

## EDITORIAL

# Addictologie : penser les angles morts pour transformer les pratiques

Pr. Mickael Naassila



Président de la Société Française d'Alcoologie et Addictologie SF2A

Correspondance : Université de Picardie Jules Verne, Centre Universitaire de Recherche en Santé, Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances, Unité INSERM UMR1247, Chemin du Thil, 80025, Amiens. Email : [mickael.naassila@inserm.fr](mailto:mickael.naassila@inserm.fr)

Il est des numéros de revue qui, au-delà de la diversité apparente des contributions, révèlent en creux une réalité plus profonde. Celui-ci en fait partie. À travers des travaux portant sur les parcours de soins en CSAPA, les consommations en milieu hospitalier, les conduites addictives chez les soignants, les spécificités féminines ou encore les dynamiques psychiques complexes associées aux troubles de la personnalité, ce numéro dessine un paysage cohérent. Un paysage qui, loin de conforter une vision stabilisée de l'addictologie, en expose au contraire les limites, les angles morts et, osons le dire, certaines impasses. Car c'est bien de cela qu'il s'agit : une discipline qui, malgré des avancées indéniables, reste profondément fragmentée, inégalement structurée et encore trop souvent incapable de penser ses propres zones d'ombre.

Les travaux présentés ici le rappellent avec force. Les patients sous traitements de substitution aux opioïdes décrivent des parcours marqués par des obstacles organisationnels persistants, une ambivalence thérapeutique et des ruptures de suivi qui interrogent directement la capacité collective à assurer une continuité des soins. Les données hospitalières confirment, quant à elles, l'omniprésence des consommations d'alcool et de tabac dans les établissements de santé, tout en soulignant les limites des dispositifs actuels de repérage et de prise en charge. L'étude menée auprès du personnel d'anesthésie rappelle que les professionnels de santé eux-mêmes constituent une population à risque, exposée à des niveaux élevés de consommation et de dépendance dans un contexte de stress et d'accessibilité accrue aux drogues (pour ne pas dire « substances ». Au passage, cette grande frilosité à utiliser le mot « drogue » dans le champ des addictions m'a toujours semblé exagérée et fera sans doute l'objet d'un prochain éditorial.). Enfin, les données concernant les femmes mettent en évidence une vulnérabilité majeure, encore insuffisamment intégrée dans les pratiques, notamment en matière de santé sexuelle, de violences et d'accès aux soins.

Ces résultats ne sont pas anecdotiques. Ils sont systémiques. Ils révèlent une réalité que nous avons trop longtemps contournée : l'addictologie ne souffre pas d'un manque de connaissances, mais d'un défaut d'intégration. Nous savons. Nous documentons. Nous publions. Mais nous transformons insuffisamment. Et il faut avoir l'honnêteté de le dire : dans certains domaines, nous tournons même en rond. Pour reprendre une formule chère à Yves Robert, « **nous tournons en rond... et cela ne tourne pas rond** ». Derrière cette apparente formule d'esprit se cache une réalité plus préoccupante : une difficulté persistante à faire évoluer les organisations, à décloisonner les approches et à traduire les connaissances en transformations concrètes des pratiques. Ce constat s'inscrit dans un contexte plus large où l'écart entre les données probantes et leur mise en œuvre reste considérable. L'OMS estime que moins de 20 % des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool reçoivent un traitement approprié (WHO, 2018). Les approches de type RPIB, pourtant validées et largement promues depuis plus de deux décennies, demeurent encore insuffisamment déployées à grande échelle. Autrement dit, nous disposons d'outils efficaces, mais nous peinons à les rendre opérationnels dans le réel des pratiques.

Pourquoi cet écart persiste-t-il ? Parce que nous continuons à penser l'addiction en silos. Silo somatique versus psychique. Silo hospitalier versus médico-social. Silo prévention versus traitement. Silo populations générales versus populations spécifiques.

Et il faut parfois avoir le courage de reconnaître que ces cloisonnements ne sont pas seulement théoriques ou organisationnels : ils traversent aussi nos institutions, nos cultures professionnelles et nos territoires. Dans certaines villes, Amiens en étant malheureusement une illustration particulièrement emblématique, depuis près

de trois décennies, l'addictologie peine encore à se structurer réellement autour d'une vision intégrée, prisonnière de rivalités historiques entre secteurs psychiatriques et somatiques, entre hôpital et médico-social, entre hépatologie et psychiatrie, ou encore d'une difficulté persistante à reconnaître l'addictologie comme une priorité médicale, universitaire et de santé publique à part entière. Ces tensions ne relèvent pas d'échecs individuels. Elles traduisent surtout notre incapacité collective à dépasser des logiques institutionnelles héritées pour construire des parcours cohérents centrés sur les patients.

Or, les travaux présentés dans ce numéro démontrent précisément que ces clivages ne tiennent plus. Les patients ne sont pas "des cas" mais des trajectoires. Les consommations ne sont pas des événements isolés mais des processus inscrits dans des contextes sociaux, psychiques et environnementaux complexes. Les vulnérabilités ne s'additionnent pas, elles s'entrelacent et se renforcent.

Dans ce contexte, persister à segmenter revient, en pratique, à échouer. L'exemple des troubles de la personnalité borderline est particulièrement éclairant. L'approche phénoménologique et psychodynamique proposée ici rappelle que les conduites addictives peuvent s'inscrire dans des dynamiques de rupture, de dissociation et de régulation émotionnelle qui excèdent largement les modèles comportementaux classiques. Cette complexité impose de dépasser les approches standardisées pour intégrer des modèles plus fins, articulant neurobiologie, psychologie et environnement. Refuser cette complexité, c'est produire des réponses simplifiées à des problèmes qui ne le sont pas.

De la même manière, les données sur les femmes illustrent l'impasse d'une approche prétendument "neutre" de l'addiction. Non seulement les trajectoires diffèrent, mais les conséquences somatiques, sociales et psychiques sont souvent plus sévères. Ignorer cette spécificité, c'est produire une médecine inadaptée, voire injuste. C'est aussi, d'une certaine manière, accepter que certaines vulnérabilités restent dans l'angle mort des politiques de santé.

Il faut ici être clair : l'addictologie ne peut plus se contenter d'être une discipline d'expertise. Elle doit devenir une discipline de transformation. Cela suppose d'assumer plusieurs ruptures. Une rupture organisationnelle, d'abord. L'intégration des soins, la coordination des acteurs, le décloisonnement entre hôpital et médico-social, ainsi que le développement de pratiques avancées, comme le suggèrent les travaux sur les IPA en CSAPA, ne doivent plus être considérés comme des options mais comme des exigences structurelles. Une rupture épistémologique, ensuite. L'addiction ne peut plus être pensée uniquement à travers le prisme du produit ou du comportement. Elle doit être envisagée comme un phénomène dynamique, multidimensionnel, évolutif. Les approches intégratives, combinant données cliniques, dimensions psychologiques, facteurs environnementaux et biomarqueurs, offrent ici des perspectives particulièrement prometteuses.

