale de l'addict est malmenée par l'expression de sa maladie. C'est pourquoi l'inconditionnalité de la dignité humaine sera un argument majeur. L'expression sociale des situations et comportements engendrés par sa maladie est en effet facilement jugée indigne par le spectateur. Les situations d'ivresse, de « défoncé », la symptomatologie des états de manque et les actes, potentiellement répréhensibles, au niveau judiciaire et/ou moral, auxquels la personne à recours pour obtenir l'objet de sa passion apaisant ses souffrances dévalorisent l'intéressé, génère de la réprobation et du rejet.

En l'absence d'une intégration de sa dépendance à une dynamique thérapeutique, d'un espoir d'action dans son rapport au toxique (soit des éléments favorisant une rationalisation de comportements jugés irrationnels (consommer à en mourir en dehors de toute velléité suicidaire)), l'image reste celle de cette femme, de cet homme en déchéance sociale, physique

⁵⁸⁰ Kant E., *fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 143.

⁵⁸¹ Avis N°121 sur « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », *op. cit.*, p. 17.

⁵⁸² On pourrait certes imaginer une société parler d'euthanasie pour éliminer les addicts en fin de vie, en prétextant que c'est pour abrégé leur chute dans l'indignité.

et morale. Cette personne ne respecte pas sa propre intégrité, elle n'apparaît alors, au regard du spectateur, plus nécessairement digne de sa dignité humaine.

Concrètement, la dénomination de l'ultime période d'existence de ce passionné, l'affirmation de son incurabilité au sens du traitement de sa dépendance, maintient cet addict dans une rationalité médicale. Elle permet de l'affranchir des jugements de vice induits par les représentations sociétales négatives et majorés par la pseudo-compliance à la situation dramatique que lui procure son extrême passivité. L'obstination déraisonnable reléguée aux oubliettes, le respect de la dignité donne un sens à des pratiques soignantes résolument orientées sur le *care*. Ce prendre soin s'exprime dans toute sa complexité mais dans les limites de ce qui est possible et ne se trouve pas conditionné par l'addiction. Cette marge de manœuvre, plus ou moins étroite, sort de la primauté du champ d'action usuel des structures d'accueil addictologiques en ciblant un confort de vie dans une définition la plus large du corps, de la santé somatique. Elle prend la forme d'une des six recommandations ayant fait l'objet d'un accord unanime des membres du C.C.N.E. : « la nécessité de faire cesser toutes les situations d'isolement social et de dénuement des personnes malades, des personnes handicapées, et des personnes âgées qui précèdent trop souvent la fin de leur vie, et de leur donner accès à l'accompagnement qui leur est indispensable⁵⁸³. » L'isolement social ici évoqué est un élément majeur et récurrent qui apparaît tôt dans la maladie addictive, les premiers dommages des addictions étant de l'ordre relationnel, bien avant les répercussions somatiques. Pour nombre de ces patients en situation avancée, la mort sociale⁵⁸⁴ précède celle

⁵⁸³ Avant-propos de l'avis N°121 sur « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », *op. cit.*, p. 2.

⁵⁸⁴ Si du fait des mécanismes de la dépendance et de l'influence des substances, l'addict se détache de son tissu social, les manifestations et conséquences de sa maladie (dont la corruption de sa personnalité), sont à l'origine d'un rejet par cette société. L'addiction l'extrait d'un monde qui ne veut déjà pas de lui.

physique. Le professionnel travailleur social et/ou soignant devient la dernière accroche et la seule « personne ressource », de proximité⁵⁸⁵. L'accompagnement, dans cette période de la fin de vie en addictologie, est pragmatique, réaliste. Sa principale ambition est de ne pas ajouter de la souffrance, de l'indignité, de préserver ce dont l'addiction ne l'a pas (encore) dépossédé : « dès lors, se battre pour une fin de vie digne consisterait à réduire au maximum son inconfort tout en sachant qu'on ne peut, en réalité, supprimer son caractère pénible, [...] ne croyons pas que nous saurons en supprimer son caractère pénible, difficile, exigeant, interpellant ; il l'est par définition⁵⁸⁶. »

Pour ce qui concerne les souffrances vécues par le malade et la perspective de la mort, l'expression de la notion de fin de vie en addictologie palliative ne possède pas la même matérialité ni la même objectivité que pour d'autres pathologies moins abstraites. Du fait de l'emprise de la dépendance et des effets des substances psychoactives, le gain de cet accompagnement, les effets de la spécificité de ce « prendre en soin » seront difficilement observables et évaluables mais pour autant non-négligeables. Au-delà de sa pertinence auprès de l'addict, faire référence à la fin de vie et aux soins l'accompagnant vise les professionnels présents à ses côtés, toutes disciplines confondues. Elle favorise la reconnaissance à leur niveau de l'impossibilité thérapeutique addictologique et du fait que cette période à venir relève de la fin de vie c'est à dire le temps du soin, *care* indépendamment du *cure*. Si le patient ne peut rien demander voire exprimer, malgré cette illusion d'autonomie qu'il

⁵⁸⁵ A l'image de la situation de ces patients qui au décours d'une hospitalisation nomme leur référent social ou soignant comme « personne à prévenir ».

⁵⁸⁶ Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs*, *op. cit.*, p. 16.

conserve, le soignant peut déployer une réponse répondant à cette souffrance et également à son mal être découlant de l'inopérance chronique de leurs démarches habituelles.

Malgré des divergences, notamment une présence plus discrète de la notion de mort, la fin de vie d'une personne dite en addictologie dépassée exige cette valeur partagée d'un accompagnement inconditionnel. Cette offre se pose comme la garante du respect de la dignité du malade et de celle des soignants (et donc des valeurs au cœur du métier) présents à ses côtés jusqu'au terme de son existence, période où « il y a toujours quelques choses à faire ».

Conclusion

Conclusion

La consommation de substances psychoactives et la recherche de ses effets accompagnent l'histoire de l'humanité. Ces substances, variées et multiples dans leurs présentations et modes d'administration incarnent le vecteur par excellence de l'hédonisme. En effet, elles permettent à l'être humain d'accéder à un plaisir immédiatement disponible, sans effort : le psychotrope, agent du plaisir artificiel, répond toujours présent et génère peu de frustration chez son consommateur. L'addiction qui peut découler de l'intempérance de leur usage se révèle être une (la) maladie du plaisir. Cet hédonisme exacerbé est également une pathologie du désir - ici passionnelle - et enfin aux tréfonds de la question de la dépendance, une maladie de la volonté. Cette quête immodérée d'un plaisir absolu ou d'un apaisement par la suspension d'une souffrance, d'un déplaisir, altère la capacité de cet homme, de cette femme, à préserver sa santé et sa vie. Par ces mécanismes, la passion se maintient en désarmant les mécanismes essentiels à l'autoconservation de son hôte, la volonté et la liberté, ici ultimes protections permettant d'endiguer ce mal qui le ronge. Le langage ici utilisé n'est pas étranger à celui employé pour évoquer le cancer. L'addiction se comporte comme une tumeur envahissant la personne au-delà de la seule corporalité mais également dans la psyché, la personnalité, de ce qui le définit en tant qu'être. Les pathologies de l'alcoolisme et de la toxicomanie se matérialisent également sous une forme identitaire. Dans ces situations construites sur le modèle de l'histoire de Patrick, la diffusion de la dépendance, au plus profond de ce qui le constitue, évoque des métastases qui se propagent dans l'ensemble du corps. La sévérité de cette addiction « généralisée », tel un cancer ici de la raison, explique l'inopérance des traitements existants et l'impossibilité d'influer sur la maladie : toute la complexité des addictions et la richesse des soins qui en découlent reposent sur cette incontournable rencontre que le soignant doit provoquer. Temps, au cours duquel il

doit également convoquer la raison de cet addict pour obtenir une évolution favorable de cette pathologie. Dans son expression paroxystique, le dépendant, que nous dénommons alors en situation d' « addictologie dépassée », se matérialise par cette active passivité. Cette inertie, si spécifique de cet état, se caractérise par une inaccessibilité à toutes thérapeutiques et possibilités d'action sur son rapport à l'objet de sa passion. La volonté et la liberté de l'addict à se déterminer indépendamment d'un toxique sont gangrénées, désagréant la possibilité d'une amélioration, d'un espoir.

La lecture de ces mécanismes facilite la compréhension de ceux à l'œuvre dans cette pathologie de la dépendance. Le détour par la passion offre un décryptage du caractère chronique de cette maladie, de la complexité des traitements et de la réelle impossibilité de ces quelques hommes et femmes à s'extirper de leur addiction irradiant les éléments constitutifs de leur vie (ici fort restreinte). Un autrement avec le produit n'est alors pas envisageable. La focalisation sur un désir unique - les effets psychotropes des toxiques -, le détournement de la raison au profit de l'objectif passionnel, la diminution de sa puissance d'agir et sa volonté malade sont autant d'explications à cette grave atteinte de la liberté.

La complexité à définir l'addiction témoigne de l'ampleur de ses capacités d'envahissement : cette pathologie psychiatrique possède une forte composante neurobiologique, d'où sa dénomination de maladie du cerveau, et les manifestations des répercussions sont somatiques, psychiques et sociales - aucun pan de ce qui constitue l'individu n'est épargné. Cette hégémonie médicale biologisante demeure contestée par certains spécialistes en addictologie qui lui préfèrent une prégnance sociale et sociétale.

Nous avons vu que l'engagement vers une rupture de ces états de dépendance - qui requière nécessairement une forte implication de l'intéressé - ne peut se réduire à une simple question de volonté, celle-ci étant ici également gangrénée. Cet envahissement, les bénéfiques

obtenus par les substances et les souffrances requises pour s'en détacher, traduisent la force et l'énergie nécessaires à ces involontaires intempérants pour s'inscrire dans les propositions thérapeutiques. La part du chimio-thérapeutique au sein des offres addictologiques, en dehors des traitements de substitution, y est relativement absente. Cette modalité de soin s'appuyant donc sur des molécules dites actives, maintient le patient dans une situation de passivité. C'est alors au médicament de faire le travail, la personne devant « juste » fournir l'effort de la patience. Les soins addictologiques, comme d'autres disciplines à l'image de la diabétologie, requièrent non seulement une participation active du patient aux soins, mais qu'il s'approprie ces soins. Pour cette minorité d'addicts, la plus simple modification de leurs modalités de consommation et de ce rapport à l'objet passionnel inhérent aux thérapeutiques demeure inaccessible. Le traitement ici ne se restreint pas à la dogmatique abstinence qui occupait le devant de la scène jusqu'à la fin du siècle dernier, mais bien à toutes les offres de soin visant à infléchir la prégnance de la dépendance. Ces personnes subissent cet état entretenu et maintenu par son inscription au plus profond de ce qui les définit. L'effort requis pour s'en extirper sera corrélé à la prégnance et à la puissance de leur addiction. La violence de cet arrachement s'explique par les propriétés de *pharmakon* de l'addiction. L'objet de la dépendance possède d'indéniables et d'irremplaçables propriétés salvatrices procurant aux thérapeutiques des souffrances jusqu'à présent anesthésiées. Dans ces situations extrêmes dites d'« addictologie dépassée », c'est la possibilité même de s'en affranchir qui est remise en cause. Non seulement la dépendance est profondément ancrée dans les habitudes, le corps et la psyché de l'individu, mais les mécanismes de défense sont également irrémédiablement imprégnés. La raison, la liberté et la volonté de l'addict sont asservies, annihilant les capacités de préservation. Il est inexorablement passif face à cet état de dépendance. Cette passion contraint la volonté et met en œuvre l'impossibilité thérapeutique, à l'origine de notre

questionnement, d'où cette présentation d'« active passivité » si caractéristique de ces personnes qui déroutent les soignants.

Cette recherche porte sur la spécifique souffrance du patient, ici le plus souvent inexprimable. Mais, elle s'intéresse également au mal-être de ces professionnels qui œuvrent à leurs côtés et à leurs questionnements face à l'aporie dictée par la déconcertante attitude aux premiers abords de ces quelques « Patrick » au sein des unités d'addictologie. Le concept d'addictologie palliative est donc une réaction face à l'absence de réponse du patient aux traitements existants ici essentiellement psychothérapeutique et cognitivo-comportementaliste et à l'inadéquation des accompagnements tels qu'ils sont usuellement dispensés. Le soignant possède un rôle de facilitateur, de soutien, à l'image des béquilles pour l'éclopé, dans son désir de ne plus être contraint de consommer. Dans l'expression paroxystique de la maladie de Patrick, le désir, la volonté et le libre-arbitre pour un autrement de ce dernier se révèlent inopérants. L'action soignante - construite autour de l'accompagnement de la personne face à ses consommations et/ou sa dépendance - se trouve, dans ces situations, inutile, inadaptée voire maltraitante. L'addictologie n'est pas préservée du risque d'obstination déraisonnable ni de celui du défaut de soins par rejet en traduisant cette intempérance aux soins par « il ne veut pas ». Donc, au-delà de la simple question du consentement de la personne à agir sur cette maladie létale, son pendant « il ne peut pas » traduit l'impossible implication de ces addicts au cœur du travail addictologique usuel. Cette inaptitude, induite par l'addiction, à formuler une demande - et d'autant plus à adhérer à des soins à visée thérapeutique - est le terreau de cette thèse : un accompagnement vers un autrement addictologique s'inspirant de la médecine palliative. Ce concept d'addictologie palliative vient répondre à ces situations aporétiques, ce « que puis-je faire ? », de ces addicts « hors normes » face à ce dilemme insatisfaisant de l'abstention et de l'obstination déraisonnable.

L'addictologie palliative répond à un besoin de dénomination de pratiques, diffuses voire confuses, de soignants maintenant une offre de soins à la marge de leur exercice habituel. Dans leurs confrontations à ces « Patrick » et aux accompagnements inexorablement ponctués par un impossible addictologique, la reconnaissance des spécificités de ces situations d'addictologie dépassée et des réponses apportées est essentielle tant à ces professionnels qu'aux bénéficiaires. Cet impossible *cure* de ces hommes et femmes, certes minoritaires au regard de la population accueillie dans ces structures, s'avère consommateur de temps et d'énergie soignante dans l'expression extrême de cette maladie, létale. L'accompagnement à la fin de vie, qu'elle soit addictologique ou plus classiquement attachée à une pathologie somatique, requière de la disponibilité, du temps et de la présence humaine. Pour atteindre les bénéficiaires de cette approche, les premiers concernés sont donc les professionnels les côtoyant. Associée à la reconnaissance de cette phase ultime de la dépendance, la reconnaissance du travail de ces soignants - dans son acception la plus large possible, médico-psycho-sociale - est nécessaire. L'addictologie palliative, à l'instar des soins palliatifs, demeure une pratique, un accompagnement, un soin. Ils se matérialisent par cet accueil à (très) bas seuil, sans attente ni exigence au regard d'un quelconque projet ou demande addictologique de l'intéressé. Les soins de confort et symptomatiques le maintiennent dans une rationalité médicale notamment autour de ce corps malmené et dégradé par la maladie sans chercher à influencer sur l'étiologie, la consommation immodérée de substances psychoactives. Ces soins incluent toutes actions relatives à sa vie sociale précaire. Leurs objectifs, minimalistes, sont de maintenir un accès aux commodités vitales et à un agrément de vie, celui encore préservé des méfaits de son état de dépendance. Cette vie sociale est également à entendre au sens de relation sociale pour l'addict. L'isolement dans lequel le plonge sa passion le confronte à la « mort sociale » omniprésente dans cette fin de vie. L'addictologie palliative se caractérise donc par la prise en compte des limites de ces

personnes mais également des limites des soignants et des dispositifs d'accueil où ils exercent, éléments contextuels du risque d'apparition du duo obstination déraisonnable-rejet.

Nous proposons, en nous inspirant des modèles descriptifs de l'Organisation Mondiale de la Santé existants, développés dans la partie quatre, cette définition de l'addictologie palliative :

« L'addictologie palliative se définit par des soins, complets, portés par une équipe pluridisciplinaire et donnés aux personnes souffrant d'une addiction ne répondant pas aux traitements curatifs. Elle a pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, sociaux et psychologiques inhérents à leur état de dépendance et à la toxicité des substances psychoactives dans le respect de la dignité de la personne soignée et des professionnels l'accompagnant. Ils cherchent à éviter les traitements déraisonnables et se refusent à considérer cette impossibilité d'adhérer à l'offre addictologique comme un refus de tous soins et accompagnements. Dans cette phase avancée et terminale, dite d'« addictologie dépassée », les professionnels soignants et sociaux prennent en compte la souffrance potentielle générée par toute tentative d'infléchir la dépendance de l'addict et ne cherchent pas à imposer une modification de ses consommations. Leur but est d'anticiper les risques de complications notamment somatiques et d'isolement social pour obtenir la meilleure qualité de vie possible pour ces malades et leur entourage. L'addictologie palliative offre, dans une logique d'accueil et d'accompagnement inconditionnel à bas seuil, un système de soutien pour aider ces malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort. »

A partir de cette définition de notre découverte, initialement sérendipienne, nous actons la proposition de nomadisme du concept de soins palliatifs et de la puissance symbolique de la notion de « palliatif ». La migration de ce concept, aux signifiants sans ambiguïté de fin de vie et d'accompagnement hors thérapeutiques curatives auprès de la population profane ou avertie, est essentielle pour une parfaite efficacité de l'addictologie palliative. En effet, cette

métaphorisation importe les représentations bienveillantes du domaine palliatif car elles sont indispensables à la compréhension des situations de ces malades en situation d'addictologie dépassée et à la reconnaissance des pratiques prodiguées par les professionnels à leur égard. Face aux apories soulevées par les situations « patrickiennes », cette démarche de réflexion éthique vient proposer un « autrement », ce ni-abstention, ni-obstination déraisonnable, conception d'une offre répondant aux souffrances de ces addicts et des soignants.

Sans l'inclure, à ce jour, comme une branche de la spécialité de la médecine palliative, le maintien de cette dénomination est donc essentiel à son inscription, a minima auprès des addictologues. La conservation du terme de « palliatif » et de la puissance des signifiants et des tenants philosophiques associés favorise la compréhension et la mise en œuvre de cet autrement. L'efficacité de ce concept repose également sur cet usage contre-intuitif, voire provocateur, de cette notion reconnue notamment dans le domaine de la cancérologie vers cette finalité addictologique : créer les conditions optimales d'accompagnement de la fin de vie de ces quelques femmes et hommes.

Le devenir de ce concept dépend évidemment de son acceptation par les professionnels relevant de l'addictologie mais également de leurs collègues exerçant dans la discipline originelle de la médecine palliative. Nous avons vu que les définitions élaborées pour cette dernière sont permissives et inclusives. Et si, à ce jour, il n'est pas envisageable de défendre une filiation de l'addictologie palliative avec les spécialités des soins palliatifs, la démonstration du potentiel nomadisme de son concept autorise un questionnement autour de son adaptation à de nouvelles disciplines médicales - et plus particulièrement celle émanant de la santé mentale. Le foisonnement des réflexions pratiques, éthiques, philosophiques est une richesse au service de la clinique et de l'élargissement de ces offres d'accompagnement hors *cure*. L'ouverture de cet autrement à une plus ample palette de champs d'application -

pour des domaines même éloignés des spécialités l'ayant vu naître -, est un des vecteurs (re)habilitant le *care* au centre des préoccupations soignantes notamment dans ces soins de la fin de vie, indépendamment de la maladie et de la discipline concernée.

Bibliographie

Aristote, *L'éthique à Nicomaque*, Paris, GF Flammarion, 2004.

Aubry R., « Chapitre 16. Une politique de la fin de vie et des soins palliatifs en France », in *Manuel de soins palliatifs*. Paris, Dunod, 2020.

Aubry R., « La fécondité possible du doute en fin de vie », in *La mort et le soin. Autour de Vladimir Jankélévitch.*, Paris, PUF, 2016.

Bacque M.F., *La médecine face à la mort : alliance ou combat ?*, Ed Esprit du temps, Paris, 2012.

Badin de Montjoye B., « L'établissement d'un lien thérapeutique en addictologie », in *Ethique et santé*, n°. 10, Paris, Elsevier Masson, 2013.

Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1991.

Canto-Sperber M., *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, tome 2*, Paris, PUF, 2014.

Catellin S., Loty L., « Sérendipité et indiscipline », in *Hermès, La Revue*, vol. 67, n°. 3, 2013.

Christin O., *Dictionnaire des concepts nomades en sciences humaines*, Paris, Métailié, 2010.

Courty P., « Je suis malade de ma dépendance », in *Vie sociale et traitements*, 2012/2, n°.114.

Coutanceau R., Rachid B. *Souffrances familiales et résilience. Filiation, couple et parentalité*. Paris, Dunod, 2015.

Couteron, J.P., « La Réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne », in *Multitudes*, vol. 44, n°. 1, 2011.

Couteron J-P., Morel A., *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris, Dunod, 2012.

Crozier, M., Friedberg, E., *L'Acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1991.

Darbellay F., « Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? Entre unité et diversité. Nouvelles perspectives en sciences sociales », in *Sur le thème de l'interdisciplinarité*, Volume 7, n°. 1, 2011.

—. *La circulation des savoirs, interdisciplinarité, concepts nomades, analogies, métaphores*, Berne, P. Lang, 2012.

- Descartes, *les passions de l'âme*, Paris, Flammarion, 1996.
- . *Méditations*, IV.
- Dortier J-F., *Les clés du langage. Nature, Origine, Apprentissage*. Auxerre, Editions Sciences Humaines, 2015.
- Dostoïevski F., *Le joueur*, Paris, Libro, 2011.
- Dugarin, J. « L'addictologie : d'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions de production des savoirs à l'œuvre », in *Psychotropes*, vol. 25, n°. 4, 2019.
- Durand B., *Pratiques en santé mentale*, vol. 60e année, n°. 2, 2014.
- Epicure, *Lettre à Ménécée*, Paris, GF Flammarion, 2009.
- Fernandez L. et Sztulman H., *Annales médico-psychologique*, n°. 4, 1997.
- Fouquet P., « réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme », in *L'Evolution Psychiatrique*, n°. 2, 1951.
- . « Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie », in *Alcool ou santé*, n°. 82, 1967.
- Freud S., *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904*, Paris, PUF, 2006.
- Lamartine (de) A. « Le lac » in *Méditations poétiques*.
- Le Berre R., *Manuel de soins palliatif*, éd. Dunod, 2020.
- Leibniz G.W., *Essai de Théodicée sur la bonté de dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, Paris, Garnier-Flammarion, 1969.
- Gomas J. M., Lelievre N., « Euthanasie : mais de quoi parle-t-on exactement ? », in *La Revue de Gériatrie*, Tome 40, N°9, 2015.
- Hegel G.W.F., *La raison dans l'histoire*, Paris, Pocket, 2012.
- Higgins, R W., « L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. », in *Esprit*, no. 291, 2003, pp.139-168.
- Hintermeyer P. « L'émergence des soins palliatifs », in *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 25, n°. 1, 2010.
- Hirsch E., *Fins de vie, éthique et société*, Paris, Edition Erés, 2016.
- Jacquemin D., *Ethique des soins palliatifs*, Paris, Edition Dunod, 2004.
- Jaunait A, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », in *Raisons politiques*, vol.11, n°. 3, 2003.

Jean-Christophe Weber, « Traiter quoi, soigner qui ? », in *Cahiers philosophiques*, n°125, 2011.

Lassaunière J. M., *Guide pratique de soins palliatifs, Dialogue Ville-Hôpital*, Arcueil, Edition John Libbey, 2000.

Kant E., *Critique de la raison pure*, Paris, Flammarion, 2021.

—. *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, Flammarion, 1993.

—. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Vrin, 2008.

—. *Qu'est-ce que les Lumières ?*, Paris, Flammarion, 1991.

La Marne P., *Ethiques de la fin de vie, acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs*, Paris, Edition Ellipses, 1998.

Lalande A., « l'addictologie, pour quoi faire ? », in *Vacarme*, n° 51, 2010.

Lalande A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, « Quadrige dicos poche », 2010.

Lambrette G., « Les addictions, entre pathologisation et dépathologisation », in *Vie sociale et traitements* n°114, 2012.

—. « A son corps défendant. Une approche constructiviste du corps dans le champ des toxicomanies », in *Psychotropes*, vol 18, n°2, 2008.

Le Ferrand, P., « L'addiction, un concept neuf pour une clinique nouvelle ? », in *Rhizome*, vol. 62, n° 4, 2016.

Lemay V., Darbellay F., *Interdisciplinarité racontée, chercher hors frontières, vivre l'interculturalité*, Berne, Peter Lang, 2014.

Lucrece, *De natura Rerum, livre IV*, Paris, GF Flammarion, 1999.

Mc Dougall J., *Eros aux mille et un visages*, Paris, Gallimard, 1996.

Mino, J.C., et Frattini M.O., « Les soins palliatifs en France : « mettre en pratiques » une politique de santé », in *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2007.

Monjauze M., *La part alcoolique de soi*, Paris, Ed. Dunod, 1999.

Montaigne M. (de) [1592] (1972). *Les Essais*, Paris, Le Livre de poche.

Morel A., Couteron J-P., *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Ed. Dunod, 2019.

Moulin P., « Les soins palliatifs en France : un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain », in *cahiers internationaux de sociologie*, vol.108, 2000.

- Pascal [1662] (1954), *Pensées* in *Œuvres complètes*, La Pléiade.
- Pharo P., « Bien-être et dépendances », in *Pensée plurielle*, n° 23, 2010.
- . *La dépendance amoureuse*, Paris, Ed. Presses Universitaires de France, 2015.
- Paille F., « 67. Traitements médicamenteux de la dépendance à l'alcool », in *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, 2016.
- Quentin B., *La philosophie face au handicap*, Toulouse, érès, 2018 (2^{ème} éd.).
- . « Les ambivalences de Montaigne sur la fin de la vie : une leçon encore salutaire » in *Gérontologie et société – Dé(s)mesure(s) de la fin de vie*, n° 164 – vol. 43, 2021.
- Reynaud, M., *Traité d'addictologie*, Cachan, Lavoisier, 2016.
- Ricœur P., *Philosophie de la volonté ; 1. le volontaire et l'involontaire*, Lonrai, Editions Points, 2009.
- Ricot, J., *Fin de vie : repères éthiques et philosophiques*, Laennec, vol. 52, n° 1, 2004.
- . « Histoire et éthique des soins palliatifs », in *Cités*, vol. 66, n° 2, 2016.
- . *Philosophie et fin de vie*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2003.
- Saint-Exupéry (de) A., *Le Petit Prince*, Paris, Gallimard, « folio junior », 1986.
- Saint Paul, *Epître aux Romains VII, 15- 19*, *La Bible de Jérusalem*, Paris, Le Cerf, 2000.
- Sarthou-Lajus N., « Souffrances psychiques et évolutions de la psychiatrie. Entretien avec Richard Rechtman », in *Études*, tome 415, 2011.
- Saunders C., Baines M., Dunlopa R., *La vie aidant la mort, thérapeutiques, antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*, Paris, Arnette Blackwell, 1995.
- Spinoza, *L'éthique*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2011.
- Stendhal, *De l'amour*, Paris, GF Flammarion, 1965.
- Stengers I., « Du bon usage des concepts scientifiques. Le colloque de Cerisy sur l'auto-organisation, deux ans après... », in *Le débat*, n° 26, 1983.
- . *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*, Paris, Ed. Seuil, 1987.
- Suissa A., « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », in *Psychotropes*, Vol. 14, 2008.
- . « Addictions et surmédicalisation du social : contexte et pistes de réflexion », in *Psychotropes*, vol.18, 2012.

Troubé S., « Penser l'être-malade. Canguilhem et la psychopathologie », in *Cahiers Philosophiques*, n° 125, 2011.

Valleur, M. « La nature des addictions », in *Psychotropes*, vol. 15, n° 2, 2009.

Vergnière S, *Ethique et politique chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.

Walker Ph., « Ambiguïté du désir des patients et des soignants », in *Ethique et santé*, 2011.

Wilde O., *Le portrait de Dorian Gray*, Paris, Flammarion, 1995.

Index nominum (des philosophes cités)

Aristote: 120, 121, 122, 123, 137.

Canguilhem G.: 28, 261, 262, 263, 265, 266, 270, 271, 272, 273, 274, 279.

Canto-Sperber M.: 277, 278, 280.

Descartes: 36, 40, 53, 112, 113.

Epicure: 38, 41.

Hegel G.W.F.: 44, 45.

Kant E. : 41, 43, 45, 55, 60, 61, 63, 64, 111, 127, 149, 150, 319.

Leibniz : 103, 277, 278.

Lucrèce : 54.

Pascal : 31, 101, 104.

Ricœur P. : 113, 114, 115, 117, 118, 120, 123, 124, 125, 126, 156.

Ricot J. : 146, 310, 311, 314, 314.

Saint-Paul : 120.

Spinoza B. : 38, 39, 51, 55, 57, 58, 59, 102.

Stengers I. : 136, 148, 150, 151, 170, 171, 172, 173, 175, 177.

Résumé

Toute la complexité des addictions provient de leur impact sur la capacité propre de la personne à préserver sa santé. Cette maladie de la dépendance (alcoolisme et toxicomanie dans notre recherche), à la croisée du soma et de la psyché, est une passion. Elle inscrit ces personnes dans une active passivité et altère leur volonté, restreint leur liberté, notamment celle, au cœur de nos travaux, d'adhérer à des soins addictologiques curatifs. Dans l'expression gravissime de ces personnes, alors en situation dites « d'addictologie dépassée », la panoplie thérapeutique existante démontre son inefficacité. Anesthésié, physiquement et psychiquement, ces addicts sont dans l'impossibilité de vouloir un autrement. Face à l'aporie soignante qui en résulte, l'oscillation entre l'obstination déraisonnable et le rejet de ces intempérants, une nouvelle voie, palliative, est ici à construire. L'« addictologie palliative » se présente comme un autrement du soin renonçant au *cure* : elle répond à la spécifique souffrance de ces addicts en situation de fin de vie et à l'épuisement des équipes les accompagnant vers cette inéluctable et précoce mort. Cette approche repose sur une proposition de nomadisme du concept des soins palliatifs et de l'emprunt de ses ressources philosophiques, de son aura. La création de ce concept d'« addictologie palliative » offre une perspective à des pratiques soignantes épuisantes, aux questionnements éthiques qu'elle soulève, ainsi qu'une reconnaissance des soins prodigués. Elle s'inscrit dans une modalité de pensée analogue aux soins palliatifs, privilégiant la qualité à l'espérance de vie, indépendamment de la question de leurs consommations de toxique.