

Editorial

« Addiction, identité et modèle »

Les addictions forment un champ d'étude vaste et complexe, tant en ce qui concerne les recherches que les pratiques. Les modèles y sont nombreux, renvoyant à autant de champs scientifiques, de disciplines, qui regardent chacune l'objet, et le définissent, selon les lunettes intellectuelles adoptées. Aussi, les quatre articles qui suivent, ne représentent-ils qu'une fraction de ces regards, mettant en exergue, pour trois d'entre eux, les dimensions psychosociales de l'addiction. Pour le quatrième article, il s'agit d'un travail de réflexion théorique, qui tente de radicaliser le concept d'addiction en développant un modèle de gestion hénodique à valeur heuristique. Ces quatre articles nous font parcourir ainsi la palette des niveaux méthodologiques de la science : étude empirique exploratoire, étude expérimentale, revue de travaux et étude théorique.

Dans l'étude exploratoire de Rasclé, Bruchon-Schweitzer et Gilliard, plusieurs dimensions décrivent les comportements tabagiques, chacune étant associée à des antécédents socio-démographiques et dispositionnels. Quatre dimensions ont pu être dégagées : la dépendance liée à l'addictivité du tabac, tant physiologique que psychologique ; le tabagisme social ; la régulation des affects négatifs ; et la recherche d'un hédonisme. Ce qui apparaît ici intéressant est le profil sexué de ces dimensions, qui pourrait à l'avenir nous amener à parler pratiquement de deux tabagismes : l'un « masculin », marqué par une fuite de l'ennui et de la monotonie (notamment celle du couple) dans une recherche hédonique d'expériences, de désinhibition et d'aventures ; l'autre, le tabagisme « féminin », s'inscrit davantage dans une co-addiction psychotrope (alcool, café et psychotropes prescrits), des contextes sociaux incitateurs et la recherche d'un soulagement de la souffrance psychique, souvent liée à la solitude. Ce découpage masculin-féminin du tabagisme, se retrouve aussi dans les médiateurs stratégiques entre déterminants et conduites. Alors que chez les hommes c'est un coping émotionnel qui est actif, basé sur la recherche d'un effet hédonique d'évitement des affects négatifs (stress et anxiété), chez les femmes, c'est davantage un coping centré sur le problème et l'absence de recherche de soutien social, qui soutient une recherche directe de plaisir. Se dessine là la confirmation d'une divergence sociale : d'un côté un monde masculin qui poursuit sa quête traditionnelle de recherche de sensation et, d'un autre côté, l'approfondissement du mouvement d'individuation de la femme dans la société occidentale. Les conduites tabagiques (et on peut sans doute faire l'hypothèse que les autres addictions sont aussi concernées) sont alors marquées par cette divergence des sexes, entre un tabagisme masculin de type « repos du guerrier » et un tabagisme féminin de type « affirmation de soi ». Ce dualisme devrait être pris en compte, tant en ce qui concerne les messages de prévention que les approches soignantes.

L'étude expérimentale de Falomir, Mugny et Invernizzi vient, en quelques sortes confirmer cette nécessité d'une discrimination des messages de prévention du tabagisme en montrant toute l'importance des enjeux identitaires des fumeurs. En effet, une addiction comme le tabagisme, ne se borne pas à ses effets hédoniques ou de soulagement de la souffrance. Elle représente aussi un support identitaire (être un « fumeur ») qui fonde et motive la conduite tabagique. Les messages de prévention qui viennent s'opposer à l'addiction (surtout lorsqu'ils prennent leur source auprès d'un expert hautement crédible, comme un chercheur scientifique intervenant dans les médias), entrent ainsi en conflit avec l'identité « tabagique », générant des résistances au changement (indifférence, évitement de l'information, contre argumentation, contre théories identitaires). Ces résistances entraînent, de fait,

un effet inverse de celui escompté, à savoir le maintien ou un renforcement du tabagisme. La problématique de la prévention des addictions se trouve donc placée devant un dilemme : soit les messages proviennent de sources non-expertes et leur crédibilité et force de persuasion sont faibles ce qui limite les changements de conduite, soit les messages sont issus de sources expertes, hautement crédibles et persuasives, ce qui entraîne une résistance au changement de conduite, qui permet à l'addicté de préserver son identité. Dans leur étude, Falomir, Mugny et Invernizzi montrent que l'effet des messages de prévention en provenance de sources expertes (des professeurs d'université) sont plus efficaces lorsqu'ils sont modérés en ce qui concerne la contrainte persuasive, lorsqu'ils préservent l'identité et la liberté du fumeur. De plus, l'arrière-plan de support social du fumeur doit aussi être pris en compte, car plus les messages de prévention sont contraignants et plus le support social nourrit la résistance. On pourrait parler ici d'une sorte d'effet « coup de pied dans la fourmilière », ce qui nécessite de réfléchir à l'impact attendu sur les conduites addictives des messages de prévention hautement persuasifs. Il serait intéressant de répliquer une telle étude en ce qui concerne les messages dramatisants, choquants, terrifiants, montrant les méfaits de l'alcool ou du tabac. Leur force persuasive, au final, ne pourrait-elle pas engendrer une résistance identitaire allant à l'encontre des buts préventifs visés ?

La courte revue de travaux de Escaffre, Morin, Souville, Obadia et Moatti aborde la question du soin aux toxicomanes suivant une approche psychosociale. Alors que l'éthique médicale officielle prône une non discrimination entre les patients, les attitudes des médecins s'avèrent en réalité discriminatoires, face aux usagers de drogues, sur la base d'une représentation du toxicomane irrespectueux des prescriptions médicales. Cette anticipation de non observance a une influence, non seulement sur le traitement de l'addiction, mais aussi sur le traitement de l'une de ses conséquences dramatiques, l'infection au VIH. Cette problématique concerne donc directement l'accès aux soins des usagers de drogue dépendants et les problèmes de stigmatisation et d'exclusion des personnes malades. Par exemple, les attributions de responsabilité, de dangerosité, de coût, de sympathie sont très péjoratives et stigmatisantes en ce qui concerne les patients toxicomanes. L'étude examine, chez les médecins, l'emprise des valeurs et des systèmes de croyances socialement construits et partagés. Il apparaît ainsi que les pratiques de soin sont ancrées sur des valeurs et des pensées collectivement élaborées et partagées. Il s'agit alors d'identifier et d'explicitier la composition et la fonction de ces systèmes supposés d'articulation entre attitudes et comportements, entre représentations et pratiques médicales. A partir de la demande de soin, le médecin fait appel à une théorie pratique, un raisonnement d'acceptabilité qui le conduit à orienter sa réponse de soin. Cette théorie pratique possède ainsi un but discriminant, afin de détecter : soit une demande de type « patient organique » qui est recevable, soit une demande de type « toxicomane » qui est irrecevable. La représentation médicale du patient toxicomane est en effet marquée par un stéréotype, celui du sujet en demande de drogue et qui utilise les médicaments prescrits comme de la drogue. Se profile ici le fantasme du « médecin dealer », ce qui renvoie à la confrontation de deux identités : celle du toxicomane et celle du médecin. Or, ce processus cognitif de décision soignante possède un certain nombre de modérateurs, dont ceux liés à une stratégie intermédiaire qui consiste à satisfaire partiellement la demande du toxicomane, afin de préserver une relation médicale qui vise un objectif de soin plus général et à long terme (comme le traitement du VIH-Sida ou de l'hépatite C). La représentation médicale du toxicomane touche sans doute à son apogée en ce qui concerne les traitements de substitution. Ici la question de l'identité du médecin est centrale : si son impression penche du côté de l'idée d'entretenir une toxicomanie à bas bruit, alors il y aura réticence à prescrire. Pour que la prescription soit acceptable, les patients doivent montrer un profil particulier, celui du toxicomane « qui veut s'en sortir ».

L'article de Loonis se démarque nettement des trois précédents en ce qu'il re-questionne la problématique des addictions d'une façon à la fois intégrative et radicale. Intégrative car pour l'auteur, le concept d'addiction au sens large semble bien acquis, regroupant à la fois les classiques consommations de substances psychotropes, celles de substances non directement psychotropes (comme dans le grignotage, la boulimie), ainsi que les addictions dites comportementales, basées sur diverses sources de stimulation (comme le jeu, les sensations fortes, les activités intenses). A partir de là, la démarche de l'auteur, qui prend appui sur le modèle précurseur de Brown, adopte une position plus radicale encore, en définissant un concept de gestion hédonique, comme une fonction spécifique dédiée à la recherche d'états psychologiques hédoniques. S'opère ainsi un renversement total de perspective : les addictions ne sont plus des comportements spéciaux, dont on peut interroger les facteurs et les fonctions ; les addictions sont ramenées à des composantes plus ou moins remarquables issues de la fonction de gestion hédonique générale. Le modèle de gestion hédonique apparaît tout d'abord bien utile pour éclairer d'un nouveau jour le problème de l'élargissement du concept d'addiction. La littérature scientifique nous confronte depuis des années à un nombre croissant de conduites dites « addictives », avec ou sans substance, la justification d'une telle « addictivité » renvoyant à des modèles variés et souvent *ad hoc* à l'addiction visée. Dans le modèle de gestion hédonique l'addictivité apparaît dans toutes les activités humaines, en tant qu'elles remplissent toutes, en parallèle à leur fonction pragmatique d'adaptation, une fonction hédonique (principe de la double fonction). Les addictions ont donc un statut plus descriptif qu'opérateur, apparaissant sur un continuum entre addictions de la vie quotidienne et addictions pathologiques. Le modèle de gestion hédonique est à la fois phénoménologique (il renvoie à l'expérience addictive dans toutes ses dimensions), fonctionnel, nous l'avons vu, c'est la gestion hédonique et structural, au sens où les actions de gestion hédonique forment entre elles un système contraignant le sujet, par ses lois systémiques qui président aux relations entre les actions. Il existe actuellement, à l'évidence, une disproportion entre l'épaisseur du modèle et la minceur des travaux expérimentaux qui ont pu démontrer l'importance de variables systémiques comme la saillance des actions hédoniques, leur variété et la vicariance (les possibilités et capacités à substituer une action par une autre). Faute de place, l'auteur nous renvoie à ses autres publications pour en savoir un peu plus sur un programme de recherche visant à opérationnaliser et valider le modèle.

Ces quatre articles donnent un coup de projecteur sur certains pans de la problématique complexe et foisonnante des addictions. On en retiendra que ces conduites ne peuvent se résumer au piège cérébral des substances. Elles s'inscrivent dans notre être psychosocial, notre identité. Une addiction au féminin n'est pas tout à fait comme une addiction au masculin. Etre un « fumeur », un « toxicomane », un « joueur pathologique », un « pédophile », ne se résume pas au déséquilibre, à l'excès, à la maladie et les discours de prévention, les approches soignantes se doivent de prendre en compte ces dimensions identitaire et sociale. Enfin, la profusion des pratiques addictives, des concepts et des modèles, si elle marque bien le caractère complexe et universel de ces conduites hédoniques, soulève aussi la question d'un modèle intégrateur, non pas comme pensée unique, mais comme base d'une articulation des multiples points de vue portés sur cette question du plaisir dans la répétition.

Eric Loonis
Lydia Fernandez
Alain Cerclé