

Fédération

édito Louis-Michel Reliquet 01

Fédération Action ! Jean-Pierre Couteron 02/04

Du jeu dans l'addiction ? Marc Valleur 05/07

Addiction avec ou sans drogue, même combat ! Jean-Luc Venisse 08/13

Le jeu pathologique : une formation spécifique ? Céline Bonnaire 14/17

Je mise 50 euros sur le Stade Olivier Middleton 18/20

Des consultations pour le retour à la case réel Elizabeth Rossé 21/23

Actualité externe : le centre d'analyse stratégique 24

L'addiction à la pratique sportive Nadia Dominguez 25/26

Incidence des pratiques sportives de haut niveau sur la survenue d'une alcoolo-dépendance Claude Roché-Desbordes 27/33

À propos de la prise en charge des troubles alimentaires au sein des CSAPA Agnès Oelsner 34/35

Addiction sexuelle : à la recherche de nouvelles stratégies pour mieux gérer les émotions Irene Codina 36/37

E-enfance : l'addiction aux nouvelles technologies en ligne de mire Justine Atlan 38/41

Missions du GIP-Adalis et prise en charge des addictions sans substance Adalis 42/44

« Tout homme a droit au respect et à la dignité »

Kalou Estrella / Serge Laye 45/47

Représentations du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique Amnon Jacob Suissa 48/61





numéro 9 mars 11
Prix de vente : 6€

Directeur de la publication Jean-Pierre Couteron
Coordinateur du numéro Louis-Michel Reliquet
Comité de rédaction Michel Astesano,
Dr Jean-Michel Delile, Dr Patrick Fouilland,
Martine Landié, Nathalie Latour, Marie Villez
Rédactrice en chef Emma Tarlevé
Journaliste Nathalie Castet
conception graphique, illustration thème
Carole Peclers
Impression 3000 ex. La Petite Presse

Fédération Addiction
9 rue des Bluets 75011 Paris
contact 01 42 28 65 02
www.anitea.fr



Addiction sans produit ?

édito 1

La Fédération Addiction nous propose dans ce neuvième numéro d'Actal un développement de nos connaissances et de nos réflexions sur les addictions sans produit. Les auteurs, tant sur les plans historiques et théoriques, que sur les plans cliniques et pratiques, témoignent de la pertinence d'étendre vos champs de préoccupation et d'intervention dans votre intérêt sans doute et dans l'intérêt des usagers sûrement.

En effet, les addictions sans produit sont :

- Une réalité vécue par nos patients-usagers souvent polyaddicts ou qui substituent une addiction à une autre. Addiction au sport puis à l'alcool, trouble du comportement alimentaire puis alcoolisme par exemple.
- Une caractéristique de notre société qui valorise la satisfaction immédiate, le court circuit de la réflexion, l'instantané voire le jetable renouvelable, le « droit » à consommer ou expérimenter, l'agir...

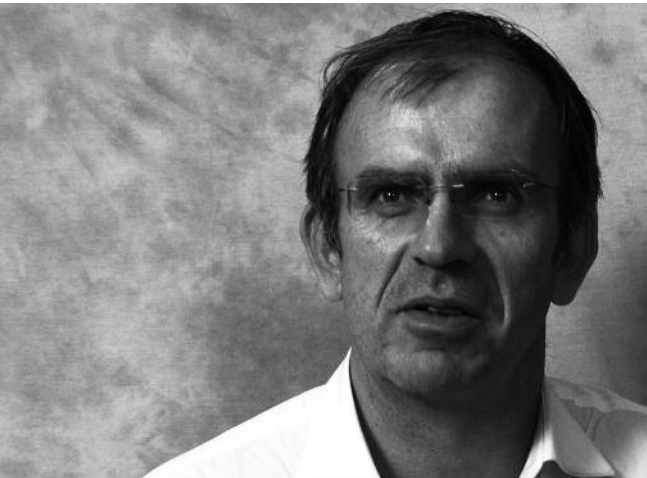
Par ailleurs, l'étude des addictions sans produit est :

- Un objet intellectuel riche, productif qui pousse à l'ouverture d'esprit et à la réflexion au delà du constat de conduites de pratiques analogiques.
- Un objectif professionnel efficient susceptible de déstigmatiser les usagers ou les patients dépendants de leurs pratiques ou conduites, susceptible aussi de dynamiser les professionnels de l'addictologie dans leur pratique d'accompagnement et de soin.

Tous les articles constituant cet *Actal* argumentent la pertinence du concept d'addiction tant sur le plan théorique et fondamental que sur le plan clinique et pratique. Merci aux auteurs d'être aussi convaincant dans leurs écrits. Puisse le lecteur les lire et relire !



Louis-Michel Reliquet
Directeur Médical les Apsyades
Nantes (44),
vice-président de
la Fédération Addiction



Jean Pierre Couteron est psychologue clinicien à Mantes-la-Jolie et Président de la Fédération Addiction, issue de la fusion de l'Anitea et de la F3A.

L'accélération de la prise de conscience des questions posées par les addictions sans produit a été contemporaine de la mise en œuvre du concept d'addiction : l'expertise collective commandée à l'INSERM en 2008 sur les jeux de hasard et d'argent répondant aux publications de la circulaire CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et du plan national de prévention et soins des addictions.

Alors que les pratiques addictives « historiques », avec l'alcool et le tabac, avec les drogues illicites étaient invitées à se couler dans des cadres institutionnels communs (CSAPA, ELSA Unités de sevrage complexe...), le travail des pionniers des addictions sans produit que furent Marc Valleur à Marmottan, les professeurs Jean-Luc Vénisse à Nantes, Jean Adès et Michel Lejoyeux, finissait par faire reconnaître cette entité psychocomportementale commune. Le futur DSM 5, qui a évalué différentes conduites addictives (sport, travail, sexe, etc...) n'aura finalement retenu que le Jeu, qui va rejoindre les troubles liés à l'usage de substances au sein de la future entité "Addiction et troubles associés". Avec d'autres, l'ANITEA/F3A s'était mobilisée pour obtenir l'inscription des addictions sans produit dans les différents textes officiels de cette période.

La circulaire CSAPA est un exemple des effets de ce croisement : elle crée un cadre juridique commun pour les ex-structures alcool et toxicomanie, prenant la précaution de ne pas imposer plus que cela les rapprochements ni les fusions, tout en facilitant leur réalisation. Sur le plan des pratiques, elle distingue les deux spécialisations possibles et promeut donc trois façons de « faire CSAPA » : spécialisation de la prise en charge alcool, spécialisation toxicomanie et double spécialisation, alcool et toxicomanie, parfois dénommée « généraliste » avec un risque de confusion quand il ne s'agit que d'ajouter à une seule prise en charge spécialisée, souvent l'alcool, une mission facultative, genre « consultation jeunes consommateurs » ou, justement, « addictions sans produit ».

Car si les addictions comportementales sont reconnues d'un point de vue théorique, leur place dans notre travail doit encore être défendue. Les équipes des CSAPA se sont formées à ces nouveaux comportements.

Nous avons largement relayé les propositions de formations du CRJE/Marmottan comme de l'équipe des Hôpitaux de Genève. Une formation spécifique et complémentaire est proposée par l'UF-FÉDÉRATION ADDICTION, et des formations sur site sont organisées à la demande. Comme lors de la mise en place des Consultations cannabis, il ne s'agit pas de faire accroire qu'une nouvelle spécialité mystérieusement spécifique à tel objet d'addiction devrait être acquise et validée : il s'agit bien d'addiction, et nos savoir-faire thérapeutiques pluridisciplinaires restent la base des prises en charge que nous pouvons proposer ; nous ne souhaitons pas revenir en arrière en resegmentant l'addictologie en cannabinothérapie, alcoologie, héroïnologie ou ludologie... Ce serait une régression et nous avons bien choisi d'écrire au singulier l'addiction dans notre fédération.

Néanmoins nous devons, bien sûr, être en mesure d'adapter notre offre de soins aux besoins et attentes spécifiques des patients qui viennent parler de leur addiction singulière et non de l'addiction en général. Il faut donc acquérir des compétences complémentaires sur certains mécanismes présents dans ces addictions particulières et notamment le jeu : contexte socio-culturel, mécanismes biopsychologiques, mesures de protection qui peuvent être proposées, etc. Cette même prise en compte des spécificités nécessiterait que d'autres addictologues se forment à la biologie de l'héroïne, ses contextes psychologiques et sociaux d'usage, les TSO (traitement de substitution aux opiacés) et les logiques de la RDR (Réduction des risques) par exemple.

Cet effort de qualification, déjà largement engagé, doit se développer encore, mais dès à présent, les problématiques des jeux sont largement prises en compte, jeux de hasard et d'argent, en ligne ou non, dépendances à Internet, et l'ensemble des dépendances comportementales peuvent et sont traitées dans l'ensemble des lieux par l'ensemble des dispositifs. Des cliniciens se regroupent dans des réseaux, en ville comme dans les institutions pour faire avancer l'état des connaissances, c'est notamment le cas de la Guilde, du réseau TVTBMLM, qui vous sont présentés ici, mais de bien d'autres certainement. D'autres recherches seraient nécessaires, l'ODT devant début 2011 sortir une

première étude en population générale qui donnera une première représentation de la situation. Et nous pourrions aussi parler des addictions aux sports, de celles au sexe et des TCA (troubles du comportement alimentaire) qui illustrent aussi ces inter-connexions, ces relais de conduite qu'évoque Jean Luc Vénisse. Si la prise en charge des troubles alimentaires n'entre pas dans les missions des CSAPA, l'article de notre collègue Agnès Oelsner montre l'intérêt de ne pas les ignorer. La notion de Co-addiction qu'elle rappelle va dans le sens de cette réponse complète aux addictions que nous nous devons de promouvoir, en lien avec les partenaires spécialisés pour construire ces réseaux dont les usagers ont besoin.

Pour autant, cet effort pour déployer des réponses cliniques ne peut résumer la question des addictions sans produit. Elles sont aussi en lien avec le concept de société addictive que nous avons mis au travail dans nos colloques et manifestations depuis quelques années. La loi régularisant les jeux d'argent en ligne, après un travail préparatoire conduit par l'ARJEL (Autorité de Régulation des Jeux d'Argent en Ligne), a officialisé la place tenue par ces questions dans notre univers, et notamment économique. Si les paris sportifs et le PMU ont connu un certain succès, ce n'est rien à côté de l'explosion des jeux de poker, de leur exposition médiatique, et des enjeux qu'ils drainent. Comme toujours dans les questions d'addiction, la réponse légale et la réponse médicale ne viennent que comme des conséquences d'un mouvement sociétal essentiel. Autre exemple, celui des dépendances à Internet. La connaissance des jeux proposés permet de situer les questions qui se posent dans une histoire qui ne partait pas de rien. Les apports des nouvelles technologies sont scrutés et évalués. Les équilibres entre questions éducatives et questions cliniques sont précisés.

La Fédération s'est donc aussi impliquée sur ce volant « Prévention/éducation » : donner aux parents l'occasion d'exercer leurs compétences est un vrai enjeu, bien différent des « injonctions à faire » trop souvent prononcées sans chercher à réunir les moyens et capacités pour faire. L'interview de Justine Atlan permet de vérifier, s'il en était besoin, l'importance de cette aide, de ce soutien,

et notamment pour les familles fragilisées, comme les familles monoparentales. En lien avec la Mairie de Paris et l'EPE (l'École des parents et des éducateurs), la Fédération Addiction a contribué à la réalisation de films de prévention à l'occasion d'une série de rencontres avec des parents dans différents arrondissements. En région aussi, des colloques et groupes ont permis de diffuser ces éléments nécessaires au bon exercice des compétences parentales ! Cet effort conforte l'implication de la Fédération dans l'accompagnement et le soutien de la fonction parentale. Comme l'évoque Justine Atlan dans sa présentation de e-enfance, beaucoup de ces technologies nouvelles « apportent aux enfants le monde à portée de leur chambre sans aucune explication ».

En son temps, le pédiatre et psychanalyste Winnicott avait souligné le caractère constitutif pour le sujet d'une relation individuante, d'un soin « adressé ». Au fondement du sentiment d'être soi, il plaçait la qualité de l'environnement primaire du bébé, sous forme de réponse à sa demande de soins. Et il distinguait trois comportements, le *holding* (porter), le *handling* (manipuler) et le *world presenting* (présenter le monde). Ce dernier rappelle ici son importance. D'autant qu'il rejoint le « playing », cette capacité à jouer largement évoquée dans ce numéro. Ces comportements éducatifs ont une qualité intégratrice et individuante, à la base de l'effort pour une éducation préventive qui avait fait l'objet d'un précédent numéro d'*Actal* et qui reste au cœur du travail de la Fédération Addiction. •

Conférences et films sur les abus d'écrans

Dans le cadre d'un partenariat avec la Mairie de Paris, la Fédération Addiction a apporté son concours à des conférences débats adressés aux parents, familles et entourages sur la question des abus d'écrans et des jeux vidéo avec l'EPE (l'école des parents et des éducateurs). Trois conférences ont été organisées depuis le début de l'année 2010, trois autres sont prévues en 2011 sur différents arrondissements de la capitale.

Pour compléter cette série de conférences, la fédération a plus largement coordonné la réalisation de 4 petits films. En s'appuyant sur les questions récurrentes, ils tentent d'approfondir les thèmes abordés en conférence et donnent des conseils pratiques aux parents. Ces films s'adressent à tous les parents et à toutes les personnes intéressées par les problèmes de dépendance aux écrans et aux jeux vidéo. Ces 4 films d'environ 4 minutes chacun seront visibles dans quelques semaines sur le site de la mairie de Paris et sur le site de la Fédération Addiction.

- film 1 : « *Abus d'écrans* » qu'est-ce que c'est ?
- film 2 : *À partir de quand parle-t-on d'addiction ?*
- film 3 : *Les jeux vidéos, petites minutes pédagogiques*
- film 4 : *Quelques conseils pratiques*

La formation pour les professionnels des CSAPA

Dès 2008, la Fédération a proposé par l'intermédiaire de son unité de formation une formation sur les addictions sans drogue puis en 2009 une formation de 3 jours sur *Phénomène de dépendance, du jeu de hasard et d'argent (gambling) et des jeux vidéos (gaming) : fondements théoriques et pistes d'intervention*.

Cette formation est co-animée par Céline Bonnaire, Docteur en psychologie, Université Paris Descartes, psychologue au CSAPA Émergence à Paris, le professeur Amnon Jacob Suissa, docteur en sociologie et thérapeute familial au département de travail social et des sciences sociales à l'Université du Québec en Outaouais, et Elizabeth Rossé, psychologue au centre Médical Marmottan de Paris. Depuis 2008, plus de 90 professionnels des CSAPA ont été formés. Cette formation peut être aussi déclinée sur site, n'hésitez pas à contacter : p.middleton@anitea.fr

du jeu dans l'addiction

Marc Valleur est psychiatre, médecin chef de l'hôpital Marmottan à Paris. Il est l'un des pionniers à avoir fait reconnaître la parenté entre les addictions aux drogues, à l'alcool, aux médicaments etc. et les addictions comportementales, dont le jeu pathologique est l'exemple le plus connu.



« L'addiction aux jeux vidéo existe-t-elle ? »

La question fait beaucoup de bruit sur Internet et déclenche des passions dignes d'une logique de guerre. Les combats dépassent le cadre des forums dédiés aux jeux et se déroulent aussi dans les congrès et les séminaires les plus sérieux, animés par des experts et des spécialistes de toutes disciplines des jeux, de l'enfance et de l'adolescence, ainsi que des addictions. Nous sommes évidemment devant une problématique émergente, sur laquelle aucun consensus n'est encore établi. Il est normal que des positions opposées existent. Mais si l'on se questionne sur les causes de ces indignations guerrières, il apparaît vite que le plus souvent la question de l'addiction est tout à fait secondaire.

En fait, dire que l'addiction existe serait une façon d'appuyer un courant de pensée qui voit dans les jeux vidéo une activité vide, source de dangers pour la jeunesse, mettant en péril l'éducation des enfants et des adolescents, sinon la culture et la civilisation. De l'autre côté, affirmer qu'elle n'existe pas est un moyen d'anoblir la pratique des jeux vidéo, de contribuer à en faire un élément de la vie culturelle, de les « normaliser ». C'est toute l'ambivalence de la société envers la révolution des techniques d'information et de communication qui se condense dans un débat qui dépasse de toutes parts le champ des addictions : cette ambivalence est l'une des conditions de la naissance d'une « niche écologique » pour une nouvelle maladie.

La question pourrait se réduire à « les jeux vidéo sont-ils une drogue ? », dans la mesure où il semble entendu pour toutes les parties que la drogue est une chose mauvaise, dangereuse, dont la pratique doit être sinon interdite, du moins sérieusement contrôlée, puisqu'elle est la cause de cette terrible maladie : l'addiction. Or, ni la « drogue », ni l'addiction ne relèvent d'une définition aussi simpliste, et c'est sans doute l'un des intérêts majeurs de l'attention portée aujourd'hui sur l'ensemble des addictions sans drogues : remettre en cause nombre de consensus, le plus souvent implicites, qui sous tendent non seulement les discours médiatiques, mais aussi les travaux les plus savants.

« Le jeu pathologique est-il une vraie addiction ? »

Le jeu pathologique, à peu près unanimement considéré comme une addiction digne de ce nom, donne d'ailleurs lieu à une polémique à l'intérieur du champ scientifique : certains pensent que l'excitation des séquences de jeu suffit à déranger suffisamment le fonctionnement des circuits cérébraux pour créer une « vraie » addiction, tandis que d'autres pensent qu'il faut y adjoindre l'effet de drogues chimiques, comme l'alcool ou le tabac. Ceci explique pourquoi les débats prennent si souvent un aspect passionnel : d'une part, il est choquant de voir placer sur un même continuum l'héroïne et le jeu, dans une culture où il est déjà très difficile de mettre sur le même plan l'alcool, le tabac, et les drogues illicites. D'autre part, l'idée qu'une simple conduite aussi courante que le jeu d'argent puisse modifier durablement les circuits cérébraux est troublante : c'est assumer le fait que l'âme puisse agir sur le corps, ce qui est contraire à une dualité inscrite profondément dans notre culture, et appuyée par les discours « réductionnistes - physicalistes », souvent sous-jacents aux textes de neurobiologie. Selon cette approche, il est admis que les modifications d'états physiques entraînent des modifications d'états mentaux, mais, curieusement, l'inverse n'est pas envisagé...

Ainsi, en 2001, la revue *Science* présentait un article dont le titre était « Les addictions comportementales existent-elles ? », et le sous-titre « À l'aide de l'imagerie cérébrale, les scientifiques tentent de mettre en évidence des modifications au long cours des circuits cérébraux ». En creux, ce titre interrogatif posait comme certaine l'existence des addictions « avec drogues », et comme une évidence le fait – hypothétique – qu'elles se résument à des modifications durables des « circuits de récompense ».

Ce que la notion d'addiction sans drogues vient donc remettre en cause, c'est l'idée que l'addiction serait, essentiellement, un trouble organique primitif, voire que « l'alcoolisme est une maladie », ou que « l'addiction est une maladie chronique du cerveau ».

Les débats sont aussi animés en ce qui concerne l'addiction au sexe, ou les « codépendances », entités qui ne sont pas considérées de la même façon des deux côtés de l'Atlantique : qu'un plaisir aussi naturel que celui du sexe ou qu'une relation puissent devenir des maladies paraît étonnant, alors que nous avons encore l'impression – libération sexuelle oblige – que l'on ne peut souffrir en la matière que par défaut, et non par excès. Cette « pathologisation » du sexe fait craindre le pire, le retour d'une médecine hygiéniste où des « entrepreneurs de morale » dicteraient aux autres les bonnes et mauvaises façons de prendre du plaisir, et où les traitements, substituts de punition, ne viseraient qu'une sorte d'absolution morale. L'addiction-maladie, avec son présupposé de fondement biologique obligé, pourrait donc en arriver à l'inverse de ce qui a présidé, il y a plus de deux siècles, à sa naissance. C'est en effet en grande partie dans une visée humaniste, compassionnelle, que les médecins ont œuvré, depuis le travail de Benjamin Rush sur l'ivrognerie, à « réifier » les addictions, à les asseoir sur le modèle de l'intoxication, sur les effets délétères des substances chimiques sur le corps : « l'alcoolisme est une maladie », donc le patient n'en est pas responsable, et ne doit plus être considéré comme un pêcheur ou un criminel... Aujourd'hui, ce sont d'authentiques maladies physiques qui pourraient donner lieu à une forme de jugement moral : si l'on a un cancer ou une cirrhose, c'est peut-être parce qu'on n'a pas respecté les règles de « comportement » édictées au nom de la santé publique.

Or, le primat accordé aujourd'hui au biologique paraît à la fois dû au contexte des recherches, et à l'histoire des addictions :

D'une part, le fonctionnement cérébral est l'objet d'un investissement sans précédent, et fait l'objet de découvertes capitales. Chaque découverte passe pour une explication de l'addiction, alors que peut-être, elle n'est qu'un angle de regard nouveau sur une partie du problème : la tolérance par exemple, dont les mécanismes sont de mieux en mieux connus, correspond à une adaptation de l'organisme à quantité de phénomènes, et n'est pas spécifique de l'addiction. La mise en jeu des circuits de la dopamine, et leur perturbation, qui, un temps, a fait figure d'explication ultime des addictions, ne

permet guère de distinguer entre ce qui est, ou non, une conduite addictive. Les mêmes remarques s'appliquent à toutes les explications de neurophysiologie, et il faut bien admettre que le clinicien ne dispose pas de tests biologiques qui permettraient de trancher.

D'autre part, les discours sur les addictions se sont construits essentiellement à partir de l'alcoolisme et des toxicomanies, ce qui a orienté les regards sur des faits importants, mais non forcément « premiers » ou « profonds » quant à la cause et à la nature de l'addiction. Avec l'alcool, c'est l'intoxication (d'où le terme d'alcoolisme) qui est mise en avant, du fait de son caractère très visible et dangereux : l'ivresse aiguë est bien une intoxication, et tant le syndrome de Korsakov que la cirrhose du foie sont des effets de l'intoxication chronique. Mais il s'agit bien sûr de conséquences de l'usage abusif ou de l'addiction, et non de critères obligés de l'addiction en soi. Avec l'héroïne et les autres opiacés, c'est le « manque », le syndrome de sevrage qui est au premier plan, ce qui a conduit à théoriser l'addiction sur le modèle de la tolérance et du sevrage. Mais avec la montée des usages de cocaïne, c'est le « craving », le risque de rechutes qui ont été mis en avant, et non plus la difficulté à être sevré... Les conceptions scientifiques des addictions ont donc en quelque sorte suivi la clinique, en se penchant plutôt sur des conséquences que sur des causes ou une définition de l'addiction. Ainsi sont nées les « drogues », et ainsi a été ancrée dans les esprits l'idée que seules des substances à la fois exotiques et artificielles étaient susceptibles de produire la « maladie addictive ».

Or, pour le clinicien, et en dehors de toute considération de santé publique, l'addiction ne peut se définir que de façon subjective : c'est le fait, pour le sujet concerné lui-même, de vouloir réduire ou cesser une conduite ou une consommation sans y parvenir. Toutes les tentatives d'objectiver cette situation ne sont que des approximations, et toute définition qui se voudrait plus objective ferait courir le risque d'une « psychiatrisation » abusive de la vie quotidienne. Les débats sont donc lourds de conséquences : entériner une séparation entre les « vraies » addictions, avec drogues, et de « fausses » addictions comportementales revient à accepter un partage entre alcoolisme, toxicomanies, tabagisme, relevant de la biologie, et d'autres conduites, relevant de la psychologie et accessible à la psychothérapie. Que ce partage apparaisse satisfaisant à beaucoup – sinon à tout le monde – est évident. Qu'il soit fondé sur des données cliniques et scientifiques est une autre affaire... •



Addiction avec ou sans drogue, même combat!



Jean-Luc Venisse est Directeur du Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie et de l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales du CHU de Nantes. Son intérêt pour les conduites addictives avec et sans drogues depuis plus de 25 ans l'amène à plaider pour une clinique et une approche transversale des comportements d'addiction, accordant un intérêt particulier à des conduites mal reconnues et émergentes dans le registre des addictions comportementales : addictions alimentaires, sportives, conduites de jeu excessif et achats compulsifs, dépendances affectives et sectaires...

Bien que plutôt oubliées des pouvoirs publics, les addictions sans drogue occupent pour un certain nombre de cliniciens une place centrale au sein de l'addictologie. Leur prise en compte permet de relativiser la place du produit dans le processus addictif, laquelle a longtemps été plutôt aveuglante. Elle s'inscrit également dans l'évolution des idées de ces deux dernières décennies en France, marquée notamment par le décalage de l'approche par produit antérieure, vers une approche par comportement, telle qu'elle a été promue par le plan gouvernemental 1999-2002.

A distance des positions manichéennes les plus à même de faire écho au fonctionnement des sujets *addicts*, telle l'exigence des critères de la dépendance pour un repérage et celle de l'abstinence comme seule perspective thérapeutique, cette vision transversale des processus addictifs, avec ou sans consommation de substance psychoactive, a le grand mérite d'élargir l'angle de vue pour ne pas méconnaître les associations et relais de conduite, si fréquentes, et pas seulement chez les plus jeunes.

En faisant de chacun de nous un candidat à l'addiction, sans doute participe-t-elle également à une salubre déstigmatisation de conduites d'abus qui reflètent à bien des égards les évolutions extrêmement rapides de nos sociétés (7). Marquées tout à la fois par l'accélération phénoménale du temps, permise par les nouvelles technologies (qui modifient aussi les relations aux autres), ainsi que par un idéal de performance à court terme, et un individualisme croissant, ces évolutions confrontent tout un chacun quotidiennement à de fortes tensions entre des appétits impérieux, à la mesure de l'offre sans limite de consommations de toute sorte qui nous est proposée, et des exigences d'auto-contrôle tout aussi prégnantes. Il n'est pas étonnant dans ce contexte que ceux dont les capacités d'auto-régulation s'avèrent, plus ou moins transitoirement, ou au contraire durablement, réduites, connaissent un certain nombre de dérives parfois fort dommageables.

Face à un risque de médicalisation de tout excès et à l'inverse de banalisation de conduites dont les conséquences peuvent s'avérer aussi préjudiciables que celles des addictions classiques à des substances psycho-actives, comment s'appuyer en pratique sur des repères utiles et étayer la validité de ce concept d'addiction sans drogue, ainsi que plus largement de transversalité des processus addictifs ?

1 Validité scientifique de l'approche transversale des addictions

Elle se situe à de multiples niveaux :

- **Au niveau clinique et comportemental**, comment ne pas remarquer la parenté étroite des séquences cognitivo-comportementales qui président à l'agir addictif quel que soit son objet. À partir d'un certain degré de répétition de la conduite face à un état de tension interne difficilement supportable; l'issue addictive se construit plus ou moins rapidement, à la mesure des fonctionnements qui caractérisent l'organisation du sujet concerné : tantôt sur le mode compulsif avec les notions de délai et de lutte anxieuse qui le caractérisent, tantôt au contraire de façon très impulsive, la décharge dans et à travers le comportement ne s'appuyant pas ou guère sur des capacités de mentalisation.

La mise en acte et les retrouvailles avec l'objet d'addiction apportent en général un soulagement, ou un plaisir, plutôt fugace, avant que la séquence se

termine le plus souvent dans une atmosphère teintée de culpabilité ou de honte, en lien avec le vécu de perte de contrôle qui l'a précédé. C'est aussi parfois le moment des regrets et des bonnes résolutions. Le vocabulaire des patients témoigne mieux que de longs discours de la transversalité des processus addictifs, quand par exemple le joueur pathologique parle d'une véritable « drogue » à propos de son jeu de prédilection, ou quand une patiente boulimique parle de « l'état de manque » qui précède ses crises. La position du patient et celle de son entourage, vis-à-vis du comportement problème, comporte également de vraies similitudes ; caractérisée par des mécanismes de déni souvent fort prégnants, elle voit les uns et les autres tout à la fois convaincus, à un niveau inconscient, que la situation ne peut pas durer tant elle s'avère pleine de risques et de conséquences dommageables, et dans le même temps dans la conviction qu'il n'y a pas réellement de problème. Ce déni, ainsi que le clivage du moi qui le permet et l'entretient, s'avère dans tous les cas contagieux, aux proches et aussi aux soignants dans bien des cas. C'est de la sorte qu'on peut expliquer dans beaucoup de dérives addictives la bascule brutale d'une méconnaissance diffuse de certaines évidences vers une attente urgente et dramatisée de solutions immédiates.

Enfin un argument fort de ces parentés inter-addictives est représenté par la présence, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'imaginait au départ, des phénomènes de tolérance et de sevrage dans les addictions comportementales pures également ; même si ceux-ci ne sont pas constants même dans les formes avérées, ils existent bien, comme en témoigne par exemple l'obligation du joueur d'augmenter le montant de ses paris pour éprouver la même excitation, ou encore les troubles du sommeil, les sentiments d'irritabilité et de déprime que ressent l'addict sexuel ou sportif quand il est empêché, pour une raison ou pour une autre, de mettre en œuvre un comportement devenu indispensable.

Le caractère également très transversal à l'ensemble des addictions des comorbidités psychiatriques et addictives, ainsi que des facteurs de risque et de vulnérabilité, vient compléter ces parentés cliniques. Sans les détailler ici, il est intéressant de pointer que d'une part les troubles de l'humeur et anxieux concernent plus de la moitié des patients *addicts*, toutes addictions confondues (6), et que les facteurs

de risque pour le jeu pathologique répertoriés il y a quelques années par un auteur néo-zélandais, correspondent exactement à ceux décrits quatre ans plus tôt à partir d'une large méta-analyse à propos des addictions à des substances psycho-actives (2). Quant aux co-addictions, si on regroupe addictions à des substances psychoactives et comportementales pures, avec toutes les combinaisons possibles, ce sont plus des trois quarts des sujets qui sont de fait dans la polyaddiction.

En terme de facteurs impliqués plus globalement, le triangle d'Olievenstein, développé depuis par Marc Valleur s'avère particulièrement adapté aux addictions sans drogue (8). Aux facteurs directement liés à l'objet d'addiction, loin de se réduire aux effets toxiques du produit, mais qualifiant par exemple également la structure même d'un jeu de hasard et d'argent, plus ou moins addictogène, viennent répondre d'une part les facteurs d'environnement, notamment le niveau de l'offre, son accessibilité, voire de plus en plus souvent les incitations fortes à la consommation, et d'autre part les facteurs de vulnérabilité du sujet, aussi bien en terme de prédisposition génétique et biologique que de parcours développemental et éducatif.

• **Au niveau neuro-biologique** la mise en action des mêmes voies finales communes est un argument de poids pour la transversalité des processus addictifs. Même s'il ne faut jamais oublier la complexité des mécanismes en jeu et le fait que nous n'en connaissons pour l'instant qu'une infime partie, le circuit dopaminergique mésolimbique dit de récompense, avec ses principales cibles neuro-anatomiques que sont l'aire tegmentale ventrale, l'amygdale, le noyau accumbens, et d'autre part le cortex préfrontal avec ses fonctions de contrôle inhibiteur et de gestionnaire de nos capacités d'auto-régulation, apparaissent clairement impliqués dans l'ensemble des conduites addictives. Ces structures sont étroitement articulées avec les systèmes opioïdes endogènes ainsi qu'avec les voies noradrénergiques et sérotoninergiques, chargées en amont de réguler de façon couplée le traitement des signaux les plus perturbateurs pour notre homéostasie psycho-physiologique (d'où la théorie avancée par l'équipe de Jean Pol Tassin d'un découplage premier de ces récepteurs noradrénergiques et sérotoninergiques dans

l'addiction) (5). Il ne faut pas oublier non plus les articulations avec les cortico-stéroïdes impliqués dans la gestion du stress, d'autant que cette voie spécifique pourrait, dans les addictions comportementales pures, jouer le rôle tenu par les substances psycho-actives dans les addictions classiques en étant le moteur du déséquilibre de l'ensemble du système.

Les nombreux travaux réalisés depuis quelques années en imagerie fonctionnelle ainsi que les avancées issues de la psychologie expérimentale doivent nous permettre d'affiner ces données en faisant mieux la part de ce qui est commun à l'ensemble des addictions, et de ce qui est spécifique à chacune ou certaines d'entre elles, ou encore à quelques sous-types phénotypiques particuliers. On peut notamment citer dans ce registre de la psychologie expérimentale, les approfondissements féconds des notions d'impulsivité et de recherche de sensations menés par l'équipe suisse de J. Billieux et M. Vanderlinden (1).

• **Au niveau psychopathologique**, il est manifeste que l'ensemble des conduites addictives remplit des fonctions voisines de recherche de soulagement, voire d'oubli et d'anesthésie, de ce qui est difficile ou douloureux, mais aussi dans certains cas, de stimulation et vérification d'existence. Toutes ces fonctions peuvent refléter une fragilité narcissique et une difficulté à utiliser les ressources du monde interne pour faire face aux aléas de la vie. Cette fragilité se révèle souvent à l'adolescence autour des exigences de séparation – individuation liées à cette période du développement psycho-affectif et l'adolescence est aussi, d'un point de vue épidémiologique, le moment d'installation de la grande majorité de ces conduites. En tant qu'agirs incorporatifs et actes anti-éprouvés (avec une fonction défensive vis-à-vis d'affects dépressifs mal structurés) les différentes conduites addictives considérées peuvent être comprises comme une tentative de compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et nécessité de l'esclavage de la dépendance (au prix d'un déni de la représentation même de cette dépendance). C'est pourquoi l'addiction en général et les addictions sans drogue en particulier, ont souvent valeur d'auto-traitement de substitution d'une dépendance inélaborable à l'entourage le plus proche. À la problématique de l'agir, la mise en acte court-

circuitant le travail d'élaboration psychique, s'ajoute en effet une problématique du lien qui rend compte de la dimension antidéveloppementale de ces conduites et justifie que ces jeunes (ou parfois moins jeunes) soient plus ou moins enfermés dans une « panne d'adolescence » qui les empêche d'avancer dans leur vie faute d'avoir à l'intérieur d'eux les garanties narcissiques suffisantes, c'est-à-dire le capital de confiance et de sécurité personnelle qui le leur permettrait (9).

2 Des critères transversaux d'addiction

Face à cette nécessité de faire la part des choses entre excès passager et abus dommageable, les critères transversaux élaborés par le psychiatre américain Aviel Goodman, à partir de ses recherches sur l'addiction sexuelle et publiées en 1990 dans le *British Journal of Addiction* (4) s'avèrent particulièrement opérationnels.

On peut en rappeler :

- Les quatre critères principaux :
 - A) Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
 - B) Tension croissante avant d'initier le comportement
 - C) Plaisir ou soulagement au moment de l'action
 - D) Perte du contrôle sur le comportement
- Et les neuf critères secondaires (dont on considère que cinq au moins doivent être présents) :
 - Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
 - Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
 - Efforts répétés pour réduire ou arrêter
 - Temps considérable passé à réaliser le comportement
 - Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
 - L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
 - Poursuite malgré les problèmes sociaux
 - Tolérance marquée
 - Agitation ou irritabilité s'il est impossible de mettre en œuvre le comportement

On notera que, dans cette perspective, l'addiction est avant tout la condition selon laquelle un comportement, susceptible de donner du plaisir ou soulager des affects pénibles, est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés : l'échec répété de contrôler ce comportement et sa poursuite malgré ses conséquences négatives. On voit que l'addiction partage, selon les individus et les moments évolutifs, les caractéristiques de l'impulsion en tant que recherche d'une gratification immédiate et de la compulsion du côté du soulagement des tensions et de la réduction d'affects pénibles.

Les critères de Goodman sont évoqués dans la plupart des travaux récents sur l'addiction. Ils contribuent à donner la préférence au terme d'addiction sur celui de dépendance et devrait conduire à ce que certains comportements pathologiques jusqu'ici classés ailleurs soient inclus dans la catégorie des addictions dans la version en cours d'élaboration du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'école américaine de psychiatrie (DSM V).

3 L'intérêt d'une évaluation transversale de l'ensemble des conduites addictives

avec ou sans consommation de substance psycho-active, est une des conséquences de cette approche élargie. Elle peut être réalisée en pratique par un outil simple tel celui que nous utilisons depuis plusieurs années dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes :

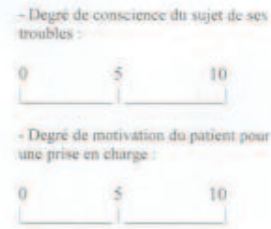
... / ...

Bilan des pratiques addictives

Date :

		0	1	2	3	4	S	A
Alcool								
Tabac								
Cannabis								
Toxiques opiacés								
Toxiques non opiacés								
Produits de substitution								
Médicaments								
Comportement Alimentaire	Anorexie							
	Boulimie							
	Conduite de purge							
Sport, Activité physique								
Jeu								
Autres addictions								

0 - non usage ; 1 - usage ; 2 - usage à risque ; 3 - usage nocif ; 4 - dépendance ; S - sevrage ; A - Abstinence
MC :
Antécédents co-morbides :
Comorbidités actuelles :



4 Un abord thérapeutique qui malgré quelques spécificités s'appuie sur les mêmes références de base, avec en particulier :

- La notion d'objectifs élargis au delà de la seule disparition de la conduite problématique qui intègre le fait que cette conduite est souvent une tentative de solution à des difficultés anciennes ; le projet de soin doit à partir de là explicitement s'adresser aussi à ces fragilités et comorbidités pour susciter l'alliance à travers l'ambition d'un mieux-être global.
- La perspective de réduction des risques, loin de s'appliquer seulement aux toxicomanies aux opiacés, a tout intérêt à orienter l'ensemble des approches thérapeutiques en addictologie, tant elle contient un message essentiel pour ces patients, du côté d'une capacité à prendre soin d'eux – « care » – quoi qu'il en soit par ailleurs. Il peut tout aussi bien s'agir de risques financiers (en cas de jeu ou d'achats pathologiques) que de risques somato-biologiques (en cas de conduite anorexique-boulimique ou d'addiction sexuelle, par exemple)
- La notion d'engagement dans la durée des soignants impliqués quelles que soient les vicissitudes évolutives (en terme de rechutes notamment) est une garantie de continuité et de fiabilité qui fait contrepoint à la discontinuité et l'insécurité fondamentales du sujet addict ; elle permet également de ré-ouvrir une temporalité souvent plutôt collabée du côté du tout - tout de suite. La perspective d'un cheminement par étapes s'inscrit dans la même logique qui balise le parcours et postule que toute marche arrière n'est jamais retour au point de départ. Travail motivationnel et prévention autant qu'accompagnement des rechutes illustrent la nécessité de s'adapter à la position du patient, seul en dernier recours à pouvoir décider du changement.

- Les soins ambulatoires intensifs occupent une place de choix dans le dispositif thérapeutique car ils permettent d'ajuster le degré d'étayage concret aux besoins évolutifs de patients qui ont pendant longtemps besoin d'un contenant externe du fait de leurs carences d'intériorisation. À mi-chemin de l'alternance trop longtemps pratiquée, de périodes d'hospitalisation à plein temps très contenantantes et régressives, et de périodes de suivi en consultations très peu contenantantes, ils se déclinent en contrats d'hospitalisation de jour à temps plus ou moins partiel, et de groupes thérapeutiques divers, à géométrie variable, en fonction de l'évolution et avec un souci de rythmicité structurante.
- Les outils du soin conjuguent approches très centrées sur le comportement et le corps, de type cognitivo-comportemental et corporel, prise en compte de l'environnement d'un point de vue systémique, et démarche autour du sens de la conduite avec une perspective d'historicisation et de relance développementale, notamment autour des questions séparation-individuation.

Au total on peut mesurer à quel point la transversalité des processus addictifs, avec ou sans consommation de substances psycho-actives, est une réalité incontournable et féconde d'un point de vue pratique. Dans cette mesure il devient possible de considérer les addictions à des substances psycho-actives, qui ont longtemps semblé résumer le champ addictologique, comme une modalité addictive parmi d'autres. Il s'agit d'un sérieux changement de paradigme dont nous ne mesurons pas encore toutes les implications. Quant à la liste des addictions comportementales, elle devient elle-même presque anecdotique, dès lors que ce n'est pas la nature de l'objet qui prime mais le mode de relation avec lui. Si les addictions alimentaires, représentées par les conduites anorexiques-boulimiques qui touchent à des degrés divers un adolescent sur dix, ont le mérite de nous rappeler la spécificité du lien nourricier mère-fille et du sevrage dans son sens premier, les conduites de jeu (et aussi d'achats) pathologiques, illustrent avec leurs conséquences financières le fait qu'en l'absence d'élaboration symbolique de la dette de filiation (qui nous permet d'assumer notre dépendance à nos ascendants) c'est le comportement (en l'occurrence la dette financière au père qui « couvre » le découvert), qui tente d'éponger celle-ci.

Cet éclairage correspond justement à une des références étymologiques du terme "addiction", si bien illustrée par la figure d'Alexis Ivanovitch, héros autobiographique du joueur de Dostoïevski, qui dilapida l'héritage paternel sur les tables de jeu d'Europe et auquel Sigmund Freud consacra un écrit spécifique autour de la question du parricide (3). C'est de cette manière en effet que certaines addictions comportementales peuvent être considérées comme des modèles d'addiction. •

Références bibliographiques

- 1 – Billieux J. / Gay Ph. / Rochat L. / Vanderlinden M. The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours *Behaviour Research and Therapy* (2010) doi : 10.1016/j. Bret. 2010.07.008
- 2 – Clarke D. Factors leading to substance abuse, implications for gambling in New Zealand *Int J. Ment Health Addic* 2005, 3, 41-52
- 3 – Freud S. *Dostoïevski et le parricide*, PUF, 1928
- 4 – Goodman A. Addiction : definition and implications *Br J. Addict*, 1990, 85 (11), 1403-1408
- 5 – Lanteri C./ Solomon L. / Torrens Y. / Glowinski J. and Tassin J-P. Drugs of Abuse Specifically Sensitize Noradrenergic and serotonergic Neurons via a non-dopaminergic mechanism *Neuropsychopharmacology* (2008) 33, 1724-1734
- 6 – Lejoyeux M., Embouazza H. Troubles psychiques et addictions in *Addictologie*, Abrégés Masson, sous la direction de M. Lejoyeux, 2008, 51-61
- 7 – Stiegler B. *Prendre soin de la jeunesse et des générations* Flammarion, 2008
- 8 – Valleur M., Matysiac J-C. *Les addictions – Panorama clinique – modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Armand Colin Ed-2006
- 9 – Venisse J.L.; Grall-Bronnec M. Facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions, in *Addictologie*, Abrégés Masson, sous la direction de M. Lejoyeux, 2008, 34-43



Le jeu pathologique : une formation spécifique ?



Céline Bonnaire est psychologue clinicienne au CSAPA Émergence à Paris. Elle anime également la formation sur « les phénomènes de dépendances du jeu de hasard et d'argent (gambling) et des jeux vidéo » de la Fédération Addiction.

Inscrits dans une histoire très ancienne des loisirs, les jeux de hasard et d'argent ont connu une croissance particulièrement importante ces quarante dernières années. Ils représentent une industrie prospère. Dès 1980, date de l'entrée du jeu pathologique dans le DSM-III, l'économiste français Alain Cotta (dans son ouvrage *La société ludique*) situait l'importance des jeux dans l'économie des pays industrialisés à 5 ou 6% du produit national, soit le « double de ce que les hommes consacrent à améliorer leurs connaissances technologiques et scientifiques » ! Aujourd'hui, face à la crise économique et sociale, les français investissent plusieurs millions d'euros par heure dans les jeux. La tendance actuelle est une augmentation du nombre de joueurs misant des petites sommes d'argent avec l'idée de se mettre à l'abri de la crise. Jouer représente une petite lueur d'espoir par rapport à la mauvaise conjoncture économique. Roger Caillois (1958) avait déjà noté que le rôle de l'argent dans les jeux variait proportionnellement à la part de hasard, du fait que le recours à la chance aide à supporter l'injustice d'une compétition faussée ou trop rude au plan social. J.J. Bozonnet, journaliste au *Monde*, écrivait : « lorsque la réussite sociale par le travail devient aléatoire, pourquoi, en effet, ne pas s'en remettre au hasard ? ». Par ailleurs, l'évolution des technologies de l'information et de la communication opère un changement majeur quant aux jeux de hasard et d'argent. En effet, c'est devant son écran que tout un chacun peut aujourd'hui s'adonner au jeu. Or, l'accessibilité, la disponibilité mais aussi la fréquence de l'évènement (c'est-à-dire le nombre d'opportunités de jouer dans une période de temps donnée) sont en lien avec la prévalence du jeu pathologique. Tous ces éléments inquiètent les professionnels du soin quant à une augmentation potentielle du nombre de joueurs dépendants aux jeux de hasard et d'argent et à l'augmentation des consultations au sein des CSAPA.

Quel est l'objet dont on parle ?

Une des difficultés que l'on rencontre avec ce type de jeu tient à leur définition. En anglais, *gambling* signifie littéralement jeu d'argent. En revanche, en français, il existe une confusion puisque dans le terme « jeux de hasard et d'argent », on trouve, sur un continuum, des jeux qui vont des jeux de hasard purs à des jeux d'adresse. Sont ainsi mis sur le même plan des jeux dans lesquels le sujet est passif et n'a aucune implication (ex. jeux de grattage) et des jeux dans lesquels le sujet est plus actif avec une implication moyenne (ex : courses de chevaux), ou plus importante (ex : jeux de cartes). Le hasard est une composante présente dans tous ces types de jeu. Ce qui varie, c'est l'habileté que le sujet peut développer dans certains de ces jeux.

Certains jeux laissent croire au joueur qu'il lui est possible d'exercer une influence sur le jeu. Par exemple, lorsque le joueur peut décider du moment où il arrêtera la machine à sous, il a l'impression que le résultat serait différent s'il l'arrêtait une seconde plus tôt ou une seconde plus tard. Dans le même esprit, le joueur de courses de chevaux, en étudiant les pronostics pense réellement développer une habileté dans les courses. Il croit que l'étude systématique des courses lui rapportera un gain additionnel. Or il s'agit plutôt ici d'une façon de masquer, d'oublier que c'est le hasard qui détermine l'issue du jeu. Le hasard fait référence à l'impossibilité de contrôler ou de prédire les événements; tous les événements, les stimuli, toutes les situations ont une probabilité égale d'être sélectionnés. L'adresse quant à elle est bien différente. Un jeu d'adresse sous-entend qu'avec un entraînement, les performances peuvent s'améliorer. À l'inverse, dans un jeu de hasard et d'argent, la performance ne peut jamais s'améliorer, quelle que soit la quantité de pratique, d'entraînement ou d'effort fourni. Cette distinction est essentielle, car elle fait le lit des cognitions erronées, que l'on rencontre chez tous les joueurs pathologiques, mais aussi chez les joueurs n'ayant aucune difficulté avec les jeux de hasard et d'argent. Il est alors essentiel que les professionnels du soin soient au clair avec les différents types de jeu et les fausses croyances que tout un chacun peut développer autour de ces jeux. L'exemple le plus polémique est celui du poker : est-ce un jeu de hasard ?

Définitions et épistémologie

Le jeu pathologique se définit comme un comportement répété et persistant de jeu d'argent qui entraîne des conséquences sociales, professionnelles et personnelles négatives. Incapable de s'arrêter de jouer, le sujet rentre dans une spirale infernale où il joue pour payer ses dettes et « se refaire ». On assiste à un envahissement de la vie par le jeu (cf. saillance, centration). Ayant perdu le contrôle de son comportement de jeu, mais doté d'un optimisme pathologique, le joueur se mettra en danger et sera capable d'abandonner ses relations familiales, sociales, son travail et ses revenus. S'il tente d'arrêter, des symptômes de sevrage psychiques (ex : envie irrésistible de jouer) et physiques (ex : céphalées) se feront ressentir. Dans les cas extrêmes, le joueur commet des actes illégaux pour se procurer de l'argent ou se ruine complètement.

Il est impossible de se prononcer quant à la prévalence du jeu excessif (incluant le jeu à problèmes et le jeu pathologique) en France puisqu'aucune étude épidémiologique n'a été réalisée jusqu'à ce jour. Classée deuxième pays mondial en terme de produit brut des jeux (qui se calcule en enlevant les mises aux gains), il est fort probable que cette prévalence est similaire aux autres pays, que plusieurs méta-analyses situent autour de 3%.

Quelques repères dans la compréhension du joueur pathologique

Comme nombreuses conduites addictives, nous somme à un carrefour. Pour comprendre le joueur, il faut se référer à la psychologie, à la politique, à l'économie, à la sociologie... La « pathologisation » du jeu excessif conduit à minorer les facteurs explicatifs politiques, sociaux et familiaux qui joueraient pourtant un rôle décisif. En s'appuyant notamment sur les conceptions de Santon Peele, Suissa (2005) nous rappelle que « le jeu ne relève pas d'une pathologie/compulsion/maladie en soi, dans le sens d'un phénomène intrapsychique et individuel, il est plutôt le produit d'une construction sociale, où plusieurs groupes d'intérêts et de pouvoir se confrontent dans la définition de ce qui est socialement acceptable et ce qui l'est moins ».

Pour certains, le jeu est un problème socialement construit et non une maladie. Par conséquent, le concept de jeu « responsable », qui est né de l'action conjuguée des responsables gouvernementaux et de l'industrie du jeu, aurait transformé les problèmes liés au jeu excessif en problèmes individuels, gommant leur caractère politique. En psychopathologie, plusieurs approches permettent de mieux cerner les joueurs et le fonctionnement psychique de ces derniers. L'approche psychanalytique (avec Freud, Bergler, Tostain, Charles-Nicolas et Valleur, etc.) met en lumière le désir inconscient de perdre du joueur, son questionnement, via l'argent, au hasard, le fantasme ordalique qui sous-tend cette activité et l'interrogation du sujet sur sa relation à l'ordre légal, donc à la fonction paternelle. L'approche cognitivo-comportementale, outre la référence au conditionnement opérant, éclaire quant aux cognitions erronées des joueurs. L'activité cognitive du joueur devient « distorsionnée », biaisée et erronée au cours du jeu, c'est-à-dire qu'elle ignore, voire nie le hasard, et ce, quelles que soient les perceptions initiales du hasard comme déterminant le jeu. Cet élément est fondamental dans la compréhension du joueur pathologique et constitue un point essentiel de la prise en charge. L'approche bio-psycho-comportementale, au travers de la recherche de sensations, a notamment permis de montrer que les joueurs pathologiques ne sont pas un groupe homogène et qu'il est nécessaire de penser le jeu comme une activité psychologique hétérogène. Ainsi, les niveaux de recherche de sensations diffèrent d'une part en fonction du type de jeu spécifique auquel le sujet s'adonne de façon préférentielle et d'autre part, en fonction du nombre de jeu auquel le sujet participe. C'est en partie à partir de ces constatations que certains auteurs ont établi des typologies des joueurs. Les recherches dans le domaine de la neurobiologie n'ont quant à elles pas permis d'aboutir à un consensus. Ainsi, aucune molécule n'a prouvé son efficacité quant à la diminution ou à l'arrêt du comportement de jeu.

Prise en charge intégrative des joueurs pathologiques

Les protocoles thérapeutiques doivent donc tenir compte de cette variabilité typologique. La diversité des approches explicatives du comportement de jeu pathologique et la pluridisciplinarité des centres de soins en addictologie permettent une approche intégrative dans le traitement des joueurs pathologiques. De façon systématique, il faut évaluer et prendre en charge les comorbidités (les troubles de l'humeur, l'abus/la dépendance aux substances psychoactives, les idées suicidaires et le risque de passage à l'acte souvent méconnus et sous-évalués par les professionnels du soin), les cognitions erronées et leur spécificité, notamment au regard des caractéristiques structurelles de différents types de jeu, le comportement de jeu et ses conséquences. La question centrale est celle de la place du comportement de jeu dans le fonctionnement psychique afin d'en comprendre la fonction qui sera déterminante quant aux stratégies thérapeutiques mises en place.

De manière idéale, la prise en charge doit pouvoir associer :

- une thérapie individuelle ayant pour objectif :
 - Le travail sur la motivation, c'est à dire évaluer où en est le sujet par rapport à son désir de changement et en favoriser l'accès (cf. entretiens motivationnels) ;
 - Le travail sur le comportement de jeu et les cognitions erronées au moyen de techniques cognitivo-comportementales. L'idée n'est pas de rendre le joueur abstinente mais de rendre le jeu acceptable, lui enlever son caractère obsédant, et accepter de perdre sans vouloir « se refaire ». Par ailleurs, la technique de la pensée à voix haute (dire à haute voix ce qu'on pense à l'intérieur de soi) permettra au joueur de prendre conscience des principes erronés et des fausses croyances qu'il entretient autour du jeu. Le thérapeute et le patient identifient ensemble ces distorsions cognitives afin de les modifier. Un long travail autour de la définition du hasard est alors essentiel ;
 - La recherche de sens, en lien avec l'histoire du sujet et les éléments inconscients à l'origine du comportement pathologique. La typologie des joueurs pathologiques prend ici tout son sens et son intérêt

car elle permet de cibler au mieux les techniques psychothérapeutiques les plus pertinentes répondant aux besoins du patient ;

- une prise en charge sociale car le potentiel de réhabilitation du joueur dépend aussi du réseau et de ses liens sociaux. Il faut notamment aider le joueur face aux difficultés financières engendrées par le jeu (ex : dossier de surendettement). Il faut également travailler le symbolisme de la dette (cf. dette inversée). Néanmoins, il est essentiel de ne pas intervenir trop tôt afin de ne pas risquer une rupture dans la prise en charge ;
- une thérapie de couple, comme complément à la prise en charge individuelle et familiale ;
- une thérapie familiale, car le jeu affecte l'ensemble du système familial, d'où l'importance d'impliquer les familles dès le début du processus d'intervention ;
- les thérapies à médiation corporelle (ex : sophrologie, relaxation) qui permettent une meilleure identification des émotions et réduisent le clivage psyché/soma.
- des groupes de paroles, très précieux pour prévenir la rechute/les rechutes. Ces derniers sont également très utiles lorsque le joueur dénie le caractère pathologique de son comportement de jeu.
- un traitement pharmacologique si la comorbidité associée le justifie (ex : dépression sévère).

Conclusion

Le jeu pathologique présente des similitudes avec les autres addictions sans substance. Il pose la question de la relation du sujet à un objet sans toxicité, un objet ayant des effets positifs. Il présente également des points communs avec d'autres addictions comportementales tout en ayant ses propres particularités, notamment structurelles, sociales et cognitives. Ces particularités soulignent l'intérêt et la nécessité de se former afin de mieux comprendre et surtout prendre en charge les joueurs en souffrance. À partir du tronc commun de l'approche transdisciplinaire des addictions, il est nécessaire d'acquérir des informations plus spécifiques, tant sur les modalités du comportements que sur le contexte social et les mécanismes cognitifs particuliers associés.

Bibliographie

- Adès J., Lejoyeux M. (2000). Jeu pathologique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 37-396-A-25, 1-14.
- Bonnaire C. (2010). Quand le jeu devient pathologique : éléments cliniques et prise en charge biopsychosociale de Julia. In L. Fernandez, *Psychopathologie des addictions : X cas cliniques*, Paris : In Press, 210-238.
- Bonnaire C. (2009). L'addiction aux jeux d'argent : casino, champs de courses et jeux de grattage. In I. Varescon, *Les addictions comportementales : aspects cliniques et psychopathologiques*. Paris : Mardaga, 49-106.
- Bonnaire C. *Vers une prise en charge intégrative des joueurs pathologiques*. L'Encéphale (sous presse). IF : 0013-7006, B.
- Bonnaire C., Couteron J-P. (2010). Le jeu pathologique. A. Morel, J.P. Couteron, P. Fouillard, *L'aide mémoire d'addictologie*. Paris : Dunod, 158-167.
- Caillois R. (1958). *Les jeux et les hommes*. Paris : Gallimard, 1967.
- Cotta A. (1980). *La Société Ludique - La vie envahie par le jeu*. Paris : Grasset
- INSERM, Expertise collective (2008). Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. http://ist.inserm.fr/basisrapports/jeux/jeux_synthese.pdf
- Peele, S. (1991). *The truth about addiction and recovery*. New York : Simon & Schuster.
- Suissa, J. A. (2005). *Le jeu compulsif. Vérités et mensonges*. Québec : Fides.
- Valleur, M., & Bucher, C. (1999). Le jeu pathologique, *Toxibase*, 3, 1-23.
- Valleur, M., & Matysiak, J. C. (2006). *Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris : Armand Colin.

Je mise 50 euros sur le Stade

Pour sensibiliser les acteurs sanitaires et sociaux de première ligne et ainsi les inciter à interroger leurs patients ou leurs usagers sur leurs pratiques de jeu de hasard et d'argent, le Docteur Olivier Middleton a créé un réseau sentinelle et de recherche, TVTBMLM (Tout Va Très Bien Madame La Marquise) - jeux de hasard, dont il est aujourd'hui le coordinateur.



Les jeux de hasard et d'argent (JHA); jeux dont le déroulement dépend en grande partie de la chance et sur le résultat desquels le joueur va miser de l'argent ou un objet de valeur, ont toujours fait partie du champ de la vie sociale.

Dans une société, de plus en plus individualiste, où la réussite se mesure en fonction de l'âge d'acquisition de sa première montre « R---x », où les nouvelles technologies ont modifié le rapport à l'autre, où la fracture sociale se creuse un peu plus chaque jour, on observe une augmentation du nombre des joueurs. Cette augmentation est également liée à la facilité d'accès à ce type de jeux ; accès renforcé par Internet et dont le risque majeur est de voir augmenter, en parallèle, le nombre de joueurs pathologiques. Depuis le mois de juin et le début de la coupe du monde de football, rentabilité oblige, le gouvernement a autorisé le développement de sites de jeux de hasard et d'argent en ligne ; d'ores et déjà poker, paris sportifs et hippiques et bientôt casino. Cette offre se veut une réponse aux nombreux sites illégaux, non contrôlés, qui fleurissent sur la toile. Elle s'inscrit dans une démarche de « jeu responsable », qui vise à promouvoir le jeu récréatif et s'accompagne de mesures visant à réduire les risques et les effets négatifs, notamment pour les mineurs et les personnes vulnérables.

Le Comité consultatif pour l'encadrement des jeux et du jeu responsable (CQJER).

Mis en place par le gouvernement dès le mois de juin 2006, il a pour missions d'éclairer et de conseiller celui-ci sur l'offre des jeux, notamment celui de la Française des Jeux (FdJ). Il intervient avant la validation du plan commercial annuel de l'entreprise, jeu par jeu, innovation par innovation. Le CQJER doit permettre de promouvoir un développement modéré, responsable.

Il doit également donner son avis sur le plan d'action que la FdJ propose chaque année afin de prévenir le jeu excessif.

Son rôle devrait s'étendre progressivement aux autres sites et à l'activité du PMU.

Le plan d'action « jeu responsable » de la FdJ s'articule autour de trois axes :

- Privilégier la prévention en informant le public et en sensibilisant tous les acteurs de la filière ;

- Canaliser l'offre en renforçant l'évaluation des jeux proposés au regard des publics vulnérables et en minimisant les risques (prise en compte des problématiques liées à Internet, protection des mineurs...);

- Contribuer à l'action publique à travers l'émergence d'une prise de conscience collective, une meilleure connaissance du phénomène du jeu excessif et une aide à la mise en place de structures d'accompagnement des joueurs en difficultés (La FdJ a participé à la création du Centre Français de Référence sur le jeu excessif, le CRJE au CHU de Nantes, elle soutient l'association SOS joueurs et les travaux de recherche de l'Hôpital Louis Mourier sur la prise en charge des joueurs excessifs. Elle contribue également au développement de l'expertise sur son secteur d'activité ainsi qu'à l'amélioration des connaissances...).

D'après l'INSEE, en 2006, près de 30 millions de personnes en France ont tenté leur chance au moins une fois par an, à un jeu d'argent (soit 3/5 de la population en âge de jouer). Le chiffre d'affaires de l'industrie des jeux autorisés (Française des jeux, PMU et casinos) est passé de 98 millions d'euros en 1960 à 37 milliards en 2006 ; soit un coefficient multiplicateur de près de 400 en 45 ans...

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT, va publier, au cours du premier trimestre 2011, les résultats de la première enquête nationale effectuée en population générale sur les pratiques de jeux de hasard et d'argent, ainsi que sur la prévalence des joueurs pathologiques.

Les résultats de cette enquête, effectuée au début de l'année 2010, avant l'ouverture des sites autorisés et le matraquage publicitaire qui les a accompagné, seront une bonne base de données qui permettra d'observer l'évolution des pratiques et du nombre de joueurs pathologiques consécutive à cette ouverture.

En s'appuyant sur les études européennes, on estime qu'il pourrait y avoir, aujourd'hui, entre 500 000 et 1 million de joueurs compulsifs en France.

En Amérique du Nord, l'incidence de celui-ci est comprise entre 1 et 2% des adultes. Elle est deux à trois fois plus importante chez les jeunes.

Le DSM-IV définit le jeu pathologique, à l'aide de 10 critères :

1. Préoccupation par le jeu.
2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
5. Jouer pour échapper aux difficultés ou soulager une humeur dysphorique.
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourner souvent jouer pour recouvrer ses pertes (« se refaire »).
7. Mentir à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. Commettre des actes illégaux tels que falsifications, fraudes, vols, détournements d'argent pour financer sa pratique de jeu.
9. Mettre en danger ou perdre une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
10. Compter sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

Un score supérieur ou égal à 5 signe le jeu pathologique.

Face à cette épidémie silencieuse, qui touche avant tout les publics dits « précaires », et qui s'accompagne d'un certain nombre de comorbidités telles que dépression, suicide, alcoolisme..., les acteurs sanitaires et sociaux de première ligne, sont dans leur grande majorité peu informés. Les médecins généralistes, comme le démontre la première enquête flash réalisée par le réseau TVTBMLM jeux de hasard, sont peu nombreux à interroger leurs patients sur leurs pratiques de jeu de hasard et d'argent.

ENQUETE FLASH TVTBMLM Jeux de hasard n°1 : les médecins généralistes et les jeux de hasard et d'argent

Nous avons posé deux questions sur les jeux de hasard et d'argent à un petit échantillon de médecins généralistes participant à deux colloques consacrés pour l'un à la médecine générale (Autres MG, 2/3 de notre échantillon) et pour l'autre aux addictions (MG addictologiques, 1/3 de notre échantillon).

Résultats et commentaires :

	MG addictologues	Autres MG	Tous groupes confondus
Jouez-vous à des jeux de hasard ?			
oui	45 %	28 %	33 %
pas du tout	55 %	71 %	67 %
Interrogez-vous vos patients sur leurs pratiques de jeu de hasard ?			
très souvent	10 %	0 %	3 %
souvent	20 %	5 %	10 %
occasionnellement	45 %	14 %	27 %
jamais	25 %	81 %	60 %

Que peut-on en penser ?

Un médecin généraliste interrogé sur trois déclare jouer à des jeux de hasard et d'argent (c'est moins que pour le reste de la population), mais en général les praticiens n'ont pas pour habitude d'interroger leurs patients sur leurs pratiques de jeu de hasard et d'argent : 87 % déclarent ne jamais le faire ou alors seulement occasionnellement.

Les résultats sont très différents si on prend en compte la population de médecins généralistes s'étant rendus au colloque sur l'addiction : ils sont personnellement plus « joueurs » (45 % contre 28 %) et ils interrogent plus volontiers leurs patients sur leurs habitudes de jeu ; 30 % le font très souvent ou souvent (contre 5 % des autres médecins) et 45 % occasionnellement (contre 14 % des autres médecins).

Ceci conduit à se poser deux questions :

Les médecins s'impliquant davantage dans le champ des addictions ont-ils un profil différent des autres ; seraient-ils davantage à la recherche de sensations que les autres praticiens ?

- Une meilleure connaissance des réseaux de prise en charge inciterait-elle davantage les praticiens à dépister les joueurs pathologiques ?

Dès lors se pose la question du dépistage et de l'orientation vers les structures de prise en charge des joueurs pathologiques. Si la grille sur le jeu pathologique du DSM IV (en attendant le DSM V) est le seul outil de diagnostic validé, il existe d'autres outils pour le dépistage du joueur en difficulté. Les deux tests de dépistage les plus utilisés sont l'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE) et le South Oaks Gambling Screen (SOGS).

L'Indice Canadien du Jeu Excessif est le test le plus utilisé en France, notamment dans les études prospectives. C'est le cas pour l'enquête de l'OFDT et il en est de même pour l'enquête effectuée par le SEDAP à Dijon¹ sur la prévalence du jeu excessif observée dans un centre de médecine préventive.

Dans un article publié en 2004², le Pr Amnon Jacob Suissa propose de poser quelques questions clés afin d'aborder le sujet avec son patient. Parmi celles-ci : « Vous arrive-t-il madame/monsieur de jouer ou de vous adonner aux jeux de hasard et d'argent ? De consommer telle ou telle substance ?

Y a-t-il quelqu'un dans votre famille qui joue ou qui s'adonne aux jeux de hasard et d'argent ? Voulez-vous qu'on prenne un peu de temps pour en parler ? »...

Ce dépistage, qui peut cibler les patients les plus vulnérables d'une clientèle de médecins généralistes, a d'autant plus de sens que les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et, d'une manière générale, de nombreuses structures de prise en charge en addictologie sont en mesure d'accueillir ce public. D'autre part, les nombreuses formations autour de cette thématique qui sont proposées aux acteurs sanitaires et sociaux, que ce soit au sein de la Fédération Addiction, du Centre de ressource sur le jeu excessif (CRJE) du CHU de Nantes, du centre Marmottan ou d'autres organismes de formation, permettent à tout un chacun de développer ses connaissances sur la question. Les lettres d'information que publie le réseau TVBMLM jeux de hasard participent également à cette démarche. •

Notes

¹ E. Benoit, F. Facy « Prévalence du jeu excessif observée dans un centre de médecine préventive en France ». *Alcoologie et Addictologie* 2010 ; 32 (2) : 101-109

² Amnon Jacob Suissa « Dépendance au gambling – repères pour le médecin de famille ». *Le médecin du Québec*, volume 39, numéro 11, novembre 2004.

Le réseau est ouvert aux acteurs sanitaires et sociaux de première ligne - Contact : tvtbmlm@openrome.org ou sur le site TVTBMLM.org (en cours d'élaboration)

Des consultations pour le retour à la case Réel



Psychologue à l'hôpital Marmottan, Elizabeth Rossé reçoit en consultation les jeunes souffrant de dépendance vis-à-vis des jeux vidéo et vient de mettre en place un groupe de paroles pour l'entourage des joueurs.

Actuel. Pourquoi parler d'addiction et non pas de passion ?

Elizabeth Rossé. La limite entre addiction et passion est difficile à saisir, d'autant plus qu'il n'y a pas de définition de l'addiction aux jeux vidéo. Le sujet – l'existence ou non d'une addiction aux jeux vidéo –, est en lui-même passionnel. Ainsi il émerge une multitude de discours à propos de ces jeux : tantôt enthousiastes, tantôt méfiants. Ces propos rendent compte de l'inquiétude sociétale à l'égard des technologies de l'information et de la communication. D'autant que l'on a encore peu de recul !

Pour les professionnels du soin ce qui compte c'est la souffrance ; le fait que la personne ne puisse arrêter un comportement en dépit de ses conséquences négatives, et donc qu'elle soit conduite à demander de l'aide, constitue pour nous l'élément qui légitime notre intervention.

Concernant les jeux vidéo, les souffrances sont multiples : souffrance d'être enfermé chez soi, de ne pas avoir de lien avec les autres...

Quels sont les spécificités de l'addiction aux jeux vidéo ?

Si on reprend le schéma traditionnel au secteur de l'addictologie, le fameux schéma trivarié, on trouve, du côté du produit, un type de jeu vidéo aux propriétés particulièrement addictogènes.

Du côté du contexte environnemental, on constate que la famille est fragilisée, vulnérabilisée par les événements de vie et a une tendance à la surprotection. On remarque aussi une difficulté d'élaboration de la séparation avec les parents, séparation nécessaire à l'adolescence car elle permet de se créer d'autres liens en dehors de la famille. Dans les situations que nous rencontrons dans nos consultations, la séparation est entravée par l'intensité du lien entre parents-enfants.

Du côté de la personnalité des joueurs, on repère l'inhibition comme caractéristique principale de la personnalité des joueurs reçus ; d'ailleurs ils le reconnaissent volontiers et se définissent comme introvertis, timides. Ils disent avoir des difficultés à entrer en contact avec les autres et être mal à l'aise dans la relation à l'autre.

La compréhension de l'addiction aux jeux vidéo ne peut faire l'économie de s'interroger sur la problématique adolescente (les joueurs ont en moyenne entre 17 et 20 ans).

La fonction principale du jeu est d'être un échappatoire; il permet de fuir la réalité – réalité physique, environnementale, corporelle, familiale – et a une fonction refuge. Parfois le jeu devient le centre de l'existence du jeune qui se désengage des autres activités (relationnelle, scolaire, loisir, sport..) et s'isole, jouant jusqu'à plus de trente-cinq heures par semaine. On repère également une perturbation du biorhythme avec une intensification de l'activité la nuit et une mauvaise alimentation comme dans les autres addictions.

Y a-t-il des jeux plus addictifs que d'autres ?

Le MMORPG DOFUS, jeu de rôle multi-joueurs sur Internet ou le World of Warcraft ont des caractéristiques spécifiques qui les rendent particulièrement attractifs : on y incarne un personnage auquel on va pouvoir s'identifier et sur lequel on va se projeter – c'est l'avatar. Si on est bon, il devient source de prestige et de reconnaissance. Le joueur s'attache, passe du temps avec l'avatar, substitution du joueur, prolongement de soi. Difficile alors de s'en séparer ! Le monde dans lequel évolue le personnage peut être qualifié de différentes manières : « persistant », ce qui signifie que le jeu se développe sur lui-même et ce, même en l'absence du joueur, ce qui peut créer une forme de préoccupation ; « permanent » : accessible 24 heures sur 24 ; « infini », pas de fin dans ces jeux mais de multiples tâches à accomplir, de nouvelles aventures proposées sans cesse... C'est aussi un monde où la mort est réversible et où l'on peut ressusciter.

Enfin, les joueurs ont un sentiment d'appartenance à un groupe en constituant des guildes, de véritables communautés qui, hiérarchisées, donnent une place à chacun, permettent des échanges et de la coopération. Mais cela crée une interdépendance entre les joueurs. Quand ils se donnent rendez-vous un soir à l'heure du dîner par exemple, cela peut créer un conflit avec les parents. Le joueur se retrouve alors en difficulté car ce sont ces relations virtuelles auxquelles le joueur aura le plus de mal à renoncer : renoncer au jeu signifie pour lui perdre ses amis.

Comment s'installe la dépendance ?

Petit à petit. Aucun joueur ne s'est dit « je vais m'investir dans ce jeu et en devenir dépendant ». Tous racontent avoir souhaités être plus performants et donc augmenter toujours plus leur temps de jeu... Quand on évoque le moment où ils ont commencé à jouer beaucoup, les joueurs repèrent des événements de vie : conflit avec les parents, déménagement, changement de relations ou d'école, décès, maladie d'un proche, ou encore grande déception dans l'amitié.

Créer ces liens par le biais du jeu agit au départ comme une prothèse pour parer à une difficulté de communication avec l'autre ou à une déception affective ou familiale : être en relation via l'écran protège des autres et permet de s'inventer une autre identité reconfortante et confortable.

Quels sont les risques de cette addiction aux jeux vidéo, qui, par ailleurs développent la concentration et les réflexes : la désocialisation ? La violence ?

Concernant la violence, les nombreuses études qui ont porté sur un lien de causalité entre certains jeux vidéo et la violence dans la vie réelle se contredisent et aucune ne l'a démontré. Ces hypothèses reposent sur des thèses médiatiques liées à des événements tragiques tels que le massacre de Colombine (l'assassinat par deux jeunes de leurs professeur et amis). Si ces jeunes jouaient à des jeux vidéo de type « FPS » (first player shooter), dont l'objectif est de tuer ses adversaires, ces actes d'une rare violence ont été commis par des jeunes ayant avant tout de grandes difficultés d'ordre psychiatrique.

Par contre, il est vrai qu'interrompre un joueur contre son gré au milieu d'une partie de jeu peut déclencher une réaction de violence liée à la frustration.

Les risques d'un surinvestissement dans le virtuel sont la désocialisation et l'isolement, à un âge où l'on découvre les autres et où il faut acquérir une confiance en soi. Les joueurs se réfugient dans un monde virtuel et le retour au monde réel les confronte à la difficulté de trouver leur place. Retour d'autant plus difficile quand ils constatent que les autres ont acquis de l'autonomie, sont engagés dans des études, ont tissé des relations, s'installent dans un appartement...

Il est important de souligner que ce type d'addiction est plus léger que les traditionnels toxicomanie, alcoolisme ou jeu pathologique... Notamment parce que le repérage s'effectue de manière précoce.

Internet est pourtant un outil de communication ?

Bien entendu, Internet est un merveilleux outil. Cependant il ne faut pas omettre qu'il s'agit d'un nouveau type de communication dans laquelle le corps occupe une place bien particulière.

Qui vient vous consulter et pourquoi ?

Les parents du joueur viennent nous voir lorsqu'ils constatent une baisse des résultats scolaires. Car il y a une sorte de contrat passé entre eux et leur adolescent : la paix dans ses loisirs contre de bonnes notes à l'école. Ils ont acheté l'ordinateur, ont trouvé rassurant de savoir leur enfant à la maison plutôt qu'à l'extérieur et n'ont pas vu la situation se dégrader. Reste que cela arrive le plus souvent dans des contextes familiaux de déséquilibre ou de rupture.

Les parents ont laissé faire, réagissent trop tard et, au moment où ils veulent intervenir parce qu'ils se rendent compte que l'activité de leur enfant a débordé, ils ne sont pas légitimes. Les limites proposées ne sont plus entendues. D'autant qu'ils se sentent dépassés par ces nouvelles technologies, l'ordinateur restant à leurs yeux un outil de travail et non pas de jeu. Pour la première fois, ce sont les jeunes générations qui détiennent un savoir non transmis par les Anciens.

D'où le conflit, qui n'est pas frontal entre deux individus mais s'établit autour d'une pratique, celle de l'ordinateur.

Comment accompagne-t-on et prend-on en charge un joueur pathologique ?

Nos entretiens individuels sont centrés autour du jeu d'abord, terrain plus neutre, avant qu'ils ne parlent d'eux-mêmes et de leurs vraies difficultés, avec cette spécificité propre à l'adolescence : beaucoup de silences. Cela peut nécessiter de quatre mois à plus d'un an, le temps de trouver une orientation scolaire ou que quelque chose redémarre. Car ce n'est pas, comme pour toutes les addictions, parce que l'on a

réglé les difficultés de jeux et que l'on a mis à distance un comportement que l'on a tout réglé et stabilisé. D'autant que pour les jeux vidéo, l'abstinence est rarement l'objectif...

Si la situation le nécessite, nous proposons un entretien familial qui regroupe parents et enfant. Nous recevons aussi des parents et venons de créer un groupe de parole destiné à permettre à l'entourage du joueur – parents, éducateurs, professeurs – d'échanger sur les pratiques et les recettes. •

.....
Pour échanger autour de la question de l'addiction aux jeux vidéo, « la Guilde », réseau de cliniciens, offre un espace de réflexion clinique sur cette problématique qui reste largement minoritaire dans nos consultations. Des réunions ont lieu tous les deux mois environ au centre médical Marmottan à Paris. Ses objectifs sont les suivants :

- Identifier les lieux de soins et les personnes référentes (afin de pouvoir orienter les demandes au niveau national, par exemple.)
- Mutualiser l'expérience clinique de ses membres (exposé de cas cliniques et échange autour de ces situations "de terrain").
- Réfléchir sur la pratique clinique de l'addiction aux jeux vidéo et sur son évolution
- Partager et valoriser (site internet, mailing list, journée d'étude)

Toute personne qui reçoit des joueurs et souhaite nous rejoindre pour partager son expérience peut prendre contact avec Aurélie Wellenstein, documentaliste au Centre médical Marmottan.

.....

L'addiction à la pratique sportive

La note d'analyse « Jeux vidéo : quelle régulation des contenus et des pratiques ? » du Centre d'analyse stratégique*

Le Centre d'analyse stratégique a produit une note d'analyse parue en novembre 2010 sur « Jeux vidéo : quelle régulation des contenus et des pratiques ? ». Dans un contexte où l'industrie du jeu vidéo est en plein essor, cette note fait état d'un certain nombre de constats concernant les pratiques de jeux, considérées pour certaines comme à risque, mais aussi concernant le profil des joueurs, repéré comme de plus en plus large et varié. Les propositions émises par le centre d'analyse stratégique repose sur la création d'un dispositif de régulation combinant plusieurs outils : d'une part ceux qui relèvent du contrôle de l'accès et d'autre part ceux qui ont trait à la sensibilisation et à l'accompagnement des utilisateurs et des adultes référents.

Ce dispositif consiste notamment à :

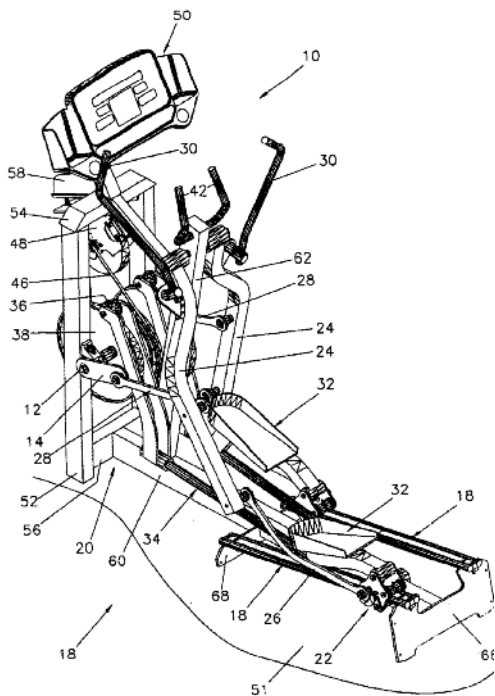
- élaborer une charte de bonnes pratiques destinée aux distributeurs
- créer un unique portail de référence sur les jeux vidéo
- sensibiliser les adultes aux signes précurseurs des usages excessifs et à leur prévention
- expérimenter l'efficacité d'outils visant à diminuer les temps de connexion (repères temporels, messages sanitaires...)
- Procéder à une étude épidémiologique

Pour consulter la note d'analyse dans son intégralité, vous pouvez vous rendre sur le site internet du Centre d'analyse stratégique :

<http://www.strategie.gouv.fr/>

*Le Centre d'analyse stratégique est un organisme qui a pour mission d'éclairer le Gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale ou culturelle. Le Centre d'analyse stratégique a été créé par décret en date du 6 mars 2006. Il succède au Commissariat général du Plan.

Prévenir, accompagner et prendre en charge les difficultés psychologiques liées à la pratique sportive, telles sont les missions de Nadia Dominguez, psychologue à l'Antenne Médicale de Prévention du Dopage Aquitaine (AMPD) et au CAPS (Centre d'accompagnement et de prévention pour les sportifs) du CHU de St André de Bordeaux.



Durant les vingt dernières années, la notion d'addiction a connu de fortes évolutions. Le rôle principal attribué à la substance dans l'installation et le maintien d'une dépendance n'est plus central. L'approche actuelle préfère repositionner l'individu et son comportement au centre de la définition (Pedieli 1997).

C'est en 1990 que Goodman propose une définition de l'addiction allant dans ce sens. Il s'agit pour lui « d'une impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance sur les conséquences négatives ». Nous retrouvons dans cette définition deux notions incontournables communes à l'ensemble de ces conduites addictives : la notion de répétition et la notion d'incapacité à renoncer au comportement. Ainsi, en référence à cette définition, de nombreuses conduites dépassant largement les toxicomanies classiques et l'alcoolisme sont regroupées. Il s'agit notamment de l'anorexie, de la boulimie, de l'addiction sexuelle, de l'addiction au travail, de la cyber-addiction, du jeu pathologique, des achats compulsifs, de l'addiction au sport... Elles sont souvent appelées les toxicomanies sans drogues ou les « nouvelles addictions » (Fernandez 2005).

Concernant l'addiction à la pratique sportive, les recherches à ce sujet sont certes nombreuses, mais difficilement comparables du fait de l'utilisation d'outils méthodologiques différents, ou ne s'intéressant qu'à un type de discipline sportive. Ainsi, il n'existe pas de consensus sur les critères objectifs à évaluer pour le diagnostic. Les définitions sont multiples et les termes d'appellation sont différents selon les auteurs (addicts, dépendants au sport, à l'exercice, à la course, coureurs obligés, compulsifs, abusifs, morbides, addiction positive, addiction primaire/secondaire...). Certains s'intéressaient uniquement aux coureurs, faisant de cette pathologie un trouble spécifique à cette discipline (Dishman 1985), d'autres percevaient une forme positive et valorisée d'addiction (Glasser, 1976), opposant les effets de cette addiction « positive » (bien-être physiologique et psychologique avec l'exercice physique) aux addictions « négatives » que sont les dépendances avec substances.

En 1995, Veale distingue l'addiction à l'exercice primaire et secondaire. Il suggère que la forme primaire concernerait le noyau dur de l'addiction au sport et que la secondaire serait reliée à un trouble alimentaire de type anorexique.

En 2005, Griffiths propose un tableau descriptif complet de tous les types d'addiction. Il regroupe 6 composantes qui doivent être présentes pour diagnostiquer une dépendance (à une substance ou un comportement) qui sont : la prépondérance, les changements d'humeur, la tolérance, les symptômes de manque, le conflit et la rechute.

Il n'est donc pas toujours évident de repérer un même phénomène qui apparaît sous des termes et des définitions différents.

En l'absence d'un consensus, nous nous référons à la définition de Goodman pour proposer une définition s'appuyant sur les critères du DSM4 (Mangon 2003) et qui regroupe l'ensemble des phénomènes addictifs qu'il s'agisse d'une dépendance à une substance ou à un comportement :

l'impossibilité répétée de contrôler la pratique sportive, la poursuite de celle-ci malgré les conséquences négatives que cela peut avoir sur la santé physique, psychique ou sur la sphère sociale. Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

Au CAPS, service hospitalier du CHU de Bordeaux (Centre d'Accompagnement et de Prévention pour les Sportifs), les sportifs présentant des difficultés psychopathologiques en lien avec la pratique sportive peuvent bénéficier d'un suivi psychologique et c'est sur la base de ces critères que l'examen clinique sera réalisé pour le repérage de cette pathologie. La réalité clinique de la population rencontrée au CAPS semble montrer que l'addiction au sport ne concerne pas que le sportif de haut niveau. On estime à 4%, dans la population sportive générale, la proportion de sujets susceptibles de glisser dans la dépendance à l'exercice physique selon le rapport de l'INSERM (2008). Professionnels, amateurs, de compétitions, pratiquant intensifs, quel que soit le niveau, ces sportifs sont susceptibles de devenir *addicts*. La pathologie peut donc concerner l'ensemble de la population qui pratique une activité physique régulière.

Pour mieux cerner ce trouble, il est important de noter qu'à l'opposé des autres addictions, celle-ci est souvent considérée comme étant « positive », valorisée par le sportif ou son entourage qui interprète le comportement comme une preuve de courage, de motivation, « un corps sain dans un esprit sain ». Le sport est un facteur de protection de santé : il permet de réduire les risques d'apparition de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, l'hypertension et certains types de cancer ; il a également un effet bénéfique sur la santé mentale, notamment avec l'amélioration de l'estime de soi, du bien-être, la réduction de stress, de la dépression et de l'anxiété. Donc cette pathologie n'est pas repérée comme entité à part entière par le sportif ou son entourage, car l'objet même de cette addiction est un comportement socialement valorisé.

Lorsqu'un sportif *addict* arrive en consultation, les motifs évoqués se situent à un tout autre niveau, car lui-même ou son entourage ne repèrent pas la pathologie. Ils repèrent d'abord les conséquences négatives que ce comportement peut avoir sur :

- la sphère physique lorsque l'exercice est tellement intense qu'il provoque des blessures empêchant la reprise de l'activité ;
- la sphère sociale ou familiale souvent sacrifiée en faveur de l'activité physique, ce qui entraîne des tensions importantes ;
- la sphère professionnelle qui, elle aussi, peut être affectée par le surinvestissement sportif ;
- la sphère psychologique : lorsqu'ils sont contraints au repos pour maladie ou blessure, ils éprouvent une sensation de manque. Des troubles du comportement alimentaire secondaires à l'addiction, avec une réelle volonté de maigrir en vue d'être plus performant. D'ailleurs, il est important ici de saisir le diagnostic réel dont souffre le patient, qui repère et met en avant le trouble du comportement alimentaire comme motif de consultation sans repérer sa dépendance à l'activité physique. La prise en charge va dépendre de ce diagnostic qui peut s'appuyer sur des outils d'évaluation comme l'*Exercice Dependence Questionnaire* (Ogden 1997) pour éclairer le diagnostic et vérifier qu'il s'agisse bien d'une addiction à l'activité physique et non d'un comportement dont la motivation principale est le contrôle du poids. Un autre outil intéressant qui est

validé et que nous pouvons utiliser pour diagnostiquer la pathologie est l'échelle de Laurence Kern (2007). Pour certains d'entre eux, les plus dépendants, un véritable syndrome de sevrage avec dépression, irritabilité, sommeil perturbé et agité et des difficultés de concentration intellectuelle lorsque l'activité ne peut s'exercer.

La prise en charge d'un tel patient doit se faire de manière globale, en le guidant vers une prise de conscience des mécanismes en jeu dans son dysfonctionnement. Nous l'amènerons à réfléchir sur son type d'attachement à la pratique dont il perd le contrôle et le plaisir. La difficulté dans cette addiction est de développer la motivation du sportif concernant surtout la prise de conscience des effets délétères de ce trouble. Ici plus qu'ailleurs le développement de la motivation à diminuer ou contrôler la pratique doit s'exercer. Il est donc essentiel de travailler sur les entretiens motivationnels. L'approche que nous aurons dépendra de nombreux facteurs, tant liés au sportif qu'à l'interaction entre le sportif et le thérapeute ; il peut s'agir d'une approche cognitivo-comportementale, analytique, de soutien... Mais quelle que soit l'approche utilisée, la prise en charge doit se faire de manière systémique, en intégrant la famille du sportif dans le suivi, car celle-ci est très souvent affectée dans son quotidien par les effets de cette pathologie. •

Bibliographie

- Pedinielli J.L., Rouan G., et Bertagne P., (1997). *Psychopathologie des addictions*. Edition Nodules PUF.
- Fernandez L. et Catteeuw M. sous la direction de Pedinielli J.L., (2005). *Clinique des addictions. Théories, évaluations, préventions et soins*. Editions Armand Colin.
- Dishman R.K., (1985). Medical psychology in exercise and sport. Medical clinic of North America. In Tignol J. et Lincheneau P.M., (1991). *Psychopathologie du sport*. Editions techniques E.M.C.
- Glasser W., (1976). Positive addiction. New York: Harper and Row. In Pierce E.F. (1994). *Exercice dependence syndrome in runners*. Sports medicine n° 18 (3).
- Veale, D., (1995). Does Primary Exercise Dependence really exist? In: Exercise Addiction: Motivation for participation in sport and exercise. Annett J, Cripps B, & Steinberg, H. (Editors). *British Psychological Society, Sport and Exercise Psychology Section*, p1-5.

Incidence des pratiques sportives de haut niveau sur la survenue d'une alcoolo-dépendance



Le Docteur Claude Roche-Desbordes, médecin au CSAPA « La Source Landes Addiction » et au Centre Hospitalier de Dax a mené une réflexion sur le lien entre pratique sportive et consommation d'alcool en observant la file active de ses patients. Cet article est issu de la présentation orale de Claude Roche-Desbordes lors des journées « accompagner la réforme CSAPA » organisée par la région Aquitaine Fédération Addiction en novembre 2010.

Depuis 2000, je constate une arrivée croissante de patients dépendants de l'alcool, qui ont eu une antériorité de carrière de sportif de haut niveau et qui ont souvent eu du mal à stopper une activité physique intense, avec une intrication rapide de conduites d'alcoolisations pathologiques. La répétition de ces situations cliniques m'a conduite à une interrogation sur un lien possible entre une carrière sportive professionnelle, effective ou désirée, et un *craving* pour l'alcool apparaissant ou se majorant à l'arrêt de cette activité, qu'elle soit une sortie de carrière sur échec ou par limite d'âge. Cela pousse à s'interroger sur le mécanisme psychique et/ou neurobiologique éventuellement en cause.

1 Vignette clinique de Mme R.

Il s'agit d'une jeune femme, plutôt brillante qui pratique le jogging intensément au moins 1h 30 par jour jusqu'à l'âge de 22 ans. A la suite d'un poly-traumatisme à 22 ans, elle subit une rééducation, des opérations multiples avec soins antalgiques morphiniques prolongés. Elle va développer une

dépendance secondaire aux opiacés thérapeutiques dont elle majore sans cesse les doses. Un auto-sevrage brutal volontaire des opiacés provoque un état initial douloureux intense puis rapidement l'émergence d'une *craving* intense pour l'alcool et une dépendance successive rapide nécessitant un sevrage en milieu spécifique après une alcoolémie positive au volant et un suivi au décours depuis 6 mois au CSAPA de Dax. Elle présente, depuis le sevrage, une abstinence durable mais des douleurs fréquentes, qu'elle traite par une activité de natation intense d'une heure tous les deux jours qu'elle a reprise depuis qu'elle a retrouvé le permis de conduire.

2. Questionnement à l'éclairage de la bibliographie*

a) Une molécule commune, l'endorphine

Les endorphines ont été découvertes dans les années 1970 au cours d'expériences menées sur le cerveau des cochons. Ces molécules naturellement produites par l'organisme sont des neurotransmetteurs très proches, dans leur formulation, de la morphine. Elles sont libérées par le cerveau et plus précisément par l'hypothalamus et l'hypophyse. Elles agissent sur les récepteurs opiacés du corps pour contrer les effets du stress psychologique ou physique, de la douleur, lors d'un effort ou d'émotions intenses. Lorsque le cerveau libère ces molécules, elles se dispersent dans le système nerveux central pour rejoindre par le sang les tissus de l'organisme.

Souvent associées à un sentiment de plaisir, les endorphines sont très proches dans leur formulation des opiacés, autrement dit de la drogue. Ce mode d'action a longtemps laissé croire que les endorphines étaient au cœur des phénomènes d'addiction puisqu'elles conjuguent plaisir avec stress et souffrance. Des études récentes sont venues quelque peu remettre en question les effets de ces neurotransmetteurs particuliers sur l'organisme. Le lien linéaire de causalité semble beaucoup plus complexe que ce que l'on supposait jusqu'ici.

b) Des endorphines libérées par l'ingestion d'alcool

De faibles doses d'alcool induisent la sécrétion d'endorphines dans le cerveau. Ce phénomène explique la sensation de bien-être ressentie après avoir bu un verre de vin. Christina Gianoulakis et son

équipe de l'université de Mac Gill au Canada (Jarjour S, Bai L, Gianoulakis C, 2009) se sont intéressées à des rats, à qui elles ont administré par injection, soit du sérum physiologique, soit des doses croissantes d'alcool. Elles ont mesuré ensuite, grâce à une technique sophistiquée, le taux d'endorphines et d'autres médiateurs chimiques présents dans le cerveau. Elles ont pu observer une augmentation de la sécrétion d'endorphines plus particulièrement dans l'aire tegmentaire ventrale, une des régions du cerveau les plus importantes pour la médiation des effets de l'alcool, expliquant la légère euphorie, la baisse de l'anxiété et le sentiment général de bien-être produit par l'absorption d'une petite quantité d'alcool.

Le taux de β endorphine s'élève pour des doses faibles ou moyennes, non fortes. Une dose moyenne de 1.2g/kg soit 90g pour adulte de 75 kg (9 doses U.I.) entraîne la production de dynorphine A1-8 et ce, de manière tardive. Il n'agit pas sur la sécrétion de met-enképhaline. Le caractère addictif de l'alcool tient d'ailleurs sans doute à cet effet sur les endorphines. « Ce travail confirme expérimentalement ce que l'on savait déjà intuitivement », affirme pour sa part le professeur Michel Reynaud (service d'addictologie, hôpital Paul-Brousse, Villejuif). « Ainsi, un des médicaments utilisés chez les patients pour traiter leur dépendance, la Naloxone, vise à bloquer certains récepteurs aux opiacés de manière à inhiber les effets de l'alcool sur les endorphines et couper ainsi la voie du plaisir. »

c) Des endorphines sécrétées dans l'effort

Elles vont être libérées durant les efforts physiques prolongés. Certains marathoniens parlent ainsi d'extase et de grande euphorie lorsque les doses massives d'endorphines sont produites par le corps dans l'effort. L'effet lors des pointes de production ressemble très fortement à celui procuré par la prise de drogue. Le taux d'endorphines est directement lié à l'intensité et à la durée de l'exercice, mais aussi à l'activité physique. La quantité d'endorphines augmente pendant l'exercice et atteint cinq fois les valeurs de repos, 30 à 45 minutes après l'arrêt de l'effort. Les sports d'endurance sont les plus endorphinogènes : le jogging, le vélo, la natation, les sports en salle, les activités à efforts fractionnés (intervalle-training) l'athlétisme, le football, le rugby, le basket ou le handball.

d) La pratique sportive, une addiction ? Éclairages du Docteur Menuet

D'après le Docteur Jean-Jacques Menuet, médecin du sport, les conséquences de l'arrêt du sport peuvent être physiques et parfois psychologiques. Si l'on parle de sevrage pour une pratique sportive cela renverrait alors à la notion d'addiction. Or l'activité sportive à elle seule peut-elle générer cette problématique ? Ce médecin témoigne du retentissement de l'arrêt du sport pratiqué sur un mode « addictif » et/ou pratiqué à un haut niveau sportif qui entraîne des perturbations physiques et psychiques et semble aussi pouvoir créer les conditions d'une addiction de remplacement (drogue, alcool, somnifères, « TCA » (= troubles du comportement alimentaire)). Il convient de dire que parfois le sport peut être vécu dans un espace de quasi addiction.

Le contexte de vie du sportif de haut niveau induit un certain nombre de facteurs à risque. Le sujet est souvent coupé assez jeune de son milieu familial (pour rejoindre la « famille adoptive du sport ») et de son entourage amical qui mènent une vie « normale ». Avec des repères différents des jeunes « ordinaires », il est assisté par son encadrement, qui ne facilite pas l'apprentissage de l'autonomie. Souvent centré sur lui-même, sur son corps (narcissisme), il surinvestit une seule activité avec un niveau d'exigence élevé, une volonté de tendre à la perfection, voire se dépasser, avec peu de conscience des limites physiologiques car habitué à l'effort et à la souffrance. Seuls le court terme et l'immédiateté du « rendement » intéressent trop souvent l'encadrement sportif. L'ambiance « colonie de vacances », le phénomène de bande peut entraîner un partage « déculpabilisant » des dérapages, des expériences avec le groupe : alcool, dopage, « Nonox-party » (avec le somnifère Stilnox), « nomadisme sexuel » etc.) et peut provoquer un sentiment d'invulnérabilité, des conduites à risque et un goût de la transgression. Adulé dans la réussite, critiqué lors des performances insuffisantes (manichéisme), il est habitué aux émotions fortes, au stress, dû au sentiment de réussite ou d'échec, mais aussi aux expériences d'ennui, de désœuvrement, de lassitude, de routine (transports, stages, hôtels). Le repérage d'une pratique addictive au sport peut se faire selon les critères suivant :

- Une activité physique stéréotypée et rituelle prenant le pas sur toute autre activité, pratiquée au moins une fois par jour, et produisant des effets physiques et psychiques (dont la « classique » libération cérébrale de dopamine et d'endorphines)
 - Une augmentation progressive de la tolérance à l'intensité voire à la douleur de l'exercice : le sportif cherche à progresser (+++) en s'imposant un cadre sévère : « je me fais mal, je me défonce »
 - Installation d'un « style de vie »
 - Symptômes de sevrage avec tristesse de l'humeur et souvent troubles du sommeil lors de l'arrêt choisi ou imposé de l'exercice physique. Disparition de ces symptômes lors de la reprise (par exemple arrêt provisoire : blessure, grossesse, contraintes professionnelles)
 - Poursuite de l'activité sportive malgré des pathologies induites par le sport
 - TCA (Troubles du Comportement Alimentaire) qui lui semble un facteur prédictif péjoratif, signe d'alerte à rechercher : le sportif a une quête excessive de perte ou de prise de poids avec facteur d'isolement pour consommer seul les repas.
- Les sports repérés comme les plus addictifs par le Docteur Menuet sont le jogging à outrance, le sport de haut niveau (l'amateur comme le professionnel), le sport d'endurance, surtout la course à pied et le bodybuilder.

3. Etude de cette problématique chez les nouveaux patients de la file active de la consultation hospitalière d'addictologie rattachée au CSAPA des Landes

a) Méthodologie d'étude

- Repérage régulier depuis 6 ans des pratiques sportives semblant addictives des nouveaux patients : depuis 2004, la nécessité de systématiser les données addictologiques de chaque patient en vue d'incrémenter le bilan d'activité annuel obligatoire a amélioré notre repérage des divers produits d'addiction mais également des addictions sans produit. J'ai pu ainsi rassembler sur les années 2007, 2008, 2009 et les 2/3 de 2010 un ensemble de patients se présentant avec une difficulté avec l'alcool mais ayant, ou ayant eu, un comportement de pratique sportive très intense qui pouvait avoir semblé addictive.

L'écoute clinique fine était mise en alerte :

- Par l'expression du patient sur cette période d'activité sportive et un ressenti de bien-être qui pouvait alors en découler ainsi que le sentiment de retrouver une certaine quiétude lors des consommations d'alcool.
- Par les liens qu'il faisait spontanément dans sa biographie sur la décroissance de son sport ou arrêt brutal de celui-ci et survenue de consommations pathologiques d'alcool.
- Par les enjeux de cette activité dans la dynamique émotionnelle du patient, le temps qu'il y consacrait et le niveau de réussite atteint
- Une dizaine de nouveaux sujets par an ont pu être rassemblés, représentant 3,5% des nouveaux patients annuels, anciens adeptes de sport de haut niveau, avec un total de 40 patients cumulés sur 4 années pour étudier leurs particularités épidémiologiques

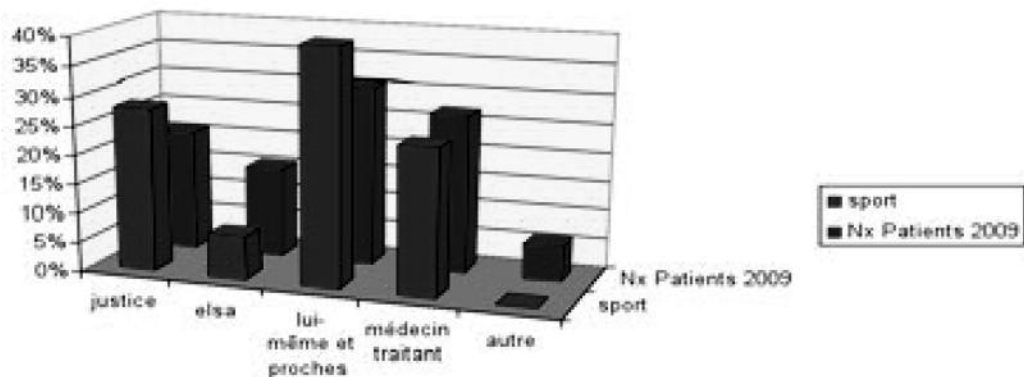
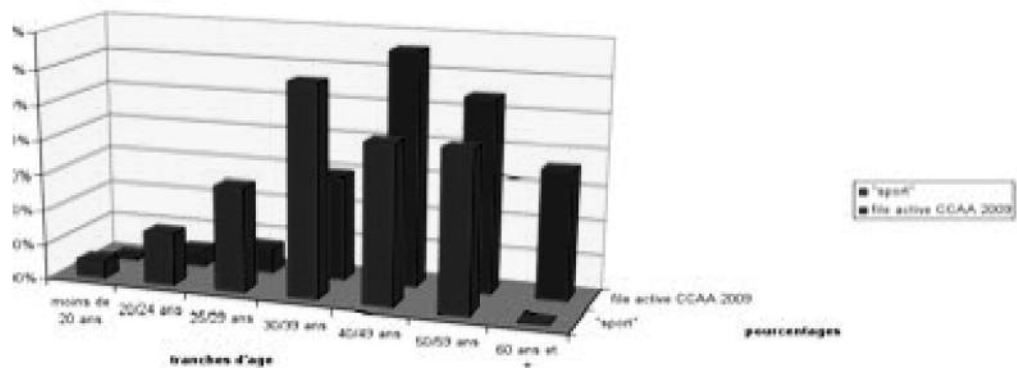
- Comparaison de cet ensemble de patients sur leurs caractéristiques épidémiologiques à la population globale ayant fréquenté le CCAA en 2009, en se basant sur les résultats du bilan d'activité de 2009. Une étude ultérieure se devrait d'apparier une population quantitativement similaire tirée au sort mais les délais impartis de l'étude et l'activité dense du centre de soin ne me le permettait pas.

Sports repérés dans l'échantillon de 40 patients

Activité pratiquée (nombre de citations)
 Foot : 9 / Course (athlétisme, course de fond) : 7
 Sports collectifs autres que le foot (rugby, basket, hockey sur gazon) : 6 / Arts martiaux : 4 / Rugby : 3
 Vélo, moto-cross, natation, glisse, aviron : 2
 Gymnastique, musculation : 1

b) Résultats

1) Comparaison des tranches d'âge entre les 2 populations



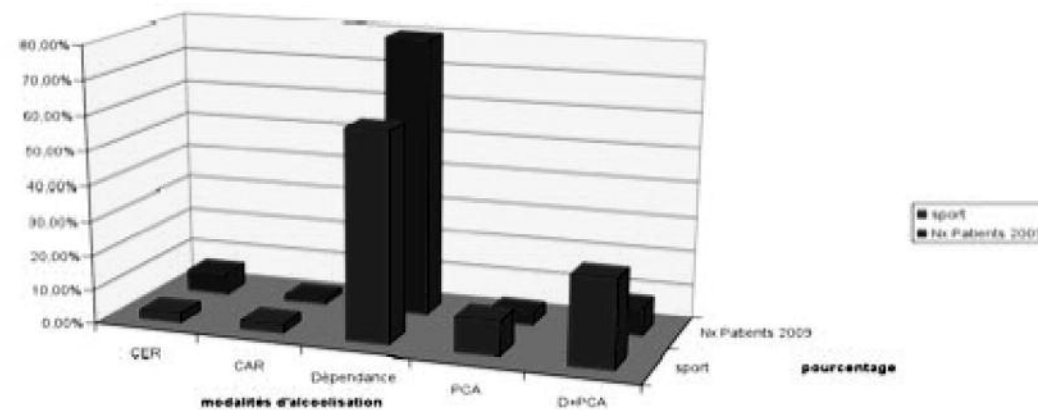
- Il s'agit manifestement, d'une population beaucoup plus jeune, avec un âge moyen de 37,4 ans contre 45,5 ans pour la population alcool globale de 2009, soit 8.1 ans de différence.
- Le passé de toxicomanie à l'héroïne fait se présenter en alcoologie des patients de 7 ans d'âge moyen inférieur à la globalité des patients ayant une alcoolisation à problème (cf. étude antérieure),
- De même, l'activité sportive intense pourrait être un co-facteur de vulnérabilité du devenir des usages ultérieurs d'alcool.

2) Comparaison des modes de venue

- On constate des modes de venue un peu différents mais qui ne pouvaient être vérifiés sur le plan statistique et nécessiteraient un travail ultérieur sur ces items, je ne peux décrire que des tendances :
- Moins de modalités regroupant travailleurs sociaux et structures diverses (0% versus 6%), car ces patients présentent en général un statut social moins dégradé.
 - Mode de venue semblable sur orientation des médecins traitants (25% versus 27%)
 - 40% versus 30% viennent par eux même ou sur orientation des proches
 - On peut noter enfin une plus grande fréquence de modalité de venue sur orientation judiciaire pré- ou post-sentencielle s'expliquant peut-être par le mode de consommation pathologique d'alcool un peu différent des patients tout venant (cf. ci-dessous): 28% versus 21%.

3) Comparaison des modalités d'alcoolisation

- Il n'existe pas de variation notable des consommateurs occasionnels (consommateurs épisodiquement à risque (CER.) et des consommateurs quotidiens à risque (CAR.)
- On peut noter par contre des tendances, à étudier de manière plus fine et plus rigoureuse dans l'avenir, vérifiables statistiquement :
- Une fréquence moindre de patients présentant des critères physiques de dépendance classique associant tolérance et dépendance (60% versus 80%).
- Une part plus importante d'alcoolisations pathologiques par perte de contrôle (PCA) (10% versus 3.4%), c'est-à-dire des alcoolisations non quotidiennes mais incoercibles après prise d'une première dose, avec ivresses non anticipées, non ritualisées et réactions émotionnelles non-conformes, avec conséquences médico-légales, ivresses présentant une fréquence qui inquiète le patient.
- Ces alcoolisations se rapprochent de la description clinique du « binge drinking » mais sans l'expression de désir affiché de se fondre dans l'ivresse, au contraire un certain étonnement à constater qu'une première dose absorbée constitue une dose gâchette.
- On peut retrouver fréquemment des modes de consommation similaires dans un échantillon de patients ayant fait usage de cocaïne dans les mois et années suivantes avec un profil de bonne insertion sociologique. (cf présentation à la SFA en 2006).



... / ...

Cela permet de comprendre la tendance, constatée dans cet échantillon, à venir de manière plus importante sur le mode justice.

- Lorsqu'ils deviennent dépendants, malgré une tolérance théoriquement croisée aux critères de dépendance, un nombre plus important que le groupe de comparaison garde une rythmicité d'alcoolisations avec PCA soit 25% versus 8.2% ; groupe « D+PCA »

4) Durée et niveau des pratiques

Durée de la pratique : l'alerte clinique est effectivement l'expression du patient qui décrit cette activité comme très importante : elle prend nettement du temps sur des activités habituelles de l'adolescence avec un minimum effectif de pratique d'au moins 6h par semaine parfois 5h par jour ou jusqu'à 25h par semaine.

Niveau (nombre de citations)

Jeune espoir : 8 / Championnat de France : 7 / Niveau L1 : 2 / JO et mondiaux : 2

Le recueil rétroactif des données sur dossiers, qui n'avaient pas été remplis initialement dans la perspective de cette étude et le délai entre l'arrêt de cette activité et la première rencontre en consultation, ne permettait de préciser cet item que 19 fois sur 40

5) Raisons de l'interruption sportive

Raison de l'interruption (nombre de citations)

Lésion physique : 9 / Arrêt de carrière entre 22 et 36 ans : 7 / Rupture de rêve de professionnalisation avec carence du dossier scolaire ou sportif : 7 / Mal précisé : 17

6) Modalités séquentielles du passage de l'activité sportive à une consommation pathologique d'alcool

Modalités du passage à une alcoolisation pathologique (nombre de citations)

Successives : 9 / Tout associé : 5 / Fondu-enchaîné : 2 / Passage par un produit intermédiaire : 4 cannabis 2, cocaïne 1, opiacé thérapeutique 1 / Non précisé : 20

Parfois, activité sportive encore associée aux séquences de rupture du comportement d'alcoolisation

7) Autres addictions croisées

Addictions croisées (nombre de citations)

Cannabis : 7 (avec dépendance 1, en prise par pipe à eau 1 / Cocaïne : 7 (consommation très occasionnelles (quelques sniffs) 3, consommations récurrentes 2, dépendance 1) / Addiction sans produit : 5 (jeux 1, travail 1, sexe 1, TCA 2) / Opiacés thérapeutiques* : 1

*dépendance aux opiacés thérapeutiques dont le sevrage provoque une irruption d'une dépendance alcoolique rapide (cas clinique)

On peut noter que le pourcentage d'addictions croisées aux produits illicites est inférieur au total qu'à celui du groupe témoin.

8) Caractéristiques psychologiques

Caractéristiques psychologiques (nombre de citations)

Étiquetés comme bipolaires : 6 / Considérés comme Hyperactifs dans l'enfance ou l'adolescence : 4 / Ayant vécu des histoires traumatiques : 2 / Situation en lien avec une anxiété pathologique, voir des attaques de panique : 2

Les psychopathologies ne semblent pas plus fréquentes dans cette population, voire inférieures mais la « vérification » de cette notion demandait une recherche clinique approfondie.

Par contre les antécédents d'hyperactivité dans l'enfance ou de trouble de l'humeur corrélés semblent plus fréquents dans cet ensemble de patients sélectionnés pour leur pratique antérieure de sportif de haut niveau. L'irruption d'une activité sportive débordante dans l'adolescence venait-elle tamponner cette tendance avec une autorégulation par les endorphines endogènes ? Là encore, une recherche clinique approfondie serait intéressante à mener.

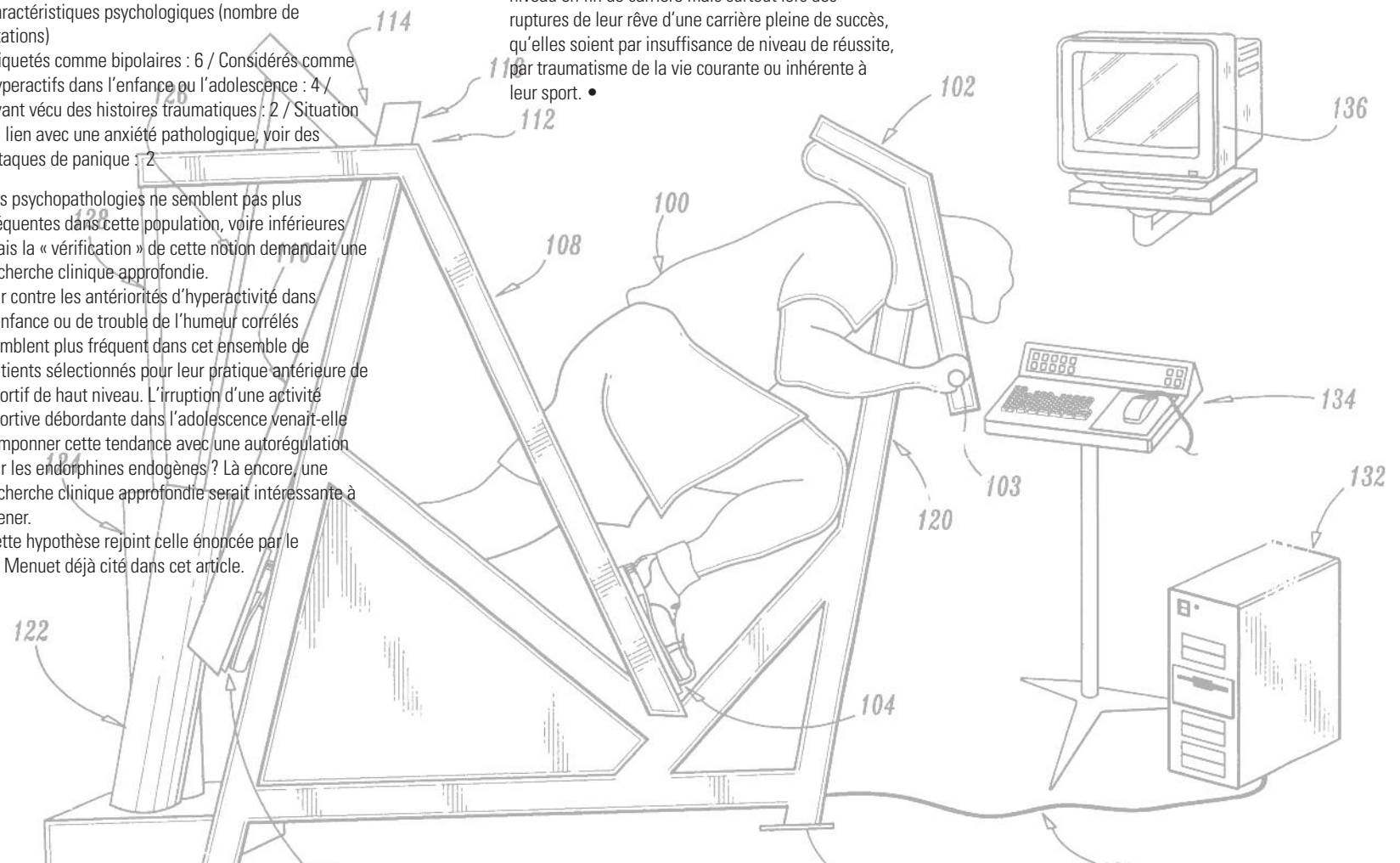
Cette hypothèse rejoint celle énoncée par le Dr Menuet déjà cité dans cet article.

4. Conclusion

L'incidence constatée dans la file active de nouveaux patients anciens sportifs de haut niveau était au minimum de 3,5%, quelle est sa proportion dans la population générale ? Existe-t-il une vulnérabilité des sportifs de haut niveau à développer une alcoolisation ultérieure pathologique ?

Il y a donc nécessité d'une étude prospective du devenir d'une file active de sportifs de bon niveau sur une période de plusieurs années et dans les principaux sports repérés quel que soit leur devenir sportif, à comparer à une file appariée en sexe et âge dans leur devenir social, médical et addictologique.

Il y a également nécessité évidente d'accompagnement psycho-médico-social de tous les sportifs de bon niveau en fin de carrière mais surtout lors des ruptures de leur rêve d'une carrière pleine de succès, qu'elles soient par insuffisance de niveau de réussite, par traumatisme de la vie courante ou inhérente à leur sport. •



A propos de la prise en charge des troubles alimentaires au sein des CSAPA

Si les femmes consomment, aujourd'hui encore, moins de substances psycho-actives que les hommes, elles sont davantage sujettes à des troubles du comportement alimentaire. Mais les troubles alimentaires sont souvent associés à d'autres addictions. Agnès Oelsner, Psychiatre médecin coordonnateur du CSAPA Lyade à Lyon nous fait part de son expérience.



Avant la création des CSAPA nous n'avions pas l'occasion de rencontrer des patients venant consulter pour leurs TCA¹. Mais il était déjà fréquent, pour peu que l'oreille fut attentive et curieuse, que le tableau évident d'une toxicomanie ou d'un alcoolisme pouvait dissimuler une anorexie ou une boulimie.

Aujourd'hui, où l'addictologie se banalise dans la population, il devient essentiel pour nos équipes de se familiariser avec la prise en compte de ces problématiques qui, quoique comportant un socle psychopathologique commun, présentent des particularités dont nous pouvons faire la liste banale et non exhaustive :

- La première grande différence est l'incidence de genre. Si nos alcooliques et nos toxicomanes sont majoritairement des hommes et nos consultants des trentenaires en moyenne, les patients présentant des TCA sont des patientes très jeunes, l'anorexie débutant entre 15 et 18 ans et la boulimie vers 18 ans.
- Quand la maladie s'installe, elle induit un chaos psychosomatique qui peut être rapide et impliquant, sinon le pronostic vital, au moins le risque majeur de l'arrêt de croissance dont on sait aujourd'hui le préjudice en terme d'ostéoporose, de stérilité etc. dès la première semaine d'aménorrhée. Le corps est ainsi au centre de la préoccupation. À l'inverse de l'alcoolisme et de la toxicomanie chronique dont les conséquences co-morbides interviendront au bout de plusieurs années.
- Si l'alcoolique peut vivre sans alcool, le toxicomane sans héroïne, il n'en est pas de même pour l'anorexie qui ne peut se sevrer de nourriture. L'anorexie nous fait découvrir l'énigme d'une addiction sans drogue et plus encore celle qui transforme le besoin primaire de s'alimenter en besoin de ne pas manger.
- Si les familles de nos patients toxicomanes sont plus que d'autres très déstructurées, que la consommation de drogues illicites implique une vie sociale marginalisée, au contraire les familles de patientes présentant des TCA ont une architecture beaucoup plus resserrée, voire fusionnelle. La prise en charge familiale est bien souvent nécessaire à côté du suivi individuel.

• L'anorexie est une tentative de maîtrise du chaos, arme défensive contre la dépendance affective, contre l'affect. L'hyperinvestissement intellectuel, symptôme si fréquent de cette défense contre la désorganisation, s'oppose au désinvestissement massif de la scolarité que nous rencontrons dans l'histoire de nos patients toxicomanes.

Les jeunes femmes anorexiques qui consultent dans les CSAPA, sont principalement coaddictives. Dans mon expérience, le symptôme inaugural et celui qui va le plus résister sur la durée du suivi est le trouble alimentaire. C'est souvent à l'arrêt de la consommation d'héroïne ou de cocaïne que ces patientes, retrouvant un appétit parfois féroce (d'autant plus que la privation alimentaire était importante), redoutent le retour d'une prise de poids et par conséquent la reprise de symptômes boulimiques ou anorexiques. On sait combien, dans les milieux de la mode et des mannequins, la cocaïne fait des adeptes par son puissant effet anorexigène et stimulant. L'héroïne est anorexigène et émétique. La problématique TCA apparue à l'adolescence va se dissiper avec la prise de stupéfiants qui font disparaître chimiquement l'appétit et rendent l'anorexie confortable car non obscurcie par la lutte contre la faim, compagne obsédante de ces patientes. Le sevrage d'alcool, comme la substitution, ne masquent plus, voire développent des formes d'oralité de « compensation » qui peuvent réinstaller durablement les retrouvailles avec le trouble alimentaire préalable. Les patientes sont alors tentées de reprendre des drogues pour soutenir le « projet anorexique », vivre sans manger, en expulsant le trop, en maintenant élevé un désir de maigrir « insensé ». Si la toxicomanie a pu être revendiquée, il n'en est pas de même pour le TCA, parfois dénié, souvent caché. C'est bien souvent l'exploration du thérapeute qui va permettre l'émergence de la problématique, voire de la maladie. Ainsi l'aménorrhée de bon nombre de nos toxicomanes a-t-elle souvent à voir avec l'anorexie et pas seulement avec les désordres métaboliques inhérents à la marginalité (l'alimentation des toxicomanes et alcooliques sévères est plus qu'anarchique).

Ces spécificités impliquent des aménagements particuliers par rapport à notre patientèle classique. Il apparaît essentiel que la prise en charge soit coordonnée par un médecin, ne serait-ce que pour l'évaluation des conséquences morbides actuelles et évolutives de la maladie. Tout aussi important que nous formions les équipes à la connaissance clinique de cette pathologie. Cela d'autant plus que la comorbidité addictive est un indice important de vulnérabilité psychique. La présence simultanée d'un alcoolisme ou d'une toxicomanie avec des TCA est presque toujours co-occurente de l'existence dans l'enfance ou l'adolescence du sujet de traumatismes psychiques et/ou physiques majeurs ayant profondément remanié son rapport à ses propres émotions. Les affects sont tenus éloignés par un mécanisme de défense que Joyce MacDougall a appelé la *désaffectation*². Ce mécanisme puissant, à l'œuvre dans bien des conduites addictives, trouve un écho particulier dans ces problématiques alimentaires quand on sait que ces jeunes femmes ont subi pour au moins 40 % d'entre elles des abus sexuels dans l'enfance³.

J'insisterais sur l'importance d'une cothérapie articulant la prise en compte du soma et plus généralement de la réalité externe des patients, en association avec un axe psychothérapeutique individuel, voire familial. La bifocalité permet aux patients de garder une distance transférentielle supportable, d'autant plus que les soins vont parfois nécessiter des décisions difficiles comme peuvent l'être une hospitalisation et un éloignement de la famille. La présence sur le même site (le CSAPA par exemple) d'une équipe pluridisciplinaire est dans ce cas facilitante. Mais on peut imaginer aussi une articulation à partir du CSAPA avec des médecins généralistes, endocrinologues et psychologues libéraux.

Ce travail de liaison vient au secours d'une pathologie qui peut au contraire installer dans la chronicité la déliaison, rupture entre psyché et soma, rupture avec le monde relationnel, rupture avec le monde interne quand le symptôme robotisant et aliénant fait disparaître la créativité et la fluidité de la vie imaginaire. •

¹ TCA : troubles des conduites alimentaires

² Joyce MacDougall, L'économie psychique de l'addiction in *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Petite bibliothèque de psychanalyse, PUF, 2001, p 11-36

³ Waller, *Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms*, Brit.J.Psychiatry, 1992, 161: 90-93.

Addiction sexuelle : à la recherche de nouvelles stratégies pour mieux gérer les émotions



Sites pornographiques et sites de rencontre, gratuits ou payants... La souffrance liée à la dépendance sexuelle s'est amplifiée avec l'expansion d'Internet. Le centre médical Marmottan à Paris a ouvert en 2006 des consultations pour les cyberaddictions sexuelles. Et reçoit des patients de plus en plus nombreux, selon Irène Codina, psychologue.

Actuel. *Quel rôle joue Internet dans la dépendance sexuelle ?*

Irène Codina Avant l'apparition d'Internet, ces personnes étaient déjà en contact avec divers supports sexuels, beaucoup depuis l'adolescence, peu depuis l'enfance : elles utilisaient le minitel rose, regardaient des films X à la télévision ou lisaient des magazines pornographiques. Tous disent avoir basculé dans la dépendance et le sentiment d'esclavagisme avec l'avènement d'Internet, dans les années 1998-2000. Disponible partout, en permanence et à l'insu de tout regard, Internet joue un rôle d'amplificateur de la dépendance.

En quoi est-ce un processus addictif, comme on le dit de la toxicomanie ?

Ce qui nous paraît important, dans la position clinique que nous avons, est de prendre en compte le sentiment subjectif du patient : il souffre d'une dépendance. Cela signifie qu'il a le sentiment de ne pouvoir diminuer ou mettre un terme à son comportement, malgré ses efforts et en dépit des conséquences négatives que cela peut entraîner pour lui, telles que perte du travail, départ du conjoint... Il existe des signes de manque, parfois seulement psychologique, parfois psychologique et physique, l'intensité des symptômes variant selon les personnes.

Cette souffrance du manque s'ajoute à la souffrance psychologique permanente d'être dépendant d'un processus que l'on ne contrôle ni maîtrise, de se sentir honteux et coupable de ce que l'on fait, enfin d'être isolé de tout contact humain dans la mesure où l'on ne peut en parler à personne et que c'est un sujet tabou. Par ailleurs, il se produit un phénomène d'accoutumance qui conduit l'addict sexuel à augmenter la dose, en allant sur des sites de plus en plus durs pour parvenir au même niveau d'excitation que celui qu'il éprouvait au début de sa pratique.

Et la souffrance se poursuit après le sevrage, ce n'est pas parce que l'on s'arrête de consulter les sites pornographiques et de rencontres ou de fréquenter les prostituées que l'on va mieux : le moindre stimulus qui semble banal et insignifiant à tout autre, tel qu'une publicité de lingerie ou une fille croisée dans la rue, suffit à provoquer des états d'excitation incontrôlés et des troubles neurovégétatifs, véritables syndromes post-sevrage.

Retrouver l'équilibre dans leur fonctionnement neurobiologique perturbé, le centre du plaisir ayant été déséquilibré, prendra du temps.

Quel est le profil des cyberaddicts sexuels que vous recevez en consultation ?

Nous avons analysé un petit échantillon établi à partir des dossiers cliniques de 55 de nos patients. Ce sont principalement des hommes, en majorité de 26 à 45 ans, 50 % d'entre eux vivent en couple, ils ont des occupations professionnelles stables pour la moitié d'entre eux, les autres étant très peu occupés – au chômage, étudiants ou en emplois intermittents. Leur rapport à leur vie affective et vie occupationnelle est donc plus complexe que ce que l'on peut penser. Ils viennent de tous les milieux socioprofessionnels, l'usage de l'ordinateur s'étant fortement démocratisé. La majorité d'entre eux l'utilisent dans un espace privé mais certains l'utilisent aussi dans un espace professionnel.

D'un point de vue étiopathogénique, beaucoup font état d'épisodes dépressifs antérieurs à leur addiction et expriment un sentiment de dévalorisation personnelle. Certains se souviennent de traumatismes sexuels, d'environnements incestueux au cours de leur enfance ou leur adolescence.

À quel moment viennent-ils vous consulter ?

Ils viennent nous demander de l'aide quand l'intensité de la souffrance est telle qu'ils ont envie de passer à autre chose mais réalisent qu'ils ne le peuvent pas le faire tout seuls. Cette demande de traitement est en progression : nous avons commencé en 2006 avec huit à dix patients, ils sont quarante-cinq à être suivis à mi-novembre 2010.

Quel accompagnement proposez-vous au centre de Marmottan ?

Nous recevons les patients lors d'entretiens individuels pour permettre à ces personnes de comprendre que leur addiction est un mode de gestion de tout ce qui peut être vécu émotionnellement de manière négative, et qu'elle a la fonction d'un refuge, d'un abri, d'une manière de mettre de côté ce qui gêne et fait mal.

Mais comprendre le « pourquoi » ne solutionne pas un problème addictif qui devient, à partir d'un certain moment, un processus autonome, indépendamment des raisons qui ont pu contribuer au départ à son installation. L'image qui nous vient à l'esprit est celle d'une toupie : on lui donne une petite impulsion, elle se met et continue à tourner sur elle-même. De même, l'addiction s'auto-entretient : ce n'est pas parce que l'on comprend certaines des origines que cela arrête le processus. Il s'agit alors de mettre du sens, de trouver des facteurs positifs dans l'environnement et le style de vie, la vie amoureuse, affective, les loisirs, les conditions d'existence. Nous aidons les patients à trouver des stratégies de vie les moins perturbantes pour eux ou à gérer progressivement les éléments perturbants de leur vie autrement qu'à travers l'addiction. Nous ne visons pas systématiquement le décrochage total et un arrêt complet, mais avant tout une meilleure qualité de vie.

A côté de cet accompagnement psychologique sur la base d'entretiens, nous avons démarré en décembre un groupe d'entraide technique avec eux : leurs échanges d'expériences devraient les aider à trouver des parades et des garde-fous, des stratégies d'évitement pour mettre l'ordinateur le plus possible à distance. •



E-enfance : l'addiction aux nouvelles technologies en ligne de mire



Permettre aux enfants et adolescents de se servir des nouvelles technologies de communication avec un maximum de sécurité, telle est la mission de l'association e-enfance créée en 2005. À l'appui, trois sites Internet et une ligne d'appel. Comment mieux protéger les enfants ? Réponses de Justine Atlan, sa directrice.

Actuel. Votre association a été sélectionnée pour ouvrir, fin 2008, Net Ecoute. Quelles sont les principales inquiétudes exprimées sur cette ligne d'accueil téléphonique ?

C'est dans le cadre de son programme Safer Internet, portant sur la sécurité des jeunes sur Internet, que la Commission européenne a financé la création de lignes d'écoute, des "helplines", destinées aux enfants, adolescents et parents. Notre ligne Net Ecoute 0820 200 000 est un service d'assistance gratuite qui conseille en direct les parents et les adolescents qui font part de leurs inquiétudes sur l'internet fixe, le mobile ou les jeux vidéo. Nous recevons 2 500 appels par an en moyenne. Nous avons été très surpris ! Au lieu des risques de harcèlement en ligne, d'intimidation ou de problèmes de vols de pseudos et usurpation d'identité sur MSN auxquels nous nous attendions, un bon tiers des problèmes signalés a porté sur l'usage excessif de jeux vidéo par des adolescents de 16-17 ans : ils passent dix heures par jour à jouer, ont abandonné tous les autres centres d'intérêts, sont déscolarisés, ne font plus de sport et ne voient plus leurs copains... Ces appels viennent le plus souvent de familles monoparentales, de mères soudain confrontées à la violence physique de leur grand adolescent qui ne supporte pas la frustration d'arrêter un jeu. Les parents, de façon générale, n'ont pas vu le processus s'enclencher et se sont laissés déborder, faute d'information sur ce type de pratique et de supports.

Comment les jeunes utilisent-ils aujourd'hui Internet ?

Notre étude réalisée en mars 2009 avec l'institut Ipsos, auprès d'un échantillon national représentatif de 1000 enfants âgés de 9 à 17 ans, montre que l'importance prise par le jeu vidéo en ligne massivement multi-joueurs (World of Warcraft, Dofus...) devient préoccupante : cela concerne 39 % des garçons, et 51 % des garçons de 15-17 ans déclarent y jouer régulièrement la nuit en cachette quand tout le monde dort ! 34 % reconnaissent que le temps passé sur les jeux vidéo est un sujet de dispute important avec les parents ; 51 % des 13-14 ans pensent que la vie serait plus ennuyeuse sans ces jeux vidéo et plus de la moitié des parents ont reconnu ne pas parler avec leurs enfants des jeux vidéo auxquels ils jouent.

Par ailleurs, l'enquête a montré que les jeunes vont sur le Web pour y effectuer des recherches (90 % des 9-17 ans), utilisent les messageries instantanées (80 %) et 41 % d'entre eux possèdent leur blog (plutôt les filles, 47 % contre 35 % pour les garçons). Les sites communautaires ont connu un raz de marée : plus de deux enfants sur trois (68 %) regardent des vidéos sur Dailymotion et Youtube, et, selon une enquête que nous avons réalisée en 2009 sur Facebook, 56 % des 13-18 ans sont inscrits sur Facebook, un pourcentage qui monte à 67 % pour les filles de 13 à 18 ans.

Qu'est-ce qui vous semble le plus problématique aujourd'hui ?

Les enfants ont accès à un outil qui n'est pas fait pour eux et dont le contenu n'a pas été validé auparavant : ces nouvelles technologies de communication apportent le monde à portée de leur chambre sans aucune explication, sans encadrement, sans garde-fou, sans limite ni filtrage. Or, cet univers dans lequel l'enfant est propulsé lui donne accès à ce qui est caché voire interdit dans le monde réel. Les comportements à risque sont nombreux : 33 % déclarent que leur profil Facebook n'est pas mis sur le mode privé et deux enfants sur dix envisagent de se rendre à un rendez-vous avec une personne inconnue rencontrée sur le Net, un chiffre qui monte à un sur quatre pour les plus de 15 ans. Il y a bien sûr le problème de la prédation d'un pédophile mais au quotidien, les jeunes sont davantage confrontés via MSN, Facebook et les blogs aux moqueries (41 % des 13-18 ans), menaces (23 % des garçons de 13-14 ans), harcèlement moral, intimidation et chantage, de la part de personnes de leur établissement scolaire ou non. Si Internet est un outil fabuleux, le plus inquiétant reste la perte de lien qu'entraîne sa pratique excessive, la mise en place de relations qui ne passent que par le virtuel et son aspect chronophage.

Comment travaille votre association et en quoi est-elle complémentaire des centres de soins existants ?

Notre première mission est d'intervenir sur le terrain, pour former et informer, dans les espaces publics - écoles, collèges, lycées, maisons de la culture, soit tous les lieux d'animation-. Nous recevons de plus en

plus de demandes d'intervention liées à Internet et aux jeux vidéo, notamment de professeurs inquiets de constater le manque de sommeil croissant de leurs élèves.

De 4 500 à 5 000 enfants sont ainsi sensibilisés chaque année par notre association et nous rencontrons également éducateurs et parents pour les rassurer, les sensibiliser sur les risques, leur donner des repères et leur transmettre de bonnes pratiques. La sensibilisation des enfants doit se faire le plus possible en amont, dès l'école primaire, parce qu'ils sont alors réceptifs au langage parental et peuvent intérioriser certains garde-fous. Un adolescent est peu réceptif à un langage moralisateur et aux mises en garde des risques encourus.

En décembre 2009, nous avons ouvert, avec l'appui de l'Inpes (Institut National de prévention et d'éducation pour la santé), le site jeuxvideosinfosparents.fr destiné à guider les parents dans le monde des jeux vidéo. Ce fut un raz de marée : 100 000 visiteurs la première semaine ! Cette année, nous recevons de 40 à 50 000 visites par mois.

Nous y donnons des conseils généraux et des réponses pratiques avec, pour chaque nouveau jeu, une fiche descriptive présentant ses caractéristiques : le contenu, l'univers dans lequel le joueur va évoluer, le rôle qu'il va incarner, les actions à mener, la durée à prévoir et les possibilités de sauvegarde du jeu, ainsi que l'avis d'une psychologue sur les points positifs ou les risques éventuels. Il s'agit de ne pas diaboliser le jeu mais de donner des capacités de choix aux parents de la façon la plus éclairée possible.

Pour notre ligne téléphonique, trois écoutants à temps plein répondent aux questions. Ce lieu d'appel est souvent le premier contact humain qu'ont les parents, facilité par le fait que nous n'avons pas d'étiquette médicale, et fait office de filtrage des appels : soit nous rassurons des parents affolés par une situation qui n'est finalement pas grave, soit nous envoyons la personne pour une prise en charge thérapeutique ou non vers nos partenaires, des centres spécialisés dans l'addiction à Paris comme en région. Nous devons améliorer encore ce système de réadressage.

Enfin, nous venons de créer un site dédié aux adolescents, netecoute.fr, où ils peuvent nous contacter par chat, Skype, mail, SMS, des moyens de

communication plus simples pour eux que de prendre le téléphone. Début 2011, nous allons lancer une large communication sur ce nouveau site.

68 % des parents avouent ne pas parler systématiquement avec leurs enfants de ce qu'ils font ou voient sur internet. Pourquoi vous appellent-ils ?

En général, les parents nous appellent suite à l'apparition de problèmes spécifiques : trouver leur fille toute nue devant sa webcam au retour d'un dîner, apprendre le vol et le détournement d'un profil Facebook de leur fils, découvrir des photos choquantes sur le mobile de leur adolescente ou un rendez-vous pris avec un inconnu. Les parents sont aussi choqués par la crudité et la violence des images capturées ou des propos tenus par leurs enfants sur le net, cette pseudo sphère que les adolescents pensent intime alors qu'elle est accessible à tout le monde.

Ils découvrent tout à coup que leur enfant est en train de grandir, dans un monde où il suit un groupe – le sentiment d'appartenance à un groupe est important pour un adolescent –. L'enfant reproduit aussi les modèles de la télé réalité dans lequel il faut s'exhiber et être nu pour exister. Il pense aussi que pour exister, il faut tenir des propos crus et qu'une fille doit être aguicheuse pour avoir son image monter au top n°1. Ce n'est pas pour autant qu'ils sont à l'aise et heureux et il faut leur faire prendre conscience qu'ils ne diraient pas ou ne feraient pas cela dans la vie réelle.

Quels conseils donnez-vous aux parents ?

Sur notre site Internet comme par téléphone, nous apportons des conseils très concrets : ne pas placer l'ordinateur dans la chambre de l'enfant mais dans une pièce commune, ne pas le suréquiper non plus pour ensuite restreindre son usage, regarder ce qu'il fait, lui conseiller de ne pas communiquer son identité ni laisser de trace sur sa vie réelle et choisir avec qui communiquer sur Facebook. Et en parler avec lui !

Les parents doivent remettre du lien, de la réalité et de la communication entre eux, rappeler aussi le sens de l'amitié, de la relation amoureuse, du privé et de l'intime.

Pour les jeux vidéo, il s'agit de retirer son côté tabou pour lui redonner sa fonction de loisir, et de loisir très créatif, mais sans qu'il prenne toute la place et ne devienne chronophage. On ne peut pas demander aux enfants de s'autodiscipliner et de s'auto-limiter, c'est aux parents de jouer le rôle de protecteurs et de garde-fous pour cadrer ces pratiques, fixer des règles et s'y tenir.

Il faut pour cela qu'ils s'informent sur ces supports, et connaissent bien notamment les pictogrammes PEGI (Pan European Game Information) posés sur l'emballage, indiquant les classes d'âge auxquelles il est adapté, et donnant ainsi une indication fiable du caractère adapté du contenu du jeu en termes de protection des mineurs.

Mais il s'agit le plus souvent du problème global de parentalité : les parents ne savent plus comment et n'osent plus être parents, craignent et ne savent plus comment éviter le conflit.

Où en est-on de la législation ?

Si l'arsenal juridique existe bien, encore faudrait-il que tous le connaissent bien, et nous aimerions que les grands acteurs du net s'engagent davantage sur la notion de protection de la vie privée et de prescription des données sur Internet.

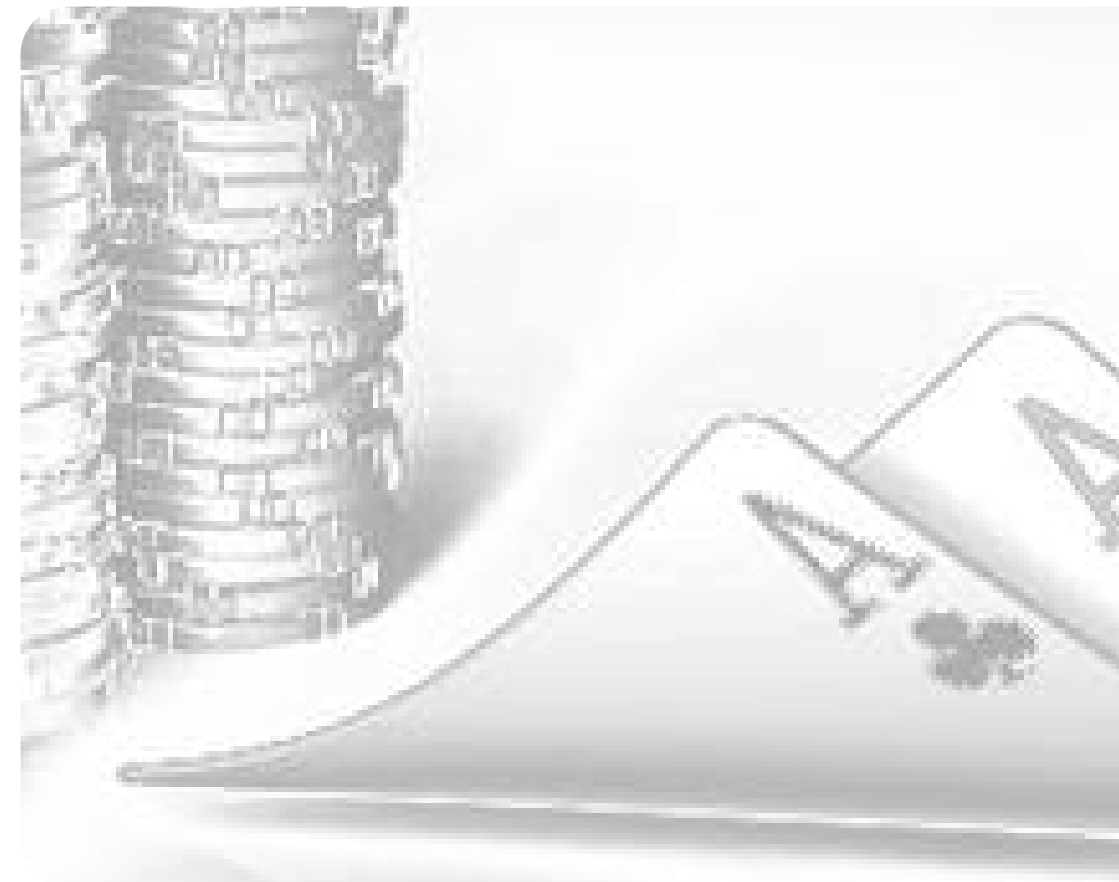
Nous avons fait partie des signataires avec les fournisseurs d'accès Internet et les pouvoirs publics de la charte stipulant la livraison gratuite du logiciel de contrôle parental en 2005. Mais s'il filtre très bien la pornographie, moins l'incitation à la haine ou la discrimination raciale, il ne remplacera jamais les parents.

Quant à la loi Loppsi (Loi d'Orientation et de Programmation Pour la Sécurité Intérieure) concernant le filtrage des sites pédopornographiques, elle est toujours en débat. Il y a un discours démagogique fustigeant la porte ouverte à toutes les filtrations et l'atteinte à la liberté d'expression alors qu'il s'agit de contenus illégaux qui doivent devenir inaccessibles ! Ce filtrage a été mis en application en Angleterre ou en Norvège, deux pays où la démocratie n'a pas été mise en péril. Il s'agit de ne pas se tromper de débat.

Par ailleurs, nous sommes vigilants sur le respect de la loi par les nouveaux opérateurs de jeux d'argent en ligne et leur pratique de Jeu Responsable.

Car l'ouverture depuis juin 2010 des jeux d'argent en ligne sur Internet (paris sportifs, hippiques et poker) est notre cheval de bataille actuel. Elle nous inquiète car elle banalise la pratique du jeu d'argent et notamment sur le média de prédilection des jeunes où ils sont particulièrement surreprésentés. On note d'ailleurs un engouement tout à fait massif des adolescents pour le poker !

La loi prévoit une clause de revoyure à 18 mois pour améliorer le dispositif et notamment les modérateurs. Notre association e-enfance travaille avec l'ARJEL (Autorité de Régulation des Jeux d'Argent en ligne) dans cette optique. •



Missions du GIP-Adalis et prise en charge des addictions sans substance

ADALIS, Addictions Drogues Alcool Info Service est un groupement d'intérêt public dépendant du Ministère de la Santé et placé sous l'autorité de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) qui le préside et le finance. Son conseil d'administration réunit différents ministères et associations nationales.

ADALIS assure depuis 1990 la gestion du service national d'information et de prévention sur les drogues et les dépendances pour les drogues illicites et l'alcool. Il assure également la gestion du répertoire national des structures du dispositif de prévention et de soins en addictologie, en prenant en charge le recensement, la mise à jour et la mise à disposition au public de ce répertoire. Il répond donc aux appels du public 7 jours sur 7, sur l'ensemble du territoire national y compris les DOM-TOM, et propose trois lignes d'appel distinctes ouvertes de 8 heures à 2 heures :

- Drogues info service - 0 800 23 13 13, (appel gratuit depuis un poste fixe - d'un téléphone portable, il est possible d'appeler le 01 70 23 13 13 au prix d'une communication ordinaire)
=> information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec l'usage de drogues, et leurs proches
- Écoute alcool - 0 811 91 30 30, (appel au coût d'une communication locale depuis un poste fixe)
=> information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec l'alcool, et leurs proches
- Écoute cannabis - 0 811 91 20 20 (appel au coût d'une communication locale depuis un poste fixe)
=> information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec l'usage de cannabis, et leurs proches

Par ailleurs ADALIS gère et anime le site Internet www.drogues-info-service.fr qui propose :

- des informations sur toutes les questions de drogues et d'addictions,
- une aide et un soutien à travers des espaces de dialogue (questions/réponses, forums et dialogues en direct),
- un espace de témoignage,
- une orientation grâce au répertoire des structures spécialisées.

Élargissement des missions aux addictions sans substance

La loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne prévoit dans son article 29 une assistance à distance apportée aux joueurs : « un numéro d'appel téléphonique est mis à la disposition des joueurs excessifs ou pathologiques et de leur entourage par les pouvoirs publics sous la responsabilité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ».

L'INPES a confié cette nouvelle ligne de prévention au GIP ADALIS. La ligne Joueurs Écoute Info Service a été ouverte le lundi 7 juin 2010. En conformité avec la loi, un numéro d'appel non surtaxé a été choisi : le 09 74 75 13 13. Ce service fonctionne donc 7 jours sur 7, de 8h à 2h. Il est anonyme, confidentiel et gratuit.

Ses missions sont le conseil et le soutien, grâce à un entretien personnalisé ; la prévention, en délivrant une information claire et complète, et en permettant à chacun d'interroger ses comportements de jeu ; l'orientation vers des dispositifs d'accompagnement spécialisés, hospitaliers ou médico-sociaux.

Parallèlement, ADALIS a mis en place une page internet, www.joueurs-info-service.fr qui propose :

- un service de rappel (Web Call Back). L'internaute indique sur le site le numéro de téléphone auquel il souhaite être contacté.

- un accès à d'autres propositions d'aide en ligne, via le site généraliste d'ADALIS sur les addictions : www.drogues-info-service.fr :
 - un service de questions/réponses avec une réponse garantie dans les 48 heures ;
 - des forums de discussion et des dialogues en direct ;
 - le répertoire des centres de soins spécialisés en addictologie.

Le site www.joueurs-info-service.fr deviendra par la suite un site complet et à part entière d'information et d'aide. Conformément à la loi, le numéro est intégré dans le message de prévention qui figure sur les sites de paris et de jeux en ligne ainsi que sur les communications commerciales en faveur de ces sites. Un clic sur le message de prévention conduit en outre vers la page www.joueurs-info-service.fr.

Ligne « Joueurs Écoute Info Service » :

Du 7 juin 2010 (date d'ouverture de la ligne) à fin novembre 2010, les écoutants de la ligne ont traité 10 047 appels (soit en moyenne 57 appels / jour). Durant les premiers jours d'ouverture de la ligne, ils ont dû faire face à un nombre considérable de sollicitations de joueurs mécontents, craignant d'avoir perdu leur mise sans jouer du fait d'un dysfonctionnement sur le site d'un opérateur de jeu. Le mode de diffusion du numéro de la ligne sur le site de cet opérateur pouvait faire penser qu'il s'agissait du numéro « d'assistance » ! Au-delà de ce dysfonctionnement spécifique, l'affichage du numéro de la ligne a entraîné une confusion chez les joueurs qui ont appelé ce numéro en pensant s'adresser aux services techniques des sites sur lesquels ils jouent. Cette confusion perdure 6 mois après l'ouverture de la ligne. 22 % des appels sont des appels de joueurs en difficulté avec leur pratique de jeu, soit l'entourage d'un joueur, mais également le grand public ou des professionnels de santé.

Typologie des appels de demande d'aide

Concernant les appels directement en lien avec une situation d'addiction ou de besoin d'assistance par rapport à la pratique du jeu, ces appels se répartissent de la façon suivante : 80 % émanent des joueurs eux-mêmes, 15,5 % proviennent de l'entourage des joueurs, 2,5 % du

grand public, 2% des professionnels de santé. La prépondérance des appels de joueurs est une caractéristique de cette ligne. En effet, les appels concernant les addictions avec produits se répartissent davantage entre les consommateurs et l'entourage.

À l'inverse, la répartition homme-femme est globalement la même que pour les appels « avec produits ». Parmi les joueurs, 79% sont des hommes et 21 % sont des femmes. Parmi l'entourage, 25 % sont des hommes et 75% des femmes.

Principaux « produits » cités par les appelants :

Si les paris restent les principaux motifs d'appel, le poker gagne du terrain.

• Les paris (en ligne ou dans les lieux terrestres) sont cités dans 54 % des appels. Cette proportion était de 68 % en juin durant la période de la Coupe du Monde de Football.

• Le poker arrive en 2^e position, cité dans 13,5 % des appels au global depuis le mois de juin. Cette proportion est en constante augmentation depuis l'été 2010. Les sites de poker ont en effet reçu plus tardivement l'agrément de l'ARJEL et leur nombre va croissant, accompagnés de campagnes de communication télévisuelles massives. Pour le seul mois de novembre, le poker était cité dans 18 % des appels.

• Viennent ensuite les jeux de casino (virtuels ou terrestres) pour 11% des appels, la loterie (9,5%) et les jeux de grattage (8%).

• Internet est cité comme dans « source » d'addictions dans 7% des appels.

On peut avancer deux hypothèses non exclusives l'une de l'autre :

- les addictions sans produit ne se résument pas au jeu d'argent,
- la permanence de la possibilité de jouer que représente internet potentialise l'addiction au jeu.

Principaux thèmes abordés

Ce qui caractérise les appels « jeu » par rapport aux appels « produits », en raison de la spécificité de la problématique du jeu, c'est l'importance des aspects sociaux et des problèmes de surendettement, mais également des questions juridiques autour des interdictions de jeux.

Les thèmes abordés par les usagers :

- Leur consommation (dans 32% des appels).
- L'arrêt (dans 24% des appels) : les joueurs qui parlent de leur souhait d'arrêter de jouer, de leurs difficultés à arrêter...
- Les demandes d'information sur le service apporté par la ligne d'écoute sont abordées dans 18,5% des appels.
- Les aspects sociaux (13% des appels usagers), avec notamment les difficultés financières et les problèmes de surendettement.
- La question de la prise en charge (9% des appels usagers), avec des demandes d'orientation vers les structures spécialisées.
- Les questions relatives à la législation et aux mesures de protection figurent dans 7,5 % des appels usagers (interdiction d'accès aux jeux principalement).
- Les aspects relationnels sont abordés dans 7 % des appels (relations familiales, relations de couple...).

Les thèmes abordés par l'entourage des joueurs :

- La pratique du jeu d'un de leurs proches (64% des appels entourage).
- Les aspects relationnels (43% des appels entourage).
- Les aspects sociaux (28% des appels entourage) et principalement les difficultés financières et les problèmes de surendettement que la pratique du jeu de leur proche entraîne.
- Les questions relatives à la législation (12% des appels entourage), essentiellement autour de la possibilité d'interdiction d'accès aux jeux.
- Les troubles psychiques sont abordés dans 11,5 % des appels de l'entourage (difficultés psychologiques, état dépressif...).

Alors que les demandes des usagers portent à part quasi égale sur de l'information (52% des appels) et du conseil (46% des appels), l'entourage est massivement demandeur de conseil (72% des appels).

« Tout homme a droit au respect et à la dignité »

Pr. Claude Oliievenstein



Accueillir et accompagner des joueurs pathologiques... Serge Laye, psychologue clinicien et Kalou Estrella, chef du service Famille d'Accueil de l'association Clémence Isaure à Toulouse racontent...



L'association Clémence Isaure œuvre à l'écoute, au soin et à l'insertion sociale de toute personne en difficulté avec des substances psycho actives ou une addiction sans substances. Elle œuvre aussi à la réinsertion sociale de tout public.

Le respect de la personne humaine...

À toutes les étapes de l'accompagnement, l'association conduit ses interventions en veillant à la reconnaissance de la personne en difficulté en tant qu'être humain, et inscrit ses actions de soin, de prévention et de réinsertion sociale dans une mission d'utilité sociale et d'intérêt général.

L'éthique de travail repose sur le respect de la singularité, de la responsabilité et de la dignité de chacun des hommes et des femmes que nous accompagnons. Les principes présidant à notre action dans le champ du médico-social : volontariat, gratuité et droit à l'anonymat.

... pour favoriser l'intégration sociale...

L'association Clémence Isaure met en œuvre des moyens d'assistance, de réduction des risques, de soutien, d'accompagnement et d'insertion, adaptés à la trajectoire individuelle de la personne et qui prennent en compte son rapport individuel à la souffrance, au plaisir et à la loi.

Suivi médical, psychologique, social, éducatif et juridique : nous adaptons nos interventions aux choix et objectifs définis avec les personnes pour l'acquisition d'une véritable autonomie personnelle et sociale, **... dans une certaine idée du mieux vivre ensemble.**

UN JOUEUR...

S.A. me fut adressé par le service social de Marmottan pour un séjour en famille d'accueil. Ce patient joueur pathologique, très dépressif, sous Anafranil, se trouvait à ce moment là « en fin de courses »... Ce monsieur de 45 ans, surendetté, ne travaillait plus, séparé de sa femme, et de sa fille, en relation conflictuelle avec un sous locataire, et se disait épuisé et désocialisé. En France, depuis plus de 20 ans, sa famille étant en Algérie, la solitude l'envahissait, et l'équipe de Marmottan qui le connaissait depuis 2 ans, a pensé à une prise en charge contenante et momentanée. Il avait fait 2 cures de 15 jours, se trouvait « un point commun » avec les « toxicos » et participait à un groupe de paroles.

Une évaluation eut lieu, à Clémence Isaure, par un éducateur et le médecin. 4 mois se sont écoulés entretiens... mais avec un contact téléphonique régulier, parcequ'il devait régler des problèmes techniques, matériels et « autres » sur Paris... J'accompagnais S.A. le 7 mars avec une 1^{ère} VAD (visite à domicile) le 20 mars, une seconde le 3 avril. Le mois prévu ensemble, signé dans le contrat, s'est terminé vers le 10 avril à la fin de son traitement. Il devait revoir son médecin à Marmottan et ensemble, avec les deux équipes, Marmottan et Clémence Isaure, il devait se décider à revenir, ou pas, en famille d'accueil. Il a préféré s'en tenir là, rester à Paris.

« je joue pour perdre »

« je gagne du temps : tout le temps que je passe à jouer est une évasion »

« dès que je perds, c'est la mort sociale »

Il mettait en tension sa dépendance au jeu, et sa dépendance à une femme (rencontrée alors qu'il était marié et papa d'une petite fille).

« j'étais son petit objet, sa propre propriété. »

Mais ses deux liaisons fondées sur la dichotomie du corps et de l'esprit le mettait « à la torture ».

« j'ai perdu le sens de la matière »

« je n'ai pas réussi »

De son discours avec une plainte, jamais il n'a pu expliquer cette compulsions au jeu et au sexe... Au début, « il jouait pour gagner ». À la fin c'est le contraire : « on a envie de récupérer sa perte ; ça

s'amplifie, ça m'a conduit à tourner le dos à tous mes liens, à ma responsabilité ».

Le travail engagé à Clémence Isaure à partir de Marmottan, a permis de faire ressourcement pour S.A., et aussi pour les soignants. Les effets de craving dans l'épuisement qu'ils provoquent (comme pour la coke) ont pu dans cette mise à distance proposer une pause, même courte dans cet état profond de la dépression.

Ainsi en famille d'accueil, il a pu se re-reposer, parler, sans être dans ce discours fleuve, puisque les accueillants faisaient barrage à cette inondation et endiguaient par les temps de repas, de repos, de sommeil, d'échanges, de recueils les crues que la compulsion au jeu avaient provoqué dans la vie de cet homme. *Kalou Estrella*

UN AUTRE...

Mr M. s'est saisi de l'élargissement de la toxicomanie aux addictions pour pouvoir porter et soutenir sa plainte dans plusieurs centres spécialisés. Le fait même d'être nommé spécialisé ouvrait pour lui des possibilités d'accueil dans des lieux où sa position particulière quant à son rapport au monde pouvait être comprise sans jugement, voire dans des lieux où il trouvait une certaine communauté de pensée. Le concept d'addictologie présentait pour lui cet avantage ; en effet il décrivait son addiction aux jeux dans les mêmes termes que les addictions aux drogues, avec les mêmes effets de manque, de compulsion ; trouvant là un discours dans lequel il réussissait à entrer. « Il y a deux sortes de jeux : celui du gentleman et celui du tout venant, plèbe, cupide. Ici la démarcation est nette et, au fond, combien vile ! ... Il ne le fait (miser) que par amour du jeu, pour s'amuser, essentiellement pour voir comment l'on gagne ou comment l'on perd. Il ne doit pas être intéressé par le gain en soi. ... Le vrai gentleman ne doit pas s'émouvoir, même en perdant toute sa fortune. Il doit être au dessus de l'argent qu'il n'a pour ainsi dire pas à s'en préoccuper ». Se sentant tout à fait « gentleman » Mr M aurait pu faire sien cet extrait de Dostoïevski dans *Le Joueur*. En effet, il n'accordait, aux fortunes qu'il jouait, pas plus de valeur que le papier qu'elles représentaient.

Mr M. est venu me voir à l'association Clémence Isaure orienté par l'assistante sociale du service car il envahissait son bureau et le temps qu'elle lui accordait d'un discours sans fin, d'un flot de parole qui ne concernait pas sa fonction d'assistante sociale ou l'aide qu'elle aurait pu lui apporter.

C'est donc sur ce constat d'impossibilité qu'il a accepté de me rencontrer pour essayer de dérouler le fil ininterrompu de sa plainte. L'argument récurrent qui était le sien, avec l'assistante sociale et dans nos premières rencontres, concernait « la folie du monde », « son non sens », « la stupidité et l'ignorance des gens » ainsi que leur refus de vouloir voir en face ces vérités dont il désirait les convaincre. Le constat qu'il faisait que rien de sa persuasion ne pouvait avoir d'effet sur l'autre, le précipitait dans un sentiment d'angoisse qu'il ne réussissait à colmater que par le jeu et la perte de tous les gains qu'il aurait pu avoir. Il aurait préféré inscrire le sens du monde dans son raisonnement, dans le défilé de sa pensée, plutôt que de consentir à s'inscrire dans cet univers hors sens.

Il était donc venu à Clémence Isaure, adressé par un service d'une autre ville, car il s'installait loin pour essayer d'arrêter le jeu. Pour lui, le jeu et son addiction à ce comportement, se déplaçaient sur deux axes complémentaires. Le premier est les jeux de casino, le second les courses de chevaux. Ce qu'il pouvait gagner d'un côté était immédiatement perdu de l'autre, au risque de sombrer dans un état d'angoisse majeur s'il possédait quelque chose. Son objectif n'était donc pas le gain d'argent, mais de trouver la formule mathématique qui, tant au casino que sur le champ des courses, annulerait la notion de hasard, dévalorisant ainsi tout espoir de victoire. Le but final étant, en réduisant à zéro le hasard, d'écrire un ordre infailible de la marche du monde. Aux courses il cherchait à obtenir ce qu'il appelait le carré magique, à savoir la totalité des courses d'une journée dans l'ordre, démontrant ainsi la supériorité de la pensée, sur les choses. Les mots devenant la démonstration des choses.

Il dénonçait donc le non sens du monde y opposant la volonté de créer un espace dans lequel il aurait pu réunir la quintessence de la pensée, sous forme de livres. Il accumulait d'ailleurs une quantité invraisemblable de livres, construisant des murs de savoir derrière lesquels il trouvait une certaine sérénité. Il n'avait pas la capacité d'articuler quelque

chose qui lui aurait donné une place avec d'autres dans un espace commun. Toutes les expériences durant lesquelles il se trouvait obligé de partager du temps avec un autre, qui pourrait être dans un rapport de semblable, devenaient rapidement persécutatoires. L'autre étant la preuve vivante de l'échec de son ambition, envahissait son espace, rendant tout lien insupportable. Le jeu venait à cet endroit pallier cette impossibilité, en démontrant la maîtrise possible de l'aléatoire, c'est-à-dire de l'incertitude ; lui donnant enfin une modalité d'inscription dans le monde.

Il put mettre cette impossibilité en lien avec deux événements de son enfance, dans le cadre de notre travail, qui ont mis en scène deux modalités de l'être oublié. Il ne les repère pas précisément de façon chronologique, mais leur donne une valeur symbolique centrale.

Le premier événement se déroule lors d'une sortie en famille à la campagne, moment pendant lequel il s'était éloigné de ses parents pour s'enfoncer seul dans la forêt. Il éprouva alors le sentiment angoissant de s'être perdu. Après ce qu'il vécut comme un temps infiniment long, fait d'errance et d'angoisse, il retrouva sa famille. Il fut littéralement sidéré, saisi, par le fait qu'ils ne s'étaient aperçu de rien et la distorsion entre son vécu subjectif et l'apparente indifférence de ses parents créa une incompréhension majeure. Il avait été oublié, et ni sa disparition, ni son retour ne faisait événement.

Le second événement se déroule à l'école pendant la classe. Pour une raison qu'il jugeait sans importance, il avait été puni par l'instituteur et il avait dû rester un moment derrière le tableau noir. Il vécut de nouveau cette expérience de l'absence, d'une mise à l'écart, mais en y éprouvant une forme de jubilation. Il était passé d'une absence hors sens, pur trou dans le temps, à la jubilation de la maîtrise de ce temps, hors la scène de la classe, qui lui conférait un statut d'exception. Ce fut, dans une logique en deux temps, sûrement une sorte de déclenchement. Si nous pouvons faire dans ce cas l'hypothèse de la psychose, c'est-à-dire d'un rapport au monde non articulable sans la fonction délirante ; le jeu devint ce verrou manquant, forclos, pour assurer quelque chose de son existence.

C'est bien l'impossibilité de cette articulation qu'il mettait chaque fois en scène, durant les premiers mois de prise en charge, en refusant toute cohabitation, ou bien en envahissant le lieu de l'inscription sociale, le bureau de l'assistante sociale, d'un flot ininterrompu de parole, comme pour remplir l'espace. Il se trouvait devant cette nécessité absolue, voulant abandonner le jeu et ce qu'il avait construit autour de cet univers, de le remplacer, point par point.

J'ai fait avec lui un travail sur deux années complètes qui lui a permis dans un premier temps de trouver cet espace où il pouvait déverser cette parole sans fin. Ceci eut d'abord comme effet de le pacifier puisque j'étais le témoin des questions dans lesquelles il se débattait, et que nous pouvions en partager la charge, sans avoir à lui indiquer ce qu'il aurait été souhaitable de faire ou de ne pas faire. Aucun jugement de ma part, mais l'accueil d'une parole qui demandait à se développer. Encore fallait-il que le témoin que j'étais ne lâche pas prise devant cet envahissement. Nos rencontres sont devenues très ritualisées, avec un jour et une heure immuable, auxquels il ne défailait jamais, me faisant même la remarque de mes cinq minutes de retard si cela se produisait. Nous pouvons voir là le signe de l'importance de la relation qui s'installait.

Le temps, la durée des rencontres fut un premier axe de travail, il fallait arriver, tout en acceptant ce débordement de parole à contenir l'espace offert, sans perdre la place essentielle de témoin, et sans délirer à deux. Quand il eut la garantie que je ne défailirai pas, il pu se servir de cet espace pour tenter de changer d'inscription sociale. Il put enfin abandonner le jeu comme axe central de son existence, pour se bricoler un système moins excessif, plus en prise avec la réalité sociale qui l'entourait. *Serge Laye* •

Représentations du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique



Amnon Jacob Suissa

*Sociologue et thérapeute familial -
École de travail social – UQAM - Montréal*

.....
Veuillez prendre note qu'une partie importante de cet article est déjà parue dans Suissa, J.A. (2008). « Représentations du corps et médicalisation : l'exemple de la dépendance chirurgie esthétique ». *Revue Lien social et politique*. Sous la direction de Roch Hurtubise et Anne Quéniart, numéro 59, 103-114.
.....

Le recours à la chirurgie esthétique constitue de plus en plus un moyen de répondre à des critères de beauté de plus en plus socialisés, de plus en plus normalisés. S'il s'agit à priori de corps physique, il faut parler aussi de corps social, car le regard social du corps est un facteur déterminant dans le processus de jugement de ce qui est acceptable et ce qui l'est moins. Dans la gestion de ces liens sociaux, la question de la médicalisation des corps avec la chirurgie esthétique pose la question de l'importance de la standardisation et de la normalisation sociale des critères de beauté (Blum, 2003). Diagnostiquée par le DSM-IV comme un désordre corporel (body dysmorphic disorder), cette avenue de plus en plus privilégiée dans la gestion de ce malaise de l'image et des corps reflète, comme disait Freud, un malaise réel de civilisation (Freud, 1929).

Malaise de civilisation, car nous sommes passés d'un contrôle social et médical de personnes considérées comme dangereuses ou déviantes à des modalités de contrôle qui couvrent l'existence même de la vie. Alors que Foucault (1975) parlait d'enfermement des pathologiques, voire des « anormaux », aujourd'hui on peut parler de médicalisation des phases de la vie dans une perspective temporelle des corps. Les propos de Gori et Volgo (2005) reflètent bien cette mouvance quand ils analysent la tendance actuelle comme relevant d'une pathologisation de l'existence. Dans cette optique, Di Vittorio (2005) nous rappelle l'histoire de la médecine et de son rôle central dans la médicalisation des conditions sociales comprises comme déviantes en démontrant que la professionnalisation des médecins s'est produite dans le cadre d'une politique de santé publique au moment où se posait l'exigence d'un appareil technique de gestion du corps social. Dans un essai remarquable sur l'œuvre de Foucault, Di Vittorio démontre, qu'au nom de l'hygiène publique, un savoir « médico-administratif » de la médecine s'est développé pour gérer le danger social attaché au corps comme risque pathologique, une gestion de la distance sociale et donc des liens sociaux.

Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité en santé publique, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation des corps ou, comme dirait Castel (1983), le contrôle de conditions sociales comprises comme indésirables.

Corps et représentations : une esquisse historique

Alors que Foucault analysait le corps comme étant le lieu même de l'utopie des humains à travers l'histoire (Foucault, 1966), la perspective de Moreau et Vinit enrichit ses propos en démontrant le passage d'une logique disciplinaire à une transformation de la structure temporelle (Moreau et Vinit, 2007). Par structure temporelle, il faut entendre la modification de l'espace du corps avec un quadrillage social de surveillance à un processus d'intériorisation d'une norme temporelle. De ce point de vue, un des nouveaux enjeux actuels dans le processus de médicalisation des corps est celui de la maîtrise du temps. Ce contrôle du temps biologique permet de médicaliser les bornes de l'existence et de surveiller les phases pouvant aller de la naissance à la mort.

Ces auteurs n'hésitent pas à parler de rupture paradigmatique dans le processus de vie compris comme naturel. Ainsi, le processus de la naissance, par exemple, permet aujourd'hui d'avoir accès à une reproduction en dehors des relations sexuelles (gel des embryons), et démontre clairement que le temps de la reproduction peut-être modifié. Dans cette logique, le prolongement du temps thérapeutique auprès des personnes gravement malades, le recours à la procréation assistée à la naissance, l'interruption des grossesses, la pharmacologisation de la ménopause via l'hormonothérapie illustrent bien ces pratiques de plus en plus gérées dans le cadre de cette révolution biotechnologique (Fabre et Lévy (2007), Comparant cette nouvelle révolution à celle de la découverte de l'agriculture au plan historique, l'épistémologue Atlan nous invite à considérer la science médicale comme une réponse contemporaine aux rêves et aux fantasmes ayant hanté l'imaginaire des humains qu'il nomme une nouvelle maîtrise du vivant (Atlan; 1999 : 37).

En ce qui a trait à la représentation du corps, l'exposition internationale des corps initiée par Gunther Von Hagens à travers la plastination, à

savoir un procédé nouveau qui permet de conserver les parties molles du corps (muscles, organes, poumons, nerfs, etc.), nous permet d'élargir nos connaissances sur le monde du corps (Hagens, 2005). Bien que Von Hagens utilise des cadavres, et que son œuvre ait été au centre de nombreuses polémiques au plan éthique et moral, cette exposition d'un type nouveau en 1998 au Musée des techniques de Mannheim en Allemagne, et à Montréal l'été 2007, a eu un succès retentissant à travers le monde. Ce succès peut s'expliquer en partie par le fait que cela touche au tabou de la mort dans notre société où celle-ci est généralement refoulée, voire repoussée. C'est dans ce contexte qu'on peut mieux comprendre à travers les époques et les sociétés le recours incessant à des pratiques pouvant ralentir le processus de vieillissement et accéder à l'idée de « l'homme éternel ». Le phénomène du jeunisme et de l'émergence extraordinaire de la chirurgie esthétique s'inscrivent directement dans cette perspective où le corps devient objet de diverses interventions. Dans cet exercice qui vise à répondre de plus en plus à des critères de beauté et d'esthétisme vers des corps « parfaits », la médecine joue un rôle de relais important dans l'actualisation de ces conditions.

Au plan historique et philosophique, il est utile de rappeler que le dualisme corps/esprit, fortement intégré dans les valeurs du christianisme par les adeptes de l'Église catholique, est ce qui a permis de disséquer les corps et procéder ainsi à l'avancement des connaissances de l'anatomie. Comprise souvent comme « une machine divine », on peut dire que toutes les cultures et les religions ont interprété le corps, non pas seulement comme un objet physique, mais également comme une création de l'âme et de l'esprit.

Selon Hagens (2005 : 9), si le premier anatomiste connu était Aristote (384 à 322 av. J-C), les premiers qui se sont intéressés à l'anatomie humaine furent probablement les cannibales. Suivirent ensuite les cultures « plus civilisées » qui développèrent des techniques visant à rendre immortels les corps des défunts, du moins certains personnages importants. La momification des Pharaons en Égypte illustre bien cette réalité. Au XV^e siècle, les peintures et les sculptures de la Renaissance commençaient à montrer plus la beauté extérieure des corps.

Il a fallu attendre le XVI^e siècle pour voir le corps humain au centre de préoccupations plus artistiques. Les sculptures et les portraits des corps élevaient alors le corps humain au rang de critère plus esthétique; un nouveau type d'immortalité. Aspirés par une certaine perfection, les sculpteurs et les peintres artistes de l'époque observaient les anatomistes et adoptaient une approche plus esthétique des corps compris comme exempts de défaut.

Aujourd'hui, l'exposition du monde des corps peut soulever des critiques et des débats de la part de certaines instances religieuses, médicales, éthiques ou juridiques, qui rejettent en partie ou totalement une certaine transformation de l'homme. Ainsi, les représentants de l'Église s'étaient exprimés de manière extrêmement critique avec des arguments de théologie morale alors que les représentants du corps médical exprimaient des réserves scientifiques à ce que les plastinats anatomiques soient rendus accessibles à un public plus profane (Lanterman, 2005). Dans cette logique, on peut penser que selon la position qu'on occupe dans la hiérarchie du pouvoir et les valeurs culturelles ou religieuses dans une société donnée, la transformation des corps et donc du changement peut susciter des débats de société importants et des réactions sociales des plus diverses.

Au plan culturel, et alors que les critiques en Allemagne ont provoqué des débats « enflammés », les expositions au Japon et en Asie, par exemple, n'ont suscité presque aucune polémique. Dans la perception des corps au sein d'un même pays, on peut donner l'exemple du Soudan où la partie Nord du pays, plus islamique, est partisane du Chador en ne montrant aucun signe extérieur des corps, alors que la partie Sud est plus libérale montrant les corps totalement dénudés. Le tabou de la nudité ne dépend donc pas seulement de l'acte d'être nu ou pas, il dépend aussi et surtout de la réaction sociale à l'acte d'être nu dans un contexte social et culturel donné avec ce qui est acceptable et ce qui l'est moins. Cet exemple culturel démontre la perception différenciée des corps et explique fondamentalement la réaction sociale négative par des instances et des valeurs religieuses, dans ce cas attribuées par l'Islam. L'exposition du monde des corps intérieurs via la plastination s'inscrit dans cette tentative de réconcilier le dehors et le dedans des corps ou

plastination et narcissisme pourraient trouver un certain équilibre, un sens plus universel. Contrairement à la position du corps médical qui dénonce « le populisme » des corps aux profanes, n'y a-t-il pas là l'enjeu plus large de la démocratisation de l'anatomie et de l'accès aux informations sur les corps ?

Si la mort constitue le meilleur égalisateur entre les êtres humains (*best equalizer*), nous assistons actuellement à des progrès techniques par la médecine qui nous offrent une nouvelle façon de comprendre le corps humain et de manipuler artificiellement des données corporelles autrefois inaccessibles : résonance magnétique, échographie 3D, tomographie (TDM), traitement d'images par ordinateur, etc.

La médicalisation comme modalité de contrôle social des corps: vers une expansion des catégories

Le concept de médicalisation existe de longue date et a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales durant les années 50. La médecine était alors devenue l'objet d'étude par la sociologie des professions qui établissait des liens entre la santé et la conception/gestion de la déviance sociale des corps (Parsons, 1951; 1975). Celui-ci a été d'ailleurs le premier sociologue ayant appliqué le concept de déviance au corps et à la santé. Comme essai de définition du concept de médicalisation, mentionnons celle de Zola (1983 : 295) qui conçoit celle-ci comme « un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine ». D'autres chercheurs désignent la médicalisation comme un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, voir pathologiques (Beaulieu, 2005; Cohen et Breggin, 1999).

Selon ces chercheurs, certains facteurs contextuels ont favorisé l'apparition de la médicalisation comme mode de gestion des problèmes sociaux et comme modalité de contrôle des liens sociaux. Parmi ceux-ci, notons un certain déclin de la religion, une foi inébranlable dans la science. L'individualisme grandissant, l'affaiblissement des liens sociaux, la rationalité et le progrès et enfin, le pouvoir et le prestige accrus de la profession médicale.

Si la profession médicale prend le relais, via la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne, mentionnons que la médicalisation de groupes sociaux avec un pouvoir moindre dans la société est aussi évidente. Pensons à la « pilule du bonheur » comme modalité de contrôle social auprès des aînés qui consomment plus de six médicaments en moyenne par jour (Saint-Germain, 2005; Saint-Onge, 2005; Pérodeau et al., 2005) ou auprès des adolescents avec le Ritalin (Lloyd, Stead et Cohen, 2006).

Parmi les autres chercheurs qui ont attiré l'attention sur le phénomène de la médicalisation comme forme de contrôle social, nous pouvons aussi nommer Friedson (1970); Zola (1972, 1983); Conrad et Schneider (1980) et Conrad (2005). Selon Conrad, il faut éviter de limiter la médicalisation à l'application d'un niveau unique de contrôle car le processus s'actualise selon trois niveaux : conceptuel, institutionnel et interactionnel.

1. Conceptuel sous la forme d'un discours et de l'adoption d'une idéologie qui renforce son acceptation sociale.
2. Institutionnel au niveau du rôle des médecins dans les organismes et la gestion des problèmes psychosociaux.
3. Interactionnel au niveau de la médicalisation du rapport plus privé dans la relation médecin-patient.

À ces trois niveaux, on peut ajouter la construction sociale de nouvelles entités ou catégories cliniques intimement liées au développement et à la commercialisation de traitements pharmacologiques visant les corps (Fabre et Lévy, 2007). Selon Conrad et Leiter (2004), cette tendance de pharmacologisation des corps impliquerait d'autres acteurs en dehors de l'industrie pharmaceutique (chercheurs, instances gouvernementales de régulation, médecins, consommateurs, etc). De nature beaucoup plus diffus qu'antérieurement, le processus de la médicalisation puiserait donc ses appuis idéologiques dans une diversité d'acteurs et d'instances (Collin et Suissa, 2007 : 27).

Un autre facteur explicatif qui peut nous éclairer sur le recours à la médicalisation comme modalité de contrôle social est celui de l'accentuation de l'individualisme dans notre société post-moderne, certains diraient de l'hyper individualisme.

Dans un article intitulé Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétal de l'usage de drogues, Van Caloen (2004) démontre bien comment l'usage de psychotropes, par exemple, s'inscrit directement dans le processus d'insertion des personnes en quête d'un soutien qui puisse les normaliser socialement face aux exigences de la performance à tout prix. Dit autrement, en mettant en veilleuse le contexte structurel qui donne naissance aux conditions sociales des personnes (exemple du chômage dans certaines régions), la tendance sera d'avoir recours à une médicalisation/médicamentation comme modalité de contrôle dans la gestion de la distance sociale qui risque de s'établir entre les performants normaux avec du travail, et les non performants sans travail. Comme effets secondaires, la réponse à ces conditions passera généralement par un regard social qui individualise le problème et qui marginalise souvent la personne via la médicalisation (dépression, anxiété, insomnies, etc.). Dès lors, nous assistons souvent à une médication accompagnée d'un retrait social de nature plus privé, plus individuel. En lien avec la course économique effrénée de la mondialisation, Gori et Volgo (2005) nous rappellent que l'hyper consumérisme contribue au fait que le manque d'être se transforme en manque d'avoir.

Pour combler ces écarts de la norme et de la distance sociale, entre le dehors social public et le dedans privé, on peut dire que l'individu posera des gestes visant à les réduire en essayant d'établir des liens sociaux qui contribuent à sa normalisation (Suissa, 2001). Dans un article de Furtos (2005) intitulé « Souffrir sans disparaître », ce psychiatre social démontre clairement comment des problématiques psychiques et psychosociales, par exemple, empêchent en fait l'exercice ordinaire du lien social en faisant subir à la personne cible le syndrome d'auto-exclusion. Les travaux de Fainzag sur l'exercice du pouvoir médical dans le rapport médecin/patient constituent également des repères précieux dans la saisie des dynamiques plus individualisantes du processus de la médicalisation (Fainzag, 2005).

Fainzag questionne en fait la notion d'autonomie qui est au cœur du débat. Au delà du sens horizontal qui est donné entre le patient et son médecin, il faut s'interroger sur l'évolution des troubles psychiques

où la souffrance affecte de plus en plus les personnes de plus en plus isolées en quête de l'idéal d'autonomie contemporaine. Peut-on penser le patient – partenaire dans la rencontre des savoirs implicites d'expérience des personnes en état de souffrance ? À cette question, on peut dire que le portrait du « patient/expert/sujet/émancipé » est encore soumis à une expertise qui relève principalement du registre biomédical. Enfin, la médicalisation n'est pas seulement l'expansion de la médecine en tant que pratique et savoir, elle est aussi le produit des transformations dans le social. Selon Conrad et Maturro (2009 : 178), il y a ce qu'il appelle la médicalisation de l'esprit. Celui-ci appartient à la sphère plus subjective ne pouvant être mesurée avec des outils scientifiques. Alors que le fonctionnement psychique se prête peu à l'observation directe et contrairement au fonctionnement corporel, ce sont des critères issus du corporel qui sont appliqués au domaine psychique. Dans ses essais sur la dépression et la psychosomatique, Keller (2008, a & b) souligne la pratique clinique approximative dans le domaine très complexe qu'est la psychiatrie alors que Zarifian (1995) dénonce le déni du psychisme dans la psychiatrie contemporaine.

À la lumière de ces observations, on peut dire que deux domaines importants constituent les cibles privilégiées dans le processus de la médicalisation. Le premier est celui qu'on pourrait appeler le contrôle social médical des événements normaux de la vie : naissance, adolescence, infertilité, ménopause, menstruations, mort, etc. Le second est plutôt rattaché à la gestion de certaines conditions ou problèmes considérés comme déviants dont les transformations esthétiques du corps font partie.

Le recours à la chirurgie esthétique : un exemple de médicalisation de corps souffrants

Selon Hagens (2005 : 269), notre sensibilité à la beauté de l'enveloppe extérieure corporelle serait un héritage évolutionniste en Occident. Dans ce contexte, les attributs physiques acceptables comme critères de beauté, de signes de santé et de vitalité tournent généralement autour de la symétrie corporelle, le volume musculaire, la peau douce, etc. Ainsi, la chirurgie esthétique semble constituer une réponse à ces critères qui s'inscrit dans cette modalité de contrôle et de gestion des corps physiques et sociaux.

Selon Moreau et Vinit (2007) il y a un accroissement du savoir sur le corps couplé à celui des possibilités techniques et chirurgicales qui dessinent l'image d'un « corps mou ». Hybridation du corps et de la technique médicale, la chirurgie esthétique est de plus en plus pratiquée dans la médecine contemporaine et permet ainsi de modifier le corps hérité de nos parents. Dans un article analytique sur ce sujet, St-Hilaire (2006 : 112) introduit la notion de plasticité du sujet où ce dernier peut bonifier son corps et le rendre plus fidèle à l'image qu'il se fait de lui-même. Cet auteur soutient qu'il y a des thèses parfois opposées face à la question de la chirurgie esthétique.

D'une part, on aurait la version des femmes victimes de l'invasion des corps par le discours médical, qui permet une socialisation des normes esthétiques et sociales des corps, dans ce cas elles sont vues comme des victimes. Dans cette perspective, Naomi Wolf (2007) dans son livre sur le mythe de la beauté explique comment ce discours de la beauté axé sur l'image est en fait un dispositif qui vise à déposséder les femmes de leur pouvoir en les confinant à des rôles d'objets.

Par ailleurs, il y a la thèse qui soutient que, paradoxalement, les femmes, en décidant d'avoir recours à la chirurgie plastique, s'approprient en quelque sorte leur corps et s'affirment en exerçant justement un contrôle sur celui-ci, elles ne seraient plus alors des victimes. Dans cette lignée, Etcoff (1999) va jusqu'à dire que la beauté et la perception / représentation que nous nous en faisons serait plus inscrite dans la biologie et non dans un comportement appris.

Cette version plus darwinienne de la transformation des corps s'inscrit dans une explication où la lutte pour la survie à l'intérieur d'un milieu social donné permettrait à la personne, non seulement d'accéder à la beauté en soi, mais aussi d'acquiescer des bénéfices secondaires importants comme trouver le partenaire ou le conjoint idéal.

Selon Davis (1995 cité dans St-Hilaire, 2006 : 113), la chirurgie n'est pas au sujet de la beauté comme tel, cela relèverait plutôt d'une question d'identité. Dans la mesure où la personne transige et renégocie son identité via la transformation de son corps, de son visage, de son apparence extérieure, cet auteur soutient que cela relève d'un exercice de pouvoir de nature principalement identitaire. Toujours selon cet auteur, procéder à une chirurgie esthétique sert à reproduire le normal, le plus que normal, le meilleur et la plupart des femmes ayant été opérées se disent plus « acceptées » au plan social. Pour reprendre le questionnement de St-Hilaire, et dans la mesure où la chirurgie esthétique contribue à changer des corps « naturels » à des corps « moins authentiques », celui-ci pose la question de la signification de devenir soi-même et des moyens pour y arriver. Jusqu'à quel point changer une partie de son visage, par exemple, modifie l'identité intérieure/extérieure du sujet ? Dans la régulation des corps compris comme déviants et souffrants, assistons-nous à ce que Lupton (1995) appelle la sanitarisation (*healthicization*), à savoir une transposition des problèmes médicaux et de santé publique en enjeux moraux et sociaux ?

En ce qui a trait aux dimensions culturelles, les exemples de plusieurs cultures et pays nous incitent à plus nuancer le discours médical dominant compris comme traditionnel. Rappelons que le diagnostic émis par le DSM-IV du désordre corporel (*body dysmorphic disorder*), est une construction sociale Américaine qui permet de classer cette condition au plan mondial en évacuant les réalités culturelles qui déterminent souvent les motifs et les raisons sous-jacentes au recours à la chirurgie esthétique.

Si au Venezuela ou en Argentine, on voue un culte extraordinaire à l'apparence physique et à la chirurgie esthétique, l'acte chirurgical est non seulement acceptable au plan social, il y est même institutionnalisé, voire normalisé. Le service est

gratuit et est offert en général aux jeunes filles à partir du moment où elles obtiennent l'aval d'un professionnel (psychologue, psychiatre, médecin).

En Iran, dans un pays aussi secret sur la vie privée des femmes, celles-ci ont quand même recours à la chirurgie esthétique comme moyen d'échapper à une certaine oppression dans les rapports homme/femme et dans un environnement de théocratie qui interdit toute expression extérieure des corps. Ce qui leur reste comme signes extérieurs personnalisés, sous une forme insuffisante, c'est le visage et les mains. L'espace privé disponible dans l'espace public étant interdit (chador et police des mœurs obligent), l'acte de la chirurgie plastique devient un acte de déviance, voire de délinquance. Corps souffrant et socialement déviant, le recours à la chirurgie esthétique devient alors une stratégie pour garder son équilibre psychique et social.

En Corée du Sud, la prévalence de la chirurgie plastique auprès des femmes dans la vingtaine atteindrait un sommet qui atteint près de 50% (Scanlon, 2005). Deux facteurs expliquent cet engouement extraordinaire.

Le premier est lié aux pressions sociales intenses auprès des femmes en âge de se marier pour paraître à leur meilleur. Les valeurs véhiculées dans cette culture soutiennent que le recours à la chirurgie esthétique garantirait plus l'accès à des maris plus aisés financièrement, il est alors compris comme un investissement pour améliorer son statut social et économique. Dans ce contexte de très forte compétition, il n'est plus suffisant de corriger telle ou telle partie de son corps, il s'agit plutôt de sortir du lot des jeunes femmes candidates pour être la plus parfaite de toutes.

Le deuxième facteur explicatif est que l'industrie de l'esthétisme n'est pas du tout régulée, ce qui permet une marge de manœuvre plus étendue. Alors que ce pays n'enregistre que 1200 chirurgiens plasticiens, des milliers d'autres pratiquent les chirurgies sans les qualifications recommandées. Ceci ne va pas sans avoir des conséquences négatives puisque des centaines de femmes se sont retrouvées avec des dommages permanents au visage, les interventions ayant été parfois effectuées par des radiologues ou des psychiatres sans aucune formation dans ce domaine précis.

Ces diverses conceptions culturelles des corps et du rôle de la chirurgie esthétique démontrent comment la conception de cette condition relève plus d'un phénomène multifactoriel. Multifactoriel, car selon les périodes et les valeurs sociales et culturelles en question, le corps sera représenté de manière différente et suscitera également une réaction sociale propre aux valeurs sociales et culturelles sous-jacentes à la société en question.

Aux États-Unis, par exemple, 2% des personnes vivent une détresse sévère en lien avec leur image de soi qui s'exprimerait plus durant l'adolescence (Gorbis, 2004). Diagnostiqué par le DSM-IV (« bible psychiatrique ») comme un désordre corporel (BDD, *body dysmorphic disorder*), les préoccupations vues dans ce désordre s'apparentent fortement à l'anorexie, voire aux TOC à savoir les troubles obsessionnels compulsifs. Selon Lorenc (2005), 50% des étudiants américains au collège sont préoccupés par au moins un aspect de leur apparence physique. Même si les médias mettent plus l'accent sur les femmes, les études recensées aux États-Unis par Gorbis (2004) démontrent que le BDD affecterait autant les hommes que les femmes et ce, à des degrés et pour des motifs différents.

Au plan historique, les femmes américaines ont été toutefois plus sujettes à des changements, voire des transformations de leur image corporelle extérieure. Selon Riordan (2004), les femmes américaines avaient déjà en 1858 utilisé un métal d'une dizaine de centimètres pour augmenter l'apparence de la poitrine. Entre 1850 et 1950, l'usage des produits technologiques disponibles pour les augmentations mammaires s'inscrivait essentiellement dans le désir d'attention auprès des hommes et de réinvention des corps en transformant la femme en « plusieurs femmes ». Par « plusieurs femmes », il faut entendre l'utilisation de diverses caractéristiques et stratégies de la beauté extérieure qui permettent un déplacement de l'attention du regard masculin pour le plus grand nombre de parties corporelles possibles. En ce qui a trait aux hommes, la tendance est de recourir à des traitements non psychiatriques en s'adressant plus à des services dermatologiques. Ils seraient plus enclins à voir un désordre corporel inscrit dans les muscles (*muscle dysmorphia*) ou obsédés par les cheveux, la peau, le visage et la taille du pénis.

En fait, l'augmentation de la taille du pénis serait la pratique la plus en vogue (Luciano, 2001).

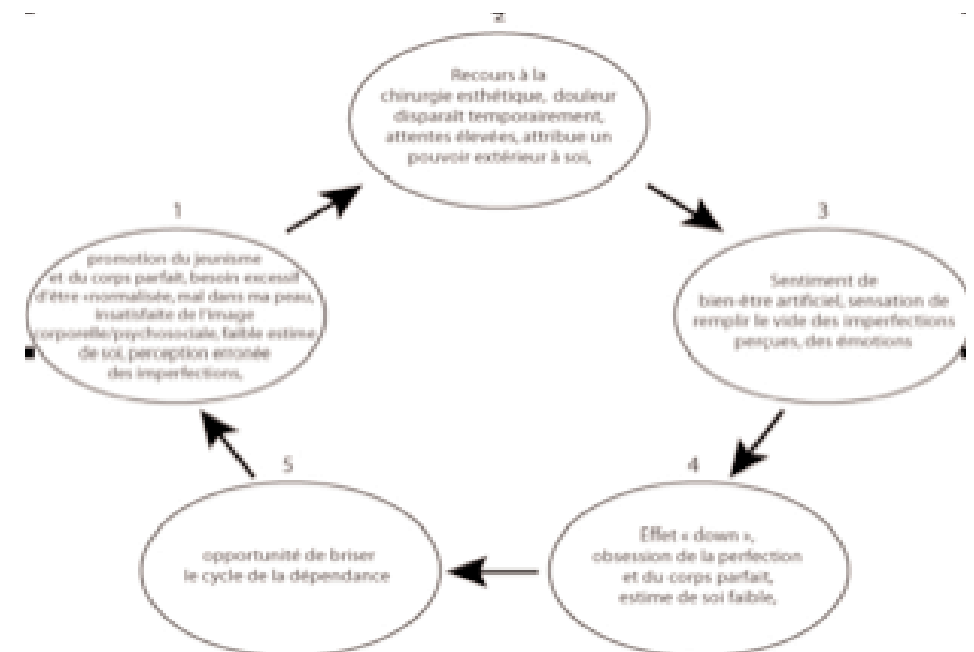
Dans plusieurs cas, la chirurgie esthétique peut ne pas s'avérer bénéfique à moyen terme car elle est rarement perçue comme satisfaisante, les personnes continuant à être obsédées par d'autres parties de leur corps à changer, à transformer. Dans ce contexte, on peut parler plus de malaise de l'image psychosociale de soi, voire de dépendance. Dépendance dans le sens de Breton où *c'est une manière de combler un vide ou de juguler une peur au moyen d'un produit ou d'une action qui procure un apaisement et une réponse provisoires* (Le Breton, 2004). Comme vignette, le cas de Hope Donahue, une jeune femme âgée de 30 ans illustre bien ce type de dépendance (Donahue, 2004). Sa première intervention en chirurgie esthétique à 22 ans avait corrigé un défaut du nez, à 23 ans c'était un remaniement du visage (*facelift*), et à 27 ans elle avait effectué 7 chirurgies. Pour payer ces dépenses, elle avait utilisé toutes les cartes de crédit disponibles, dérobaient les argents auprès de ses parents et de ses connaissances, s'est même adonnée à des séances de nu pour pallier sa souffrance et sa dépendance. Pourtant, Donahue était une belle jeune fille, provenait d'une famille aisée et avait un statut social enviable. Fille unique éduquée dans les meilleures écoles privées, Donahue a graduellement emprunté le chemin de la perfection physique pour échapper à des tensions familiales et redorer provisoirement sa faible estime de soi.

À la question de savoir comment le recours à la chirurgie peut constituer une dépendance, il est utile de rappeler que Peele et Brodsky (1975) ont été parmi les pionniers, sinon les premiers chercheurs, à appliquer le terme de dépendance, non seulement aux abus de psychotropes, mais également aux autres comportements tels la dépendance amoureuse, les jeux de hasard et d'argent, etc. Appliquée à la chirurgie esthétique, la dépendance est d'abord une recherche hors de soi de ce qui manque à l'intérieur. D'ailleurs, un ouvrage consacré à cet aspect du rapport intérieur/extérieur en lien avec cette dépendance est largement traité dans le livre de James et Garcia (2003) intitulé *The truth about beauty : transform your looks and your life from the inside out*.

Dit autrement, et si nous sommes tous des candidats à développer des dépendances, cela fait appel à des conditions psychosociales particulières pour ouvrir le cycle de la dépendance. Comme avec les psychotropes ou les jeux de hasard et d'argent, la dépendance s'inscrit d'abord et avant tout dans un contexte de fragilité où la personne souffrante est généralement seule et donc avec des liens sociaux affaiblis. Ainsi comprise, la dépendance à la chirurgie s'inscrit dans la relation à son corps et en réaction à des souffrances personnelles d'une part, et aux demandes socialisées contextuelles, d'autre part. C'est donc dans la relation individu/activité/image idéalisée du corps et le contexte social que s'installe cette dynamique du cycle de la dépendance (Gorbis, 2004 ; Suissa, 2005, 2007). Parmi les autres facteurs sociaux qui influencent le recours à la dépendance aux chirurgies plastiques, Lorenc (2005) mentionne au moins trois repères.

- 1- L'exposition aux médias télévisés, émissions spéciales, porte-parole de Hollywood, milieu artistique, de la mode,
- 2- L'immense progrès technologique des procédures médicales où le patient est sujet à moins d'anesthésie et où la réhabilitation post-opératoire est beaucoup plus rapide,

3- Le processus de socialisation qui permet d'élever le niveau d'acceptation et de désirabilité de la chirurgie par la société qui devient de plus en plus tolérante. Des injections de Botox tous les 6 mois pour plus de huit millions d'américains, des chirurgies pour les rides tous les 3 ou 6 ans, des liposuccions tous les 5 ou 10 ans, deviennent de plus en plus monnaie courante pour certaines catégories sociales. Les 2/3 des patients ayant recours à des chirurgies plastiques sont en fait des personnes qui ont déjà eu des interventions dans le passé. Selon Lorenc (2005), plusieurs individus avouent avoir développé la dépendance à la chirurgie en posant des gestes déviants, parfois délinquants. Afin de répondre à leur dépendance d'une certaine image de soi, certaines femmes vont jusqu'à avoir recours à la prostitution, aux vols, poser nues pour des revues pornographiques et effectuer des emprunts bancaires irréalistes. Entre 25 et 50 ans, plusieurs d'entre elles ont eu entre 20 et 35 chirurgies entreprises depuis l'adolescence et auraient des symptômes de sevrage similaires aux toxicomanes si elles n'ont pas au moins 2 chirurgies par année. Cette tendance plus au féminin s'accentuerait également auprès de populations masculines (Luciano, 2001).



À la lecture de ce cycle, nous remarquons que la phase 1 est caractérisée par des sentiments négatifs, suivie de la phase 2 où la personne décide de "geler" ses émotions en ayant recours à la chirurgie comme stratégie d'équilibre et de survie. Cette condition permet, en phase 3, la création d'un sentiment momentané de bien-être et la disparition de la douleur ressentie. Quant à la phase 4, elle confronte à nouveau la personne aux sentiments de base de la phase 1, soit la culpabilité, la perception erronée de ses imperfections, l'insatisfaction de son image corporelle et la faible estime de soi. La phase 5 constitue l'opportunité de briser ou de continuer ce cycle. La totalité des personnes dépendantes demandent de l'aide durant cette phase, et non durant la phase du recours à la chirurgie (2) ou de sentiments de bien-être (3).

Lorsque la personne commence à avoir recours aux chirurgies esthétiques pour diverses raisons négatives et qu'elle développe une dépendance, ces mêmes raisons continueront d'exister et ne disparaîtront pas à cause de la dépendance.

Vues sous cet angle, les raisons et les motivations – au sens de traits de la personnalité ou de prédispositions psychologiques – constituent la pierre angulaire de la création du cycle de la dépendance.

En ce qui a trait à l'environnement social, Peele réussit à démontrer que la société est le principal mécanisme de la dépendance.

C'est parce que notre culture est si fortement axée sur la réalisation et la responsabilité individuelles que tant de gens ont le sentiment de ne pas être à la hauteur. (Peele, 1989)

Vers une vie éternelle ou le prolongévisme de la vie

Selon Céline Lafontaine, auteure de *La société post-mortelle* (2008 :14), la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences, dans nos sociétés sont caractérisées par un double processus.

- 1- Une déconstruction et une désymbolisation de la mort,
- 2- Une volonté affichée de vaincre techniquement la mort, prolonger indéfiniment la vie.

Il y a un discours et une médecine que cette chercheuse nomme *prolongéviste*, à savoir dissimuler les effets visibles du processus de vieillissement, contrer la dégénérescence cognitive et les pertes fonctionnelles. Trois facteurs peuvent expliquer cette tendance.

1- C'est une caractéristique historique inscrite dans toutes les sociétés.

2- Le marché de l'anti vieillissement prend de l'ampleur avec le vieillissement de la population (tourisme gériatrique, produits pharmaceutiques et cosmétiques, régimes alimentaires, programmes physiques).

3- La génération des *baby boomers* vieillissante agit comme moteur pour au moins 2 à 3 décennies

Dans cette lignée, deux chercheurs de renommée internationale : d'une part Leonard Hayflick de l'Université de Californie, figure de proue en microbiologie et en gérontologie, remet en cause les thèses prolongévistes en démontrant l'accroissement de la perte de fidélité et de réplication cellulaire durant le vieillissement ; toute chose vieillit dans l'univers alors que la durée de vie peut être plus malléable, advenant une intervention génétique pour réparer les dommages aux tissus cellulaires.

d'autre part, Audrey de Grey, rédacteur en chef de la Revue *Rejuvenation Research*, ardent défenseur de la médecine prolongéviste, a créé une fondation et mis sur pied un concours en recherche expérimentale « Methsela Mouse Price » qui vise à établir des records de longévité chez les souris avec un prix de 4 millions de dollars. Dans cette optique, il y a l'exemple du A4M, organisme sans but lucratif dédié à l'avancement technologique pour traiter le vieillissement mais aussi promouvoir sa prolongation en s'intéressant aux cellules souches, au clonage thérapeutique, au génie génétique et aux nanotechnologies. Dans la mesure où l'éthos du prolongévisme s'inscrit dans le domaine essentiellement privé et individuel, on peut questionner si cet engouement pour le prolongévisme ne découle pas de l'hyper d'une idéologie individualiste ? Pour certains philosophes, les objectifs du prolongévisme sont moralement justifiables, puisque, ultimement, ils visent à prolonger l'espérance de vie. La moralité est ainsi vue comme relative. ... / ...



Cette omniprésence du discours sur l'anti vieillissement où les sciences gériatriques et la médecine seraient à l'origine du « discours de la sénescence », définissent le corps âgé à travers un système de significations sociales associées à la maladie et au corps mourant. Le Breton (1999) parle d'un corps surnuméraire où celui-ci est problématisé et dont il faut s'éloigner par différentes méthodes telles que les chirurgies esthétiques, les cures de jouvence, etc.

Conclusion et perspectives

La question de la médicalisation des corps en général et de la chirurgie esthétique en particulier, pose la question de l'importance de la standardisation et de la normalisation sociale des critères de beauté (Blum, 2003). La dépendance à une image de soi et au « jeunisme » utilise en fait le moyen de la chirurgie pour anesthésier émotions et faible estime de soi d'une part, et répondre aux critères et normes sociales, d'autre part. Si avoir recours à la chirurgie esthétique afin de réparer un dommage imprévisible (accident, brûlure au visage, paralysie faciale, cancer de la mâchoire, etc.) est plus que légitime, l'intervention chirurgicale, parfois de manière obsessionnelle et pour des raisons purement esthétiques, révèle que la réponse n'est pas dans la chirurgie, mais bien dans le rapport à soi-même et au monde, dans le lien social.

Devant ce malaise de l'image en expansion, Weil (1983, 2007) nous rappelle l'importance d'intégrer les aspects physiques, mentaux et spirituels dans notre vie comme une certaine barrière contre l'invasion des maladies en général, et des comportements inappropriés comme celui du recours grandissant à la chirurgie esthétique. Porte-parole depuis une trentaine d'années de la médecine dite intégrée (*integrative medicine*), ce médecin issu de Harvard a réussi un coup de maître en s'opposant à une vision positiviste et mécanique des corps, en développant un discours axé sur les compétences cachées des personnes et sur des liens sociaux forts dans l'environnement comme facteurs de protection.

Dans une optique de réappropriation de pouvoir, il a contribué de manière marquante à ce que 15% des écoles de médecine aux États-Unis incluent aujourd'hui des contenus en dehors de la médecine dite conventionnelle. Ainsi, il dénonce les systèmes de santé en les nommant des systèmes de gestion des maladies et rejoint les propos de Peele (1989) dans son livre intitulé *Diseasing of America* – la « maladisation » de l'Amérique. Alors que la majeure partie des cas de guérison à travers le monde passe par la rémission spontanée (spontaneous healing, natural recovery), cette « maladisation » des corps physiques et sociaux constitue encore le noyau dur du modèle médical et de son idéologie.

Le phénomène de la médicalisation, voire une surmédicalisation, constitue une avenue privilégiée dans la gestion de populations avec des liens sociaux faibles et des problèmes sociaux associés dont ceux du jeunisme ou des malaises de l'image. Parmi les effets pervers du discours de la médicalisation, il y a évacuation de la référence aux aspects psychosociaux et culturels et la tentative de démontrer que la dépendance à une certaine utopie de l'image est une réalité impersonnelle, individuelle et non discriminatoire. À ce sujet, Soulet nous rappelle qu'il n'existe pas de vulnérabilité en soi, mais des êtres vulnérables dans certaines circonstances et conditions : « Toute production de sens ne peut être que sociale malgré l'apparence extérieure d'une individualisation » (Soulet, 2008).

Dans un article fortement documenté, Maddux (2002) démontre de manière magistrale comment la discipline de la psychologie, par exemple, a cautionné historiquement la construction sociale de l'idéologie de la maladie et de l'individualisation des problèmes sociaux. Dans la gestion des « maladies de l'âme », Maddux suggère de nous tourner vers une psychologie dite positive où l'accent est mis sur les forces et les habiletés plutôt que sur les carences et les déficits. Face à cette poussée de la médicalisation comme forme de contrôle social, la question du lien social est et demeure centrale, car elle constitue le fer de lance dans les modalités de contrôle et des mesures à privilégier (Horwitz, 1990; 2002). Ainsi, les problèmes sociaux conçus comme problèmes

individuels plutôt que collectifs, posent la question de la participation citoyenne aux diverses instances décisionnelles et de l'accès à une information pertinente dans les prises de décision.

Une étude canadienne récente, portant sur les implants mammaires et menée auprès de 24 600 femmes par deux chercheurs de la Faculté de médecine de l'Université Laval en collaboration avec des collègues Ontariens, révèle que, si le fait d'avoir des implants mammaires n'augmente pas le risque de mortalité, le taux de suicide des femmes avec implants mammaires est 73 % plus élevé que dans la population en général (Villeneuve et al, 2006). Cette équipe de recherche a compilé des informations sur 17 400 Québécoises et 7 200 Ontariennes ayant reçu des implants mammaires pour des raisons esthétiques entre 1974 et 1989. Ces femmes, opérées à l'âge de 32 ans en moyenne, ont fait l'objet d'un suivi pendant une quinzaine d'années.

En résumé, ces chercheurs soulignent que pour subir une chirurgie mammaire, il faut d'abord jouir d'une bonne santé et mettre en garde les pratiques des médecins dans ce domaine en les invitant à se pencher plus sur les motifs et les raisons derrière le recours aux chirurgies. Ils rappellent que les études scientifiques nombreuses signalent que les femmes qui subissent des chirurgies mammaires ont un profil psychologique caractérisé par une faible estime personnelle, un manque de confiance en soi et des problèmes de santé mentale plus fréquents, notamment la dépression. À ce sujet, James et Garcia (2003) proposent de travailler, d'abord et avant tout, son intériorité afin de se rapprocher le plus possible d'un certain équilibre entre son image de soi, l'idéal psychosocial à atteindre et la réalité sociale concrète de l'acceptation de soi. Dans cette perspective, (Blais, 2005 : 164) nous rappelle que le biopouvoir, dans le sens de Foucault, se manifeste dans l'ensemble de la société où sont constamment mis en œuvre des mécanismes produisant de plus en plus de séparations entre le normal et l'anormal. Devant les malaises et les souffrances des corps au plan physique et social, ce biopouvoir ne serait pas une propriété en soi, mais plutôt une stratégie d'une technologie politique qui investit les corps.

Avec le DSM- VI, la symptomatologie prend la place de l'étiologie. En séparant le symptôme du contexte qui l'a produit, on évacue les réalités structurelles et sociales au centre de la construction de ces conditions d'inégalités sociales et économiques. On individualise la réponse aux problèmes sociaux : comment changer notre intériorité individuelle si nous ne modifions pas les déterminants sociaux de ces conditions ?

Le débat sur la chirurgie esthétique ne fait que commencer et est loin d'être clos. Quand on considère les chirurgies visant le rajeunissement vaginal (sex design) – resserrement du vagin, remodelage du contour des lèvres, reconstruction de l'hymen, augmentation du périnée – la médicalisation des corps des femmes est une tendance inquiétante (Collard, 2006; Galipeau (2006). Que feront ces personnes quand elles deviendront plus âgées dans le temps ? Continueront-elles dans ce type de pratique pouvant se transformer en une dépendance ou assisterons-nous à une normalisation poussée de la chirurgie esthétique, accompagnée d'une plus grande désirabilité sociale ? Les émissions de télévision comme « Extreme makeover » et « SOS beauté » illustrent cet engouement extraordinaire pour l'esthétisme du corps, voire sa totale transformation. Verrons-nous bientôt la formation de groupes d'entraide (*surgery junkies anonymous*) fondés sur la philosophie des 12 étapes comme avec Alcooliques Anonymes ? •

Bibliographie

- ATLAN, Henri. 1999. *Les étincelles de hasard*. Tome 1. Connaissance Spermatique. Paris, Le Seuil.
- BEAULIEU, Alain. 2005. *Michel Foucault et le contrôle social*. Québec, Presses de l'Université Laval.
- BLAIS, Louise. 2005. « Pouvoir et domination chez Foucault », dans Alain BEAULIEU (dir.) *Michel Foucault et le contrôle social*. Québec, Presses de l'Université Laval : 159-172.
- BLUM, Virginia. 2003. *Flesh wounds : the culture of cosmetic surgery*. University of California Press.
- BREGGIN, Peter. 2002. *The stimulant fact book*. Cambridge, Perseus Books.
- CASTEL, Robert. 1983. « De la dangérosité au risque ». Actes de recherche en sciences sociales, 47-48, 119-127.
- COHEN, David et BREGGIN, Peter. 1999. *Your drug may be your problem*. Cambridge, Perseus Books.
- COLLARD, Nathalie. 2006. « Beauté intérieure », La Presse, 26 février.
- COLLIN, Johanne / OTERO, Marcelo / MONNAIS, Laurence. 2006. *Le médicament au cœur de la société contemporaine*. Québec, Presses de l'université du Québec. Collections Problèmes Sociaux et Interventions Sociales.
- COLLIN, Johanne et SUISSA, Jacob Amnon. 2007. « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19, 2, 25-33.
- CONRAD, Peter et SCHNEIDER, Joseph. 1980. *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia, Temple University Press.
- CONRAD, Peter (2005). « The Shifting Engines of Medicalization », *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 1, 3-14.
- CONRAD, Peter et LEITER, Vateria. 2004. « Medicalization, Markets and Consumers », *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- CONRAD, Peter et POTTER, Deborah. 2000. « From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observation on the Expansion of Medical Categories », *Social Problems*, 47, 559-582.
- DARMON, Muriel et DÉTRETZ, Christine. 2004. *Corps et société : problèmes politiques et sociaux*, 907, Paris, La Documentation Française.
- DI VITTORIO, Pierangelo. 2005. « De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire », dans Alain BEAULIEU (dir.) *Michel Foucault et le contrôle social*. Québec, Presses de l'Université Laval : 91-123.
- DONAHUE, Hope. 2004. *A beautiful stranger : a memoir of an obsession with perfections*. New York, Penguin Books.
- ETCOFF, Nancy. 1999. *Survival of the prettiest : the science of beauty*. New York, Anchor Books.
- FABRE-THÖER, Christine et LÉVY, Joseph Josy. 2007. « La pharmacologisation de la ménopause : l'hormonothérapie substitutive et ses fonctions dans le discours de baby boomers françaises », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19, 2, 46-61.
- Communication de colloque : FAINZAG, Sylvie. 2005. « La relation médecin malade : transmission et circulation des savoirs sur les médicaments ». Communication au Colloque du MEOS. Le médicament comme objet social. Université de Montréal, 27 mai.
- FOUCAULT, Michel. 1966. *Le corps lieu d'utopie. Anthologie sonore de la pensée française par les philosophes du XX^e siècle*. Vincennes, Éditions INA/Frémeaux et associés, 2003, 18 minutes.
- FOUCAULT, Michel. 1975. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel. 1999. *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*. Paris, Seuil/Gallimard.
- FREIDSON, Eliot. 1970. *Profession of medicine*. New-York, Dodd Mead.
- FREUD, Sigmund. 1929. *Malaise dans la civilisation*. Paris, Presses universitaires de France.
- FURTOS, Jean. 2005. « Souffrir sans disparaître », dans Michel, JOUBERT et Claude, Louzoun, (dir.). *Répondre à la souffrance sociale*. Éditions Érès, 10-38.
- GALIPEAU, Suzanne. 2006. « Que reste-t-il du féminisme ? » La Presse, 26 février.
- GORBIS, Eda. 2004. « Addiction to plastic surgery » www.hope4ocd.com/downloads/gorbis_plastic0703.pdf. Page consultée le 10 novembre 2007.
- GORI, Roland et VOLGO, Marie-José. 2005. *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, Denoël.
- HAGENS, Von Gunther. 2005. *Le monde du corps : exposition anatomique des corps humains véritables*. France-Allemagne, Arts et Sciences.
- HORWITZ, Allan. 1990. *Logic of social control*. New York, Plenum Press.
- HORWITZ, Allan. 2002. *Creating mental illness*. Chicago, University of Chicago Press.
- JAMES, Kat et GARCIE, Oz. 2003. *The truth about beauty : transform your looks and your life from inside out*. New York, Beyond Words Publishing.
- KELLER, Paul-Henri. 2008a. *Lettre ouverte aux déprimés*. Tapage.
- KELLER, Paul-Henri. 2008b. *La psychosomatique*. Dunod.
- LAFONTAINE, Céline. 2008. *La société-post mortelle*. Éditions du Seuil.
- LANTERMANN, Ernst. 2005. « Le monde du corps selon les visiteurs » dans Von Gunther HAGENS (DIR.) *Le monde du corps : exposition anatomique des corps humains véritables*. France-Allemagne, Arts et Sciences : 304-311.
- LE BRETON, David. 2004. *Les passions ordinaires*. Paris, Petite bibliothèque Payot.
- LE BRETON, David. 1999. *L'adieu au corps*. Paris, Métailié.
- LLOYD, Gwynedd; STEAD, Joan et COHEN, David. 2006. *Critical new perspectives on ADHD*. London et New York, Routledge.
- LORENC, Paul. 2005. *A little work; behind the doors of a park avenue plastic surgeon*. New York, Martin's Press.
- LUCIANO, Lynne. 2001. *Male body image in modern America*. New York, Hill and Wang Editions.
- LUPTON, Deborah. 1995. *The imperative of health, public health and the regulated body*. London, and New Delhi, Sage.
- MADDUX, James. 2002. « Le DSM et l'idéologie de la maladie », *Revue québécoise de psychologie*, 23, 3, 25-41.
- MATURO, A et CONRAD, P (2009). *The medicalization of life*. Salute e Societa.
- MOREAU, Nicolas et VINIT, Florence. 2007. « Empreintes de corps : éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19, 2, 34-45.
- PARSONS, Talcott. 1951. *The social system*. London, Routledge et Kegan Paul.
- PARSONS, Talcott. 1975. « The sick role and the role of the physician reconsidered », *Health and Society*, 53, 257-277.
- Communication de colloque : PÉRODEAU, Ghilème, FORGET, Héliène, GREEN-DEMERS, Isabelle, PRÉVILLE, Michel, SAVOIE-ZAJC, Lucie, SUISSA, Jacob Amnon, GRENON, Emilie, LAGRANGE, Michel. 2005. « Consommation de psychotropes par les personnes âgées : réflexions et recommandations de médecins et de pharmaciens. Communication au premier Congrès International sur le Médicament : *Conception, prescription, consommation : perspectives interdisciplinaires pour un avenir commun*, Montréal, 30 août.
- PEELE, Stanton et BRODSKY, Archie. 1975. *Love and addiction*. New York, Traplinger Publishing.
- PEELE, Stanton. 1989. *Diseasing of America*. Massachussets, Lexington Books.
- RIORDAN, Teresa. 2004. *Inventing Beauty: A History of the innovations that have made us beautiful*. New York, Broadway Books.
- SAINT-GERMAIN, Christian. 2005. *Paxil blues*. Montréal, Boréal.
- SAINT-HILAIRE, Pierre Luc. 2006. « De l'usage plastique des antidépresseurs », dans Johanne COLLIN, Marcelo, OTERO et Laurence MONNAIS (dir.) *Le médicament au cœur de la société contemporaine*. Presses de l'université du Québec, Collection Problèmes Sociaux et Interventions Sociales. 109-125.
- SAINT-ONGE, Jean-Claude. 2005. *L'envers de la pilule*. Montréal, Écosociété.
- SCANLON, Charles. 2005. « The price of beauty in South Korea » BBC News, South Korea, http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/from_our_own_correspondent/4229995.stm. Page consultée le 10 novembre 2007.
- SOULET, Marc Henri. 2008. « Faire face et s'en sortir vers une théorie de l'agir faible », dans Shirley, ROY et Viviane CHÂTE (dir.). *La vulnérabilité sociale : enjeux théoriques et implications pratiques*. Québec, Presses Universitaires du Québec (sous presse).
- SUISSA, Jacob Amnon. 2001. « Cannabis, social control and exclusion : the importance of social ties », *International Journal of Drug Policy*. 2 (5-6), 385-396.
- SUISSA, Jacob Amnon. 2005. *Le jeu compulsif; vérités et mensonges*. Montréal, Fidès.
- SUISSA, Jacob Amnon. 2007. *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Montréal, Fidès.
- VAN CALOEN, Benoit. 2004. « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétaire de l'usage des drogues », *Santé et Société*. 3, 1, 69-86.
- VILLENEUVE, Paul et al. 2006. « Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implant s », *American Journal of Epidemiology* 164, 4, 334-341.
- WEIL, Andrew. 1983. *From chocolate to morphine: understanding psychoactive drugs*, Boston, Houghton Mifflin.
- WEIL, Andrew. 2007. *Weil-being*. Discover. September, 66-70.
- WOLF, Naomi. 2007. *The beauty myth : how images of beauty are used against women*. New York, Harper Collins Publishing.
- ZARIFIAN, Edouard. 1995. *Des paradis pleins la tête*. Odile Jacob.
- ZOLA, Irving. 1972. « Medicine as an Institution of Social Control », *Sociological Review*, 20, 487-504.
- ZOLA, Irving. 1983. *Social medical inquiries: recollections, reflections and reconsiderations*. Philadelphie, Temple University Press. •

Les grands axes politiques de la Fédération Addiction

Extraits du projet associatif

Créée le 1^{er} janvier 2011, la Fédération Addiction est née de la volonté conjointe de l'Anitea (association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) et de la F3A (fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie) de fusionner leurs compétences et leurs moyens.

La Fédération addiction s'est donnée pour but de constituer un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico psycho sociale et transdisciplinaire des addictions. Elle s'attache à bâtir une expertise pour interpeller la société, grâce à sa capacité à mobiliser ses adhérents dans un dialogue permanent entre terrain et théorie, et à son implication dans les travaux menés dans le champ des addictions.

Pour la Fédération Addiction, les conduites addictives font partie de la vie : elles résultent de la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un contexte particulier. L'association considère, en conséquence, que la société doit élaborer des réponses adaptées, car les phénomènes d'addiction ne peuvent être isolés du contexte social, culturel, politique et économique dans lequel ils s'inscrivent. Elle vise en cela à **décloisonner** les approches, les pratiques et les structures.

La Fédération Addiction défend en effet une **conception holistique** de la question, prenant en compte les dimensions plurielles de l'expérience addictive, s'appuyant sur la **richesse de la complexité**, et nécessitant la coopération de professions différentes et complémentaires. Plutôt que la lutte contre les produits, elle privilégie la **promotion de l'usager**, sa **reconnaissance en tant que citoyen**, l'amélioration de sa **qualité de vie** et de son environnement, en lui proposant une **offre globale de soins et d'accompagnement**.

1. Bâtir une expertise pour interpeller la société

L'association fédère des dispositifs et des professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques, dans le but de former un **pôle national représentatif** de l'addictologie.

Elle souhaite, à partir des compétences de ses adhérents, contribuer à une **analyse vivante et actualisée** des pratiques addictives.

Elle promeut une **dialectique** permanente entre la **théorie et la pratique**, basée sur la recherche d'amélioration des dispositifs et des pratiques. Elle défend la **construction d'une expertise collective** et dynamique pour faire évoluer les pratiques.

Cette expertise, élaborée grâce au partage d'expériences et à la réflexion participative, permet de bâtir le discours en l'étayant sur les réalités de terrain.

Elle suscite des **débats publics**, s'inscrit dans les espaces d'élaboration des politiques publiques, et participe aux débats sur la problématique des addictions.

2. Reconnaître la place prépondérante des usagers

La Fédération Addiction vise la promotion de l'usager : elle estime que celui-ci a vocation à être l'ensemblier de tous les services auxquels il doit pouvoir avoir accès, qu'il s'agisse de soins, de traitements ou d'accompagnement, de réduction des risques et d'intervention précoce sur la base d'un **libre choix** de l'offre qui lui est destinée.

- Le droit à l'anonymat et à la gratuité doit être préservé pour les usagers concernés.
- L'intervention des professionnels doit se faire dans le respect de la situation, de l'histoire et du rythme de l'usager, sans jugement, afin d'éviter la stigmatisation et de faciliter l'accès à l'offre de soin et d'accompagnement.
- Les intervenants veillent à construire avec l'usager une offre graduée, adaptée à ses besoins et attentes, tel qu'il est et là où il en est. Il s'agit de renforcer sa capacité de choisir et d'agir.

3. Renouveler le regard et les pratiques des professionnels

La Fédération Addiction promeut une intervention professionnelle centrée sur :

- Une approche préventive des addictions, fondée avant tout sur l'éducation : l'appropriation des connaissances sur les réalités, les motivations et les risques des pratiques addictives, afin de contribuer à améliorer les compétences et les capacités de personnes à gérer leurs expériences de vie.
- Une exigence d'alliances thérapeutiques inscrites dans la durée : la co-détermination des objectifs et des modalités d'accompagnement.
- Des pratiques transdisciplinaires, quelle que soit la forme des addictions traitées : la prise en compte des dimensions plurielles de l'expérience addictive justifie la coopération de professions différentes et complémentaires dans la mise en œuvre du projet de la personne.
- Le partage des compétences, le travail en partenariat avec les autres acteurs du dispositif « addictions », afin d'offrir aux usagers une palette de réponses adaptées, susceptibles de contribuer à l'amélioration de leur situation.

• La responsabilité de chaque intervenant en fonction de son métier : le travail en réseau avec les hôpitaux et les professionnels de santé de ville garantit sur le long terme la **continuité et la cohérence** d'un accompagnement adapté aux besoins des usagers.

• L'évaluation, dès lors qu'il s'agit d'un outil permettant aux professionnels d'améliorer leurs pratiques, et non d'une mesure de la performance participant à une vision normative des interventions.

4. Privilégier la construction collective des réponses

La Fédération Addiction se donne pour fonctions la mobilisation, la coordination, la formation et la représentation de ses adhérents. Elle souhaite promouvoir les réflexions sur la diversité des pratiques et la pluralité des approches et construire une culture commune de l'addictologie. Elle affirme sa volonté politique de représenter l'intérêt collectif de ses membres, conformément aux valeurs qu'elle défend. De ce fait, elle ne gère pas d'établissements ni de services destinés aux usagers.

Elle travaille en lien avec les autres intervenants, en particulier les réseaux sociaux et économiques et les autres acteurs de santé, au niveau international, européen et national. Elle participe aux travaux d'autres réseaux afin de co-construire les politiques et les dispositifs qui permettront *in fine* d'améliorer la qualité des services proposés aux usagers. Elle développe son action nationale d'animation de réseau à travers un fonctionnement démocratique et régionalisé. Elle crée et accompagne des unions régionales destinées à renforcer le lien permanent avec ses adhérents, et à nourrir les allers et retours entre pratique et théorie.

Pour consulter le projet dans son intégralité, n'hésitez pas à contacter la Fédération Addiction.

Agenda

Les événements

19 et 20 mai 11 à Lyon 1^{ères} journées nationales de la Fédération Addiction *Faut-il avoir peur des addictions ?*

28, 29 et 30 septembre 11 avec la FFA à Nîmes *Les carrefours de l'addictologie de terrain*

Les formations

Groupe de familles et dépendances, Frédéric La Belle, 7/8 mars, 11/12 mai, 12/13 septembre, 23/24 novembre 2011, 18/19 janvier, 14/15 mars 2012

L'entretien motivationnel niveau 1, Emeric Languerand, 22/23 mars 2011

Ateliers thérapeutiques : concepts et impacts, Marie Alice Robert, 1^{er} avril 2011

Démarche d'évaluation dans les CSAPA et CAARUD, Thierry Delahaye, 5/6 avril 2011

La gestion informatique des dossiers patients, Gérard Pradelle, 26/27 mai 2011

L'entretien motivationnel niveau 2, Emeric Languerand, 7/8 juin 2011

Conduites addictives et risque psychosocial ? Intervenir en milieu professionnel, Sylvaine Gremont 21/22/23 juin 2011

Atelier Clinique : le patient et son entourage familial, Agnès Fournier & Patricia Heu-Bourboulon, 14 sept., 12 oct., 16 nov., 14 déc. 2011, 11 janv. et 8 fév. 2012

Formation réduction des risques et usages de substances psycho-actives, Martine Lacoste, Pierre Chappard, 19/20/21/ 22/23 septembre 2011

Formation de base en addictologie, Pierre Selleret, 26/27/28/29/30 septembre 2011

L'approche expérientielle, Jean-Paul Jeannin, 3/4 octobre 2011

Pratiques des traitements de substitution en CSAPA, Aram Kavciyan, 10/11 octobre 2011

Particularités en clinique alcoologique, Marie-Alice Robert, 14 octobre 2011

Les addictions au risque de la psychanalyse, Jean Jacques Santucci, Martine Lacoste, 19/20/21 octobre 2011

Phénomène des dépendances, du jeu de hasard et d'argent (gambling) et des jeux vidéo (gaming) : fondements théoriques et pistes d'intervention, Céline Bonnaire, 7/8/9 novembre 2011

L'intervention précoce : concepts, stratégies et pratiques, Corinne Defrance, 17/18 novembre 2011

Les poly addictions, François Hervé, 25 novembre 2011

Quelle prévention des conduites à risques et des addictions chez les publics jeunes ? Denis Manigand, 1^{er}/2 décembre 2011

Des mères... des femmes en questions au temps des addictions, Odile Vitte, 7/8/9 décembre 2011

Actabonnement

Je souhaite (mettre des croix dans les cases correspondantes à votre demande) :

M'abonner pour les deux prochains numéros d'Actal au tarif préférentiel de 10€

Commander les numéros parus (dans la limite des stocks disponibles) n°3 n°4 n°5 n°6 n°7 n°8

Total : 6€ x nb total d'exemplaires, soit€

Coordonnées où vous souhaitez recevoir Actal : nom prénom

adresse

Tél email.....

Joindre votre règlement à l'ordre de la Fédération Addiction, 9 rue des Bluets 75011 Paris - Tel : 01 43 43 72 38 - Fax : 01 43 66 28 38

date..... signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser par écrit à la fédération. SIRET 529 049 421 000 17- Code APE 9499Z- Association loi 1901

Faut-il
avoir peur
des
addictions?

1^{ères} journées nationales
de la Fédération Addiction

Les 19 et 20 mai 2011
à Lyon



Issue de la fusion de l'Anitea et F3A T. 01 42 28 83 32