

Prévenir et traiter les addictions sans drogue

Un défi sociétal

Chez le même éditeur

Du même auteur

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse collection « Pratiques en psychothérapie », 464 pages, 2009.

Médecine et addictions, peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? par M. Reynaud, D. Bailly, J.-L. Venisse, collection « Médecine et psychothérapie », 336 pages, 2005.

Addictions et psychiatrie, par D. Bailly, J.-L. Venisse, collection « Médecine et psychothérapie », 224 pages, 1999.

Autres ouvrages

Soigner les addictions par les TCC, par P. Graziani, L. Romo, collection « Pratiques en psychothérapie », à paraître 2013.

Addictologie, par M. Lejoyeux, collection « Abrégés de médecine », 352 pages, 2008.

Collection médecine et psychothérapie

Prévenir et traiter les addictions sans drogue

Un défi sociétal

Coordonné par Jean-Luc Vénisse et Marie Grall-Bronnec

Préface de Jean-Luc Vénisse



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-294-71136-7

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
www.elsevier-masson.fr

Congrès international francophone d'addictologie

« Prévenir et traiter les addictions sans drogue : un défi sociétal »

6, 7, 8 octobre 2010

Nantes

Conseil scientifique

Sabine AFFLELOU (Bordeaux)

Raphaëlle MILJKOVITCH (Paris)

Marc AURIACOMBE (Bordeaux)

François-Xavier POUDAT (Nantes)

Jean-Yves HAYEZ (Louvain, Belgique)

Michel REYNAUD (Paris)

Robert LADOUCEUR (Montréal, Québec)

Olivier SIMON (Lausanne, suisse)

Michel LEJOYEUX (Paris)

Marc VALLEUR (Paris)

Jean-Claude MAES (Bruxelles, Belgique)

Martial VAN DER LINDEN (Genève, Suisse)

Comité d'organisation

Jean-Luc VÉNISSE

Marc AURIACOMBE

Michel REYNAUD

Christelle ANDRES

Marie-Claire GUILBAULT

Éric BERCHE

Sylvain LAMBERT

Daniel BERNIER

Yves LE CLAIRE

Marie GRALL-BRONNEC

Isabelle MARTINEAU

Anne CHASSEVENT-PAJOT

Stéphane PRÉTAGUT

Pascale CHAUVIN

Paule RABILLER

Olivier DURETÊTE

Louis-Michel RELIQUET

Jacky GAUTIER

Bruno ROCHER

Congrès réalisé conjointement par :

- l'association AREFAC – Association pour la recherche et la formation sur les addictions comportementales
- l'Union régionale d'associations en addictologie des Pays de la Loire

Nous remercions de son soutien au congrès et à la rédaction de ce livre :

- l'ARS des Pays de la Loire
- la MILDT
- le Conseil régional des Pays de Loire
- ainsi que l'industrie du jeu et l'industrie pharmaceutique

Liste des collaborateurs

Didier ACIER, Ph. D., maître de conférences en psychologie clinique, université de Nantes.

Sabine AFFLELOU, psychiatre, praticien hospitalier, responsable du CAPS Bordeaux.

Sarah AL SAYADI, attachée à l'unité Inserm U669, université Rennes-1.

Muriel ASCH, praticien hospitalier, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital-Robert Debré, Paris.

Sofiane AISSAOUI, interne DES en psychiatrie, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, Paris.

Laurence AUFRÈRE, psychologue FSP, thérapie cognitive et comportementale, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Lausanne, Suisse.

Sylvie BERTHOZ, psychologue, docteur en neurosciences, CRI Inserm U669, Paris.

Jacques BESSON, professeur, chef du service de psychiatrie communautaire, CHUV et université de Lausanne, Suisse.

Joël BILLIEUX, professeur assistant en psychologie clinique, université catholique de Louvain-la-Neuve, Belgique.

Cécile BLANCHARD, chef de clinique assistant, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, Paris.

Gaëlle BOUJU, ingénieure de recherche, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Marianne BOURDON, psychologue, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Christian BUCHER, psychiatre des Hôpitaux, CHS de Sarreguemines, expert auprès de la cour d'appel de Metz.

Isabelle CARRARD, docteur en psychologie, psychologue, service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

Irène CODINA, psychologue, centre médical Marmottan, Paris.

Solange COOK-DARZENS, docteur en psychologie, psychothérapeute familiale, co-responsable de l'unité des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert-Debré, Paris.

Christelle CREPIN, psychologue, service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

Mauro CROCE, psychologue, psychothérapeute, criminologue, ASL VCO, Omegna (VB), Italie.

Philippe DECAN, psychologue, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

- Pascal DE SUTTER, docteur en psychologie, professeur à l'université de Louvain, co-directeur du certificat universitaire en sexologie clinique, Belgique.
- Emmanuel DIET, agrégé de philosophie, psychologue, psychanalyste (CIPA) et analyste de groupe et d'institution (Transition), chercheur associé au CRPPC de l'université Lyon 2 (E 653).
- Catherine DOYEN, psychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, Paris.
- Olivier DURETÊTE, praticien hospitalier, service de pédopsychiatrie, CH de Saint-Nazaire (44).
- Jean-Pierre ESCRIVA, sociologue, GRESCO, MCF, université de Poitiers.
- Jacky GAUTIER, psychiatre, attaché IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.
- Alain GAVAUDAN, psychiatre, chef du service de psychiatrie secteur 9, CHS Valvert, Marseille.
- Nathalie GODART, pédopsychiatre, contrat d'interface Inserm, service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut mutualiste Montsouris, Paris ; Inserm, U669, Paris.
- Alain GOLAY, professeur, médecin-chef du service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.
- Marie GRALL-BRONNEC, psychiatre, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.
- Bertrand GUÉRINEAU, psychologue, AMCD, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.
- Marc HAUTEKEETE, professeur émérite de psychologie, université Lille-Nord de France, Villeneuve-d'Ascq.
- Jean-Yves HAYEZ, docteur en psychologie, psychiatrie infanto-juvénile, professeur émérite à la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain, Belgique.
- Laurence KERN, doctorat d'État, maître de conférences des Universités, UFR STAPS, université Paris-Ouest Nanterre-La Défense.
- Robert LADOUCEUR, Ph. D., professeur émérite, École de psychologie, Université Laval, Sainte-Foy, Québec, Canada.
- Marthylle LAGADEC-SAUBOT, psychologue, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.
- Tony LAM, directeur, NetUnion, Lausanne, Suisse.
- Sylvain LAMBERT, psychiatre, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.
- Christophe LANÇON, professeur, chef du service de psychiatrie, CHU Sainte Marguerite, Marseille.
- Valérie LE FLOCH, maître de conférences, laboratoire CLLE-LTC, université de Toulouse-2, UFR de psychologie, Toulouse.

Hugo LENGLET, praticien hospitalier, service d'accueil des urgences, hôpital Louis Mourier, Colombes.

Frédéric LIMOSIN, professeur, chef du service de psychiatrie adulte et psychologie médicale, hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux.

Jean-Claude MAES, psychologue, psychothérapeute, président de SOS-Sectes, Bruxelles, Belgique.

Étienne MARIQUE, magistrat, président de la Commission belge des jeux de hasard, Bruxelles, Belgique.

Wilfrid MARTINEAU, psychiatre des Hôpitaux, praticien hospitalier, chef du service de psychiatrie 2, hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes.

Frédéric MARTINEZ, maître de conférences en psychologie sociale, université Lumière Lyon 2, EA GREPS (Groupe de recherche en psychologie sociale).

Marie-Christine MOUREN, professeur à la faculté de médecine Paris-VII, Denis Diderot et praticien hospitalier, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert-Debré, Paris.

Louise NADEAU, professeur titulaire, département de psychologie, université de Montréal ; directrice scientifique, centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances ; Chercheur associé Douglas, Institut universitaire sur la santé mentale, université McGill, Canada.

Flora PASCUTTINI, psychiatre, praticien hospitalier, service d'addictologie des professeurs Lançon et Simon, CHU Sainte Marguerite, Marseille.

François-Xavier POUDAT, psychiatre libéral, Nantes ; attaché IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Stéphane PRÉTAGUT, psychiatre, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Stéphane PROIA, psychologue clinicien, docteur en psychologie clinique, service de rééducation et réadaptation fonctionnelle, CHU Carémeau, Nîmes.

Virginie QUISTREBERT-DAVANNE, psychologue, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Michel REYNAUD, professeur de psychiatrie, département de psychiatrie et d'addictologie, Hôpitaux Universitaires Paris-Sud.

Bruno ROCHER, psychiatrie, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Élisabeth ROSSÉ, psychologue, centre médical Marmottan, Paris.

Patrick ROUGET, psychologue, service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

Morgane ROUSSELET, ingénieur de recherche, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Nicolas SAHUC, diététicien libéral, Nîmes ; attaché au CHU de Montpellier.

Olivier SIMON, médecin associé, Centre du jeu excessif, responsable du dicastère « Jeu excessif » de la Société suisse de médecine de l'addiction, Lausanne, Suisse.

Yves SIMON, neuropsychiatre, directeur du Programme anorexie/boulimie, Le Domaine-ULB, Braine-l'Alleud, Belgique.

Bernard STEIGLER, professeur de philosophie des universités de Compiègne, Londres et Cambridge, directeur de l'Institut de recherche et d'innovation, président d'Ars Industrialis.

Pierre TAQUET, psychologue, CSAPA, centre hospitalier de Carvin.

Marc VALLEUR, psychiatre, médecin-chef, hôpital Marmottan, Paris.

Martial VAN DER LINDEN, professeur de psychologie clinique, université de Genève, Suisse.

Jean-Luc VÉNISSE, professeur, IFAC, directeur du pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Sophie VUST, psychologue-psychothérapeute, Ph. D., unité multidisciplinaire de santé des adolescents, Beaumont, CHUV 1011, Lausanne, Suisse.

Maud WAELCHLI, psychologue chargée de projet, Centre du jeu excessif, Lausanne Suisse.

Laura WAINSTEIN, médecin de prévention, IFAC, pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU de Nantes.

Préface

Les addictions sans drogue, encore appelées addictions comportementales, ont pris une place de plus en plus importante dans le champ addictologique au cours des vingt dernières années. Elles viennent nous rappeler que les propriétés des toxiques divers consommés dans les addictions plus classiques, longtemps aveuglantes, ne sont pas l'élément central du processus addictif, qui se construit et s'entretient à travers la rencontre entre un objet (plus ou moins addictogène) et des facteurs de vulnérabilité personnelle, dans un contexte plus ou moins propice.

Nous vivons dans une société qui, à travers les offres et incitations innombrables à consommer qu'elle propose dans tous les domaines, majore le risque addictif, singulièrement chez ceux dont les capacités d'autorégulation s'avèrent limitées (pour de multiples raisons).

Conduites de jeu problématique, excès alimentaires et sportifs, mais également addictions sexuelles et dépendances affectives ou sectaires, peuvent ainsi traduire une difficulté, plus ou moins durable et dommageable, à garder le contrôle sur certains aspects de sa vie, avec des conséquences parfois extrêmement graves.

Cet ouvrage réunissant les comptes rendus des travaux du congrès qui s'est tenu à Nantes à l'automne 2010 envisage à la fois ces définitions et déterminants globaux, et les caractéristiques spécifiques de chacune de ces addictions comportementales.

Il est destiné à tous les professionnels de la santé et des sciences humaines et sociales intéressés par ces questions.

Professeur Jean-Luc Vénisse

Directeur du pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie,
Institut fédératif des addictions comportementales, CHU de Nantes

Introduction

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.

À 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 salutaire destigmatisation de conduites d'abus qui reflètent à bien des égards les évolutions extrêmement rapides de nos sociétés¹. 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 toutes sortes qui nous est proposée, et des exigences d'autocontrôle tout aussi prégnantes. Il n'est pas étonnant dans ce contexte que ceux dont les capacités d'autorégulation 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 psychoactives, 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 ?

Validité scientifique de l'approche transversale des addictions

Elle se situe à de multiples niveaux

1 Stiegler, B. (2008). *Prendre soin de la jeunesse et des générations*. Paris : Flammarion.

Au *niveau clinique et comportemental*, comment ne pas remarquer la parenté étroite des séquences cognitivocomportementales 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 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 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 interaddictives 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 l'obligation du joueur d'augmenter le montant de ses paris pour éprouver la même excitation, ou encore les troubles du sommeil, 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 confondues², et que les facteurs de risque pour le jeu pathologique, répertoriés il y a quelques années par un auteur néo-zélandais, correspondaient exactement à ceux décrits quatre ans plus tôt à partir d'une large méta-analyse à propos des addictions à des substances psycho-actives³. 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 termes de facteurs impliqués plus globalement, le triangle d'Olievenstein, développé depuis par Marc Valleur s'avère particulièrement adapté aux addictions sans drogue⁴. 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 termes de prédisposition génétique et biologique que de parcours développemental et éducatif.

Au *niveau neurobiologique*, 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'autorégulation, 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 psychophysiologique (d'où la théorie avancée par l'équipe de Jean-Pol Tassin d'un découplage premier de ces récepteurs noradrénergiques et sérotoninergiques dans l'addiction⁵). Mais il ne faut pas oublier également les articulations avec les corticostéroïdes

-
- 2 Lejoyeux, M., & Embouazza, H. (2008). Troubles psychiques et addictions. In M. Lejoyeux (Ed.). *Addictologie* (pp. 51-61). Issy-les-Moulineaux : éditions Elsevier-Masson, collection « Abrégés ».
 - 3 Clarke, D. (2006). Factors leading to substance abuse, implications for gambling in New Zealand. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 3, 41-52.
 - 4 Valleur, M., & Matysiac, J.C. (2006). *Les addictions – Panorama clinique – Modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris : Armand Colin.
 - 5 Lanteri, C., Salomon, L., Torrens, Y., et al. (2008). Drugs of abuse specifically sensitize noradrenergic and serotonergic neurons via a non-dopaminergic mechanism. *Neuropharmacology*, 33, 1724-1734.

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. Van der Linden⁶.

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. Ces différentes 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 ; 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'autotraitement 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 permettrait⁷.

6 Billieux, J., Gay, P., Rochart, L., Van der Linden, M. (2010). The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1085-1096.

7 Venisse, J.L., & Grall-Bronnec, M. (2008). Facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions. In M. Lejoyeux (Ed.). *Addictologie* (pp. 34-43). Issy-les-Moulineaux : éditions Elsevier-Masson, collection « Abrégés ».

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*⁸, s'avèrent particulièrement opérationnels.

On peut en rappeler les quatre critères principaux :

- impossibilité de résister à impulsion de s'engager dans le comportement ;
- tension croissante avant d'initier le comportement ;
- plaisir ou soulagement au moment de l'action ;
- 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 et familiales du fait du comportement ;
- l'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales ou professionnelles ;
- poursuite de la conduite malgré les problèmes engendrés ;
- 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 sait 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 devraient conduire à ce que certains comportements pathologiques, jusqu'ici classés ailleurs, soient inclus dans la catégorie des

8 Goodman, A. (1990). Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.

addictions dans la version en cours d'élaboration du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'école américaine de psychiatrie (DSM-V).

L'intérêt d'une évaluation transversale de l'ensemble des conduites addictives, avec ou sans consommation de substance psychoactive, est une des conséquences de cette approche élargie qui prend en compte le fait que l'addiction est quasiment toujours polyaddictions, comme nous l'avons déjà souligné.

Abord thérapeutique

L'abord thérapeutique, 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 somatobiologiques (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 termes de rechutes notamment), est une garantie de continuité et de fiabilité qui fait contrepoint à la discontinuité et à l'insécurité fondamentale du sujet addict ; elle permet également de réouvrir 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 soutenantes, 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 centrées sur le comportement, les cognitions associées et le corps, de type cognitivocomportemental 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 sur les questions séparation-individuation.

Conclusion

On peut mesurer à quel point la transversalité des processus addictifs, avec ou sans consommation des substances psychoactives, 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 psychoactives, 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) pathologique 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 de la dette financière aux parents qui « couvrent » 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 parricide⁹. C'est de cette manière, en effet, que certaines addictions comportementales peuvent être considérées comme des modèles d'addiction.

Bien sûr, nombreux sont ceux qui dénonceront à travers l'élargissement du champ de l'addiction une forme de pathologisation de l'existence portant en elle-même ses limites. Le débat ne date pas d'hier et il est nécessaire ; faut-il pour autant récuser ce concept, ou au contraire le poser comme un sujet majeur de recherches par essence multidisciplinaires, à la croisée d'approches complémentaires, sociologiques et philosophiques, aussi bien que psychologiques et neurobiologiques. C'est le choix que nous avons fait à nouveau pour ce congrès et cet ouvrage de comptes rendus qui doit aider chacun à mettre au travail ses représentations concernant ces questions complexes, ainsi qu'à acquérir des outils supplémentaires dans l'approche des patients en difficulté avec certaines de leurs conduites, patients trop

9 Freud, S. (1928). *Dostoïevski et le parricide*. PF.

souvent pour l'instant laissés pour compte. C'est également l'ambition que nous avons pour le développement de nos activités de recherche appelées désormais à s'inscrire dans le cadre de l'Institut fédératif des addictions comportementales (IFAC) hébergé au sein de la Fondation de projets de l'université de Nantes.

Professeur Jean-Luc Vénisse

Directeur du pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, Institut fédératif des addictions comportementales, CHU de Nantes



**Extension
des addictions
et société addictive**

1 Le concept d'addictions sans drogue : historique, évolution des idées et perspectives

M. Valleur

L'extension actuelle de la notion d'addiction est en passe d'être officialisée, avec l'introduction dans la prochaine version du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) nord-américain du jeu pathologique en tant qu'addiction, aux côtés des dépendances aux substances psychoactives. Mais cette extension ne va pas de soi, et les polémiques sont nombreuses. Par exemple, il n'y a guère de consensus en matière d'addiction aux jeux en réseau et, pour le jeu d'argent, certains pensent que la « vraie » addiction ne peut se constituer que si de « vraies » drogues – le tabac, l'alcool – sont aussi en cause.

L'une des raisons majeures de ces polémiques est que le concept d'addictions sans drogue est en passe de remettre en cause un relatif consensus en matière d'addictions aux drogues. Celui-ci s'est construit lentement, à partir de travaux sur l'alcool, puis sur les opiacés, enfin sur la cocaïne, trois catégories de substances qui expliquent les divers éléments qui passent pour centraux dans les définitions des addictions. L'histoire de la construction des addictions comme maladies est donc un élément d'éclairage important sur ces questions.

Le projet pascasius

L'histoire de la médecine est ainsi l'un des moyens d'essayer de montrer que les addictions ne sont pas une simple construction sociale artificielle et passagère. Avec Louise Nadeau, comme pour nombre d'auteurs nord-américains, on a longtemps considéré qu'une « date de naissance » possible de la maladie addictive était l'article sur les spiritueux de Benjamin Rush, datant de 1784 (voir Valleur, 2009). Les grandes dates emblématiques sont ensuite le travail de Magnus Huss, (1849) qui introduit le terme d'alcoolisme, la naissance des Alcooliques Anonymes en Amérique du Nord (1935), les travaux de Jellinek (1960)... Les « toxicomanies » apparaissent plus tardivement dans les textes médicaux, avec l'opium (*Les Confessions d'un mangeur d'opium*

de Thomas de Quincey remontent à 1820), puis la morphine et l'injection hypodermique (1850), enfin l'héroïne et la cocaïne.

Le projet commun avec Louise Nadeau de faire traduire et de travailler sur un texte historique pourrait modifier cette vision très liée à l'effet des différentes « drogues ». Il s'agit du traité de Pâquier Joostens, *alias* Pascasius Justus Turcq, intitulé *Alea, sive de curanda in pecuniam ludendi cupiditate*, remontant à 1561, et qui porte sur le traitement du jeu excessif (Van Houdt, 2008).

Cet ouvrage pourrait démontrer que l'intérêt de la médecine pour nos très actuelles « addictions sans drogues » est en fait très ancien, et que les médecins se sont déjà, depuis longtemps, posé des questions qui continuent à nous agiter. Les addictions auraient donc été médicalement pensables, non seulement à l'aube de la démocratie (avec Benjamin Rush), mais aussi dès l'humanisme de la Renaissance (avec Pascasius).

L'article de Van Houdt (2008), l'un des rares portant sur ce sujet, s'intitule « *Healing words* », car le texte de Pascasius semble faire une part importante à la persuasion quant aux erreurs que font les joueurs en matière de hasard, ce qui rapproche ce texte de nos plus modernes « thérapies cognitives ». Mais il comporte aussi des considérations « biologiques », les joueurs excessifs étant victimes de la chaleur de leur bile...

Ainsi pourrions-nous peut-être placer au niveau de l'histoire de la médecine les addictions sans drogues au moins au même niveau d'ancienneté que l'alcoolisme, et contribuer à un mouvement qui devrait conduire à parler d'addictions en général, les « addictions avec drogues » en étant un cas particulier.

Ce nouveau regard placera au centre de l'addiction une problématique existentielle, le fait de ne pouvoir réduire ou cesser une conduite, en dépit de ses conséquences négatives et malgré la volonté du sujet concerné.

Il rendra en quelque sorte facultatifs les autres éléments généralement mis en avant pour définir les addictions, qu'il s'agisse d'intoxication, de dépendance physiologique, de syndrome de sevrage, de tolérance, etc. Avec l'alcoolisme – dont le suffixe désigne une intoxication –, la question de l'intoxication est en effet au premier plan, ivresse aiguë ou dommages causés par la toxicité somatique et neuronale de la drogue. Avec les opiacés, c'est la dépendance physiologique, la tolérance et les phénomènes physiques de sevrage qui vont apparaître centraux, et orienter tant les recherches que les traitements.

L'Organisation mondiale de la santé en viendra, dans les années 1960, à proposer d'utiliser le terme de pharmacodépendance, mettant en exergue tolérance et sevrage.

Les traitements de substitution des opiacés ont, d'une certaine façon, confirmé cette vision très physiologique de l'addiction, qui a même pu être définie comme une « maladie métabolique » et qui, pour certains, est toujours une « maladie chronique du cerveau ». La cocaïne, devenant la « drogue » par excellence après l'héroïne, n'a que peu modifié cette vision, conduisant seulement à mettre au premier plan le « *craving* » et la rechute, et non plus seulement la tolérance et le sevrage.

Jusqu'à présent, les travaux sur les addictions sans drogues ont surtout été des transpositions des théories élaborées sur l'alcoolisme et les toxicomanies, mais peut-être arrivons-nous au moment où ces travaux vont réinterroger les théories des addictions avec drogues... Ce serait remettre en cause le primat actuel des théories biologiques et une vision des « vraies » addictions en tant que processus physiologique.

« Les addictions sans drogues existent-elles ? »

« *Behavioral addictions : do they exist ?* » est le titre d'un article de la revue *Science*, publié en 2001 par Constance Holden. Il démontre qu'à l'époque, dans la littérature internationale, le statut du jeu pathologique – qui est pourtant, parmi les addictions sans drogues, la plus universellement reconnue – n'est pas fixé de façon consensuelle, et que l'idée de l'inclure dans la catégorie des troubles addictifs aux côtés de la dépendance aux substances psychoactives ne fait pas l'unanimité.

Il existe par ailleurs des polémiques très actives sur l'existence ou non d'une addiction aux jeux en réseau sur Internet, la « cyberaddiction », les usages problématiques d'Internet, ne faisant pas pour le moment l'objet de définitions précises.

De façon générale, nombre de spécialistes participent à un élargissement de la notion d'addiction, incluant par exemple certaines formes de troubles des conduites alimentaires, certains types de relations affectives et sexuelles, etc., mais dans un contexte où cet élargissement, assez admis par le public et les médias, est discuté dans les milieux scientifiques. Ces débats sont de nature à raviver une interrogation non seulement sur la consistance des entités regroupées sous le terme d'addictions sans drogues, mais aussi sur la définition même des addictions en général : soutenir que le jeu pathologique n'est pas une addiction (ou une dépendance) au sens plein du terme ou que « la cyberaddiction n'existe pas » suppose que l'on dispose de définitions claires de l'addiction et de critères permettant de trancher entre ce qui en relève ou non. Or, il paraît évident que, à ce niveau aussi, il n'existe toujours pas d'évidence absolue, susceptible de s'imposer à tous sans discussion.

Et la réticence envers l'acceptation d'un élargissement des addictions provient de nombreux facteurs, au premier rang desquels il faut sans doute placer la fragilisation qu'entraîne cet élargissement de l'édifice des addictions « avec drogues » : la question « Les addictions sans drogues existent-elles ? », comme elle fut posée par la revue *Science*, est avant tout une façon de considérer comme résolue la question « Les addictions avec drogues existent-elles ? ».

Il existe évidemment dans ce domaine comme dans d'autres des intérêts économiques et de pouvoir majeurs, qui influencent les positions de l'ensemble des acteurs : il est difficile de mettre sur le même plan un héroïnomanie et un boulimique, mais encore plus un producteur d'héroïne afghan ou de cocaïne colombien et un industriel de l'agro-alimentaire.

Des problèmes de fond sont également retrouvés, et donnent parfois aux débats la couleur d'une reviviscence de la querelle des nominalistes et des réalistes.

Le cœur de ces questions est épistémologique, et tient avant tout à la difficulté à concevoir de la même façon, sur un même plan, les dépendances, selon qu'elles concernent ou non une substance psychoactive.

Dans un récent article, Harold Kalant (2010), éminent pharmacologue expert du champ des addictions, repose clairement la question de la définition même du problème : il rappelle qu'un groupe d'experts réunis au Canada autour de la question du tabac n'avait conservé que deux éléments indispensables à la définition de l'addiction : le fait de poursuivre une consommation ou une conduite malgré des conséquences négatives, et l'impossibilité de réduire ou de cesser cette conduite, même lorsque le sujet le voulait. Les autres éléments généralement retenus dans les classifications relèvent de conséquences, comme la tolérance, les syndromes de sevrage, etc., et ne sont pas au centre de la problématique addictive. Cette définition entraîne une révision de ce que l'on peut attendre des recherches neurobiologiques. Celles-ci ont permis de connaître les mécanismes de la tolérance et de la dépendance physiologique, et continuent d'affiner cette connaissance, pouvant faire avancer les outils médicamenteux. Mais les découvertes en découlant ne sont guère spécifiques des addictions : elles concernent le fonctionnement cérébral et les modalités d'adaptation à des facteurs très divers. C'est en dehors de la neurobiologie qu'il faut chercher les définition et explication des addictions.

Mais les chercheurs ont, envers les évidences cliniques ou les intuitions des praticiens, une défiance légitime : il est en effet très possible pour un soignant de se construire, de façon opératoire, des catégories fondées sur des similitudes de surface, ne correspondant pas forcément à des entités solides.

Aussi Jon Elster et Ole Jorgen Skog, dans leur ouvrage *Getting hooked : rationality and addiction* (1999), mettent-ils en garde contre le risque, en matière d'addictions, de confondre de simples analogies avec de vraies homologies. Ils illustrent leur propos par une comparaison mettant en jeu les ailes de chauve-souris, les ailes d'oiseau, les ailerons de baleine et les ailerons de requin. Superficiellement, on est tenté d'assimiler – sur la base d'une analogie – les ailes de chauve-souris et les ailes d'oiseau, comme les ailerons de baleine avec ceux des requins. Or, dans une classification scientifique, la « vraie homologie », et non la simple analogie, est entre baleine et chauve-souris, qui sont deux groupes de mammifères, et ne sont ni des poissons, ni des oiseaux. (Et le praticien a souvent raison de rester prisonnier de la simple analogie : le savoir d'un pêcheur peut concerner baleines et requins, et ce n'est pas dramatique pour lui de tout ignorer des chauves-souris !)

Et c'est, selon une optique actuellement encore dominante, mais discutable, dans des modifications d'ordre biologique, durables et objectivables, que devrait être trouvé le marqueur absolu de l'addiction, l'équivalent des mamelles des mammifères.

L'article cité plus haut de la revue *Science* (novembre 2001) résume ainsi cette position : « *Behavioral addiction : do they exist ? Aided by brain imaging advances, scientists are looking for evidence that compulsive nondrug behaviors lead to long-term changes in reward circuitry.* » L'existence peut donc, dans cette optique, n'être que matérielle, biologique, et les preuves de cette existence se trouvent dans les diverses façons de la retrouver dans l'organisme.

Nombre d'auteurs se placent donc dans une position d'attente, partant du principe que ces « nouvelles pathologies » ne mériteront un réel droit de cité que lorsque des marqueurs biologiques en démontreront l'existence au plus profond des mécanismes vitaux. On a pensé avoir trouvé ce « marqueur absolu » dans la modification des circuits dopaminergiques, puis aujourd'hui dans le découplage des structures adrénergiques et sérotoninergiques.

La volonté scientifique de privilégier les données supposées « dures », issues de la biologie, par rapport à des données supposées « molles », de psychologie ou de sociologie, explique donc la réticence de beaucoup à inclure dans le même groupe des usages de substances, avec leur versant objectif d'intoxication, et des conduites qui, par définition, sont moins inscrites dans le champ de la biologie, relèvent d'abord de la subjectivité et préexistent à toute objectivation.

La question des frontières : continuum ou rupture ?

Dans le champ des addictions se reformulent avec acuité les questions fondamentales soulevées par Georges Canguilhem (1966) sur le normal et le pathologique :

- y a-t-il continuité sans faille entre normal et pathologique, les variations étant simplement de l'ordre du quantitatif ?
- y a-t-il homogénéité qualitative entre la condition normale et celle de malade ?

Le primat des logiques de santé publique et les évaluations quantitatives sur de grandes populations tendent à minimiser l'importance des constructions cliniques, fondées sur une façon d'être au monde spécifique d'une « pathologie » : un buveur excessif ou un joueur abusif ne diffèrent pas d'un alcoolique ou d'un joueur pathologique.

Les « malades », et d'abord les dépendants ou les « addicts », ne sont perçus alors que comme l'extrémité, quantitativement presque négligeable, d'une courbe de Gauss. L'accent passe de la toxicomanie aux conduites de consommation, de la dépendance à l'abus, puis à l'usage. La promotion d'une norme, par définition abstraite et idéale, peut entraîner un élargissement infini des catégories dites pathologiques (toute personne qui boit plus de deux verres par jour, qui joue plus de 10 % de ses revenus...).

Le seul critère permettant au clinicien de soutenir sa position de soignant, et non de simple instrument de normalisation, reste la demande du patient.

Pour qu'il y ait maladie et possibilité de soin, il faut l'expression d'une souffrance, et non la réunion de critères objectifs et quantifiables (le nombre de consommations par jour, par semaine, etc.). Bref, malgré toute la volonté d'objectivation des scientifiques, il ne saurait y avoir de pathologie sans un sentiment subjectif d'aliénation, d'étrangeté à soi-même et de maladie porté par les patients eux-mêmes.

Plus simplement, il y a un moment où l'on cesse d'être « gros » pour passer dans la catégorie des « obèses ». Et ce moment implique une modification de la perception de soi-même dans la société : il existe une spécificité de l'être au monde anorexique, comme une spécificité de l'obésité, même si les anorexiques et les obèses ne sont que les deux extrêmes de la courbe de poids en population générale. Le critère de l'addiction, la frontière entre le normal et le pathologique, peut donc être posé en clinique de façon assez simple : c'est le fait, pour un sujet, de vouloir réduire ou cesser sa conduite, sans y parvenir (ce que Pierre Fouquet, en matière d'alcool, avait nommé « la perte de la liberté de s'abstenir »). Ainsi se trouve justifiée l'intervention thérapeutique, dans la mesure où il existe une demande, au moins potentielle...

Cette définition ne nécessite pas d'être justifiée par des éléments biologiques, mais elle est plutôt moins inclusive que des définitions officielles, comme celle du DSM dans laquelle ce facteur est pris en compte, mais de façon facultative. Les autres définitions souffrent du possible arbitraire du tracé de la frontière, par exemple entre joueurs « normaux », « à problèmes » et « pathologiques ».

Et l'on retrouve, au niveau des critères « diagnostiques », une opposition entre des approches dimensionnelles et des approches catégorielles, dont les frontières peuvent apparaître artificielles, ce qui est une autre façon de mettre en question la réalité de la catégorie en cause.

Ce flou des frontières, soulignons-le encore, existe pour toutes les addictions, avec ou sans drogues : il est évidemment abusif, comme cela est parfois fait, d'entériner une grande peur de la « drogue », en considérant comme toxicomanes tous les expérimentateurs ou les usagers récréatifs d'héroïne ou de cocaïne.

Drogues : cocaïne, jeu, sucre ?

Cela remet en question un partage entre drogues, médicaments, produits de consommation, dont le bien-fondé n'est pas toujours en accord avec les données de santé publique. Tout objet de consommation peut être vu comme un « pharmakon » (Derrida, 1972 ; Stiegler, 2008) à double face, tantôt poison, tantôt médicament.

Il est frappant de constater que des éléments identiques, qui distinguent le jeu pathologique de l'héroïnomanie ou du tabagisme, sont communs avec l'usage et l'abus de cocaïne et d'autres excitants, mais sont interprétés dans un tout autre sens, la cocaïne étant perçue comme l'une des plus dures des drogues, à l'opposé du jeu.

Le caractère « variable » plus que « chronique » du jeu pathologique (Slutske, 2006) a été mis en avant du fait de l'importance des rémissions spontanées, du caractère fluctuant de la conduite au cours de la vie, du faible pourcentage de joueurs consultant des lieux de soin par rapport à ce qu'indiquent les enquêtes épidémiologiques. On en déduit assez facilement que le jeu excessif, s'il est une addiction, serait la moins grave, la plus labile, et que le jeu est donc la drogue la plus douce qui soit.

Dans le cas de la cocaïne, le fait que relativement peu d'usagers consultant n'est au contraire pas interprété comme signe de bénignité, mais au contraire comme un manque du dispositif d'accueil et de soin...

Une recherche récente en neurophysiologie a conduit à une découverte importante : des rats deviennent dépendants du sucre, qui a un potentiel addictif extrêmement élevé, au point qu'il parvient à remplacer une dépendance préalablement instaurée à la cocaïne (Lenoir et al., 2007 ; Avena et al., 2008). Cette nouvelle « drogue » est mise en évidence non parce qu'on essaierait de banaliser la cocaïne, mais parce que l'obésité devient un problème majeur de santé publique.

On ne cherche ainsi jamais au hasard, mais où notre regard est attiré par des questions de société. Parmi les regards issus de champs extérieurs à la clinique, des travaux de sociologie, d'anthropologie et de philosophie se penchent non plus seulement sur la place du jeu dans la société, mais sur l'addiction comme emblème d'une société d'« hyperconsommation » (Stiegler, 2008 ; Reith, 2007 ; Schull, 2006).

Ces travaux sont extrêmement utiles car ils peuvent nous éviter de voir les addictions sans drogues – et tous les problèmes humains en découlant – comme un simple problème de technique médicale.

Difficultés d'intégration

La conclusion d'Harold Kalant (2005), dans l'article cité plus haut, est double : il convient de faire le constat que les recherches analytiques de plus en plus fines, au niveau de la pharmacologie, de la neurobiologie et de la génétique, continueront à nous apprendre de nouveaux faits sur le fonctionnement cérébral, mais guère sur l'addiction en particulier. En outre, il en appelle à une approche synthétique, et non plus analytique, qui pourrait prendre en compte les données de la sociologie, de l'anthropologie et de la psychologie, et qui permettrait idéalement une compréhension globale de l'addiction, du niveau inframoléculaire au niveau sociétal...

Si l'on est évidemment tenté de souscrire à un projet aussi « planant », il faut souligner que les difficultés de l'entreprise sont énormes, car elle suppose que l'on puisse mettre sur le même plan des disciplines aussi différentes que la biologie et les sciences humaines, bref que soit résolue la question de la « guerre des sciences » (Delattre, 2010).

Habitudes invétérées et relations passionnelles d'un côté, modifications physiologiques de l'autre : les addictions relèvent à la fois de l'« histoire

intérieure de vie » et des « mécanismes vitaux » (Binswanger, 1971), de l'intériorité ou de la physicalité (Descola, 2005). Par certains aspects, cette notion est en effet de nature à poser des questions qui touchent à notre épistémologie la plus profonde, à raviver les plus anciens débats sur l'âme et le corps, sur la nature et la culture...

Cette tension entre des visions apparemment opposées, l'une privilégiant les mécanismes, l'autre la subjectivité, tient certes à l'objet « addictions », entités diverses qui sont connues depuis toujours et ont relevé de la religion et de la morale, et dont la constitution en tant que maladie au cours de l'histoire implique la mise en évidence d'une dimension biologique, que certains (Peele, 1975) regardent comme une réification abusive.

Mais les guerres entre tenants de la biologie et partisans des sciences humaines et sociales sont surtout la démonstration que deux types de regard sont toujours possibles envers un même objet : pour reprendre la formulation de Ian Hacking (2001), les positions de chaque protagoniste vont dépendre, avant tout, de son degré de « nominalisme », de la façon qu'il a de voir le monde. Quel que soit l'objet, il est toujours possible d'opposer des approches scientifiques objectives, et des approches « de sens », qui vont privilégier des angles d'abord différents.

Les recherches sur le jeu sont ainsi, depuis très longtemps, partagées entre d'une part des travaux sur le jeu normal, sur la place qu'il prend dans la société ou le psychisme, sur son histoire, sur la signification singulière de l'investissement du jeu pour un sujet donné, et d'autre part des travaux sur les mécanismes de la dépendance.

Ainsi peut-il en être de toutes les addictions : on peut mettre l'accent sur la dimension de « maladie du cerveau », ou sur les déterminants singuliers qui ont pu, du fait de sa personnalité et de son histoire, conduire un sujet donné à surinvestir une consommation ou une conduite. Sur le plan des recherches, les dernières décennies ont connu un développement sans précédent des sciences du cerveau, de la neurophysiologie et de la pharmacologie, et tant l'imagerie cérébrale que les expérimentations animales sont des pistes de recherche qui vont être exploitées dans les années à venir.

Les travaux de psychologie scientifique, particulièrement de neuroéconomie, sont évidemment appelés à converger avec les recherches sur les déterminants du jeu excessif, et auront des retombées sur la compréhension des autres addictions. Il faudrait, parallèlement, soutenir le développement des recherches en sciences humaines et sociales, tant sur le jeu contrôlé ou « normal » que sur le jeu excessif. L'intérêt de ce champ d'intervention, plus récent que pour l'alcool et les drogues, pourrait être de s'inscrire dans la lignée de travaux sociologiques, psychologiques et autres, centrés sur le jeu « normal ».

Mais il faut rappeler, tant au niveau des interventions thérapeutiques ou préventives, qu'au niveau des modèles de compréhension, que les approches de sens doivent avoir une place, même et surtout si elles ne sont pas facilement compatibles avec des modélisations scientifiques.

Aussi, à l'intérieur des diverses sciences humaines et sociales, aux données empiriques doivent s'ajouter des travaux d'ordre phénoménologique,

comme d'ordre herméneutique ou narratif, tant dans le champ de la psychologie, de la sociologie que de l'anthropologie. Ces approches devraient concerner tant les pratiques « normales » ou « acceptables » du jeu, que les déterminants individuels et collectifs de l'excès.

Ce pourrait être l'apport majeur des addictions sans drogues au champ des addictions dans leur ensemble : les polémiques quant à la réalité de ces « maladies », si l'on arrive à dépasser les intérêts institutionnels à court terme, ne font que montrer la vigueur de regards alternatifs aux approches scientifiques dominantes.

Et ces débats ont le mérite de nous rappeler que toutes les addictions, avec ou sans drogues, ne seront jamais simplement un problème technique, de clinique ou de santé publique, mais un problème de société, c'est-à-dire une question politique au sens le plus noble du terme.

Références

- Avena, N., Rada, P., & Hoebel, B.G. (2008). Evidence for sugar addiction : behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 20-30.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : éditions de Minuit.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Delattre, N. (2010). Scientisme et guerre des sciences. *Psychotropes*, 3-4, 77-88.
- Derrida, J. (1972). La Pharmacie de Platon. In *La Dissémination*. Paris: Le Seuil.
- Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris : Gallimard.
- Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité, la construction sociale de quoi?* Paris, La Découverte.
- Holden, C. (2001). Behavioral addictions: do they exist? *Science*, 294, 980-982.
- Kalant, H. (2010). What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction*, 105, 780-789.
- Lenoir, M., Serre, F., Cantin, L., & Ahmed, S. (2007). Intense sweetness surpasses cocaine reward. *Plos One*, 2, e698.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York : Taplinger.
- Reith, G. (2007). Gambling and the contradictions of consumption: a genealogy of the 'pathological' subject. *American Behavioral Scientist*, 50, 1-23.
- Schull, N.D. (2006). Machines, medication, modulation: circuits of dependency and self-care in Las Vegas. *Culture Medicine and Psychiatry*, 30, 223-247.
- Skog, O.J., & Elster, J. (1999). *Getting hooked: rationality and addiction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slutske, W. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163, 297-302.
- Stiegler, B. (2008). *Prendre soin*. Paris : Flammarion.
- Valleur, M. (2009). La nature des addictions. *Psychotropes*, 15, 2, 21-44.
- Van Houdt, T. (2008). Healing words. Ancient rhetoric and medicine in Pscasius Justus treatise, *Alea sive de curanda ludendi in pecuniam cupiditate*. Almeria: Res Publica Litterarum.

Extension des addictions dans nos sociétés : pathologie du lien et du sens

Jacques Besson

Les addictions sont paradigmatiques des pathologies de la modernité. Par leur complexité au carrefour psychosomatique et psychosocial, elles illustrent la nécessité de penser la boucle cerveau-esprit-culture chère à Edgar Morin dans *Les Sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur* (1999).

Cette inscription bio-psycho-socio-culturelle est familière pour un service de psychiatrie communautaire, où les addictions jouent un rôle important à toutes les interfaces. En effet, la question des rémissions sans traitement ou spontanées interroge plusieurs facteurs de résilience au nombre desquels on compte la spiritualité.

Spiritualité en psychiatrie classique

La question de la spiritualité n'est pas facile à aborder en psychiatrie. Depuis les Lumières, le fossé se creuse entre la foi et la science dans nos sociétés laïcisées. Du côté psychiatrique, on classe un peu vite les éléments spirituels dans les délires, l'épilepsie temporale, l'hystérie, la névrose obsessionnelle, les troubles dissociatifs, etc., avec un grand risque de réductionnisme scientifique.

En face, on assiste à un risque de réductionnisme religieux : spiritualisme, créationnisme, dualisme, gnoses et dogmes résistent à la science.

Par ailleurs, il existe des zones frontières : expériences de mort imminente, états de conscience modifiés (transe, extase, drogues) ou encore l'effet placebo (Verhagen et al., 2010).

Spiritualité et santé

Quand on s'y intéresse de plus près, on s'aperçoit que l'on dispose de très nombreuses données sur les rapports entre spiritualité et santé, tant physiques que mentales. La plupart des études sont de sensibilité anglo-saxonne (Huguelet et Koenig, 2009).

Dans le champ des addictions, on relève l'exemple des Alcooliques et des Narcotiques Anonymes, faisant référence à une Puissance supérieure. On rappellera que les fondateurs AA étaient proches du groupe d'Oxford, où avaient siégé William James et Carl Gustav Jung. D'ailleurs, Bill avait été « guidé » pour écrire les douze étapes !

Depuis une trentaine d'années, un grand intérêt est porté aux rémissions spontanées des addictions dans des études de cohortes prospectives : celles-ci ont mis en lumière le rôle joué par la spiritualité dans le champ des addictions. De plus, ces études ont servi de fondement pour l'approche motivationnelle, une approche où le pionnier W. Miller (1999) s'est fait connaître, suivie de travaux plus récents sur l'intégration de la spiritualité dans les psychothérapies.

Les Anglo-Saxons ont développé plusieurs instruments de mesure et d'orientation dans le domaine, dont certains sont très faciles d'utilisation. Par exemple, le HOPE questionnaire permet en quatre questions d'évaluer les principales dimensions utiles en clinique (Anandarajah et Hight, 2001).

Aaron Antonovsky

Sociologue médical israélo-américain, Aaron Antonovsky (1923-1994) a étudié chez les patients le sens de la cohérence. Il dépeint la cohérence comme l'existence de la confiance qu'il y a entre l'être humain et son entourage physique, social et culturel. Une échelle du sens de la cohérence mesure trois dimensions :

- la confiance en notre pouvoir fondamental de comprendre le monde (*comprehensibility*) ;
- la confiance de disposer des ressources (de ce monde ou non...) nécessaires pour affronter les expériences de la vie (*manageability*) ;
- la confiance que ce qui arrive a du sens (*meaningfulness*).

Si cette confiance fait défaut, toute nouvelle épreuve est vécue comme une souffrance.

Les travaux d'Antonovsky sont à la base de la promotion de la santé. En effet, il semble aussi intéressant, en miroir de la pathogenèse, de focaliser la salutogenèse et de chercher dans l'avenir des patients des attracteurs d'autonomie. Une revue des travaux d'Antonovsky et collaborateurs par Erikson et Lindström (2006) a recensé 458 publications scientifiques montrant une forte corrélation entre la cohérence et la santé perçue, notamment la santé mentale, et les auteurs s'étonnent de sa faible implantation dans la pratique.

Freud et le pasteur Pfister

En psychanalyse, le débat entre spiritualité et santé est inauguré dans la correspondance entre Sigmund Freud et le pasteur zurichois Oskar Pfister, de 1909 à 1939. Pfister, ami de Jung, est un pasteur zwinglien qui pratique la cure d'âme (*Seelsorge*) et l'éducation de jeunes en difficultés ; il s'intéresse aux « secrets pathogènes » et découvre dans la psychanalyse l'instrument

pour purifier la foi des névroses. Freud, pour sa part, tout empreint de positivisme, ne veut ni des médecins, ni des prêtres, et laisse comme le dit le poète Heine « ...le ciel aux anges et aux oiseaux ». Le débat entre les deux hommes deviendra public avec *L'Avenir d'une illusion*, à quoi répondra Pfister par *Die Illusion einer Zukunft*. Finalement, Freud concédera qu'il n'a pas la chance de pouvoir « conduire le transfert jusqu'à Dieu ».

Eugen Drewermann

Théologien catholique et psychothérapeute allemand contemporain, interdit de sacerdoce en 1992, Eugen Drewermann est le successeur intellectuel de Pfister, décrit en Allemagne comme un « nouveau Luther ». Il critique les institutions (*Fonctionnaires de Dieu*), l'analyse historico-critique et prône un retour au message vivant originel.

Il reprend les textes bibliques avec la psychologie des profondeurs (*Psychanalyse et exégèse*, *La Parole qui guérit*, etc.). Dans sa thèse sur « Le Mal », il fait le postulat que la source du mal repose sur l'angoisse, elle-même issue de la séparation de l'homme d'avec Dieu. Sa théologie élabore le retour de l'angoisse à la confiance, notamment par la psychothérapie ; on pourrait la qualifier de théologie de la guérison. L'herméneutique de Drewermann part du corps ; il voit l'intégration psychologique en profondeur des symboles religieux, enracinés dans l'évolution, intriqués dans la conscience de soi. Pour lui, la religion de l'avenir devra être psychologique, écologique et interculturelle. D'ailleurs, l'enracinement corporel des symboles avait déjà été exploré par des théologiens allemands, notamment Rudolf Otto.

Rudolf Otto

Théologien luthérien, Rudolf Otto (1860-1937) avait fortement influencé Paul Tillich, Mircea Eliade et Carl Gustav Jung. Son ouvrage, *Le Sacré – L'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel*, a été un véritable best-seller au début du xx^e siècle. Rudolf Otto y développe le concept de numineux, de *numen* en latin, référence à la divinité, et de *numen* en grec, réalité incommensurable sous-tendue par toute chose. Le numineux est à la fois un mystérieux, terrifiant et fascinant (*tremendum* et *fascinans*). Le numineux est énergie, mystère, « tout autre », et s'inscrit dans le corporel et l'émotionnel.

George Lakoff et les métaphores

Né en 1941, George Lakoff est professeur de linguistique cognitive à l'université de Californie à Berkeley. Il développe la notion d'inconscient cognitif par ses thèses sur la métaphore conceptuelle au cœur de la pensée humaine. Dans son livre *Philosophy in the flesh* (Lakoff et Johnson, 1999), il expose sa théorie de la cognition incarnée. Pour lui, une spiritualité incarnée (*embodied*) constitue une connexion empathique avec l'Univers *via* le corps. Dieu, ineffable, apparaît vivant à travers les métaphores : Être suprême, Tout-Puissant, Créateur, Père, Source, Berger, Souffle.

Neurosciences et spiritualité

La notion de plasticité neuronale est l'avancée la plus spectaculaire des neurosciences. L'effet des systèmes excitateurs sur la potentialisation à long terme produit des modifications structurales durables des neurones face à l'environnement. Cette inscription plastique dans la mémoire vient confirmer la boucle cerveau-esprit-culture et la singularité de chaque individu humain.

De plus, les neurosciences cognitives se sont penchées sur les dimensions psychologiques des croyances religieuses ; elles ont permis une application de la théorie évolutionniste du développement cognitif aux agents sur-naturels. Une analyse factorielle de la structure religieuse a montré trois composantes :

- la perception de l'implication de Dieu ou non ;
- la perception des émotions de Dieu : amour ou colère ;
- les connaissances religieuses : doctrines ou expériences.

Ces composantes ont pu être vérifiées en imagerie cérébrale fonctionnelle (Kapogiannis et al., 2009).

L'objet spirituel

Ainsi, il semble bien qu'il y ait dans la boucle cerveau-esprit-culture un espace pour un objet spirituel. Cet objet serait dans le champ transitionnel selon Winnicott, à la fois dedans/dehors et naturel/culturel. Cet objet est un produit de la sublimation, selon la lettre de Freud à Pfister, sur la conduite du transfert jusqu'à Dieu. C'est un objet d'individuation au sens de Jung et d'attachement collectif au sens de Bowlby. Source de cohérence et de salutogenèse chez Antonovsky, il est un objet guérisseur permettant de passer de l'angoisse à la confiance selon Drewermann. L'objet spirituel est un objet de liaison face à la déliaison (Green, 1988), il donne du lien et du sens, dans une loi du vivant. Il se situe dans l'ordre de la charité dans *Les Pensées* de Pascal et dans l'amour « *Agapé* » des Grecs.

L'objet spirituel est l'agent des changements de type II chez Bateson (1980) et Watzlawick (2004). Il offre des perspectives interdisciplinaires aux confins du modèle bio-psycho-social.

Conclusion

Nous sommes bel et bien dans une société addictive, qui nous offre de la distraction, au sens où elle nous détourne des vrais enjeux de nos vies et de nos communautés. Du pain et des jeux (*panem et circenses*), disaient les empereurs romains pour distraire le peuple.

Dans ce cadre, l'extension des addictions dans notre civilisation pourrait bien correspondre à une pathologie du lien et du sens dans nos communautés. La psychiatrie contemporaine doit rappeler la complexité de la boucle cerveau-esprit-culture.

Enfin, citons une lettre de Jung à « Bill », fondateur des AA, lui rappelant l'adage « *spiritus contra spiritum* », où le mot latin *spiritus* renvoie aussi bien à l'alcool qu'à l'esprit. Donc, pour nous aujourd'hui : « De l'addiction contre l'esprit, à l'esprit contre l'addiction ».

Références

- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice : using the HOPE questions as a practical tool. *American Family Physician*, 63, 81-89.
- Bateson, G. (1980). Vers une écologie de l'esprit. Paris : Le Seuil.
- Erikson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health : a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- Green, A. (1988). Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : éditions de Minuit.
- Huguelet, P., & Koenig, H. G. (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*. New York : Cambridge University Press.
- Kapogiannis, D., Barbey, A. K., Su, M., et al. (2009). Cognitive and neural foundations of religious belief. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 106, 4876-4881.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh. The embodied mind and its challenge to western thought*. New York : Basic Books.
- Miller, W. (1999). *Integrating spirituality into treatment*. Washington DC : American Psychological Association.
- Morin, E. (1999). *Les Sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Le Seuil-UNESCO.
- Verhagen, P. J., van Praag, H. M., Lopez-Ibor, J. J., et al. (2010). *Religion and psychiatry, beyond boundaries*. Chichester : John Wiley.
- Watzlawick, P. (2004). *La réalité de la réalité*. Paris : Le Seuil.

3

Société addictogène, *social engineering* et écologie relationnelle

Bernard Stiegler

La société que Jean-Pierre Couteron a appelée addictogène au cours du congrès de l'Anitea 2009 repose sur la destruction de l'attention. La principale activité, caractéristique de cette société, est la captation de l'attention, dont la conséquence est par exemple aux États-Unis que, selon le dernier rapport de la *Kaiser Family Foundation*, les adolescents américains sont exposés aux médias en moyenne 10 heures et 30 minutes par jour (Rideout et al., 2010).

Une telle captation est destructrice et conduit à une société pulsionnelle – l'addiction étant une forme de soumission à la pulsion telle que l'attachement (au sens de Bowlby), qui est la condition de toute *philia* (de toute sociabilité), régresse au stade de la pulsion pure.

Analyser cet état de fait nécessite d'appréhender l'histoire du capitalisme consumériste.

Une figure longtemps demeurée inconnue, en particulier du monde de la psychanalyse, a joué un rôle majeur dans le modèle économique qui s'écroule aujourd'hui sous nos yeux : Edward Bernays, qui était le double neveu de Freud. Il a forgé les concepts de base de ce qu'il a nommé les *public relations*, préhistoire de ce qui deviendra plus tard le marketing. Bernays instaura des pratiques managériales et commerciales qu'il fondait sur quelques lectures de travaux de son oncle, et proposa de reconfigurer en totalité la politique industrielle américaine comme une économie libidinale.

L'économie libidinale du xx^e siècle a été transformée progressivement, mais de fond en comble, par le marketing, qui a constitué un psychopouvoir enchaînant sur ce que Foucault avait nommé le biopouvoir. Le *biopouvoir* contrôle des populations de producteurs par des technologies de pouvoirs disciplinaires. Le *psychopouvoir* contrôle des comportements individuels et collectifs de consommateurs par la canalisation de leur énergie libidinale vers les marchandises – l'investissement du désir dans l'objet de consommation permettant l'amortissement de l'investissement industriel dans les appareils de production.

Il y a une historicité de l'inconscient qui est celle des rapports entre économie des subsistances, c'est-à-dire des besoins, et économie des existences, c'est-à-dire des désirs, ceux-ci supposant également une économie

des consistances, c'est-à-dire des objets de l'idéalisation sous toutes ses formes (infantile, amoureuse, artistique, scientifique, philosophique, politique, religieuse, notamment).

La crise planétaire que nous subissons est l'écroulement de l'agencement consumériste entre subsistances et existences – et ce, parce que celui-ci a conduit à la liquidation des consistances, c'est-à-dire de l'idéalisation et de la sublimation sous toutes ses formes. Avec l'apparition des psychotechnologies, l'historicité de l'inconscient a rendu possible une *déséconomie libidinale*, c'est-à-dire une destruction de la libido comme pouvoir de liaison des pulsions.

Dans l'économie consumériste, les pulsions sont détournées de leurs buts vers des besoins artificiels – qui n'en constituent pas pour autant des désirs. Adorno et Horkheimer (1974) présentent déjà ce processus lorsqu'ils soutiennent que l'appareil hollywoodien de projection court-circuite l'imagination. J'ai cependant tenté de montrer dans *Ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue. De la pharmacologie* (2010) que leur analyse néglige le fait que l'imagination est toujours constituée par des artéfacts transitionnels et que ce n'est pas son *extériorisation technique* qui cause le court-circuit, mais l'*hégémonie culturelle* que le psychopouvoir exerce sur ce qu'il faut appréhender comme un *pharmakon*.

Les phantasmes en général procèdent du polymorphisme intrinsèque à la libido, mais dans le cas du phantasme consumériste, le détournement ne conduit à aucune libido, puisqu'il repose au contraire sur une désu-blimation et une désidéalisation. L'objet de consommation, sitôt investi, doit être désinvesti : le consumérisme est une économie de la jetabilité, c'est-à-dire de l'infidélité. Le consommateur ne doit pas s'attacher à ses objets : il doit les consommer précisément en s'en détachant, en les détruisant et en les jetant afin de poursuivre le détournement de son énergie pulsionnelle vers les objets toujours nouveaux proposés par l'innovation industrielle.

J'ai tenté de montrer dans *Pour une nouvelle critique de l'économie politique* (2009) que cette organisation pulsionnelle de la consommation a son pendant du côté de l'investissement capitaliste, qui tend à devenir spéculatif, c'est-à-dire *essentiellement infidèle* : tendant *structurellement* au *désinvestissement*. Les *hedge funds* et les *LBO* sont de telles organisations du désinvestissement – et des facteurs essentiels de la ruine économique.

L'historicité de l'inconscient et de l'économie libidinale en général résulte du perfectionnement organique que Freud décrit dans *Malaise dans la civilisation* (1929) : l'homme perfectionne ses organes.

Dans *Ce qui fait que la vie vaut le coup d'être vécue* (2010), je soutiens que Freud décrit ainsi une situation pharmacologique :

Dans ce « malaise » de la culture et de la civilisation, la technique (la prothéticité) joue un rôle essentiel parce qu'elle est éminemment pharmacologique en particulier en tant que système d'organes artificiels qu'elle forme

à l'âge industriel. [...] Au cours de ce perfectionnement¹, la technique vient sans cesse compenser un défaut d'être ... en provoquant chaque fois un nouveau défaut – toujours plus grand, toujours plus complexe et toujours moins maîtrisable que le précédent. Ce désajustement constant induit frustrations, blessures narcissiques et mélancolie.

Cette pharmacologie qu'il faudrait étudier avec Canguilhem (1943) passe par une succession de défonctionnalisations et de refonctionnalisations organiques – ce que j'avais commenté comme suit dans *De la misère symbolique* (tome 2) (2004, 2005) :

Si la libido n'est pas la pulsion sexuelle, mais le désir en tant qu'il est capable de détourner son énergie vers des objets non sexuels, ce n'est possible que dans la mesure où la défonctionnalisation qui est à la base de ce que Freud nomme le refoulement organique permet l'amovibilité des objets techniques qui conditionne elle-même un processus d'adoption.

Selon Freud, ce refoulement commence par une défonctionnalisation de l'odorat corrélative à la conquête de la station debout.

Ce refoulement organique, précise Freud (1929), est la condition de la sublimation :

Du fait du redressement vertical de l'être humain et de la dévalorisation du sens de l'odorat, non seulement l'érotique anale, mais bien la sexualité tout entière aurait été menacée de succomber au refoulement organique. De là cette résistance autrement inexplicable à la fonction sexuelle, résistance qui, en empêchant la satisfaction complète, détourne cette fonction de son but et porte aux sublimations ainsi qu'aux déplacements de la libido.

Pendant, bien qu'ils soient directement liés à l'apparition des organes techniques, comme l'ont montré l'anthropologie et la préhistoire du ^{xx}e siècle², ces déplacements organologiques ne sont pensés par Freud que sur le plan physiologique, sans aucune considération pour les artéfacts malgré leur place si importante dans l'interprétation des rêves.

1 J'ai tenté d'en esquisser une théorie comme généalogie du sensible dans *De la misère symbolique*. 2. *La catastrophe du sensible*, p. 198 et suivantes.

2 J'ai moi-même analysé ce corpus dans *La Technique et le temps*. 1. *La faute d'Epiméthée*, éditions Galilée, 1994.

Malgré tout ce qu'il dit à propos de ce perfectionnement organique, Freud ne pense jamais le rôle des artéfacts dans la constitution de la mémoire et de l'inconscient (c'est particulièrement frappant dans *L'Homme Moïse*, mais déjà dans *Totem et tabou*). En revanche, l'historicité des figures du désir, c'est-à-dire de l'inconscient, paraît très proche de s'énoncer en tant que telle chez Lacan réfléchissant sur ce qu'il en est de la sublimation avec l'amour courtois et comme facture littéraire de l'inconscient. Et dans sa *Lettre aux Catholiques*, il met expressément la sublimation en relation avec la technique.

La première question que l'économie industrielle capitaliste pose à la théorie de l'inconscient et du désir qu'il fonde comme refoulement est celle de la technicité de ce désir, c'est-à-dire de son historicité telle que, du fait de son essentielle extériorité *qu'il faut rapporter à ce que Winnicott nomme objet transitionnel et espace transitionnel*, l'économie libidinale peut être détruite par son exploitation industrielle à travers les psychotechnologies du psychopouvoir : cette économie de l'artéfact (et du phantasme) est aussi bien une *pharmacologie* – au sens platonicien du *pharmakon*.

L'artéfact est à la fois la condition de la formation du désir comme tel, et la possibilité de sa *régession systémique*, sinon de sa destruction totale. Cette régression systémique est liée à l'organisation de l'infidélité systémique nécessitée par l'innovation que théorise Joseph Schumpeter en 1911 sans rien voir de ces conséquences – pas plus que Keynes.

C'est sur ces bases que doivent être posées les questions de l'addiction dans une société intrinsèquement addictogène dans la mesure où elle repose sur la pulsion, c'est-à-dire sur la destruction des dispositifs thérapeutiques en quoi consistent les organisations sociales qui font que « la vie est une thérapie qui a un sens » selon Winnicott.

S'il est vrai cependant que la construction des appareils psychiques juvéniles est désormais précocement et systématiquement affectée par la toxicité pharmacologique contemporaine, la question doit être posée d'une *déséconomie libidinale*. Le problème clinique et sociopathologique aussi bien que psychopathologique que pose l'économie libidinale consumériste est son caractère autodestructeur, c'est-à-dire sa domination par la pulsion de mort.

Soutenir un tel point de vue suppose de raffermir la question du désir. *Énergie libidinale*, le désir est produit par les appareils de transformation des pulsions en investissements d'objets et à travers des dispositifs de liaison à la fois super-égoïques et sublimatoires.

Cela posé, en quoi les *pharmaka* contemporains sont-ils susceptibles de devenir des supports thérapeutiques, et non pas toxiques, c'est-à-dire destructeurs de la libido ?

Je pose en principe de ce que j'appelle une pharmacologie générale qu'il ne s'agit jamais d'abord de lutter contre la toxicité par l'abandon du *pharmakon*, mais par le renversement de ses effets toxiques en pratiques curatives. Que l'abandon puisse être décidé, c'est ce qui peut résulter d'une pratique curative du *pharmakon* lui-même, et de la compréhension de la fonction curative de la pratique addictive elle-même – ainsi que le théoriserent les Alcooliques Anonymes.

C'est aussi le sujet qui est ouvert par le projet de l'Île de Nantes et de son Quartier de la création si l'on s'accorde à dire que celui-ci devrait permettre de socialiser les technologies de la société réticulaire, très addictogènes, mais aussi très thérapeutiques.

Si l'attention peut être *déformée*, c'est parce qu'elle peut être *formée*. Dans l'approche que je vous propose, l'attention n'est pas une faculté psychique, mais une relation sociale y compris à soi-même et à ses objets. Une telle capacité, que je prends ici aussi au sens d'Amartya Sen (2000), est à la fois psychique et sociale, et elle est en cela la concrétisation des diverses formes d'investissements qui transforment les pulsions en énergie libidinale.

Avec ce que l'on appelle désormais le *social engineering*, nous sommes entrés dans la société réticulaire. Celle-ci pose une question tout à fait inédite d'écologie relationnelle : elle rend possible à la fois le court-circuit des appareils locaux de sublimation (c'est-à-dire de socialisation) et une aggravation de la destruction de l'attention par sa captation « chirurgicale », c'est-à-dire profilée, tracée et individualisée (à travers ce que l'on appelle les métadonnées) au point de détruire toute intimité, tout aussi bien qu'elle permet de réamorcer et de reconstituer de nouveaux types de circuits sociaux – pour autant qu'une politique locale de la socialisation de ces technologies soit prise en charge par tous les acteurs de terrain : telle est la question d'une écologie relationnelle.

Tel est aussi l'enjeu de la création d'un pôle de recherche sur le Quartier de la création, qui pourrait ainsi devenir un formidable laboratoire de recherche contributive à l'échelle d'un territoire.

Références

- Adorno, T.W., & Horkheimer, M. (1974). *La dialectique de la raison : fragments philosophiques*. Paris : Gallimard.
- Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.(2009).
- Foucault, M. *La volonté de savoir*. Paris : Le Seuil (2011).
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Points.(2010).
- Rideout, V.J., Foehr, U.G., & Roberts, D.F. (2010). *Generation M² : media in the lives of 8- to 18-year-olds*. Washington : Kaiser Family Foundation.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Paris : Odile Jacob.
- Schumpeter, S. (1911). *La théorie de l'évolution économique : recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture*. Paris: éditions Dalloz-Sirey.(1999).
- Stiegler, B. (2004). *De la misère symbolique : l'époque hyperindustrielle*. Paris : éditions Galilée.
- Stiegler, B. (2005). *De la misère symbolique : la catastrophe du sensible*. Paris : éditions Galilée.
- Stiegler, B. (2009). *Pour une nouvelle critique de l'économie politique*. Paris : éditions Galilée.
- Stiegler, B. (2010). *Ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue : de la pharmacologie*. Paris : Flammarion.
- Stiegler, B. (1998). *La technique et le temps : la faute d'Épiméthée*. Paris : éditions Galilée.

II

Enjeux et innovations dans le traitement des addictions comportementales

4 Objectifs du traitement du jeu pathologique : abstinence ou jeu contrôlé ?

R. Ladouceur

Au cours des dernières années, des études de prévalence ont été menées dans plusieurs pays et régions à travers le monde afin de préciser le taux de joueurs pathologiques. En parallèle, les politiciens ont entériné la législation de plusieurs nouvelles formes de jeux. Parmi ces dernières, on retrouve la possibilité de miser de l'argent 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, depuis le confort de son foyer, à l'aide d'un simple ordinateur et d'une connexion Internet.

Dans la foulée de cette évolution et de ces changements, les études de prévalence dans les pays d'Amérique du Nord indiquent que 80 % des adultes ont participé à un jeu de hasard et d'argent au cours de la dernière année, et qu'entre 1 et 2 % souffriraient de jeu pathologique (LaPlante et Shaffer, 2007 ; Shaffer et Hall, 2001).

Le jeu pathologique se définit essentiellement comme une perte de contrôle sur ses habitudes de jeu qui suscite une série de conséquences négatives sur les plans financier, familial, professionnel et social (American psychiatric Association, 1994). Un examen des écrits et une méta-analyse indiquent qu'il existe des traitements efficaces pour aider les joueurs pathologiques (Pallesen et al., 2005 ; Toneatto et Ladouceur, 2003). Cependant, selon le rapport de la *National Gambling Impact Study Commission* (1999), seulement 3 % des joueurs pathologiques contacteraient un professionnel de la santé pour régler ce problème. De plus, parmi ce petit nombre de joueurs qui débute un traitement, jusqu'à 50 % d'entre eux termineront prématurément leur démarche (Ladouceur et al., 2001). Comment expliquer cette situation troublante ?

Dans certains endroits, le manque de ressources professionnelles pourrait rendre compte de ce faible taux de consultation. Mais, même lorsque les services sont facilement accessibles, en termes de distance et de coûts, on retrouve la même situation. Au cours des dernières années, nos contacts avec plusieurs joueurs pathologiques nous ont permis de formuler une autre explication, soit l'objectif même ou but du traitement. Dans la très grande majorité des centres de traitement, le but à atteindre est l'abstinence ou la cessation complète de la pratique de tout jeu de hasard et d'argent. En 1988

déjà, Blaszczynski définissait l'abstinence en ces termes : « *Absolutely no participation in any form of gambling on any level.* »

En refusant d'aider les joueurs qui désirent diminuer mais non cesser complètement leurs activités de jeu, les thérapeutes fixent un objectif qui pourrait dissuader certains d'entreprendre une thérapie. Une équipe de Melbourne en Australie a récemment publié un article indiquant que l'attrition des joueurs en début de traitement était associée à l'objectif d'abstinence (Andrewartha et Dowling, 2006). De façon ponctuelle, plusieurs auteurs ont soulevé l'intérêt de rendre plus flexible l'objectif du traitement, et certains ont même montré le succès d'une telle approche auprès de patients qui présentaient des problèmes de jeu (Dikerson et Weeks, 1979 ; Dowling et Smith, 2007 ; Rankin, 1982).

L'objectif d'un traitement visant le jeu contrôlé ou modéré par rapport à l'abstinence totale a soulevé et continue toujours à soulever une intense controverse tant au niveau philosophique que professionnel (Ladouceur, 2005). À notre avis, la réponse se trouve dans une démarche empirique où l'évaluation scientifique aura le dernier mot.

Au cours des dernières années, nous avons mené une étude qui visait essentiellement à vérifier la « viabilité » ou la « faisabilité » du jeu contrôlé comme objectif de traitement (Ladouceur et al., 2009). Des annonces ont été placées dans les médias et auprès de divers professionnels de la santé, précisant qu'un traitement était offert aux joueurs qui éprouvent des problèmes de jeu et qui désirent diminuer ou contrôler leurs activités de jeu. Lorsque le joueur téléphonait, on lui expliquait que le but de l'intervention était de diminuer ses comportements de jeu en termes de fréquence, de temps et d'argent, de telle sorte que le jeu n'ait plus de conséquences négatives ni pour lui et ni pour ses proches (famille, amis et travail). On lui indiquait aussi que ses objectifs seraient révisés à chaque séance afin de bien ajuster le temps, la fréquence et l'argent dévolus au jeu. Si le joueur désirait arrêter complètement de jouer, jamais on ne lui suggérerait de tenter de continuer à jouer de façon modérée. Il était alors référé à un centre de traitement ayant pour objectif l'abstinence.

Au départ, 124 joueurs se sont présentés à une première rencontre. À l'aide du DSM-IV, un clinicien confirmait que le joueur répondait aux critères du jeu pathologique et que ses objectifs visaient bel et bien le jeu modéré et non l'abstinence. Encore une fois, si l'objectif était l'abstinence, le joueur était référé à un autre centre de traitement. Suite à cette évaluation initiale, 89 joueurs pathologiques ont débuté le traitement. Cependant, 28 (31 %) ont abandonné l'intervention en cours de route. Le traitement comportait douze séances individuelles, animées par un clinicien ayant de l'expérience dans les problèmes de jeu. Le traitement comprenait sept composantes principales, s'inscrivant dans une orientation de thérapie comportementale et cognitive (Ladouceur et Lachance, 2007a,b).

1. Entrevue motivationnelle (une séance).
2. Fixation d'objectifs personnels du jeu (deux séances) en termes de (i) montant d'argent dépensé au jeu par semaine, (ii) nombre de séances de jeu par semaine, et (iii) temps hebdomadaire total passé au jeu.

3. Identification des situations à risque (une séance).
4. Analyse et identification des croyances et des perceptions erronées concernant le jeu (une séance).
5. Modification des perceptions et des croyances erronées (trois séances).
6. Exposition à une séance de jeu simulé (deux séances). Afin de poursuivre et consolider la modification de leurs croyances et perceptions erronées, les joueurs étaient invités à défier ces cognitions au cours d'une séance de jeu simulée ou *in vivo*. Dans certains cas, il était possible de se rendre dans le milieu habituel de jeu du joueur pour effectuer cette intervention.
7. Prévention des rechutes (deux séances).

Chaque séance débutait par un examen de la fiche que le joueur remplissait en termes de fréquence, temps et argent investis dans le jeu au cours de la semaine. Ces données étaient réévaluées en fonction de l'objectif de la thérapie. Si nécessaire, les objectifs étaient révisés à la baisse. Il est important de souligner qu'à aucun moment le thérapeute ne suggérait une modification particulière. Le joueur décidait lui-même les changements à apporter.

Plusieurs mesures ont été utilisées au cours de cette étude. La mesure pivot pour évaluer le succès de l'intervention était que le joueur remplisse ou non les critères du jeu pathologique dans le DSM-IV (score de 5 ou plus). Les analyses comparant les scores obtenus avant le début du traitement par rapport à ceux rapportés après le traitement et aux suivis de 6 et 12 mois ont indiqué une baisse statistiquement significative du nombre de joueurs pathologiques. De plus, l'analyse entre les scores obtenus aux suivis de 6 et 12 mois ne s'est pas avérée significative, témoignant du maintien à long terme des gains thérapeutiques. Ces gains peuvent être examinés en termes de pourcentage de joueurs qui ne rencontraient plus les critères du jeu pathologique. À la fin du traitement, 56 des 89 participants (63 %) avaient un score de moins de 5 au DSM-IV. Cette proportion s'élevait à 56 % et 51 % aux suivis de 6 et 12 mois. Précisons que cette méthode très conservatrice, nommée « *intent to treat* » considère tout abandon comme un échec. En revanche, si on ne retient que les joueurs qui ont terminé le traitement, ces taux de succès s'élèvent à 92 %, 80 % et 71 % à la fin du traitement, à 6 mois et à 12 mois, respectivement.

Mais le résultat le plus intéressant fut le résultat le plus *inattendu*. À la fin du traitement, 39 % des joueurs avaient décidé de changer leur objectif de traitement, passant du jeu contrôlé à l'abstinence totale. N'oublions pas que ces joueurs n'auraient jamais consulté un professionnel de la santé pour solutionner leur problème de jeu si l'objectif avait été l'abstinence. C'est en cours de traitement qu'ils ont décidé qu'ils devaient arrêter complètement de jouer, et ce sans avoir été influencé par leur thérapeute, et que le jeu modéré n'était pas un objectif atteignable. Ce résultat s'est maintenu au suivi de 6 mois (40 %) et d'un an (32 %).

Comment expliquer ces résultats et, en particulier, le plus inattendu ? D'abord, l'objectif de jeu contrôlé, objectif plus flexible et attrayant que l'abstinence totale, semble viable. De plus, il permet à des joueurs pathologiques d'entreprendre un traitement, traitement qu'ils n'auraient pas initié si l'objectif avait été l'abstinence complète. Mais pourquoi plus du tiers de

ces joueurs ont-ils décidé d'abandonner leur objectif initial de jeu contrôlé pour s'abstenir complètement de jouer ? La raison principale évoquée par ces joueurs gravitait autour de l'idée suivante.

Pendant des années, dans mon entourage, tout le monde me disait que je devais m'abstenir de tout jeu, étant incapable de respecter mes limites. Mais dans mon for intérieur, je me disais que j'étais capable et que ce n'était qu'une question de temps. Je finirais bien par trouver le moyen. Aujourd'hui, avec l'aide d'un spécialiste qui a accepté de m'aider à atteindre cet objectif, je constate que je n'y parviens toujours pas. Alors, si je suis sérieux, le seul choix qui me reste est d'abandonner complètement le jeu.

En conclusion, il ne s'agit pas de suggérer aux joueurs qui désirent cesser complètement de jouer de tenter d'atteindre l'objectif du jeu contrôlé : tout au contraire, l'abstinence devrait toujours être le premier objectif poursuivi. Cependant, si on ouvre la porte à la demande de joueurs qui désirent une aide pour contrôler leurs habitudes de jeu, le nombre de joueurs pathologiques qui solliciteront un soutien professionnel augmentera, et certains d'entre eux réaliseront que, finalement, l'abstinence est la meilleure option.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington D.C : American Psychiatric Association.
- Andrewartha, L., & Dowling, N. (2006). Pre-treatment attrition for problem gambling. In M. Katsikitis (Ed), *Psychology bridging the tasman ; science, culture and practice* (pp. 16-20)). Sydney : Australian Psychological Society.
- Blaszczynski, A. (1988). Clinical studies in pathological gambling : is controlled gambling an acceptable treatment outcome ? *Dissertation Abstracts International*, 51, 2609-2610.
- Dickerson, M.G., & Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 139-141.
- Dowling, N., & Smith, D. (2007). Treatment goal selection for female pathological gambling : a comparison of abstinence and controlled gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 335-345.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 49-59.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., Laberge, M., & Blaszczynski, A. (2001). Dropouts in clinical research. Do results reported in the field of addiction reflect clinical reality ? *The Behavior Therapist*, 24, 44-46.
- Ladouceur, R., & Lachance, S. (2007 a). *Over coming pathological gambling*. New York : Oxford Press.
- Ladouceur, R., & Lachance, S. (2007 b). *Over coming pathological gambling : the therapist guide*. New York : Oxford Press.
- Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P.M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling ? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189-197.
- LaPlante, D., & Shaffer, H. (2007). Understanding the influence of gambling opportunities : expanding exposure models to include adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 616-623.

- National Gambling Impact Study Commission (1999). *Final report*. Washington D.C : Government Printing Office.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., et al. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling : a review and meta-analysis. *Addiction, 100*, 1412-1422.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Addictive Behaviors, 8*, 425-428.
- Shaffer, H., & Hall, M. (2001). Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health, 92*, 168-172.
- Toneatto, T., & Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambler : a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 284-292.

5 Adolescents « scotchés » à l'ordinateur : entre simples gourmandises ou compensations et vraies addictions

J.-Y. Hayez

Définitions

Un certain nombre de parents comptabilisent avec inquiétude le temps que leur fils ou leur fille passe devant l'écran de l'ordinateur ou celui d'une console de jeu¹, parfois depuis un âge très tendre (10 ou 11 ans). Une petite partie de ces parents s'alarme bien trop vite et trop fort, dans un contexte d'angoisse, d'ignorance des vrais risques, de volonté de contrôle ou de résistance au changement des habitudes sociales et récréatives contemporaines : je ne les prendrai pas en considération dans la suite de mon exposé.

Un rien arbitrairement, choisissons une quantité de temps que nous considérerons comme préoccupante : adolescents rivés à l'écran d'un jeu vidéo ou d'autres applications d'Internet plus de 3 heures quotidiennes les jours d'école et plus de 5 à 6 heures les autres. Et cette routine tenace est couplée à des critères qualitatifs : irritabilité du jeune si on l'invite à participer à la vie sociofamiliale, tâches scolaires bâclées, fatigue par manque de sommeil, tricheries ou conflits pour maintenir ses habitudes, etc.

Il faut alors distinguer deux pôles où se satellisent ces excès, avec un gradient de fréquentation décroissante qui les réunit :

- les adolescents grands consommateurs, de loin les plus nombreux, relèvent d'une *consommation abondante simple*. Ce sont des gourmands, ni plus ni moins : ils le deviennent pour de multiples raisons, mais il n'est pas trop difficile de les en détacher si leur vie externe leur apparaît comme plus attrayante, d'autant plus si se résolvent des problèmes externes ou internes par rapport auxquels la fréquentation des écrans constitue parfois et au moins en partie une compensation. Fondamentalement, ils n'ont jamais

1 Pour simplifier, je parlerai indifféremment du rapport à Internet ou au Net ou à l'ordinateur pour désigner tous les comportements dirigés vers les applications d'Internet *stricto sensu*, les jeux vidéo en dehors d'Internet et l'ordinateur en général.

perdu le principal de leur liberté de choix : ainsi en voit-on beaucoup désinvestir spontanément, totalement ou très largement, leurs jeux chéris et leurs interminables chipotages et palabres sur Facebook dès qu'ils entrent dans la vie universitaire, dans le monde du travail ou qu'ils nouent un lien sentimental profond ;

- au pôle opposé, les plus rares, sont *les jeunes devenus dépendants*, au sens psychiatrique du terme, cyberdépendants ou dépendants aux jeux vidéo. C'est comme pour le cannabis : seuls 4 à 5 % des gourmands sombrent lentement mais sûrement dans une dépendance parfois très profonde, rarement avant 16-17 ans. Quand il y a addiction, le jeune a bel et bien perdu sa liberté intérieure : ce sont l'ordinateur, les jeux et les sensations qu'ils procurent qui dirigent sa vie (Le Diberder, 1998).

Il existe enfin une catégorie qui concerne au plus 1 à 2 % des adolescents, et qui coexiste fréquemment avec la première, c'est la *passion*. On ne peut pas vraiment parler de passion à propos du goût effréné pour les jeux vidéo : ici, c'est la langue populaire qui utilise ce terme. En revanche, un jeune peut se passionner pour l'infographie, le maniement et la maîtrise des processus informatiques, la confection de sites ou de blogs (passion POUR Internet). Par ailleurs, Internet peut servir de véhicule privilégié à la réalisation de bien d'autres passions (recherches, collections, etc. : passions PAR Internet).

À la différence des autres consommateurs excessifs, les passionnés sont plutôt fiers de leur investissement qui leur demande un vrai travail et ils cherchent le plus souvent un partage social des processus et des résultats. Nous n'en dirons pas davantage sur la passion dans le cadre de cet écrit.

Facteurs de mise en place

Ce sont les mêmes d'un pôle à l'autre, mais ils jouent souvent avec une intensité croissante au fur et à mesure que l'on s'approche du plus préoccupant.

On n'en trouve pourtant pas toujours qui soient très probants : tissu social et famille sans problèmes notables et adolescent « Monsieur tout le monde ». Mais voilà, ce jeune citoyen lambda a été pris comme tant et tant d'autres par le jaillissement du plaisir lors d'une activité Internet et il apprend vite et bien à le reproduire, à le diversifier ou à le finasser à la perfection. Ici, le plaisir recherché est donc gratuit, dans une ambiance hédoniste. Et par ailleurs, beaucoup d'adolescents, surtout les plus jeunes, sont dans une phase de leur vie où ils ont « normalement » du mal à contrôler leur avidité et leurs impulsions face aux tentations de plaisir et de décharge pulsionnelle.

Plus souvent cependant, dans le domaine social, nombre de jeunes concernés par la consommation excessive vivent dans des environnements pauvres en pouvoir attractif et en relations de qualité. Par exemple, leur scolarité est déjà peu gratifiante avant que ne s'installe le cyber-comportement. J'en reparlerai plus loin.

Sur le plan individuel sont davantage à risque les adolescents qui vivent sur de longues durées des états d'âme douloureux comme le manque de

confiance en soi, la timidité, l'angoisse de séparation, des sentiments d'échec ou d'infériorité, etc. D'autres encore ont l'impression, plus ou moins fondée, de ne compter pour personne dans le monde incarné.

Finalement, un facteur ultime et mystérieux fait passer à quelques jeunes la frontière qui sépare la gourmandise encore maîtrisée et l'abandon de soi aux démons du plaisir, gratuit ou compensatoire. Ce « facteur » n'est pas sans paradoxes : il s'agit de la liberté intérieure, qui va s'exprimer une dernière fois pour envoyer le jeune se noyer dans les multimédias au moment où il décide au moins intuitivement de ne plus décider : « J'abandonne la partie... Que tous ces plaisirs que je connais envahissent ma vie et me téléguident... Je me donne à eux... »

La phénoménologie

En décrivant d'abord la vraie dépendance, on constate, au centre du fonctionnement quotidien du jeune, la présence d'une conduite envahissante, tenace et contraignante de recherche de plaisir, *via* l'ordinateur ou la console (Matysiak et Valleur, 2003).

Quand la dépendance s'aggrave, finalement, c'est le processus, le rituel qui est investi davantage que des activités précises et répétées et que leur résultat ponctuel. L'esprit finit par décrocher des contenus successifs de l'écran, en une sorte de rêverie où le jeune ne fait plus qu'un avec sa machine : attitude visant le nirvana, symbiose primitive, quelque chose de cette nature (Tisseron, 2008).

Le jeune a perdu sa liberté et est incapable d'intégrer sa conduite comme élément raisonnable d'un projet d'ensemble ; il ne sait plus programmer son temps ou, en tout cas, contrôler volontairement une diversité dans sa programmation. Même quand il n'est pas face à un écran, il ne fait qu'y penser ou y rêver.

Il désinvestit massivement la vie incarnée : scolarité en chute libre ; isolement en famille ; résistance colérique aux tentatives faites par les parents pour réguler sa conduite ; mensonges et tricheries ; irritation si on le dérange : les copains de toujours sont ignorés s'ils viennent frapper à la porte ; amputations sur l'alimentation, le sommeil, voire les besoins d'excrétion.

Quand il s'agit de consommation abondante simple, des plaisirs sont également recherchés *via* les mêmes activités. Mais ils demeurent plus liés aux contenus précis des activités engagées. Ils ont le statut de plaisirs récréatifs gourmands. La cyberconduite n'est pas le centre du projet de vie du jeune, qui lui consacre moins de temps que le véritable dépendant ; il sait davantage « aller et venir » par rapport à elle.

Le jeune l'oublie s'il a en vue une activité alternative agréable IRL² (sortir avec des copains, jouir de vacances ensoleillées), voire même, des fois, s'il a une tâche scolaire importante et pressante à boucler !

² *In the Real Life*, dans la vie quotidienne incarnée...

De la même manière, si la vie familiale demeure attractive, il y reste partiellement engagé. Il finit aussi par accepter... à plus de 50 %... les règles que l'on met en place pour discipliner l'usage de son temps si elles ne sont pas trop draconiennes. Il existe donc moins de tricheries pour assurer la pérennité de sa consommation ; de là à dire qu'il arrive « pile à l'heure » pour le repas du soir, qu'il ne ment jamais sur l'heure de son coucher ou qu'il ne bâcle aucun devoir ennuyeux au profit de sa cyberactivité, c'est une autre histoire...

Les descriptions qui précèdent ne se rapportent cependant qu'aux deux extrêmes. Un certain nombre d'adolescents se trouvent « au milieu du gué ».

Je pense notamment à ceux qu'on laisse trop seuls (papa et maman au boulot et « Tu ne vas pas sur l'ordinateur avant 19 heures, hein ! ») et qui ont avec l'école un rapport aride, fait de disqualifications, d'échecs et de difficultés de compréhension pas toujours avouées. Au début, l'ordinateur constitue pour eux une compensation royale. Mais ils en deviennent vite prisonniers et c'est alors l'histoire de la poule et de l'œuf : l'excès de consommation aggrave les difficultés scolaires et vice versa.

Assez souvent alors, les réactions des parents ne font que provoquer des résistances rageuses par des disqualifications grincheuses diffuses (« Encore fourré sur ton ordinateur ? Qu'est-ce que ça t'apporte, ces bêtises ? Tu ferais mieux d'étudier, tes résultats sont catastrophiques... »). Pire encore sont les velléités tout aussi grincheuses de réduire ou de supprimer la consommation, suivies d'affrontements pénibles inconsistants et d'un retour à la case départ, comme l'illustre le cas de Valentin ci-dessous.

Valentin (17 ans) passe 4 heures chaque soir devant l'ordinateur, principalement absorbé par le jeu multijoueurs *Couterstrike*. Les parents consultent pour ce motif et pour sa scolarité pénible. Ils ont déjà reçu bien des conseils contradictoires pour gérer sa surconsommation d'Internet. Je découvre petit à petit un adolescent plutôt introverti, indépendant, collaborant à l'idée d'une consultation visant à son mieux-être, sans difficultés relationnelles avouées : le samedi et le dimanche, il se détend avec ses copains (souvent pour faire d'autres jeux de société, il est vrai). En misant sur l'empathie, en exigeant simplement que les deux parents soient présents aux consultations et en partageant mes propres expériences et mes idées sur Internet et les jeux – pas négatives par principe –, je constate progressivement que le fond du problème n'est pas Internet. Valentin a un itinéraire scolaire des plus compliqués : il fait partie de cette catégorie d'adolescents intéressés par l'idée d'avoir un diplôme, soumis au principe de la fréquentation scolaire, tout en en dénonçant les injustices et absurdités. Il n'est pas vraiment paresseux, mais n'a aucune méthode, ne sait pas comment il doit faire pour retenir certaines matières ni pour répondre aux questions trop « *smart* » de certains professeurs qui les prennent déjà pour des universitaires. C'est à cette difficulté surtout cognitive que nous nous attelons, dans des ▷

- ▷ entretiens familiaux où nous mettons progressivement au point un accompagnement patient de la pesanteur scolaire de Valentin. Je suis persuadé, ici, de l'authenticité de ses propos : il ne va sur Internet que parce qu'il s'ennuie mortellement et qu'il ne sait pas comment occuper son temps. S'il gagne en efficacité scolaire, sa consommation peut se réduire significativement.

Que recommander aux parents ?

Une prévention précoce

L'essentiel, c'est de s'y prendre de très loin, quand l'enfant est encore petit et qu'il reçoit ses premières consoles de jeu comme cadeau.

Il est important que les parents réfléchissent à des questions *fondamentales* comme : de quel témoignage de vie sociale l'enfant a-t-il l'occasion de s'imprégner à la maison ? Parents disponibles ou eux-mêmes fatigués et avachis devant une série TV de troisième ordre, un verre à la main ? Quelle place pour la communication verbale fluide, autour de tout et de rien ou de thèmes plus sérieux ? Quels modèles de prise de plaisir ? Existence ou non de projets récréatifs, sportifs, sociaux, etc., individuels, en sous-groupes ou en commun ? La réponse à toutes ces questions devrait inviter à mettre en place une ambiance attractive de qualité pour la vie en famille (autant que pour l'environnement social élargi).

En corollaire, les parents peuvent prendre de bonnes informations, se sensibiliser au maniement des écrans, s'y intéresser au moins un peu, participer aux découvertes passionnantes que le jeune peut faire sur Internet ou au plaisir d'un jeu vidéo excitant. Ils peuvent notamment l'aider à décoder les sentiments et idées qui lui passent par la tête en s'y livrant. Cela, plutôt que de rester porteurs *d'a priori* les poussant à disqualifier tout ce que le jeune trouve sur son ordinateur, en le réduisant aux grands croque-mitaines de la violence déchaînée par les jeux vidéo ou du pédophile prêt à sodomiser les plus ingénus !

Dans une telle ambiance positive, il pourrait s'ouvrir des moments de dialogue fondés tant sur des expériences et découvertes ponctuelles faites sur Internet que sur ses enjeux les plus profonds (gratuité ou commerce, libre expression ou persistance d'un contrôle social, risque de dépendance, etc.) (Hayez, 2005)

Un des thèmes clés de ce dialogue familial concerne le contrôle par chacun des plaisirs qu'il se donne : qualitativement, par exemple, que penser de la pornographie ? Et quantitativement, qui commande : le plaisir dont on devient de plus en plus esclave, ou soi-même ?

Il est important d'aider l'enfant jeune à acquérir et à maintenir de bonnes habitudes d'organisation et de contrôle de son temps : pour ce faire, il faut à la fois dialoguer, veiller à l'attractivité de la vie sociale incarnée et l'encourager à s'y investir, mais aussi réguler les nombreuses fois où cela ne suffit pas.

Existe-t-il des règles incontestables ? À chaque famille de discuter et de décider la part qu'elle fait aux cyberdistractions et à d'autres activités de la vie incarnée. Au minimum, la fréquentation de l'ordinateur ne devrait pas mordre sur la scolarité, ni sur la quantité – variable – de sommeil nécessaire à chaque enfant, ni sur sa participation à quelques rites familiaux (par exemple, repas, certaines tâches matérielles).

Réguler la consommation

Et si, faute de cette vigilance précoce ou malgré tout, il s'est installé une consommation « abondante simple » dont les parents veulent réduire l'ampleur ? Supposons en outre que, comme pour la poule et l'œuf, on puisse raisonnablement la relier à un problème de vie interne ou externe qui pèse sur le jeune.

Alors, il faut s'investir simultanément et énergiquement sur deux fronts, sans trop chercher à les lier l'un à l'autre, dans ce qui serait une perspective simpliste de causalité linéaire³.

Remédier le mieux possible aux problèmes de vie repérés (Matysiak, 2002)

Je n'en dirai pas davantage ici, car les projets à mener ne sont pas vraiment spécifiques. Je me limiterai à signaler qu'il ne doit pas s'agir de la énième tentative, vite essoufflée et suivie de son contraire (menaces, punitions vite levées et démission), mais d'une entreprise de longue haleine qui requiert cohérence et coopération des adultes.

Mettre en place un cadre consistant pour l'utilisation du temps

Dans un tel contexte, il est rare que l'on obtienne d'emblée une collaboration significative de l'adolescent. Cela vaut néanmoins la peine de parler avec lui et de s'expliquer sur le bien-fondé du projet (lui éviter la perte de sa liberté, lui procurer du temps libre pour autre chose). Et de le faire sans s'énerver, sans mendier ni se laisser impressionner par ses grondements ou ses menaces suppliantes, sans parlementer à l'infini, en mettant un terme raisonnable à l'échange d'arguments.

À l'intérieur de cette conversation, on doit reconnaître qu'un usage modéré et contrôlé de l'ordinateur peut être enrichissant ou, à tout le moins, plaisant. On doit encore éviter d'y évoquer des liens causalistes lourds du type : « C'est pour que tu travailles mieux à l'école » ; il ne le fera certainement pas sur commande.

On se retrouve donc souvent dos au mur, avec la nécessité d'imposer une règle quant au temps d'utilisation. Il faut y croire : si l'on y met de l'énergie

3 Il n'est d'ailleurs pas toujours indispensable d'associer verbalement et explicitement le jeune au projet : « On va mettre tout le paquet pour bien t'aider. » Formulées ainsi, les intentions déclarées des parents risquent trop de susciter sa méfiance (« Bah, c'est quand même pour me prendre mon plaisir »).

et de la persistance, il y a beaucoup de chances qu'elle finisse par s'imposer et peut-être, un jour, qu'elle soit acceptée de l'intérieur par l'adolescent⁴.

Mais le projet n'a de chances d'aboutir que si existent coopération et vigilance durables entre adultes. Un logiciel de contrôle du temps peut donner un coup de main mais ne remplace pas une présence humaine engagée. Qui dit règles, dit également surveillance significative de leur observance, sanctions et réévaluations. Il faut donc qu'il existe de vraies sanctions, positives et négatives, et qu'elles soient mises en œuvre.

Toutefois, il ne s'agit pas de se montrer persécuteur et sadique. Mieux vaut – de loin ! – que l'adolescent garde un droit solide, stable et non contestable, à une utilisation raisonnable de son ordinateur (par exemple, 1 heure 30 les jours d'école et 2 à 3 heures les autres jours, pour peu qu'il le souhaite)

Un droit solide ? La suppression de l'ordinateur ne peut-elle donc jamais fonctionner comme incitant intéressant ? C'est une perspective que je ne trouve guère productive ! Elle fait même pis que bien si elle survient dans un contexte de menaces parce que l'adolescent ne résoudrait pas ses autres problèmes (par exemple, parce que son travail scolaire ne s'améliorerait pas). L'inverse n'est pas vrai : un supplément d'ordinateur peut venir sanctionner positivement la réalisation d'un bon travail, mais comme une bonne surprise occasionnelle après coup, pas comme la carotte au bout du bâton (cela est illustré par le cas de Thomas ci-après).

Vivant en foyer monoparental et peu autoritaire par nature, un père met en internat scolaire Thomas, son fils de 13 ans quasi accro au jeu vidéo *World of Warcraft* parce qu'il finit par reconnaître n'avoir aucun autre moyen de contrôle réaliste dessus. Le week-end, il instaure la règle « 4 heures d'ordinateur maximum par jour » et, avec beaucoup de soutien de ma part, il lui faut passer par des affrontements et grondements des plus houleux pour la faire respecter, d'abord *via* des mois de contrôle externe éprouvant, avant que l'adolescent n'accepte de l'intérieur l'inéluctabilité de cette disposition d'autorité parentale et un mode de vie plus équilibré.

Sur mon conseil, le père n'a cependant jamais exercé de « chantage à l'ordinateur » (menace de réduction du temps le week-end... si par exemple les résultats scolaires s'étaient avérés mauvais). Il a géré la question scolaire par du dialogue, du soutien et parfois des sanctions positives et négatives, mais qui ne touchaient pas au droit à utiliser l'ordinateur de façon stable. Il a évité de la sorte la montée d'un sentiment de persécution face à ce qui aurait été vécu comme pur arbitraire des adultes.

4 C'est le cas pour la grande majorité des adolescents « normaux ». Je ne parlerai pas ici des adolescents très perturbés, caractériels, borderline ou psychopathiques, qui fonctionnent dans l'ensemble de leur vie sur le mode de la toute-puissance. Adolescents rois, que l'on n'aurait jamais dû laisser aller jusqu'où ils sont arrivés ; chez eux, la toute-puissance face à l'ordinateur n'est qu'un symptôme parmi bien d'autres (Hayez, 2007).

La suppression de l'ordinateur pour des durées à la fois significatives et non sadiques peut néanmoins être envisagée dans deux types de circonstances, et pour peu que l'on ait un contrôle effectif dessus :

- si l'adolescent triche effrontément et durablement avec les règles qui lui sont imposées ;
- à titre de punition, s'il a commis une faute grave non spécifique qui n'a rien à voir avec les problèmes de base pour lesquels l'ordinateur a été une compensation jusqu'à présent (par exemple un vol, une transgression sexuelle inacceptable) (Hayez, 2004).

Et s'il semble ne pas exister de problèmes externes ou internes qui ont précipité la gourmandise du jeune ? Le cadre temporel fort qui vient d'être évoqué garde tout son sens. Et si le jeune s'ennuie aux moments où il n'est pas face à ses écrans favoris ? Et s'il essaie d'abord de le faire payer par une bonne dose de mauvaise humeur protestataire ? Aux parents de faire preuve de patience, de ténacité et d'inventivité. C'est en bonne partie tout seul que le jeune doit résoudre les problèmes d'occupation de son temps. En partie aussi, mine de rien, sans lourdeur ni prosélytisme, il peut être (ré) invité à participer à des activités sociofamiliales, non pas « pour son bien », mais parce qu'elles peuvent procurer à tous leurs utilisateurs du plaisir, un sentiment de réussite ou d'utilité sociale.

Les vrais dépendants

Ces derniers relèvent d'approches spécialisées dont le contenu et les méthodes constituent le cœur même de cet ouvrage.

Références

- Hayez, J.-Y. (2004). *La sexualité des enfants*. Paris : Odile Jacob.
- Hayez, J.-Y. (2005). Les jeunes, Internet et la société civile. *Acta Psychiatrica Belgica*, 53, 14-19.
- Hayez, J.-Y. (2007). *La destructivité chez l'enfant et chez l'adolescent*. Paris : Dunod.
- Le Diberder, A., & Le Diberder, F. (1998). *L'univers des jeux vidéo*. Paris : La Découverte.
- Matysiak, J.-C. (2002). *Tu ne seras pas accro, mon fils*. Paris : Albin Michel.
- Matysiak, J.-C., & Valleur, M. (2003). *Sexe, passion et jeux vidéo*. Paris : Flammarion.
- Tisseron, S. (2008). *Virtuel, mon amour*. Paris : Albin Michel.

6 Traitements *online*

I. Carrard, T. Lam, C. Crépin, P. Rouget, M. Van Der Linden, A. Golay

Ce chapitre a pour but de présenter une expérience originale concernant deux programmes d'autotraitement *online* pour les troubles du comportement alimentaire compulsifs, ainsi qu'un survol des résultats de diverses études qui ont servi à les évaluer.

Depuis le début des années 2000, Internet a été utilisé comme vecteur de traitements psychologiques délivrés sous forme de programmes structurés. Le but premier était d'améliorer l'accès à un traitement pour des personnes ne pouvant en bénéficier facilement. Cette préoccupation est depuis longtemps à la base de nombreuses recherches, par exemple sur des manuels d'autotraitement, l'utilisation du téléphone, la télémédecine, de SMS ou de CD-ROM. Les manuels d'autotraitement ont été évalués avec un certain succès depuis le début des années 1990 (Perkins et al., 2006). Ils sont généralement fondés sur la thérapie cognitive et comportementale, qui est reconnue efficace dans ce champ de la psychopathologie et qui, de plus, est facile à formaliser sous forme de techniques que l'on peut apprendre à utiliser par soi-même. À la suite de ces recherches, les manuels d'autotraitement sont à présent recommandés comme traitement de première ligne par le *National Institute for Clinical Excellence* (www.nice.org.uk) pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

Les développements *online* récents incluent l'utilisation de forums, de chats ou de sites web, ainsi que la thérapie par e-mail. Par exemple, des sites web tels que <http://moodgym.anu.edu> (Christensen et al., 2004) pour le traitement de la dépression ou www.fearfighter.com (Kenwright et al., 2001) pour le traitement des attaques de panique et des phobies ont été l'objet de recherches et ont donné des résultats suffisamment prometteurs pour être soutenus par les États australien et anglais.

Utilisation des nouvelles technologies dans les troubles du comportement alimentaire : le projet européen Salut

Grâce à un projet de recherche européen nommé Salut, financé par l'Europe et l'OFES (Office fédéral de l'éducation et de la science) pour la Suisse, Genève a été parmi les pionniers à développer un autotraitement pour la boulimie implémenté sur Internet grâce à une collaboration entre les Hôpitaux Universitaires de Genève et une société privée de technologie de

l'information, NetUnion. Le projet européen Salut, d'une durée de 3 ans, a débuté en 2001. Il incluait la Suisse, la France, l'Espagne, l'Italie et la Suède. Son but était d'appliquer les nouvelles technologies aux troubles du comportement alimentaire. Au début des années 2000, pour la première fois, la technologie rendait possible le transfert d'un manuel d'autotraitements sur le web. Les techniques cognitives et comportementales utilisées dans le programme avaient fait l'objet de nombreuses validations (Chen et al., 2003 ; Wilfley et al., 2002). Cependant, il fallait évaluer l'efficacité de ces techniques transférées sur Internet, et l'acceptation par les patients de ce mode de traitement.

Un guide d'autotraitements pour la boulimie : le *Self-Help Guide*

Le programme d'autotraitements développé à Genève pour la boulimie dans le cadre du projet Salut s'appelle le *Self-Help Guide* (SHG). Il est *online* mais en accès restreint (www2.salut-ed.org). Un pseudonyme et un mot de passe sont nécessaires pour se connecter. Le SHG a été développé en français puis traduit en allemand, suédois, espagnol, hollandais, norvégien et anglais. Il a été évalué en Suisse, en Allemagne, en Espagne et en Suède, et plusieurs études sont encore en cours dans d'autres pays européens. C'est une utilisation que l'on pourrait qualifier de conservatrice qui a été appliquée au cours des études européennes. Les participants ne pouvaient pas rester anonymes et devaient se rendre à l'hôpital qui exploitait le programme pour se soumettre à une évaluation psychologique. C'est après vérification des critères d'inclusion et de leur diagnostic qu'ils obtenaient un mot de passe pour se connecter.

Le SHG contient sept étapes séquentielles, inspirées des techniques utilisées en thérapie cognitive et comportementale (figure 6.1).

Ces étapes sont cumulables, c'est-à-dire que l'on continue de travailler sur les précédentes même en accédant à la suivante. Elles sont séquentielles et bloquées, c'est-à-dire qu'un temps minimal par étape est requis. Chaque étape contient une partie théorique, des exercices et des exemples. Un personnage fictif nommé Sarah a été créé. Sarah est une jeune étudiante qui souffre de boulimie et qui suit elle-même l'autotraitements. Les participants voient ainsi les difficultés qu'elle rencontre. Sarah permet de mettre en évidence l'importance des petits changements que les participants ne relèvent souvent pas d'eux-mêmes, et de relativiser leur seuil d'exigence. Un des exercices principaux du programme, primordial en thérapie cognitive et comportementale, est le carnet alimentaire. Il est introduit dès la deuxième étape et doit être rempli chaque jour tout au long de l'autotraitements. Cet exercice permet aux participants de prendre conscience de leurs comportements pour ensuite y introduire des changements progressifs. Il a fallu l'adapter au format Internet : ainsi, les participants ne doivent pas écrire ce qu'ils mangent en détail, ce qui serait probablement trop angoissant sans l'œil modérateur du thérapeute. Les repas pris ainsi que le nombre de crises

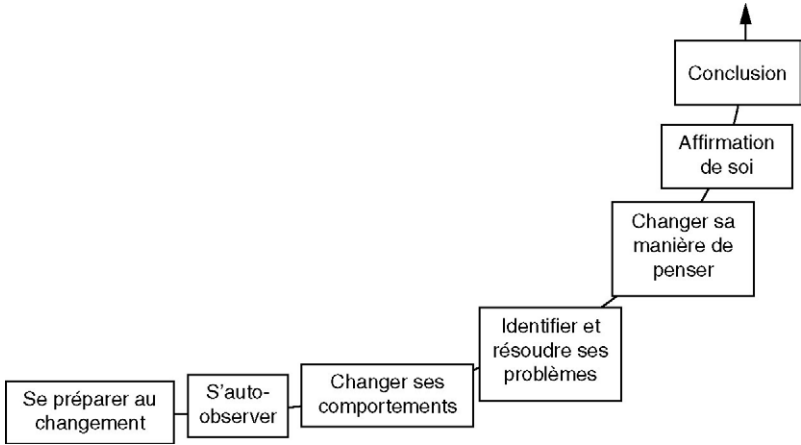


Figure 6.1
Les sept étapes du *Self-Help Guide*.

de boulimie sont enregistrés. L'accent est mis sur les déclencheurs des crises, afin d'apprendre à mieux connaître son fonctionnement. À partir des données enregistrées, des graphiques sont générés automatiquement, illustrant l'évolution et la fréquence des comportements observés.

Avantages et inconvénients d'un programme d'autotraitement sur Internet

Plusieurs avantages peuvent être cités quant aux autotraitements : disponibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, au domicile du patient, idéalement faciles d'accès et d'utilisation, sans liste d'attente et à un coût réduit. Les résultats obtenus augmentent fortement le sentiment d'auto-efficacité du participant, qui peut aller à son rythme dans le traitement. Le web donne de surcroît la possibilité de prendre contact, et même parfois de suivre le traitement, de manière anonyme. Le programme peut fournir des comptes rendus automatiques et personnalisés. Un contact par l'intermédiaire d'un forum ou d'un suivi e-mail peut agir comme soutien motivationnel. À côté de tous ces avantages, il reste qu'il est difficile de suivre un traitement seul, notamment lors des inévitables baisses de motivation. De plus, le face à face avec soi-même peut rendre difficile la compréhension et l'application de certains concepts.

Guidance

Pour soutenir leur motivation, durant tout l'autotraitement, les participants étaient en contact hebdomadaire par e-mail avec un coach, psychologue formé en thérapie cognitive et comportementale et ayant une connaissance

des troubles du comportement alimentaire. Le coach avait accès à tous les exercices remplis par le participant et aux comptes rendus du carnet alimentaire. Ainsi, il pouvait adapter au mieux son suivi par e-mail. Cette guidance permettait de soutenir le participant dans sa démarche, de vérifier sa compréhension du programme et de répondre à ses questions. Il ne s'agissait pas de psychothérapie par e-mail.

Un guide d'autotraitement pour l'hyperphagie boulimique et le surpoids : le STEP

Suite aux résultats des études sur le SHG, une nouvelle version du programme Internet a été développée en français par les Hôpitaux Universitaires de Genève en collaboration avec NetUnion pour le traitement de l'hyperphagie boulimique, dont le financement a été permis grâce au support de la fondation Wilsdorf et en partie de la Commission européenne *via* un projet Marie-Curie. Il s'agit d'une version ajustée et améliorée du SHG, qui cible les pertes de contrôle au niveau alimentaire plus spécifiquement chez les personnes en surpoids. Ce nouveau programme se nomme le STEP (*Self-help Treatment for Eating disorders Program*, www2.salut-ed.org/step).

Études

Cinq centres dans quatre pays ont participé à la première étude européenne sur le SHG : deux centres en Suisse, les Hôpitaux Universitaires de Genève et l'hôpital de Malévoz (Carrard et al., 2006), l'hôpital universitaire de Bellvitge à Barcelone en Espagne (Fernandez-Aranda et al., 2009), le Queen Silvia Children's Hospital à Göteborg en Suède (Nevonen et al., 2006) et la Schön Klinik Roseneck à Prien Am Chiemsee, en Allemagne (Liwowsky et al., 2006). Chaque centre a publié des résultats. Tous ont suivi un protocole commun afin que les données puissent être assemblées et comparées dans une étude globale (Carrard et al., 2010).

Concernant le STEP, deux études ont été effectuées avec ce programme dans les Hôpitaux Universitaires de Genève (Carrard, et al., 2011a,b).

Quelques résultats

De manière générale, voici comment peuvent être résumés les résultats des études européennes sur le SHG pour la boulimie ainsi que des deux études genevoises sur le STEP pour l'hyperphagie boulimique.

Acceptation d'un autotraitement sur Internet

Dans l'ensemble, il n'y a pas eu de difficultés avec le recrutement, quel que soit l'âge de la population, qui variait entre 18 et 70 ans. Le recrutement a eu lieu dans les listes d'attente des institutions, mais également dans la communauté, par le biais d'articles dans les journaux ou sur le web. L'Internet est

passé dans les mœurs et, pour les participants, l'idée de pouvoir s'autotrainer à la maison, indépendamment de contraintes de lieux et d'horaire, représentait un grand avantage. Par ailleurs le nombre d'abandons au cours du traitement, environ 25 % en moyenne, est proche de ce que l'on trouve pour les manuels d'autotraining.

On peut dire qu'Internet a un réel potentiel pour atteindre des personnes qui cherchent un traitement sans savoir où s'adresser. La honte liée aux pathologies alimentaires limite souvent la recherche de soins et l'anonymat du premier contact a permis à de nombreuses personnes de faire le pas. Une prise en charge vue comme plus légère et moins stigmatisante qu'une psychothérapie en face à face facilitait la démarche.

Efficacité des programmes

Concernant l'efficacité des programmes, globalement, les résultats étaient similaires à ceux obtenus avec les manuels d'autotraining fondés sur les mêmes techniques cognitives et comportementales.

Chez les patientes boulimiques, la symptomatologie alimentaire ainsi que la santé psychologique s'étaient améliorées significativement après l'autotraining. De même pour les patientes hyperphages boulimiques, le nombre de crises de boulimie, la symptomatologie autour du trouble alimentaire, la santé psychologique et la dépression s'amélioraient après l'autotraining. La qualité de vie en lien avec le poids ainsi que la satisfaction avec l'image corporelle étaient meilleures après l'autotraining chez les patientes hyperphages boulimiques en surpoids en dépit du fait que leur indice de masse corporelle était resté stable. Ces résultats se maintenaient au suivi, après 2 mois pour les patientes boulimiques, et après 6 mois pour les patientes hyperphages boulimiques.

À qui s'adressent ces programmes d'autotraining sur Internet ?

Les participants qui ont le plus bénéficié du programme étaient ceux avec le moins de comorbidités psychiatriques ou avec une symptomatologie de base moins sévère. Ce mode de traitement a intéressé des personnes tant dans leur premier contact avec la psychothérapie, que d'autres qui voulaient rester en lien avec le réseau de soin après un traitement mais sans obligatoirement voir un thérapeute chaque semaine. Certains participants n'ont pas eu besoin d'un suivi supplémentaire à la fin de l'autotraining. D'autres ont été motivés à entreprendre un travail thérapeutique en face à face alors qu'ils ne l'étaient pas avant l'autotraining. L'idée communément répandue que les autotrainings sont à distribuer en traitement de première ligne peut être vue de manière plus large. L'autotraining sur Internet pourrait être utilisé en tant que traitement de première ligne, mais également comme complément à un traitement en face à face ambulatoire ou lors d'une prise en charge hospitalière, ou comme post-traitement en tant que programme de prévention de la rechute.

Conclusion

L'expérience présentée ici de deux programmes d'autotraitement sur Internet pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique utilisés avec guidance par e-mail est encourageante pour des développements futurs dans le domaine des troubles du comportement alimentaire ou d'autres troubles psychologiques. Internet permet de fournir un traitement à des personnes qui ne pourraient pas en bénéficier faute de lieu, de temps, de coût ou à cause de paramètres liés à leur maladie, comme la honte ou la difficulté à se déplacer.

De nombreux développements sont encore possibles. L'approche qui a été utilisée dans les études de validation du SHG et du STEP était conservatrice. Les patients étaient vus par des psychologues, évalués et suivis par e-mail. Le protocole à suivre était strict pour les besoins de la recherche. Une telle approche ne peut cibler qu'un nombre réduit de patients. À l'autre extrémité de cette position sont évalués des programmes *online* utilisés sans guidance et permettant l'anonymat durant tout le processus. Le nombre d'abandons croît mais, en contrepartie, la dissémination du traitement est plus large. De plus, le coût des programmes avec guidance est plus élevé, tout en permettant néanmoins de suivre plus de patients qu'en face à face. Une version du STEP à utiliser avec une guidance minimale pour les médecins de premier recours est en cours de développement. Si son efficacité est démontrée, ce programme se situera encore plus en amont que les programmes *online* utilisés avec la guidance d'un thérapeute dans le schéma de prise en charge, selon une approche « *stepped care* ». C'est, au final, l'évaluation du rapport coût/efficacité de ces modes de dissémination de traitement qui en déterminera l'utilité et qui décidera de la place de chacun.

Remerciements

Le développement et les recherches menées sur les programmes d'autotraitement ont été permis par des financements de la Commission européenne [Salut-Project, IST 2000-25026 ; *Individually tailored stepped care for women with eating disorders* (INTACT), MRTN-CT-2006-035988], ainsi que par la fondation Wilsdorf.

Références

- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., et al. (2011 a). Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 482-491.
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., et al. (2011 b). Acceptance and efficacy of a guided internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 8-18.
- Carrard, I., Fernandez-Aranda, F., Lam, T., et al. (2010). Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several European countries. *European Eating Disorders Review*, 19, 138-149.
- Carrard, I., Rouget, P., Fernandez-Aranda, F., et al. (2006). Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 101-109.

- Chen, E., Touyz, S.W., Beumont, P.J., et al. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 241-254.
- Christensen, H., Griffiths, K.M., & Jorm, A.F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet : randomised controlled trial. *BMJ*, 328, 265.
- Fernandez-Aranda, F., Nunez, A., Martinez, C., et al. (2009). Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa : a controlled study. *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 37-41.
- Kenwright, M., Liness, S., & Marks, I. (2001). Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic. Feasibility study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 456-459.
- Liwowsky, I., Cebulla, M., & Fichter, M. (2006). [New ways to combat eating disorders-evaluation of an internet-based self-help program in bulimia nervosa]. *MMW Fortschritte der Medizin*, 148, 31-33.
- Nevonen, L., Mark, M., Levin, B., et al. (2006). Evaluation of a new Internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 463-468.
- Perkins, S.J., Murphy, R., Schmidt, U., & Williams, C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004191.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.

Comment co-construire l'objectif avec le patient

Apport des thérapies centrées sur les solutions dans les pathologies addictives

W. Martineau

Les thérapies brèves centrées sur les solutions (TBCS) sont une approche développée au début des années 1980 par Steve de Shazer et Imsoo Kim Berg au centre de thérapie brève de Milwaukee. Influencées par l'approche de Palo Alto qui se centre d'abord sur la définition du problème (le problème n'étant qu'un même type de tentatives de solutions répétées sur différents modes à l'infini), les TBCS s'en écartent pour affirmer qu'on ne connaît un problème que par sa solution. Ce renversement des priorités, véritable bouleversement épistémologique, le centre de thérapie de Milwaukee va le développer avec bonheur jusqu'à créer un modèle thérapeutique essentiellement fondé sur la recherche des ressources de la personne et de son environnement et sur l'anticipation, c'est-à-dire la recherche de ce que veut réellement la personne.

Cette approche solutionniste se rattache au courant post-moderne qui conteste l'idée que le monde puisse être connu et défini. La compréhension globale d'un problème comme celui des conduites addictives étant impossible, le thérapeute est amené à aborder le patient avec prudence et humilité. Dès lors on sort de l'hypothèse causaliste du problème pour laisser toute sa place à la description grâce au langage utilisé ici dans sa signification concrète (celle qui amène une représentation). Le monde se construit dans l'interaction et l'interdépendance ; c'est donc le thérapeute et son patient qui feront la thérapie.

La définition de la réalité est celle d'une culture et est définie par le langage. Le langage n'est pas le simple véhicule de la pensée : il la construit ainsi que les émotions qui l'accompagnent. C'est le langage qui produit l'événement. Les problèmes et solutions sont une construction sociale et se maintiennent par des jeux de langage. Ainsi « être déprimé » n'est pas « se sentir déprimé », et l'on voit bien comment les glissements sémantiques et les recadrages peuvent influencer la conversation thérapeutique jusqu'à modifier la réalité du quotidien. La question centrale est donc

celle de faire un déplacement de la narration du problème vers la narration de la solution. On est amené imperceptiblement à traiter un discours plus qu'à traiter une personne, tellement le langage est l'émanation de l'être et le construit. La thérapie n'est ainsi qu'un jeu de langage pour reprendre une expression chère à Steve de Shazer, lui-même s'appuyant sur la philosophie de Ludwig Wittgenstein (1961).

Cela s'ordonne autour d'une éthique particulière de la thérapie et de la relation. La position du thérapeute implique que le changement est inévitable et que l'avenir est à créer et ne dépend pas forcément du passé. Le patient qui s'adresse à nous veut changer mais ne connaît pas le chemin pour cela. Il a les ressources pour le faire mais celles-ci ne sont pas toujours disponibles ou visibles. À partir d'une position de non-savoir (sur le patient), le thérapeute est amené à créer un contexte de mise en valeur des ressources et compétences du sujet, autant celles du passé que celles d'un avenir à créer.

Le thérapeute va amener le patient par le jeu de questions ouvertes, mais à la puissance implicite très forte, à construire l'objectif qu'il souhaite par un jeu de langage qui crée dans l'espace de la thérapie une réalité intersubjective qui n'aurait pas eu lieu sans elle, source prometteuse de la concrétisation des objectifs du patient.

L'alliance thérapeutique

Le client doit se sentir aidé, supporté. C'est l'encouragement dans ses efforts, la reconnaissance de ses valeurs, de ses compétences et de ce qu'il a déjà réalisé vis-à-vis de son problème plus que la compréhension de ses difficultés qui forge l'alliance au cours de la rencontre. Il s'agit d'abord d'aider le patient à supporter le problème de dépendance avant de vouloir le supprimer. Pendant la séance, le thérapeute va s'attacher à reconnaître les points forts et à les mettre en exergue comme autant d'atouts dont le patient avait oublié qu'il les possédait et qu'ils étaient maîtres.

La question essentielle est de savoir susciter l'espoir. Celui-ci se dégage de la conversation à partir des détails que recherche le thérapeute grâce à un questionnement ouvert, pertinent, curieux, qui montre son intérêt pour la vie et les valeurs du patient en même temps qu'il lui permet de mieux les percevoir et même de se les réapproprier. Autant dire qu'obtenir la coopération du sujet est essentiel. Cela veut dire que la personne participe pleinement au soin, tout d'abord par la concrétisation de ses objectifs qui sont souvent imprécis au départ même si la motivation au changement est grande. Le rôle du thérapeute sera de permettre au demandeur de les définir.

La recherche et la définition de l'objectif

L'objectif doit être défini comme *important pour le demandeur* et donc respecté par le thérapeute, ce qui favorise implicitement l'estime de soi de la personne. Cela signifie qu'il ne correspond pas forcément à l'objectif de l'environnement social ou familial. Maintenant, il ne faut pas confondre

objectif et moyens. La recherche de l'abstinence, par exemple, peut être autant l'un que l'autre au sens qu'elle constitue rarement une fin en soi mais plutôt une manière de vivre la relation au produit (au comportement cible) qui va permettre des ouvertures sur un autre mode de vie, celui justement qu'envisage le patient. Pour cela, il convient qu'il en ait une image la plus précise possible car « l'image est ainsi attachée à la réalité ; elle va jusqu'à atteindre la réalité » (Wittgenstein, 1961). Pour parvenir à ce que cette image devienne une représentation précise et détaillée, le thérapeute s'attachera à poser des questions simples, ouvertes, qui donnent l'opportunité de donner des réponses créatives.

L'objectif est *interactionnel* car l'homme n'est que par ses relations. Les questions s'attacheront à préciser l'importance de l'entourage en se centrant sur l'anticipation des réactions des proches. Si les proches sont présents, il est facile de les interroger sur leurs attentes et sur celles du patient telles qu'ils les imaginent. Dans le modèle TBCS, la prise en compte du contexte familial est naturelle. Même absent, l'entourage est invité à s'exprimer grâce au patient lui-même car le thérapeute va l'interroger sur les attentes de son entourage ou de l'« envoyeur ».

L'objectif est *positif*, c'est-à-dire présence de quelque chose. Il ne s'agit pas d'avoir un objectif sous la forme d'une réponse type : « Il faut que j'arrête de... » L'arrêt du comportement de dépendance, s'il doit avoir lieu, n'est que le moyen de la réalisation de l'objectif du patient. On ne peut avoir de représentation mentale de ce qui n'existe pas. Il faut donc savoir ce que le patient fera s'il cesse son habitude (s'il ne boit plus, si les crises de boulimies ne surviennent plus, s'il cesse de jouer, etc.), c'est-à-dire à quoi il va occuper cet espace de son temps désormais libre.

Il sera *début de quelque chose* plutôt qu'aboutissement. La démarche est celle du démarrage du processus dont on espère, par effet boule de neige, qu'il va prendre de l'ampleur. Autrement dit, l'objectif n'est pas le sommet de la montagne mais le premier camp de base, c'est-à-dire celui qui suit la première étape. L'objectif ainsi limité est atteignable même s'il doit toujours être considéré comme difficile à atteindre pour le patient. Un objectif limité mais atteint est gage de réussite pour la suite et permet au patient d'être gratifié de cette réussite. Les réussites sont autant d'encouragements sur le chemin qui conduit à la réalisation de ce que souhaite le patient.

Dépendant de l'action du patient (et non du hasard des circonstances), l'objectif est défini en termes concrets, c'est-à-dire qu'il sera *comportemental pour être mesurable, quantifiable* (échelles) et repérable dans le temps. Il est lié au contexte de vie habituel du patient, ancré dans son quotidien. Bien sûr, on s'assurera qu'il est *réaliste et réalisable* dans un délai raisonnable, mais il sera présenté comme un *défi pour le patient* afin d'augmenter son ambition de le réaliser et de renforcer, en cas de réalisation, la conscience de ses possibilités.

La définition de l'objectif est donc le résultat des interactions entre le patient et le thérapeute sans jamais avoir été suggéré par ce dernier, car les questions ouvertes précisent ce que veut le patient et ce qui va faire que l'objectif est réalisable.

Une fois que l'on commence à mieux percevoir ce que l'on fera une fois le problème résolu, il est utile de le contextualiser par la recherche d'un lieu de réalisation qui représente un lieu sûr, source d'une sécurité nécessaire à la réalisation de l'objectif tel qu'il sera défini, parfois sous la forme d'une tâche thérapeutique en fin de séance.

Recadrage

Élément essentiel de la thérapie, il permet de défocaliser le patient de son problème pour lui permettre un autre angle de vue. La thérapie solutionniste n'est, en quelque sorte, qu'un permanent recadrage. Le décalage du problème vers l'exception au problème favorise la prise de conscience de ce qui est essentiel pour le patient. Finalement, l'idée est de transformer l'exception en règle générale de vie pour que le problème devienne exception. La rechute dans l'alcool, par exemple, si souvent avouée ou mal cachée par un patient centré sur son échec, est ainsi transformée par Luc Isebaert en « expérience de contrôle » (Isebaert et Cabie, 1997). Cela reste vrai pour n'importe quelle reprise du comportement visé par le changement. De cette expérience, le patient apprend quelque chose sur ses limites mais aussi sur ses compétences. La vie n'est-elle pas un constant apprentissage fait d'expériences différentes, parfois douloureuses, dont aucune ne doit être rejetée, occultée, déniée si l'on veut qu'elle soit utile au développement de la thérapie ?

Moyens

Le moyen principal pour accéder à une concrétisation de l'objectif est bien sûr le questionnement d'anticipation. Steve de Shazer et Insoo Kim Berg en ont fait l'axe principal de la thérapie, en particulier avec l'utilisation de la « *question miracle* » (De Shazer, 1991). Cet outil thérapeutique très subtil permet de sortir le patient du marasme du présent pour l'amener à décrire le futur qu'il souhaite. C'est sur cette description que le thérapeute s'appuiera pour définir les premières tâches destinées à atteindre par étapes la vie que le patient désire vivre, une fois le problème résolu.

Cette question centrale dans l'approche solutionniste se présente sous la forme suivante : « Imaginez... lorsque nous en aurons terminé ici, vous allez rentrer chez vous et dîner, faire les tâches de ménage habituelles, regarder la télévision, et tout autre chose, et ensuite vous allez au lit et vous vous endormez... et pendant que vous dormez... un miracle se produit, et les problèmes qui vous ont amené ici en thérapie ont disparu, juste comme ça !... mais cela est arrivé pendant que vous dormiez, alors vous ne savez pas que cela s'est produit... alors, quand vous vous réveillerez le matin, comment découvrirez-vous que ce miracle a eu lieu ? » (De Shazer, 1985)

Bien posée, par un thérapeute attentif aux réponses du patient, cette question et ses implications peuvent prendre l'espace de la consultation et servir de base aux consultations suivantes. Elle permet de décaler le patient du champ sombre du problème tel qu'il se présente au présent à lui ou à ses

proches. Elle nécessite un savoir-faire pour favoriser la richesse des réponses du patient afin de créer un scénario très visuel du futur qu'il souhaite car le patient peut avoir tendance à éluder, à répondre à côté ou à revenir au problème. Il est nécessaire de s'attacher aux détails car permettre au patient de les décrire, c'est déjà leur donner une chance d'être réalisés. Le questionnement qui suivra sur les exceptions du passé (les « bouts de miracle »), sur les échelles pour évaluer là où se situe le patient par rapport à son idéal, contribuent à concrétiser le miracle dans le présent. Ce dernier n'appartient plus à un futur hypothétique mais existe partiellement dans le passé (les exceptions) et dans le présent. Le plus surprenant sans doute, c'est que les miracles décrits par les patients sont très réalistes et correspondent à un quotidien qu'ils ont connu ou qu'ils pressentent comme possible.

D'autres questions peuvent contribuer à préciser ce que veut le patient, comme celle-ci : « À quoi saurez-vous, dans les jours ou semaines à venir, que cette consultation et le travail que nous sommes en train de faire ensemble auront été utiles ? » Ou celle-ci : « Il y a quelques semaines, tout semblait aller bien [abstinence, usage contrôlé de l'alcool, sérénité du quotidien ou tout autre chose], de quoi auriez-vous eu besoin à ce moment-là pour voir cela se poursuivre ? » Ou bien encore : « Décrivez-moi la dernière fois où vous n'avez pas eu ce problème. Comment-était-ce ? Comment avez-vous fait ? Où étiez-vous ? Qu'est-ce que vous faisiez d'intéressant ? Qui était là ? Qui a remarqué ce jour-là que c'était différent ? Qu'est-ce que cette personne a pu observer ? Qu'est-ce que cela vous fait qu'on puisse observer que vous pouvez être sobre ? »

Toutes ces questions sont suivies d'autres qui permettent de tisser durant la consultation un film d'anticipation sur les besoins du sujet, ses désirs et sur ce qu'il souhaite voir se réaliser dans sa vie. Plus il y aura de détails dans le tableau, plus ce tableau s'approchera d'un futur réaliste et donc réalisable. Le détail obtenu augmente la probabilité de réussite ; c'est pourquoi il est important que le thérapeute insiste, car il doit rester centré sur ce qui compte vraiment pour le patient. La limite de cette approche vient plus d'un thérapeute manquant d'insistance dans son questionnement que d'un patient trop réservé dans ses réponses.

On voit l'importance du questionnement dans le déroulement du processus. Ces questions influencent la construction mais ne fournissent pas le matériau de la construction. Aucune suggestion n'est faite mais l'implicite du questionnement guide le patient vers le futur qu'il souhaite et lui donne ainsi une chance d'avoir les moyens de le réaliser.

Recherche des ressources nécessaires

Le problème amené par le patient est une réalité discontinue et changeante mais la perception du patient est saturée par le problème. Il est difficile d'être « alcoolique », « boulimique », « joueur » en permanence ; il y a forcément des variations au gré du temps. Ces variations créent des différences qui sont autant d'expressions du pouvoir du patient sur les manifestations du problème.

La multiplication des questions sur les ressources et les compétences du patient finit par éclipser l'omniprésence du problème ou l'éternelle recherche des causes qui finissent par être des rationalisations aliénantes. La conversation va s'enrichir de ces exceptions sources de solutions. « Le détail est un signifiant externe », nous dit Wittgenstein (1961). Par ailleurs, les exceptions ou les réussites passées permettent de souligner les valeurs auxquelles est attaché le patient et les qualités qu'il a mises en œuvre pour leur réussite. Parfois, le patient se sent peu responsable de ses réussites passées, qu'il attribue aux autres, aux circonstances ou au traitement. Il est capital qu'il puisse s'attribuer une part de ses succès car, implicitement, c'est le responsabiliser dans la prise en charge des soins en cours. Ainsi le fait-on sortir de la dépendance et de la passivité. C'est en étant acteur du soin que le sujet souffrant de troubles addictifs peut retrouver les moyens de sortir de la perte de choix liée au processus de dépendance.

Évaluation de l'objectif et utilisation d'échelles

Apparemment banale, l'utilisation d'échelles analogiques favorise une concrétisation de l'objectif et des étapes à réaliser. Elle favorise l'observation des différences (comme le rappelle le titre de l'ouvrage de De Shazer, 1991) qui seule objective le chemin à parcourir. Sortir du flou d'un objectif convenu n'est pas chose aisée, surtout avec un sujet souffrant de problèmes de dépendance, car il peut parfois vouloir montrer une bonne image au thérapeute et, le trompant sans le vouloir, finit par se tromper sur lui-même. Sans les échelles la conversation pourrait donner l'impression de tourner en rond, à vide. Les différences objectivées mettent du substrat à la thérapie et permettent d'avancer étape par étape, barreau par barreau, pour voir plus loin à mesure que l'on gravit les échelons.

Les échelles peuvent concerner autre chose que l'assurance de l'abstinence ou de la consommation contrôlée ou de la maîtrise d'un comportement. On peut réaliser des échelles de motivation, d'espoir, de confiance, de progrès, etc. On peut évaluer aussi le 10 après le miracle, le 0 étant le moment de l'entrée dans la thérapie ou le moment jugé le plus difficile pour le patient. Entre 0 et 10 se situent toutes les situations, y compris d'exception, où le patient a été sur un chemin proche de celui qu'il désirait prendre. Dès lors que l'on a pu objectiver à quelle étape concrète correspondait les graduations de l'échelle, on peut s'approcher d'un objectif tel qu'il a été défini plus haut : petit, concret, objectivable, réaliste, comportemental, interactionnel, etc.

Prescription thérapeutique

Elle conclut le plus souvent la séance thérapeutique et est introduite par une sorte de résumé qui relève les points forts de la personne. Cette prescription n'est pas anticipée et dépend du déroulement de la séance. Elle peut avoir lieu après une pause de quelques minutes qui permet à chacun

de rassembler ses idées et favorise l'attention du patient sur la conclusion de séance. Il sera demandé au patient de réaliser une expérience d'ordre comportemental assorti d'une observation des conséquences, singulièrement relationnelles, du changement de comportement opéré. Souvent, cette proposition se fait après un compliment au patient sur ses qualités ou sa collaboration pendant la séance, encouragement destiné à accrocher la prescription et augmenter ainsi les chances qu'elle soit réalisée. Elle prend la forme d'une expérience destinée à recadrer les croyances du patient.

Bien sûr l'expérience proposée découle de la teneur de l'entretien. Elle possède un lien direct avec les ressources mises en exergue dans le questionnement thérapeutique et que le patient a pu s'approprier. Elle pourra faire l'objet d'un bilan à la séance suivante sur les enseignements à tirer de ce qui s'est réalisé au décours du changement opéré.

Le centre de la thérapie devient moins ce qui se passe en séance que ce qui se réalise sur le terrain. Ainsi la prescription devient-elle paradoxalement le moyen de redonner le pouvoir au patient dans la réalisation du changement qu'il souhaite opérer. L'ouverture des choix devient donc l'idée centrale dans les pathologies de dépendance.

Références

- De Shazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York : Norton. Traduction française : *Clés et solutions en thérapie brève*, Bruxelles : Satas ; 1999.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York : Norton. Traduction française : *Différence*, Bruxelles : Satas ; 1996.
- Iserbaert, L., & Cabie, M. C. (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Toulouse : Eres.
- Wittgenstein, L. (1961). *Tractatus logico-philosophicus. Investigations philosophiques*. Paris : Gallimard, collection « Tel ».

Pour en savoir plus

- Berg, I.K., & Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker*. New York : Norton. Traduction française : *Alcool, une approche centrée sur la solution*. Bruxelles : Satas ; 1998.
- De Jong, P., & Berg, I.K. (1998). *Interwievig for solutions*. Brooke. Traduction française : De l'entretien à la solution. Bruxelles : Satas ; 2002.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York : Norton. Traduction française : *Les mots étaient à l'origine magiques*, Bruxelles : Satas ; 1999.
- De Shazer, S. (1995). D'ici à là, vers on ne sait où ; l'évolution continue de la thérapie brève. In Mony Elkaïm (Ed), *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Le Seuil.
- O'Hanlon, W.H., & Beadle, S. (1994). *A field guide to possibility land*. Omaha : Possibilities Press. Réédition : Norton ; 1999. Traduction française : *Le guide du thérapeute au pays du possible*, Bruxelles : Satas.
- O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1991). *In search of solutions, a new direction in psychotherapy*. New York : Norton. Traduction française : *L'orientation vers les solutions*, Bruxelles : Satas ; 1995.
- Vallée, A., & Servillat, T. (2009). Éléments de thérapie solutionniste. In A. Deneux, F.X. Poudat, T. Servillat, & J.L. Venisse (Eds), *Psychothérapies ; approche plurielle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Approche multifamiliale dans l'anorexie mentale et la boulimie de l'adolescent

Y. Simon

La thérapie multifamiliale (TMF) consiste à rassembler dans un contexte thérapeutique plusieurs familles autour d'une pathologie psychiatrique ou somatique. Elle constitue un outil thérapeutique développé depuis près de 50 ans relevant de théories et pratiques issues de contextes cliniques et culturels très différents.

La thérapie multifamiliale s'appuie sur quelques objectifs : expérimenter un soutien intra- et interfamilial ; étudier, sous tous les aspects, les situations à risque dans le groupe ; apprendre de chacun et enseigner à chacun ; exposer les familles aux situations de la vie réelle et améliorer les relations avec les professionnels de la santé. Les familles acquièrent un statut d'experts en observant et commentant les comportements des autres familles, aussi bien les familles efficaces que celles qui ont plus de difficultés dans la résolution des problèmes. Les familles représentent une ressource pour les autres familles afin qu'elles s'engagent dans de nouvelles attitudes et des comportements favorables à la vie familiale et à l'adaptation puis à la guérison de la maladie.

Trouble alimentaire et famille

Plusieurs études ont montré l'impact du trouble alimentaire sur les familles ainsi que la similarité des expériences décrites au sujet de la vie avec un(e) adolescent(e) souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie : « Le trouble prend le pouvoir sur tous les aspects de la vie... On pensait qu'on n'avait plus le droit d'avoir le plaisir de la regarder vivre... Nous avons l'impression que le temps s'est arrêté... »

Les processus d'organisation autour du trouble conduisent à la perte de la notion d'organisation. Jour après jour, la prise de décision entre parents devient de plus en plus difficile, l'anorexie devient le principe central de l'organisation de la vie de la famille et les symptômes acquièrent un rôle central focalisant chacun sur le présent et réduisant les modèles d'interactions disponibles dans la famille. C'est ainsi que l'on observe souvent l'amplification de certains aspects de la famille et la diminution de ses capacités d'adaptation.

Comprendre comment les familles se réorganisent autour du problème semble plus important que de savoir comment le problème s'est développé. La manière dont la famille fonctionne depuis le développement du trouble peut participer au maintien du problème et limiter ses capacités à utiliser des ressources et des mécanismes adaptatifs aidant à surmonter le problème. La culpabilité des parents est à l'origine du doute : « La culpabilité est le plus difficile à gérer parce que nous ne savons pas ce qui a causé l'anorexie... Ne pas savoir ce que j'ai fait pour que cela arrive est très difficile à vivre... Comment se sent une mère dans une telle situation ? Elle se sent inutile, mauvaise, stupide, coupable... » Au doute fait suite le sentiment d'inefficacité et d'impuissance des parents : « J'essaie de faire ce que je pense être bien sur le moment, mais cela semble toujours si mauvais... Rien que vous dites ou faites ne fait la différence... » L'implication émotionnelle des parents est de plus en plus forte : « On doit lui donner de plus en plus de temps et d'énergie. » La frustration de l'échec peut entraîner de la surprotection, de la colère, des attitudes de rejet et des critiques à l'égard de l'adolescent ainsi que des conflits entre les parents. Or, les critiques exacerbent les symptômes, sont une des causes d'abandon du traitement et ont un impact négatif sur ses résultats.

La thérapie multifamiliale dans les troubles alimentaires

C'est sur la base des connaissances de l'impact du trouble alimentaire sur les familles que l'abord multifamilial dans l'anorexie mentale a été développé de façon structurée et intensive au Maudsley Institut à Londres par Eisler et Dare. Des expériences similaires ont été mises en place non seulement en Grande-Bretagne, mais aussi en Allemagne, en France, aux Pays-Bas, en Belgique et dans les pays scandinaves. Un des buts de la TMF de l'anorexie mentale et de la boulimie chez l'adolescent est l'implication active des parents dans le traitement. La TMF doit leur permettre de prendre la responsabilité de la gestion des caractéristiques spécifiques de la maladie de leur enfant, un des bénéfices attendus étant d'augmenter l'engagement des parents, de les amener à surmonter l'isolement et la stigmatisation, de comparer leurs expériences, de passer de l'impuissance à l'efficacité et de leur redonner l'espoir de guérison.

À Dresden, entre 1998 et 2004, dans un échantillon de 30 familles de jeunes adolescents ayant été hospitalisés pour anorexie mentale et ayant suivi une thérapie multifamiliale, 60 % des parents considéraient les TMF comme très satisfaisantes, 40 % des patients les considéraient comme satisfaisantes, et 40 % des patients les considéraient comme insatisfaisantes ; 7 % des patients ne se prononçaient pas, mais 89 % des enfants et 100 % des parents trouvaient l'hospitalisation non satisfaisante ou pas tout à fait satisfaisante. Les TMF représentent 25 % du coût moyen d'une hospitalisation.

Expérimentation d'un groupe multifamilial

Dans le cadre d'un projet pilote de traitement de l'anorexie mentale et de la boulimie, alternatif à l'hospitalisation et financé par le ministère de la Santé publique en Belgique, nous expérimentons, depuis 5 ans, un modèle reposant sur les *postulats* de base suivants : les parents sont compétents ; le thérapeute se centre sur les relations interpersonnelles, intrafamiliales et interfamiliales ; et la durée de la thérapie est d'une année.

Quelques *principes* dérivés de ces postulats persistent durant toute la thérapie et sont garants de sa cohérence et du processus thérapeutique : (i) la thérapie, consistant en 21 journées réparties sur un an sous forme de 12 sessions, commence par une session de 5 journées consécutives et le nombre de jours par session diminue au cours de l'année ; (ii) la famille s'engage à être présente tout au long de la thérapie ; (iii) les parents sont responsables de la prise de poids et de la normalisation du comportement alimentaire de leur adolescent ; (iv) les parents sont garants de la mise en place d'un environnement familial stable et sécurisant ; (v) l'adolescent possède aussi ses propres ressources et est capable de les activer : c'est ainsi qu'il est encouragé à exprimer ses points de vue et n'est pas privé de ses activités avec ses pairs ; (vi) l'équipe thérapeutique veille à maintenir la cohésion du groupe et le respect du cadre thérapeutique ; (vii) le groupe est solidaire et coopère à l'évolution de chacun de ses membres.

Diverses *techniques* sont appliquées : la psycho-éducation ; la mise en pratique de techniques comportementales d'activation des compétences parentales ou encore les techniques utilisant les contingences naturelles de la vie familiale afin de contourner les tentatives de changement direct fondées sur des règles visant la suppression des comportements négatifs ; des discussions, sous la forme de groupes conjoints parents-adolescents ou de groupes disjoints, favorisant la réflexion, le partage, le soutien, l'échange d'informations et la résolution de conflits. La présence aux journées complètes est parfois vécue comme longue et difficile d'un point de vue émotionnel et nécessite des activités de « détente », surtout pour les journées consécutives.

La psycho-éducation est un outil essentiel de la thérapie multifamiliale ; elle concerne : les troubles alimentaires ; leurs complications ; la nutrition ; les facteurs de maintien du trouble alimentaire ; le processus adolescente ; la communication ; l'exercice des compétences parentales.

La TMF est divisée en trois phases.

- La *première phase* de traitement est orientée sur les symptômes. Le principal objectif est de soutenir les parents dans la gestion des problèmes alimentaires spécifiques de l'adolescent. Les parents sont encouragés à être consistants et persistants, s'assurant que leur adolescent adhère à un schéma alimentaire convenu de quatre repas par jour pris dans une ambiance agréable, stable et sécurisante ; les parents présentent une quantité d'aliments suffisante afin d'autoriser un gain de poids ou le maintien de celui-ci. Dans le cadre de la TMF, le groupe favorise la prise de connaissance, le développement

du soutien mutuel, la solidarité et le partage d'expériences. Les rôles de chacun dans les sous-systèmes respectifs de la famille sont renforcés. Les thérapeutes observent la structure et les processus familiaux. Des groupes portent sur les questions relationnelles intrafamiliales, mais aussi interfamiliales, et se focalisent sur les questions de hiérarchie familiale, de coalitions, de problèmes de communication, d'implication émotionnelle inappropriée et de gestion de conflit en relation avec le maintien des comportements alimentaires problématiques ou d'autres symptômes de la maladie. Les groupes disjoints avec les adolescents sont essentiellement des activités de détente décentrées de l'alimentaire ou portent sur la prise de conscience de la maladie.

- La *deuxième phase* est centrée sur l'organisation et le fonctionnement de la famille. Cette phase permet de revoir les problèmes familiaux post-posés jusqu'à maintenant. Lorsque le jeune a atteint un poids normal, les parents supervisent l'alimentation. L'adolescent commence à se servir lui-même aux repas familiaux. Les groupes disjoints avec les adolescents sont essentiellement des activités de détente centrées sur le développement personnel, notamment en relation avec l'expérience corporelle ou portant sur la prise de responsabilité dans la gestion de comportements alimentaires problématiques.

- Durant la *troisième phase* sont abordés la construction de la personnalité du jeune, son autonomie personnelle et ses projets de vie. L'autonomie émotionnelle de l'adolescent à l'égard des parents et réciproquement, l'établissement de liens en dehors de la famille, et l'exercice de la liberté et de la responsabilité du jeune sont au cœur des thèmes des groupes conjoints et disjoints. Cette phase permet également aux parents de reconnaître leurs besoins dans leur vie personnelle et/ou de couple. L'investissement à l'égard de leur enfant peut les avoir détournés de la résolution d'une insatisfaction conjugale qui, lorsque l'adolescent va mieux, peut être réactivée.

Durant la TMF, les thérapeutes sont particulièrement attentifs aux facteurs d'échec de la procédure thérapeutique et de l'exercice des compétences parentales que sont les absences, les retards, l'aggravation de la santé physique de l'adolescent, la détérioration de la santé psychologique de l'adolescent ou de ses parents, les conflits conjugaux, des interventions extérieures familiales ou professionnelles en désaccord avec les postulats et les principes de la thérapie. Des interventions d'intersessions sont parfois nécessaires.

Les thérapeutes doivent à tout instant et durant l'ensemble de la thérapie garantir une cohésion de groupe ; c'est ainsi que des activités spécifiques sont proposées de temps à autres au cours de la thérapie afin de favoriser un climat qui permette de maintenir chacun dans des conditions psychologiques optimales.

Observations

La mise en place de la procédure et du processus de la TMF nécessite de travailler sur une alliance parentale forte, une diminution de l'expression élevée des critiques et des réactions émotionnelles négatives, le respect des

sous-groupes parents-fratrie, et le maintien du processus développemental de l'adolescent.

Faire alliance contre la maladie implique d'emblée, pour les parents, de parler d'une seule voix, c'est-à-dire de prendre le temps, malgré des points de vue différents, de s'accorder sur la manière de se comporter avec leur adolescent. Ils doivent veiller à ne pas être critiques l'un envers l'autre, devant leurs enfants. L'objectif est de leur permettre de prendre du recul sur le passé, les différends conjugaux et sur les causes supposées de la maladie. Les parents doivent ensemble se répartir les tâches et réfléchir aux décisions à prendre. Être en alliance favorise le maintien d'une attitude persistante sur une longue durée. Si un des parents flanche, le relais pourra être assuré par le conjoint. Lorsqu'un parent élève seul son enfant, il ne peut tout assumer et doit rechercher de l'aide et du soutien auprès d'une personne de son entourage ou d'un thérapeute.

S'abstenir de critiques à l'égard de l'adolescent, l'encourager et faire passer des messages d'espoir impliquent pour les parents de comprendre que lorsqu'ils critiquent leur adolescent, ils ne font que renforcer son sentiment d'inefficacité, déjà fortement ancré, et accentuer sa détresse. Leurs encouragements et leurs messages d'espoir peuvent, en revanche, lui donner la force de se battre. Les parents apprennent à comprendre le jeune le mieux possible et à s'adresser à la partie « saine », celle qui veut guérir en essayer de dialoguer avec elle, plutôt qu'avec l'anorexie ou la boulimie, tout en renouant un dialogue plaisant. Les attitudes parentales négatives seront systématiquement identifiées et travaillées en début de prise en charge.

Il est parfois difficile, pour les parents, d'accepter que, dans une relation d'aide, il soit indispensable de ne pas s'encombrer de l'anxiété ou des caprices de celle ou celui que l'on veut aider si l'on veut rester présent à ses côtés. Face aux sollicitations et aux demandes de leur adolescent, les parents apprennent à résister à la tentation de répondre ou d'agir immédiatement, afin de soulager sa détresse ou la leur. Ils privilégient l'écoute. Même si l'écoute nécessite un certain apprentissage, il s'agit d'une dimension essentielle de l'engagement. Cela permet aussi d'accepter que le temps, parfois, s'arrête et que, temporairement, on ne puisse rien attendre en retour des efforts que l'on fait. Tout espoir d'un retour rapide à la normale, d'un déclic soudain, doit être abandonné. Il est important qu'ils se préparent à une longue route semée d'embûches, afin de limiter leurs déceptions et leurs frustrations. Le processus de guérison nécessite une prise de conscience, tant du jeune que de ses parents, des habitudes qu'il va falloir changer. L'adolescent ne reconnaît sa maladie que très progressivement et à la condition que l'environnement soit stable et sécurisant. C'est aussi dans ce contexte que les parents et l'adolescent peuvent activer leurs ressources personnelles pour adopter progressivement de nouveaux comportements favorables à la santé et au bien-être.

Souvent, les parents ne comprennent pas pourquoi il leur est temporairement impossible de faire manger leur enfant. Ils se sentent impuissants et remettent en question leurs compétences parentales. Aider les parents à adopter progressivement des attitudes, des comportements et une organisation

de la vie quotidienne qui font échec à la maladie et qui témoignent de leur engagement aux côtés de leur enfant ne signifie pas qu'ils « faisaient mal auparavant ». Face aux comportements incompréhensibles de l'anorexie mentale et de la boulimie, ils vont devoir faire des choses inhabituelles, qui ne leur ont pas été enseignées, et acquérir la conviction qu'il n'y a pas d'autre solution.

Durant la TMF, les parents identifient les ressources qu'ils peuvent mettre en œuvre pour surmonter les facteurs de maintien parentaux ou familiaux qui organisent ou pérennisent le trouble alimentaire et aborder le plus sereinement possible l'exercice de leurs compétences parentales. Les parents apprennent à faire face et écouter les sensations, les pensées, les sentiments exprimés par leur adolescent et notamment durant les attitudes de protestation ou de détresse.

Dès le début de la thérapie, nous impliquons d'emblée les familles dans les décisions importantes en leur permettant de comprendre les différentes étapes du traitement et les objectifs du programme thérapeutique. Les parents sont non seulement considérés comme des partenaires, mais aussi progressivement comme des cothérapeutes dès qu'ils surmontent les sentiments d'inquiétude, de culpabilité, d'impuissance ou d'incompréhension face à la maladie. Le couple parental met en œuvre les mesures nécessaires pour obtenir que l'adolescent se réalimente progressivement, renégocie un nouveau mode de fonctionnement familial et prépare la fin du traitement quand le poids fixé est atteint.

Au début de la TMF, les parents appliquent les propositions, sans en ressentir profondément l'utilité. Progressivement, en agissant et observant l'impact à long terme de leurs efforts, en échangeant avec d'autres parents et d'autres jeunes, ils apprennent à parler juste, non parce que c'est proposé par le thérapeute, mais parce que l'expérience augmente leur confiance dans les attitudes qu'ils développent. Ils prennent conscience que passer le relais aux thérapeutes peut être un piège qui fait échec à l'exercice de leurs compétences parentales. Cette prise de conscience peut prendre plusieurs semaines à plusieurs mois dans le décours de la TMF.

Généralement, les parents et les adolescents n'ont pas trop de difficultés à se libérer de leurs obligations professionnelles/scolaires. Un groupe fermé facilite l'expression et favorise la cohésion et le soutien. L'alternance de groupes conjoints et disjoints permet d'aborder des thèmes plus ciblés. Les familles apprécient les groupes à visée psycho-éducative (non sous forme exclusive d'exposé théorique) qui permettent aux jeunes et à leurs parents un échange d'informations et proposent des pistes concrètes. Sont également appréciés les groupes interactifs où le thérapeute intervient « à distance » et est simplement garant de la cohésion de groupe, identifiant les obstacles à la thérapie ou à l'exercice des compétences parentales. La motivation à venir à la thérapie varie en fonction des résultats obtenus entre les sessions thérapeutiques.

La TMF permet de prendre en charge des patients et leurs familles qui résident loin d'un centre thérapeutique, parfois à plus de 200km, qui

logent parfois à l'hôtel durant une session de plusieurs jours. La TMF semble convenir aux plus jeunes dont les motivations sont moins importantes et particulièrement aux adolescents de moins de 17 ans, âge auquel l'exercice des compétences parentales est plus facile. Cette thérapie nécessite une motivation forte des parents qui en fait reste intacte, voire se renforce, durant l'année de traitement. Sur 78 familles, 18 patients ont été hospitalisés au cours de la thérapie dont 5 patients à deux reprises et 6 ont arrêté la thérapie.

Conclusion

La TMF de l'anorexie mentale et de la boulimie de l'adolescent dont le but majeur est de permettre aux parents de prendre la responsabilité de la gestion des caractéristiques spécifiques de la maladie de leur enfant et d'activer les ressources adaptatives familiales semble promise à un bel avenir. En postulant que les parents sont les plus compétents pour soigner leur enfant et que la « charge » du changement leur revient, ils sont à même d'amener leur adolescent à activer ses ressources, et à acquérir la capacité de diriger sa vie et surmonter la maladie. Cela ne signifie pas que la charge du changement repose entièrement sur les parents, car ceux-ci sont limités dans leurs actions et les adolescents ne doivent pas être privés de l'acquisition de leur liberté et de leurs responsabilités. La thérapie multifamiliale a tout son sens, car elle offre un partage d'expériences, mais aussi un soutien important qui favorise l'activation de comportements normatifs et d'attitudes nécessaires au processus de guérison. En effet, par l'observation des attitudes et comportements des autres familles, par l'échange d'opinions concernant certaines situations, par la reconnaissance de soi en chacun et plus encore par le désir de se conformer aux valeurs et décisions du groupe, la TMF permet une remise en question et l'adoption de nouveaux comportements visant à une meilleure aide pour le jeune.

La TMF apporte un cadre où un panel d'émotions peut y être librement exprimé, y compris la colère et l'opposition, mais sans critique et avec un niveau d'expression contrôlé. Un éventail de difficultés peut y être abordé de façon pragmatique. L'attention de l'équipe thérapeutique n'est pas uniquement focalisée sur le patient. Cela suscite un sentiment de soulagement et une diminution de l'angoisse et de la culpabilité chez celui-ci et différencie fortement le cadre des TMF du cadre des entretiens individuels ou unifamiliaux, souvent vécus comme générateurs d'angoisses et de confusions. Le maintien du jeune dans son cadre de vie habituel permet la poursuite d'une vie normale dans son contexte développemental, c'est-à-dire familial, scolaire et social, et évite les désagréments, voire les effets délétères, d'une hospitalisation, surtout si celle-ci est liée à une absence de ressource thérapeutique.

La TMF est une alternative au traitement hospitalier et nécessite encore de plus amples évaluations quant à son efficacité et ses modalités.

Pour en savoir plus

- Asen, E., & Scholz, M. (2010). *Multi family therapy : concepts and techniques*. London : Routledge.
- Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (2001). *Multiple family therapy : the Marlborough Model and its wider applications*. London : Karnac.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator to life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Colahan, M., & Robinson, P.H. (2002). Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 24, 17-30.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., et al. (1989). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26, 223-245.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée*. Paris : Dunod.
- Cook-Darzens, S. (2007). *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*. Toulouse : Érès.
- Dare, C., & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 4-18.
- Depestele, L., & Vandereycken, W. (2009). Families around the table : experiences with a multi-family approach in the treatment of eating-disordered adolescents. *International Journal of Child Health and Adolescent Health*, 2, 255-261.
- Eisler, I., Lock, J., & Le Grange, D. (2010). Family-based treatments for adolescents with anorexia nervosa : single-family and multifamily approaches. In Grilo, Mitchell (Eds), *The Treatment of eating disorders : a clinical handbook*. New York : Guilford Press.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.
- Gonzales, S., Steinglass, P., & Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place : discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process*, 28, 69-87.
- Gosling, P. (1996). *Psychologie sociale. L'individu et le groupe*. Paris : Bréal.
- Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., et al. (2008). The needs of carers of patients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16, 21-29.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008a). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report : an examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 37-46.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008b). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa : modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 233-242.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2009). Academy for eating disorders position paper : the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1-5.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Laval : Presses Universitaires de Laval.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. New York : The Guilford Press.
- Mucchielli, R. (2006). *La dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. Thiron : ESF Éditeur.
- Picard, L., Claes, M., Melançon, C., & Miranda, D. (2007). Qualité des liens affectifs parentaux perçus et détresse psychologique à l'adolescence. *Enfance*, 59, 371-392.
- Quiles Marcos, Y., Weinman, J., Terol Cantero, M., & Beléndez Vázquez, M. (2009). The dissimilarity between patients' and relatives' perception of eating disorders and its relation to patient adjustment. *Journal of Health Psychology*, 14, 306-312.

- Reay-Young, R. (2001). Support groups for relatives of people living with a serious mental illness : an overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 5, 147-168.
- Rolland, J. (1987). Chronic and illness & the life-cycle : a conceptual framework. *Family Process*, 26, 203-221.
- Santonastaso, P., Saccon, D., & Favaro, A. (1997). Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 1, 44-48.
- Scholz, M., Rix, M., Hegelwald, K., & Gantchev, K. (2002). Treatment manual for multi-family therapy with anorexia nervosa. *Technical University of Dresden*, 40.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., et al. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa : concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27, 132-141.
- Simon, Y., Javaux, N., Fuso, S., et al. (2010). Le traitement de jour pour les troubles alimentaires (anorexie mentale, boulimie). Projet pilote SFP Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Service des soins de santé psychosociaux. Cellule des soins de santé mentale. *CTTA, Le Domaine-ULB*, 70.
- Simon, Y., & Simon-Baïssas, I. (2009). *Guide pour les jeunes frères et sœurs*. Bruxelles : Fonds Houtman (ONE).
- Simon, Y., & Simon-Baïssas, I. (2009). *Comment aider votre fille à sortir de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob.
- Simon, Y., & Simon-Baïssas, I. (2009). *Guide pour les parents*. Bruxelles : Fonds Houtman (ONE).
- Simon-Baïssas, I., & Simon, Y. (2009). *Groupe psychoéducatif multifamilial « Parents-Fratrie » dans l'anorexie et la boulimie du jeune*. Bruxelles : Fonds Houtman (ONE).
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems and Health*, 16, 55-70.
- Szmukler, G.I., Eisler, I., Russell, G.F., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.

III

À propos de quelques addictions comportementales

A

Du côté des jeux
de hasard et d'argent

9 Recherche relative au jeu excessif en Suisse : quelles priorités ?

O. Simon, M. Waelchli

La Suisse ne fait pas exception dans le contexte européen d'expansion du marché des jeux de hasard et d'argent (JHA). Le produit brut des jeux y a plus que quadruplé ces 15 dernières années (Al Kurdi et Savary, 2005). En 2009, cela représentait une dépense nette consacrée aux jeux d'argent par habitant de l'ordre de 364 francs suisses (Office fédéral de la justice, 2010) (en France, pour l'année 2008, la mise annuelle par habitant était de 143 euros (Trucy, 2010)). Deux changements législatifs majeurs ont accompagné cette évolution. En premier lieu, une nouvelle loi fédérale autorise depuis 1998 l'exploitation de casinos (LMJ, 1998 ; OLMJ, 2000), selon un régime d'octroi de licences. Dans ce cadre sont notamment comprises la détection précoce des joueurs à risques, avec obligation de collaborer avec des centres de prévention des dépendances, et la prohibition de l'exploitation de casinos *online*. En second lieu, la législation consacrant le monopole d'État des loteries et paris a fait l'objet d'une mise à jour en 2006, sous la forme d'un concordat intercantonal prévoyant l'affectation de 0,5 % du revenu brut des jeux de loterie à la prévention du jeu excessif.

Ces dispositions législatives spécifiques ont permis l'émergence d'un dispositif spécialisé d'aide et de prévention depuis le début des années 2000, en marge notamment des centres hospitaliers universitaires de Bâle, Genève et Lausanne. Depuis 2008, il existe en outre en Suisse romande un programme intercantonal de prévention mettant en commun différentes ressources dont un numéro vert destiné aux joueurs et à leur entourage, accessible 24 heures sur 24.

La recherche dans le champ des addictions en Suisse s'est développée de manière très hétérogène. Un travail de recensement des publications suisses pour la période 2002-2007, réalisé par le conseil scientifique de la Société suisse de médecine de l'addiction, a montré que sur 571 publications indexées et analysées, 47 % concernaient les drogues illégales, 22,7 % l'alcool, 15,7 % le tabac, 7 % le cannabis et seulement 0,6 % les jeux d'argent.

La présente contribution a pour objet de présenter l'effort de recherche biomédicale et interdisciplinaire consacré au jeu excessif en Suisse, en se fondant sur une revue de la littérature ainsi que sur les projets financés

portés à la connaissance des sociétés nationales ou régionales d'intervenants en dépendances.

Éléments de méthode

Via le moteur de recherche Ovid, nous avons recherché les articles publiés à partir de 2000 avec les mots clés « jeu pathologique », « joueur » et « Suisse ». La même démarche a été effectuée avec les mots clés traduits en anglais. En examinant de plus près les articles concernant le jeu excessif se rapportant à des travaux de recherche originaux, nous avons pu retenir 26 travaux en tout, que nous avons répartis dans les catégories d'étude principales suivantes : épidémiologie (10 publications), coûts sociaux (2), déterminants neurobiologiques (2), évaluation des actions de prévention (1), addictivité comparée de l'offre (1).

Études épidémiologiques

Deux enquêtes nationales ont été publiées en 2000 et 2008 par les Hôpitaux universitaires de Genève. D'après les résultats avancés par la première étude (Bondolfi et al., 2000), les joueurs pathologiques sont estimés à 0,8 % et les joueurs problématiques à 2,2 % de la population adulte suisse (enquête réalisée au moyen du *South Oaks Gambling Screen – SOGS* –, Lesieur et Blum, 1987). En 2008, ces chercheurs ont publié une nouvelle enquête, en suivant la même méthode (Bondolfi et al., 2008), avec une prévalence *lifetime* du jeu pathologique et problématique observée respectivement de 1,1 % et 2,2 %. Ils ont conclu sur la base des résultats de ces deux études que le nouveau cadre légal et l'ouverture consécutive de plusieurs casinos n'ont pas modifié la prévalence des troubles liés aux jeux.

Par ailleurs, trois enquêtes régionales ont été effectuées au Tessin (Molo Bettelini et al., 2000), en Suisse alémanique (Brodbeck et al., 2008) et en Suisse romande (Arnaud et al., 2009). L'enquête romande a en outre investigué les perceptions relatives au jeu excessif dans l'échantillon de population générale : plus d'une personne sur cinq (22,8 %) affirme connaître un joueur problématique. Concernant les représentations sociales liées à la figure du joueur, la même étude montre que le joueur problématique est plutôt perçu comme étant une victime de sa dépendance au jeu, les caractéristiques structurelles du jeu étant perçues comme davantage déterminantes que les caractéristiques liées à la personnalité du joueur.

Enfin, trois études (Künzi et al., 2004 ; CFMJ, 2009 ; Arnaud et al., 2009) ont effectué des analyses secondaires du monitoring national relatif à la santé, lequel est réalisé tous les 5 ans sur environ dix mille sujets, et comporte quelques questions relatives aux habitudes de jeu.

On retient de l'ensemble de ces travaux que les prévalences observées apparaissent dans la moyenne des résultats rapportés par les études internationales (Stucki et Rihs-Middel, 2007).

Du fait des faibles tailles d'échantillon, il n'est pas possible de disposer de données fiables relatives aux différents groupes à risque et à la comorbidité. Les observations réalisées permettent d'établir que seulement environ 2 % des patients présentant un diagnostic consultent (Künzi et al., 2004 ; Bondolfi et al., 2000, 2008). Dans les populations consultantes, la comorbidité psychiatrique apparaît très élevée. Ainsi, parmi les patients traités au Centre du jeu excessif pendant la période 2006-2009 (n=116), des scores positifs de Hamilton dépression et Hamilton anxiété ont été observés à l'admission chez respectivement 28,6 % et 50 % des joueurs demandeurs de soins ; la suicidalité présente ou passée était retrouvée chez 21,4 % d'entre eux (Centre du jeu and excessif, 2008; Centre du jeu excessif, 2008).

Deux projets investiguant la prévalence ont été retenus récemment pour un financement, *via* le dispositif intercantonal suisse romand. L'un est relatif à la prévalence des comportements liés aux jeux d'argent et aux jeux d'écran chez les jeunes (Groupement de recherche sur la santé des adolescents, centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne), et l'autre concerne la prévalence des troubles liés aux jeux d'argent *online* (Institut für Gesundheits und Suchtforschung, Zürich).

Coûts sociaux

En Suisse, 4,7 % des cas d'endettement seraient liés à la dépendance au jeu¹.

Les investigations préliminaires des coûts sociaux relatifs aux comportements de jeu excessif ont permis de mettre en évidence plusieurs éléments. Dans leur rapport, réalisé sur mandat de l'autorité de régulation des casinos (Künzi et al., 2004), les auteurs estiment que les joueurs consultant des lieux d'aide présentaient un endettement médian de 40 000 francs suisses. Une seconde investigation, réalisée 5 ans après par le même mandataire (Künzi et al., 2009), a estimé que les coûts sociaux quantifiables se chiffraient à quelque 69,7 millions de francs suisses par an au total, en se fondant notamment sur une petite cohorte de joueurs exclus des jeux de casino (n=167). Selon la même source, la dépense moyenne des 12 mois précédents l'enquête s'élevait à 24 700 francs suisses pour les joueurs problématiques et à 75 000 francs suisses pour les joueurs pathologiques. Vingt-huit pour cent des joueurs pathologiques ont déclaré être endettés. Le montant moyen des dettes observées était de 3 900 francs suisses pour les joueurs problématiques et de 27 600 francs suisses pour les joueurs pathologiques. Ces données sont cependant fortement limitées par le biais de recrutement de la population analysée et l'absence de prise en considération des coûts indirects du jeu excessif.

Pour compléter ces données, deux projets de recherche sont programmés pour la période 2010-2011 par l'Institut de recherches économiques de l'université de Neuchâtel (IRENE), en collaboration avec le Centre du

1 Données de l'association Dettes Conseil Suisse, selon laquelle 4,7% des endettements en Suisse ont pour cause la dépendance au jeu. Cf. Arnaud et al. (2009).

jeu excessif. Le premier projet vise à identifier les conséquences financières pour les joueurs et leur famille, et le second a pour but principal l'estimation du coût total du jeu en Suisse (incluant les coûts intangibles).

Évaluation des mesures de prévention

En l'absence de contraintes structurelles imposant l'évaluation, les publications scientifiques relatives aux mesures de prévention sont pratiquement inexistantes en Suisse, si l'on excepte les données démographiques liées aux statistiques d'exclusion des casinos (Häfeli, 2009). Dans le cadre des mesures de prévention du dispositif législatif précité, des ressources importantes sont consacrées à la formation et à la sensibilisation des professionnels de l'industrie du jeu. Seules les campagnes de sensibilisation menées auprès des dépositaires de loterie électronique en Romandie ont fait l'objet d'un protocole d'évaluation, s'inspirant d'une étude canadienne (Ladouceur et al., 2004). Les observations réalisées en Suisse confirment une augmentation significative du nombre de contacts des dépositaires avec les clients présentant un comportement de jeu excessif, dans le but de les orienter, en fonction du nombre de sessions de sensibilisation reçues. Ce résultat est toutefois à nuancer par les autodéclarations des dépositaires quant au nombre absolu de contacts, à peine de l'ordre d'une dizaine par an, à mettre en rapport avec le nombre probable de joueurs excessifs usagers de terminaux de loterie électronique fréquentant un café-restaurant donné. Ces premières observations sont en cours de réplication auprès du personnel des casinos. De plus, il y aurait lieu de développer des moyens pour évaluer les changements de comportement sur le terrain, par exemple grâce à des clients mystères (Dufour et al., 2010). Enfin, l'évaluation des efforts de prévention secondaire profiterait de la mise sur pied d'un monitoring anonyme des demandes d'aides auprès des services spécialisés et auprès des intervenants des services de détection précoce internes aux maisons de jeu. De tels développements paraissent cependant difficilement envisageables dans le contexte budgétaire actuel des activités d'évaluation et de monitoring.

Recherche neurocognitive

Comparativement à la place accordée à la recherche en neurosciences dans le champ des addictions aux substances psychoactives, l'effort de recherche dans ce domaine relatif au jeu excessif demeure embryonnaire.

Les résultats d'une recherche visant à comprendre les relations entre les quatre facteurs caractérisant l'impulsivité (Whiteside et Lynam, 2001) (urgence, manque de préméditation, manque de persévérance et recherche de sensations) et les comportements de jeux (Zermatten et al., 2005) mettent en évidence que le seul facteur corrélé à la prise de décisions désavantageuses, en termes de perspectives statistiques de gain, est le manque de préméditation.

Par ailleurs, une équipe de neurologues s'est intéressée aux lésions cérébrales en tant que facteur de risque de développer un trouble lié aux jeux d'argent (Regard et al., 2003). Il a été observé que 65 % des joueurs problématiques évalués (n=21) présentaient des dysfonctionnements de l'activité cérébrale à l'électroencéphalogramme, *versus* 26 % dans le groupe contrôle. Par rapport au groupe contrôle, les joueurs présentaient davantage de difficultés en ce qui concerne la concentration, la mémoire et les fonctions exécutives.

Addictivité comparée des différentes offres de jeu

Un groupe de chercheurs germanophones, en collaboration avec la Haute École de Travail social de Lucerne (Häfeli et al., 2010), a développé un instrument permettant d'évaluer le potentiel de risques des différentes offres de jeu. Sur la base de recherches antérieures (résumées entre autres par Griffiths et Parke, 2010), les critères suivants ont été considérés pertinents pour définir la dangerosité : fréquence des événements, degré d'interactivité, illusion de contrôle, montant des mises, structure de l'attribution des gains, contexte social, anonymat, modalité de mise sur le marché, disponibilité, existence d'un Jackpot, aspect sensoriel du produit, moyen de paiement. En évaluant chacune de ces caractéristiques structurelles selon un score pondéré, les auteurs proposent un outil permettant de définir de manière quantitative la dangerosité des jeux existants mais également celle des jeux qui seront proposés à l'avenir. Il s'agit là d'une toute première tentative en vue d'une meilleure information des pouvoirs publics et des consommateurs concernant les cadres d'homologation des différents jeux. L'emploi d'un tel outil par les instances de régulation est très attendu de la part des experts suisses du domaine du jeu excessif.

Quelles priorités pour la recherche dans le contexte helvétique ?

Il existe en Suisse un important décalage entre la mise sur pied du réseau d'aide à présent bien différencié, et un effort de recherche qui demeure très limité, dû à l'absence de fonds de recherche dédiés à l'addiction en général et au jeu excessif en particulier. Au rang des priorités en discussion auprès des professionnels du domaine des addictions, on relève les suggestions suivantes :

- améliorer la partie sur le jeu excessif dans le monitoring national sur l'état de santé des Suisses qui a lieu tous les 5 ans, afin de disposer de données plus claires sur les facteurs de risques psychosociaux, et développer la recherche épidémiologique relative aux jeux d'argent *online*, aux jeunes et à la suicidalité des joueurs ;
- établir un monitoring des entrées et sorties dans les programmes de détection précoce et les programmes de prévention tertiaire et de thérapie ;

- prévoir une évaluation systématique des actions de prévention par des mesures structurelles imposant un budget relatif à l'évaluation lors de la planification des actions ;
- développer la recherche dans le domaine des coûts sociaux ;
- développer les recherches dans le champ de l'évaluation du potentiel de risque des différentes offres de jeu.

Les attentes des professionnels du domaine du jeu excessif en Suisse rencontrent un écho dans le cadre des travaux des commissions Fédérales drogues, alcool et tabac qui, dans leur récent rapport commun « Défi addictions, fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse », prônent une intégration du domaine des addictions comportementales à celui des addictions aux substances et un fonds de recherche national dédié aux addictions, avec un accent particulier sur l'évaluation et le monitoring.

Références

- Al Kurdi, C., & Savary, J. F. (2005). *Étude d'un dispositif intercantonal de lutte contre le jeu excessif (rapport final)*. Yverdon-les-Bains : Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT).
- Arnau, S., Inglin, S., & Chabloz, J.M., et al. (2009). Étude romande sur le jeu. Une collaboration entre IUMSP et ISPA sur mandat du Programme Intercantonal de Lutte contre la Dépendance au Jeu (PILDJ). In *Raisons de santé*, 150. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., et al. (2008). Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 236-239.
- Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 473-475.
- Brodbeck, J., Duerrenberger, S., & Znoj, H. (2009). Prevalence rates of at risk, problematic and pathological gambling in Switzerland. *European Journal of Psychiatry*, 23, 67-75.
- Centre du jeu excessif. *Rapport d'activité 2006-2007-2008*. Lausanne.
- CFMJ – Commission fédérale des maisons de jeu. (2009). Jeu de hasard : comportement et problématique en Suisse. Synthèse. <http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/esbk/berichte/res-studie-esbk-gluecksspiel-f.pdf>.
- Dufour, J., Ladouceur, R., & Giroux, I. (2010). Training program on responsible gambling among video lottery employees. *International Gambling Studies*, 10, 61-79.
- Étude de la Commission fédérale des maisons de jeu. *Jeu de hasard : comportement et problématiques en Suisse*. Synthèse. Avril 2009.
- Griffiths, M., & Parke, J. (2010). Le rôle des caractéristiques structurelles dans l'addictivité des jeux d'argent. In C. Dunand, M. Rihs-Middel, & O. Simon (Eds), *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique* (pp. 45-74). Genève : Éditions Médecine et Hygiène.
- Häfeli, J. (2009). Switzerland. In G. Meyer, T. Hayer, & M. D. Griffith (Eds), *Problem gambling in Europe : challenges, prevention and interventions* (pp. 317-326). New York : Springer Science + Business Media.
- Häfeli, J. (2010). Un instrument d'évaluation du potentiel de dangerosité des jeux de hasard et d'argent. In C., Dunand, M., Rihs-Middel, O., Simon, (Eds), *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive* (pp. 75-91). *D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique*. Genève : Éditions Médecine et Hygiène.

- Künzi, K., Fritschi, T., & Egger, T. (2004). Les jeux de hasard et la pathologie du jeu en Suisse. Bern : Büro für arbeits-und sozialpolitische Studien.
- Künzi, K., Fritschi, T., Oesch, T., et al. (2009). Coûts sociaux du jeu dans les casinos. Étude sur les coûts sociaux engendrés par les casinos suisses. Bern : Büro für arbeits-und sozialpolitische Studien.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., et al. (2004). Awareness promotion about excessive gambling among video lottery retailers. *Journal of Gambling Studies*, 20, 181-185.
- Lesieur, H. R., & Blum, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : a new instrument for identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 177, 1184-1188.
- LMJ – Loi sur les maisons de jeu. Loi fédérale sur les jeux de hasard et les maisons de jeu du 18 décembre 1991.
- Molo Bettelini, C., Alippi, M., & Wernli, B. (2000). *Il gioco patologico in Ticino*. Mendrisio : Centro di Documentazione e di Ricerca OSC.
- Office fédéral de la justice (2010). *Statistique 2009 des loteries*. Berne : Confédération Suisse. http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/fr/home/themen/gesellschaft/ref_lotterien_und_wetten/ref_statistik.html.
- OLMJ – Ordonnance sur les maisons de jeu. Ordonnance sur les jeux de hasard et les maisons de jeu du 24 septembre 2004.
- Regard, M., Knoch, D., Gütlung, E., & Landis, T. (2003). Brain damage and addictive behavior : a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathologic gamblers. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 16, 47-53.
- Stucki, S., & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005 : an update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 245-257.
- Szymanski, J., Zumwald, C., Andronicos, M., et al. (2010). Prévenir le jeu excessif : une nouvelle tâche pour les dépositaires de loterie électronique ? In C. Dunand, M. Rihs-Middel, & O. Simon (Eds), *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique* (pp. 143-149). Genève : Éditions Médecine & Hygiène.
- Trucy, F. Sénat. (2010). Projet de loi relatif à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. Rapport n° 209 fait au nom de la Commission des finances, tome I.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity : using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Difference*, 30, 669-689.
- Zermatten, A., Van der Linden, M., d'Acremont, M., et al. (2005). Impulsivity and Decision Making. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 647-650.

Le cas de l'Italie comme paradigme de la globalisation du jeu de hasard de masse

M. Croce

Évolution du jeu en Italie depuis le XIX^e siècle

Le jeu de hasard fait l'objet d'une diffusion croissante en Italie. Les typologies de jeu diversifiées, les organisations conçues pour intéresser un grand nombre de personnes, la diffusion ramifiée des lieux où il est possible d'entrer en contact avec le jeu, les technologies et l'ordre rituel-scénique de chaque événement ont produit un peuple de consommateurs qui accueille et adhère à des offres « sur mesure », structurées et accessibles dans les lieux et les moments de la vie quotidienne (Croce et al., 2009a). De ce fait, la participation au jeu – non seulement selon les modalités des élites mais aussi selon des modalités « populaires » – est entrée dans le style de vie de sujets toujours plus nombreux. Dans l'échelle des priorités des individus, des familles, des groupes sociaux, y compris les différences de génération et de sexe, « jouer pour de l'argent » se présente comme un phénomène en forte croissance, comme le sont également les risques et les coûts individuels et sociaux qui y sont liés.

Quelles sont donc les étapes significatives de la politique envers le jeu en Italie ? Une première phase – allant de la fin du XIX^e siècle et restant de fait cohérente jusqu'à la dernière décennie du XX^e – ne prévoit le jeu autorisé que dans les limites réglementées par un monopole public, où la volonté du législateur semble être celle de « monopoliser pour contenir ». En d'autres termes, l'État cherche à imposer les lignes, formelles et sociales, d'une conduite – le jeu de hasard – pouvant toutefois être interprétée comme une « moins-value ». C'est cependant au cours de l'été 1992 que l'on assiste à un premier changement. Le poids insoutenable de la dette publique pousse l'Italie au bord de la faillite et le gouvernement de l'époque entrevoit dans le jeu une mesure de politique fiscale. Il ne s'agit pas seulement d'un moyen de trouver des fonds, d'encaisser rapidement, mais également de dépasser un modèle précédent et probablement jugé obsolète. Les loteries nationales et les possibilités de jeu se multiplient, et cette « ouverture aux jeux » devient, en moins de 5 ans, l'un des axes de la politique de repérage des ressources

nécessaires à l'alignement avec Maastricht, inaugurant ainsi le recours à un système fiscal fondé sur la régression de l'imposition et selon lequel la part de revenu familial engagé dans les différentes modalités de jeu est proportionnellement plus élevée parmi les classes sociales plus pauvres. Autrement dit, en Italie, pendant les années de l'incertitude, de la stagnation économique et des politiques draconiennes de réduction de l'endettement public, fondées sur une augmentation de la pression fiscale et une diminution du flux de crédit pour l'investissement et la consommation, l'on assiste au boum du hasard, tant légalisé qu'illégal. Toutefois, le détournement de capitaux ainsi que la perte de productivité et de ressources investies dans le circuit financier et commercial de type « traditionnel » ont déterminé une sorte d'asymétrie, une corrélation négative si évidente que l'on ne peut s'empêcher de réfléchir sur le fait que « lorsque l'économie fleurit, le hasard dépérit : si donc le recours au jeu constitue une alternative à l'action constructive pour accéder aux revenus, la force d'attraction de la chance au jeu augmente à mesure que diminue la crédibilité de la réponse active aux besoins (justement en période de crise économique). Par contre, avec la dynamisation de l'économie, la recherche de solutions non aléatoires acquiert une signification majeure » (Fiasco, 2001). En d'autres termes, le jeu de hasard représente aujourd'hui une sorte de multiplicateur négatif pour l'économie, puisqu'il détermine non seulement un affaiblissement des investissements et de la productivité du marché – bien qu'à des niveaux différents – mais également un appauvrissement général et toujours plus répandu.

Jusqu'au moment du passage au jeu de hasard « de masse », la relation entre recours au jeu et situation économique et sociale avait mis en évidence deux principales tendances (Imbucci, 1999). Dans les moments de perception d'un bien-être économique diffus, le recours au jeu révélerait une fonction de type ludique (où « le sentiment de culpabilité individuel et collectif s'est mobilisé et a relâché ses freins inhibiteurs, permettant ainsi une plus grande consommation de jeu »), alors que durant la période de récession qui suit, le jeu aurait revêtu une fonction de type compensatoire ou existentiel. En ce sens, le recours au jeu pourrait être interprété comme « succédané d'espérance » et « expédient compensatif qui fonde ses motivations dans les mécanismes de défense de l'intégrité du moi ». L'espérance est l'un des éléments indispensables de cette intégrité et par conséquent l'illusion du jeu assumerait une fonction substitutive, biologiquement centrale. Ce qui mérite peut-être d'être mentionné, c'est qu'à la phase actuelle, le recours au jeu pourrait être interprété non plus du point de vue ludique ou compensatoire, mais plutôt d'un point de vue régressif. On assiste en effet à : (i) « un accroissement frénétique et hétérogène du volume de jeu en présence de crises économiques et sociales concomitantes » ; (ii) « la prépondérance des jeux d'aléa sur les jeux d'habileté » ; (iii) la « désillusion envers le monde et la politique, qui coïncide avec une rapide montée de l'absentéisme, de l'évasion fiscale » ; (iv) une « certitude accentuée envers le futur » (Imbucci, 1999). En ce sens, le jeu risque donc de devenir pour beaucoup – et les sujets désavantagés semblent les plus à risque – l'endroit où freiner et endiguer bien des frustrations dérivant de l'inaccessibilité des

buts de succès et des valeurs socialement désirables pour la classe moyenne, un récipient rassurant pour accepter les insuccès personnels et pour partager l'espoir et l'excitation d'un gain. Selon cette dernière hypothèse, la coutume du groupe, sollicitée par les effets du marché, mobilise les censures du sentiment de culpabilité.

Pendant, le changement qui se produit actuellement dans l'offre de jeu ne se réfère pas seulement à la quantité de l'offre mais aussi à sa qualité. En effet, si d'une part il est désormais facile de trouver le jeu de hasard en dehors des contextes qui lui sont traditionnellement réservés, d'autre part l'on observe combien les typologies de jeux proposés présentent de plus hauts risques d'addiction. De plus, tout en s'inspirant ou rappelant parfois les jeux traditionnels, les nouveaux jeux technologiques se différencient par leur tendance à un jeu solitaire et asocial comportant d'évidents risques de glissement vers des formes de jeu problématique et pathologique.

Les premiers signes de ce changement de décor ont été visibles avec la diffusion des *slot machines* dans les bars, qui a facilité le contact avec des jeux à haut risque, soit les jeux qui ont la caractéristique d'être technologiques, solitaires et très rapides. Malgré la législation et les contrôles, les *slot machines* sont devenues un problème social et en même temps criminel, surtout lorsqu'il s'est avéré que le paiement des gains en argent constituait une violation de la réglementation sur le jeu de hasard. Cette préoccupation s'est ultérieurement accentuée suite à la prolifération d'une série de phénomènes corrélés : l'implication à différents niveaux du crime organisé, l'évasion fiscale de la part des tenanciers et des gagnants, l'utilisation des *slot machines* par des mineurs, etc. Selon les chiffres présentés à la fin de l'an 2000 par les ministres du Trésor et de l'Intérieur, plus de 800 000 *slot machines* avaient été installées en Italie en l'espace d'un an et demi, pour un chiffre d'affaires dépassant les 40 000 milliards d'anciennes liras italiennes. De fait, l'introduction des *slot machines* en Italie a marqué un passage historique, en amplifiant et modifiant les modalités mêmes de jeu, et tout ce qui est intervenu par la suite a en quelque sorte suivi ce modèle : une évolution qui a profondément modifié les habitudes et l'usage des jeux de la part des Italiens.

Le tableau 10.1 illustre les caractéristiques de ce changement (Croce, 2005).

Absence de plan structurel et stratégique pour la prévention, réduction des dommages et interventions thérapeutiques

Face à une explosion d'offres de jeux, et devant les problématiques inévitables et toujours plus évidentes – illustrées par la presse et les mass médias, par les rapports des services publics et des organisations bénévoles –, la construction d'une politique générale en mesure d'évaluer, de quantifier, de contenir et d'offrir des réponses, s'avère difficile à réaliser. Toutefois, face au manque, sinon à l'absence de politiques et d'indications du gouvernement quant aux moyens utilisables pour affronter les problèmes

Tableau 10.1
Le changement du scénario

Passé	Présent
<i>Social</i> : le jeu était pratiqué avec d'autres personnes et il répondait à des besoins ou offrait des occasions de socialisation	<i>Solitaire</i> : les jeux modernes ne sont pas « à somme zéro » (où l'argent perdu par un joueur est gagné par un autre), mais pratiqué par une personne contre une organisation ou une machine
<i>Seuil d'accès haut</i> : participer à certains jeux demandait l'accès à des lieux spécifiques et délimités, avec l'exclusion par exemple des mineurs ou, dans le cas des casinos, des résidents ou de certaines professions	<i>Seuil d'accès bas</i> : il est et il sera toujours davantage possible de « trouver » des jeux dans des lieux où l'on se rend aussi pour d'autres raisons et où les contrôles sont beaucoup moins stricts
<i>Rituel</i> : jouer faisait partie d'un rite collectif, souvent circonscrit et limité à certaines occasions : le loto à Noël, la loterie, etc.	<i>Consommation</i> : le jeu perd sa valeur et son sens rituel et est « consommé » dans les occasions les plus diverses, « choisies » par l'individu
<i>Lenteur</i> : beaucoup de jeux étaient caractérisés par un déroulement lent	<i>Vitesse</i> : la plupart des nouveaux jeux sont très rapides et ne prévoient pas de moments de pause
<i>Suspension</i> : le jeu était sujet à une discipline s'appliquant non seulement à certains lieux mais aussi à des horaires définis	<i>Continuité</i> : avec certains jeux, par exemple ceux pratiqués sur Internet, il est possible de jouer sans interruption
<i>Complexité</i> : de nombreux jeux de hasard présentaient des éléments de complexité et d'agon (Caillois, 1957)	<i>Simplicité</i> : les jeux deviennent toujours plus simples et caractérisés par une prédominance d'aléas
<i>Contextualisation</i> : les jeux (par exemple les jeux de cartes) étaient liés à des traditions et les règles étaient souvent transmises d'une génération à l'autre	<i>Globalisation</i> : les jeux se ressemblent de plus en plus et les différences locales et culturelles sont aplanies
<i>Encaissement non immédiat</i> : l'encaissement du gain n'était pas toujours immédiat	<i>Encaissement immédiat</i> : l'encaissement est immédiat et parfois virtuel, ce qui favorise la possibilité de continuer à jouer
<i>Manuel</i> : les jeux demandaient des opérations manuelles, telles que distribuer les cartes, lancer les dés, tirer au sort	<i>Technologique</i> : on joue contre une machine, un site Internet. Souvent l'activité physique correspond (et se limite) à « cliquer »

d'ordre sanitaire, légal et social causés par le jeu, il faut relever sur le territoire italien une série croissante d'initiatives et de réponses proposées par les services publics et privés et par les organisations de volontaires. Une recherche spécifique, conduite par les associations Alea et Gruppo Abele, a tenté de présenter un panorama actuel des réponses sur le plan thérapeutique, de l'assistance et de l'accueil pour les joueurs problématiques et leurs familles (Croce et al., 2009b).

Les résultats ont mis en évidence une distribution inégale sur le plan national qui n'apparaît pas en relation avec une stratégie rationnelle de

réponse au problème. Cet aspect semble d'ailleurs prévisible, vu l'absence de lignes guides, de subventions, de monitorages et de formation. En particulier, une stratégie de formation devrait se baser sur des indicateurs rationnels, par exemple : un service pour n habitants ; la différente structuration des services en relation aux données épidémiologiques ; la proximité de zones à risque ; une adaptation progressive des services basée sur la graduation des réponses, élaborée selon les demandes parvenues ou selon une programmation générale. Encore aujourd'hui, la logique qui réunit les différents services actifs sur le territoire semble pouvoir être interprétée sur la base d'éléments contingents, spécifiques et « de motivation », parmi lesquels on peut signaler un intérêt et une sensibilité particuliers montrés par certains travailleurs opérant dans les services publics pour les toxicomanies.

Certes, le fait que le problème ait tardé et soit encore aujourd'hui loin d'être reconnu par les institutions de santé – malgré la reconnaissance de la communauté scientifique par l'inclusion dans le DSM dès 1980, dans la 10^e Classification internationale des maladies et par l'Organisation mondiale de la santé – n'a pas profité à une attention et à une programmation générale. Du reste, l'« histoire » des services pour les toxicomanies en Italie montre que l'on est passé (et non sans peine) de la prise en charge exclusive des dépendances « de substances illégales » à celle des substances légales (alcool, tabac), et que la reconnaissance de « dépendance légale et sans substances » constitue un changement de paradigme qui n'est pas encore compris ou accepté par beaucoup d'institutions et peut-être par de nombreux professionnels. On observe toutefois une évolution significative de la conscience et donc de l'offre de soins : depuis les premières interventions « de pionniers » du début des années 1990 jusqu'à ce jour, l'attention et les réponses fournies sont en constante augmentation. Une autre question est celle de la qualité extrêmement variable des réponses, qui s'articulent en partant d'un stade zéro, où le service n'a pas encore pris en considération ce type de problématique, au service « disponible » à une forme d'accueil « de base », soit à une position d'« écoute » et à un éventuel « renvoi » auprès d'une autre structure, jusqu'aux services ayant organisé des équipes d'intervention spécifiques, favorisé la formation de leurs opérateurs sur le problème, mis au point des parcours de traitement aux modalités multiples, défini les responsabilités selon les activités spécifiques et délibéré des actes administratifs formels.

En voulant résumer les données qui nous viennent des services, il semblerait donc que le modèle italien « parte du bas » (des services et non pas de directives nationales ou régionales) et que, tout en manifestant une tendance à une diffusion croissante sur le territoire, il exprime une « précarité de fond » quant au type de réponses offertes, qui – s'appuyant souvent sur des éléments de motivation et n'étant pas toujours soutenues par des modèles d'organisation – sont susceptibles de changements selon les priorités internes du service (distribution des ressources humaines, par exemple nécessité de « remplacer » d'autres collègues) ou externes (urgences ou nouveaux secteurs d'intervention considérés comme prioritaires).

Un aspect qui mérite réflexion concerne l'écart existant entre l'entité du besoin supposé en ordre numérique et le nombre effectif des cas rencontrés par les services. En effet, il manque actuellement en Italie des recherches de type épidémiologique conduites sur une vaste échelle et qui soient en mesure d'indiquer, même selon des critères approximatifs, la prévalence et l'incidence du phénomène. Toutefois, il est possible de considérer – aussi bien à partir des résultats de recherches épidémiologiques réalisées dans d'autres pays que sur la base d'autres indicateurs « empiriques » – que les personnes qui ont fait appel aux services durant ces dernières années représentent une sorte de « pointe de l'iceberg » et constituent un chiffre sensiblement inférieur par rapport au nombre probable de personnes en situation problématique ou de dépendance au jeu de hasard.

Réflexions sur le rapport entre jeu de hasard et risque de comorbidité avec usage de substances

Le jeu de hasard, tout comme les autres dépendances sans substances, constitue un exemple précieux et une occasion extraordinaire pour saisir « l'élément central du devenir dépendant ». Toutefois, les éléments de forte analogie entre les différents comportements dépendants risquent de pousser au second plan les éléments marquant les différences et les spécificités, et le fait d'avoir principalement – voire exclusivement – examiné et souvent traité les différentes formes de dépendance selon leurs caractéristiques spécifiques et non pas selon leurs interactions-similitudes-différences n'a pas favorisé une analyse comparée, utile à comprendre les analogies, superpositions et différences entre les nombreuses formes de dépendance ou d'abus. Sans doute, nous nous trouvons face à des formes d'addiction à l'état pur, ce qui nous permet d'en définir la consistance mentale « essentielle », cristalline et abstraite, épurée d'autres dynamiques et substances avec leur propre action biochimique, ainsi que des facteurs extérieurs ou étrangers dont le rôle est si influent dans l'expérience et la mythologie toxicomaniaque.

Penser à la dépendance nous amène inévitablement à raisonner sur la base de deux polarités opposées : la dépendance « pathologique » *versus* la dépendance physiologique, soit une idée de dépendance qui relève du domaine du morbide et du déviant, opposée à l'idée banalisée qui voit en chacun – de façon plus ou moins préoccupante, plus ou moins pathologique ou physiologique – une dépendance de quelque chose. Si les deux polarités peuvent être clairement définies, il est en revanche difficile de comprendre les significations, la diffusion, les glissements et surtout la zone floue de frontière entre ce qui est défini comme « sain » et ce qui est défini comme « pathologique », entre ce qui est fonctionnel et ce qui représente un risque de progression compulsive. Non seulement il n'est plus possible de faire appel à la présence d'une substance externe diabolique, à l'influence de substances donnant l'ivresse, mais ces dépendances s'amorcent et se construisent à l'intérieur de la vie quotidienne et se greffent sur des comportements, habitudes et

usages tout à fait légitimes et souvent encouragés socialement : pensons à la consommation de biens, à l'exercice physique, à l'usage de technologies informatiques, au travail, et ainsi de suite. D'un côté, on ne peut donc plus se référer à des conduites déviantes, socialement sanctionnées, marginales, désapprouvées ou à éviter ; de l'autre, on ne peut plus s'en prendre à des habitudes et à des coutumes liées à des comportements et à des consommations non nécessaires à la vie des personnes et désapprouvées socialement (les drogues, l'alcool, les cigarettes). En effet, si l'on considère le vaste domaine des troubles alimentaires, de la dépendance sexuelle et des relations affectives, de la dépendance au travail, aux achats, à Internet ou encore au sport, on se rend très vite compte qu'il est impossible de vivre sans nourriture, sans relations, sans faire des achats et sans travailler, et qu'il est difficile de vivre sans utiliser Internet ou sans aucune forme d'activité physique.

Pour cette raison, les modèles de prévention des dépendances, souvent construits autour du stéréotype du toxicomane, ne peuvent plus avoir pour objectif d'éviter toute forme de rencontre, quelle qu'elle soit, avec les conduites à risque et avec les substances. Cet objectif a d'ailleurs révélé bien des problèmes et des contestations, tant sur le plan « philosophique » que sur le plan méthodologique face aux résultats faibles et contradictoires. Et actuellement, cet objectif apparaît pratiquement impossible et ambivalent, ne serait-ce comme banale déclaration théorique ou comme auspice. Il s'agirait alors de raisonner sur des plans différents de ceux sur lesquels on s'appuie traditionnellement dans le cadre de la prévention des dépendances, dont le débat, le scénario et les positions sont si vastes et articulés qu'il serait inopportun de les examiner ici. Mais s'il est vrai que ces philosophies prévoient exclusivement ou principalement d'éviter le contact (la contagion) de situations à risque, en réduisant à zéro les possibilités de rencontre et/ou « en équipant l'individu pour résister aux offres et aux tentations », en ce qui concerne la relation avec les nouvelles dépendances, la nécessité d'une approche plus complexe et articulée est évidente. Le domaine de la thérapie lui-même est forcément mis devant le fait que les objectifs du traitement dans l'usage de substances ont souvent visé à aider les personnes à affronter une vie d'abstinence, alors que tout cela – si c'est certainement possible pour le jeu de hasard – s'avère impossible pour d'autres conduites de dépendances sans substances.

Cependant, les corrélations, les superpositions, les risques de passage à des comportements d'abus/dépendance de substances sont importants, comme de nombreuses études ont déjà eu l'occasion de signaler. En ce sens, comprendre et s'interroger sur la relation entre les différentes conduites d'addiction intéresse donc aussi les services destinés aux dépendances à des substances. S'il est donc probable qu'une personne demandant un traitement pour une forme de dépendance à une substance présente ait présenté ou puisse présenter des problèmes de dépendance au jeu ou à d'autres dépendances liées à des comportements, il est évident que cette donnée, cette possibilité, ce risque, devra être intégré dans le parcours diagnostique et thérapeutique, non pas en « isolant » la forme de dépendance qui sur le moment apparaît plus présente, ou plus exhibée, ou plus problématique,

mais plutôt en « saisissant » – avec le sujet et au long du parcours de traitement – le sens, le rôle et la fonction des comportements multiples qui construisent et constituent pour le sujet la texture de son expérience de dépendance, et donc en structurant des modalités d'approche en mesure de considérer et d'intégrer dans le projet thérapeutique le risque de passages à d'autres formes d'addiction (Croce et al., 2008 ; Croce et Gabutti, 2010).

Et pourtant, malgré les indications épidémiologiques dont nous disposons, le rapport dynamique et évolutif entre usage de substances et jeu demeure difficile à définir. Autrement dit, quelle relation existe-t-il, dans l'histoire d'un sujet, entre le jeu et l'usage de substances ? Comment a eu lieu la rencontre ? Quelle conduite a été adoptée en premier ? Quelle dynamique s'est amorcée par la suite ? Quelle interprétation le sujet s'est donné de son comportement ? Comment les différents facteurs ont agi entre eux. Ce rapport – cette relation – acquiert en effet – au cours du temps et chez les différents sujets – des significations, fonctions, parcours, résultats et modalités différentes. Dans de nombreux cas, il est possible de parler de substitution ou migration lorsque l'on se réfère à ces sujets qui parviennent au jeu problématique ou pathologique en le « substituant » à un usage problématique ou pathologique de substances. C'est le cas de nombreux ex-toxicomanes ou ex-alcooliques qui, suite à un parcours de traitement du « symptôme », réussissent à « contrôler » le risque de rechute dans la dépendance de la substance grâce à l'abstinence, bien qu'ils se « retrouvent » à reproduire des mécanismes et des cheminements semblables avec le jeu de hasard. Toutefois, il est possible aussi de relever, dans l'anamnèse de certains toxicomanes ou alcooliques, le parcours inverse, soit une première approche dans le jeu problématique ou pathologique et un passage ultérieur à l'usage de substances. D'autre part, nombreux sont les cas où il n'est pas indiqué de parler de substitution entre l'une ou l'autre forme de dépendance, mais plutôt de croisement ou de superposition lorsque l'abus (ou la dépendance) du jeu et des substances se présentent simultanément, donnant souvent lieu à des mécanismes d'interaction réciproque et d'escalade.

Sous cet angle, il est important d'observer comment le fait d'accéder à une dépendance pathologique, quelle qu'en soit la porte d'entrée (la substance, le jeu ou les deux en même temps), ou quelle que soit la disposition/motivation de base (prédisposition individuelle, éléments contextuels), favorise de fait un accès à d'autres formes de dépendance pathologique et pas nécessairement à des substances. Des exemples en ce sens sont le risque d'épisodes de shopping compulsif favorisé par un gain au jeu, le risque de comportements sexuels excessifs, sans précautions, et la possibilité de déclencher une addiction sexuelle, favorisés par la diminution de la latence des désirs, par la désinhibition due à l'usage de substances et à l'excitation liée aux moments de jeu, ou encore le risque de *workaddiction* justifié par la nécessité de se procurer de l'argent (Lavano et al., 2008). Mais la construction combinée de modèles d'addiction entre jeu et substances peut également être corrélée à la valeur « attendue » ou même « apprise » de leur interaction réciproque. À ce propos, il est peut-être utile de signaler que des joueurs pathologiques avec une expérience d'abus de substances ont témoigné combien la sensation de

victoire éprouvée durant le jeu ressemble aux effets subjectifs liés à l'usage de psychotropes (Hickey et al., 1986). Par exemple, pensons au moment précédant une phase de jeu, où la substance (alcool, cocaïne, nicotine) peut produire un effet de désinhibition, ou à la phase de jeu où la substance joue un rôle de renforcement et à la phase successive où elle revêt une fonction de modulation de l'humeur : dans le sens d'une amplification de la phase euphorique en cas de gain ou de modulation de la phase *down* en cas de perte.

Un autre aspect intéressant est de relever combien la rencontre, le contact et la première expérience peuvent s'avérer différents selon qu'il s'agit du jeu ou de l'usage de substances, et – si différente que soit la porte d'accès à une conduite de dépendance pathologique (par exemple jeu ou substances) – combien le fait d'expérimenter et développer des modèles de relation, d'abus et de dépendance peut faciliter l'accès, la fréquentation et le développement d'autres formes entrelacées de dépendance pathologique. Si dans les deux cas la première rencontre a lieu habituellement en compagnie d'autres personnes (à l'exception du jeu *online* qui peut être solitaire), dans le cas du jeu, l'aspect transgressif, le sentiment d'enfreindre une règle, de complicité, d'attente d'effets physiques, constituent des éléments fort atténués, voire absents. Dans l'imaginaire collectif, en effet, jouer ne relève pas de ce qui est illégal, illicite, désapprouvé. Jouer est permis – voire même encouragé par l'État – et le sujet n'a donc pas la perception d'accomplir quelque chose de désapprouvé, de risqué. En effet, on ne s'injecte aucune substance. On ne craint ou ne s'attend pas à des effets particuliers, à des émotions, à éprouver de la peur. Il n'y a à craindre ni maladies, ni abstinence, ni problèmes avec la police. Simplement, on joue et on peut s'attendre à gagner ou à perdre. La rencontre avec les substances est en revanche différente dans la mesure où elle s'associe à un motif, à une attente, à un désir certes ambigu (crainte-défi-risque) référé à une action précise (celle d'absorber, d'administrer, de fumer un « corps étranger » concret qui « entre » dans notre corps et dont on attend certains effets).

Pendant, c'est peut-être dans l'émotion éprouvée, dans l'alternance des moments et des sentiments de victoire/défaite, que l'on peut apercevoir une sorte d'omnipotence narcissique qui risque de révéler ou de construire, au cours du temps, une structure dépendante. Cette structure dépendante s'exprime au travers d'attitudes qui consistent à récupérer les pertes, à se refaire, à dépasser les limites que le sujet s'était imposées, trouvant ainsi la justification de continuer à jouer qui peut rappeler la justification des toxicomanes : « Je joue pour me refaire de l'argent perdu/Je me drogue pour ne pas être mal », et qui permet au sujet de se raconter qu'il arrêtera dès qu'il aura récupéré l'argent perdu. À ce stade, tous les schémas précédents risquent de sauter et cela comportera la nécessité de réadapter les conceptions de soi et du rapport entre bénéfices-risques-dommages-valeurs, rapport qui n'est pas un élément statique mais subjectif, contextuel, provisoire. Dans ce processus, les pertes au jeu sont répertoriées sous le chapitre « coûts-investissements » et prennent ainsi une autre signification, une autre justification, un autre contexte. Il peut ensuite se produire une succession progressive ou précipitée

d'éléments qui agissent simultanément de façon synchronique et diachronique, car plusieurs causes, plusieurs blessures, plusieurs traumatismes, plusieurs éléments reliés à l'histoire, à la personnalité, au moment historique et à d'autres facteurs, trouvent dans cette « nouvelle » dimension une possibilité de fugue, de défolement, de réponse, de parenthèse, d'issue ou de revanche. Et dans ce « jeu », les substances assumeront elles aussi un nouveau rôle, une nouvelle justification, un sens et un usage nouveaux.

Un autre élément important à analyser est une caractéristique typique du jeu de hasard : le recours massif et prolongé dans le temps à des mécanismes dissociatifs, où la mise en actes de comportements impulsifs-compulsifs peut être interprétée comme l'expression pathologique d'un sujet contraint à agir sur la base d'une condition anxieuse-dysphorique dans le but de produire un « refuge mental » protégé et autoconsolatoire (Steiner, 1993), en suscitant des expériences sensorielles et des états de conscience non ordinaires, où demeurer absorbé et dissocié – un véritable mécanisme de barrage qui met la conscience ordinaire à l'abri de l'inondation d'un excès de stimulus douloureux (Bromberg, 1998). Si le soulagement obtenu de cette retraite temporaire ne demande pas nécessairement une interprétation d'ordre pathologique et peut être mis au service du Moi, de l'énergie personnelle, de la créativité et des relations objectales, en revanche lorsque la retraite tend à la perte du contrôle des impulsions et à la répétition morbide, elle comporte le risque de la compulsion, de l'isolement et de la distorsion du sentiment de Soi et de la relation aux autres, jusqu'à atteindre la perte du contact vital avec la réalité en faveur d'activités de jeu pathologique ou de formes auto-érotiques compulsives. C'est alors que des actes à l'apparence immotivée peuvent conduire à une progressive organisation de « facteurs de souffrance épars, fluctuants » et encore déstructurés, au sein d'une condition de répétition et construction d'une conduite pouvant acquérir, avec le temps, « continuité, persistance, individualité, rigidité, dysfonctionnalité » à travers une structuration rigide et répétitive (Rigliano, 2009). Une recherche effectuée sur un groupe de patients en traitement résidentiel a en outre mis en évidence la corrélation entre l'alexithymie et la dissociation avec le degré de gravité du jeu de hasard compulsif (Croce et al., 2010). De plus, cette structuration risque d'être expérimentée, répétée, reproduite, amplifiée ou transférée avec – et sur – d'autres conduites et de devenir « une action organisée et constitutive dans le temps, dotée de sens, pour atteindre un état de soi meilleur ou du moins différent » (Rigliano et Croce, 2001). Un dernier aspect intéressant à examiner concerne le rapport entre typologies de jeux et typologies de personnes. Tout comme les substances, en effet, les jeux peuvent non seulement présenter des caractéristiques qui les différencient, mais ils peuvent aussi être attractifs ou accessibles aux sujets à différents degrés, selon l'âge, les intérêts, la classe sociale ou le sexe, avec donc la possibilité de favoriser diversement la fréquence, l'intensité, l'intérêt et le développement ou non de la compulsivité. Sous cet angle, une contribution fort intéressante est celle de Nancy Petry (Petry, 2003), qui observe que les parieurs aux courses de chevaux et de chiens sont en majorité de sexe masculin, en moyenne plus âgés par rapport à d'autres groupes de joueurs,

ayant tendance à présenter des troubles psychiatriques (anxiété, troubles de mémoire, problèmes de contrôle de soi avec comportements souvent violents et idéation suicidaire) et un faible taux de conduites problématiques liés à l'usage de substances.

Les joueurs de paris sportifs sont généralement plus jeunes par rapport au groupe précédent, semblent en revanche présenter une tendance à l'abus d'alcool et aux problèmes qui en dérivent, une dépense d'argent inférieure, et une moindre fréquence de troubles psychiatriques. Les joueurs de grattage et de loterie, souvent moins considérés, seraient cependant exposés à des risques importants. Bien qu'apparemment ces joueurs dépendent des sommes plus petites, ils risquent de jouer avec une fréquence croissante et il n'est pas rare que leur anamnèse révèle un abus de substances et des troubles psychiatriques : les chiffres relevés indiquent que 30 % ont fait une tentative de suicide, 15 % ont des hallucinations et 10 % d'autres symptômes. Quant aux sujets enclins à rechercher dans le jeu un rush ou une forme d'excitation particulière (Anderson et Brown, 1984), on les retrouve aussi bien dans les milieux des paris (hippiques et courses de chiens) qu'aux tables de jeu des casinos, tels la roulette, le blackjack ou le chemin de fer.

Un chapitre important, vu la grande diffusion en Italie, concerne les *slot machines*, qui – d'une autre manière que les jeux déjà cités – semblent impliquer une majorité de femmes, plutôt âgées et présentant fréquemment des troubles psychiatriques. Toujours à propos des *slot machines*, signalons encore l'hypothèse de Jacobs, selon laquelle les expériences dissociatives qu'il est possible d'observer chez ce type de joueur seraient dues à un traumatisme vécu (Jacobs, 1988), et que cette typologie de jeu serait en mesure d'attirer et retenir des sujets avec des troubles psychiatriques latents. Il s'agit d'un jeu solitaire qui, lorsqu'il est pratiqué sur une longue période et avec des sommes d'argent toujours plus élevées, peut exacerber des troubles psychiatriques, en déterminant ou aggravant des problèmes d'isolement liés à une possible augmentation de symptômes dépressifs et d'anxiété.

Références

- Anderson, G., & Brown, R.I.F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal. *British Journal of Psychiatry*, 75, 401-441.
- Bromberg, P.M. (1998). *Standing in the spaces : essays on clinical process trauma and dissociation*. Hillsdale : The Analytic Press Inc.
- Caillois, R. (1957). *Les jeux et les hommes*. Paris : Galimard.
- Croce, M. (2005). Le changement des données de l'offre et de la typologie des jeux en Italie. In *Prévention du jeu excessif et recherche : de la législation à l'action* (p. 18). Lausanne : Centre du jeu excessif.
- Croce, M., & Gabutti, E. (2010). Toxicodépendance et jeux de hasard Perspectives pour la recherche et le traitement : résultats d'une étude sur un groupe de personnes dépendantes de l'alcool et des drogues illégales avec diagnostic du jeu pathologique associé. In C. Dunand, M. Rihs-Middel, & O. Simon (Eds), *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique* (pp. 97-106). Genève : Éditions Médecine & Hygiène.

- Croce, M., Gabutti, E., & Bagnati, E. (2008). L'interview de second niveau (SLI) : un outil de travail clinique pour patients toxicomanes ou alcooliques avec comorbidité au jeu d'hasard. Congrès « Prévenir le jeu excessif dans une société addictive ? » Lausanne, Livre des résumés, p. 34.
- Croce, M., Lavanco, G., Varveri, L., & Fiasco, M. (2009a). Italy. In G. Meyer, T. Hayer, & M. Griffiths (Eds), *Problem gambling in Europe: challenges, prevention, and interventions* (pp. 153-171). New York : Springer Book.
- Croce, M., Picone, F., & Zerbetto, R. (2010). La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico. In V. Caretti, & D. La Barbera (Eds), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca* (pp. 221-255). Milan : Raffaello Cortina Editore.
- Croce, M., Reynaudo, M., & Rascazzo, F. (2009b). Giocatori e famiglie. Primi dati sulla risposta di aiuto e di accoglienza. In D. Capitanucci, M. Croce, M. Reynaudo, & R. Zerbetto (Eds), *Il gioco d'azzardo in Italia. I dati e la ricerca* (pp. 54-67). Turin : Supplemento Animazione Sociale.
- Fiasco, M. (2001). Aspetti sociologici, economici e rischio criminalità. In M. Croce, & R. Zerbetto (Eds), *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la cura, gli interventi possibili* (pp. 327-340). Milan : Franco Angeli.
- Hickey, J.E., Haertzen, C.A., & Henningfield, J.E. (1986). Simulation of gambling responses on the addiction research center inventory. *Addictive Behaviors, 11*, 345-349.
- Imbucci, G. (1997). *Il gioto, lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*. Venice : Marsilio.
- Jacobs, D. F. (1988). Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior, 4*, 27-37.
- Lavanco, G., Milio, A., & Croce, M. (2008). *Fughe nella dipendenza : la work addiction, personalità/dipendenze*. Modena : Mucchi Editore.
- Petry, N.M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction, 5*, 645-655.
- Rigliano, P. (2009). Come pensare il consumo di cocaina. In P. Rigliano, & E. Bignamini (Eds), *Cocaina. Consumo, psicopatologia, trattamento* (pp. 3-63). Milan : Raffaello Cortina.
- Rigliano, P., & Croce, M. (2001). Giochi d'azzardo e tossicodipendenza. In M., Croce & R. Zerbetto, (Eds). *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la cura, gli interventi possibili* (pp. 128-138). Milan : Franco Angeli. 128-138.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats. Pathological organization in psychotic neurotic and borderline patients*. London : Routledge.

11 Demande par les tiers d'interdiction d'accès aux établissements de jeux de hasard : mesure légale en Belgique

É. Marique

Ce chapitre a trait à la législation belge et se rapporte plus précisément à l'interdiction du joueur d'accéder aux jeux de hasard. Cette mesure constitue la meilleure disposition pour protéger le joueur qui ne sait plus résister au désir de jouer. Le législateur belge a choisi de mettre en place un système indépendant de celui des opérateurs. En effet, dans plusieurs pays, lorsque de toute évidence, un joueur se révèle comme ayant un comportement pathologique, un accord intervient entre l'opérateur et son client. Les modalités d'accès sont alors négociées entre eux¹.

La valeur de ce *modus vivendi* n'est pas démontrée. En effet, souvent, les mesures sont limitées à un établissement et non à tous les établissements du pays. Cette méthode n'a pas d'autres objectifs que de fidéliser le joueur à problème sans qu'il y ait une rupture entre lui et le jeu. Elle participe à une politique commerciale qui accepte les « petits arrangements ».

Le monde politique belge a choisi une autre voie. L'interdiction est totale et non modulable au gré des circonstances. Elle a une durée minimale. Le joueur n'a plus accès à un établissement de jeu de casinos ou d'arcades sur tout le territoire. Certes, il a toujours accès aux débits de boissons où les pertes horaires moyennes sont limitées à 12,50 euros. Pour les jeux plus proches de ceux qui sont autorisés, pour satisfaire ses pulsions, il lui reste à fréquenter les salles clandestines ou à se rendre à l'étranger. Il s'agit d'une démarche complémentaire qui précipite le joueur dans un univers non sécurisé et donc pas rassurant. Pour les jeux clandestins, le jeu n'y est pas sincère, et le racket y est présent...

La loi du 10 janvier 2010 prévoit l'exclusion de l'accès aux jeux de hasard des personnes qui ont un problème de dépendance au jeu. Cette interdiction

1 Ainsi, le joueur compulsif se voit proposer de ne plus avoir accès à la salle de jeu qu'une fois par semaine par exemple, soit un montant maximal joué par visite est fixé, soit il n'a pas accès à la partie de l'établissement où des boissons alcoolisées sont servies, etc.

d'accès peut être prononcée à la demande de toute personne intéressée². Cette demande comporte les motifs et est introduite auprès de la Commission des jeux de hasard. Celle-ci rend sa décision après avoir invité le joueur concerné à présenter ses moyens de défense.

Après un an³, le joueur interdit de jeu pourra demander la levée de cette exclusion en produisant des pièces qui établissent qu'il maîtrise le comportement de jeu et qu'il dispose des moyens nécessaires pour faire face à sa passion.

Plusieurs questions se posent :

- pourquoi une telle mesure ?
- quelle est la légalité de cette mesure ?
- s'agit-il d'une limitation contraire au droit de jouer ?
- pourquoi y a-t-il un nouvel examen lorsque le joueur interdit veut redevenir joueur effectif ?

Pourquoi tout tiers peut-il demander une exclusion d'accès au jeu ?

La loi du 7 mai 1999 permettait certes déjà des interdictions volontaires de la part des joueurs, mais avait en outre organisé des interdictions légales pour les magistrats, les notaires, les huissiers, les policiers et des interdictions judiciaires pour les malades mentaux, prodigues, trisomiques, etc. Mais ce système ne suffisait pas ; les conjoints ou les débiteurs d'allocations sociales ne pouvaient rien faire lorsque l'argent du ménage était flambé dans les salles de jeux de casinos ou dans les salles de jeux d'arcade. Souvent, les proches imitaient la signature du joueur sur les formulaires de demande d'interdiction pour freiner la passion. Les responsables locaux (maires, présidents de centres sociaux) voyaient que les indemnités financières versées par leur collectivité locale étaient englouties dans les jeux de hasard. En vain, plusieurs maires avaient fait des démarches pour obtenir l'exclusion. D'autre part, les casinos tenaient une liste d'interdits soit tricheurs, soit faussaires, soit autres.

La banque de données EPIS (*excluded person informatic system*) des interdits est centralisée auprès de la Commission des jeux de hasard qui doit être préalablement consultée par les opérateurs qui enregistrent la demande (photo, signature, profession, les coordonnées précises du joueur, copie de documents d'identité) avant que le joueur ne pénètre dans l'établissement. Les opérateurs de jeux sur Internet doivent consulter cette banque de données pour permettre l'accès des joueurs. Les moins de 21 ans et les joueurs interdits ne peuvent avoir accès aux jeux de hasard distribués sur Internet sous peine de sanctions pénales et administratives.

2 Article 54 de la loi du 7 mai 1999 actualisée par la loi du 10 janvier 2010.

3 Projet d'arrêté royal d'exécution de la loi.

Dans le futur, les proches et les responsables des centres d'aide financière pour les populations vulnérables seront habilités à demander l'exclusion. Les médecins, les psychologues ou les membres de la famille qui ne peuvent démontrer un intérêt matériel personnel ne seront pas recevables à introduire une telle demande d'exclusion.

La Commission des jeux de hasard ne pourra pas procéder d'office à l'exclusion de l'accès aux jeux.

Le législateur a ajouté que seront également exclus des jeux les débiteurs qui bénéficient d'un plan de règlement collectif de dettes fixé par les juridictions compétentes.

Quelle est la justification morale et juridique d'une telle habilitation de tiers ?

Premièrement, il ne s'agit pas d'une limitation disproportionnée de la liberté du citoyen par rapport à l'objectif poursuivi. Lorsque la maladie du jeu s'installe chez un être humain, celui-ci ne maîtrise plus son libre arbitre. Il perd par le jeu sa liberté d'esprit personnelle. Ce n'est donc pas la mesure légale qui le prive de sa liberté et donc du soi-disant droit de jeu.

En second lieu, le principe juridique est « qu'il est interdit à quiconque d'exploiter un jeu de hasard ou un établissement de jeux de hasard sans avoir obtenu une licence préalablement⁴ ». De même, il est interdit à quiconque de participer à un jeu de hasard sauf si le jeu est autorisé.

Le principe qui règle la matière est donc l'interdiction générale et l'exception réside dans l'autorisation d'exploiter et de participer au jeu.

Il n'y a donc pas de droit au jeu de hasard. Ce n'est que d'une manière très limitée que le jeu d'argent peut avoir lieu.

Il ne s'agit donc pas d'un droit fondamental de l'homme que de pouvoir s'asseoir à une table de jeu ou de glisser de l'argent dans un automate de jeu. Il s'agit simplement d'une mesure de sûreté temporaire par essence pour protéger d'une manière adéquate sans excès d'intervention de l'autorité les personnes vulnérables aux jeux. Jouer ne constitue pas un droit indispensable au citoyen pour vivre en société mais simplement une faculté parmi d'autres de l'exercice d'une liberté : celle de se faire plaisir. Créer un débat sur le droit fondamental au jeu ne supporte pas la comparaison avec les droits consacrés par la Convention européenne des droits de l'homme et par la plupart des constitutions (droit de liberté d'expression, d'association, de conscience, etc.). Jouer est une expression de la liberté. Une mesure d'interdiction imposée par la demande d'un tiers constitue une disposition de sûreté pour assurer une meilleure utilisation de cette faculté de jouer qui réduit les dégâts collatéraux des tiers (conjoints, etc.) et donc rétablir une égalité entre les membres de la société.

4 Article 4 de la loi du 7 mai 1999.

En outre, la cour⁵ de justice de l'Union européenne a rappelé à diverses reprises que l'article 46, paragraphe 1, CE, admet des restrictions justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité publique ou de santé publique. La jurisprudence de la cour a identifié un certain nombre de raisons impérieuses d'intérêt général susceptibles de justifier lesdites restrictions, telles que notamment les objectifs de protection des consommateurs, de prévention de la fraude et de l'incitation des citoyens à une dépense excessive au jeu ainsi que de prévention de troubles à l'ordre social en général. Dans ce contexte, les particularités d'ordre moral, religieux ou culturel ainsi que les conséquences moralement et financièrement préjudiciables pour l'individu et la société qui entourent les jeux et les paris peuvent être de nature à justifier, au profit des autorités nationales, d'un pouvoir d'appréciation suffisant pour déterminer les exigences que comporte la protection du consommateur et de l'ordre social. Les États membres sont donc libres de fixer, selon leur propre échelle de valeurs, les objectifs de leur politique en matière de jeux de hasard et, le cas échéant, de définir avec précision le niveau de protection recherché.

Enfin, le législateur a voulu une telle disposition.

Pourquoi y a-t-il un nouvel examen du dossier lorsque le joueur interdit veut redevenir joueur effectif ?

La durée d'exclusion n'est pas définie par la loi. Les arrêtés d'exécution fixent les modalités. Pour une interdiction volontaire, le joueur peut à tout moment demander sa réintégration dans sa faculté à jouer. Mais pour éviter que le joueur ne s'adonne à sa passion d'une manière l'impulsive, un délai de 3 mois est imposé et doit s'écouler entre la demande de réintégration et le retour effectif dans l'établissement de jeu. L'expérience a établi qu'un malade demande son interdiction puis ensuite postule de nouveau la faculté de pénétrer dans une salle de jeux pour ensuite redemander une interdiction. Cette oscillation entre d'une part accéder aux salles et d'autre part s'y faire interdire peut se répéter de nombreuses fois.

Pour l'exclusion à la demande d'un tiers, le joueur pourra demander sa réintégration un an après la décision d'exclusion. Il devra produire des pièces qui prouvent sa maîtrise du jeu (attestation de psychiatres, tests psychologiques, etc.). Des parlementaires avaient suggéré qu'une écoute psychologique, voire psychiatrique, soit mise en place par la Commission des jeux de hasard aux frais de celle-ci. Quelques parlementaires avaient suggéré l'engagement d'un tel personnel par la commission. Mais cette proposition n'a pas été retenue.

5 Arrêt du 6 novembre 2003, Gambelli, C-243/01, *Rec.* p. I-13031, point 63.

Arrêt du 6 mars 2007, Placanica, C-338/04, C-359/04 et C-360, *Rec. P.* I-1891, point 47.

Arrêt du 3 juin 2010 Betfair et Stichting de Nationale Sporttotalisator, points 26 et 27, non publié.

Mais il est apparu qu'il valait mieux une adhésion de la part des joueurs à un projet de maîtrise du jeu. Le choix du thérapeute et les méthodes de travail devaient rester libres pour filtrer une demande de réintégration à la faculté de jouer. Différentes expériences sont en cours, comme celle de la Clinique du jeu qui développe un *programme pour permettre aux joueurs de faire une première démarche pour arrêter ou diminuer le jeu* à l'aide d'un « coach virtuel », avec un bilan motivationnel. Ce sera quelque chose de très bref mais qui pourrait toucher des personnes qui ont des freins pour aller consulter. Ce serait une première accroche, un premier développement de la motivation. D'autres expériences sont en cours. Il est essentiel que la recherche médicale identifie la question du jeu comme une assuétude à part entière.

La Commission des jeux de hasard pourra examiner la demande, faire produire des attestations médicales et consulter l'entourage qui a introduit la première demande d'interdiction afin de se forger une opinion qui sera coulée en décision dont les effets sont temporaires. La maîtrise du jeu passe également par la capacité financière de se permettre le jeu.

Sur le plan statistique, le nombre total d'exclusions volontaires s'élevait au 1^{er} août 2010 à 15 994. Le système d'interdiction a été mis effectivement en place le 23 mars 2003. Depuis lors, le nombre d'interdits volontaires qui ont demandé leur réintégration dans leur faculté de jouer et puis qui ont redemandé une interdiction s'établit de la manière suivante :

Nombre d'exclusions	2	3	4	5	6	7	8
	1 091	214	64	16	3	1	1

Conclusion

La mesure d'interdiction d'accéder aux salles de jeux peut être envisagée de différentes manières :

- par un enregistrement à l'entrée des établissements ;
- par un contrôle de l'âge et d'une manière générale de l'accessibilité aux appareils de jeux.

Ainsi, il est possible que pour tout accès, la banque des personnes interdites soit consultée préalablement à l'entrée dans l'établissement ou pour l'utilisation d'appareils de jeux notamment offerts sur Internet ou les smartphones. Actuellement, un projet concret est mis en place pour que tous les appareils qui ne ressortent pas de la banque de données EPIS (machines dans les cafés) vérifient l'âge du candidat joueur par l'emploi de la carte d'identité électronique. L'exploitant sur place sera encore plus responsabilisé. Laisser jouer un mineur entraîne des sanctions pénales mais également administratives (suspension ou retrait de licence ou amendes).

Pour une meilleure effectivité de la protection du joueur, il importe de dissocier la protection du joueur du rapport du joueur avec l'opérateur et rendre ainsi la mesure autonome du rapport entre joueur et opérateur.

Cette interdiction doit être assurée pendant une durée minimale et sur un territoire aussi étendu que possible pour éviter que le joueur ne se déplace vers un établissement étranger. C'est pourquoi, la Commission belge des jeux de hasard plaide :

- pour un échange des listes d'interdits au moins avec les responsables des autorités des pays voisins dont la France ;
- pour l'instauration de journées annuelles internationales de protection des joueurs en diffusant une information indépendante de haute qualité pour le grand public mais également à l'intention des scientifiques sur l'assuétude aux jeux mais également sur la sincérité des jeux. Des films, posters, sites Internet interactifs, numéros d'appel d'urgence gratuits, bandes dessinées, spots TV et radio s'appuyant sur des études scientifiques sont autant d'instruments qui permettraient la sensibilisation des jeunes et des populations vulnérables ;
- pour le respect effectif de l'interdiction de la publicité pour les jeux illégaux ;
- pour l'interdiction des jeux gratuits qui banalisent les jeux de hasard au regard des populations vulnérables et jeunes ;
- pour l'identification du phénomène jeu comme étant unique et donc pour un traitement cohérent de tous les aspects en évitant la dispersion des autorités qui ont la charge d'apporter une réponse à l'assuétude aux jeux.

Certes, le jeu est polymorphe (loterie, casinos, promotionnels, paris, réels-virtuels) mais, au regard des consommateurs et des joueurs, les effets négatifs sont indépendants de la forme du jeu. La vitesse d'installation de la compulsivité et sa densité peuvent varier suivant la nature des jeux et de la publicité qui y est liée.

12 La connaissance du gain d'autrui dans un jeu de hasard et d'argent : une incitation au risque ?

F. Martinez, V. Le Floch

Les histoires sur les gains aux jeux de hasard et d'argent sont largement diffusées par les médias, alors que les pertes sont beaucoup plus fréquentes que les gains (McMullan et Mullen, 2001). Au travers de plus de 40000 points de ventes, la Française des jeux informe de la possibilité de gagner en affichant des informations du type : « *Au Morpion : ici, un gagnant à 1 000 € le 29.09.2010* ». Sur le site web de la Française des jeux, une rubrique « Gagnants » permet de voir la liste des gagnants aux divers jeux. Ces pratiques peuvent avoir des conséquences importantes sur les comportements de jeux de hasard et d'argent. Imaginons deux joueurs, Alice et Kelly, misant sur des machines à sous. Alice joue seule dans un casino désert, alors que Kelly est dans un casino bondé. Les deux viennent de perdre leur dernière pièce. Kelly est alors témoin du gain d'un autre joueur. Qui a le plus de risques de jouer de nouveau, Alice ou Kelly ?

Selon une perspective traditionnelle, nous déterminerions qui, parmi les deux protagonistes, a le plus long historique de jeu, quelles sont leurs différences individuelles, en termes, par exemple, d'antécédents familiaux, d'intelligence, de toxicomanie, d'extraversion, etc. Néanmoins, la présente étude traite de cette question selon une approche de cognition sociale. Comme l'ont suggéré Rockloff et Dyer (2007), la présence de co-acteurs ou d'une audience peut faciliter l'exécution d'une variété de comportements. S'appuyant sur cette observation, cette étude vise à acquérir une meilleure compréhension de l'effet de la connaissance du gain d'autrui sur les comportements de jeu. Tout d'abord, nous présentons des recherches, suggérant que la connaissance du gain d'autrui augmente la prise de risque des joueurs (Kearnay et Drabman, 1992 ; Le Floch et al., 2004). Ensuite, nous exposons des résultats illustrant le fait que la perception subjective d'un joueur des caractéristiques des autres joueurs peut influencer sa propre illusion de contrôle (Dykstra et Dollinger, 1990 ; Langer, 1975). En outre, cette illusion de contrôle est un facteur central de l'augmentation de la prise de risque (voir par exemple Walker, 1992). Des résultats expérimentaux (Martinez et al., 2005 ; Martinez et al., 2011), obtenus en laboratoire, sont

d'ailleurs concordants avec le modèle causal selon lequel la connaissance du gain d'autrui accentue l'illusion de contrôle du joueur, engendrant alors une hausse de la prise de risque. Il reste à identifier les processus psychologiques sous-jacents à l'augmentation de l'illusion de contrôle consécutive à l'annonce du gain d'autrui. Nous supposons que la connaissance du gain d'autrui augmente la croyance du joueur quant aux compétences du gagnant à pouvoir contrôler le jeu. Dans cette optique, nous décrivons, enfin, une étude expérimentale, testant d'une part cette hypothèse et d'autre part si la suppression de cette croyance inhibe l'augmentation de la prise de risque subséquente à la connaissance du gain d'autrui. En d'autres termes, l'objectif est de montrer que ce n'est pas en soi la connaissance du gain d'autrui qui accentue la prise de risque dans un jeu de hasard et d'argent, mais la croyance que ce gain émane du contrôle d'autrui.

Pourquoi et comment la connaissance du gain d'autrui induit des comportements de jeu de hasard et d'argent et augmente la prise de risque ?

Des études fondées sur la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977) ont montré que la participation à des jeux de hasard et d'argent est implicitement renforcée par des facteurs tels que l'influence des pairs et de la famille (Browne et Brown, 1994 ; Hardoon et Derevensky, 2001). En d'autres termes, les parents et les amis serviraient de modèles.

À titre d'exemple, des enfants d'âge préscolaire se sont révélés plus susceptibles de s'engager dans des comportements à risque dans un jeu de pur hasard après avoir vu un pair qui venait apparemment de gagner ostensiblement à ce même jeu (Kearney et Drabman, 1992). En ce qui concerne les adultes, afin d'accroître leur prise de risque, il ne semble pas nécessaire qu'ils soient témoins directs du gain d'autrui. En effet, la moitié des 182 participants (âge moyen 32,5 ans) d'une étude de Mushquash (2004), interrogés *via* Internet, indiquent qu'ils ressentent l'envie de jouer lorsqu'ils savent que quelqu'un a gagné ; peu importe, d'ailleurs, que cette information provienne d'un proche, d'une vague relation ou d'un simple affichage. Une étude récente (Rockloff et Dyer, 2007) a testé un effet de facilitation sociale (Zajonc, 1965) sur la prise de risque lors d'une session de jeu aux machines à sous. Dans cette recherche, certains participants ont reçu de faux avertissements, laissant entendre que d'autres joueurs, dans des salles adjacentes, jouaient au même jeu et parfois gagnaient. Cette expérience a démontré que la présence implicite ainsi que les gains des autres joueurs intensifient la pratique de jeux de hasard et d'argent, illustrée par une plus grande persistance et des paiements finaux inférieurs. Martinez et al. (2005) ont testé directement, en laboratoire, l'hypothèse selon laquelle la connaissance du gain d'autrui dans un jeu de hasard et d'argent augmente la prise de risque subséquente à ce même jeu. Cette étude n'a certes pas évalué,

écologiquement, les effets de la présence de co-acteurs sur le comportement de jeu en temps réel. Néanmoins, cette dernière a suggéré que l'information sur le gain des autres est susceptible d'aggraver le comportement de jeu, illustré par une hausse de la prise de risque. Dans cette étude, les participants jouaient individuellement à un jeu de roulette française, simulé sur ordinateur. L'expérimentateur annonçait à la moitié des participants qu'un joueur précédent avait réalisé un gain important. Les résultats indiquent que la simple connaissance de ce gain suffit à augmenter la prise de risque. Il reste donc à identifier les mécanismes responsables de cette accentuation. Notre intérêt s'est porté sur l'illusion de contrôle puisqu'il existe une abondante littérature mettant en exergue la centralité d'une telle variable dans l'explication des conduites de jeu (Griffith, 1994 ; Ladouceur et al., 2000). En outre, certaines recherches (Dykstra et Dollinger, 1990 ; Langer, 1975 ; Martinez et al., 2005) que nous exposons dans la partie suivante laissent supposer un lien entre l'illusion de contrôle et la connaissance du gain d'autrui.

Pourquoi et comment la connaissance du gain d'autrui conduit à une augmentation de l'illusion de contrôle ?

Langer (1975, p. 313) définit l'illusion de contrôle comme « *an expectancy of a personal success probability inappropriately higher than the objective probability would warrant* » [une importante surestimation de la probabilité de succès personnel par rapport à la probabilité objective]. Autrement dit, il s'agit d'une « perception de réussite qui dépasse les espoirs légitimes que prescrivent les lois de la probabilité » (Ladouceur et Mayrand, 1983, p. 83). En outre, le degré de cette « illusion » serait influencé par les caractéristiques du jeu. Ainsi, Langer (1975) a démontré expérimentalement que plus une situation de jeu de hasard et d'argent possède des caractéristiques inhérentes (ou du moins pouvant être reliées) à une situation d'adresse (choix, familiarité, participation active et compétition), plus les joueurs croient qu'ils peuvent y investir des connaissances pertinentes afin de maximiser leurs chances de gagner. Dans sa première étude, Langer (1975) a testé l'effet de l'instauration d'un contexte de compétition dans un jeu de pur hasard, au sein duquel le joueur qui tire au sort la plus forte carte gagne le tour de mise. Les résultats démontrent que les participants paraient en moyenne significativement plus quand ils percevaient l'adversaire, complice de l'expérimentateur, comme incompetent que lorsque celui-ci leur paraissait compétent. Langer a interprété ces résultats comme indiquant que, dans un contexte de compétition, les participants ne tiennent pas compte de la nature incontrôlable et aléatoire du hasard. Au contraire, ils interprètent ce jeu de pur hasard, après l'introduction d'un contexte de compétition, comme une tâche d'adresse, où les probabilités de gain dépendent de leur niveau de compétence par rapport à celui de l'autre joueur et où ils peuvent appliquer des stratégies pour augmenter leurs gains. Le contexte de

compétition direct n'est cependant pas nécessaire à la production d'une telle illusion de contrôle. En effet, Dykstra et Dollinger (1990) n'ont pas utilisé une tâche de compétition directe : ils ne font que diffuser aux participants de la recherche une vidéo d'un autre joueur, se présentant soit comme compétent, soit comme incompétent. Les résultats indiquent que les participants confrontés au modèle incompétent avançaient, pour eux-mêmes, des probabilités subjectives de succès significativement supérieures au résultat de ce modèle. Ces résultats suggèrent que les participants estiment leur probabilité de réussite en fonction de leur perception de la compétence du modèle comme s'il s'agissait d'une tâche d'adresse. Les résultats de Martinez et al. (2005) montrent que la connaissance du gain d'autrui augmente significativement le temps pris par les participants pour choisir les paris, engendrant alors une hausse de la prise de risque. L'analyse de la littérature sur la prise de décision nous apprend que cette dernière résulte d'un compromis entre le désir de prendre une décision correcte et celui de minimiser l'effort cognitif (voir par exemple Payne et al., 1993). En outre, les gens régulent cet effort en fonction de la croyance qu'ils ont sur les effets de leurs actions (Bandura, 1986). En d'autres termes, ils consentent à faire des efforts de réflexion uniquement lorsqu'ils perçoivent la tâche comme contrôlable. Le temps de mise constituerait donc un indicateur indirect de l'illusion de contrôle. Ces résultats semblent donc attester du modèle causal selon lequel la connaissance du gain d'autrui accentue l'illusion de contrôle, engendrant alors une hausse de la prise de risque. Afin de confirmer ces résultats, ces auteurs (Martinez et al., 2011) réalisent une autre étude en laboratoire, en mesurant, cette fois-ci, l'illusion de contrôle à l'aide de deux indicateurs autres que le temps de mise, à savoir le niveau estimé de réussite personnelle conformément à la définition de Langer (1975) et un indice subjectif mesuré à l'aide de deux items. En premier lieu, en accord avec les résultats de Martinez et al. (2005), plus les participants prennent du temps pour miser, plus leur indice de perception subjective de contrôle est élevé [$r(24) = 0,72, p < 0,001$], et plus leur espérance de gain est élevée [$r(24) = 0,70, p < 0,001$]. Les auteurs normalisent donc ces trois indicateurs et calculent un score moyen d'illusion de contrôle pour chaque participant. Les résultats, obtenus suivant la procédure établie par Baron et Kenny (1986) pour tester les effets de médiation, valident le modèle causal selon lequel la connaissance du gain d'autrui induit une hausse de l'illusion de contrôle, engendrant alors une hausse de la prise de risque.

La présente recherche vise à identifier les processus psychologiques sous-jacents à l'accentuation de l'illusion de contrôle consécutive à l'annonce du gain d'autrui. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle le gain d'autrui est attribué de façon erronée aux compétences de ce dernier et non au hasard. Nous nous attendons donc à une corrélation positive entre les indicateurs de l'illusion et le degré de contrôle attribué au gagnant. En d'autres termes, nous supposons que plus les participants estiment que le gagnant contrôle la situation, plus leur illusion de contrôle est élevée. En outre, les joueurs ne devraient plus être influencés par l'annonce du gain d'autrui s'ils sont informés du fait que ce gain est fortuit. Plus précisément, la visée est de montrer

que l'accentuation de la prise de risque suite à une telle annonce est inhibée, en rendant expérimentalement saillant le fait que le hasard est le seul responsable de ce gain. Il est donc supposé que le joueur, lorsqu'il pense que le bénéficiaire d'un gain ne contrôlait pas la situation, ne manifeste pas une accentuation de l'illusion de contrôle. Cette annonce n'engendrerait alors plus une hausse de la prise de risque.

Expérience

Méthodologie

Trente-six étudiantes d'université, âgées de 18 à 27 ans (âge moyen 22,8 ans), ne présentant pas de problème avec le jeu et ne connaissant pas le jeu de roulette française, ont participé à cette expérience. Les participantes ont été invitées à jouer, individuellement, à un jeu de roulette française simulé par ordinateur. Elles étaient assignées aléatoirement dans l'un des trois groupes. De manière identique à l'expérience de Martinez et al. (2005), le type d'annonce était manipulé en inter-participant par les variantes de la consigne donnée aux participants : « À la fin du jeu, je marquerai sur une feuille comme celle qui est sous le clavier de l'ordinateur votre résultat, c'est-à-dire le nombre de points qu'il vous reste. D'ailleurs, comme vous pouvez le voir, Dominique Fabre, qui a joué précédemment : (i) a gagné 750 points (condition gain) ; (ii) a gagné 750 points (condition gain non contrôlé), [l'expérimentateur ajoute :] "mais il m'a dit qu'il ne contrôlait pas la situation, qu'il avait joué au hasard et puis voilà 750 points" ; (iii) [dans la condition sans annonce, l'expérimentateur signale uniquement qu'il marquera le résultat sur une feuille]. » Afin de ne pas éveiller les soupçons du participant, l'expérimentateur attire alors son attention sur le désordre qui règne dans la salle du fait de la présence de nombreux tas de papiers et se demande à voix haute : « Que fait cette feuille sous le clavier ? Il faudrait que je la range, mais on verra cela après. » Ainsi, la feuille indiquant le résultat d'autrui reste visible pendant toute la durée de la partie. Un entretien postexpérimental offrait l'opportunité d'informer les participants sur la recherche et de satisfaire aux normes déontologiques d'usage. La prise de risque a été mesurée en utilisant l'indice RT (Martinez et al., 2005) adapté de Ladouceur et Mayrand (1986) qui tient compte conjointement du montant misé et de la probabilité de gagner du pari ainsi que du nombre total de jetons possédé par le joueur au moment de sa mise. L'illusion de contrôle a été mesurée à l'aide de trois indicateurs : (i) la perception subjective de contrôle [avant le début du jeu et après l'explication des règles du jeu, chaque participant devait indiquer son degré d'accord avec les deux items suivants sur une échelle (échelle polarisée de 1 correspondant à « désaccord total » à 7 correspondant à « accord total ») : « Il existe des stratégies qui permettent d'augmenter la probabilité de gain » ; « Plus je réfléchis aux techniques possibles pour placer mes paris, plus j'augmente mes chances de succès »] ; (ii) le niveau estimé de réussite personnelle (avant le début du jeu et après l'explication des règles du jeu, chaque participant devait

spécifier son niveau d'attente de réussite personnelle à l'aide de la question suivante : « Quel score croyez-vous obtenir ? » ; (iii) le temps pris par les participants à chaque tour pour placer leurs paris. À la fin de l'expérience, chaque participant, confronté au gain d'autrui, estimait dans quelle mesure le participant précédent contrôlait la situation à l'aide de la question suivante : « Selon vous, le participant précédent contrôlait-il la situation ? Indiquez votre réponse sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 20 (totale-ment) » (Martinez et al., 2011, pour une description plus détaillée de la procédure).

Résultats

Comme prévu, l'illusion de contrôle est liée au degré de contrôle attribué au gagnant. Plus les participants estimaient que le gagnant contrôlait la situation, plus les estimations moyennes subjectives d'illusion de contrôle étaient élevées [$r(24)=0,72$, $p < 0,001$], plus le niveau d'attente de réussite personnelle était important [$r(24)=0,46$, $p < 0,05$] et plus les participants prenaient du temps pour miser [$r(24)=0,43$, $p < 0,05$]. En outre, plus les participants attribuaient du contrôle au gagnant et plus ils prenaient de risque [$r(24)=0,59$, $p < 0,001$].

Comme supposé, la prise de risque est affectée par le type d'annonce ; [$F(2, 33) = 10,5$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,39$]. Plus précisément, les comparaisons planifiées révèlent que les participants informés uniquement du gain d'autrui prennent significativement plus de risque, $M = 0,09$ ($ET = 0,04$) *versus* $M = 0,03$ ($ET = 0,03$), que ceux du groupe « sans annonce » [$F(1, 22) = 13,62$, $p < 0,01$, test de Dunnett]. En revanche, les participants informés que le gain d'autrui est fortuit présentent des niveaux similaires de prise de risque à ceux de la condition « sans annonce », $M = 0,03$ ($ET = 0,03$) *versus* $M = 0,03$ ($ET = 0,03$) [$F(1, 22) = 0,01$, $p = 0,63$].

Le même pattern de résultats se retrouve pour tous les indicateurs de l'illusion de contrôle. Ces derniers sont influencés significativement par le type d'annonce : $F(2, 33) = 5,7$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,26$; $F(2, 33) = 4,64$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,22$; et $F(2, 33) = 11,66$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,41$; respectivement pour les estimations subjectives, l'espérance de gain et les temps de mise. Les comparaisons planifiées révèlent que les participants de la condition « gain » :

(i) présentent une perception subjective de contrôle plus élevée, $M = 5,33$ ($ET = 1,45$) *versus* $M = 3,63$ ($ET = 1,33$), $F(1, 22) = 9,02$, $p < 0,01$, test de Dunnett, que ceux de la condition « sans annonce » ;

(ii) font part d'une estimation de réussite personnelle plus importante, $M = 195,67$ ($ET = 191,61$) *versus* $M = 65,92$ ($ET = 47,74$), $F(1, 22) = 5,18$, $p < 0,05$, test de Dunnett, que ceux de la condition « sans annonce » ;

(iii) prennent plus de temps pour miser, $M = 41,91$ ($ET = 8,46$) *versus* $M = 19,8$ ($ET = 5,9$), $F(1, 22) = 12,92$, $p < 0,01$, que ceux de la condition « sans annonce ».

En revanche, en accord avec nos hypothèses, les participants informés que le gain d'autrui n'était pas contrôlé ne présentaient pas des indicateurs

d'illusion de contrôle significativement différent de ceux de la condition « sans annonce », $M = 3,83$ ($ET = 1,27$), $F(1, 22) = 0,16$, $p = 0,91$; $M = 74,58$ ($ET = 42,39$), $F(1, 22) = 0,22$, $p = 0,98$; $M = 20,75$ ($ET = 5,34$), $F(1, 22) = 0,17$, $p = 0,59$; respectivement pour les estimations subjectives, l'espérance de gain et les temps de mise.

Enfin, en ce qui concerne la comparaison de la condition « gain » et de la condition « sans annonce », les résultats, obtenus suivant la procédure établie par Baron et Kenny (1986) pour tester les effets de médiation, confirment le modèle causal selon lequel la connaissance du gain d'autrui induit une hausse de l'illusion de contrôle, engendrant alors une hausse de la prise de risque.

Discussion

Cette expérience tend à démontrer que l'accentuation de la prise de risque consécutive à l'annonce du gain d'autrui est subordonnée à la croyance que ce dernier contrôlait la situation. La présente étude a permis, en agissant sur la variable médiatrice, de contrecarrer l'accentuation de la prise de risque consécutive à l'annonce d'un gain d'autrui. En rendant saillant le fait que le gain d'autrui est à attribuer uniquement au hasard, les participants exposés à ce gain ne pensent plus qu'autrui contrôlait la situation. Ainsi, les participants exposés à un gain d'autrui, mais qui estiment que le bénéficiaire du gain ne contrôlait pas la situation, ne manifestent pas d'accentuation de leur illusion de contrôle. L'accentuation de la prise de risque est alors supprimée. Ce n'est donc pas la connaissance du gain d'autrui qui accentue la prise de risque dans un jeu de hasard et d'argent, mais la croyance que ce gain émane du contrôle d'autrui.

Références

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive*. Englewood Cliffs : Prentice Hall.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Browne, B.A., & Brown, D.J. (1994). Predictors of lottery gambling among American college students. *Journal of Social Psychology*, 134, 339-347.
- Dykstra, S.P., & Dollinger, S.J. (1990). Model competence, depression, and the illusion of control. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 28, 235-238.
- Griffiths, M.D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85, 351-369.
- Hardoon, K.K., & Derevensky, J.L. (2001). Social influences in children's gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 17, 191-214.
- Kearney, C.A., & Drabman, R.S. (1992). Risk taking/gambling-like behavior in preschool children. *Journal of Gambling Studies*, 8, 287-297.
- Ladouceur, R., & Mayrand, M. (1983). L'évaluation de l'orientation d'adresse en fonction de quatre types de jeux de hasard et d'argent. *Revue canadienne des sciences et du comportement*, 15, 82-91.

- Ladouceur, R., & Mayrand, M. (1986). Caractéristiques psychologiques de la prise de risque monétaire des joueurs et des non-joueurs à la roulette. *International Journal of Psychology*, 21, 433-443.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2000). *Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*. Paris : Les Éditions de l'Homme.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.
- Le Floch, V., Martinez, F., & Gaffié, B. (2004). L'annonce du résultat d'autrui : un second point de référence ? *Canadian Journal of Behavioural Science*, 36, 310-320.
- Martinez, F., Le Floch, V., Gaffié, B., & Villejoubert, G. (2011). Reports of wins and risk taking : an investigation of the mediating effect of the illusion of control. *Journal of Gambling Studies*, 27, 271-285.
- Martinez, F., Le Floch, V., & Gaffié, B. (2005). Lien entre perception de contrôle et prise de risque dans un jeu de hasard : quand l'annonce d'un gain d'autrui intervient. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 18, 129-151.
- McMullan, J.J., & Mullen, J. (2001). What makes gambling news ? *Journal of Gambling Studies*, 17, 321-352.
- Mushquash, C. (2004). *An examination of the cue-reactivity of gambling wins*. MA Thesis : Department of Psychology, Lakehead University.
- Payne, J.W., Bettman, J.R., & Johnson, E.J. (1993). *The adaptive decision maker*. New York : Cambridge University Press.
- Rockloff, M., & Dyer, V. (2007). An experiment on the social facilitation of gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 23, 1-12.
- Walker, M.B. (1992). *The psychology of gambling*. Oxford : Pergamon Press.
- Zajonc, R.B. (1965). Social facilitation. *Science*, 149, 269-274.

13 Étude exploratoire sur les habiletés liées au poker Texas hold'em

G. Bouju, M. Grall-Bronnec, V. Quistrebert-Davanne, J.-L. Vénisse

Introduction

Quelques chiffres sur le poker

Selon une étude du cabinet de consulting spécialisé *Poker Players Research* (2010), menée au printemps 2010 sur un échantillon de plus de 346 000 joueurs en ligne (tous jeux d'argent confondus), le poker aurait conquis 44,5 millions d'adeptes au niveau mondial, dont près de la moitié joue en ligne. Quant à la France, elle compterait 2,5 millions de joueurs de poker (Dorin, 2009), dont 1,3 millions jouent en ligne (*Poker Players Research*, 2010). Le Texas hold'em (TH) est actuellement la variante la plus populaire du poker.

Le Texas hold'em, un jeu mêlant hasard et stratégie

La plupart du temps, l'initiation au poker se fait *via* un cercle d'amis, donnant une dimension conviviale au jeu. Si cet aspect social a fortement contribué à la popularisation du poker, la dimension d'adresse présente dans le jeu est également l'une des motivations principales à jouer invoquée par les joueurs (Shead et al., 2008 ; Wood et al., 2007). Comme dans tous les jeux mêlant hasard et stratégie, les joueurs de poker auraient tendance à surestimer la dimension stratégique du jeu. Ainsi, selon les études, un tiers à la moitié des joueurs considèrent que l'habileté est prédominante, voire omniprésente, dans le poker (Sévigny et al., 2008 ; Wood et al., 2007). Plusieurs études ont tenté d'apporter une réponse à la question de la part respective de hasard et d'habileté dans le TH, mais la communauté scientifique reste partagée. Une étude canadienne a montré que les joueurs de poker, même d'un bon niveau, ne semblaient pouvoir gagner que lorsque la distribution des cartes leur était favorable, plaidant ainsi pour une prédominance du hasard (Sévigny et al., 2008). Au contraire, d'autres auteurs ont montré que l'apprentissage de stratégies utilisées au poker améliorerait les performances des joueurs (Dedonno et Dettermann, 2008). D'autres auteurs ont même suggéré que les habiletés développées par les joueurs de poker pouvaient être transposables à d'autres domaines de la vie (gestion

du stress, capacités d'adaptation, etc.), notamment sur le plan professionnel et relationnel (Parke et al., 2005). Une autre étude apportait une nuance à ces deux avis tranchés, en indiquant que la part d'habileté au poker était dynamique et relative, et variait notamment selon le niveau des joueurs assis à la table (Turner et Fritz, 2001).

Les problèmes de jeu au poker

La prévalence du jeu problématique est en général estimée à 1 à 3 % de la population adulte (Adès, 2000 ; Ladouceur et al., 2005 ; Toneatto et Millar, 2004). Le poker, notamment le poker en ligne, n'échappe pas à ces pratiques à risque, qui sont constatées dans les services de soins spécialisés (environ un cinquième de la file active du Centre de référence sur le jeu excessif du CHU de Nantes sont des joueurs de poker, dont plus des trois quarts jouent en ligne). Il n'existe à ce jour aucune étude de prévalence en population générale sur les problèmes de jeu liés au poker, les seules études à ce sujet ayant été menées auprès de sous-échantillons de joueurs, principalement des étudiants. Par exemple, Wood et al. (2007) constataient que près de la moitié d'un échantillon de 422 étudiants joueurs de poker en ligne présentaient des problèmes de jeu, signifiant une vulnérabilité particulière de la population étudiante. Selon certaines études, les problèmes de jeu au poker présenteraient des particularités par rapport aux autres jeux de hasard et d'argent. Ainsi, les dommages se manifesteraient plutôt par un excès de temps passé à jouer que par des pertes financières importantes, comme cela est le cas pour la plupart des jeux de hasard et d'argent. L'absence de conséquences financières graves induirait une difficulté à prendre conscience du problème et un recours aux soins moins évident (Shead et al., 2008). De plus, la place des distorsions cognitives ne serait pas univoque comme elle peut l'être pour les autres jeux de hasard et d'argent (Mitrovic et Brown, 2009). Il semble qu'elles soient plutôt impliquées dans l'initiation des problèmes de jeu que dans leur maintien. Elles s'atténueraient ainsi au fil du temps du fait notamment de l'expérimentation de pertes grandissantes (Wood et al., 2007).

Objectifs

Il s'agit d'une étude préliminaire sur les habiletés et les pratiques problématiques liées au poker TH. Plutôt que de vouloir quantifier les parts respectives de hasard et de stratégie au poker, nous avons préféré mener une étude qualitative afin de mieux appréhender, du point de vue des joueurs, les spécificités de ce jeu parmi les autres jeux de hasard et d'argent. L'objectif principal de cette étude était notamment de définir leur perception des habiletés et qualités essentielles que doit posséder un bon joueur de poker TH. L'objectif secondaire de l'étude était de connaître leur trajectoire et rapport au jeu, et notamment d'établir le profil de deux catégories de joueurs : les joueurs récréatifs et les joueurs problématiques.

Méthodes

L'échantillon était composé de 16 joueurs confirmés de poker TH, dont 8 étaient dépistés selon le DSM-IV (1996) comme récréatifs (0 à 2 critères) et 8 comme problématiques (au moins 3 critères). Dans chaque groupe, les joueurs en ligne et hors ligne étaient équitablement représentés. Tous les participants étaient des hommes. Des entretiens individuels, d'une durée approximative de 2 heures, ont été réalisés dans les locaux de l'institut ou au domicile du joueur. Le guide d'entretien permettait d'interroger le joueur sur sa relation générale au jeu, et au poker notamment, sur sa trajectoire de jeu et sur sa perception de l'habileté au TH. La plupart des entretiens incluaient une observation en situation de jeu (poker en ligne notamment), associée à un questionnaire sur les mécanismes de pensée menant à la prise de décision. Les entretiens ont été analysés par une analyse de contenu du discours.

Principaux résultats

Perceptions des joueurs sur l'habileté au Texas hold'em

Une des grandes particularités accordée au poker par les joueurs interrogés résidait dans la nature de l'adversaire : un autre joueur, qui est donc faillible, au lieu d'un opérateur de jeu, programmé pour être rentable. Les compétences requises au TH selon notre panel ont été regroupées en trois composantes de l'habileté (technique, psychologique et financière).

Composante technique

La composante technique du jeu réside principalement dans la connaissance et la maîtrise des règles du jeu, dans l'apprentissage des statistiques et probabilités concernant les chances de gains de chaque main de départ et des « *outs* » (ces cartes communautaires qui permettent d'améliorer la main de départ), et dans la connaissance des stratégies communément utilisées. Sur cet aspect du jeu, les compétences mises en avant par notre échantillon étaient la concentration et l'attention, ainsi que les aptitudes mathématiques et le raisonnement logique.

Composante psychologique

Elle est double.

Le *décodage des adversaires* consiste dans un premier temps à appréhender le niveau des autres joueurs présents, et notamment à se situer autour de la table. Il s'agit ensuite de savoir observer et analyser les comportements d'agressivité ou de prudence, les habitudes de mises en fonction du type de jeu, les modifications de comportements de jeu, les indices gestuels (*tells*), etc. Enfin, il faut savoir identifier les points faibles des autres joueurs (superstitions, angoisses, rapport à la chance, besoin de concentration, etc.).

pour s'en servir, l'objectif étant de déstabiliser son adversaire. Pour cette dimension, les compétences dégagées par les joueurs interrogés étaient la concentration, l'attention et l'intuition.

La *maîtrise de soi* intervient à travers la connaissance et la gestion de ses propres limites. La frustration, notamment en *live* où les parties sont plus lentes, peut alimenter une mauvaise gestion des émotions (empressement, manque de discernement). Il s'agit également d'imposer sa présence et sa personnalité à la table, de démontrer son aisance. Dans ce cadre, la dimension théâtrale peut devenir importante. Il faut enfin pouvoir rester le plus illisible possible, et le contrôle de ses propres tics gestuels est ainsi primordial. Pour cette dimension, les compétences requises selon notre panel étaient la connaissance et la maîtrise de soi, et les capacités d'adaptation.

Composante financière

Elle se situe à mi-chemin entre les dimensions technique et psychologique. La notion de rapport à l'argent ne se limite pas à l'argent engagé, mais réside dans l'équilibre difficile entre l'audace et la prise de risque d'un côté, et le sang-froid, la distance et les limites de l'autre. L'appréciation du risque financier est primordiale et doit rester froide, sans implication émotionnelle, pour être pertinente. Sur cet aspect financier, les compétences avancées par notre échantillon de joueurs étaient la discipline, la patience et le sang-froid, ainsi qu'une vision globale et à long terme du rapport gains/pertes.

Trajectoire des joueurs de Texas hold'em : deux profils distincts

Si la rencontre avec le poker débutait souvent avec sa variante à cinq cartes (poker fermé), elle était vite abandonnée au profit du TH, considéré comme plus excitant, plus stimulant. De manière générale, les joueurs de notre panel avaient débuté le TH à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, par l'intermédiaire d'un groupe d'amis (très) proches, et s'y investissaient souvent rapidement jusqu'à ce qu'il devienne le jeu le plus pratiqué, voire le seul jeu pratiqué.

De façon un peu caricaturale, il est possible d'opposer deux profils contrastés de joueurs, récréatifs ou au contraire problématiques, sur la base notamment de leur rapport au poker.

Le joueur récréatif

Il a un équilibre personnel et professionnel qui permet au poker de rester un loisir parmi d'autres. Son rapport à l'argent est sain, avec des limites de budget claires et une vision à long terme, ne le mettant jamais en danger au niveau financier (le budget poker est déconnecté du « nécessaire pour vivre »). L'argent est une motivation parmi d'autres, et le véritable intérêt porté au poker est la maîtrise du jeu, *via* la compétition. Même si les émotions procurées par le jeu sont fortes, elles sont circonscrites dans des états émotionnels proches de ceux que peut procurer toute compétition. On peut parler de *profil rationnel*, illustré par les propos d'un joueur récréatif : « J'ai

plein de trucs à côté que j'aime, qui me permettent de garder la tête sur les épaules, ma femme, mes enfants, ma boîte, le tennis. »

Le joueur problématique

Il a une certaine précarité personnelle et professionnelle, dans laquelle il ne s'épanouit pas. Ce manque d'équilibre le conduit à accorder une importance surdimensionnée au poker, avec la possibilité d'accéder à une personnalité plus prestigieuse. Le budget poker est approximatif, avec des limites financières floues et une vision à court, voire très court terme, du rapport gains/pertes (de l'ordre du coup ou de la partie). L'argent est LA motivation première, conduisant à des attentes démesurées, presque magiques, avec le fantasme d'un changement radical de vie. Au poker, la maîtrise de la technique n'est importante que parce qu'elle permet d'accéder aux gains, le jeu étant vu comme un moyen de gagner de l'argent vite et facilement. Les émotions procurées sont telles qu'elles conduisent à des états extrêmes difficilement contrôlables, engendrant des pulsions de jeu irrésistibles et altérant par ailleurs l'appréciation des risques. Le jeu est vécu en dehors de la réalité, avec une tendance à l'échappement de soi et à la théâtralisation. Plus qu'une compétition, la partie est vécue comme un combat dont les enjeux sont quasi vitaux. L'impulsivité et les conduites à risque sont au cœur de ce fonctionnement, fondé sur le principe du plaisir immédiat. On peut parler de *profil émotionnel*, illustré par les propos d'un joueur problématique : « C'est une drogue, je vais avoir envie d'y jouer pour gagner, je vais être tenté par l'appât du gain. »

Discussion

Perception d'habileté au poker Texas hold'em

Il semble donc qu'il ne faille pas vouloir classer le poker dans la catégorie des jeux de hasard pur, ni dans celle des jeux de stratégie pure, mais plutôt considérer que le poker est une association étroite et complexe de ces deux composantes. La composante d'adresse est indiscutablement présente, mais il resterait toujours une part de hasard non réductible, notamment lorsque les compétences réciproques des adversaires sont équivalentes. C'est ainsi que Claude Boutin (2010) classe le TH dans une catégorie à part, celle des jeux « avec adresse et profit potentiel », la notion de profit étant évaluée selon que le joueur joue contre un opérateur ou un autre joueur. D'après les résultats de notre étude, l'habileté au poker semble être la résultante de plusieurs compétences acquises ou innées, influençant chacune l'une ou l'autre ou même les trois composantes de l'habileté dégagées. Par extrapolation, nous avons rapproché les différentes compétences, mises en avant par les joueurs interrogés, de grandes fonctions cognitives telles que la perception (processus de recueil et de traitement de l'information sensorielle), l'attention (processus de sélection d'informations et de leur maintien à un certain niveau de conscience), le raisonnement (processus élaboré consistant à effectuer des inférences afin de conduire à une prise de

décision adaptée, et qui se décline en différents processus cognitifs : résolution de problème, logique, stratégie, raisonnement hypothético-déductif, planification de l'action, adaptation et inhibition comportementale, etc.) et enfin la mémoire (qu'elle soit à court terme comme la mémoire sensorielle ou la mémoire de travail, ou à long terme comme la mémoire explicite intégrant la mémoire épisodique ou sémantique, et la mémoire implicite intégrant notamment la mémoire émotionnelle). Influençant chacune de ces fonctions cognitives, les émotions jouent un rôle essentiel, notamment à travers les capacités d'autorégulation. Ainsi, une étude de Parke et al. (2005) suggère que l'autorégulation est l'élément crucial qui permet de distinguer les bons joueurs des novices, et également des joueurs problématiques. Une faible implication émotionnelle dans le jeu permettrait de conserver une analyse froide, et d'éviter notamment des spirales infernales de « *chasing* » (volonté de se refaire à tout prix) pendant une période de pertes. La capacité à différer la récompense (ou gratification différée), souvent en lien avec l'autorégulation (Expertise collective, 2008), est également importante dans la dimension stratégique du poker. Les interactions entre les différentes composantes de l'habileté et les fonctions cognitives mises en jeu sont représentées dans la figure 13.1.

Problèmes de jeu

L'historique de la relation au poker était sensiblement identique entre les joueurs récréatifs et les joueurs problématiques : on débute le poker plutôt jeune, par l'intermédiaire d'un cercle d'amis, et le poker prend vite une place importante dans les loisirs, notamment par le biais de la dimension financière qui démultiplie son intérêt.

D'après nos résultats, quatre éléments semblent rendre compte des particularités des problèmes de jeu au poker par rapport aux autres jeux de hasard et d'argent :

- en premier lieu, les distorsions cognitives, notamment celle selon laquelle le poker est un jeu guidé uniquement par l'habileté, ne sont pas forcément impliquées dans le maintien des problèmes de jeu, comme pour les autres jeux de hasard et d'argent. En effet, les joueurs problématiques interrogés, et notamment ceux présentant les problèmes de jeu les plus sévères, pouvaient parfois s'en remettre totalement à la chance, devant l'accumulation des pertes ;
- il semble également que le rapport à l'argent soit central dans les pratiques problématiques. Les joueurs problématiques de poker présenteraient des difficultés, de même que cela a été montré pour d'autres jeux de hasard et d'argent ou d'autres addictions (Billieux et Van der Linden, 2009 ; Expertise collective, 2008), à différer une récompense immédiate mais moindre, comparativement à une récompense plus importante mais retardée. Cela expliquerait pourquoi ces joueurs jouent trop de mains, en dépit de ce qui est préconisé par la plupart des livres sur le poker, conduisant à des pertes à long terme. En outre, l'ensemble des joueurs se déclarait le plus souvent à l'équilibre en termes de bilan financier, ce qui semblerait indiquer que les dommages sont peu liés aux pertes financières ;

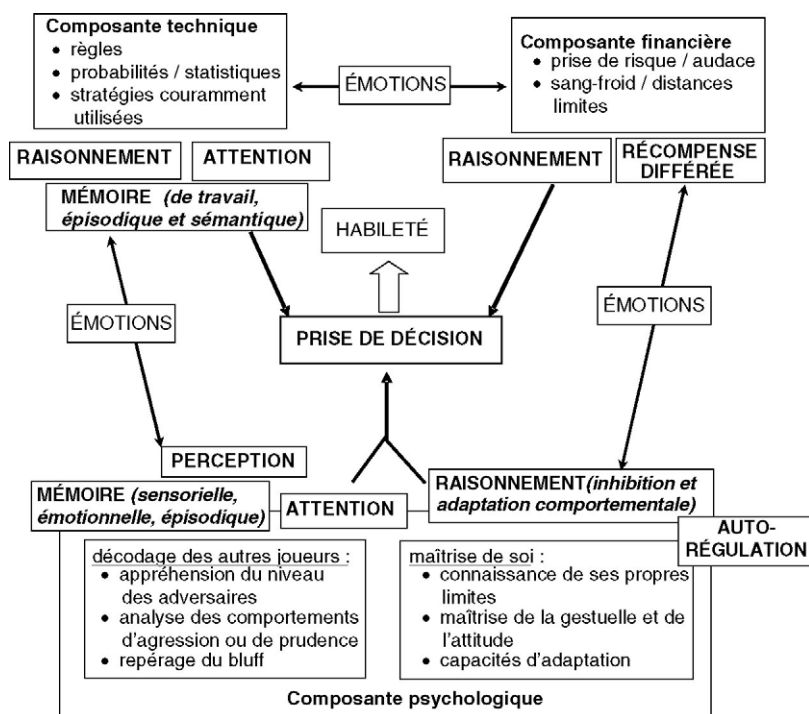


Figure 13.1

Interactions entre les trois composantes de l'habileté et les fonctions cognitives impliquées.

- la difficulté à gérer les émotions est également centrale dans les pratiques problématiques. De mauvaises capacités d'autorégulation conduisent à des états émotionnels extrêmes, qui altèrent les capacités d'analyse et de réflexion, pourtant primordiales dans l'issue du jeu. Le joueur peut ainsi entrer dans une véritable spirale infernale de pertes, entretenue par un comportement de « *chasing* » (volonté de se refaire à tout prix) ;
- enfin, la possibilité d'accéder, grâce au poker, à une autre personnalité, plus valorisante, était particulièrement marquée dans notre échantillon, notamment en lien avec des conditions de vie personnelle et professionnelle peu satisfaisantes, et plus globalement aussi avec une fragilité narcissique. Ce phénomène est proche de l'utilisation de l'avatar dans les jeux vidéo, permettant au joueur de vivre une autre vie à travers le jeu.

Limites de l'étude

Cette étude possède plusieurs limites, en particulier l'effectif réduit de l'échantillon. Il n'était en effet pas valide de conduire des comparaisons quantitatives entre les deux groupes avec un effectif total de 16 joueurs.

Toutefois, l'étude se voulant avant tout qualitative, elle devait permettre d'éclairer sur le point de vue des joueurs sur les questions délicates de la place de la stratégie au poker et des problèmes liés aux pratiques excessives.

Conclusion

Cette étude reste donc préliminaire à des travaux de plus grande envergure qui permettront notamment de tester la réalité de l'implication des différentes fonctions cognitives retrouvées dans l'habileté et de tester les vulnérabilités soulevées dans cette étude. Il s'agissait d'un travail préalable indispensable à la bonne compréhension de la vision qu'ont les joueurs de TH sur leur pratique, leurs habiletés, leurs excès, etc.

L'une des premières conclusions que l'on peut retenir est que le poker doit être classé avec beaucoup de prudence dans les jeux de hasard et d'argent. S'il est incontestable qu'il fait bel et bien partie de cette catégorie de jeu, on doit cependant bien reconnaître la part de stratégie indéniablement présente et lui accorder un statut à part. Même s'il partage de nombreuses caractéristiques avec les autres jeux de hasard et d'argent, notamment par rapport aux pratiques problématiques, il comporte des spécificités qu'il convient de prendre en compte dans les actions de prévention et de soins.

De plus, on peut retenir que si les profils diffèrent entre les joueurs récréatifs et les joueurs problématiques, tous sont convaincus de l'importance de la stratégie au poker et des conséquences parfois limitées en matière de pertes financières. Il faut donc pouvoir adopter un discours spécifique face à ces joueurs, qui risquent sinon de ne pas se sentir concernés par les discours habituellement utilisés pour les autres jeux de hasard et d'argent (notamment s'ils sont trop centrés sur la place du hasard). Un discours axé sur le temps passé à jouer plutôt que sur l'argent perdu au jeu serait plus efficace dans le cas du poker. De même, il semble qu'il faudrait insister davantage sur le fait qu'un jeu même très habile puisse conduire à des pertes sur le long terme (Shead et al., 2008). Les outils de prévention, de dépistage et de diagnostic doivent donc être adaptés à cette population particulière de joueurs.

Il semble enfin que l'enjeu majeur des prochaines années sera de prévenir et de dépister de façon précoce les comportements de jeu à risques sur Internet, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, et ce d'autant plus dans le contexte actuel d'ouverture à la concurrence du marché français de certains jeux en ligne (Bouju et al., 2011).

Références

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (2000). Jeu pathologique. *EMC Psychiatrie*, 37-396-A-25, 14p.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, DC. Traduction française par Guelfi et al. (1996). Paris : Masson.

- Billieux, J., & Van Der Linden, M. (2009). Addictions and self regulation mechanisms : for a dynamic and multifaceted approach. *Psychotropes*, 16, 45-56.
- Bouju, G., Grall-Bronnec, M., Landréat-Guillou, M., & Vénisse, J.L. (2011). Jeu pathologique : facteurs impliqués. *Encéphale*, 37, 322-331.
- Boutin, C. (2010). *Le jeu : chance ou stratégie ?* Paris : Les éditions de l'homme, 256 pages.
- Dedonno, M.A., & Dettermann, D.K. (2008). Poker is a skill. *Gaming Law Review*, 12, 31-36.
- Dorin, A. (2009). « Poker – le nombre de joueurs en France va doubler ». Interview du 9 novembre 2009 pour le journal France-Soir. www.francesoir.fr/divers/poker-le-nombre-de-joueurs-en-france-va-doubler.
- Expertise collective. (2008). Chapitre 5 – Impulsivité et capacité d'autorégulation. In *Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions*. Paris : Les Éditions INSERM ; 492 pages.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., et al. (2005). Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 451-456.
- Mitrovic, D.V., & Brown, J. (2009). Poker mania and problem gambling : a study of distorted cognitions, motivation and alexithymia. *Journal of Gambling Studies*, 25, 489-502.
- Parke, A., Griffiths, M., & Parke, J. (2005). Can playing poker be good for you ? Poker as a transferable skill. *Journal of Gambling Issues*, 14.
- Poker Players Research. (Spring 2010). Wave. www.pokerplayersresearch.com.
- Sévigny, S., Ladouceur, R., Dufour, J., & Lalande, D. (2008). Poker par Internet : le résultat dépend-il principalement du hasard ? Communication présentée dans le cadre du 76^e congrès de l'ACFAS, Québec, mai 2008.
- Shead, N.W., Hodgins, D.C., & Scharf, D. (2008). Differences between Poker players and non-Poker playing gamblers. *International Gambling Studies*, 8, 167-178.
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling : empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 517-525.
- Turner, N. E., & Fritz, B. (2001). The effect of skilled gamblers on the success of less skilled gamblers. *Journal of Gambling Issues* 5.
- Wood, R. T. A., Griffiths, M. D., & Parke, J. (2007). Acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 354-361.

14 Facettes cognitives de l'impulsivité et optimisme explicite : quels rôles dans les conduites de jeux d'argent ?

L. Aufrère, J. Billieux, M. Van der Linden

Le jeu excessif : un défi psychothérapeutique

Les cliniciens spécialisés dans le champ de la psychologie cognitive et dans le traitement des joueurs excessifs sont régulièrement aux prises avec deux pierres angulaires du trouble : (i) la croyance inébranlable que ces joueurs ont de pouvoir gagner de l'argent au jeu en dépit des dégâts financiers qui ont motivé leur prise en charge et (ii) la pulsion du joueur qui le rend quasi impuissant à résister au jeu.

Ces deux aspects du trouble lancent un véritable défi au clinicien pour réduire l'activité de jeu. En effet, le sujet semble être aux prises, d'une part, avec un optimisme de gain monétaire qui a résisté à toutes les pertes financières, à tel point que cette croyance positive de gain monétaire est parfois assimilée à une forme délirante de pensée que la thérapie vise toutefois à modifier ; d'autre part, les pulsions incontrôlables envers le jeu sont une des cibles du traitement mais, bien souvent, les outils thérapeutiques à disposition sont issus de techniques de distanciation qui sont souvent limitées dans leur mode d'action et/ou dans le temps. Ainsi, ce défi psychothérapeutique continue de poser la question des facteurs psychologiques pertinents à intégrer dans un modèle cognitif de la persistance au jeu, et plus largement dans celui associé aux conduites de jeu d'argent. En clinique, il pose la question du travail adapté à effectuer sur ces facteurs pour obtenir la réduction de l'activité de jeu.

Facteurs psychologiques impliqués dans la psychopathologie du jeu

La recherche a apporté quelques pistes pour éclairer cette question.

Le biais d'optimisme

Il a été mis en évidence dans diverses conduites à risque : sexuelle chez les adolescents (Peretti-Wattel, 2000) et automobile (Kouabenan, 1999). Il serait impliqué dans la faiblesse des résultats de certaines campagnes de prévention, notamment celles qui ciblent les adolescents (Peretti-Wattel, 2000) et serait associé à un sentiment de contrôle, de confiance en soi et de persistance dans une action, révélant le caractère fonctionnel et dysfonctionnel des « illusions positives » (Kouabenan, 1999). Elles seraient fonctionnelles parce qu'elles susciteraient une foi en l'efficacité personnelle mais pourraient également s'avérer « dangereuses », c'est-à-dire dysfonctionnelles, parce que « les croyances poussées en son pouvoir de contrôle peuvent entraîner une motivation plus grande et une persévérance plus accrue dans les situations offrant objectivement peu de chance de succès » (Kouabenan, 1999, p. 223). Cela semble être le cas dans les prises de risque monétaire vis-à-vis des jeux de hasard et d'argent.

Le biais d'optimisme a également été incriminé dans la persistance au jeu de sujets non cliniques et cliniques.

Gibson et Sanbonmatsu (2004) ont mené trois études sur des étudiants de psychologie. Leur optimisme dispositionnel a été évalué en dehors d'une situation de jeu (première étude), lors d'un jeu de blackjack en laboratoire (deuxième étude) et lors d'une pratique de jeu de machine à sous sur ordinateur (troisième étude). L'optimisme et le pessimisme ont été mesurés par le LOT-R (*Life Orientation Test-Revised* de Scheier et al., 1994) dans les trois études. Le LOT-R mesure l'optimisme dispositionnel explicite grâce à deux sous-échelles d'affirmation de l'optimisme et d'infirmité du pessimisme. Celles-ci peuvent être étudiées ensemble ou séparément. Les résultats de Gibson et Sanbonmatsu (2004) suggèrent que les optimistes, contrairement aux pessimistes, ne réduisaient pas leurs mises après les pertes et se souvenaient plus que les pessimistes des « *near wins* » s'ils avaient été placés en condition de perte. La première étude a en outre révélé que la motivation à jouer des optimistes était prioritairement associée à celle de gagner de l'argent sur le long terme, mais n'a pas montré que la poursuite du jeu était liée à la confiance de pouvoir récupérer l'argent perdu.

L'optimisme de gain monétaire

Une autre étude de Ladouceur (2004) a été menée en laboratoire de jeu sur des terminaux de loterie vidéo auprès de 15 joueurs occasionnels et 15 joueurs pathologiques. Il a étudié le pourcentage de leurs perceptions directement liées au jeu, celui de leurs perceptions erronées émises au cours du jeu, ainsi que de leur degré de confiance dans leurs perceptions erronées au fil du jeu, sur une échelle de Likert en 10 points. Les résultats ont mis en évidence que le pourcentage de perceptions erronées émises pendant le jeu ne différait pas significativement entre les deux groupes (81 % chez les joueurs excessifs *versus* 68 % chez les joueurs occasionnels). En revanche,

le pourcentage de perceptions directement liées au jeu ainsi que le degré de conviction dans les perceptions erronées différaient de manière significative dans les deux groupes. Chez les joueurs pathologiques, leur pourcentage de perceptions directement liées au jeu était de 41 % et leur degré de conviction associé aux perceptions erronées augmentait au fur et à mesure que leur activité de jeu progressait. En revanche, chez les joueurs occasionnels, leur pourcentage de perceptions directement liées au jeu était de 27 % et leur degré de conviction dans leurs perceptions erronées décroissait au fil de cette même activité. Contrairement à l'étude de Gibson et Sanbonmatsu (2004) menée sur des sujets non cliniques, ces résultats pourraient révéler l'importance de la confiance que le joueur excessif est capable de développer au fil du jeu pour maintenir un optimisme irréaliste de gain monétaire et maintenir un comportement de jeu délétère.

L'impulsivité

Pour expliquer que le joueur est soumis à des pulsions de jeu incontrôlables, l'impulsivité a été testée chez les joueurs. Bien que la définition du concept d'impulsivité ne soit pas consensuelle (Moeller et al., 2001) et qu'il se mesure sur la base de divers questionnaires n'intégrant pas les mêmes dimensions ou facettes (Moeller et al., 2001), l'impulsivité est impliquée dans les dépendances avec substances (Moeller et al., 2001) et les dépendances sans substances (Lejoyeux et al., 2000).

Whiteside et Lynam (2001) la déclinent en quatre facettes appelée « UPPS », selon la version française de Van der Linden et al. (2006). UPPS est une abréviation d'Urgence, manque de Préméditation, manque de Persévérance et recherche de Sensations. L'urgence correspond à la tendance à exprimer de fortes réactions, surtout en condition d'affect négatif. Le manque de préméditation est la tendance à ne pas réfléchir et à ne pas penser aux conséquences avant d'agir. Le manque de persévérance concerne le fait de ne pas être capable de rester concentré sur une tâche ennuyeuse et/ou difficile. La recherche de sensations désigne l'ouverture aux nouvelles expériences et le fait d'aimer s'engager dans des activités excitantes.

L'impulsivité serait sous-tendue par des mécanismes cognitifs et motivationnels (Mobbs et al., 2007) qui pourraient être reliés à ces différentes facettes. Ainsi, l'urgence, les manques de persévérance et de préméditation (Whiteside et Lynam, 2001) seraient reliés au mécanisme cognitif d'autocontrôle (Bechara et Van der Linden, 2005), alors que la recherche de sensation (Whiteside et Lynam, 2001 ; Zuckerman, 2004) serait reliée à l'aspect motivationnel (Van der Linden et al., 2006) de l'impulsivité.

Selon ce concept d'impulsivité, les sujets dépendants présenteraient des déficits de l'autocontrôle ainsi qu'une motivation accrue à se diriger vers l'objet de leur dépendance. Sur le plan de la subjectivité individuelle, ces personnes rapportent être téléguidées par une pulsion inexplicable, incontrôlable qui les dépasse et les obsède tant que cette obsession n'a pas trouvé sa réalisation dans l'action. Il s'agit du « *craving* », qui semble pouvoir être

associé à l'impulsivité. En effet, la facette de l'urgence semble prédire la *craving* chez les fumeurs (Billieux et al., 2007a). Cette même facette semble être à l'œuvre dans l'usage problématique du téléphone portable (Billieux et al., 2007b). Elle est corrélée positivement, tout comme le manque de persévérance, avec la dépendance au téléphone portable, et elle en est le meilleur prédicteur, avant le manque de persévérance, pour la dépendance actuelle perçue, chez 134 et al., étudiants en psychologie dont le groupe est majoritairement féminin (Billieux et al., 2007b). De plus, le manque de persévérance est positivement corrélé avec la durée et le nombre d'appel par jour et est également le plus fort prédicteur de la durée quotidienne d'appel (Billieux et al., 2007b).

Les joueurs excessifs rapportent cette même pulsion incontrôlable envers le jeu, et la littérature a bien établi l'existence d'une impulsivité marquée chez les derniers (Blaszczynski et al., 1997 ; Castellani et Rugle, 1995 ; Steel et Blaszczynski, 1996). Elle a également établi ses liens avec les facettes de l'urgence, comme prédicteur significatif unique du jeu pathologique (Whiteside et al., 2005). Elle a finalement incriminé plus l'urgence positive (Cyders et Smith, 2008a) dans la psychopathologie du jeu, que l'urgence négative (Cyders et Smith, 2008b). L'urgence positive se caractérise par l'impossibilité d'inhiber des réactions fortes, surtout dans des conditions d'émotions positives, alors que ce sont les conditions d'émotions négatives qui se rapportent à l'urgence négative.

Sur le plan de la clinique, l'impulsivité serait par ailleurs un facteur prédictif d'abandon précoce du traitement (Leblond et al., 2003). De plus, pour appuyer le fait que l'impulsivité n'est pas un concept unitaire, des travaux sur l'impulsivité dite dysfonctionnelle suggèrent qu'elle serait un facteur significatif de mauvaise réponse au traitement chez les joueurs excessifs quand son score est élevé, ce qui n'est pas le cas si son score est bas (Maccallum et al., 2007). L'impulsivité dysfonctionnelle est définie comme la propension à répondre rapidement, sans soin ni attention, engendrant de fait des conséquences négatives (Maccallum et al., 2007).

La présente étude cherche à évaluer le rôle de l'optimisme dispositionnel et celui de l'impulsivité sur le continuum des comportements de jeu d'argent. Le LOT-R (version française de Sultan et Bureau, 1999) et l'UPPS (version française de Van der Linden et al., 2006) sont les questionnaires de mesures explicites qui sont utilisés. Le choix d'étudier les joueurs sur le continuum des conduites de jeu repose sur les critiques faites aux critères du DSM-IV (1994). Selon Nelson et al. (2009), leur stabilité serait discutable dans le temps, les joueurs d'une même catégorie diagnostique pourraient posséder des critères très différents et certains seraient spécifiquement prédictifs d'une progression dans la problématique du jeu. Pour éviter ces biais, c'est sur une population de joueurs représentée dans son entier que l'étude s'est déroulée. Nous supposons que les facettes cognitives de l'UPPS et le LOT-R sont corrélées au SOGS (*South Oaks Gambling Screen* de Lesieur et Blum, 1987), instrument de dépistage des différentes catégories de joueurs.

Méthode

Sujets

Quarante-quatre sujets ont été impliqués dans l'étude, comprenant 30 hommes et 14 femmes. Les sujets ont été recrutés en Suisse et en France. Les données socio-démographiques révèlent que 17 sujets sont de nationalité Suisse et que 27 sont français ; l'âge moyen est de 48,5 ans ($\pm 13,5$) et leur nombre d'années d'études réussies est de 13 ans ($\pm 3,0$).

Leurs scores au SOGS ($M = 3,73$, $SD \pm 4,97$) révèlent que 10 sont des non-joueurs, 11 sont des joueurs occasionnels, un joueur est problématique et 22 sont pathologiques. Parmi ses derniers, 15 sont des joueurs actifs et 7 sont abstinents au moment de la recherche.

Procédure

Les sujets sont issus de Suisse romande (francophone) et de France. Les joueurs excessifs ont été recrutés dans trois consultations différentes. Ils ont été informés de l'étude et se sont portés volontaires pour y participer, comme l'ensemble des sujets. Chacun d'entre eux a rempli sept questionnaires d'intérêt (LOT-R et UPPS) et cliniques [SOGS, DSM-IV, BDI-II (*Beck Depression Inventory*, 2^e version, de Beck et al., 1996), STAI-YA/YB (*Anxiety Inventory*, formes état et trait, de Spielberger, 1983)]. Tous ont été autoreportés, sauf le DSM-IV.

Résultats

Les résultats de la clinique suggèrent que les scores moyens des sujets aux questionnaires et échelles correspondent à des joueurs problématiques (SOGS = 3,73, $SD = 4,97$; DSM-IV = 2,74, $SD = \pm 3,38$) légèrement déprimés (BDI-2 = 11,57, $SD = \pm 9,86$), ne présentant pas d'anxiété au moment de la recherche (STAI-YA = 30,66, $SD = \pm 10,77$) ni d'anxiété de fond (STAI-YB = 41,55, $SD = \pm 12,26$).

Une analyse corrélationnelle révèle que le score au SOGS est positivement corrélé à l'urgence ($r = 0,63$, $p < 0,001$), au manque de persévérance ($r = 0,47$, $p < 0,01$), au manque de préméditation ($r = 0,41$, $p < 0,01$) et à la recherche de sensation ($r = 0,31$, $p < 0,05$), mais nullement au score du LOT-R ($r = -0,13$, $p = \text{NS}$). Ces trois premiers résultats confirment notre première hypothèse alors que le quatrième infirme la seconde. Notons également que le score au SOGS est corrélé positivement à la dépression (BDI-II : $r = 0,51$, $p < 0,001$) puis à l'anxiété état (STAI-YA : $r = 0,39$, $p < 0,01$) et à l'anxiété trait (STAI-YB : $r = 0,48$, $p < 0,01$).

Une analyse de régression met toutefois en évidence que seule l'urgence demeure un prédicteur significatif, $t(36) = 3,12$, $p < 0,01$, du score au SOGS, $F(7,36) = 5,17$, $p < 0,001$, lorsque les effets des autres facettes de l'impulsivité, de l'anxiété et de la dépression sont contrôlés. De plus, l'urgence est corrélée négativement à l'optimisme explicite ($r = -0,34$, $p < 0,05$) mais,

comme nous l'avons relevé précédemment, il n'existe pas de relation linéaire ($r = -0,13$, $p = \text{NS}$) entre le score au SOGS et l'optimisme explicite (LOT-R).

Discussion

L'objectif de cette recherche était de vérifier l'implication des facettes cognitives de l'impulsivité (UPPS) et de celle de l'optimisme dispositionnel (LOT-R) dans les conduites de jeux d'argent, sur un échantillon de sujets reflétant le continuum des comportements de jeu, dépistés par le SOGS. De précédentes recherches avaient en effet impliqué ces deux facteurs dans la persistance à ce type de jeu.

Nos résultats suggèrent que l'impulsivité (dans sa dimension d'urgence) est impliquée dans les problèmes de jeu, mais que ce n'est pas le cas de la disposition générale à l'optimisme. En effet, les trois facettes cognitives correspondant au mécanisme d'autocontrôle (Bechara et Van der Linden, 2005) de l'impulsivité sont positivement associées aux problèmes de jeu, tout comme celles correspondant à l'aspect motivationnel (Van der Linden et al., 2006). Selon Cohen (1988), la taille d'effet des corrélations serait moyenne entre le SOGS et l'urgence ($r = 0,63$, $p < 0,001$), entre le SOGS et le manque de persévérance ($r = 0,47$, $p < 0,01$), puis entre le SOGS et le manque de préméditation ($r = 0,41$, $p < 0,01$), alors qu'elle serait plus faible entre le SOGS et la recherche de sensation ($r = 0,31$, $p < 0,05$). Ainsi, comme pour d'autres études impliquant ces facettes dans les dépendances avec (Billieux et al., 2007a) et sans (Billieux et al., 2007b) substances, notre étude réaffirme leur implication dans une autre forme de conduite problématique dite « sans substance », que représente celle envers les jeux d'argent.

Le comportement vis-à-vis des jeux d'argent serait donc possiblement régulé *via* deux systèmes distincts. L'un, contrôlé, *via* les fonctions exécutives impliquant les trois facettes cognitives, UPP (Urgence, manque de Préméditation, manque de Persévérance). L'autre, automatique, *via* les aspects motivationnels, impliquant la facette motivationnelle, S (recherche de Sensations).

Nous pouvons donc suggérer que, confronté au jeu ou à des signifiants de jeu internes et/ou externes, le système motivationnel automatique du sujet serait responsable de son comportement d'approche vers le jeu sous l'impulsion de renforcements positifs (récompense) ou négatifs (perte monétaire, soulagements divers) anticipés, suggérant ainsi une sensibilité particulière, respectivement, à la récompense et/ou aux punitions. La clinique corrobore ces résultats par le fait que les patients associent souvent leur anticipation de récompense (gain d'argent) ou de récupération monétaires potentielle à des décharges d'adrénaline, alors même qu'ils perçoivent cette recherche d'adrénaline comme une recherche de sensation. Le système d'autorégulation serait, quant à lui, contrôlé *via* les fonctions exécutives du sujet. Son dysfonctionnement serait donc responsable (*i*) de l'impossibilité d'inhiber une réponse dominante, du besoin ou de l'envie de jouer (*craving*), dans

un contexte émotionnel positif ou négatif (Urgence positive ou négative), (ii) de la prise de décisions non optimales en faveur du jeu (manque de Préméditation) soit par non-prise en compte des conséquences négatives (pertes monétaires), soit par prise en compte de conséquences positives (gain monétaire, soulagement divers), (iii) de la difficulté à résister à des pensées ou images mentales intrusives associées au jeu (manque de Persévérance) qui se constituent en obsession du jeu. Ce déficit d'autorégulation du contrôle *via* les fonctions exécutives augmenterait donc aussi la probabilité du sujet de s'engager dans le jeu.

Concernant notre hypothèse d'un lien entre optimisme dispositionnel explicite (LOT-R) et SOGS, notre étude infirme son implication dans la problématique des jeux d'argent. Ce résultat ne corrobore pas ceux de Gibson et Sanbonmatsu (2004) puisqu'ils impliquent l'optimisme d'étudiants en psychologie dans leur motivation plus grande à jouer, dans le maintien de leurs attentes positives de jeu et dans l'absence de réduction de leurs mises après leurs pertes, contrairement aux étudiants pessimistes (Gibson et Sanbonmatsu, 2004). Cette différence peut être expliquée par le fait que nous avons utilisé le LOT-R comme une mesure de traits unidimensionnels « d'optimisme et d'infirmité du pessimisme » en moyennant les scores des deux échelles, alors que ces auteurs ont mesuré ces biais de manière distincte, ce qui serait plus pertinent (Sultan et Bureau, 1999 ; Burke et al., 2000). De plus, les qualités psychométriques de la version française du LOT-R seraient « insuffisantes » (Sultan et Bureau, 1999, p. 49), limitant ainsi la confiance en nos résultats. En outre, les items du LOT-R font référence à la confiance (ou à l'absence de confiance) en l'avenir ou en des événements généraux de la vie, mais non en des événements spécifiques de jeu. Or, l'optimisme directement lié au jeu serait plus à rapprocher du concept d'optimisme irréaliste de Weinstein (1980) qui fait référence à l'« illusion d'invulnérabilité » développée par Perloff et Fetzer en 1986 (Sultan et Bureau, 1999, p. 44). Cet optimisme serait comparatif et fondé sur la croyance de pouvoir vivre plus d'événements positifs et moins d'événements négatifs que les autres, alors que le sujet ne ferait référence qu'à lui-même dans l'optimisme dispositionnel (Sultan et Bureau, 1999).

La clinique peut également appuyer la thèse d'un optimisme comparatif car les joueurs excessifs semblent avoir développé une croyance de retour méritoire sur investissement parce qu'ils ont l'impression d'avoir beaucoup investi et peu reçu, comparativement à ce qu'ils en attendent. Or, cette notion de mérite semble reposer non seulement sur la comparaison entre ce qu'ils ont investi chez les opérateurs de jeu et ce qu'ils ont réellement obtenu de ces mêmes opérateurs (comparaison à la base de l'illusion de justice, Lerner, 1980), mais également sur la comparaison entre ce que gagnent certains joueurs et ce qu'ils les ont vu investir juste avant de gagner (comparaison à la base de l'illusion d'équité du jeu de hasard). Ce non-retour sur des investissements monétaires démesurés semble créer chez les joueurs excessifs un fort sentiment d'injustice (Lerner, 1980) et de non-équité du jeu, qui est contraire à leurs illusions.

Ainsi, nous voyons déjà que le concept d'optimisme n'est pas du tout unitaire et que, pour obtenir des résultats fiables dans un contexte de recherche particulier, il faut préalablement clarifier la nature de ce concept afin de choisir l'instrument de mesure adéquat.

Nos autres résultats suggèrent également que le score au SOGS est corrélé positivement à la dépression, puis à l'anxiété état et trait mais que seule l'urgence demeure un prédicteur significatif lorsque les effets des autres facettes de l'impulsivité, de l'anxiété et de la dépression sont contrôlés. Ce dernier résultat corrobore celui de Whiteside et al. (2005) mentionné antérieurement.

Sur le plan de la prise en charge cognitive et comportementale, la dimension « urgence » de l'impulsivité devrait donc être un point clé sur lequel il faut travailler avec le patient. De plus, puisque l'urgence se caractérise par l'impossibilité d'inhiber des réactions fortes (réponse dominante) surtout dans des conditions d'émotions positives ou négatives et que Cyders et Smith (2008a) ont incriminé plus l'urgence positive dans la psychopathologie du jeu, que l'urgence recouvrant l'aspect négatif (Cyders et Smith, 2008b), nos résultats nous permettent de soulever la question d'une possible confusion faite entre le concept d'optimisme et celui d'urgence positive, lorsqu'on l'associe à la psychopathologie du jeu. Pour appuyer nos propos, notons que l'urgence est corrélée négativement à l'optimisme explicite, même s'il n'existe pas de relation linéaire ($r = -0,13$, $p = \text{NS}$) entre le score au SOGS et l'optimisme explicite (LOT-R).

Pour reprendre les aspects du travail clinique, nos résultats suggèrent qu'il est pertinent de travailler sur les facteurs spécifiques de constitution et de maintien du *craving* et non de travailler sur l'optimisme global de l'individu, sauf si cet optimisme est directement lié à des indices de jeu, puisqu'ils vont aussi devenir des éléments de *craving* qui vont motiver cette activité. Ainsi une étape importante du travail cognitif à entreprendre avec le patient est de clarifier la question de sa motivation urgente à jouer, tout en tenant compte des limites de ses motivations perdues.

À travers cette étude, nous entrevoyons donc que d'autres recherches, issues du champ de la cognition explicite et implicite, sont nécessaires pour développer un modèle cognitif des conduites de jeu d'argent et de la psychopathologie du jeu. Un tel modèle permettrait d'avancer plus clairement sur de nouvelles offres thérapeutiques en matière de jeu excessif.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition, DSM-IV). Washington, DC : APA.
- Bechara, A., & Van der Linden, M. (2005). Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Current Opinion in Neurology*, 18, 734-739.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.

- Billieux, J., Van der Linden, M., & Ceschi, G. (2007a). Which dimensions of impulsivity are related to cigarette craving ? *Addictive Behaviors*, *32*, 1189-1199.
- Billieux, J., Van der Linden, M., D'Acremont, M., et al. (2007b). Does impulsivity relate to perceived dependence and actual use of the mobile phone ? *Applied Cognitive Psychology*, *21*, 527-537.
- Blaszczynski, A., Steel, Z., & McConaghy, N. (1997). Impulsivity in pathological gambling : the antisocial impulsivity. *Addiction*, *92*, 75-87.
- Burke, K.L., Joyner, A.B., Czech, D.R., & Wilson, M.J. (2000). An investigation of concurrent validity between two optimism/pessimism questionnaires : The Life Orientation Test-Revised and the Optimism/Pessimism Scale. *Current Psychology*, *19*, 129-136.
- Castellani, B., & Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *The International Journal of the Addictions*, *30*, 275-289.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Cyders, M.A., & Smith, G.T. (2008a). Clarifying the role of personality dispositions in risk for increased gambling behaviour. *Personality and Individual Differences*, *45*, 503-508.
- Cyders, M.A., & Smith, G.T. (2008b). Emotion-based dispositions to rash action : positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, *134*, 807-828.
- Gibson, B., & Sanbonmatsu, D.M. (2004). Optimism, pessimism, and gambling : the downside of optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*, 149-160.
- Kouabenan, D.R. (1999). *Explication naïve de l'accident et prévention*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ladouceur, R. (2004). Perceptions among pathological and non-pathological gamblers. *Addictive Behaviors*, *29*, 555-565.
- Leblond, J., Ladouceur, R., & Blaszczynski, A. (2003). Which pathological gamblers will complete treatment ? *British Journal of Clinical Psychology*, *42*, 205-209.
- Lejoyeux, M., Mc Loughlin, M., & Adès, J. (2000). Epidemiology of behavioral dependence : literature review and results of original studies. *European Journal of Psychiatry*, *15*, 129-134.
- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world : a fundamental delusion*. New York : Plenum Press.
- Lesieur, H.R., & Blume, S. (1987). The south oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1184-1188.
- Maccallum, F., Blaszczynski, A., Ladouceur, R., & Nower, L. (2007). Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Personality and Individual Differences*, *43*, 1829-1838.
- Mobbs, O., Van Der Linden, M., & Golay, A. (2007). L'impulsivité : un des facteurs responsables de l'obésité ? *Revue Médicale Suisse*, *105*, consultation online.
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., et al. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1783-1793.
- Nelson, S.E., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A., & Shaffer, H.J. (2009). Gambling problem symptom patterns and stability across individual and timeframe. *Psychology of Addictive Behaviors*, *23*, 523-533.
- Peretti-Wattel, P. (2000). *Sociologie du risque*. Paris : HER/Armand Colin.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem) : a re-evaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 1063-1078.

- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (form Y) ("self-evaluation questionnaire")*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1996). The factorial structure of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 3-20.
- Sultan, S., & Bureau, B. (1999). Which optimism in health psychology ? *European Review of Applied Psychology*, 49, 43-51.
- Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A., et al. (2006). A French adaptation of the UPPS impulsive behaviour scale : confirmatory factor analysis in a sample of undergraduate students. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 38-43.
- Van der Linden, M., Rochat, L., & Billieux, J. (2006). Troubles du comportement socio-émotionnel et impulsivité: une approche cognitive et neuropsychologique. In P. Azouvy, J. M. Mazaux, & P. Pradat-Diehl (Eds), *Comportement et lésions cérébrales* (pp. 53- 58). Paris : Frison-Roche.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 906-920.
- Whiteside, S.P., Lynam, D.R., Miller, J., & Reynolds, B. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale : a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 559-574.
- Whiteside, S.P., & Lynam, D.R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity : using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Zuckerman, M. (2004). The shaping of personality : genes, environments, and chance encounters. *Journal of Personality Assessment*, 82, 11-22.

15 Approches groupales dans le traitement du jeu pathologique

M. Grall-Bronnec, L. Wainstein, M. Lagadec-Saubot, F.X. Poudat

Il existe différents modèles théoriques du jeu pathologique : on retient les modèles psychanalytique, psychobiologique, comportemental, cognitif et sociologique, lesquels font plus ou moins référence aux addictions. S'ils offrent une lecture de la clinique et un cadre de pensée séduisants et pertinents, ces modèles ne peuvent s'appliquer dans leur intégralité à la diversité des situations de nos patients, chacune étant singulière. La plupart s'appliquent à des populations homogènes, et aucun n'est valide pour expliquer l'ensemble des conduites de jeu pathologique. Ne s'intéressant pas à l'évaluation multiaxiale et multidimensionnelle des joueurs pathologiques, ils conduisent à des indications thérapeutiques approximatives.

Face à cette absence de consensus théorique, *Blaszczynski et Nower (2002)* ont proposé une typologie utile en pratique clinique. Ces auteurs ont défini une base commune, le « comportement conditionné », sur laquelle se greffent différentes formes de fragilité. Se dégagent ainsi trois sous-types de joueurs : les joueurs au « comportement conditionné », les joueurs « émotionnellement vulnérables » et les joueurs « antisociaux impulsifs ».

Typologie de Blaszczynski et Nower

Joueurs au « comportement conditionné »

Le premier type de joueurs (joueurs au « comportement conditionné ») concerne des sujets sans pathologie prémorbide.

La première étape, dans la constitution d'un socle commun, concerne les facteurs environnementaux, avec une augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des jeux de hasard et d'argent.

Le comportement de jeu est ensuite appris, selon les différents modèles d'apprentissage. Des schémas cognitifs particuliers s'activent rapidement. On observe ainsi fréquemment des pensées erronées spécifiques du jeu, qui contribuent au maintien du problème de jeu. L'accoutumance survient : des patterns de jeu se mettent en place, l'activité s'organise dans la durée. Le joueur continue de jouer, perd plus souvent qu'il ne gagne, avec une constante : il joue avec l'espoir fou de se refaire. Il s'agit du « *chasing* ».

Cette caractéristique est essentielle dans le diagnostic de jeu pathologique. La demande de soin intervient au moment où les pertes financières commencent à impacter sérieusement la vie du sujet et celle de ses proches.

Chez ce type de joueurs, la conscience du problème est relativement précoce et la motivation aux soins est forte. On observe le plus souvent une bonne compliance thérapeutique. Les stratégies de soins visent à proposer des programmes d'intervention minimale (groupe de joueurs anonymes, approches visant la correction des cognitions erronées).

Joueurs « émotionnellement vulnérables »

Le deuxième type de joueurs concerne les sujets vulnérables sur le plan émotionnel.

Cette vulnérabilité psychologique particulière se traduit par des comorbidités anxieuses et dépressives fréquentes et préexistant au problème de jeu. Ces joueurs ont une faible estime d'eux-mêmes, un sentiment d'infériorité ou d'illégitimité. Ils présentent des difficultés dans la gestion du stress, et font montre de peu de capacités d'adaptation. Ils rapportent fréquemment une impression de vide, un vécu abandonnique. Leur histoire, tant personnelle que familiale, est caractérisée par des traumatismes précoces, des événements de vie douloureux et des troubles addictifs chez les parents.

Par la pratique du jeu, ils cherchent à se détourner de leurs difficultés existentielles, à moduler leurs états affectifs. La pratique répétée du jeu leur permet de court-circuiter leurs pensées.

Cette vulnérabilité psychologique repose aussi sur une vulnérabilité biologique, avec la description d'états d'hypo- ou hyperveil physiologique.

Pour ces joueurs, on associera psychothérapie, de préférence d'inspiration analytique, stratégies de gestion du stress et chimiothérapie anxiolytique et antidépressive en fonction des comorbidités.

Joueurs « antisociaux impulsifs »

Le dernier type de joueurs, appelés antisociaux impulsifs, se distingue des précédents par ses caractéristiques d'impulsivité, de troubles de la personnalité antisociale et de déficit attentionnel, se manifestant par des comportements inadaptés multiples et sévères. L'impulsivité ne se limite pas à la seule pratique du jeu, mais affecte l'ensemble du fonctionnement psychosocial de l'individu.

L'hyperactivité sur le plan moteur est fréquente, de même que les abus de substances psychoactives, le risque suicidaire, l'irritabilité, la faible tolérance à l'ennui et les comportements délictueux.

L'effet de l'impulsivité est aggravé par la pression et la présence d'émotions négatives.

Ces joueurs sont peu compliants aux soins et peu accessibles aux instructions thérapeutiques. Les thérapies cognitivo-comportementales sont intéressantes lorsqu'elles visent le contrôle de l'impulsivité. On utilisera des médicaments pour contenir les angoisses massives et tenter d'élever le niveau de réactivité au stress.

L'apprentissage du comportement de jeu

Le comportement de jeu est appris en référence aux théories concernant le conditionnement selon trois modalités (Vénisse et Bronnec, 2009).

Pour ce qui concerne l'initiation de la pratique, on retrouve en premier lieu l'*apprentissage social*. Il s'agit d'un apprentissage par les conséquences (observées ou attendues) et par modelage (imitation d'un modèle) (Bandura, 1977).

La première rencontre entre le sujet et les jeux de hasard et d'argent est souvent déterminée par l'influence de modèles, qu'il s'agisse des parents durant l'enfance ou, plus tard, des pairs. Le plus souvent, la pratique des jeux de hasard et d'argent débute effectivement à l'adolescence, période cruciale durant laquelle l'individu cherche à l'extérieur du cercle familial, mais à l'intérieur d'un nouveau groupe, de nouvelles identifications. L'apprentissage du comportement sera renforcé par l'anticipation de ses conséquences, plus ou moins différées, que le sujet aura pu observer chez son modèle.

Le *conditionnement opérant* intervient aussi dans cette phase d'initiation. Selon ce modèle, un comportement sera appris en fonction de ses conséquences immédiates (Skinner, 1953). Ainsi, le sujet aura tendance à répéter un comportement pour favoriser la survenue de conséquences positives (excitation, montée d'adrénaline) ou pour supprimer des conséquences négatives (affects dépressifs).

Le coût de la réponse et l'ampleur du renforcement (c'est-à-dire le fait qu'une petite mise permette de gagner gros), ainsi que l'immédiateté du renforcement (c'est-à-dire le fait que le gain potentiel survienne rapidement après la mise) sont des facteurs intervenant dans l'apprentissage du comportement de jeu.

En ce qui concerne le maintien de la pratique, on retrouve encore le conditionnement opérant, ainsi que le *conditionnement répondant*. Il s'agit là des classiques « réflexes conditionnés » (Watson, 1920) : la confrontation du sujet à l'un des stimuli, devenus « conditionnels » pour lui au fil du temps, entraînera l'envie compulsive de reproduire le comportement problème. L'ambiance particulière du casino, la convivialité trouvée au PMU, l'influence de l'alcool... participent au conditionnement répondant.

Les distorsions cognitives spécifiques du jeu

Quel que soit le champ théorique auquel il se réfère, le clinicien recevant des joueurs pathologiques ne peut réfuter l'importance des distorsions cognitives dans l'initiation puis, surtout, le maintien du problème de jeu.

Ainsi, il a été démontré de façon expérimentale que les distorsions cognitives existent chez tous les joueurs, même chez ceux qui n'ont pas perdu le contrôle sur leur pratique. Elles sont d'autant plus présentes que le sujet est en situation de jeu. Il est aussi établi que ces distorsions cognitives sont plus variées et plus envahissantes sur le plan psychique chez le joueur pathologique, avec un degré de conviction qui s'accroît au fur et à mesure qu'il joue, l'incitant ainsi à poursuivre le jeu.

Il s'agit principalement des biais d'interprétation (interprétation erronée des résultats du jeu, encourageant ainsi le sujet à continuer à jouer en dépit des pertes), de l'illusion de contrôle (croyance selon laquelle le sujet pourrait contrôler les résultats du jeu par l'intermédiaire de compétences, de capacités ou de connaissances personnelles) et du contrôle prédictif (moyens par lesquels le sujet pourrait prévoir les résultats du jeu).

Les thérapies comportementales et cognitives appliquées au jeu pathologique

Si l'on admet que le socle commun est constitué d'un comportement appris et de l'apparition de distorsions cognitives spécifiques du jeu, qui contribuent à l'initiation et au maintien du problème, sur lequel se greffent différentes formes de vulnérabilité, il conviendrait de proposer à tous les joueurs, au-delà des soins spécifiques définis pour chaque sous-type, une approche thérapeutique commune dont le but est de supprimer le comportement problème et de restructurer les pensées.

Il s'agit des thérapies comportementales et cognitives (TCC). Ces TCC, utilisées exclusivement ou conjointement, reposent sur les techniques usuelles dans ce type d'approche. On retient essentiellement :

- les méthodes aversives ;
- la désensibilisation en imagination ;
- l'exposition *in vivo* avec prévention de la réponse ;
- la prévention de la rechute ;
- la restructuration cognitive ;
- l'entraînement à la résolution de problèmes ;
- l'entraînement à l'affirmation de soi.

Initialement, elles ont fait l'objet de publications, sous forme de *case reports*. Il faudra attendre le début des années 1980 pour que ces méthodes soient évaluées au cours d'essais contrôlés et randomisés.

La compliance thérapeutique est d'autant meilleure que le thérapeute s'applique à renforcer positivement le sujet, contribuant ainsi à augmenter son sentiment d'efficacité personnelle.

Depuis plus de vingt ans, des manuels codifiant les thérapies comportementales et/ou cognitives ont été publiés. Les plus usités sont ceux associant un volet comportemental et un volet cognitif. De nombreuses études ont montré leur efficacité, avec une diminution de la sévérité et de la fréquence de la pratique de jeu, ainsi que du *craving*. La trame est sensiblement la même, qu'il s'agisse des programmes proposés par Ladouceur et al. (2003), Grant et Potenza (2004), Petry (2005), Raylu et Oei (2010), entre autres.

On retrouve ainsi des similitudes : les thérapeutes, en particulier, vont insister sur l'importance de l'évaluation du problème, de l'auto-enregistrement des envies de jouer, du temps passé à jouer, du montant des mises... et vont prescrire des exercices inter-séances.

Autres similitudes : l'identification et la gestion des situations à risque, le développement des activités de loisir, la gestion du *craving*, l'entraînement à l'affirmation de soi, la restructuration cognitive spécifique du jeu et la prévention de la rechute.

Des différences existent néanmoins.

Ces TCC sont proposées *en individuel ou en groupe*. Concernant ce point, on retrouve quelques données dans la littérature internationale. Ladouceur et al. (2003) ont comparé l'efficacité de 10 séances de groupe par rapport à la simple inscription des sujets sur une liste d'attente, et ont conclu à la supériorité de la thérapie de groupe, qui se maintenait à distance. Jimenez-Murcia et al. (2007) ont indiqué que 16 séances en groupe produisaient une efficacité, qui se maintenait à distance. Dowling et al. (2007) ont comparé 12 séances de thérapie individuelle ou de groupe à l'inscription sur une liste d'attente. Leurs résultats indiquaient que l'efficacité était similaire à la fin de l'essai pour les deux modalités de traitement. À 6 mois, on retrouvait une différence significative entre la TCC individuelle et de groupe, en faveur de la première.

La deuxième différence concerne le *nombre de séances*. Selon le programme, il varie entre 8 et 15-20 séances.

La troisième différence concerne *l'évaluation initiale*. Elle est plus ou moins exhaustive. Par exemple, le programme de Raylu et Oei (2010) inclut une évaluation multi-axiale, permettant d'identifier les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien du jeu pathologique dans le cas particulier du patient suivi, ainsi que de décrire de façon exhaustive le problème actuel. Cette évaluation participe à la psycho-éducation du patient.

La quatrième différence concerne *l'objectif thérapeutique* : pour certains programmes, il est évident que l'objectif est l'abstinence. Pour d'autres, le choix est laissé au patient, qui peut décider d'essayer de retrouver le contrôle de sa pratique. Selon Ladouceur (2005), il est plus efficace de le laisser expérimenter cette possibilité, et de revenir secondairement à un objectif d'abstinence.

La *clarification des attentes* et *l'adjonction d'un volet motivationnel* vont dans le même sens. Partant du constat que les joueurs pathologiques manifestaient une tendance à être peu motivés pour les soins, de nombreux auteurs ont évalué l'intérêt d'adjoindre des entretiens motivationnels à la TCC.

Enfin, la dernière différence essentielle concerne *l'exposition* : cette technique comportementale n'est pas proposée par tous.

La méthode « Ladouceur »

Ce programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs reposent sur sept volets.

1. Parler de l'approche cognitive signifie expliquer...

- l'approche ;
- le modèle A-B-C (situation à risque-pensées-conséquence) ;
- le traitement à venir ;

- l'auto-notation quotidienne ;
 - dans le but de susciter l'adhésion au traitement.
2. Trouver les avantages et inconvénients permet de...
 - comprendre la fonction du jeu ;
 - parler des activités alternatives ;
 - renforcer la motivation.
 3. Identifier et trouver des stratégies pour éviter les situations à risque, par exemple...
 - l'exposition au jeu ;
 - les problèmes financiers ;
 - les problèmes relationnels et la pression sociale à jouer ;
 - le manque d'occupation ;
 - la consommation d'alcool ou de drogues ;
 - le test de la maîtrise de soi ;
 - les émotions agréables et désagréables.
 4. Évaluer une séance de jeu implique de...
 - décrire très précisément la dernière séance de jeu ;
 - identifier ce qui a provoqué le *craving* ;
 - identifier les comportements et les idées erronées.
 5. Informer sur les idées erronées, c'est...
 - tenter de semer le doute dans l'esprit du joueur ;
 - discuter des idées erronées ;
 - remettre un document synthèse.
 6. Proposer la restructuration cognitive, par l'apprentissage des exercices « À moi de jouer ».
 7. Prévenir la rechute est une étape indispensable, pour préparer le joueur à l'éventualité d'une rechute.

Dès lors que le patient est en mesure de comprendre que certaines pensées erronées concernant le jeu l'incitent à poursuivre sa pratique, les exercices « À moi de jouer » ont pour objectif de lui offrir l'opportunité d'envisager des alternatives. Le patient, qui jusqu'alors était convaincu que ses envies de jouer étaient « plus fortes » que lui, qu'il n'avait aucun contrôle sur elles, peut maintenant envisager qu'un choix s'offre à lui, celui de jouer ou de ne pas jouer.

Une TCC de groupe dans le service d'addictologie du CHU de Nantes

Nous proposons un programme thérapeutique adapté de celui de Ladouceur. Deux thérapeutes et un stagiaire animent le groupe de TCC, composé de 10 joueurs.

Cette TCC de groupe se déroule à deux reprises durant l'année, à raison de 10 séances bimensuelles. Il est indiqué pour les joueurs pathologiques, parfois même pour ceux qui ne jouent plus mais sont à risque de rechuter

(abstinence maintenue grâce au contrôle familial, niveau de distorsions cognitives restant élevé).

Dans notre adaptation, nous consacrons moins de séances au travail sur les distorsions cognitives, mais insistons sur l'entraînement à la résolution de problèmes et l'entraînement à l'affirmation de soi. Ainsi, l'exercice « À moi de jouer » est utilisé hors contexte de jeu, à partir des expériences négatives vécues par les joueurs.

Enfin, nous avons inclus dans la procédure d'évaluation un questionnaire de distorsions cognitives, le *Gambling Attitudes and Beliefs Survey* (GABS) (Breen et Zuckerman, 1999), permettant ainsi de vérifier que notre programme atteint bien l'une de ses cibles.

L'expérience des groupes dans la prise en charge des conduites addictives dans le service nous a incités à choisir cette modalité aussi pour la TCC réservée aux joueurs pathologiques. L'intérêt des thérapies de groupe repose sur les facteurs de guérison suivant (Gelder et al., 2005) :

- *l'universalité* renvoie au partage de l'expérience. Les patients comprennent par leur participation au groupe qu'ils ne sont pas isolés, et que d'autres sont ou ont été confrontés aux mêmes difficultés. Entendre ces derniers parler de leur parcours, de leur évolution, des changements entrepris, est souvent plus convaincant et mobilisateur que ce que pourrait dire le thérapeute ;
- par *altruisme*, on entend le renforcement de l'estime de soi obtenu en soutenant les autres participants du groupe. Ce soutien mutuel renforce le sentiment d'appartenance à un groupe, qui se prolonge parfois par des discussions sur le trottoir à la fin d'une séance ;
- dans le même ordre d'idées, la *cohésion du groupe* permet à des sujets jusque-là isolés dans leurs difficultés de se sentir soutenus ;
- le groupe est un espace permettant d'acquérir de nouvelles habiletés sociales et de les tester de façon sécurisée en son sein. Il s'agit là de développer la *socialisation* ;
- ces nouvelles aptitudes, ces nouveaux comportements, que l'on espère adaptatifs, s'obtiennent par observation de ceux des autres participants aux groupes. On peut parler d'*imitation* ou d'apprentissage vicariant ;
- *l'apprentissage interpersonnel* fait référence aux interactions qui se modifient dans le groupe.

On pourra ajouter que les thérapies de groupe ont un rapport coût/efficacité supérieur, et que le taux de perdus de vue à distance (suivi de 24 mois) est plus bas.

Pour l'instant, ce programme a été proposé à 24 joueurs. Le troisième groupe vient de débiter.

L'expérience des deux premiers groupes est que le taux de rétention est de 60 %. Le score moyen au questionnaire de distorsions cognitives GABS lors de l'évaluation initiale est de 82,8 (SD=15,6), pour un score maximal de 140.

Dans leur étude de validation, les auteurs du questionnaire ont rapporté un score moyen de 92 chez les joueurs pathologiques, tandis que le score moyen des joueurs non pathologiques était de 76. Les résultats de notre

échantillon sont donc intermédiaires, probablement parce que certains joueurs avaient initié une démarche de soins préalable au groupe de TCC, et avaient pour certains pu travailler de façon individuelle avec leur psychiatre référent les distorsions cognitives liées au jeu. Il est intéressant de constater que malgré tout, ce score diminue.

De façon individuelle, même les sujets qui avaient à l'évaluation initiale un faible niveau de distorsions cognitives voient leur score au GABS diminuer. Pour chaque sujet, on observe une diminution du score au GABS entre l'évaluation initiale et l'évaluation finale.

Le score moyen à l'évaluation finale est bas : 51,1 (SD=7,9), et se maintient sensiblement à la même valeur à distance, lors de l'évaluation à 3 mois (M=55,4 ; SD=11,7) et à 6 mois (M=52,5 ; SD=6,9), en parallèle de l'amélioration du comportement de jeu.

Les distorsions cognitives sont donc au cœur du problème de jeu, et à privilégier sur le plan thérapeutique. Les TCC sont efficaces, comme on peut le constater par l'amélioration du score au GABS. De plus, cette amélioration est associée à un arrêt de la pratique du jeu.

Références

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York : General Learning Press.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Breen, R. B., & Zuckerman, M. (1999). « Chasing » in gambling behavior : personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences*, 27, 1097-1111.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2007). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2192-2202.
- Gelder, M., Mayou, R., & Cowen, P. (2005). *Traité de psychiatrie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences.
- Grant, J.E., & Potenza, M.N. (2004). *Pathological gambling. A clinical guide to treatment*. Arlington : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E.M., et al. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling : analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17, 544-552.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 49-59.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., et al. (2003). Group therapy for pathological gamblers : a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling : etiology, comorbidity and treatments*. Washington : American Psychological Association.
- Raylu, N.R., & Oei, T.P. (2010). A cognitive behavioural therapy programme for problem gambling. *Therapist Manual*. Hove : Routledge.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York : Macmillan.
- Vénisse, J. L., & Bronnec, M. (2009). Facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions. In M. Lejoyeux (Ed), *Addictologie*. (pp. 34-43) Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Watson, J. (1920). *Le behaviorisme*. Les classiques de la psychologie, 1972. Paris : C.E.P.L.

B

Du côté des jeux
vidéos
et de la cyberaddiction

16 Les joueurs problématiques de jeux vidéo : éléments cliniques

É. Rossé

La question de l'existence d'une addiction aux jeux vidéo reste ouverte et l'objet de débats passionnants. Dans cette présentation, la proposition est de repartir du traditionnel « schéma trivarié » comme structure de réflexion.

La figure 16.1 reprend les éléments de cette problématique. Du côté du « produit », les propriétés addictogènes des MMORPG¹ ont été décrites notamment par les docteurs Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak qui, dans leur ouvrage *Les Nouvelles formes d'addiction : l'amour, le sexe, les jeux vidéo*, identifient trois éléments accrocheurs : le fait d'incarner un personnage, la nature des mondes dans lesquels ces personnages évoluent – permanents, persistants, infinis –, et l'aspect communautaire du jeu qui induit une interdépendance entre les joueurs².

Pour ce qui est du « moment socioculturel », le discours des parents comme celui des joueurs laissent à penser qu'on a à faire à des familles fragilisées par les événements de vie et qui ont tendance à surprotéger leur progéniture. Entre le « produit » et le « moment socioculturel » se situe un autre élément de compréhension : le fossé générationnel, à l'origine de nombreuses incompréhensions, entre des jeunes « nés avec » les technologies de l'information et de la communication et des adultes qui se sentent souvent dépassés. Cette différence intergénérationnelle tend naturellement à s'amenuiser.

Notre propos porte sur l'approche par la « personnalité ». Trois éléments spécifient cette problématique adolescente :

- une difficulté, partagée par les adolescents et leurs parents, à élaborer la séparation nécessaire au processus d'individuation ;
- des sujets qui ont recours à la fuite : plutôt que de se confronter aux difficultés et conflits, s'échapper et échapper aux contrariétés dans le jeu ;
- un usage des jeux vidéo comme réponse à l'effondrement narcissique.

1 MMORPG : sigle anglais qui signifie *Massively Multiplayer Online Role Playing Game*. En français : jeux de rôle massivement multijoueurs. Un MMORPG est un jeu en réseau qui regroupe un très grand nombre de joueurs, parfois plusieurs millions.

2 Valleur, M., Matysiak, J.C. (2004). *Les nouvelles formes d'addiction : l'amour, le sexe, les jeux vidéo*. Paris : Flammarion.

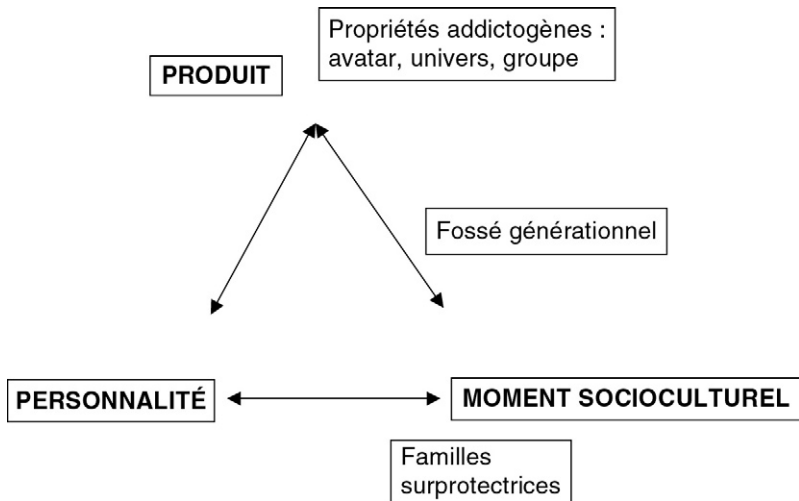


Figure 16.1
Schéma trivarié illustré par les éléments de compréhension des joueurs problématiques de jeux en ligne.

Difficulté d’élaboration de la séparation entre parents et adolescents. Crise d’adolescence non conflictualisée

Le caractère domestique de cette activité témoigne de cette difficulté ; c’est en effet à la maison, sous les yeux des parents – qui sont fréquemment à l’origine du financement du matériel et de la connexion – que se déroule le plus souvent cette activité de jeu. Au sein du foyer, parfois au centre, les joueurs naviguent vers des univers passionnants que les parents ne soupçonnent pas. Ces derniers sont tour à tour fiers, dépassés, voire culpabilisés par les activités de leur enfant avec le dispositif Internet. Ils déclarent souvent avoir été rassurés par l’idée que leur enfant se trouve dans sa chambre plutôt que dans la rue. Lorsque l’investissement dans ces jeux prend de l’ampleur, alors s’installe une tension entre les membres de la famille, surtout entre parents et adolescents, conduisant à une crispation telle que l’enfant se réfugie d’autant plus dans/derrière/devant son écran. Les nombreuses demandes de parents faites auprès de notre « consultation entourage » témoignent de l’ampleur de l’inquiétude et de la lassitude des parents face à ces situations.

D’un point de vue clinique, on constate que le processus d’élaboration de séparation d’avec les parents, essentiel dans la construction identitaire, est mis à mal. Le plus souvent, cette séparation est entravée par l’intensité de la relation parent-enfant et, dans la majorité des situations, il s’agit d’une mère et son fils. Cette situation émerge dans des contextes familiaux particuliers.

Soit il s'agit d'une famille monoparentale de longue date : mère et fils se sont coconstruits en l'absence quasi totale d'un père ; l'enfant a acquis une place particulière et perçoit le rôle de soutien auprès de sa mère. Soit des événements récents dans le couple parental ont amené à des changements profonds de la structure familiale : les conflits récurrents, l'annonce d'un divorce, etc. ; les problèmes du couple semblent prendre le pas sur la séparation des adolescents d'avec leurs parents. Que ce soit pour ne pas avoir à choisir un camp (papa ou maman) ou pour évacuer sa colère face à cette situation, le jeu permet aux enfants de s'extraire des tensions internes – inhérentes au processus adolescent – et externes.

Martin, 19 ans, vient sur insistance de sa mère et par curiosité. Il joue à *World of Warcraft*³ et déclare ne plus rien faire d'autre. Il relate un parcours d'études interrompu par manque d'intérêt, « ni aimé, ni détesté », et sans difficulté ; il est même un enfant précoce. Second de sa fratrie, ses parents se sont séparés définitivement lorsqu'il avait 18 ans (la première fois il avait 14 ans). Selon lui, ses parents étaient « d'accord sur le fond mais pas sur la forme ». Le père était héroïnomane. Martin enfant, sensible aux conflits de ses parents, trouvait difficilement le sommeil. Lorsqu'il critique sa pratique excessive des jeux vidéo, il en parle comme d'« un moindre mal », l'activité la plus adaptée à sa situation. Il précise que s'il avait pu se mettre « entre parenthèses » dès ses 14 ans, il l'aurait fait.

Jean-Noël, 20 ans, vient lui aussi sur l'insistance de ses parents, reçus dans le cadre de la consultation entourage. L'accroche s'effectue autour de la connaissance du jeu mais Jean-Luc ne reconnaît en rien qu'il joue trop, même s'il a du mal à venir à des rendez-vous fixés le matin et qu'il convient que ces retards sont dus au fait qu'il veille tard pour jouer... À la maison, Jean-Luc déclare ne passer aucun temps avec ses parents, passant du lycée à l'ordinateur dans sa chambre, sans considérer devoir rendre des comptes sur ses activités à quiconque. Une situation qu'il justifie avec un peu de violence par son rôle majeur dans le maintien du couple de ses parents.

Problématiques narcissiques. Fuite de la réalité

Les grands joueurs que nous recevons dans notre consultation, à l'instar des toxicomanes des années 1970, n'hésitent pas à faire part de leur sentiment négatif à l'égard de la société : celle-ci leur apparaît souvent étrange, « flippante » et surtout inintéressante, ennuyeuse et désenchantée. Les mondes des jeux de rôle en ligne s'offrent alors comme une alternative à une existence IRL (*in real life*, dans la « vraie vie ») qu'ils ne désirent pas

3 *World of Warcraft* est un MMORPG. Il regroupe actuellement plus de 11 millions de joueurs dans le monde. Blizzard en est l'éditeur et Vivendi Universal le producteur.

ou dans laquelle ils n'arrivent pas à se construire une place. S'ils préfèrent leur vie dans le jeu, ils sont conscients que, en s'investissant dans la réalité virtuelle, ils cherchent à fuir non seulement une réalité sociale mais aussi leur réalité corporelle qu'ils ont bien souvent du mal à accepter. Ce corps de chair, ils le délaissent, l'oublie, le malmènent parfois au profit du corps de pixel de l'avatar, bien plus obéissant, maîtrisable, source de prestige et de reconnaissance.

Mickaël, 22 ans, vient à la consultation sur les conseils de sa mère ; il a arrêté ses études universitaires de maths/informatique depuis quelques mois. Son malaise est palpable dès le premier entretien : rires inadaptés, impossibilité de me regarder, etc. Au cours du suivi, Mickaël me fait part du fait qu'il ne peut pas se mettre torse nu. Il adopte une position particulière pour dissimuler sa poitrine. Il explique que depuis son entrée en seconde, qui correspond aussi à la séparation de ses parents, il est le bouc émissaire de ses camarades : ils se moquent de sa manière de s'exprimer, de ses postures. Parallèlement, il a intensifié sa pratique d'Internet et des jeux vidéo. Mickaël prévoit néanmoins de reprendre des études et, en vue de la prochaine rentrée, il décide de diminuer le jeu ; le plus difficile pour lui est de quitter sa place : il s'est rendu indispensable pour sa Guilde et ne consent qu'avec difficulté de décevoir ses camarades de jeu qui sont ses seuls amis.

Cette interdépendance entre les joueurs favorisée par les éditeurs rappelle l'une des qualités essentielles de ces jeux : la possibilité de rencontrer d'autres personnes en « toute sécurité », protégé par l'écran. Pour ces garçons, la rencontre avec une fille est la situation à haut risque. Certains joueurs racontent avoir poursuivi leur investissement dans le jeu parce qu'ils étaient entrés en contact avec une joueuse avec qui s'était établie une relation épanouissante ; ils espéraient beaucoup de cette relation qui, souvent, demeurait numérique. Pour la majorité des joueurs, s'investir dans un MMORPG est une manière d'échapper à des rencontres pour lesquelles ils se sentent peu confiants, mal à l'aise.

Au fil des entretiens, Jean-Noël, 20 ans, se resitue au sein de sa famille ; il fait le tri entre ce qui relève des histoires entre ses parents et ce qui le concerne directement. Au bout de 3 mois de suivi, et après une réussite au bac et une orientation satisfaisante, Jean-Luc a pu renouer avec son ex-petite amie qu'il avait quittée 2 ans auparavant pour, dit-il, se consacrer pleinement à son jeu.

Valeur antidépressive des jeux vidéo

Le jeu est une activité définie par le plaisir : jouer est source de satisfaction. Être ensemble aussi. Jouer à plusieurs, dans cette position non ordinaire et inédite que propose Internet, c'est-à-dire en étant ni seul ni avec les autres, est l'un des aspects les plus attractifs des jeux en ligne. L'intensité des moments partagés, l'élaboration de stratégies et leur mise en œuvre,

la contemplation de ses performances sont autant d'éléments qui rendent ces jeux attractifs. S'ajoute à cela la nature même des tâches, des « quêtes », qui sont proposées : on peut les qualifier de narcissiques puisqu'il s'agit, essentiellement, de massacrer des monstres et d'équiper son (ses) personnage(s). Autre point, l'absence d'attente entre l'acte et les résultats, l'instantanéité qui, couplée à la possibilité de recommencer chaque action autant de fois que nécessaire jusqu'au résultat satisfaisant, permet une boucle de progression efficace. Les grands joueurs reçus dans notre consultation réalisent ces quêtes de manière compulsive. Cet usage n'est pas sans rappeler les objets transitoires tels que les définit Joyce Mac Doughall⁴, « à saisir » à tout moment afin d'atténuer tout état affectif qui pourrait se révéler questionnant, intolérable, voire angoissant.

En devenant plus performant, en participant régulièrement à la vie du groupe, les avatars assurent reconnaissance et appartenance à un groupe, aux joueurs. Globalement, les joueurs décrivent un sentiment accru de contrôle dans ces univers « virtuels » comparativement à ce qui se passe dans la réalité sociale.

« À l'époque où je l'ai acheté, c'était aussi le côté découverte, que maintenant je n'ai plus du tout, mais le côté découverte où il fallait monter son personnage en expérience, ce qu'on appelle en stade, en aptitude. Tout ça à l'époque, c'est un truc qui m'intéresse vraiment, et c'est pour ça que tous les MMORPG m'intéressent, enfin ce n'est pas qu'ils m'intéressent, mais la phase de *leveling*, c'est-à-dire la phase où on part de rien et on arrive à un truc abouti, toutes ces phases sont vachement intéressantes. Je prends beaucoup de plaisir à ça, mais bon c'est un truc que j'ai fait il y a 3 ans et maintenant je ne le fais plus. » (Extrait d'un entretien mené avec Martin)

À l'adolescence, le processus d'individuation s'effectue par la séparation d'avec ses parents, tandis que le sujet perd à jamais son corps d'enfant. La multiplication des épreuves de séparation amène une minorité de jeunes à utiliser les jeux vidéo comme renflouement narcissique, les exposant au risque éventuel de dépendance aux sources d'étayage virtuelles et idéalisées.

Mickaël explique qu'il n'a pas compris le divorce de ses parents, tout d'abord parce qu'il n'avait vu aucun signe avant-coureur, et ensuite parce que le nouveau compagnon de sa mère était, selon ses termes, laid. Il est triste pour son père qui se retrouve seul. C'est à cette période qu'il s'est mis à jouer plus.

Romain, 20 ans, s'est investi dans les jeux vidéo de manière intense suite au décès de son père d'un cancer ; il avait alors 15 ans. C'est son père qui l'a initié à l'ordinateur. Un père qu'il n'a pas souhaité voir dans ses derniers moments d'existence. La question de la ▷

4 *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard ; 1978.

- ▷ réussite, « réussir sa vie », s’accomplir, est aussi importante : pour Romain qui ne se sent pas à la hauteur de ses frères et sœurs, c’est une blessure supplémentaire.

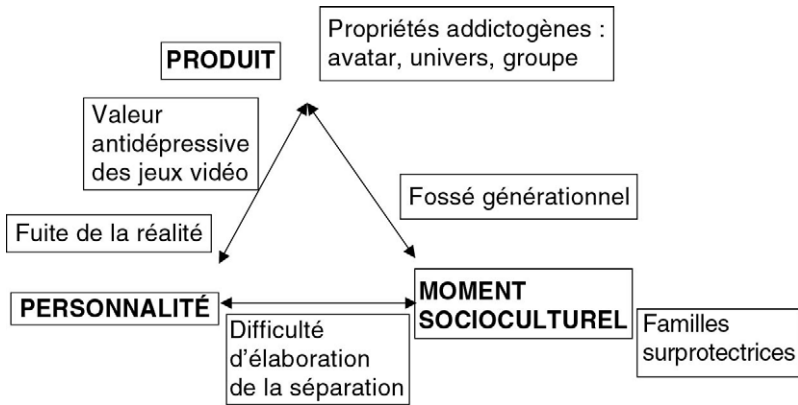


Figure 16.2
Schéma trivarié : éléments de compréhension cliniques des joueurs problématiques de jeux en ligne.

À l’issue de cette réflexion, le schéma se trouve complété (figure 16.2).

Du côté de la personnalité, la fuite de la réalité est le trait essentiel ; il est aussi commun aux autres formes d’addictions, mais ici cette fuite s’effectue sans risque corporel instantané, bien qu’une majorité des joueurs reçus n’aient pas une alimentation, ni un sommeil équilibré. Entre la personnalité et le moment socioculturel – ce qui revient à préciser la dynamique de la relation entre parents et adolescents – et à partir des éléments cliniques, on constate une difficulté d’élaboration de la séparation entre parents et adolescents. La valeur antidépressive des jeux vidéo et leur intérêt dans le travail de deuil se placent entre le produit et la personnalité.

L’approche clinique semble être la plus adaptée actuellement pour comprendre ces microphénomènes émergents⁵. Ces situations concernent une minorité de joueurs mais apportent des éléments de réflexion à propos de la construction identitaire des individus.

⁵ Un groupe de réflexion clinique sur les joueurs de jeux vidéo, nommé la Guilde, se réunit régulièrement. Pour plus d’informations, prendre contact avec Aurélie Wellenstein, documentaliste à l’hôpital Marmottan (documentation.cmm@wanadoo.fr et sur le site hopital-marmottan.fr).

17 Addiction aux jeux vidéo et comorbidité psychiatriques

F. Pascuttini, C. Lançon, A. Gavaudan

Dans le cadre de ce congrès consacré aux addictions comportementales, ou encore addictions sans produit, nous vous présentons une étude réalisée auprès de joueurs de jeux vidéo consultant à l'hôpital de jour du service d'addictologie du professeur Lançon (CHU Sainte-Marguerite, Marseille).

L'objectif était de décrire la population se présentant en consultation pour une consommation problématique de jeux vidéo, avec recueil de données sociodémographiques et cliniques.

Les jeux vidéo : types de jeu et motivations des joueurs

Nous citerons pour mémoire les jeux de plateformes (souvent joués seul), les jeux de réflexion (transposition d'une pratique réelle, par exemple les échecs), les jeux de simulation, de sport, de courses ou de combat.

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux jeux en réseau de type MMO (*Massively Multiplayer Online game*), les plus populaires étant les jeux de stratégie (MMORTS pour *Real Time Strategy*), les FPS (*First Person Shooter*) et les MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role Playing Game*).

Les FPS sont des jeux d'action en vue subjective. *Counter Strike* est un des FPS les plus utilisés. Souvent objet de controverses en raison de la violence de son graphisme, ce jeu a finalement été relativement peu étudié.

Les MMORPG représentent quant à eux le type de jeu le plus souvent associé aux problématiques addictives et par conséquent le plus étudié. Typiquement, le joueur est représenté par un avatar évoluant en temps réel dans un monde virtuel. Les joueurs échangent avec un système de communication instantanée. Ils peuvent donc discuter de tactiques et stratégies à adopter pour accomplir une mission ou quête, mais aussi aborder d'autres sujets éventuellement plus personnels (Chapelier, 2004). *World of Warcraft* est à l'heure actuelle l'un des jeux les plus connus. L'aspect social semble constituer le principal attrait des jeux en réseau. L'importance et la richesse des interactions sociales sont en effet des caractéristiques essentielles des MMORPG. Pour pouvoir progresser dans le jeu, le joueur doit créer des

alliances. Il existe ainsi des communautés virtuelles appelées guildes, pouvant rassembler des centaines de joueurs. Initialement constituées autour de la pratique du jeu, de véritables sociétés virtuelles se forment.

Dans les FPS, les joueurs se regroupent également en équipes : les « *teams* ».

Cet aspect des jeux en réseau amène la question de leur impact en termes de socialisation. Souvent considérés comme responsables de l'isolement et du repli sur soi de certains jeunes, d'autres études semblent modérer cette conception des jeux en les considérant au contraire comme facteurs de socialisation, voire même comme de potentiels outils thérapeutiques dans certains cas. La discussion reste ainsi ouverte à ce sujet.

Deux autres grands types de motivation peuvent également être dégagés des études, en particulier celle de N. Yee (2006) :

- l'immersion correspondant à la découverte et à l'exploration d'un univers de jeu, à la notion de jeu de rôle avec la création d'un personnage que le joueur pourra personnaliser et faire évoluer à son gré, et enfin à la dimension échappatoire. Cette dernière dimension, retrouvée sous le terme d'*escapism* dans les études, serait un des meilleurs éléments prédictifs d'un usage problématique du jeu vidéo (Young, 2009) ;
- les notions d'accomplissement et de réalisation sont également importantes car elles font référence aux possibilités de progresser par l'acquisition de compétences spécifiques et de se mesurer à d'autres joueurs.

La pratique du jeu vidéo recouvre ainsi des réalités très différentes ne pouvant être réduites au stéréotype du joueur tel qu'il est le plus souvent représenté dans les médias.

Notion d'addiction aux jeux vidéo

De même que l'addiction à Internet, l'addiction aux jeux vidéo est à l'heure actuelle une notion débattue. Peut-on considérer qu'il s'agit d'une addiction comportementale ? Faut-il la reconnaître comme un trouble psychiatrique à part entière et, dans ce cas, dans quelle catégorie du DSM la classer ?

La pratique du jeu recouvre des réalités très différentes allant de la « consommation simple et banale » à la dépendance, sans oublier une catégorie bien particulière : la passion (Hayez, 2006). Il s'agira donc de distinguer une pratique intensive ou passionnée d'un véritable comportement pathologique, tout en se posant la question d'un continuum entre ces différentes pratiques.

Si le temps consacré aux jeux peut être considéré comme un indicateur, pour autant il ne peut être un critère diagnostique. La pratique d'un jeu vidéo est en effet quasi consubstantielle de son excès : la conception même du jeu de rôle repose sur la nécessité d'une progression du joueur. Dans le cas de *World of Warcraft*, le premier objectif est de faire évoluer le personnage pour passer du niveau 1 au niveau 70 (sachant qu'il faut compter 480 heures en moyenne pour l'atteindre). Une fois ce niveau atteint commence « la

course au stuff » : dans le langage des joueurs, il s'agit de trouver le meilleur équipement pour le personnage. « C'est alors plus la façon de jouer que le temps passé à jouer qui est un indicateur de gravité. » (Tisseron, 1999)

Reprenant les arguments de Beard et Wolf (2001) distinguant dans l'addiction à Internet les critères nécessaires et suffisants, Charlton et Danforth (2007) suggère qu'il existe des critères d'addiction principaux et périphériques. À partir d'une étude spécifique de 442 joueurs de MMORPG, il distingue :

- les critères principaux :
 - les conséquences négatives du comportement (*conflict items*) : symptômes de sevrage, tendance à la rechute lors des tentatives d'arrêt, impacts dans les autres domaines de la vie du sujet (vie sociale, vie professionnelle et autres activités),
 - le caractère saillant ou prédominant du comportement pathologique (*saliency behaviorial items*) ;
- les critères périphériques ou secondaires :
 - les préoccupations essentiellement pour le comportement (*cognitive saliency items*),
 - les phénomènes de tolérance,
 - l'euphorie.

Le groupe des joueurs *addicts* se caractérise par la présence de la totalité des critères principaux, tandis que le groupe des joueurs intensifs possède les trois critères périphériques, mais aucun critère principal.

Même s'il semble incontestable que certains joueurs de jeux vidéo présentent des difficultés de l'ordre de la pathologie, il n'existe pas pour l'instant d'échelle d'évaluation de référence. Nous avons utilisé celle élaborée par Salguero et al. (2002) qui, à partir des critères du DSM-IV de dépendance à une substance et au jeu pathologique, ont déterminé neuf items composant une échelle appelée *Problem Video game Playing* (PVP).

Épidémiologie

La véritable prévalence de l'addiction aux jeux vidéo ou du moins les difficultés secondaires à un usage problématique restent inconnues. La variabilité des critères de définition retenus et des populations étudiées ne permet pas de conclure.

Les adolescents représentent une population particulièrement à risque de développer une addiction (Smahel et al., 2008 ; Griffiths et al., 2004). La prévalence serait de l'ordre de 8,5 (Douglas et al., 2008) à 9,9 % (Salguero et al., 2002) des joueurs adolescents.

Les données épidémiologiques relatives à la comorbidité restent pour l'instant quasi inexistantes. Si la souffrance psychique rattachée à l'utilisation des jeux (tristesse, anxiété, agressivité) constitue un symptôme évocateur d'un comportement addictif, certains spécialistes du sujet adolescent estiment que ce serait les comorbidités anxiodépressives qui pourraient conduire au relaps sur le jeu, et non l'inverse (Tisseron, 1999).

Yee (2002) souligne l'importance de la dimension « *escapism* », en particulier chez les sujets déprimés, ou la dimension sociale chez les sujets anxieux.

Dépression

Dans l'étude menée par Schmit et al. (2011), la population dépendante aux jeux en ligne présentait plus de symptômes dépressifs. Selon Peng et Liu (2010), dépression et dépendance aux jeux en ligne étaient corrélées positivement.

Si les antécédents personnels de dépression ne constituent pas un facteur de risque de dépendance aux jeux vidéo, dans l'étude de Rehbein et al. (2010), les adolescents dépendants rapportaient néanmoins plus d'idées suicidaires.

Anxiété sociale

Lo et al. (2005) ont étudié la nature des interactions interpersonnelles chez les joueurs. Ces derniers étaient divisés en deux catégories : « gros joueurs » (en moyenne 4,70 heures par jour) et « petits joueurs » (2,45 heures par jour). Le groupe des « gros joueurs » se différenciait de façon statistiquement significative du groupe « petits joueurs » et du groupe « non joueur » par une plus faible qualité des relations interpersonnelles et un niveau d'anxiété sociale plus élevé.

Les auteurs notent ainsi que si les jeux vidéo permettent de soulager temporairement les symptômes d'anxiété sociale, ils ne permettent pas d'améliorer les relations sociales dans la *vraie vie*. Les jeux massivement multijoueurs interféreraient plus particulièrement dans la vie sociale, avec plus de temps consacré aux relations en ligne, au détriment de relations de la vraie vie (Smyth, 2007).

De même que pour l'addiction à Internet de façon plus générale, la nature de cet impact reste controversée : le jeu vidéo peut-il être utilisé pour développer des habiletés sociales ou au contraire est-il à l'origine d'un repli et donc d'une aggravation des symptômes d'anxiété sociale ?

Étude clinique

L'hôpital de jour du service d'addictologie du professeur Lançon est une structure orientée sur l'accueil et la prise en charge de patients présentant une problématique addictive. Celle-ci peut être d'ordre comportemental ou bien être une addiction aux produits.

Dans un premier temps, une évaluation globale et pluridisciplinaire (psychiatrique et psychologique, mais aussi rencontre avec la diététicienne et l'assistance sociale du service) est proposée aux patients. À l'issue de cette première évaluation, une prise en charge spécifique est proposée.

Dans ce cadre, nous avons pu accueillir des patients consultant pour des comportements ayant trait à Internet et aux jeux vidéo. Cette étude s'intègre dans la volonté de mieux décrire et comprendre ces problématiques émergentes.

Description de l'étude

Les entretiens d'évaluation se sont déroulés entre janvier et juin 2009. Sur 15 sujets ayant consulté, 11 ont accepté l'évaluation complète telle qu'elle était proposée, soit un taux de réponse de 73,3 %.

Cette évaluation consistait en un entretien clinique semi-directif et passation du MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*). Dans un second temps étaient proposés des autoquestionnaires :

- l'IAT (*Internet Addiction Test*) pour évaluer la consommation d'Internet ;
- l'échelle de Tejeiro-Salguero pour les jeux vidéo ;
- l'échelle de dépression de Beck (*Beck Depression Inventory*) ;
- l'échelle d'impulsivité (Barrat, BIS-11) ;
- la *Sensation Seeking Scale* (Zuckerman).

Résultats

L'âge moyen est de 18,5 ans avec un écart type de 2,62. L'échantillon étudié est majoritairement constitué d'hommes : 90,9 % (une fille parmi les 11 joueurs). Tous se déclaraient célibataires et vivaient chez leurs parents.

Le temps moyen de jeu estimé sur 10 patients est de 66,9 heures par semaine avec un minimum de 14 heures par semaine et un maximum de 140 heures par semaine. Le score moyen obtenu à l'échelle de l'*Internet Addiction Test* est de 57,82 avec un écart type de 13,71 (figure 17.1). Ce score moyen correspond à la deuxième catégorie distinguée par les auteurs du test, soit une utilisation pouvant engendrer occasionnellement ou souvent des problèmes dans la vie quotidienne. Il existe une corrélation statistiquement significative entre le score obtenu à l'IAT et le temps moyen passé sur Internet.

Le jeu vidéo représente l'essentiel du temps passé sur Internet. Le score moyen obtenu à l'échelle de Tejeiro-Salguero est de 7,09 avec un écart type de 1,64. Il est à noter que 4 joueurs obtenaient un score maximal à cette

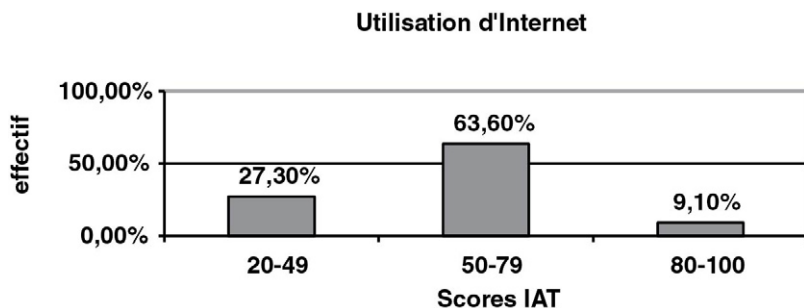


Figure 17.1

Scores moyens obtenus à l'IAT. D'après F. Pascuttini. Addictions aux jeux vidéos et comorbidité psychiatriques. Thèse de médecine, Marseille, 2009.

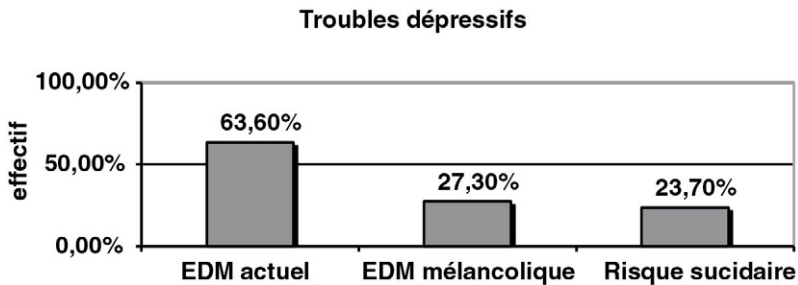


Figure 17.2

Prévalence des troubles dépressifs. D'après F. Pascuttini. Addictions aux jeux vidéo et comorbidité psychiatriques. Thèse de médecine, Marseille, 2009.

auto-évaluation. L'ensemble des joueurs rapportait des difficultés liées aux jeux vidéo (score minimal de 5).

La proportion de troubles psychiatriques répondant aux critères du DSM-IV est élevée puisque seuls 2 sujets sur 11 sont indemnes de comorbidité d'axe I ; 81,8 % des sujets (soit 9 patients sur 11) présentent au moins une comorbidité.

Les troubles anxiodépressifs représentent la majorité des pathologies retrouvées, et l'épisode dépressif majeur le trouble le plus fréquemment noté – il est observé chez 7 patients, soit 63,6 % de notre population.

Trois patients présentent des caractéristiques mélancoliques.

Le risque suicidaire est présent chez 3 patients, soit 27,3 % de la population, dont un présentant un risque suicidaire élevé. Il est à noter que 2 de ces patients ont nécessité une prise en charge en hospitalisation à temps plein.

On ne retrouve aucune notion d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, actuels ou passés, ce qui n'est pas en faveur de l'existence de troubles bipolaires.

Le score moyen obtenu à l'échelle de Beck est de 14,2 (écart type de 11,094), ce qui correspond à une dépression d'intensité moyenne à modérée (figure 17.2). Dans l'ensemble des cas, la symptomatologie dépressive était soit antérieure à la surconsommation de jeux vidéo, soit de développement concomitant à celui du jeu. Cela nous interroge sur le rôle du jeu vidéo.

Les troubles anxieux représentent la deuxième catégorie de troubles retrouvée. Ils consistent en différents diagnostics (figure 17.3).

De façon générale, il s'agit d'une population consommant peu de substances psychoactives. La consommation de café apparaît de façon anecdotique chez un des joueurs, sans lien rapporté avec le jeu. En revanche, la consommation d'alcool est rapportée par 3 joueurs (soit 27,27 % de la population) dont 2 présentent les critères d'abus à la passation du MINI (soit 18,2 % de la population). Aucun ne présente de critères de dépendance. La consommation de cannabis s'avère également relativement fréquente ;

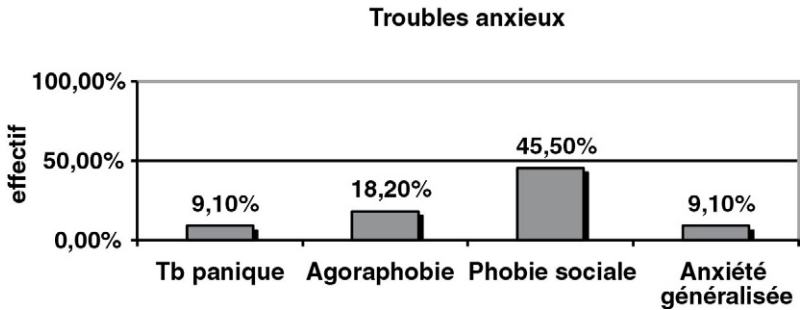


Figure 17.3

Prévalence des troubles anxieux. D'après F. Pascuttini. Addictions aux jeux vidéos et comorbidité psychiatriques. Thèse de médecine, Marseille, 2009.

3 joueurs (soit 27,27 %) disent en consommer. Un patient présente les critères d'abus selon le MINI. Aucun ne présente de critères de dépendance.

Les scores obtenus à l'échelle d'impulsivité de Barrat (BIS-11) montrent un score global de 77,5 avec un écart type de 11,89 (figure 17.4). Les résultats sont donc bien en faveur d'une impulsivité plus importante chez les joueurs présentant une consommation problématique de jeux vidéo, comme dans les autres problématiques addictives. La dimension impulsivité motrice est positivement corrélée au score obtenu à l'IAT.

Les résultats retrouvés à l'échelle de Zuckerman montrent une valeur globale de 20,1. Les résultats ne sont donc pas en faveur d'un niveau de recherche de sensations plus élevé chez les joueurs ayant une consommation excessive

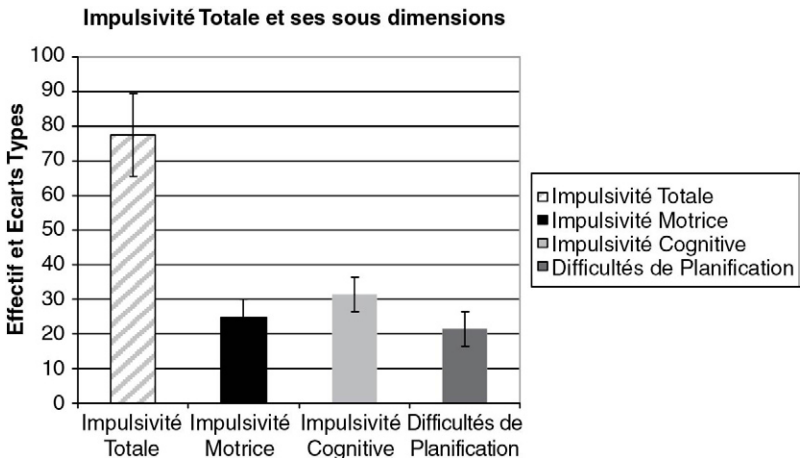


Figure 17.4

Scores obtenus à l'échelle d'impulsivité.

de jeux vidéo, contrairement à ce que l'on pouvait attendre. Cependant, la petite taille de notre échantillon ne nous permet pas de conclure. On peut tout de même noter que la sous-échelle « Recherche de danger et d'aventure » est celle qui obtient le score le plus élevé, ce qui correspond à la représentation que l'on se fait des jeux vidéo.

Conclusion

Le débat sur la pertinence du concept d'addiction aux jeux vidéo renvoie à celui sur la notion d'addiction sans produit. À l'heure actuelle, seul le jeu pathologique est reconnu et classé dans le DSM-IV, manuel international de classification se voulant athéorique.

Goodman (2008) a défini un processus addictif commun aux addictions à une substance ou à un comportement : tendance forte et durable à s'engager dans un comportement de production de plaisir ou d'évitement d'affects négatifs avec tentative répétée de contrôler ce comportement et perpétuation de celui-ci, malgré ses conséquences néfastes.

L'AMA¹ a rendu un rapport en juin 2007 concernant les jeux vidéo et Internet. Dans ce rapport sont abordés les risques physiques (jeux vidéo et épilepsie) et comportementaux (jeux vidéo et comportements violents), puis les conséquences psychosociales. Il est ainsi précisé que *l'addiction à Internet et aux jeux vidéo est probablement la conséquence psychosociale négative la plus largement reconnue*. Pour les auteurs, la catégorie diagnostique du DSM-IV la plus proche est le jeu pathologique. Le rapport conclut sur la nécessité de reconsidérer l'addiction aux jeux vidéo et à Internet afin de l'inclure comme un diagnostic formel dans la prochaine révision du DSM.

Notre propos était ici de décrire et évaluer les difficultés d'ordre psychologique présentées par des sujets consultant pour « addiction aux jeux vidéo ». À l'issue de nos observations cliniques, force est de constater que la problématique liée aux jeux vidéo, initialement évoquée par les patients, était systématiquement associée à des problématiques personnelles ou familiales. Dans la série de cas observés, il s'agissait à chaque fois d'adolescents ou de jeunes adultes (ce qui correspond aux données de la littérature, identifiant cette catégorie de la population comme étant particulièrement à risque de développer un usage problématique de l'ordinateur et d'Internet). La pratique du jeu vidéo s'inscrivait donc dans un contexte bien particulier : celui de l'adolescence. En cela elle est représentative d'une génération.

La recherche systématique de comorbidités montrait également une forte association à des troubles anxiodépressifs, ainsi que des traits de personnalité spécifiques.

La nature des liens entre ces différentes problématiques reste à déterminer, la pratique du jeu vidéo pouvant s'interpréter à la fois comme cause et conséquence par rapport à la personnalité du joueur et de ses difficultés.

1 American Medical Association, www.ama-assn.org/ama/no-index/about-ama/17694.shtml

Si la consommation de jeux vidéo semble pouvoir être associée à des difficultés d'ordre pathologique, elle doit être intégrée dans la problématique plus générale d'une vulnérabilité individuelle, soumise aux bouleversements inhérents à l'adolescence.

Références

- Beard, K., & Wolf, W. E. V. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for the Internet Addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 377-383.
- Chapelier, J. B. (2004). Jeux vidéo à l'adolescence. Groupes virtuels, groupes réels et fantasmes d'auto-engendrement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 253-258.
- Charlton, J. P., & Danforth, I. D. W. (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior*, 23, 1531-1548.
- Douglas, A. C., Mills, J., Niang, E. M., et al. (2008). Internet addiction : meta-synthese of qualitative research for the decade 1996-2006. *Computers in Human Behavior*, 24, 3027-3044.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction : an integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75, 266-322.
- Griffiths, M., Davies, M., & Chappell, D. (2004). Online computer gaming : a comparison of adolescents and adult gamers. *Journal of Adolescence*, 27, 87-96.
- Hayez, J. Y. (2006). Quand le jeune est scotché à l'ordinateur : les consommations estimées excessives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 189-199.
- Lo, S. K., Wang, C. C., & Fang, W. (2005). Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 15-20.
- Peng, W., & Liu, M. (2010). Online gaming dependency : a preliminary study in China. *Cyberpsychology and Behavior Soc Netw*, 13, 329-333.
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., et al. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence : results of a German Nationwide Study. *Cyberpsychology and Behavior Soc Netw*, 13, 269-277.
- Salguero, R. A. T., & Moran, R. M. B. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97, 1601-1606.
- Schmit, S., Cauchard, E., Chabrol, H., & Sejourne, N. (2011). Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes. *L'Encéphale*, 37, 217-223.
- Smahel, D., Blinka, L., & Ledabyl, O. (2008). Playing MMORPGs : connections between addiction and identifying with a character. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 715-718.
- Smyth, J. M. (2007). Beyond self-selection in video game play : an experimental examination of the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 717-721.
- Tisseron, S. (1999). Jeux video : la triple rupture. *Carnet Psy*, 47, 23-30.
- Yee, N. (2006). Motivations for play in online games. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 772-775.
- Young, K. (2009). Internet Addiction : diagnosis and treatment considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10.1007/s10879-009-9120-x.

18 Étude des réactions anxieuses et psychophysiologiques à la déconnexion d'un jeu vidéo en réseau multijoueurs

M. Bourdon, J. Gautier, B. Rocher, G. Bouju

Les jeux de rôle en réseau massivement multijoueurs (MMORPG ou *Massively Multiplayer Online Role Playing Game*) connaissent depuis une décennie un franc succès, mais peuvent parfois conduire à des pratiques problématiques.

Parmi les conséquences de ces pratiques problématiques, les familles et l'entourage témoignent de réactions vives des joueurs suite à une déconnexion. Elles peuvent se traduire par une tension anxieuse des joueurs allant parfois jusqu'à des crises clastiques de ces derniers lors d'une déconnexion brutale du jeu quand elle est imposée par un tiers ou consécutive à un problème d'ordre technique. Toutefois, aucune recherche scientifique à notre connaissance n'a étudié ce phénomène.

Dans le but d'étudier les réactions psychophysiologiques déclenchées par une déconnexion brutale à un jeu en réseau multijoueurs, nous avons élaboré un protocole expérimental exploratoire.

Problématique

Comme il vient d'être énoncé, il n'y a pas à notre connaissance d'éléments scientifiques sur les réactions émotionnelles consécutives à une déconnexion imposée à un jeu vidéo en réseau multijoueurs.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi de considérer l'arousal physiologique et psychologique associé à l'affect des participants. Nous nous inspirerons dans une certaine mesure de travaux scientifiques sur les jeux de hasard et d'argent pour faire nos hypothèses, du fait que ceux-ci présentent des caractéristiques communes avec les jeux vidéo des points de vue psychologique et comportemental (Bonnaire et Varescon, 2009).

On sait notamment que les joueurs pathologiques présentent un niveau d'excitabilité subjectif plus important que les joueurs non pathologiques pendant une séquence de jeu (Brown et al., 2004 ; Diskin et Hodgins, 2003). Pourtant, leurs réponses physiologiques ne semblent pas significativement différentes dans ces deux groupes (Diskin et Hodgins, 2003).

Il s'agira donc, dans un premier temps, de mettre en évidence des réactions anxieuses et psychologiques différentes d'après l'intensité de la pratique de jeu puis, dans un second temps, de souligner des réactions anxieuses, psychologiques et physiologiques différentes d'après la modalité de déconnexion au jeu (en cours ou en fin de partie).

Méthodologie

Variables et plan expérimental

Nos variables dépendantes (VD) sont au nombre de trois : l'arousal physiologique (pouls, tension artérielle, cortisol salivaire) et psychologique ; l'anxiété état ; et les états d'humeur.

Nos variables indépendantes (VI) sont au nombre de deux : l'intensité de la pratique des jeux vidéo (notée **P**, variable invoquée à deux modalités : repérée à risque et repérée non à risque) et la déconnexion (notée **D**, variable provoquée à deux modalités : en cours et en fin de partie).

Nos variables contrôlées sont : le genre des participants (ce seront des hommes) ; l'âge (ils devront être âgés d'au moins 14 ans) ; le jeu ; l'anxiété trait et le niveau de dépression, dans la mesure où ils peuvent affecter les réactions émotionnelles des participants. Pour finir, le rôle de *healer* (rôle de soigneur) et le niveau maximal du jeu (critères forts d'engagement dans le jeu) sont choisis pour optimiser les conditions d'observation de réactions anxieuses et psychophysiologiques à la déconnexion. Notre plan expérimental est le suivant : parmi les 40 participants ayant une pratique repérée à risque, 20 joueront jusqu'à la fin de leur partie, tandis que les 20 autres seront interrompus au cours de leur partie. De même, parmi les 40 participants ayant une pratique évaluée non à risque, 20 joueront jusqu'à la fin de leur partie, tandis que les 20 autres seront interrompus au cours de leur partie.

Hypothèses opérationnelles

Au niveau intergroupe

On s'attend à observer des réactions anxieuses et psychologiques plus importantes dans le groupe des joueurs qui ont une pratique repérée à risque que dans le groupe ayant une pratique repérée non à risque, en situation de déconnexion en fin de partie, et des mesures physiologiques similaires.

On pense également retrouver des réactions anxieuses, psychologiques et physiologiques plus importantes dans le groupe des joueurs qui ont une

pratique repérée à risque que dans le groupe ayant une pratique repérée non à risque, en situation de déconnexion en cours de partie.

Au niveau intragroupe

Chez les participants ayant pratique repérée à risque, comme chez ceux ayant une pratique repérée non à risque, on s'attend à observer des réactions anxieuses, physiologiques et psychologiques plus importantes en situation de déconnexion en cours de partie qu'en situation de déconnexion en fin de partie.

Population

Le protocole prévoit d'inclure 80 participants pour cette recherche. Deux groupes de 40 joueurs seront définis d'après l'intensité de leur pratique de jeu (pratique repérée non à risque *versus* pratique repérée à risque). Dans chacun des deux groupes de 40 joueurs, 20 participants seront aléatoirement placés dans une condition contrôle (déconnexion à la fin de la partie) et 20 dans une condition expérimentale (déconnexion imposée en cours de partie).

Matériel

Le matériel utilisé pour l'expérience est le suivant :

- pour l'inclusion : STAI-trait (Spielberger et al., 1983) ; BDI (Beck et al., 1961) ; PVP (Tejeiro et Bersabe, 2002) ;
- pour l'expérience : STAI-état (Spielberger et al., 1983) ; BMIS (Mayer et Gaschke, 1988) ; échelle d'arousal psychologique (Eich et Metcalfe, 1989) ; tensiomètre ; salivette.

Procédure

La procédure s'effectuera en trois étapes. Premièrement, un recrutement sera effectué par annonce (presse, radio locale, affichages). Celle-ci précisera que la procédure prévoit de faire joueur les participants dans des locaux dédiés à une partie (phase de raid) en ligne avec leur personnage habituel de jeu. Les personnes intéressées auront un entretien téléphonique avec l'expérimentateur, au cours duquel ce dernier expliquera en détail la procédure et vérifiera les critères de pré-inclusion. Seront alors adressés au domicile du participant une lettre d'information et un ou plusieurs formulaires de consentement (en fonction de l'âge du participant).

Ensuite, une première rencontre aura lieu avec le participant, durant laquelle l'expérimentateur recueillera le(s) consentement(s) en présence d'au moins un parent si le participant est mineur et d'un médecin pour le(s) valider. Les critères d'inclusion seront vérifiés et des mesures physiologiques de base effectuées.

Enfin, la passation se déroulera au centre d'expérimentation un soir de raid de la guilda du joueur, qui jouera avec son personnage habituel.

Déroulement de l'expérience

Un prétest aura lieu avant le démarrage des passations : il consistera en deux passations de 4 participants qui joueront en simultané dans des pièces séparées.

Ensuite 20 sessions de passation expérimentale auront lieu. À chaque session, 4 joueurs se connecteront pour un raid avec leur personnage habituel de jeu (avatar). Les participants seront isolés dans des pièces distinctes. Deux d'entre eux seront déconnectés, interrompus dans leur activité en cours de partie ; ils ne seront pas déconnectés en même temps pour des modalités pratiques et pour anticiper d'éventuels effets indésirables. Les autres participants joueront jusqu'au terme du raid. La durée de l'expérience est estimée à 4 heures de jeu et 1 heure destinée aux mesures pré- et postexpérimentation.

Recueil et traitement des données

On rappelle que les mesures effectuées lors de la première rencontre avec le participant servent de mesures de référence.

Le jour de l'expérience, on procédera aux recueils suivants :

- avant passation : T = - 30 minutes : arousal psychologique, BMIS, pouls et TA, STAI-état ; T = - 10 minutes : pouls et TA ; T = - 1 minute : pouls et TA ;
- pendant passation : T = + 5 minutes : pouls et TA ; puis recueil toutes les 20 minutes ;
- après déconnexion : T = + 1 minute : arousal psychologique, BMIS, cortisol, pouls, TA, STAI-état ; T = + 10 minutes : pouls et TA ; T = + 30 minutes : arousal psychologique, BMIS, pouls, TA, STAI-état.

Une analyse de variance sera effectuée avec le logiciel Statistica 9.1®.

Résultats attendus

Les résultats devront permettre d'affirmer ou de réfuter l'existence de réactions anxieuses et psychophysiologiques consécutives à une déconnexion imposée en cours d'un jeu massivement multijoueurs sur Internet. Ils s'inscrivent dans les objectifs d'une recherche appliquée. Ils permettraient aux joueurs, aux familles et aux professionnels de santé de mieux appréhender la nature des réactions psychologiques possibles en cas de déconnexion imposée d'un MMORPG et d'éventuellement définir des mesures et attitudes préventives.

Références

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bonnaire, C., & Varescon, I. (2009). La cyberdépendance. In I. Varescon (Ed.), *Les addictions comportementales. Aspects cliniques et psychopathologiques* (pp. 107-132). Wavre : Mardaga.

- Brown, S., Rodda, S., & Phillips, J. (2004). Differences between problem and non problem gamblers in subjective arousal and effective valence amongst electronic gaming machine players. *Addictive Behaviours*, *29*, 1863-1867.
- Diskin, K., & Hodgins, D. (2003). Psychophysiological and subjective arousal during gambling in pathological and non-pathological vidéo lottery gamblers. *International Gambling Studies*, *3*, 37-51.
- Eich, E., & Metcalfe, J. (1989). Mood dependant memory for internal versus external events. *Journal of Experimental Psychology : Learning, Memory, & Cognition*, *15*, 443-455.
- Mayer, J.D., & Gaschke, Y.N. (1988). The experience and meta-experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 102-111.
- Spielberger, C.D., Gorush, R.L., Lushene, R., et al. (1983). *Manual for sthe state-trait anxiety inventory*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Tejeiro, R., & Bersabe, R. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, *97*, 1601-1606.

19 Addiction au jeu vidéo : processus cognitifs émotionnels et comportementaux

P. Taquet, M. Hautekeete

Une expertise collective de l'INSERM en 2008 établit que les travaux sur les jeux vidéo sont presque inexistants en France. Nous ajoutons qu'ils restent relativement rares dans le monde, surtout s'ils concernent l'addiction au jeu vidéo (Khan, 2007). Pourtant quelques données cliniques et expérimentales actuelles montrent que le caractère addictif des jeux vidéo est avéré et que sa prévalence augmente (Bastard et Romo, 2007 ; Vaugeois, 2006). L'analyse de ces rares études dénote un certain nombre de lacunes. Elles concernent pour une grande partie les jeux sur Internet (Chen et Park, 2005 ; Dongseong et Jinwoo, 2004) et non les jeux vidéo hors ligne, ce qui pose la question de l'isolation de composantes addictives spécifiques au jeu vidéo, Internet pouvant apporter une caractéristique addictive supplémentaire (Vaugeois, 2006). De plus lorsqu'il s'agit de jeux en ligne, l'étude se centre souvent sur les jeux multijoueurs et plus particulièrement les MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role Playing Game*), qui sont un type de jeu bien spécifique parmi un large panel de jeux très différents. Indépendamment du potentiel « addictif » de la composante Internet, l'abus de tout jeu vidéo est une problématique en soi (Khan, 2007). L'adaptation des critères utilisés pour diagnostiquer cette dépendance pose des difficultés (Chio et al., 2005 ; Vaugeois, 2006). Pour Chen et Park (2005), même si la manière de mesurer l'addiction à Internet est utilisée pour mesurer l'addiction aux jeux vidéo en ligne, cette approche reste questionnable.

Il manque encore aujourd'hui des études sur les critères spécifiques à l'addiction au jeu vidéo, en particulier ceux concernant les dysfonctionnements cognitivo-émotionnels impliqués dans cette dépendance psychologique. Les recherches actuelles ciblent bien souvent uniquement une population jeune. Cependant, Weaver et al. (2009) nous rappellent que les jeux vidéo ne sont pas utilisés uniquement par une population jeune mais aussi par les adultes. Il serait donc intéressant pour notre propos de nous centrer sur une population adulte.

Nous proposons dans cette étude de contrôler les effets de l'utilisation d'Internet en comparant les jeux en ligne et hors ligne et d'élargir l'étude

à d'autres types de jeux que le MMORPG. La compréhension de l'addiction au jeu sans passer par l'application de critères *a priori* nécessite une connaissance fondamentale des processus cognitivo-émotionnels impliqués dans le jeu vidéo pouvant amener à terme à la dépendance. Pour discerner les dysfonctionnements émotionnels et cognitifs impliqués dans la dépendance au jeu vidéo, une première étape d'identification de ces facteurs est nécessaire.

Méthode

Participants

Les participants inclus dans cette étude avec un consentement éclairé sont au nombre de 31 (29 hommes et 2 femmes). La moyenne d'âge des participants est de 24 ans (18 à 33 ans). Il s'agit de joueurs de jeu vidéo non seulement recrutés parmi des étudiants au sein de l'université de Lille par le biais d'un forum d'étudiants et d'une affiche d'appel à participer à l'étude, mais aussi issus de la population générale et d'une consultation spécialisée en centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. Les participants ont une durée moyenne de jeu de 33 heures par semaine. Seuls 4 joueurs dans notre étude ont une moyenne inférieure à 14 heures par semaine, en dessous du seuil de 2 heures par jour au-delà duquel l'*American Medical Association* considère que l'utilisation de jeux vidéo peut devenir problématique (Khan, 2007). Notre population étudiée est donc représentative de joueurs assidus de jeux vidéo.

Procédure et matériel

Notre protocole comprend une partie d'entretien ouvert d'une durée d'environ 1 h 30 et la passation d'une batterie de questionnaires. Pendant l'entretien non directif, la personne doit nous relater librement ses cognitions, émotions, ressentis et comportements à trois moments relatifs au jeu : avant, pendant et après. Nous utilisons des reformulations et des relances sous forme de questions ouvertes pour faciliter l'émergence des idées. Les contenus de paroles des participants sont enregistrés par écrit. Cet entretien est complété par un ensemble de questions concernant le type de jeu et le type de support de jeu les plus souvent utilisés (questions ouvertes). Nous demandons de décomposer le temps de jeu dans une semaine (TJS) mesuré en heures (H) en fonction du matin, de l'après-midi et du soir. Puis les participants remplissent le *Problem Video Game Playing* (PVP) de Tejeiro-Salguero et Bersabé-Morán (2002), l'un des seuls questionnaires portant sur l'utilisation problématique du jeu vidéo à la fois en ligne et hors ligne. Il s'agit d'un outil constitué de 9 items pour lesquels sont proposées les réponses dichotomiques « oui » et « non ». L'échelle PVP n'est pas validée en français pour une population adulte, mais un score élevé est l'indication d'un possible problème lié à une pratique excessive du jeu vidéo. Des questionnaires sur les comorbidités classiquement retrouvées dans les addictions sont administrés :

le *Beck Depression Inventory* à 21 items (BDI-21) de Beck et al. (1979) pour la dépression ; le *State and Trait Anxiety Inventory* (STAI état-trait) de Spielberger (1983) pour l'anxiété trait/état ; et l'échelle de peur de l'évaluation négative (FNE) de Watson et Friend (1969) pour l'anxiété sociale, validée en français par Musa et al. (2004).

Résultats

Les résultats aux questionnaires sont donnés dans le tableau 19.1. Les joueurs de MMORPG, notés ici « MMO », ont des scores au PVP et au BDI-21 significativement supérieurs à ceux des joueurs d'autres types de jeux, montrant ainsi qu'ils sont des joueurs plus « problématiques ». Il est difficile de généraliser le résultat pour la dépression en raison du faible échantillon, mais sur les 31 participants, 6 personnes ont un score au BDI-21 compris entre 10 et 17, indiquant des signes thymiques ou une dépression légère. Ces 6 participants sont tous des MMO. Les joueurs en ligne ont des scores au PVP, au BDI-21 et un TJS significativement supérieurs à ceux des joueurs hors ligne. Si nous retirons de l'analyse les MMO, qui jouent de fait en ligne, les différences significatives sur le PVP et le BDI-21 ne sont plus constatées. Les moyennes des joueurs en ligne sont augmentées par les scores aux échelles des MMO (de 4,167 à 5 pour le PVP et de 5,833 à 7,6 pour le BDI-21). Toutefois, le TJS reste significativement supérieur pour les joueurs en ligne même si l'on retire les MMO (U de Mann Witney = 9 ; p = 0,0159). Nous avons donc un effet spécifique à la composante Internet : le fait d'être en ligne agit sur le temps de jeu. Nous pouvons interpréter ce phénomène en termes de pression sociale exercée par le groupe de joueurs, par exemple la compétitivité ou l'attente d'un consensus du groupe pour

Tableau 19.1
Résultats aux questionnaires PVP, BDI et au TJS selon les types de joueurs

		N(1)	N(2)	M(1) et EC	M(2) et EC	t(ddl) ou U	p
MMORPG(1) vs autres joueurs(2)	PVP	N = 14	N = 17	M = 5,357 EC = 1,393	M = 3,882 EC = 1,9	t = 2,416 (29)	0,0222
	BDI-21	N = 14	N = 17	M = 8,357 EC = 5,486	M = 4,529 EC = 2,718	t = 2,530 (29)	0,0171
Joueurs en ligne(1) vs joueurs hors ligne(2)	PVP	N = 20	N = 11	M = 5 EC = 1,686	M = 3,727 EC = 1,849	U = 62,5	0,0499
	BDI-21	N = 20	N = 11	M = 7,6 EC = 4,946	M = 3,818 EC = 2,359	U = 59	0,0352
	Temps de jeu H/semaine	N = 20	N = 11	M = 40,852 EC = 23,546	M = 21,227 EC = 13,547	U = 50	0,0132

N : effectif ; M : moyenne ; EC : écart type ; t : test de Student ; U : test de Mann Witney.

l'arrêt du jeu. En effet, tous les joueurs en ligne de cette étude jouent en mode multijoueurs.

Nous retrouvons les résultats classiques de corrélations substantielles significatives entre les échelles de dépression et d'anxiété, montrant ainsi que les participants ne répondent pas au hasard. Le score du PVP est corrélé positivement avec le TJS ($r = 0,419$; $p = 0,0182$; $N = 31$). Ce résultat est à mettre en lien avec ce que ses auteurs ont trouvé : une corrélation positive significative entre le score du PVP et les variables temporelles : fréquence de jeu ($r = 0,64$) et durée de jeu ($r = 0,52$). Pour 23 participants, nous avons demandé d'évaluer l'intensité de l'envie de jouer avant de jouer sur une échelle allant de 0 à 10. Elle est corrélée positivement au score du PVP ($r = 0,522$; $p = 0,0096$) et au score de dépression ($r = 0,468$; $p = 0,0234$). L'envie forte est liée à un mal-être : il s'agit d'une mesure d'envie impérieuse composante de l'addiction, le *craving*. Les MMO ont une moyenne d'envie ($M = 8$) supérieure à celle des autres joueurs ($M = 6,167$) : U de Mann Witney = 31,5 ; $p = 0,0337$. Ils sont donc dans un processus plus addictif. Nous ne retrouvons pas de résultats significatifs pour les scores de la FNE concernant les comparaisons entre MMO *versus* autres joueurs et joueurs en ligne *versus* joueurs hors ligne.

Une analyse de contenu est utilisée pour le traitement des données qualitatives des entretiens. Nous avons en différentes étapes regroupé l'ensemble des réponses des participants par catégories sémantiques. À partir de premières catégories relativement descriptives, nous avons procédé à d'autres phases de regroupements en catégories super-ordonnées plus abstraites, englobant des sous-catégories. Pour illustrer, le contenu verbal « Je me mets en colère si je perds » a été placé dans la sous-unité sémantique « Colère », comprise elle-même dans la catégorie « Émotions négatives » qui a été placée à son tour dans la catégorie super-ordonnée « Émotions ». Cette analyse a été effectuée par plusieurs psychologues spécialisés dans le domaine des addictions, assurant ainsi un accord sur la justesse sémantique des catégories mais aussi sur la répartition correcte des contenus verbaux au sein des catégories. Nous ressortons des supracatégories de cette analyse : « Émotions », « Croyances ASP » (décrites en 1993 par Beck dans les addictions aux substances : « Croyances Anticipatoires » – attente d'un effet positif de la substance –, « Croyances Soulageantes » – attente de soulagement par la substance un état négatif –, et « Croyances Permissives » – autoriser le comportement de consommation), « Manifestations physiques », « RAJ » (Ressources Attentionnelles orientées vers le Jeu), « RAE » (Ressources Attentionnelles orientées vers la réalité Extérieure au jeu) et une catégorie « *Craving* ».

La catégorie « Émotion » regroupe des émotions positives (par exemple, joie, plaisir, euphorie) et des émotions négatives (par exemple, tristesse, colère, frustration). On observe des contenus de réponse sous forme d'attentes autour du jeu qui s'apparentent à des croyances ASP. Un ensemble conséquent de ces attentes est orienté dans le sens d'obtenir un état positif à travers le jeu. Pour donner des exemples, nous décrivons des attentes autour des émotions « J'attends du jeu une sensation de plaisir », du sentiment

de compétence dans le jeu « Je recherche à perfectionner ma manière de jouer » ou encore de la valorisation personnelle « J'espère que le jeu va m'apporter un accomplissement personnel ». D'autres attentes sont de type soulageante avec, en grande partie, l'attente d'un évitement cognitif de la réalité perçue comme négative « Je me dis que le jeu va me permettre d'éviter la vie réelle ». Les pensées permissives sont peu représentées dans le contenu des entretiens : « De toute façon je ne vais rien faire, autant jouer. » Les manifestations physiques concernent essentiellement le niveau d'activation (excitation, relaxation, tension, etc.). La catégorie RAJ regroupe un ensemble de cognitions et comportements tournés vers le jeu, comme des représentations de parties de jeu précédentes, la planification des actions à réaliser dans le jeu ou encore l'expérience d'immersion dans le jeu. Nous appelons RAE un ensemble de cognitions et comportements qui tendent vers la vie réelle en dehors du jeu comme la prise de conscience de la vie réelle en termes d'obligations quotidiennes.

Conclusion

Nos analyses statistiques confirment certaines données cliniques et expérimentales actuelles. Les joueurs de MMORPG semblent avoir un profil de joueurs plus « problématique » en termes d'excès de jeu, d'humeur négative et de *craving* autour du jeu. Cependant, les MMORPG ne sont pas les seuls jeux et nous observons que d'être connecté à Internet indépendamment du type de jeu amène une augmentation du temps passé à jouer. Nous pensons qu'il est nécessaire de continuer à réaliser des études sur la thématique de l'addiction au jeu vidéo en prenant en compte l'ensemble des types de jeu et de joueurs. À partir de ces premiers résultats, nous comptons continuer à approfondir les connaissances autour des processus émotionnels et cognitifs des joueurs de jeux vidéo et plus spécifiquement dans l'implication de ce type de processus dans l'addiction au jeu vidéo.

Références

- Bastard, N., & Romo, L. (2007). Clinique des joueurs de jeux vidéo. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 17(hors série), 19.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York : Guilford Press.
- Chen, J.V., & Park, Y. (2005). The differences of addiction causes between Massive Multiplayer Online Game and Multi User Domain. *International Review of Information, Ethics*, 4, 53-60.
- Chio, T.L., Wang, S.Y., Chi, G.B., et al. (2005). Investigation of electronic/computer games addiction in teenagers of Macau and Guangzhou. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, 5, 238-240.
- Dongseong, C., & Jinwoo, K. (2004). Why people continue to play online games : in search of critical design factors to increase customer loyalty to online contents. *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 11-24.

- INSERM. (2008). *Jeux de hasard et d'argent : contexte et addictions*. Paris : Les Éditions Inserm.
- Khan, M.K. (2007). Emotional and behavioral effects, including addictive potential of video games. *Report of the Council on Science and Public Health*, CSAPH Report 12-A-07. <http://psychcentral.com/blog/images/csaph12a07.pdf>.
- Musa, C., Kostogianni, N., & Lepine, J.P. (2004). Échelle de peur de l'évaluation négative (FNE) : propriétés psychométriques de la traduction française. *L'Encéphale*, 30, 517-524.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto : Consulting Psychologist Press.
- Tejeiro-Salguero, R.A., & Bersabé-Morán, R.M. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97, 1601-1606.
- Vaugeois, P. (2006). *Cyberaddiction : fundamentals and perspectives*. Montréal : Centre québécois de lutte aux dépendances.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weaver, J.B., Mays, D., Weaver, S.S., et al. (2009). Health-risk correlates of video-game playing among adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 299-305.

Étude descriptive et critères
d'addiction chez les adolescents

H. Lenglet

Quelques décennies ont suffi à transformer le premier ordinateur jamais imaginé en cette gigantesque toile d'araignée qu'est Internet. Ce réseau, en perpétuel renouvellement, a depuis sa création offert une multitude de possibilités aussi variées que le sont les utilisateurs.

C'est ainsi qu'il est possible de travailler, apprendre, échanger et communiquer avec des gens à l'autre bout du monde, Internet devenant par là même omniprésent dans nos vies. En conséquence, l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) telles qu'Internet a induit une rupture générationnelle entre des parents ne se reconnaissant plus dans leurs enfants scotchés à l'ordinateur et des adolescents utilisant simplement les outils modernes (Hayez, 2006).

Cependant, à la manière d'un *pharmakon*, Internet offre un aspect à la fois miraculeux et maléfique (Valleur, 2009).

Tantôt, on prêterait à Internet un aspect vertueux, permettant aux adolescents de pouvoir se connecter partout et à n'importe quel moment, endossant ainsi le rôle d'un outil majeur d'interaction sociale ou de communication (Paul et Bryant, 2005), d'être un fournisseur inépuisable d'activités ou de loisirs (Dannon et Iancu, 2007) ou bien même de diminuer l'anxiété (Valaitis, 2005). Tantôt, au contraire, Internet stigmatisera toutes les peurs et se verra reprocher l'accès à des contenus violents ou traumatisants pouvant induire un comportement inadapté, de faire le lit de la pédophilie ou encore de pervertir la jeunesse en la rendant dépendante d'une nouvelle drogue (Gentile et Stone, 2005 ; Funk et al., 2004 ; Gentile et al., 2004).

Concernant l'adolescence qui justement représente une période propice à l'émergence des comportements addictifs (Weiss et al., 2005 ; Dom et al., 2006 ; Yen et al., 2008), les études réalisées montrent un taux de prévalence croissant avec l'âge allant de 0,9 % pour les jeunes adolescents (11 ans) dans l'étude de Yoo et al. (2004) à 1,6 % pour les 15-16 ans dans les études de Kim et al. (2006) et Johansson et Gotestam (2004), voire 37,8 % pour les plus vieux (16-24 ans) dans l'étude Leung (2004). Mais toutes ces études ont été réalisées à l'étranger et la seule étude française publiée à notre connaissance et abordant ce thème est celle de Bioulac et al. (2008) qui traite du

syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention et des jeux vidéo, en excluant volontairement l'ensemble des différents aspects que peut revêtir l'addiction à Internet.

Devant l'absence de données, il a été réalisé une étude chez les adolescents dans le but d'évaluer la prévalence de ce trouble dans cette population et d'établir un éventuel lien avec la phobie sociale.

Méthodologie

Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, prospective, multicentrique, déclarative, conduite auprès de collégiens des Hauts-de-Seine (92) dans huit collèges différents.

Elle reposait sur un autoquestionnaire anonyme distribué au sein de ces collèges et rempli en classe. L'étude a été réalisée sur la fin de la période scolaire de l'année 2008-2009.

Échelles utilisées

L'autoquestionnaire utilisé était composé de trois parties : les données sociodémographiques, puis l'*Internet Addiction Test* (IAT) et enfin l'échelle de Peur du Jugement Négatif d'Autrui (PJNA).

La première partie du questionnaire portait sur des données épidémiologiques générales, notamment des données sociodémographiques : le genre, l'âge, le niveau scolaire, le collège d'appartenance, le caractère actif ou non actif des parents.

Puis, portant sur Internet, la suite du questionnaire s'intéressait à la pratique d'Internet par les collégiens : le temps ainsi que les lieux de connexion, l'accès limité et/ou surveillé au Net, la localisation de l'ordinateur, la fréquence d'utilisation et l'usage d'Internet.

Concernant le temps de connexion, conformément à la littérature et aux études précédentes (Tsitsika et al., 2009), ont été définis quatre groupes d'internautes :

- groupe 1 : les non-utilisateurs (ou groupe contrôle) avec un temps de connexion inférieur à 1 heure par semaine ;
- groupe 2 : les faiblement utilisateurs (1 à 5 heures/semaine) ;
- groupe 3 : les modérément utilisateurs (de 5 à 10 heures/semaine) ;
- groupe 4 : les gros utilisateurs (de 10 à 20 heures/semaine) ;
- groupe 5 : les utilisateurs excessifs (> 20 heures/semaine).

De plus, en association avec les questions portant sur le temps de connexion à Internet, la quantification de l'utilisation de l'ordinateur et des jeux vidéo a été recherchée en raison de son lien fréquent (Tsitsika et al., 2009 ; Ferraro et al., 2007) avec l'addiction à Internet. Et enfin, le ressenti de la personne, à savoir si elle se sentait « accro » à Internet ou non, a été demandé.

La deuxième partie du questionnaire recherchait l'existence d'une addiction à Internet par l'utilisation de l'*Internet Addiction Test* (IAT) de Young et Rodgers (1998), version traduite et adaptée à la population visée.

L'IAT utilisé était celui composé de 20 items et explorait tour à tour :

- la « salience », que l'on pourrait définir par la prédominance de l'utilisation d'Internet dans la vie quotidienne par les questions 10, 12, 13, 15 et 19 ;
- l'utilisation excessive d'Internet par les questions 1, 2, 14, 18 et 20 ;
- la négligence du travail par les questions 6, 8 et 9 ;
- le phénomène d'anticipation par les questions 7 et 11 ;
- la perte de contrôle par les questions 5, 16 et 17 ;
- la négligence de la vie sociale par les questions 3 et 4.

La réponse à chaque item faisait appel à une échelle de fréquence (« Rarement », « Occasionnellement », « Régulièrement », « Souvent », « Constamment ») associée à un score de 1 à 5 pour un score total compris entre 20 et 100. Ce questionnaire a été le plus utilisé dans les études (Carbonell et al., 2009) et validé par Widyanto et McMurrin (2004) dans sa version anglaise, puis par Khazaal et al. (2008) dans sa version française pour l'adulte. Et conformément aux études précédentes (Kim et al., 2006 ; Tsitsika et al., 2009 ; Choi et al., 2009), notamment celle de Young et Rodgers (1998), les valeurs seuil appliquées dans cette étude ont délimité trois groupes :

- groupe 1 (score de 20 à 39) : usage normal d'Internet ou non-addict (NA), définissant un internaute moyen sans problème avec son usage d'Internet ;
- groupe 2 (score de 40 à 69) : usage relevant possiblement de l'addiction (PAI), définissant un internaute rencontrant des problèmes occasionnels ou fréquents en raison de son utilisation ;
- groupe 3 (score > 69) : usage relevant de l'addiction (AI), définissant un internaute dont l'usage d'Internet est responsable de problèmes significatifs.

La troisième partie du questionnaire, intitulée « Questionnaire sur la timidité », était constituée de l'échelle PJNA traduite de la *Fear of Negative Evaluation Scale* définie par Watson et Friend en 1969.

Ce questionnaire comporte 12 items cotés individuellement de 1 à 5 (1 correspondant à « Ne me décrit pas du tout » et 5 à « Me décrit extrêmement bien »). La PJNA a été validée à plusieurs reprises (Leary, 1983 ; Elting et Hope, 1995), de même que dans sa version française par Musa et al. (2004) et Monfette et Grimard (2006).

Résultats

Six cent treize questionnaires ont été distribués avec un taux de participation de 100 %. Parmi les questionnaires retournés, 13 ont été exclus du fait de l'absence de réponses suffisantes ou du fait de l'incohérence des réponses. L'âge moyen des collégiens était de 13,2 ans (écart type 0,9). Les âges s'étendaient de 11 à 16 ans et l'âge médian était de 13 ans. Le sexe

masculin était majoritaire (60,4 %). Les collégiens étaient 45,3 % à posséder un ordinateur dans leur chambre, et plus particulièrement les filles.

Concernant la pratique d'Internet, les internautes représentaient 99,2 % de la population, 5 collégiens ayant déclaré ne jamais se connecter à Internet.

Le domicile parental était le lieu de connexion privilégié avec 97,8 % des internautes se connectant à partir de la maison. Un libre accès à Internet était possible les trois quarts du temps (75,0 %) et un contrôle parental était installé dans 42,9 % des cas. Internet était principalement utilisé pour la cybercommunication (80,2 %), puis pour les jeux vidéo (64,5 %) et enfin le téléchargement (56,1 %), la recherche scolaire n'étant citée que dans moins de la moitié des cas (49,4 %). Les collégiens étaient 47,2 % à se connecter quotidiennement avec une prédominance féminine et se percevaient comme « accro » dans 14,2 % des cas. Le temps de connexion hebdomadaire était en moyenne de 7,3 heures par semaine ($\pm 8,0$) avec une médiane à 5 heures par semaine et le temps de jeu vidéo était en moyenne de 6,2 heures par semaine ($\pm 8,8$), médiane à 3 heures par semaine avec une consommation très différente en fonction du sexe.

Déterminée par le score à l'IAT de Young, la prévalence de l'addiction à Internet était égale à 1,8 % avec un IC à 95 % de $\pm 0,011$, soit [0,7 % ; 2,9 %]. La moyenne à l'IAT dans l'ensemble de l'échantillon était de 37,0 ($\pm 13,1$), médiane à 35. Les non-addicts représentaient 60,0 % [56,1 % ; 63,9 %] de la population générale avec un score moyen à $28,7 \pm 5,8$, les potentiellement addicts à Internet 34,7 % [30,9 % ; 38,5 %] avec un score moyen à $49,3 \pm 7,4$, les addicts à Internet 1,8 % [0,7 % ; 2,9 %] avec un score moyen à $77,7 \pm 8,0$. La population des addicts était composée de 11 personnes dont 7 (63,6 %) de sexe féminin. La prévalence de l'addiction chez les filles était donc de 3,0 % et chez les garçons de 1,1 %. Le groupe considéré comme addict à Internet, avec un score supérieur à 70 à l'IAT, n'était associé à aucune donnée sociodémographique. En revanche, il était associé significativement à l'absence de contrôle parental ($p=0,0080$), à la connexion à la bibliothèque ($p=0,0097$), à la sensation d'être « accro » ($p < 0,0001$) et à la non-utilisation d'Internet pour la recherche scolaire ($p=0,0097$). Par ailleurs, il était associé au temps de connexion à Internet ($p < 0,0001$) et également au temps de jeux vidéo ($p < 0,0001$).

Les collégiens avaient un score moyen à l'échelle de la PJNA égal à 33,5 ($\pm 8,6$) avec une médiane à 32. Pour les filles, le score moyen était à 34,7 ($\pm 9,4$), médiane à 34, et pour les garçons à 32,7 ($\pm 7,9$), médiane à 32 ($p=0,0058$). De plus, le résultat au PJNA était associé statistiquement au résultat obtenu à l'IAT contrairement à la durée de connexion hebdomadaire.

Discussion

Les résultats de l'étude tendent à prouver qu'Internet fait désormais partie du quotidien des adolescents, voire même est omniprésent dans nos vies. L'immense majorité d'entre eux (99,2 %) étaient des internautes dont la moitié (47,2 %) se connectait quotidiennement. Ces résultats sont supérieurs

aux autres études internationales portant sur la même tranche d'âge (Ghassemzadeh et al., 2008 : 49,6 %, Siomos et al., 2008 : 70,9 %), mais cela pourrait s'expliquer par une meilleure facilité d'accès au Net.

Concernant le profil type des internautes de cette étude, il différait également du profil habituel. En effet, les internautes inclus étaient de plus gros consommateurs (7,3 heures hebdomadaires en moyenne avec une médiane à 5 heures par semaine), leurs usages d'Internet étaient orientés surtout vers des activités de loisir (la communication : 80,2 % et les jeux vidéo : 64,5 %) et les autres lieux de connexion étaient moins usités (cybercafé : 6,2 %). En revanche, les résultats tendaient à mettre en évidence une prédominance féminine sur cet échantillon au niveau de la possession d'un ordinateur, du libre accès, de la connexion quotidienne et de la perception d'être addict, ce qui était inhabituel (Tsitsika et al., 2009). Pour les consommateurs excessifs (plus de 20 heures par semaine), bien que le sexe féminin était associé significativement avec toutes les autres durées de connexion, aucune prédominance de sexe n'a été retrouvée – résultats qui étaient en opposition à ceux d'études précédentes, dans lesquelles une prédominance masculine a été démontrée et le genre féminin considéré comme un facteur protecteur (Tsitsika et al., 2009 ; Siomos et al., 2008 ; Tahiroglu et al., 2008 ; Morahan-Martin et Schumacher, 2000 ; Bayraktar et Gun, 2007). L'âge jouait également ici un rôle puisqu'il apparaissait être un facteur protecteur probablement en rapport avec une meilleure surveillance parentale (plus de contrôle parental et moins de libre accès) (Yen et al., 2009) et une moindre utilisation des moyens de cybercommunication pour interagir socialement (Tahiroglu et al., 2008 ; Huang et Leung, 2009).

En se basant sur l'échelle de Young, la prévalence des addicts à Internet et celle des potentiellement addicts à Internet dans notre population étaient respectivement de 1,8 % et de 34,7 %. Le groupe addict à Internet représentait 11 adolescents se répartissant préférentiellement parmi les plus gros consommateurs d'Internet, ce qui était attendu. Cependant, un des sujets addicts se connectait entre 1 et 5 heures hebdomadaires. Une explication à cela pourrait être le fait que l'addiction à Internet n'est pas liée uniquement à la durée de connexion mais plutôt, selon la formule d'Olievenstein et Parada (2002), à la rencontre d'un produit (ou d'une activité, ici Internet), d'une personnalité et d'un moment socioculturel. Cette prévalence de 1,8 % au sein de notre population était, comparativement à certaines études, beaucoup plus faible et également moindre que le taux attendu dans la population à risque que sont les adolescents (Yen et al., 2008 ; Ko et al., 2005 ; Lee et al., 2007). Cependant, ce taux était comparable à certaines études dont le taux de prévalence est de 1 % avec une population identique à celle de notre étude, soit au sein de l'Europe – Grèce (Tsitsika et al., 2009) : 1,0 %, Chypre (Bayraktar et Gun, 2007) : 1,1 %, Norvège (Johansson et Gitestem, 2004) : 1,98 % –, soit au niveau des pays asiatiques – Corée (Kim et al., 2006) : 1,6 %. Cette variabilité du taux de prévalence peut être attribuée d'une part aux taux de pénétration d'Internet en fonction du pays ou des lieux de connexion et, d'autre part, aux biais méthodologiques des différentes études induits par l'utilisation d'échelles non standardisées ou le recours à des enquêtes en ligne.

De plus, au sein de notre population d'addicts, bien qu'aucune différence significative n'ait été démontrée, le sexe féminin était prépondérant, ce qui est inhabituel quand on s'intéresse à la population d'addicts à Internet puisque la majorité des études ont montré plutôt un sex-ratio en faveur des hommes (Morahan-Martin et Schumacher, 2000 ; Chou et Hsiao, 2000), et ce même chez les adolescents (Tsitsika et al., 2009 ; Siomos et al., 2008 ; Ko et al., 2005).

À propos des lieux de connexion, et en opposition à l'étude de Tsitsika et al. (2009), l'utilisation d'Internet au sein d'une bibliothèque était dans notre étude liée à l'addiction à Internet. Cependant, ce résultat est à nuancer car aucune distinction n'a été effectuée concernant la raison de cette connexion. Ainsi, il n'a pas été possible d'individualiser les personnes utilisant Internet pour effectuer une recherche scolaire et ceux utilisant Internet à visée récréative ou pour assouvir leur dépendance.

Au sujet de la pratique des jeux vidéo, le temps imparti à cette activité était significativement plus important chez les sujets addicts à Internet. En effet, cette relation entre le temps passé à jouer et les addictions à Internet ou aux jeux vidéo a déjà été décrite à plusieurs reprises (Chan et Rabinowitz, 2006). Ainsi, Lee et al. (2007) ont montré que les adolescents définis comme à haut risque de dépendance à Internet avaient une consommation de jeux vidéo supérieure à celle des joueurs normaux et également que le type de jeu était lié au temps de connexion et à l'addiction à Internet, les jeux de rôle étant les plus à risque. Les internautes faisant partie du groupe d'addicts à Internet présentaient des scores à l'échelle PJNA significativement plus élevés que les autres groupes. Ces résultats sont en faveur d'un lien entre la phobie sociale et l'addiction à Internet dans notre étude. De tels résultats étaient attendus en raison de la possibilité qu'offre Internet de communiquer avec le reste du monde sans jamais s'exposer à des situations phobiques. Cependant, il serait présomptueux d'affirmer de façon certaine l'existence d'une association entre phobie sociale et addiction à Internet puisque d'autres études ont montré au contraire un effet bénéfique ou protecteur de l'anxiété sociale (Yen et al., 2008).

En ce qui concerne le groupe potentiellement addict à Internet, il n'était associé à aucune donnée sociodémographique hormis la possession d'un ordinateur dans la chambre, comparativement aux non-addicts. Cependant, il était lié à la durée de connexion à Internet et aux facteurs corrélés à l'usage excessif d'Internet. Ce groupe représentait dans notre étude près d'un tiers des internautes (34,7 %) – chiffre qui était comparable à celui de l'étude de Kim et al. (2006) (63) – et pourrait donc constituer le groupe cible d'une intervention de prévention.

Conclusion

L'essor d'Internet comme outil omnipotent dans nos vies pourrait être à l'origine d'une nouvelle forme de dépendance : l'addiction à Internet ou cyberdépendance, trouble permettant de nier la réalité, ou bien de l'éviter en abandonnant celle-ci pour se réincarner dans un avatar aux caractéristiques

idéales et fluctuantes, comblant tous ses fantasmes et cela sans effort et sans sortir de chez soi. Ce trouble aux méfaits avérés, dont la prévalence et les caractéristiques restent inconnues, de même que le traitement le mieux adapté, n'est pas encore réellement défini ni classifié. Cependant, son existence est de moins en moins contestée et des questionnaires de dépistage ont pu être développés, rendant possible la réalisation d'un screening des patients chez qui un tel trouble est suspecté.

Les adolescents, justement, appartiennent aux groupes à risque en raison de leur immaturité qui les rend plus sensibles au développement de dépendances comportementales. Ce travail s'est donc particulièrement intéressé à l'existence de cette addiction au sein de cette population et ses résultats ont permis d'estimer le taux de prévalence de internautes addicts et des internautes à risque de développer une dépendance, ainsi que d'explorer les facteurs associés à cette addiction. Toutefois, des études sont encore nécessaires pour pouvoir le légitimer, d'autant que certains travaux mettent en évidence un aspect bénéfique de l'utilisation régulière d'Internet.

Références

- Bayraktar, F., & Gun, Z. (2007). Incidence and correlates of Internet usage among adolescents in North Cyprus. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 191-197.
- Bioulac, S., Arfi, L., & Bouvard, M.P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games : a comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*, 23, 134-141.
- Carbonell, X., Guardiola, E., Beranuy, M., & Bellés, A. (2009). A bibliometric analysis of the scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction. *Journal of the Medical Library Association*, 97, 102-107.
- Chan, P.A., & Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 5, 16.
- Choi, K., Son, H., Park, M., et al. (2009). Internet overuse and excessive daytime sleepiness in adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 455-462.
- Chou, C., & Hsiao, M.C. (2000). Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience : the Taiwan college students' case. *Computers and Education*, 35, 65-80.
- Dannon, P.N., & Iancu I. (2007). [Internet addiction]. *Harefuah*, 146, 549-553.
- Dom, G., D'haene, P., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2006). Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction*, 101, 50-59.
- Elting, D.T., & Hope, D.A. (1995). *Social phobia : diagnosis, assessment and treatment*. New York : The Guilford Press (pp. 232-260).
- Ferraro, G., Caci, B., D'Amico, A., & Di Blasi, M. (2007). Internet addiction disorder: an Italian study. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 170-175.
- Funk, J.B., Baldacci, H.B., Pasold, T., & Baumgardner, J. (2004). Violence exposure in real-life, video games, television, movies, and the Internet: is there desensitization? *Journal of Adolescence*, 27, 23-39.
- Gentile, D.A., & Stone, W. (2005). Violent video game effects on children and adolescents. A review of the literature. *Minerva Pediatrica*, 57, 337-358.
- Gentile, D.A., Lynch, P.J., Linder, J.R., & Walsh, D.A. (2004). The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance. *Journal of Adolescence*, 27, 5-22.

- Ghassemzadeh, L., Shahraray, M., & Moradi, A. (2008). Prevalence of Internet addiction and comparison of Internet addicts and non-addicts in Iranian high schools. *Cyberpsychology and Behavior, 11*, 731-733.
- Hayez, J.Y. (2006). When teens waste their time to computer use : do they have limits ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 54*, 189-199.
- Huang, H., & Leung, L. (2009). Instant messaging addiction among teenagers in China : shyness, alienation, and academic performance decrement. *Cyberpsychology and Behavior, 12*, 675-679.
- Johansson, A., & Gotestam, K.G. (2004). Internet addiction : characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scandinavian Journal of Psychology, 45*, 223-229.
- Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., et al. (2008). French validation of the Internet addiction test. *Cyberpsychology and Behavior, 11*, 703-706.
- Kim, K., Tyu, E., Chon, M.Y., et al. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation : a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 185-192.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Yen, C.F., et al. (2005). Screening for Internet addiction : an empirical study on cut-off points for the Chen Internet Addiction Scale. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 21*, 545-551.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*, 371-375.
- Lee, M.S., Ko, Y.H., Song, H.S., et al. (2007). Characteristics of Internet use in relation to game genre in Korean adolescents. *Cyberpsychology and Behavior, 10*, 278-285.
- Leung, L. (2004). Net-generation attributes and seductive properties of the Internet as predictors of online activities and Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior, 7*, 333-348.
- Monfette, M., & Grimard, F. (2006). Validation chez les adolescents d'une version francophone d'un instrument de mesure de la peur du jugement négatif d'autrui. *Canadian Journal of Behavioural Science, 38*, 261-268.
- Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior, 16*, 13-29.
- Musa, C., Kostogianni, N., & Lepine, J.P. (2004). The Fear of Negative Evaluation scale (FNE): psychometric properties of the French version. *L'Encéphale, 30*, 517-524.
- Olievenstein, C., & Parada, C. (2002). *Comme un ange cannibale : drogue, adolescents et société*. Paris : Odile Jacob, 206 pages.
- Paul, B., & Bryant, J.A. (2005). Adolescents and the Internet. *Adolescent Medicine Clinics, 16*, 413-426.
- Siomos, K.E., Dafouli, E.D., Braimiotis, D.A., et al. (2008). Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyberpsychology and Behavior, 11*, 653-657.
- Tahiroglu, A.Y., Celik, G.G., Uzel, M., et al. (2008). Internet use among Turkish adolescents. *Cyberpsychology and Behavior, 11*, 537-543.
- Tsitsika, A., Cristselis, E., Kormas, G., et al. (2009). Internet use and misuse : a multivariate regression analysis of the predictive factors of Internet use among Greek adolescents. *European Journal of Pediatrics, 168*, 655-665.
- Valaitis, R.K. (2005). Computers and the Internet : tools for youth empowerment. *Journal of Medical Internet Research, 7*, e51.
- Valleur, M. (2009). La cyberaddiction existe-t-elle ? *Psychotropes, 15*, 9-19.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Weiss, J.W., Mouttapa, M., Chou, C.P., et al. (2005). Hostility, depressive symptoms, and smoking in early adolescence. *Journal of Adolescence, 28*, 49-62.

- Widyanto, L., & McMurran, M. (2004). The psychometric properties of the Internet addiction test. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 443-450.
- Yen, C.F., Ko, C.H., Yen, J.Y., et al. (2009). Multi-dimensional discriminative factors for Internet addiction among adolescents regarding gender and age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 357-364.
- Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., et al. (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction : comparison with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 9-16.
- Yoo, H.J., Cho, S.C., Ha, J., et al. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 487-494.
- Young, K.S., & Rodgers, R.C. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 25-28.

21 Les constituants de l'usage problématique d'Internet

D. Acier, L. Kern

Une recension de la documentation scientifique montre l'émergence et le développement de plus en plus important d'études sur l'usage problématique d'Internet (UPI) ces quinze dernières années. La terminologie utilisée par les auteurs reflète cependant la jeunesse du champ d'étude et l'absence de consensus. Plusieurs termes sont répertoriés dans les banques de données lorsqu'il est question d'utilisation problématique d'Internet, et ils ne sont pas toujours définis de façon opérationnelle. Il devient donc difficile de savoir s'il s'agit de phénomènes identiques, partiellement identiques ou différents.

Dans cette présentation, c'est la notion d'usage problématique d'Internet (UPI) qui a été retenue, définie comme une utilisation d'Internet qui s'accompagne de symptômes physiques et/ou psychologiques. Cette définition, peu restrictive, permet d'inclure plusieurs phénomènes décrits dans la littérature en préservant une neutralité terminologique face aux notions de dépendance ou d'addiction. Rappelons que l'usage problématique d'Internet n'est pas un diagnostic reconnu par le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM-IV) ni la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Plusieurs constats ressortent de la documentation scientifique. En premier lieu, le phénomène de l'usage problématique d'Internet a été abordé sous plusieurs aspects théoriques, empiriques et cliniques. Les publications d'études de cas cliniques et de recension d'études empiriques montrent une forte tendance des cliniciens et des chercheurs à confirmer la présence d'un syndrome psychopathologique associé à l'utilisation d'Internet. Bien que différentes recensions des écrits aient été publiées récemment, l'existence même du concept d'utilisation problématique d'Internet est loin de faire l'unanimité. Le groupe de travail du DSM-V s'est penché sur l'inclusion de l'usage problématique d'Internet comme nouvelle psychopathologie et l'a réfuté, quoiqu'il soutienne sa présence dans l'annexe afin de stimuler les recherches. Certains auteurs contestent l'idée que l'usage problématique de l'ordinateur, des jeux vidéo ou de l'Internet soit intégré à la famille des addictions. Il y a une absence de consensus quant aux critères cliniques permettant de reconnaître le phénomène, bien que la majorité de ces critères soit adaptée du DSM-IV-R. Il n'y a également pas d'accord quant aux seuils cliniques de ces critères permettant de reconnaître une utilisation

problématique. C'est aussi ce que l'on retrouve dans les instruments psychométriques où il n'y a que peu de justifications du *cut-off* entre un seuil « normal » et un seuil « pathologique ». Ces éléments expliquent en partie que l'UPI ne soit pas incluse dans les nosographies internationales.

Recherche qualitative

Cette présentation rapporte une recherche qualitative utilisant une méthodologie par groupes de discussion réalisée à Montréal. Des cliniciens du réseau public des centres de réadaptation en dépendances ayant suivi des patients présentant une UPI ont été contactés afin de participer à ce projet. Il s'agissait de recueillir leurs perceptions et expériences personnelles : ce recueil clinique est d'une grande richesse tant au niveau de la compréhension, de l'évaluation que de l'intervention auprès des personnes cyberdépendantes.

Quatre groupes de discussion ont été réalisés. L'objectif était de permettre aux participants de présenter leurs points de vue mais aussi d'échanger et de débattre de leurs expériences. La rencontre était centrée sur plusieurs thèmes sous la direction d'un modérateur qui posait des questions sur des thèmes précis et facilitait la discussion. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement précisant les modalités du groupe.

Dans ces groupes de discussion, les participants sont parvenus à un consensus et ont désigné deux applications clairement associées à un usage problématique, soient (i) les jeux de rôle, c'est-à-dire une application où la personne incarne un personnage qui évolue dans un environnement virtuel (par exemple, *World of Warcraft* ou *Second Life*), et (ii) les relations virtuelles, par le biais de messagerie instantanée, qui permettent l'échange de messages textuels entre plusieurs personnes (*ICQ*, *MSN*, *Yahoo!*, etc.) ou de sites de rencontres.

Les jeux de rôle permettent de s'identifier à un avatar. Ces jeux sont décrits comme présentant des possibilités infinies, ce qui serait une source d'excitation et de stimulation pour les joueurs. Les personnes se créent un avatar dont il faut s'occuper, souvent plusieurs heures par jour. Habituellement, plus le temps passé dans le jeu est important, plus l'avatar développe des compétences et des pouvoirs dans le monde virtuel. Cet avatar devient alors de plus en plus important dans le jeu. La récompense de cet investissement est la possibilité, par exemple, de gagner de l'argent virtuel et d'étendre son champ d'action, d'être plus puissant, d'explorer des zones virtuelles inconnues, d'être célèbre dans le jeu.

À titre illustratif, un clinicien explique : « La dernière personne que j'ai eue et qui m'a beaucoup touchée, elle était dépendante à *Second Life* depuis 3 ans. C'était une fille qui avait été signalée par son psychiatre. [...] Je lui ai demandé de me parler de son avatar et je me suis rendu compte que c'était une extension d'elle-même, que ça faisait 3 ans qu'elle vivait avec. C'était une jeune fille avec ▸

- ▷ un physique qui plaisait plus ou moins aux hommes. Dans *Second Life*, elle était évidemment une déesse avec une poitrine et tout ce qui va avec. Elle était l'inverse de ce qu'elle était. Elle était DJ dans *Second Life*, ce qui l'amenait à se connecter tous les jours. Elle avait un horaire pour faire son travail de DJ et pour aller rencontrer ses amis virtuels qu'elle ne connaissait pas du tout dans la réalité. On s'est rendu compte que quand son humeur allait bien, elle n'utilisait pas son avatar. »

La majorité des cliniciens relatent des cas de personnes qui *chattent*, vont sur des sites de rencontres, et établissent des relations virtuelles. Les personnes investissent ces relations et rapportent un attachement relationnel qui semble similaire aux relations non virtuelles. Ces relations prennent tellement d'importance pour la personne qu'elles en deviennent problématiques.

« Elle s'est mise à rencontrer quelqu'un sur le *chat*, quelqu'un qu'elle ne connaissait pas du tout, mais elle a comme fixé sur cette personne et de façon obsessive. Elle retournait toujours vers cette personne et elle est même tombée en amour. Une personne qu'elle n'a jamais rencontrée, elle ne savait pas c'était qui mais juste à communiquer comme ça. »

À côté de ces deux applications qui font un consensus pour les cliniciens, les personnes utilisant des jeux de hasard et d'argent sur Internet sont considérées non pas comme des utilisateurs problématiques d'Internet mais comme des joueurs pathologiques. En effet, la dimension de l'argent, le fait que l'on mise et que l'on ne puisse plus retirer sa mise, l'idée de jouer pour se refaire, tous ces éléments sont présents sur Internet comme dans les casinos. Les cliniciens considèrent donc que ces personnes ne font pas une utilisation problématique mais qu'Internet est seulement un nouveau média pour leur trouble de jeu pathologique.

« J'ai eu des joueurs de poker qui allait sur Internet pour essayer de gagner suffisamment pour aller à Las Vegas. Tu sais, avec les vrais, les champions. À ce moment-là, c'est difficile de les partager, il y a une pension au jeu de hasard en partant. »

Les personnes avec une utilisation problématique liée à la pornographie sont associées à une problématique de santé mentale et sont référées en psychiatrie. Les cliniciens rapportent une utilisation problématique de sites pornographiques. Ici encore, certains cliniciens pensent que s'il y a des problèmes avec la pornographique, ce n'est pas à cause d'Internet, mais du fait que ce média ne fait que révéler des difficultés déjà présentes. Internet n'est qu'un moyen d'expression d'un autre trouble sous-jacent.

Le contenu des applications est important mais, selon les cliniciens, la durée d'utilisation « problématique » d'Internet est variable selon les personnes. Le temps d'utilisation est reconnu comme un indicateur pertinent, mais ce n'est pas le temps passé sur Internet qui permet de dire si une

personne utilise Internet de manière problématique. L'UPI peut être morcelée, comme de 5 à 10 heures par jour, ou peut se faire sur des périodes continues de 72 heures. Il n'y a pas de consensus sur un nombre d'heures qui pourrait servir de critère.

Les cliniciens ont une clientèle qui inclut principalement des adolescents et des jeunes adultes. Le prototype de la personne présentant une UPI est un adolescent qui consacre la majeure partie de son temps à son utilisation d'Internet, qui vit de nuit et est significativement isolé socialement.

« Les jeunes que j'ai rencontrés jouaient en moyenne plus de 12 heures par jour, environ 14 heures, et certains m'ont déjà dit qu'ils avaient joué jusqu'à 36 heures en ligne sans dormir et sans aller se laver. Ils mangent même devant l'ordinateur et un seul repas par jour. Les parents rentrent le soir, mais ils laissent le jeune se débrouiller. Ces jeunes ont souvent accès à un ordinateur dans leur chambre. Mes jeunes jouent de midi jusqu'à minuit le soir, deux heures du matin. Ce sont vraiment des oiseaux de nuit, c'est une de leurs caractéristiques. Ils se lèvent tard et se couchent tard. Ils me disent que c'est nécessaire à cause des fuseaux horaires qui sont différents : il y a plus de joueurs qui jouent à ces heures-là ».

Sur le plan des caractéristiques personnelles, les cliniciens rapportent que les personnes rencontrées sont en majorité des jeunes présentant de l'inhibition et de l'introversión, renfermés sur eux-mêmes et ayant des difficultés à exprimer leurs besoins et émotions. L'UPI permettrait de combler des besoins déficitaires (besoin de valorisation, de pouvoir, ou de plaisir) ou de compenser des difficultés relationnelles ou sociales (introversión, inhibition, timidité). Dans les jeux de rôle, le joueur investit son personnage virtuel à tel point que les événements vécus par les avatars sont également vécus et ressentis par la personne elle-même (tristesse, joie, colère), parfois même au détriment de sa santé. Selon les cliniciens, les besoins de valorisation et de pouvoir de la personne peuvent être comblés par l'entremise du sentiment de contrôle et de puissance procuré par le jeu. Par exemple, dans les cas de jeux de rôle, les cliniciens parlent souvent d'« identification au personnage » ou de « transfert sur l'avatar ». Il semble que les individus aient tendance à vivre virtuellement non seulement ce qu'ils se sentent incapables de vivre réellement, mais également ce qui est effectivement impossible d'expérimenter dans le monde non virtuel : représenter un personnage tout-puissant, avoir un avatar féminin alors qu'on est de sexe masculin, etc. Les besoins de pouvoir et de valorisation peuvent aussi être comblés par la reconnaissance et le statut obtenus au sein du réseau virtuel dans le cas de performances importantes et par le fait qu'ils deviennent souvent indispensables aux autres joueurs et ne peuvent donc plus quitter le jeu.

« J'ai la chance de rencontrer le quatrième joueur mondial. J'en ai un autre pour qui c'était clair qu'il voulait faire sa carrière sur des sites où les gens gagnent leur vie sur ce qu'on appelle un LAN (*Local Area Network*). Donc c'était très important, et une source de ▽

- ▷ grande valorisation. J'en ai un qui a vu qu'il ne pouvait pas être plus puissant que ce qu'il était, alors ce qui le valorise, c'est qu'il aide les moins forts. Il s'associe à des moins forts et les accompagne. »

La vie de l'avatar devient une seconde vie où, entre autres, ce qui est manquant dans la vie de la personne peut être compensé dans la vie virtuelle.

Les cliniciens rapportent plusieurs spécificités associées à Internet. Ils considèrent que l'accessibilité grandissante d'Internet peut expliquer en partie le développement et le maintien chez certaines personnes d'une utilisation problématique, incluant (i) la disponibilité de la connexion Internet dans différents endroits privés et publics, et (ii) l'accessibilité financière d'Internet – c'est-à-dire que les forfaits sont de moins en moins coûteux avec la compétition du marché et les connexions Internet de plus en plus rapides et faciles d'installation. Certaines caractéristiques propres au jeu expliqueraient également le développement et le maintien d'une utilisation problématique.

« Il y a des étapes qu'ils franchissent mais c'est toujours à court terme. Ce sont de petites victoires qui laissent le vide de tout ce qu'ils pourraient accomplir. J'ai vraiment senti ça chez plusieurs personnes. »

Plus précisément, les cliniciens rapportent que l'impression d'insatisfaction continue induite par le fonctionnement du jeu est un élément décrit par les joueurs qui les motivent à poursuivre. Les applications proposent toujours une étape nouvelle à franchir et le jeu a rarement de fin en soi.

Conclusion

La transposition des critères de la dépendance et du jeu pathologique auprès des personnes présentant un usage problématique d'Internet pose un véritable problème épistémologique. L'utilisation et l'adaptation des points communs avec des troubles mentaux existants doit se faire avec prudence, particulièrement s'il s'agit d'une démarche scientifique visant à « pathologiser » un phénomène encore peu connu. Le développement et l'intégration d'Internet à la société ont modifié les normes du normal et du pathologique par rapport à l'utilisation des nouvelles technologies. Cette adaptation de la culture au monde virtuel est en évolution et oblige une réflexion de la part des cliniciens et chercheurs sur les éléments constituant ce nouveau phénomène, surtout quant plusieurs seuils générationnels distinguent les professionnels de la santé mentale et les jeunes utilisateurs d'Internet.

Pour en savoir plus

Acier, D., & Kern, L. (2011). Problematic Internet use : perceptions of addiction counsellors. *Computers and education*, 56, 983-989.

C

Du côté des pratiques
sportives

Sport : de l'excès à l'addiction

À partir de quand l'investissement dans une activité physique et sportive devient-il aliénant ?

S. Prétagut, B. Guériteau

C'est à la fin du XVIII^e siècle que Philippe Pinel définit les « vésanies, ou aliénations de l'esprit » comme des « égarements de l'esprit non fébriles », et qu'est reconnue la part d'humanité du fou, et donc la possibilité d'établir une relation avec lui, ce qui débouchera sur la création d'un lieu dédié au traitement moral : l'asile d'aliénés.

Parler d'aliénation revient à suggérer une perte de liberté où l'individu se retrouve prisonnier d'un fonctionnement duquel il ne peut volontairement se délier.

Poser cette question suppose que certains sujets peuvent s'enfermer dans un comportement, ou pour le moins que ce comportement est susceptible d'induire une problématique aliénante.

Ainsi, introduire aujourd'hui ce vocable dans l'énoncé même de notre exposé peut susciter des réactions, et il nous appartient de ne pas catégoriser ou encore moins de diaboliser le sportif. Il nous appartient cependant de rester attentifs aux difficultés qu'il peut rencontrer dans sa pratique afin de repérer précocement les fragilités susceptibles d'évoluer vers une pathologie.

En termes de pathologie psychique liée au sport, qu'en est-il vraiment ? Que savons-nous ? Peu de choses en fait. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données épidémiologiques fiables sur ces dernières et il convient de rester très prudent en la matière.

La littérature internationale fait cependant état de divers troubles retrouvés plus fréquemment chez les sportifs, pendant ou après l'arrêt de leurs activités. Il s'agit essentiellement de troubles anxieux, à type d'anxiété de performance ou de névrose d'échec, ou bien de pathologies addictives avec des troubles du comportement alimentaire, des addictions à l'exercice physique ou encore des consommations de produits à visée de performance ou d'apaisement d'une sensation de malaise interne. Ce peut être encore de

dépansions qui s'inscrivent le plus souvent dans un tableau évoquant les maladies de l'idéalité, à type de dépansions d'infériorité ou d'abandon.

Afin de mieux les appréhender et de saisir le moment où l'on peut basculer vers ce type d'évolution, une lecture diachronique des pratiques sportives peut nous éclairer dans la compréhension de la psychopathologie du sport.

De tout temps, les pratiques sportives ont existé. Elles trouvent leurs origines dans la mythologie et ont participé à l'élaboration des sociétés anciennes de par l'instauration de rites culturels ou religieux. Les compétitions servaient alors de moyen pour rendre la justice, à travers certains types d'ordalies, pour diminuer l'angoisse, et pour combattre l'idée de mort. On s'en remettait en fait aux pouvoirs magiques des dieux.

Dans l'Antiquité, les jeux servaient aussi à marquer le passage d'un statut à un autre. Ils régulaient, en quelque sorte, les grands moments de la vie sociale :

- certains servaient de rituels initiatiques et marquaient la naissance sociale en permettant aux adolescents d'accéder au monde des adultes ;
- d'autres tenaient lieu de rites matrimoniaux : ils marquaient le milieu de la vie sociale et permettaient de passer de la virginité au statut marital ;
- enfin, des compétitions rituelles venaient marquer le passage du monde des vivants à celui des morts. Ces rites funéraires venaient ainsi signer la fin de la vie sociale.

À cette époque, la victoire signe donc les passages, et assure non seulement la continuité de la vie sociale, mais aussi l'évolution dans le cycle de la vie individuelle. Elle exige cependant une mise à mort, une victime sacrificielle. Celui qui sortira vainqueur, qui établira un record, se sera montré plus fort que la mort. Il pourra donc accéder, comme Pélopes ou Héraclès, à l'immortalité et inscrira son nom dans l'Histoire.

À travers ces rites, la compétition semble ainsi répondre symboliquement à l'une des premières questions existentielles qui a tracassé l'homme de tout temps, et qui continue d'ailleurs à nous interroger : il s'agit de la question de la mort et, au-delà, de la vie éternelle.

Seulement, à la différence de ses origines, la mort n'est aujourd'hui plus réelle. Dans le sport, elle est jouée, elle est simulée, elle devient symbolique. La violence et les risques inhérents à la pratique sportive sont ainsi contrôlés et limités.

Le risque existe alors que la victoire ne signe plus un passage, et enferme le sportif dans un système d'identité stagnant et inerte, où il doit sans cesse redémontrer sa toute puissance, afin d'aller toujours plus loin, toujours plus haut, toujours plus fort. Il risque alors de confondre ses titres de gloire avec son évolution sociale et personnelle, s'il n'arrive pas à subjectiver sa performance.

L'adolescence nous semble être une période de fragilité particulièrement importante et doit être l'objet de toutes nos attentions ; c'est d'ailleurs le moment où le choix d'une carrière sportive se profile.

Le jeune sportif pourra trouver, dans le cadre du sport, des propositions qui vont lui permettre de différer son passage à l'âge adulte, alors qu'il est en pleine période de remaniements identitaires. Ces propositions lui permettent d'agir les solutions habituellement recherchées à cet âge, pour équilibrer la force de la poussée pubertaire. Elles vont réactiver une économie psychique de type infantile et favoriser ses investissements narcissiques primaires avec retour aux idées mégalomaniaques caractéristiques de cette période.

Pour être toujours plus performant, l'adolescent va donc favoriser des solutions de maîtrise prégénitales.

Seulement, la répétition de ces solutions peut certes le maintenir au sommet de la performance, et lui donner l'occasion de démontrer qu'il est tout-puissant et immortel, mais pas d'évoluer vers une identité adulte et sexuée ; elles le maintiennent en fait dans une position située en deçà de l'individuation.

La pratique sportive intensive semble, cependant, le plus souvent s'inscrire dans le processus de séparation-individuation, et être alors utilisée comme un espace transitionnel situé entre l'enfance et l'âge adulte. Elle doit pour cela favoriser les relations d'objet, et permettre à l'adolescent d'utiliser son entourage comme un relais d'identification, lui permettant de s'étayer.

L'entraîneur devient tout naturellement le support privilégié des projections du jeune sportif, et va faire partie de l'espace psychique élargi de l'adolescent. Il pourra ainsi agir comme un tiers symbolique, permettant au sujet de s'individualiser et de se confronter au risque de gagner, mais aussi à celui de perdre.

La compétition est un événement qui vient déranger la quiétude narcissique maintenue jusqu'alors. Le sujet va se retrouver seul face à lui-même, face à ce risque d'échouer, ce qui réactive chez lui des angoisses de mort et de castration. Nous pouvons cependant voir ce risque comme étant un point de réel qui vient faire obstacle au désir de ne pas manquer, et au fantasme de complétude. Cette réalité lui rappelle donc sa condition de mortel et peut ainsi réintroduire une temporalité à l'acte sportif. Elle va lui permettre de découvrir le manque inscrit en chacun de nous, mais aussi de trouver des réponses à ses angoisses.

Le sportif pourra ainsi subjectiver son acte, le sublimer et accepter la victoire qu'il pourra réintroduire dans son histoire et charger d'une émotion dans laquelle chacun aura la possibilité d'y lire l'histoire des lignes.

La victoire ainsi obtenue peut être vue comme une tentative extrême de rappel du manque, nécessaire à tout désir et à toute structuration ultérieure.

Lorsque, au contraire, le sportif tend à favoriser les solutions prégénitales, en usant trop largement de certains mécanismes de défense du Moi, il pourra alors présenter des difficultés d'ordre psychologique qui viennent révéler un dépassement de certaines limites et sont à l'origine d'une

symptomatologie qui doit être prise en considération avant qu'elle n'envahisse, petit à petit, tout l'espace psychique du sujet.

Celles-ci s'exprimeront souvent à travers le corps et seront à l'origine d'une diminution des performances ; il s'agira de plaintes fonctionnelles récurrentes, de douleurs articulaires ou musculaires récidivantes, de troubles du sommeil, notamment les veilles des compétitions, ou des blessures qui s'enchaînent ou qui surviennent régulièrement avant une sélection importante. Les fractures de fatigue viendront ailleurs signer un syndrome de surentraînement, et l'apparition d'anxiété de performance invalidante, d'échecs à répétition ou de troubles du comportement sera à rechercher car elle risque d'entraîner une perte de confiance chez le sportif, ce qui viendra renforcer ses sentiments d'infériorité et de solitude, voire son ressenti dépressif.

Ces difficultés psychologiques peuvent être appréhendées comme autant de signes d'alerte d'une désadaptation, et sont d'autant plus marquées que le sport est un des seuls domaines d'investissement de ces sujets, que le fonctionnement du système tend à auto-entretenir l'hyperactivité comme moyen d'être, qu'il existe une dimension ordalique dans la pratique sportive et une dimension de la personnalité à type de recherche de sensations, que les contacts du sportif avec sa famille sont peu nombreux, que son entourage est peu étayant, que l'adolescence est en cours et difficile à élaborer, que le passage des investissements narcissiques aux investissements objectifs est rigide, et qu'il préexistait finalement des désordres dans l'établissement du narcissisme primaire, à type de faille narcissique.

La conjonction de ces divers facteurs bio-psycho-comportementaux et sociaux peut ainsi favoriser, voire renforcer, un accrochage addictif à la pratique sportive intensive. Cet accrochage reste le plus souvent valide et opérant dans le contexte sportif, et la plupart des sujets pourront s'en détacher relativement facilement à l'arrêt de leur carrière.

Seulement, certains comportements vont devenir une exigence devant l'objectif de performance, et s'inscrire dans une maîtrise émotionnelle et corporelle toujours plus parfaite. Ces comportements deviennent piégeants à partir du moment où ils deviennent intenses, inflexibles et exclusifs.

Le plaisir à découvrir de nouvelles possibilités cénesthésiques et psychomotrices se retrouve progressivement remplacé par une contrainte, et le désir par un besoin d'éprouver son corps en mouvement, comme pour se prouver qu'on existe.

Ainsi, les espaces sportifs comme non sportifs de la vie psychique se retrouvent progressivement aliénés par l'excitation kinesthésique, ce qui signe une conduite de dépendance.

Le sport pratiqué intensivement représente ici, comme le soulignait Isabelle Inchauspé (2005), dans un récent travail avec les sportifs du CREPS de Toulouse, un moyen d'adaptation à la société pour les personnalités difficiles, et sans doute une façon de combler ses failles narcissiques. La dérive addictive ou le déplacement de ses objets d'addiction à l'arrêt de l'activité signera alors l'échec de l'investissement sportif.

Pour en savoir plus

- Aries, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en occident*. Paris : Le Seuil.
- Berger, M., & Moussat, E. (1927). *Textes sportifs de l'Antiquité*. Paris : Grasset.
- Boyon, D. (1990). Mythes sportifs et histoires individuelles. Paris : Actes du deuxième colloque « Sport et psychanalyse » du 09/12/89, collection « Sport et cultures », INSEP.
- Carrier, C. (1992). *L'adolescent champion. Contrainte ou liberté ?* Paris : PUF.
- Carrier, C. (2000). Modèle de l'investissement sportif de haut niveau et risque de lien addictif au mouvement. *Annales de Médecine Interne, 151(Suppl. A)*, A60-A64.
- Inchauspé, I. (2005). *Désirer c'est gagner*. Paris : Plon.
- Jeammet, P. (1994). Dépendance et séparation à l'adolescence. Point de vue psychodynamique. In D. Bailly, & J.L. Vénisse (Eds), *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson.
- Johnsgard, K., Ogilvie, B., & Merrit, K. (1975). The stress seekers : a psychological study of sports parachutists, racing drivers, and football players. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 15*, 158-169.
- Parrayon, J.P. (1990). Performance et désir d'éternité du sportif. Paris: Actes du deuxième colloque « Sport et psychanalyse » du 09/12/89, collection « Sport et cultures », INSEP.
- Prétagut, S. (2000). Enjeux et limites de l'exigence de performance chez le sportif de haut niveau. Nantes, thèse de médecine.
- Vénisse, J. L., Mammari, N., & Mury, M. (1996). Anorexie mentale, hyperactivité et sport de haut niveau. *Synapse*, n126.
- Zuckerman, M. (1971). Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36*, 45-52.

Addiction à la pratique et troubles du comportement alimentaire chez les sportifs

S. Afflelou

Les liens entre les troubles du comportement alimentaire (TCA) et la pratique sportive sont intriqués et multimodaux. Ils apparaissent dès la définition même des troubles mentaux – anorexie et boulimie –, puisque le recours à l'exercice physique « excessif » figure en tant que comportement compensatoire.

Par ailleurs, les sportifs sont confrontés dans leur pratique à un certain nombre de situations et de contraintes qui semblent les exposer à un risque majoré de survenue des TCA, d'autant plus que les qualités requises pour performer se confondent souvent avec des traits de personnalité présents chez ce type de patients.

Concept d'addiction à l'activité physique

Bien qu'une définition consensuelle de l'addiction à l'activité physique ne figure pas encore dans les grandes classifications internationales, ce trouble est néanmoins bien repérable dans nos populations cliniques.

Au-delà d'un simple critère de d'intensité et de fréquence d'exercice (qui confondrait tous les sportifs de haut niveau avec des addicts), la dépendance va reposer sur le type de relation que le sujet entretient avec sa pratique, avec comme points centraux la perte de contrôle, le craving, la centration sportive et la poursuite de la pratique malgré les dommages perçus.

Ainsi, comme dans les autres addictions comportementales, nous parlons d'addiction au sport quand le rapport à la pratique sportive devient problématique, autrement dit quand l'activité est motivée par un besoin impérieux, quelles que soient les conditions environnementales, quand la pratique sportive devient de plus en plus envahissante, répétitive voire incontrôlable, entraînant des dommages physiques (fractures, ostéochondrose, tendinites, etc.), psychiques (aliénation avec perte du plaisir à pratiquer, phénomènes de sevrage à l'interruption) et collatéraux (empiètement social, professionnel, familial, difficultés financières, etc.).

Il existe un état clinique particulier à l'arrêt de la pratique qui s'apparente au sevrage : tension interne, irritabilité, culpabilité, insomnie, fatigue paradoxale, pouvant aller jusqu'à des tableaux dépressifs, qui cèdent à la reprise de l'activité.

Les modalités d'entrée peuvent être multiples. Il n'est pas rare qu'au début, ce comportement ait une fonction dans l'économie du sujet :

- procure du plaisir ;
- renforce l'estime de soi ;
- diminue une sensation malaise (anxiolyse et antidépression) ;
- donne une impression de contrôle sur le corps ;
- pallie l'insatisfaction corporelle ;
- fait perdre du poids ;
- éloigne l'idée de vieillesse,

Puis on observe un échappement du processus opérant et une aliénation progressive comme dans les autres types d'addiction.

Le rôle ultrapositif du sport renvoyé par la société moderne pourrait être un facteur de maintien dans l'initiation du trouble malgré l'apparition des premiers dommages. La souffrance perçue, habituel indicateur de la pathologie, est ici trompeuse : il existe souvent une absence ou un déficit d'auto-critique sur le comportement excessif et inadapté, avec persistance de la croyance sur les bienfaits du sport.

De fait, ce n'est souvent pas le motif de consultation avancé du patient, d'où l'intérêt du praticien de la rechercher activement. La détresse est vraiment perçue par le patient quand il survient des signes objectifs d'épuisement ou de blessures.

Mesure de la dépendance à l'activité physique

Les données de la littérature sont nombreuses sur l'évaluation de la dépendance à l'activité physique mais les résultats sont peu comparables, dans la mesure où les auteurs utilisent des outils d'évaluation différents construits sur des définitions différentes de la dépendance à l'exercice physique.

De nombreuses échelles permettent de mesurer cette pratique problématique. Nous avons retenu deux échelles qui nous paraissent pertinentes : l'*Exercise Dependence Scale-Revised* (EDS-R ; Hausenblas et Downs, 2002 ; Kern, 2007) et l'*Exercise Dependence Questionnaire* (EDQ ; Ogden et al., 1997). Ces deux échelles nous semblent complémentaires ; en effet, ces deux outils mesurent trois dimensions identiques qui sont le sevrage, les problèmes internes (équivalent au manque de contrôle pour l'EDS-R) et l'interférence avec la vie sociale (équivalent à la réduction des autres activités pour l'EDS-R). La continuité, la tolérance, le temps et l'intention sont spécifiques à l'EDS-R, tandis que les récompenses positives, la pratique de l'exercice physique pour contrôler son poids, pour raison sociale ou raison de santé et le comportement stéréotypé sont spécifiques à l'EDQ. Ces deux échelles s'inscrivent dans des ancrages différents. D'une part l'EDS-R est issue d'une approche traditionnelle des dépendances et reprend donc les critères de

dépendance aux substances du DSM-IV, d'autre part les auteurs de l'EDQ considèrent que l'ancrage dans le DSM-IV n'est pas suffisant pour décrire la pratique pathologique de l'exercice physique, et à ces dimensions rajoutent des dimensions motivationnelles.

Mais à notre connaissance, très peu d'études évaluent la prévalence de la dépendance physique en population générale sur des échantillons représentatifs.

Prévalence

Selon l'expertise collective sur les effets de l'activité physique sur la santé commanditée par l'INSERM (2008), sur le plan de la vulnérabilité interindividuelle, des travaux récents ont pu estimer à 4 % environ, dans la population sportive générale la proportion de sujets susceptibles de « glisser » vers l'addiction. Cependant, le genre (filles moins vulnérables), mais également le type de sport pratiqué (solitaire ou en équipe, etc.), le niveau de pratique, mais également des facteurs plus psychologiques comme l'environnement sociofamilial ou la recherche de sensations sont autant de facteurs amplifiant ou limitant cette vulnérabilité. D'autres études portent sur des populations spécifiques (gymnastes, athlètes, marathoniens) et retrouvent des fréquences variant de 10 à 80 % pour la dépendance à l'exercice physique.

Dans une population de sportifs amateurs de sports très diversifiés, Blyndon et Lindner (2002) retrouvent 28 % de dépendants, avec une vulnérabilité pour les femmes (deux fois plus que les hommes) et une association plus fréquente que pour les hommes avec les TCA.

Troubles du comportement alimentaire en population sportive

Certains auteurs cherchent à distinguer addiction à l'exercice physique et TCA.

Ainsi, Veale (1987) distingue deux types de dépendance. La dépendance primaire et la dépendance secondaire. Dans l'une, l'activité physique est une fin en soi (les individus sont intrinsèquement motivés). Ce sont ceux qui pratiquent des heures durant et oublient des rendez-vous avec leur famille, leurs amis ou leurs collègues de travail. Là où certains les voient passionnés et motivés, d'autres pensent qu'ils sont obsédés par l'exercice physique. La dépendance secondaire, quant à elle, est associée à des troubles du comportement alimentaire (les individus sont extrinsèquement motivés par l'exercice physique – contrôle du poids par exemple). Veale insiste sur la nécessité de réaliser un diagnostic afin d'identifier le type de dépendance à l'exercice physique et la différence peut être établie en clarifiant l'objectif du pratiquant.

Pour d'autres auteurs, ce qui fait le diagnostic différentiel avec un TCA avéré réside dans l'objectif à atteindre : la perte de poids est motivée par la performance et non le désir de maigrir *per se*. Ainsi, la présence d'un TCA primaire serait un facteur d'exclusion du diagnostic d'addiction à l'exercice. En pratique, ces notions sont reprises dans le concept d'« anorexie athlétique »,

et nous verrons qu'il est plus opérant de considérer ces notions sur un plan dimensionnel que catégoriel.

S'il est difficile, d'établir une prévalence précise des TCA en population sportive, tout au moins peut-on définir des contextes à risque.

Le sport comme contexte étayant le trouble alimentaire

L'hypothèse que certains individus, prédisposés ou malades, pourraient se diriger vers une discipline sportive favorisant le développement de leur trouble est étayée par de nombreux constats.

En premier lieu existe l'attraction de la dépense calorique liée à l'exercice ; dans l'étude princeps de Choquet et Ledoux (1994), sur des jeunes étudiants entre 12 et 25 ans, une jeune fille sur cinq déclare faire du sport dans le but de maigrir.

Par ailleurs, il existe un effet propre de l'entraînement sur le corps qui le façonne sur un mode androgyne. En outre, il retarde l'apparition des premières règles. Carrier (2002) a conceptualisé le passage difficile du « néo-corps sportif » au corps sexué adulte, fournissant un excellent alibi pour les jeunes filles anorexiques tout en servant leur refus de féminité.

Enfin, entre les deux populations apparaissent des traits communs de personnalité, dont les paradigmes seraient la recherche de la maîtrise et un idéal centré sur le corps. Si on se penche sur les traits de personnalité observés chez ces patients et ceux répertoriés dans une échelle de TCA (*Eating Disorder Inventory* par exemple), on peut en effet être frappé par la coïncidence des critères concernant les traits psychopathologiques avec ceux essentiels à la réussite sportive ; ils concernent la recherche d'un poids idéal, l'insatisfaction corporelle, le doute sur ses capacités personnelles, le perfectionnisme, le déficit intéroceptif, l'évitement de la maturité, l'ascétisme, l'insécurité sociale et le contrôle de soi.

L'estime de soi est un facteur important à prendre en compte. On sait que chez les occidentaux, et en particulier à l'adolescence, l'estime de soi est souvent reliée à la satisfaction corporelle. Or, près de la moitié des jeunes adultes se disent non satisfaits de leur corps. La focalisation sur le corps et le haut niveau d'exigence de certaines disciplines pourraient favoriser cette lecture de soi à travers son rapport à son corps, avec l'instabilité et les conséquences délétères que cela suppose.

Le perfectionnisme semble aussi un trait commun à ces deux populations, d'autant plus que dans sa dimension pathologique, il est souvent relié à une mauvaise estime de soi et à des attentes démesurées concernant la performance idéale ou les standards irréalistes renvoyés par la société.

L'alexithymie (difficulté à percevoir et exprimer ses affects) associée à un fonctionnement de type opératoire serait également une tendance présente chez les deux populations. Chez le sportif, cela a été bien décrit avec la répétition inlassable des entraînements, la monotonie des gestes, qui seraient responsables d'un « court-circuit de la pensée » et d'une immaturité conséquentielle.

Le sport comme facteur de risque

Le développement de TCA dans le cadre sportif est multifactoriel.

Dans notre activité de service (CAPS – Centre d'accompagnement et de prévention pour les sportifs) de Bordeaux, les résultats de 971 évaluations psychologiques chez des sportifs en filière d'accès au haut niveau (dans le cadre du bilan annuel préventif ; 16,5 ans de moyenne d'âge et une pratique moyenne de 12 heures par semaine, Meless, 2008), montrent que plus d'un sportif sur cinq est concerné durant sa vie par une préoccupation excessive concernant le poids et la nourriture, et que 15,5 % d'entre eux ont connu au moins une période prolongée de restriction alimentaire. Près de 10 % ont eu une préoccupation excessive sur une partie de leur corps et plus de 16 % sur le corps dans son ensemble. Ces chiffres concernent deux fois plus les filles que les garçons et ne montrent pas de différence significative selon la pratique individuelle ou collective.

Plus généralement, quels sont les facteurs prédisposant à l'apparition d'un TCA en population sportive ?

Microculture de la discipline

La culture propre à certains sports peut perpétuer des comportements singuliers, qui font appel à des croyances ritualisées concernant la façon de se nourrir, favorisées par un fonctionnement en vase clos. Ainsi, dans les milieux culturistes (mais aussi ceux de la boxe, du judo, de la course hippique, etc.), les « initiés » pratiquent des périodes de jeûne total entrecoupées de diètes hydriques, véritables purges de l'organisme dans le cadre de « séchages » susceptibles d'engendrer des pertes de poids considérables en un minimum de temps.

Sexe

À l'instar de la population générale et étudiante, les femmes sportives seraient plus à risque de développer un TCA que les hommes sportifs. Mais, comme nous le verrons ultérieurement, l'expression du trouble peut se traduire différemment d'un sexe à l'autre, sous l'influence socioculturelle.

Précocité

Des études qui interrogent une population très jeune de fillettes (entre 5 et 7 ans) montrent une préoccupation pondérale accrue dans le groupe des sports esthétiques par rapport aux sports non esthétiques dès l'âge de 5 ans (Davison et al., 2002) ; cette préoccupation est majorée à l'âge de 7 ans et, en particulier, dans le milieu de la danse de haut niveau. Ces mesures sont indépendantes de l'indice de masse corporelle et également de la préoccupation des mères sur le poids de leur fille.

L'hypothèse est que la nature du sport pratiqué pourrait influencer le devenir et la santé mentale de ces jeunes filles.

La nature de la discipline

La méta-analyse de Smolak et al. (2000) permet de conclure que la prévalence des TCA est augmentée dans les sports à catégorie pondérale et

encourageant la minceur par rapport à ceux où ces caractéristiques sont moins importantes : TCA cliniques et subcliniques présents chez 13,5 % des athlètes (contre 4,6 % des contrôles), plus fréquents chez les femmes (20 % contre 8 %), chez les sportives de haut niveau *versus* sportives et danseuses classiques non professionnelles et hommes culturistes non compétiteurs.

Toutefois, l'activité physique récréationnelle chez les femmes athlètes n'augmenterait pas le risque de TCA, voire même aurait des effets protecteurs, mis en évidence dans le cadre d'une pratique non intensive et dans des disciplines ne requérant pas la minceur.

Ces résultats se confirment dans une étude française (Filaire et al., 2007) : la prévalence des TCA serait plus importante chez les sportifs (hommes et femmes confondus) que chez les sédentaires, plus importante chez les sportives que chez les sportifs, et plus importante dans les sports à catégorie de poids ou les sports où l'esthétisme prime. Le risque de développer des troubles augmenterait lorsque le perfectionnisme orienté vers soi serait élevé et la satisfaction de son poids faible.

Modalités de pratique

Sport collectif *versus* individuel

Les sports collectifs ne sont habituellement pas considérés comme pourvoyeurs de TCA. Néanmoins, la préoccupation corporelle et pondérale de notre population non clinique évaluée lors du bilan psychologique annuel est équivalente dans les deux cas, résultats à rapprocher de ceux de Sundgot-Borgen et Torstveit (2004) qui relèvent une augmentation de 5 % de TCA entre 1990 et 1997 chez les pratiquantes de sports collectifs.

Intensité

L'étude sus-citée de Choquet et Ledoux (1994) en population étudiante lie avec une courbe en « U » la pratique de plus de 8 heures par semaine avec un risque accru de troubles alimentaires et du sommeil chez les filles. D'une façon plus générale, l'intensité de pratique est vulnérabilisante pour les troubles psychopathologiques.

Haut niveau

Les contraintes du haut niveau (pression de la performance, éloignement du milieu familial, centration sportive, etc.) cumulent les facteurs de risque pour la survenue des TCA.

Influence des facteurs environnementaux

Relation entraîneur-entraîné

L'abord de la singularité de la relation entraîneur-entraîné a montré qu'elle peut s'apparenter dans certaines conditions à une relation dominant-dominé.

Personnage clé par sa proximité et la multiplicité des rôles qui lui sont confiés, l'entraîneur a une tâche délicate, qui est celle de donner toutes ses chances à l'athlète et de lui permettre de développer son potentiel tout en restant à la bonne distance relationnelle. Dans certains cas, il arrive que la

fonction dégénère d'un abus de pouvoir à une relation d'emprise, notamment quand l'entraîneur est perçu comme « celui qui sait », sans qui la performance n'est pas possible. En outre, s'il « s'approprie » l'athlète avec intrusion dans son intimité, le risque est majeur et peut être renforcé par l'acceptation du groupe.

Dans certaines disciplines, le focus mis sur le poids ou la silhouette peut induire une relation modulée par cet aspect, avec des attitudes humiliantes comme les pesées collectives, des railleries ou brimades, ou parfois de simples encouragements à suivre des modèles ou comportements délétères.

Attitude parentale

Outre la pression émanant du monde sportif et de l'excellence, les commentaires parentaux ont visiblement une importance sur la préoccupation corporelle de leurs enfants.

Certains auteurs (Rodgers et al., 2009) montrent que la vulnérabilité masculine vis-à-vis de l'apparition de ce type de trouble se distingue de celle observée chez les filles : les remarques négatives des parents les concernant, associées à la comparaison aux images véhiculées par la société, ont cependant moins d'influence que chez les jeunes filles. De plus, chez ces mêmes filles, les remarques positives et bienveillantes des parents à l'égard de l'apparence corporelle auraient paradoxalement un effet délétère et augmenteraient l'insatisfaction corporelle. Ces remarques bienveillantes inciteraient en fait les filles à se conformer aux images véhiculées par la société, engendrant ainsi une forme d'insatisfaction.

Poussée à l'extrême, cette « attention » parentale pourrait s'apparenter à ce que Grégory Michel (in Purper-Ouakil et al., 2002) nomme un « syndrome de réussite par procuration » : certains parents surinvestissant les aspirations sportives de leurs enfants iraient jusqu'à conditionner leur amour parental aux expériences de succès de ceux-ci...

Pression de la société

Il est rapporté que les TCA se développent plus volontiers dans nos sociétés développées soumises aux diktats de la minceur et de la forme physique et paradoxalement à un consumérisme exacerbé. Cette influence est plus prégnante dans la population féminine que masculine, bien que ce rapport tende à s'égaliser, les hommes représentant de plus en plus une cible du marché de la mode, même s'ils subissent moins de pression culturelle que les femmes concernant l'image du corps. En outre, l'insatisfaction corporelle des hommes et des femmes ne porte pas sur le même objet, les premiers cherchant plutôt à étoffer leur silhouette et les secondes à l'affiner.

L'origine ethnique est aussi à prendre en compte, les modèles de référence étant différents d'un groupe à l'autre. On a pu observer par exemple que les athlètes afro-américaines avaient moins de risque de développer un TCA à activité sportive comparable que les athlètes d'origine caucasienne, et cela a pu être rapporté aux critères de beauté des femmes requérant une silhouette plus ronde.

Moment de la vie du sportif

Fragilité de l'adolescence

Comme nous l'avons déjà évoqué, la rigidification des comportements alimentaires allant jusqu'à l'adoption de méthodes restrictives extrêmes répond non seulement aux contraintes de la discipline, mais aussi à la tendance à la toute-puissance et à la recherche de maîtrise de la population adolescente, constituant un terrain propice au développement des TCA. Ainsi, dans cette période de la vie, le sport permet une transformation du corps agie par le biais des entraînements. La fragilité narcissique, le remaniement identitaire, la difficulté des enjeux face à la performance et l'importance du regard d'autrui sont autant de facteurs vulnérabilisants vis-à-vis des TCA. Ainsi, l'engagement dans des comportements alimentaires déviants peut parfois se faire par une volonté normative d'appartenir au groupe des pairs.

Interruption de carrière

La blessure, mais aussi la postcarrière, sont des moments reconnus à haut risque de survenue de troubles psychopathologiques, dont les TCA.

Troubles du comportement alimentaire chez le garçon

Les auteurs qui se sont attachés à décrire l'anorexie ou la boulimie masculine notent une survenue plus tardive que chez les filles, et un recours plus fréquent à une pratique régulière du sport qui viserait plus la musculation ou la recherche d'un aspect physique idéal que la minceur. Les signes seraient par ailleurs sensiblement les mêmes dans les deux genres et on souligne la gravité de la psychopathologie associée (dépression, addictions, difficultés relationnelles, etc.). Reprenant l'idée que l'insatisfaction corporelle est plus axée sur la prise de poids, des auteurs ont émis l'hypothèse d'une forme de TCA « inversé » chez l'homme, sous l'influence de facteurs socioculturels divergents d'un genre à l'autre. D'autant plus que cette forme, plus acceptable socialement et moins repérable par les professionnels de santé, est probablement sous-évaluée, phénomène accentué par une moindre tendance à consulter des hommes en général, et de surcroît pour un type de pathologie associé habituellement au genre féminin.

Spécificité des tableaux cliniques rencontrés

Même s'il est indéniable que l'on rencontre chez les sportifs les formes classiques de TCA telles qu'elles sont rapportées dans les classifications internationales, il est possible de dégager des formes particulières qui semblent plus spécifiques à cette population ; il s'agit de l'anorexie athlétique, de la dysmorphophobie musculaire et sa traduction psychosociale : le syndrome d'Adonis.

Anorexie athlétique

Ce concept est fondé sur l'idée que les athlètes constitueraient une population à part, en regard de critères associés à l'entraînement, aux modalités alimentaires requises et à un certain profil psychologique. L'anorexie

athlétique correspondrait cliniquement à une perte de poids par le biais de l'emploi de méthodes de contrôle pondéral (jeûne, vomissements, coupe-faim, laxatifs, diurétiques, etc.) afin de maintenir un bon niveau de performance (Afflelou, 2009).

Dans la littérature, l'anorexie athlétique est souvent décrite comme comportant une partie, mais pas tous les critères, de l'anorexie mentale. Ces notions sont mal délimitées. Pour l'équipe norvégienne (Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004), les troubles pourraient être décrits dans le cadre d'un continuum des TCA non spécifiés jusqu'aux TCA cliniques.

La caractéristique principale de l'anorexie athlétique serait que la réduction du poids corporel et de la masse grasse est reliée à la performance et non à l'apparence ou la préoccupation excessive de la silhouette (ce qui n'exclut pas qu'elle puisse se développer secondairement). Donc, ici, l'initiation du régime ou de l'exercice excessif est volontaire et/ou basée sur la recommandation des coaches et entraîneurs.

La perte de poids est soumise à la diminution des apports mais aussi au volume et à l'intensité de l'entraînement. Les variations d'activité physique peuvent induire des cycles répétés de perte et de reprise de poids, caractéristiques de l'anorexie athlétique. Ces comportements alimentaires anormaux doivent être temporaires ; l'anorexie athlétique ne doit plus persister après l'arrêt de la carrière. Ainsi, le maintien d'un poids faible à distance des compétitions chez certains athlètes peut faire craindre l'évolution vers un trouble clinique.

On connaît peu de chose sur l'évolution de l'anorexie athlétique et, en particulier, si la relation entre les comportements anormaux dans une discipline donnée est une conséquence d'un TCA sous-jacent ou bien une typicité des athlètes de haut niveau. Le risque serait plutôt individuel et dépendrait du sport pratiqué.

L'anorexie athlétique entraîne chez la sportive des conséquences sur la santé physique ; ainsi, l'hypoestrogénie peut entraîner des anomalies du cycle menstruel, une baisse de la densité osseuse avec possibles scolioses, fractures « de stress », etc.

Il est donc essentiel de considérer ce trouble dans une vision préventive. Même si la question d'une entité clinique à part entière n'est pas tranchée, il est important de considérer l'anorexie athlétique comme un signe d'appel permettant d'attirer l'attention des encadrants techniques et médicaux sur une vulnérabilité induite par le contexte sportif.

Pour mémoire, citons la « triade de l'athlète », entité présente dans la littérature sportive mais ne faisant qu'associer anorexie-aménorrhée-ostéopénie, sans lien psychopathologique clairement formulé (les deux dernières découlant physiologiquement de la première).

Anorexie « inversée » ou dysmorphophobie musculaire

Pope et al. (1997) ont décrit les premiers cette entité d'« anorexie inversée » chez les culturistes, ce choix de terminologie étant basé sur la prévalence

d'antécédents d'anorexie mentale dans cet échantillon de population. Par la suite, il a renommé ce trouble « dysmorphophobie musculaire » et l'a classé comme un sous-type de troubles dysmorphophobiques.

Selon lui, la dysmorphophobie musculaire est une affection émergente que l'on retrouve le plus souvent chez les bodybuilders. Il décrit des individus obsédés par le fait d'être trop petits et/ou insuffisamment musclés. En plus de cette obsession idéative spécifique, la dysmorphophobie musculaire se manifeste par des compulsions (passer des heures à se muscler, dépenses excessives concernant la pratique du bodybuilding, achat de compléments nutritionnels, présence d'attitudes alimentaires anormales et tendance à l'abus de substances anabolisantes).

Ce trouble semble s'être développé parallèlement à l'essor du bodybuilding et toucherait 10 % de pratiquants. La nature de l'insatisfaction diffère de celle des femmes, mais renvoie aux mêmes mécanismes psychopathologiques, avec des conduites d'évitements se traduisant principalement par une réticence à dévoiler son corps au regard des autres. Dans la littérature on peut trouver le terme de « bigorexie » pour décrire cette nouvelle pathologie, mais qui est confondue à tort avec l'addiction au sport et dont la sémantique est extrêmement confusogène (il n'est en effet jamais question de « gros appétit »).

Selon Pope et al. (1997), la dysmorphophobie musculaire devrait être distinguée d'une forme de trouble des conduites alimentaires (critère exclusif), mais plutôt considérée comme une distorsion majeure de l'image corporelle couplée au comportement pathologique vis-à-vis de l'exercice physique. Il n'en reste pas moins que certaines caractéristiques psychologiques, comme notamment le perfectionnisme et l'ascétisme, sont communes aux bodybuilders et aux patients souffrant de troubles alimentaires : les premiers recherchent l'augmentation de la masse musculaire et les seconds la maigreur, tous attribuant une grande valeur à la finesse du corps et diabolisant la graisse, avec une restriction idéatoire autour du corps et de l'alimentation.

Les Anglo-Saxons décrivent même un « complexe d'Adonis » caractérisé par un haut degré de pratique sportive et par des préoccupations fréquentes liées à l'image de soi (soins du visage et du corps excessifs, choix vestimentaires valorisants, se regarder dans la glace sans cesse à la recherche de la moindre imperfection, etc.).

Pope et al. (1997) considèrent que l'émergence d'hommes insatisfaits de leur corps et de leur musculature au sein de la population générale serait générée par la culture occidentale. La valorisation des hommes particulièrement musclés serait relayée par des références à la culture enfantine dont les héros sont souvent hypermusclés avec des torsos surdimensionnés, ce qui n'est pas sans créer un état de confusion sur l'apparence standard que les hommes se doivent d'atteindre ou tout du moins de rechercher. Pope souligne également le rôle du changement des fonctions de genre s'opérant actuellement dans la société occidentale : le statut traditionnel des hommes y est menacé par les *super-women*, les femmes occupant des

rôles jusqu'alors typiquement masculins. Dans ce contexte, une identité de genre insécure pourrait alors en partie expliquer l'augmentation du recours de certains hommes au bodybuilding comme une démarche virilisante et narcissisante.

Cette prise en compte du complexe d'Adonis et des conceptions similaires pourrait alors permettre de considérer la population masculine comme étant plus vulnérable que les femmes vis-à-vis du fait de développer une telle perturbation spécifique de l'image du corps.

Conclusion

Dans le domaine des TCA mais également étendu à l'ensemble de la psychopathologie, le concept trop global de « sport » n'est pas adapté ; il nous apparaît pertinent de distinguer des pratiques sportives (intensité, concentration sportive, haut niveau, addiction, etc.) et des populations fragilisées (sexe, adolescence, etc.). En outre, certaines pratiques sportives peuvent être envisagées comme un cadre de développement socialement accepté, voire valorisé, du trouble : elles permettraient le contrôle du poids et les déviances du comportement alimentaire tout en servant d'alibi.

En dehors des tableaux classiques de TCA rencontrés dans cette population, il semble possible de dégager des entités propres au milieu sportif, représentées par l'anorexie athlétique et la dysmorphophobie musculaire, que l'on peut ou pas assimiler à une forme de TCA chez l'homme, se développant sous l'influence des valeurs socioculturelles occidentales.

Une question apparaît cependant pertinente : est-ce que le diagnostic d'addiction à l'exercice est lié significativement à la majoration du risque d'apparition d'un TCA ?

Outre le fait que l'établissement du diagnostic de dépendance à l'exercice physique soit récent, sur des critères non encore consensuels et non chiffrés, cette hypothèse mérite d'être testée pour affiner encore les critères de détection du risque de TCA en population sportive, et à l'inverse explorer le comportement alimentaire chez les patients dépendants à l'activité physique.

Références

- Affelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de Pédiatrie*, 16, 88-92.
- Blaydon, M.J., & Lindner, K.J. (2002). Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating disorders : The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 49-60.
- Carrier, C. (2002). *Le champion, sa vie, sa mort. Psychanalyse de l'exploit*. Paris : Bayard.
- Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). *Adolescents : enquête nationale*. Paris : Inserm, U472.
- Davison, K.K., Earnest, M.B., & Birch, L.L. (2002). Participation in aesthetic sports and girls' weight concerns at ages 5 and 7 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 312-317.

- Filaire, E., Rouveix, M., & Bouget, M. (2007). Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science et Sports*, 23, 49-60.
- Hausenblas, H.A., Downs, S.D. (2002). Exercise Dependence Scale-21 Manual. www.personal.psu.edu/faculty/d/s/dsd11/EDS/EDS21Manual.pdf.
- Inserm. (2008). Activité physique-contextes et effets sur la santé. Paris : éditions INSERM, collection « Expertise collective ».
- Kern, L. (2007). Dépendance et exercice physique : une échelle de dépendance à l'exercice physique : l'EDS-R. *Psychologie Française*, 52, 403-416.
- Meless, D., Brisseau-Gimenez, S., Eisenberg, F., et al. (2008). Étude CAPS des bilans psychologiques des sportifs : six années d'utilisation de GEEMS.
- Ogden, J., Veale, D., & Summers, Z. (1997). The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*, 5, 343-356.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., et al. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Purper-Ouakil, D., Michel, G., Baup, N., et al. (2002). Aspects psychopathologiques de l'exercice physique intensif chez l'enfant et l'adolescent : mise au point à partir d'une situation clinique. *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 543-549.
- Rodgers, R., Paxton, S., & Chabrol, H. (2009). Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults : a sociocultural model. *Body Image*, 6, 171-177.
- Smolak, L., Murnen, S.K., & Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems : a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 371-380.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 25-32.
- Veale, D. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 735-740.

Traitement médiatique et politique du dopage : écran des addictions au sport intensif ?

J.-P. Escriva

Dopage et discours médiatique

Si le dopage n'est pas nouveau, il n'est cependant pas intemporel. Apparu dans le sport moderne à la veille du xx^e siècle, il fait partie du système sportif jusqu'aux lois de 1965. Son interdiction ne signe pas sa disparition, mais il sera occulté par des médias peu enclins à « vendre la mèche » d'un milieu dont ils tirent leur raison d'être.

La fin des années 1980 et la décennie suivante vont néanmoins précipiter les palinodies des commentateurs sportifs : spectaculaire affaire Ben Johnson, dopage d'État est-allemand, Tour de France 1998. Des reporters de quotidiens généralistes associent sport et rubrique judiciaire pendant que la presse sportive évoque plus régulièrement un phénomène qu'il n'était plus possible de nier. Les volte-face se multiplient, la recherche du « scoop » passant alors par la traque des « dopés », des « tricheurs ». Mais en parlant à grands bruits de dopage – tout en cherchant néanmoins à le réduire aux marges du système –, on n'évoque guère le reste : le quotidien plus banal. Les médias ignorent en général les conduites addictives du sport intensif, peut-être pourtant la part immergée de l'iceberg du dopage.

Une telle attitude interroge car médias et institution appartiennent au même *macrosystème sportif* (Escriva, 2003) dans lequel sportifs et entraîneurs professionnels vivent en partie de leur image sous une pression qui prend parfois des allures de sentence. Bernard Laporte formulera parfaitement cet aspect décisif lors de la Coupe du monde de rugby 2003 en déclarant : « Il faudra sortir victorieux du loft ! »

Dopage et discours politique

Que des quotidiens reprennent les vieilles ficelles de journaux à sensation n'étonne guère. On peut en revanche s'étonner quand des politiques français légifèrent dans une posture analogue. Les parlementaires évoquent en effet à l'occasion les sportifs amateurs mais la plupart privilégient le

sensationnel : il s'agit d'abord de s'en prendre aux « dérives de l'argent roi du sport professionnel », en particulier à gauche.

Lors des débats préparatoires à la *loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé et à la lutte contre le dopage*, la position de la ministre Marie-Georges Buffet suscitera d'ailleurs le consensus : « Nous connaissons, déclarait-elle, les raisons qui conduisent au dopage : c'est la surenchère d'intérêt commercial dans les sports les plus médiatiques [...] ; c'est la course infernale aux résultats, à l'argent, qui aboutit à des calendriers sportifs démentiels, à des surcharges d'entraînement, à des temps de récupération de plus en plus écourtés. » (Journal officiel, 19 novembre 1998) Certes Christian Estrosi relativisera le problème pour le groupe RPR en affirmant que la piqure quotidienne est « une méthode qui a été vue de tous les pays de l'Est pendant des années [...] que nous nous sommes bien gardés de suivre », mais il n'y aura en définitive que la voix très isolée de l'UDF pour déclarer qu'« il faut démythifier pour mieux protéger » (Journal officiel, 19 novembre 1998). À peu près tous, souhaitant préserver le modèle sportif et ses supposées valeurs, voteront la loi.

Les débats de 2005-2006 ne varieront guère des précédents sur le fond. On parle de prévention « en direction d'un plus grand nombre de sportifs », mais le statut de la future AFLD (Agence française de lutte contre le dopage) et les moyens de répression et de sanction occuperont une place considérable. Et aux critiques du groupe socialiste rapportant les mots d'un président de club de rugby professionnel à propos de son buteur : « Il n'est pas payé pour tenter des buts, mais pour les réussir ! », ou aux attaques du groupe communiste rappelant que le dopage, « ce fléau, s'est développé à mesure que les disciplines sportives devenaient professionnelles », le ministre Jean-François Lamour répondra que « l'argent n'est pas le seul motif ». Et ajoutera en des termes proches de ceux du RPR de 1998 : « Souvenons-nous d'un certain nombre de régimes totalitaires qui, il y a quelques décennies, avaient fait du sport leur outil de propagande. » (Journal officiel, 23 mars 2006)

L'incantation des seuls déterminants économiques ou politiques réduit l'approche du problème à des facteurs externes – et les plus farouches opposants finissent par se rejoindre autour de *l'idéologie du sport perverti ou dénaturé* (Brohm, 2006). Jamais personne ne rappellera avec l'INSERM (2008) que seule la pratique physique modérée est bénéfique pour la santé (Choquet et al., 1999), tandis que le sport est d'abord l'institution de la compétition.

Silence du quotidien

On atteint dès lors le cœur du problème : cette représentation à la fois médiatique et politique du phénomène – qui cache en montrant – ne fait-elle pas écran au quotidien de sportifs qui, sans se doper et en dehors d'enjeux économiques, courent cependant d'autres risques ?

Une approche clinique en sociologie (Gaulejac et Roy, 1993) permet en effet de révéler d'autres facettes du phénomène.

Ainsi Marianne, aujourd'hui journaliste, commence l'aviron enfant. Fille d'un chef de moyenne entreprise, d'un père qui a réussi, elle rêve de gloire, de ces gratifications qu'offre l'institution sportive : pas d'argent ! À l'adolescence elle augmente ses temps d'entraînement au point d'y sacrifier tous ses loisirs, des heures par jour, pendant des années : « Je me couchais à 9 heures, dit-elle, et je rêvais du survêtement de l'équipe de France », qu'elle portera d'ailleurs un temps. Probablement marquée par l'idéologie de l'excellence, l'un des ressorts parmi d'autres de ce projet de réussite sportive soutenu par le projet parental.

L'entourage humain la comble : « J'avais trouvé une seconde famille, ajoute-t-elle en effet, qui me donnait l'occasion de sortir [...] et d'éviter certaines réunions de familles. » La pratique intensive lui procure un mélange de douleur et d'immense plaisir. Elle s'y adonnera au point de ne plus pouvoir s'en passer, jusqu'à une dernière compétition internationale après laquelle elle décidera de s'arrêter pour s'investir momentanément dans l'athlétisme auquel une blessure mettra un coup d'arrêt. C'est à ce moment, 6 mois environ après avoir décidé d'arrêter l'aviron, qu'elle s'enfonce pendant 2 ans dans la boulimie.

L'addiction paraît se déplacer, la contraint à de longs footings afin d'évacuer le malaise d'être devenue, d'après elle, une « grosse cochonne », qui en outre ne peut pas se confier à son compagnon pratiquant l'aviron. Mais cet épisode révèle surtout en contrepoint la dépendance antérieure et le manque par la culpabilité et le substitut de la nourriture. Et son récit biographique illustre ce processus où l'histoire du sujet rencontre un contexte socioculturel particulier et l'idéologie de l'excellence de l'institution : « Pour moi, dit-elle après-coup, c'était un sentiment de contre-performance permanente, car auparavant il y avait le surpassement, se faire mal, mais aussi beaucoup de plaisir dans l'aviron. Tout cela était opposé à la non-valeur de soi-même dans la boulimie. » Épisode boulimique suivi de 2 ans de dépendance à l'héroïne...

Des processus hétérogènes et combinés

L'engagement dans le sport intensif se situe au carrefour de multiples phénomènes : addiction physique liée en particulier à la libération d'endorphine et à l'exercice compulsif ; addiction psychique liée à l'histoire du sujet ; adhésion à l'institution sportive, à ses idéaux, ses idéologies ; mise en dépendance, le cas échéant, par l'organisation sportive, ses contraintes et ses enjeux. Le corps occupe une place prépondérante dans ces « pathologies de l'agir » et cette articulation de processus hétérogènes impose une approche *multiréférentielle* (Ardoino, 2000) : il ne s'agit donc pas de verser

dans le sociologisme. Frappé cependant par la manière dont Philippe Jeammet (Vénisse, 1991) a insisté sur le caractère daté des conduites addictives, il faut souligner – dans leur équation à trois paramètres mise en avant par Claude Olievenstein (1992) – ce moment socioculturel et le « produit » original qu’est devenu le sport.

Son formidable développement et son statut contemporain questionnent tout d’abord. Des investissements économiques massifs associés à l’emprise médiatique ont bien déplacé le centre de gravité du sport, reléguant le politique à l’arrière-plan. Et il est indéniable que l’argent contribue à certains engagements traumatiques de sportifs particulièrement affectés par la « tyrannie de la visibilité » (Haroche, 2008).

Toutefois, si le pouvoir du politique sur le sport s’est érodé – sur la base d’un modèle idéalisé –, l’usage symbolique qu’il en fait demeure. C’est alors dans la structure même des *champs médiatique et politique* qui tendent à se confondre qu’on peut comprendre cette circulation idéologique et ses effets d’occultation. « Une des propriétés importantes d’un champ réside dans le fait qu’il enferme de l’impensable, c’est-à-dire des choses qu’on ne discute même pas. » (Bourdieu, 1984) Un champ artistique, scientifique, sportif ou quel qu’il soit comprend de « la doxa, c’est-à-dire tout l’ensemble de ce qui est admis comme allant de soi, et en particulier les systèmes de classement déterminant ce qui est jugé intéressant et sans intérêt » (Bourdieu, 1984).

Oui, le dopage demeure un phénomène inquiétant, parfois fatal. Mais moins spectaculaire, les potentielles addictions au sport intensif seraient-elles inintéressantes ? Alors que devrait se poser la question du prix à payer pour de telles « addictions positives » : condition essentielle d’une politique de prévention lucide.

Santé et sciences sociales

Il paraît alors important de revenir aux enjeux des sciences sociales, d’autant plus qu’il est délicat de chiffrer ces addictions sans drogue. L’INSERM (2008) se contente d’ailleurs, avec beaucoup de prudence, d’estimer à « 4 % environ, dans la population sportive générale, la proportion de sujets susceptibles de “glisser” vers l’addiction ».

Sociologues et professionnels de santé n’ont pas ici les mêmes exigences pragmatiques de soins ; cependant, les uns et les autres pourraient se rejoindre autour d’un intérêt de connaissance commun : un *intérêt de connaissance émancipatoire* (Habermas, 1973) où la critique de l’idéologie se trouve au cœur d’un projet dans lequel les informations sur des mécanismes sociaux alimentent les processus de réflexion du sujet.

Selon une autre temporalité, la sociologie se doit de poursuivre ses tâches de repérage des inégalités sociales et de risques potentiels, tout en s’attachant à la *fonction de distorsion* de l’idéologie et contribuer ainsi à « faire de la santé publique » qui consiste, souligne Didier Fassin, à « changer à la fois notre regard et notre intervention sur le monde » (Fassin, 2008). Car c’est une

véritable opération de traductions qui a permis, comme pour la toxicomanie dans les années 1990 en France, de passer d'une réalité sociojuridique à une entité médicale puis un enjeu politique avant de devenir un problème de santé publique.

Peut-on en dire de même du dopage eu égard à l'impensé de l'institution sportive, à un moment où de surcroît Pierre Bordry, le président de l'AFLD, démissionne faute de réelle volonté politique (*Le Monde*, 29 septembre 2010) ? Et que dire du problème des addictions au sport intensif auquel le traitement du dopage par le champ médiatico-politique semble faire écran ? Certes, penser enfin l'institution sportive dans les contradictions de sa logique constituante – la compétition – paraît relever de l'utopie, mais on peut rappeler avec Paul Ricoeur (1997) que l'utopie est précisément ce qui s'oppose à l'idéologie. Et ouvrir des brèches dans l'idéologie n'est-il pas aussi un moyen de renouveler notre représentation d'une telle situation ?

Références

- Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation*. Paris : PUF.
Assemblée nationale, *Journal officiel*, 19 novembre 1998.
Assemblée nationale, *Journal officiel*, 23 mars 2006.
Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris : Les éditions de Minuit.
Brohm, J.M. (2006). *La tyrannie sportive*. Paris : Beauchesne.
Choquet, M., Bourdessel, H., Guilbert, P., & De Peretti, C. (1999). *Jeunes, sport, conduites à risques*. Paris : ministère de la Jeunesse et des Sports.
Escriva, J.P. (2003). L'emprise du macrosystème sportif. *Socio-Anthropologie*, n° 13.
Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Rennes : Éditions EHESP.
Gaulejac (de), V., & Roy, S. (1993). *Sociologies cliniques*. Hommes et perspectives, Marseille. Paris : Desclée de Brouwer.
Habermas, J. (1973). Connaissance et intérêt. In *La science et la technique comme "idéologie"*. Paris : Gallimard.
Haroche, C. (2008). *L'avenir du sensible*. Paris : PUF.
INSERM. (2008). *Activité physique, contextes et effets sur la santé*. Paris : INSERM.
Olievenstein, C. (1992). Toxicomanie et dopage. In *Sport, toxiques, dépendance*. Actes du colloque international, bulletin de liaison CNDT, n° hors-série, juin 1992, pp. 271-280. Congrès international organisé par le CNDT, Lyon, 29 novembre-1^{er} décembre 1990, 309 pages.
Ricoeur, P. (1997). *L'idéologie et l'utopie*. Paris : Seuil.
Vénisse, J.L. (dir.). (1991). *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson.

Projet de recherche multicentrique.

Description et évaluation des troubles alimentaires chez le sportif de haut niveau

B. Guérineau, M. Rousselet, S. Prétagut

Le sport jouit d'une représentation positive dans la plupart des sociétés modernes, et il est généralement associé à un état de bien-être physique, social et mental¹. Il apparaît, à travers la médiatisation de son image performante, comme un exemple de réussite sociale pour l'individu et le groupe. Néanmoins, il est important de bien faire la différence entre le sport loisir et le sport de haut niveau. Pour accéder à la haute performance, le sportif met en jeu quotidiennement ses ressources et son équilibre psychologique autant que ses qualités physiques et techniques. Il va donc de soi que de nombreux problèmes somatiques peuvent survenir au cours de leur pratique, auxquels s'ajoutent parfois des souffrances psychiques, trop souvent négligées par les athlètes eux-mêmes autant que par l'entourage des sportifs.

La pratique du sport de haut niveau et/ou intensif nécessite préparation physique et suivi psychologique. Le stress induit par l'objectif de performance, le surinvestissement dans la pratique sportive, l'usage à risque ou nocif de produits dopants, les blessures ou les troubles des comportements alimentaires, sont autant de problématiques marquant la réalité des sportifs, en particulier dans le champ du haut niveau.

Accompagnement et suivi des sportifs

Les sportifs de haut niveau, notamment les plus jeunes, connaissent souvent des difficultés d'ordre psychologique, en particulier sur le versant identitaire. L'implication dans la pratique intensive ou de haut niveau peut également engendrer des déséquilibres au sein de la famille et compliquer le

1 Définition du préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé de 1946.

processus d'adaptation sociale de l'athlète. Le jeune sportif doit également faire face à de nouvelles difficultés liées à son « double projet » (sportif et scolaire) qui le poussent à effectuer des choix parfois en total désaccord avec ses désirs.

Parce que le sport peut être générateur de déséquilibres intrapersonnels, destructeurs pour le sportif et son entourage, un accompagnement adapté s'avère nécessaire. La pratique sportive excessive peut aussi être générée par des troubles psychologiques non résolus. Il est parfois question d'addictions comportementales avec critères communs aux addictions avec produits.

L'une des grandes préoccupations du ministère de la Santé et des Sports reste de mieux prévenir les dérives liées à la pratique sportive et de préserver la santé du sportif dans une approche globale associant l'équilibre social, somatique et psychique du sujet. Depuis 2006, le ministère de la Santé et des Sports a instauré un dispositif destiné aux sportifs de haut niveau permettant, dans le cadre de leur suivi médical réglementaire (SMR), de réaliser un bilan psychologique². Ce bilan, vise à détecter des difficultés psychopathologiques et des facteurs personnels et familiaux de vulnérabilité ou de protection, à prévenir des difficultés liées à l'activité sportive intensive, ainsi qu'à orienter vers une prise en charge adaptée si besoin.

Sport et troubles alimentaires

Des liens entre les troubles alimentaires et le sport ont été établis dans la littérature scientifique. Les sportifs seraient plus vulnérables car soumis à une pression énorme pour avoir un corps parfait, adapté à la discipline sportive qu'ils exercent. Ils s'astreignent à des régimes alimentaires draconiens et/ou à des exercices physiques intensifs pour atteindre la performance, le corps devenant « l'outil » permettant d'aller au bout de leurs limites. Les athlètes sont décrits comme perfectionnistes dans la littérature (Willmore, 1995 ; Ferrand et Brunet, 2004), un trait de caractère également associé aux troubles alimentaires (Bastiani et al., 1995 ; Hewitt et al., 1995) et considéré comme un facteur de vulnérabilité pour l'occurrence de ce type de difficultés. Les troubles alimentaires surviennent généralement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte ; c'est d'ailleurs souvent à cette période que la pratique sportive est la plus intensive.

Certaines études explorent les troubles alimentaires typiques définis par le DSM-IV alors que d'autres élargissent à des formes subcliniques (anorexie inverse, anorexie athlétique, etc.). En l'absence de critères validés et de consensus sur leur classification, les formes subcliniques sont difficiles à repérer et, par conséquent, largement sous-évaluées. Cela est d'autant plus

2 La loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 – relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs – complétée par l'arrêté du 16 juin 2006 – fixant la nature et la périodicité des examens médicaux – stipule que « deux fois par an chez les sportifs mineurs et une fois par an chez les sportifs majeurs, un bilan psychologique est réalisé, lors d'un entretien spécifique, par un médecin ou par un psychologue sous responsabilité médicale ».

préoccupant que les formes subcliniques des troubles alimentaires pourraient être des prémices de formes cliniques (Beals et Manore, 1994 ; Cox et Lecoq, 2005 ; Sundgot-Borgen, 1993) et constituer un mode d'entrée vers des conduites addictives et/ou dopantes (prise de stéroïdes anabolisants dans l'anorexie inverse, par exemple).

Sundgot-Borgen et Torsteit (2004) ont souligné que la prévalence des troubles alimentaires cliniques et subcliniques était plus importante chez les athlètes (13,5 %) que dans leur population contrôle (4,6 %). Cette donnée a également été confirmée par Smolak et al. (2000) qui concluent sur un risque plus élevé de présenter un trouble alimentaire chez les athlètes (de 1 à 62 % selon les études) par rapport à la population générale. De même, Rouveix et al. (2007) identifient 25 % d'athlètes avec un risque de trouble alimentaire parmi une population de judokas. Les troubles alimentaires toucheraient préférentiellement les athlètes féminines (Sundgot-Borgen et Torsteit, 2004 ; Smolak et al., 2000), mais on observe une progression manifeste chez les hommes depuis plusieurs années.

Plusieurs auteurs ont également souligné l'influence de la discipline sportive exercée sur la prévalence des troubles alimentaires. Les sports à catégories de poids sont très pourvoyeurs de troubles alimentaires (Rouveix et al., 2007). De la même manière, la prévalence de ces troubles est plus importante dans les sports à dimension « esthétique » (Sundgot-Borgen et Torsteit, 2004 ; Bashner-Melman et al., 2006) ou requérant une forte musculature comme le bodybuilding et le rugby (Rivaldi et al., 2003 ; Goldfield et al., 2006). Enfin, les sports où la minceur est associée à la performance sont également touchés (Sundgot-Borgen et Torsteit, 2004 ; Filaire et al., 2007).

Les troubles alimentaires sont de différents types selon les disciplines sportives. Ainsi, l'anorexie inverse est préférentiellement associée aux rugbymen et haltérophiles alors que l'anorexie mentale et/ou l'« anorexie athlétique » seraient plus spécifiques des sports à catégories de poids et/ou ayant une dimension esthétique, ainsi que des disciplines reposant sur l'endurance.

Les troubles des conduites alimentaires sont répertoriés en trois catégories selon le DSM-IV (APA, 2000) : l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés. Les troubles alimentaires non spécifiés sont décrits comme des comportements alimentaires inappropriés qui ne remplissent pas tous les critères requis pour un syndrome complet d'anorexie ou de boulimie. Ils sont généralement qualifiés de troubles alimentaires subcliniques ou atypiques.

L'équipe de Sundgot-Borgen (2005) et celle de Beals et Manore (1993) se sont intéressées à l'anorexie athlétique et ont pu avancer plusieurs critères parmi lesquels une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, une réduction de l'apport énergétique et/ou une pratique excessive de l'exercice.

L'anorexie inverse a été décrite par Pope et al. en 1993 en observant les conduites liées aux transformations corporelles et aux troubles de l'image du corps qui leur étaient associés, chez certains hommes bodybuilders.

L'anorexie inverse se caractérise par un trouble de l'image du corps et se traduit par l'impression douloureuse d'être toujours trop maigre ou jamais assez musclé. L'ensemble des activités mentales et physiques est centré de façon obsessionnelle sur l'insuffisance du volume musculaire. Les conduites de transformations corporelles s'attachent de façon compulsive à augmenter la masse musculaire à travers des exercices intensifs et quotidiens de musculation associés à la prise d'anabolisants (Charoy, 2008).

Chez les sportifs, de manière générale, les troubles alimentaires subcliniques seraient largement plus fréquents que l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse (Cox et Lecoq, 2005).

Forts de certains résultats, il nous semble indispensable de mieux repérer ces troubles alimentaires afin de développer des axes de prévention et de soin dans ce domaine.

Un projet de recherche multicentrique innovant

Le projet de recherche présenté ici est porté par le CHU de Nantes (service d'addictologie, antenne médicale de prévention dopage). Une collaboration entre somaticiens, diététiciens et psychologues nous apparaît intéressante pour caractériser les troubles alimentaires des sportifs. Ces disciplines font partie de l'évaluation obligatoire instaurée par le ministère de la Santé et des Sports et, à ce titre, les données nécessaires à notre recherche seront recueillies au cours des évaluations recommandées dans ce cadre.

Les résultats de notre recherche permettront de mieux repérer les troubles alimentaires chez les sportifs de haut niveau. Les résultats seront également bénéfiques pour l'ensemble de la population sportive, les cliniciens et les professionnels du champ sportif. De plus, la description et la caractérisation de formes subcliniques peuvent permettre d'améliorer le dépistage de ces formes atypiques de troubles alimentaires dans l'ensemble de la population.

Nos perspectives sont donc d'améliorer les connaissances sur les troubles alimentaires chez les sportifs afin d'adapter et de mieux cibler la prévention dans ce domaine.

Hypothèse principale

Les sportifs, en particulier les sportifs de haut niveau, ont des préoccupations alimentaires et corporelles obsédantes, en lien avec un culte de la performance de plus en plus envahissant, qui aboutissent à des troubles alimentaires cliniques et subcliniques. Ces troubles alimentaires diffèrent en fonction des disciplines sportives et sont difficiles à repérer chez les sportifs car insuffisamment décrits dans la littérature.

Objectif principal

Notre objectif principal est d'estimer la fréquence des troubles alimentaires chez les sportifs de haut niveau et de les décrire au moyen d'évaluations somatiques, diététiques et psychologiques.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires seront l'évaluation de la concordance sur la détection d'un trouble alimentaire entre les trois cliniciens, la recherche de facteurs de risque de troubles alimentaires ainsi que de facteurs associés aux troubles alimentaires.

Conception et déroulement de la recherche

Le critère de jugement principal est la présence d'un trouble alimentaire. On considère que le sujet présente un trouble alimentaire si au moins un des cliniciens (somaticien, diététicien ou psychologue) le repère.

Description des troubles alimentaires

Les troubles alimentaires seront décrits par :

- la *consultation diététique* : repérage des troubles alimentaires par le diététicien selon l'enquête alimentaire utilisée habituellement, ainsi que par l'évaluation de paramètres diététiques spécifiques ;
- l'*examen somatique* : effectué par un médecin selon les critères utilisés habituellement pour repérer les troubles alimentaires ;
- l'*entretien psychologique* : détection des troubles alimentaires cliniques et subcliniques en fonction du DSM-IV et en fonction des critères retrouvés dans la littérature pour les troubles non définis par le DSM-IV. L'outil utilisé pour cet entretien sera le GEEMS (grille d'entretien pour une évaluation multidimensionnelle du sportif, version 3). L'entretien psychologique sera complété par la passation d'autoquestionnaires spécifiques, un EDI (*Eating Disorder Inventory*) (Garner et al., 1983) et un EDS-R (*Exercice Dependence Scale-Revised*) (Kern, 2007). L'EDI est l'un des outils (validé) les plus utilisés pour décrire les troubles alimentaires selon 8 dimensions. L'EDS-R est une échelle d'auto-évaluation de la dépendance à l'exercice physique en fonction de 7 dimensions.

Critères de jugement secondaires

- Présence de troubles alimentaires.
- Variables sociodémographiques.
- Variables relatives aux conduites dopantes.
- Variables relatives à l'investissement dans la pratique sportive.
- Variables relatives aux comorbidités addictives et psychiatriques.

Plan expérimental

Il s'agit d'une étude multicentrique transversale et descriptive associant trois centres français : les CHU de Nantes et Grenoble, ainsi que le CREPS de Talence. L'échantillon de sportifs de haut niveau sera recruté sur 2 ans (2011-2013). La file active de sportifs de haut niveau correspondant aux critères d'inclusion a été évaluée initialement à 800 sportifs au total.

Critères d'inclusion

- Être âgés d'au moins 12 ans.

- Être inscrit sur la liste de haut niveau ou en filière d'accès au sport de haut niveau.
- Être affilié(e) à la Sécurité sociale.

Critères de non-inclusion

- Présence d'un ou plusieurs troubles des fonctions supérieures.
- Non-compréhension de la langue française parlée et écrite.
- Femmes enceintes.
- Sujets majeurs sous tutelle.

Conclusion

Cette étude devrait permettre de recueillir des données « homogènes » et comparables sur les troubles alimentaires et les comorbidités addictives et psychiatriques dans les différents centres associés. Elle présente un intérêt de par son échantillon (N=800 sujets issus de nombreuses disciplines). Au vu du nombre important de données qui seront exploitables dans les trois domaines (diététique, somatique et psychologique), cela nous laisse augurer des travaux connexes et d'autres pistes de recherche sur ce sujet dans le champ du sport, secteur délaissé sur le plan de la santé mentale...

Références

- Bashner-Melman, R., Zohar, A.H., Ebstein, R.P., et al. (2006). How anorectic-like are the symptom and personality profiles of aesthetic athletes? *Medicine and Sciences in Sports and Exercise*, 38, 628-636.
- Bastiani, A.M., Weltzin, T., & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Beals, K.A., & Manore, M.M. (1994). The prevalence and consequences of subclinical eating disorders in female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 4, 175-195.
- Charoy, C. (2008) . *L'anorexie mentale masculine : une anorexie comme les autres ?* Nantes, thèse de médecine.
- Cox, R.H., & Lecoq, J.C. (2005). *Psychologie du sport*. Paris : De Boëck Université.
- American Psychiatric Association. (2000) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. (DSM IV-TR). Washington DC : American Psychiatric Association.
- Ferrand, C., & Brunet, E. (2004). Perfectionism and risk for disordered eating among young French cyclists of high performance. *Perceptual and Motors Skills*, 99, 959-967.
- Filaire, E., Rouveix, M., Bouget, M., & Pannafieux, C. (2007). Prevalence of eating disorders in athletes. *Science and Sports*, 22, 135-142.
- Garner, M.D., Olmstead, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 2.
- Goldfield, G.S., Blouin, A.G., & Woodside, D.B. (2006). Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male body builders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 160-168.

- Hewitt, P.L., Flett, G.L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-representation in eating disorder attitudes. Characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 317-326.
- Kern, L. (2007). Validation of the French adaptation of the Exercise Dependence Scale-revised : EDS-R. *Pratiques psychologiques, 13*, 425-441.
- Pope, H.G., Katz, D.L., & Hudson, J.L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 406-409.
- Ravaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T., et al. (2003). Eating disorders and body image disturbances among ballets dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology, 36*, 247-254.
- Rouveix, M., Bouget, M., Pannafieux, C., et al. (2007). Eating attitudes, body esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. *International Journal of Sports Medicine, 28*, 340-345.
- Smolak, L., Murnen, S.K., & Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems : a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 371-380.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Nutrient intake of female athletes suffering from eating disorders. *International Journal of Sport Nutrition, 3*, 342-431.
- Sundgot-Borgen, J. (2005) . Atypical eating disorders in female athletes. In C., Norring & B., Palmer, (Eds.). *EDNOS – Eating disorders not otherwise specified : scientific and clinical perspectives on the other eating disorders* (pp. 266-276). London : Routledge.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in general population. *Clinical Journal of Sport Medicine, 14*, 25-32.
- Willmore, J.H. (1995) . Disordered eating in the young athlete. In C.R.J., Blimkie, & Bar-Or, (Eds). *News horizons in pediatric exercise science* (pp. 161-178). Champaign: Human Kinetics.

L'addiction à l'activité physique entre refus du féminin et sublimation ratée

S. Proia

Quelle addiction ?

Incontestablement, les addictions sont dans l'air du temps. Avec ou sans objet, la liste est longue des déclinaisons addictologiques, qui de l'addiction aux jeux vidéo à l'addiction au sexe et au risque, en passant par l'addiction au travail, à l'alcool et autres substances psychoactives, sans oublier les achats compulsifs, laissent à penser qu'il existe à l'ère de la postmodernité autant d'addictions que d'activités humaines. Alors, tous addicts, comme l'énonce le titre d'une parution récente consacrée à l'adolescence¹ ? Ou extension d'un discours normatif, voire psychiatrisant, qui ne manque pas une occasion de diffuser ses mises en garde au sein d'une société régie par l'immédiateté et devenue intolérante au risque ? Si la réalité sociale se situe sans doute dans un espace intermédiaire situé entre ces deux pôles, la réalité clinique, au-delà de la nature de la souffrance des patients, dépend aussi du regard du clinicien et de son orientation théorique. Aussi, avant de développer plus avant notre propos consacré aux liaisons entre refus du féminin (dans sa version douce, obstacle inconscient à donner libre cours à l'expression désirante au profit du souci porté vers l'être désirable) et addiction à l'activité physique (ici la course à pieds d'endurance), convient-il de préciser le cadre conceptuel soutenant nos hypothèses et en premier lieu de définir cette *pathologie de la répétition* que représente l'addiction.

La dépendance n'est pas l'addiction, et si par essence nous sommes tous multidépendants d'objets extérieurs dont certains sont indispensables à la survie, nous n'avons pas tous recours de manière impérieuse à une solution unique pour échapper à des états affectifs pénibles. Est ici fait référence à la modélisation de Mac Dougall (2001), qui souligne que chez le sujet addicté prévaut le besoin compulsif de retrouver sa solution addictive dès qu'affleurent à la conscience des affects. Avec la particularité que le caractère plaisant ou déplaisant de ceux-ci n'est pas déterminant quant à l'urgente nécessité

1 *La Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, Tous addicts ! 2009, 77.

de les neutraliser. C'est l'un des paradoxes souligné par Mac Dougall, à savoir que dans l'économie psychique de l'addiction, même un état agréable, voire excitant, peut déclencher un authentique signal de danger. Car l'addicté cherche avant tout à se débarrasser de l'affect. C'est ce dernier qui, de par sa nature inconsciente et son ancrage dans l'histoire infantile, est vécu comme insupportable. Ce qui fait dire à Mac Dougall (2001) qu'un autre nom donné à l'addiction pourrait bien être la *désaffectation*. C'est toute l'histoire d'une liaison avortée entre le registre affectif et la sphère représentative que nous content les déclinaisons addictives. Et la clinique nous enseigne que c'est généralement à l'adolescence que l'aménagement psychique de l'addiction se met en place. À l'instar de l'objet trouvé/créé winnicottien, l'adolescent devenu addict est celui qui a réussi à inventer sa propre solution à un malaise interne organisé autour d'une intolérance à l'éprouvé affectif. Mais à la différence essentielle que l'enfant, qui investit un objet extérieur et qui a l'illusion de l'avoir créé, va être capable (si son environnement le lui permet) de le quitter pour aller vers d'autres aménagements à chaque fois plus élaborés et qui mènent vers toujours plus d'autonomie. Tandis que la rencontre avec le support addictif représente une fausse solution interne du fait de l'illusion de sa maîtrise par le sujet addicté. Une tentative d'autoguérison qui a un prix : celle de la compulsion à répéter inlassablement le rituel de sa propre consommation (Proia, 2007). Mais est-il pertinent de parler d'addiction lorsque l'objet générateur du summum du plaisir et de l'apaisement est incarné par le sujet lui-même, s'adonnant sous l'apparat de la passion à l'exercice sportif ? L'affaire se complique singulièrement lorsque cette dépendance exclusive à l'exercice physique se décline sous les traits de la figure féminine prise dans les rets d'une quête frénétique de la minceur absolue. Car ici l'addiction se double d'un rapport à l'oralité sur le modèle de la privation et d'un corps sous emprise. Quel type de lien existe-t-il alors entre l'appétence pour l'épuisement solitaire à consonance athlétique et la difficulté à être femme ? C'est ce que nous allons explorer dans cet exposé.

Addiction à l'activité physique et refus du féminin

En retenant le modèle psychanalytique envisageant l'addiction comme une tentative d'autoguérison, il reste alors à découvrir la « maladie » supposée être guérie par un tel programme comportemental. Sur un plan manifeste, il est tentant de considérer que courir sans relâche aux limites de l'épuisement, en parallèle d'une alimentation sous contrôle, représente un moyen d'assécher le corps et d'empêcher l'émergence en soi des lourdeurs de la chair, synonyme d'une féminité assimilée systématiquement à du négatif. Nous voulons bien sûr parler de l'anorexique et de son attrait pour tout ce qui se rapproche de l'effort marathonien. Mais il ne s'agit pas tant d'y voir une lutte sans merci portée par ce que l'on pourrait appeler à la suite de Chasseguet-Smirgel (1975) une *maladie d'idéalité esthétique*, qu'un besoin de

juguler une *angoisse d'intrusion*, d'invasion, mêlée à un conflit inconscient à consonance sexuelle déclenché lors de l'entrée en adolescence. D'ailleurs comment expliquer le considérable décalage entre dépense physique et apports énergétiques chez l'anorexique², si ce n'est par le biais de l'angoisse. L'angoisse est en effet à double face : soit elle peut littéralement paralyser et empêcher toute prise d'initiative, tout élan vers l'extérieur, soit elle peut être un incomparable moteur qui pousse le sujet angoissé dans une fuite en avant éperdue. Transcendé, l'affect d'angoisse est de l'énergie à l'état brut (Proia, 2007).

Si l'économie psychique qui sous-tend l'addiction (comportementale comme objectale) relève d'un mécanisme de défense complexe dont la fonction première est de permettre de substituer à une sensation de malaise diffus un état de soulagement proche de la jouissance, il n'en reste pas moins que l'addicté dispose d'une marge de manœuvre psychique très limitée et surtout stéréotypée. L'anorexique n'y échappe pas, et le fait que l'ascétisme alimentaire conjoint à un redoublement de l'hyperactivité vient se manifester avec les premières modifications induites par la puberté, n'est pas le fruit du hasard. Au-delà de son caractère transnosographique qui va du trouble mental modéré au plus grave dérèglement psychique, il est difficile de restreindre la pathologie anorectique à une catégorie unique. On ne peut en effet la réduire à un dysfonctionnement des conduites alimentaires, ou à un trouble dysmorphophobique, ou encore à une addiction sans drogue. Ce qui est sûr, c'est que dans nombre de problématiques anorectiques, on retrouve une dialectique des échanges entre le dedans et le dehors totalement perturbée, avec une confusion entre oralité et sexualité, une hyperactivité tant psychique que physique, un rejet massif de la dépendance affective (Brusset, 1998) et, bien souvent, une ambivalence marquée dans le lien aux figures parentales où la mère peut alternativement être perçue comme folle et empiétante puis brillante et inégalable, le père comme séducteur pervers puis génial protecteur contre l'invasion maternelle. L'addiction se retrouve, comme nous l'avons souligné, dans le fait que la seule activité permettant l'accès à un sentiment intérieur de sécurité, de lâcher-prise et de bien-être jouissif, est électivement la course à pieds d'endurance. Précisons que l'un des risques à travailler avec une population de patientes souffrant d'anorexie, est de se laisser prendre au piège de la correspondance presque trop parfaite entre la clinique et la littérature. Où quand l'illusion d'avoir trouvé sa solution contre la crainte de l'effondrement (du côté du patient) rencontre l'illusion du savoir et de la compréhension (du côté du thérapeute)... Il est en effet frappant, à la lecture des travaux spécialisés présentant des cas de jeunes femmes anorexiques, d'avoir l'impression que l'on parle tous de la même patiente ! Comme s'il n'existait qu'un seul et unique profil : celle qui court, court, encore et toujours, en toutes circonstances, seule, avec

2 Tout au long de cette communication, il sera fait mention de l'anorexie uniquement dans sa version non essentielle. C'est dire que sont exclues les formes graves fleurissant avec la psychose blanche, à partir du préalable que l'anorexie est une problématique transnosographique.

les éternels écouteurs sur les oreilles pour s'isoler sensoriellement du monde extérieur et se retrouver comme bercée par son propre corps devenu subitement presque aérien, affranchi de la pesanteur terrestre et des attaques des objets extérieurs.

La thèse que nous défendons pour expliquer cette problématique si complexe pourrait se résumer comme suit : la maladie dont essaye de se prémunir l'anorexique est la métamorphose pubertaire menant à l'être femme, et sa solution auto (au sens de repli narcissique, voire de clôture narcissique) le *refus du féminin*, entendu ici dans une acception psychanalytique post-freudienne. D'un point de vue descriptif, le refus du féminin correspond à un processus psychique essentiellement inconscient dont l'anorexie représente d'une certaine manière le paradigme le plus extrême. Lorsqu'il émerge chez certaines jeunes filles, il devient un véritable système défensif agissant sans relâche et de manière plus ou moins spectaculaire contre tout ce qui relève du féminin et du maternel. L'acharnement à l'exercice sous couleur d'addiction est l'un des moyens de mener ce combat sans merci contre un corps qui menace de se transformer sous les effets de la puberté. L'obsession de l'aliment et sa maîtrise coûte que coûte est l'autre moyen d'agir sur ce corps et d'en garder le contrôle. La jeune fille anorectique réussit ainsi le prodige – en négatif – de stopper l'évolution normale du biologique et de conserver l'apparence de l'infantile. L'ivresse de toute-puissance, si caractéristique de ce type de conduite (Marinov, 2001), s'alimente d'une part de la jouissance prise à désincarner le corps biologique et d'autre part de l'auto-érotisme lié à l'effort solitaire répété à l'identique (expression du corps érotique)³. Mais ce dont n'a pas conscience l'addict à la défonce physique sur fond d'anorexie, c'est que le conflit inconscient générateur de tout ce branle-bas de combat psychique résulte de l'impossible mélange entre l'*instinct sexuel* et le *pulsionnel*. Nous postulons que le refus du féminin trouve ainsi sa source dans l'opposition entre instinct et pulsion au moment de l'adolescence (Proia, 2009). Encore reste-t-il à distinguer ces deux entités. Distinction qui est une précondition pour pouvoir apprécier la proposition conceptuelle qu'il existerait trois temps dans la sexualité humaine : le temps premier de la sexualité infantile, qui précède la sexualité pubertaire, avant le troisième temps de la sexualité adulte (Marty, 2009).

Le refus du féminin revisité

Nous emprunterons au philosophe Comte-Sponville (Brenot et al., 2001) une citation traitant de la sexualité humaine et de l'amour, pour introduire notre modélisation théorique du refus du féminin. Cet auteur insiste sur la dimension culturelle, sur la dimension d'apprentissage de la sexualité et ajoute que « la sexualité est une pulsion, et pas un instinct. Un instinct, c'est un savoir-faire transmis biologiquement. L'homme n'en a que deux :

3 La distinction entre corps biologique et corps érotique s'inspire des travaux de C. Dejours (2001), rassemblés dans l'ouvrage *Le Corps, d'abord* (Petite Bibliothèque Payot).

la succion et la préhension ». Les deux concepts cruciaux que sont l'instinct et la pulsion sont repérés et clairement différenciés. Deux concepts que l'on retrouve sous la plume de Freud tout au long de son œuvre, mais à l'inverse sans qu'aucune définition précise permette d'en opérer la distinction. Au contraire, le flou prédomine, en partie dû au fait que Freud reste empêtré dans une conception biologisante, faisant de la pulsion une entité hybride provenant de l'intérieur du corps avant de parvenir au psychisme. Si celle-ci est conceptualisée et réévaluée à plusieurs moments clés de l'histoire du freudisme, elle demeure imprégnée d'instinctuel, ce qui fait que son *origine* reste en suspens. C'est à J. Laplanche que l'on doit d'avoir décelé ce point de butée dans la pensée freudienne, à partir d'une déconstruction minutieuse de l'œuvre psychanalytique originelle. Il écrit ainsi, dans un de ses derniers articles (Laplanche, 2008), que « chez Freud, le mot *Instinkt* existe à côté de celui de *Trieb*, et dans un usage parfaitement distinct. Il s'agit d'un comportement spontané, quasi automatique, et répondant à un besoin pressant. Mais si la différence est faite par Freud du côté de *Instinkt*, elle reste plus ou moins ambiguë du côté de *Trieb*. [...] L'être qui nous est décrit, par Freud puis par ses traducteurs, est un être hybride, fortement imprégné d'instinctuel, si l'on entend par là un comportement génétiquement déterminé inscrit dans la biologie, et comportant des actions finalisées ».

Et il précise plus loin que le critère distinctif entre ces deux composantes est « du côté instinctuel, le caractère génétique et héréditaire des montages physiologiques en question, et du côté pulsionnel infantile le caractère acquis, épigénétique, des fantasmes et comportements sexuels ». Cela signifie que l'instinct se situerait sur le plan de l'inné tandis que la pulsion se situerait sur celui de l'acquis. On l'aura compris, ce n'est pas autour du pôle biologique où s'impose l'instinctuel que le débat s'anime. C'est la question pulsionnelle qui fait l'objet de points de vue divergents. En énonçant que la pulsion relève du domaine de l'acquis, Laplanche se démarque des perspectives freudiennes. Précisément, il postule une *genèse intersubjective* de la pulsion. Genèse qui s'étire sur toute la période de l'enfance et qui s'arrête à l'amorce de la métamorphose pubertaire, lorsque surgit l'instinct sexuel (en attente durant l'enfance). Outre le fait que la constitution pulsionnelle et la sexualité dite infantile sont indissociables, cela signifie que l'acquisition de la pulsion s'effectue sous le signe du lien à l'autre, qu'elle dépend de l'entourage humain. La thèse de Laplanche, qui s'inscrit dans le cadre plus général de la « théorie de la séduction généralisée » (Laplanche, 1987), soutient ainsi que cette intersubjectivité concerne d'un côté l'enfant, muni d'un inconscient non encore sexualisé, et de l'autre l'adulte, doté d'un inconscient sexualisé : « La situation est d'emblée communication, adulte et enfant communiquant sur le plan des soins et de l'attachement, tandis que de la part de l'adulte uniquement, des signaux sexuels se font jour, sporadiquement. » (Laplanche, 2007). Il existerait donc entre l'enfant et l'adulte une dissymétrie fondamentale, trouvant sa cause dans le fait que l'adulte est déjà constitué d'un inconscient sexuel et que sa façon de s'adresser à l'enfant, en gestes ou en paroles, est nécessairement infiltrée par cet inconscient. De sorte que les signaux envoyés par l'adulte, verbaux

et non verbaux, comportent toujours un reste inconscient sexualisé qui s'impose comme énigmatique à l'enfant : ce que Laplanche nomme des *messages énigmatiques*. Ces messages énigmatiques reçus par l'enfant vont par conséquent faire l'objet d'un travail de traduction à partir du niveau de compréhension et de maturité de ce dernier. Cette traduction ne peut donc qu'être imparfaite, incomplète. Il va subsister, du côté de l'enfant, une part d'intraduisible. Et c'est cette part de message énigmatique provenant de l'adulte et intraduisible pour l'enfant qui va être la source de la pulsion même. En d'autres termes, cela signifie que le réservoir pulsionnel prend sa source dans une communication d'inconscient adulte à inconscient infantile et qu'il se constitue des restes non traduits et accumulés de messages énigmatiques provenant de l'autre adulte. Ce développement rejoint ainsi le travail précurseur de Ferenczi (1932), consacré à la « confusion de langue entre les adultes et l'enfant ». Travail qui associait le langage infantile au langage de la tendresse tandis que le langage adulte s'inscrivait dans le registre de la passion.

Ce détour théorique s'imposait pour comprendre notre conception du refus du féminin. Lorsque nous évoquons ce mécanisme défensif en tant que résultat de l'impossible mélange entre instinct sexuel et acquis pulsionnel au moment de l'entrée en adolescence (temps de la sexualité pubertaire), il faut entendre les cas de figure où l'adolescence du féminin n'a pas été préparée à accueillir l'irruption de l'instinct sexuel. Au contraire, celui-ci est assimilé à une effraction ingérable pour le moi (Proia, 2009). Pour l'essentiel à cause d'un environnement parental véhiculant de manière chronique du négatif pour ce qui concerne le féminin dans ses liens avec la sexualité. Environnement parental responsable d'une acquisition pulsionnelle au féminin se faisant sous le sceau de la répression et du refoulement, en parallèle d'un pôle masculin intégré comme menaçant. Le refus du féminin témoignerait ainsi d'une double angoisse : d'intrusion par du féminin mortifié, d'effraction par du masculin étrangement inquiétant. Dans une telle perspective, il se pourrait bien que l'addiction à l'effort d'endurance se dresse comme un ultime rempart contre la maladie ou la folie...

Antinéa est une jeune femme très active de 23 ans, grande et d'une minceur extrême. Outre la maigreur d'un corps qu'elle semble exhiber comme par défi, ce qui interpelle au premier abord, c'est son absence d'expression au niveau du visage, proche de l'hypomimie, et l'économie et la lenteur de ses gestes, en contraste avec un débit verbal rapide et saccadé. Cela quel que soit le contenu de son discours, intime ou plus impersonnel.

Antinéa a entrepris ce qu'il convient d'appeler une psychothérapie au long cours. Cela fait maintenant 3 ans qu'elle consulte, au rythme d'une séance hebdomadaire (hors vacances), après avoir été suivie pendant un an et demi par une psychanalyste. Le motif de consultation invoqué est un sentiment de vide intérieur conjoint à des moments d'angoisse pendant lesquels Antinéa a l'impression d'être extérieure à elle-même et spectatrice impuissante ▷

- ▷ d'un monde qui tourbillonne autour d'elle. Elle décrit ainsi des situations de la vie quotidienne où, sans raison apparente, elle se retrouve comme figée, inanimée, au centre d'un manège peuplé de personnes qui vivent, s'amuse et affichent tous les signes extérieurs du bonheur. Toutes choses qui lui paraissent inaccessibles. Antinéa va jusqu'à envier (l'envie n'est pas la jalousie) également leur intelligence, dans une sorte de mouvement projectif de tout ce qui serait positif dans son espace interne. Tout se passe comme s'il lui était impossible d'avoir une image d'elle-même « suffisamment bonne », ne serait-ce qu'un seul instant. Alors que s'il existe un domaine dans lequel elle excelle, c'est bien celui du travail intellectuel, voire de l'intellectualisation : Antinéa termine de brillantes études de droit et, depuis la petite enfance, elle est une habituée des premières places.

Lorsqu'elle se retrouve dans une situation où elle est rattrapée par ce sentiment inquiétant de dissociation, Antinéa raconte qu'elle se voit mourir – situation qui évoque l'idée qu'une catastrophe a peut-être déjà eu lieu, mais sans qu'aucun souvenir n'en garde la trace, telle la crainte de l'effondrement décrite par Winnicott (1971) – et que seuls de longs joggings sont capables d'évacuer l'angoisse et de faire qu'elle se réapproprie son corps. Elle court ainsi tous les jours au minimum une heure depuis ses 16 ans, quelle que soit la météo et même lorsqu'elle ne traverse pas de moments spécialement angoissés.

Pendant les 2 premières années de consultation, Antinéa ne rapporta que très peu de souvenirs d'enfance. Au contraire, la période antérieure à l'adolescence était en grande partie associée à des blancs. Jusqu'à une séance, qui se révéla être un tournant dans sa thérapie. Après le récit d'un rêve où il était question d'un animal menaçant (phallique) enfermé dans son armoire de chambre, Antinéa fut prise de sanglots et de manière non consciente cacha l'endroit de son sexe avec ses mains : des souvenirs à coloration clairement incestuelle mettant en scène son père (souvenirs d'attouchements et de caresses) lui étaient brutalement revenus. À partir de cette séance qui nécessita un cadre spécialement contenant et en vacances d'interprétations, Antinéa fut de plus en plus capable de parler de son enfance et d'oser s'opposer aux décisions de son père qui, jusque-là, était capable de la terroriser uniquement avec un regard. Si, dès le début de la thérapie, la mère d'Antinéa fut omniprésente dans son discours et décrite comme tellement envahissante qu'elle lui « mangeait le cerveau » (une mère qui racontait, entre autres, sa vie intime à sa fille et notamment son dégoût de la sexualité), il apparaissait que son père, loin d'avoir protégé Antinéa de l'emprise maternelle, contribuait à l'enfermer encore plus dans une clôture narcissique par le biais d'un véritable climat incestuel (au sens de Racamier). Je précise ici que j'accorde la primauté au registre de la réalité sur celui du fantasme. Ainsi, ▷

- ▷ tout en tenant compte des effets de transfert, je considère que la parole d'Antinéa prend appui sur des événements qui se sont réellement produits, et non qui ressortiraient d'un registre imaginaire oedipien irrésolu.

À travers ce bref extrait clinique, j'espère avoir montré que dans le combat que mène Antinéa pour accéder à l'autonomie psychique, l'addiction au jogging lui apporte un contenant salutaire, à défaut d'être une sublimation réussie et de lui permettre de passer par l'autre.

Références

- Brenot, P., Comte-Sponville, A., & Costa, P. (2001). *Qu'est-ce que l'amour ?* Paris : L'esprit du Temps.
- Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *L'Idéal du moi. Étude psychanalytique sur la maladie d'idéalité*. Paris : Tchou.
- Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris : Payot.
- Ferenczi, S. (1932). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. In *Psychanalyse IV* (pp. 125-135). Paris : Payot ; 1982.
- Laplanche, J. (2008). L'objet entre pulsion et instinct. In *L'objet, la réalité. La règle et le tact* (pp. 13-25). Annuel de l'Association psychanalytique de France. Paris : PUF.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Laplanche, J. (2007). *Sexual. La sexualité au sens freudien*. Paris : PUF.
- Mac Dougall, J. (2001). L'économie psychique de l'addiction. In V. Marinov (Ed.). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques* (pp. 11-36). Paris : PUF, Petite Bibliothèque de Psychanalyse.
- Marinov, V. (2001). Le narcissisme dans les troubles de conduites alimentaires. In V. Marinov (Ed.). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris : PUF, Petite Bibliothèque de Psychanalyse (pp. 37-69).
- Marty, F. (2009). Le dévoilement du génital. Le génital et la puberté dans l'œuvre de S. Freud. In Y. Morhain, & R. Roussillon (Eds). *Actualités psychopathologiques de l'adolescence* (pp. 31-44). Bruxelles : de Boeck.
- Proia, S. (2009). Du refus de la féminité à la haine du féminin. In Y. Morhain, & R. Roussillon (Eds). *Actualités psychopathologiques de l'adolescence* (pp. 119-141). Bruxelles : de Boeck.
- Proia, S. (2007). *La face obscure de l'élitisme sportif*. Toulouse : PUM.
- Winnicott, D.W. (1971). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, 35-44.

D

Du côté des conduites
anorexiques-
boulimiques

Hospitalisation pour anorexie mentale

Données actuelles et perspectives de recherches

N. Godart, S. Al Sayadi, S. Berthoz

L'hospitalisation fut le premier traitement décrit de l'anorexie mentale, mais la pratique de ce type de soins a considérablement évolué depuis un siècle, aussi bien en ce qui concerne les modalités thérapeutiques que les indications : de l'isolement thérapeutique, on est passé à une participation active et volontaire aux soins ; d'un traitement préférentiel, on est passé à une indication marginale, réservée aux situations résistantes et/ou avec un risque vital. La pratique de l'hospitalisation et ses indications sont sources de controverse (Vandereycken, 2003).

L'hospitalisation étant maintenant le plus souvent réservée aux cas extrêmes, elle nécessite des soins particulièrement élaborés et performants. L'évaluation de tels soins est fondamentale. Or, les recherches dans ce domaine sont rares. La revue de la littérature rapporte un taux d'échappement aux soins dans les programmes hospitaliers pouvant aller jusqu'à plus de 50 % (Wallier et al., 2009 ; Huas et al., 2011). Les durées d'hospitalisation, classiquement longues, tendent à être menacées par les contraintes économiques, et les facteurs liés à ces durées de soins sont mal connus (Strik-Lievers et al., 2009). Le devenir des sujets hospitalisés semble plus mauvais et serait pour certains un argument pour éviter ce type de soins (Gowers et al., 2000, 2007).

Nous proposons, au travers des données de la littérature et de recherches récentes, de discuter ces points et de dégager des perspectives sur les recherches souhaitables dans ce domaine.

L'hospitalisation pour anorexie mentale est un concept hétérogène ; les sujets peuvent être hospitalisés pour des indications variées (somatiques, psychiques, environnementales), dans des lieux différents (service somatique, psychiatrique, adulte ou pédiatrie par exemple) avec des objectifs de soins dépendant des critères précédents et selon des modalités variables liées à de multiples déterminants (Vandereycken, 2003). Nous nous focaliserons dans ce chapitre sur les hospitalisations en service spécialisé, multidisciplinaire, accueillant ces sujets pour une prise en charge globale. Il ressort d'un essai randomisé que ce type d'hospitalisation ne doit

pas être proposé en première intention aux sujets tout-venant car, compte tenu de la compliance aux soins qui est moins bonne qu'en ambulatoire, ces soins sont moins efficaces et plus onéreux (Gowers et al., 2007 ; Byford et al., 2007).

Tous ces éléments plaident pour le développement de recherches cliniques sur ce sujet. Les questions qui se posent sont : quand hospitaliser, selon quels critères, où, comment soigner, avec quelles méthodes ? Quelle est l'efficacité de nos soins (à court et long termes), quel en est le coût ?

Quand hospitaliser, selon quels critères, où, comment soigner, avec quelles méthodes ?

Les indications d'hospitalisation, tout comme les modalités des soins hospitaliers, n'ont que très rarement fait l'objet d'études randomisées, à l'exception de celle de Gowers et al. (2007), et d'études réalisées sur des points très ponctuels. Ce sujet est largement débattu et décrit dans les recommandations de prise en charge développées aux États-Unis (APA, 2006), au Royaume-Uni (NICE, 2004), en Australie (Beumont et al., 2004), et actualisé, synthétisé et adapté à la France dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2010) auxquelles nous renvoyons.

Selon les recommandations de l'HAS (p. 17), « l'hospitalisation à temps plein est indiquée en cas d'urgence vitale somatique ou psychique (risque suicidaire ou d'auto-agression important), d'épuisement ou de crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation).

« Une hospitalisation se décide au cas par cas, à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et prenant toujours en compte le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. L'indication d'hospitalisation ne repose généralement pas sur un seul critère, mais c'est surtout leur association et leur évolutivité qui rendent nécessaire l'hospitalisation.

« Déterminer l'indication d'hospitalisation repose sur un examen clinique complet du patient incluant un examen somatique, psychiatrique et une évaluation des facteurs environnementaux. »

Quelle est l'efficacité de nos soins (à court et long termes) et quel en est le coût ?

C'est sur cette thématique que je travaille principalement, en collaboration avec l'équipe « Troubles des conduites alimentaires » de l'unité INSERM U669. Nous étudions l'impact des traitements hospitaliers chez les adolescents et les adultes grâce à deux études de cohorte évaluant le devenir 9 à 10 ans après une hospitalisation pour anorexie mentale. Ces études portent pour l'une sur 400 adolescents anorexiques hospitalisés recrutés en 10 ans à l'institut mutualiste Monsouris de Paris, dans le service des professeurs Jeammet

et Corcos, et pour l'autre sur 1 000 adultes recrutés en 25 ans à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) à l'hôpital Sainte-Anne de Paris, dans le service des professeurs Lajeunesse, Guelfi et Rouillon. Nous avons par ailleurs mis en œuvre un projet prospectif associant 11 équipes cliniques en France, ainsi que de nombreuses équipes de recherche, intitulé « Évaluation de l'impact des prises en charge hospitalières de l'anorexie mentale » (EVALHOSPITAM ou EVHAN).

L'évaluation de l'efficacité des soins hospitaliers à court terme est rare dans la littérature. Cependant, on note un nouvel intérêt pour ce sujet depuis 5 ans, peut-être du fait que dans la mesure où les soins ambulatoires se sont considérablement développés, les sujets devant être hospitalisés sont maintenant les plus graves et leur prise en charge difficile incite-t-elle à ce que nous évaluions nos pratiques afin de les faire évoluer. Par ailleurs, cela s'inscrit dans le développement systématique de la médecine basée sur les preuves. Mais, surtout, cela s'inscrit dans un contexte économique de plus en plus difficile qui fait que les soins coûteux sont menacés s'ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Cela est particulièrement vrai aux États-Unis (Kalisvaart et al., 2007). Le « coût » des hospitalisations est considérable, tant sur le plan individuel et familial (ruptures familiale, scolaire et sociale) que sur le plan économique (en France, le coût moyen est de 1 000 euros sur une durée de 120 jours, soit 120 000 euros). Le coût de prise en charge de cette pathologie est similaire à celui de la schizophrénie (Striegel-Moore et al., 2000), notamment du fait du coût des hospitalisations.

Deux facteurs contribuent au coût des hospitalisations pour anorexie mentale : classiquement leur longue durée mais aussi, paradoxalement, depuis quelques années, le raccourcissement de cette durée. La durée est en moyenne de 4 mois, quel que soit le pays, si des contraintes économiques ne la baisse pas artificiellement (Vandereycken, 2003). Dans le contexte économique actuel, il serait tentant de vouloir réduire les coûts liés à cette pathologie en diminuant les durées d'hospitalisation. Cela a été expérimenté dans différents pays anglo-saxons qui ont fait un amer constat : la diminution arbitraire de cette durée des soins hospitaliers aboutit à l'effet inverse, autant sur le plan individuel qu'économique, et ce malgré le développement de soins ambulatoires. En effet, la diminution des durées d'hospitalisation a pour conséquences des objectifs pondéraux revus à la baisse et, à terme, une multiplication des hospitalisations, ainsi qu'un effet délétère sur l'état de santé des sujets (augmentation des rechutes et plus mauvais devenir). En conséquence, contrairement aux motivations initiales, les effets de la réduction des durées d'hospitalisation ne sont pas du tout « *cost effective* » (bénéfiques financièrement), en dépit du développement de soins ambulatoires intensifs (Wiseman et al., 2001). De plus, les patients concernés par les hospitalisations sont actuellement les plus sévères ; ces derniers étant aussi bien souvent les moins compliants aux soins ambulatoires, ils sont de ce fait ceux qui y répondent médiocrement (Halmi et al., 2005). L'hospitalisation reste donc incontournable dans les cas les plus graves, et sa durée doit alors être suffisamment longue.

Si l'on veut réduire les coûts d'hospitalisation il faut en diminuer la durée mais pas arbitrairement, en en cherchant les facteurs explicatifs et en les utilisant comme cibles thérapeutiques pour améliorer nos soins. Or, à notre connaissance, seules 3 études ont été réalisées sur le sujet (Nozoe S et al., 1995 ; Maguire et al., 2003 ; Strik-Lievers et al, 2009) et peu de facteurs permettant une action thérapeutique ont été mis en évidence puisque la durée de séjour dépend des programmes de soins utilisés pour les adolescents (utilisation d'une sonde de renutrition augmentant la durée d'hospitalisation par la sélection de cas plus sévères du fait des indications, contrat non rempli témoignant d'une inefficacité des soins après une très longue hospitalisation), des caractéristiques des patients (poids minimal après l'âge de début, âge d'admission, indice de masse corporelle d'admission, nombre d'admissions antérieures, durée de l'anorexie mentale) et des comorbidités associées qui majorent les durées d'hospitalisation. En conséquence, les seules cibles thérapeutiques identifiées pour changer les durées d'hospitalisation en dehors des modalités de soin à améliorer sont le traitement des comorbidités. D'autres études sont à développer pour rechercher ces facteurs sur de plus larges populations multicentriques.

L'analyse de la littérature montre que les hospitalisations ont rarement fait l'objet d'études cliniques standardisées en ce qui concerne l'efficacité à court terme. Les soins ambulatoires ont bénéficié, dans les pays anglo-saxons, d'un intérêt croissant proportionnel à la limitation des possibilités d'hospitalisation des sujets anorexiques. Depuis la fin des années 1990, de nombreuses études ont été développées autour des soins ambulatoires de l'anorexie mentale, sans que ce soit le cas pour l'évaluation des soins hospitaliers. Comme le regrettent *Howards et al.* (1999), sur un plan international, peu d'études prospectives ont été réalisées sur l'évaluation de l'efficacité des hospitalisations pour anorexie mentale (sur le plan national, aucune à notre connaissance). Depuis quelque temps, la thématique des soins hospitaliers revient en force sur le devant de la scène. En effet, dans certaines situations les plus graves, ce recours reste le seul envisageable.

Quelques études s'intéressent au devenir « à court terme » de l'hospitalisation, sur un point ponctuel du traitement et non sur la globalité de la prise en charge : par exemple, l'apport de la nutrition entérale (*Robb et al.*, 2002), l'apport de la fluoxétine (*Attia et al.*, 1998), la prise de poids (*Neuberger et al.*, 1995), les *drop-out* ou échappement aux soins (*Woodside et al.*, 2004 ; *Surgenor et al.*, 2004 ; *Zeeck et al.*, 2005 ; *Godart et al.*, 2005 ; *Huas et al.*, 2011).

Concernant les sorties prématurées (pour revue, voir *Wallier et al.*, 2009), 6 études ont été publiées sur des échantillons de 81 à 601 sujets. Les taux de *drop-out* varient entre 24,6 et 56 %. Les facteurs prédictifs des sorties prématurées sont très variés (poids d'admission, sous-type d'anorexie, intensité des symptômes alimentaires et des symptômes psychiatriques), tout comme les définitions des sorties prématurées utilisées, les programmes de soins (en termes d'objectifs et d'induction des sorties) ou de sujets considérés (âge).

Une seule évalue l'efficacité globale de la prise en charge à court terme (sortie de l'hospitalisation) sur un échantillon de 61 sujets (*Treat et al.*, 2005)

et une autre évalue le devenir à moyen terme après de tels soins (Ro et al., 2004). Les changements au cours de l'hospitalisation et les facteurs expliquant ces changements ne sont pas connus, et nécessitent donc des investigations complémentaires.

Les études de devenir à long terme sont beaucoup plus nombreuses car, depuis longtemps, les cliniciens chercheurs se sont intéressés au devenir de leurs patients et à l'évolution des troubles. Cependant par définition les études publiées à ce jour concernent des patients traités il y a longtemps, et il est nécessaire de continuer à réaliser de tels suivis pour évaluer l'impact de nos soins actuels sur le devenir et voir si effectivement l'état des patients s'améliore avec l'évolution des soins.

Il ressort des études de suivi au long cours que les patients sortis à poids bas ont une évolution plus sévère et plus chronique (Strober et al., 1997), et qu'une faible prise de poids durant l'hospitalisation est associée à un plus mauvais devenir 20 ans plus tard (Zipfel et al., 2000).

Un élément du devenir à long terme est le taux de mortalité observé : il semble en baisse dans les deux études récentes conduites au sein de l'U669 comme dans les autres pays (Herjn et al., 2006), mais il reste conséquent puisque la mortalité à 10 ans parmi 601 sujets adultes hospitalisés pour anorexie mentale est de 40 décès, soit 6,1 % – 10,6 fois plus que pour une population du même âge (Huas et al., 2011). La mortalité 9 ans après une hospitalisation à l'adolescence pour anorexie mentale parmi 194 adolescents est légèrement moindre, comme cela est classiquement décrit (Steinhausen, 2002), soient 4 décès (2,1 %) ; cependant, compte tenu du faible risque de mortalité à cet âge, cette mortalité est 6,1 fois plus importante que pour la population du même âge (Hubert, 2010).

Tous ces éléments nous ont amenés à développer un programme de recherche prospectif multicentrique d'épidémiologie clinique sur l'apport de l'hospitalisation pour anorexie mentale intitulé EVALHOSPITAM.

Références

- American Psychiatric Association. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). <http://www.psych.org>.
- Attia, E., Haiman, C., Walsh, B.T., & Flater, S.R. (1998). Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa ? *American Journal of Psychiatry*, 155, 548-551.
- Beumont, P., Hay, P., Beumont, D., et al. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *The Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 659-670.
- Byford, S., Barrett, B., Roberts, C., et al. (2007). Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 436-440.
- Godart, N.T., Rein, Z., Perdereau, F., et al. (2005). Predictors of premature termination of anorexia nervosa treatment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2398-2399.
- Gowers, S.G., Clark, A., Roberts, C., et al. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents : randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 427-435.

- Gowers, S.G., Weetman, J., Shore, A., et al. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 138-141.
- Halmi, K.A., Agras, W.S., Crow, S., et al. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa : implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62, 776-781.
- HAS. Recommandations. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/anorexie-mentale-prise-en-charge.
- Hjern, A., Lindberg, L., & Lindblad, F. (2006). Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa : 9- to 14-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 428-432.
- Howard, W.T., Evans, K.K., Quintero Howard, C.V., et al. (1999). Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1697-1702.
- Huas, C., Godart, N., Foulon, C., et al. (2011). Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa : data from a large French sample. *Psychiatry Research*, 185, 421-426.
- Hubert, T. (2010). Devenir à long terme d'anciens patients hospitalisés à l'adolescence pour anorexie mentale. Analyse biographique des parcours de vie. Nanterre, thèse de démographie.
- Kalisvaart, J.L., & Hergenroeder, A.C. (2007). Hospitalization of patients with eating disorders on adolescent medical units is threatened by current reimbursement systems. *International Journal of Adolescents Medicine and Health*, 19, 155-165.
- Maguire, S., Surgenor, L.J., Abraham, S., & Beumont, P. (2003). An international collaborative database : its use in predicting length of stay for inpatient treatment of anorexia nervosa. *The Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 741-747.
- Neuberger, S.K., Rao, R., Weltzin, T.E., et al. (1995). Differences in weight gain between restrictor and bulimic anorectics. *International Journal on Eating Disorders*, 17, 331-335.
- NICE. Guidelines. <http://www.nice.org.uk>.
- Nozoe, S., Soejima, Y., Yoshioka, M., et al. (1995). Clinical features of patients with anorexia nervosa : assessment of factors influencing the duration of in-patient treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 271-281.
- Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J.H. (2004). Short-term follow-up of adults with long standing anorexia nervosa or non-specified eating disorder after inpatient treatment. *Eating and Weight Disorders*, 9, 62-68.
- Robb, A.S., Silber, T.J., Orrell-Valente, J.K., et al. (2002). Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1347-1353.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Striegel-Moore, R.H., Leslie, D., Petril, S.A., et al. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder : evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal on Eating Disorders*, 27, 381-389.
- Strik-Lievers, L., Curt, F., Wallier, J., et al. (2009). Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 75-84.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents : survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal on Eating Disorders*, 22, 339-360.

- Surgenor, L.J., Maguire, S., & Beumont, P.J. (2004). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa can risk factors identified at point of admission. *European Eating Disorders Review*, 12, 94-100.
- Treat, T.A., Gaskill, J.A., McCabe, E.B., et al. (2005). Short-term outcome of psychiatric inpatients with anorexia nervosa in the current care environment. *International Journal on Eating Disorders*, 38, 123-133.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa : questions to be answered. *International Journal on Eating Disorders*, 34, 409-422.
- Wallier, J., Vibert, S., Berthoz, S., et al. (2009). Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa : critical review of the literature. *International Journal on Eating Disorders*, 42, 636-647.
- Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Klapper, F., et al. (2001). Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *International Journal on Eating Disorders*, 30, 69-74.
- Woodside, D.B., Carter, J.C., & Blackmore, E. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2277-2281.
- Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C., & Herzog, T. (2005). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 29-37.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D.L., et al. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa : lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 355, 721.

Anorexie mentale du sujet prépubère : une clinique et une thérapeutique dépendantes du développement

C. Doyen, S. Cook-Darzens, C. Blanchard,
S. Assaoui, M. Asch, M.C. Mouren

Lorsque l'anorexie mentale survient chez un jeune sujet, elle engage celui-ci dans un parcours développemental particulier qui entrave à court terme l'accomplissement de dimensions somatiques, cognitives et affectives. Les enjeux thérapeutiques sont alors de favoriser la poursuite du développement grâce à des moyens adaptés aux besoins du jeune qui diffèrent de ceux du sujet adolescent ou adulte anorexique.

Développement somatique

Les deux aspects somatiques qui nous semblent déterminer le plus le pronostic d'évolution physique de l'anorexie mentale du sujet jeune sont le risque d'altération du développement pubertaire et son corollaire, la croissance staturale, ainsi que le risque de vulnérabilisation des structures cérébrales centrales.

Croissance staturale et accomplissement de la puberté

La première préoccupation des professionnels prenant en charge les enfants anorexiques, en dehors d'assurer des soins en cas d'urgence vitale, doit être celle de la protection du développement staturopondéral car l'anorexie mentale du sujet jeune est responsable d'un ralentissement, voire d'un arrêt de la croissance staturale. La reprise pondérale obtenue grâce aux interventions de renutrition est généralement associée à moyen terme au rattrapage statural avec accélération de la vitesse de croissance. Seules 6 études ont rapporté la taille finale à l'âge adulte d'un nombre limité de sujets anorexiques pour lesquels le trouble est survenu pendant ou à la fin de la puberté, et leurs résultats se sont avérés très variables. Notre équipe a montré que si, en moyenne,

les sujets anorexiques prépubères retrouvaient une taille proche de leur taille génétiquement déterminée, certains d'entre eux accusaient un retard pubertaire sévère ainsi qu'un retard de croissance non négligeable, ces variables somatiques influant sur l'estime de soi (Rozé et al., 2007). Aussi, un bilan endocrinologique, incluant des dosages hormonaux, la réalisation d'un âge osseux et d'une ostéodensitométrie permet d'évaluer le retentissement de la dénutrition sur le développement statural et pubertaire et, lorsqu'une cassure de la courbe de croissance staturale est constatée, un suivi endocrinologique doit être organisé et mené sur le long terme.

Soulignons l'intérêt particulier accordé par les équipes anglo-saxonnes à l'échographie pelvienne pour déterminer, grâce à l'évaluation morphologique des ovaires et de l'utérus, le poids de bonne santé pour ces très jeunes sujets (Pinhas et al., 2007 ; Lai et al., 1994).

Une imagerie en faveur d'anomalies limbiques et frontostriatales

La neuro-imagerie détecte l'impact de la dénutrition sur les structures cérébrales et, si elle n'est pas réalisée en routine chez les sujets anorexiques, les travaux de recherche qui l'utilisent ont mis en perspective à un niveau anatomique et fonctionnel des altérations cognitives qui doivent inciter à un traitement visant à la protection de ces fonctions.

Chez les sujets anorexiques, les premiers protocoles d'IRM structurelle ont montré essentiellement un élargissement des ventricules, une diminution du volume de substance grise, en particulier des lobes pariétaux et temporaux, à la phase aiguë de la maladie. Ces anomalies sont le plus souvent réversibles avec la normalisation pondérale (Castro-Fornieles et al., 2009 ; Chui et al., 2008). Concernant les plus jeunes anorexiques, les travaux de Lask (1992, 2005) par tomographie par émission de photon simple (SPECT) soulignent dans trois cohortes de sujets âgés de 8 à 15,9 ans la prédominance d'une hypoperfusion gauche du lobe temporal. Les variables dominance hémisphérique, statut nutritionnel, durée de la maladie et trouble de l'humeur étaient indépendantes de ces résultats. L'exploration des fonctions cognitives a en complément montré que l'hypoperfusion est corrélée de façon significative à une altération des aptitudes visuospatiales, de la mémoire visuelle complexe de travail ainsi qu'à un accroissement du traitement de l'information (Lask et al., 2005).

Une dysfonction du lobe temporal laisse alors envisager une atteinte sous-jacente de l'amygdale, structure considérée comme le centre intégrateur des informations sensorielles et émotionnelles, et Nunn et al. (2008) proposent de mettre une dysfonction de l'insula au centre d'un modèle neurobiologique de l'anorexie mentale.

Développement cognitif

Le développement cognitif nous intéresse tout particulièrement chez l'enfant anorexique car un profil particulier semble se dessiner au sein des études

neuropsychologiques chez les sujets anorexiques adultes, interrogeant de fait l'impact d'une intervention psychothérapique spécifique qui régulerait certaines aptitudes cognitives.

Un style cognitif spécifique ?

C'est dès 1962 que Bruch souligne le style sociocognitif particulier des anorexiques : un style concret avec des difficultés d'abstraction (Bruch, 1994). Et contrairement à une idée reçue, ces sujets ne semblent pas avoir de performances intellectuelles supérieures à celles de la population générale, que ce soit à la phase aiguë de la maladie (lorsque la dénutrition est sévère) ou après recouvrement d'un poids normal. Certaines études témoignent du fait qu'une faible performance à l'assemblage d'objets et une bonne performance aux cubes seraient bien en faveur du style cognitif décrit par Bruch (Gillberg et al., 2007). Plus précisément, les classiques notions cliniques de perfectionnisme, de rigidité et de comportements ritualisés observés chez ces sujets semblent qualitativement corrélées à la défaillance de deux dimensions particulièrement vulnérables : l'attention et la flexibilité mentale. Concernant les sujets anorexiques les plus jeunes, nous disposons à ce jour de trop peu de données cognitives pour affirmer que ceux-ci présentent également le même profil cognitif que les adultes mais nous savons que :

- plus la forme est précoce, moins bonne sera l'évolution du trouble ;
- l'anxiété prémorbide n'est pas négligeable, notamment dans le registre de la phobie sociale et des troubles obsessionnels-compulsifs ;
- ces enfants anorexiques témoigneraient de plus de perfectionnisme et de rigidité que les patients pubères (Castro et al., 2004 ; Lask et Bryant-Waugh, 1992).

Une approche psychothérapique qui respecte le stade de développement

Les travaux de Piaget nous rappellent qu'entre 6 et 12 ans, les enfants sont à un stade de pensée concrète, le passage à une pensée formelle et plus abstraite s'envisageant après 12 ans. Le corollaire neurobiologique de ce postulat théorique pourrait être le modèle neurobiologique de Pine et McClure (Nelson et al., 2005) qui suggère qu'un réseau corticolimbique de traitement de l'information mûre durant la période de transition de l'enfance à l'adolescence. Le jeune sujet acquiert ainsi progressivement des compétences cognitives, notamment d'insight et d'abstraction. Il est alors légitime de proposer des approches psychothérapiques concrètes puis plus abstraites en fonction de l'âge de développement. Des approches cognitives et comportementales chez les jeunes sujets au stade de pensée concrète semblent intéressantes avant de les engager ultérieurement vers des approches plus classiques nécessitant le recours à l'abstraction (Turconi et al., 2008).

Développement affectif

La troisième dimension associée au développement normal ou à des troubles tels que l'anorexie mentale est celle de l'attachement. En effet, la théorie

de l'attachement s'intéresse à la façon dont les enfants s'attachent à leurs parents, et la façon dont un enfant s'attache à sa mère nous indique s'il se sent en sécurité ou en insécurité (Bowlby, 2002, 2007). Or, parmi les enfants, adolescents ou adultes insécures, un certain nombre présente des troubles des conduites alimentaires et notamment une anorexie mentale (Atger et al., 2001). Et de fait, dans la pensée clinique, on assimile souvent l'attachement à la dépendance, suggérant qu'un manque d'autonomie face aux parents puisse être associé à des troubles mentaux ou psychosomatiques notamment plus tard à l'adolescence.

Mais pour les enfants, l'attachement signifie que l'individu est à un état où il est « organisé de l'extérieur » par les personnes qui l'ont en charge. Aussi la prise en charge thérapeutique de ces enfants anorexiques doit-elle prendre en compte cet état d'attachement et associer ses figures d'attachement autant que possible au processus thérapeutique. Nous souhaitons par ailleurs moduler l'interprétation des résultats d'études portant sur le type d'attachement des sujets anorexiques à l'âge adolescent ou adulte, défini comme insécure, car nous avons mené une étude qui, *a contrario*, est en faveur d'un attachement sécurisé chez les plus jeunes anorexiques. Nous faisons l'hypothèse que l'attachement insécure observé chez les sujets adolescents ou adultes serait la conséquence d'une désactivation de leur modalité d'attachement sécuritaire du fait de l'hospitalisation et d'une restructuration des modèles de représentations internes dans un but de protection. Les études sur l'attachement de jeunes sujets anorexiques auraient donc pour biais d'avoir observé l'adaptabilité de l'attachement à des conditions adverses. C'est cette réflexion qui nous a conduits, pour partie, à développer des programmes thérapeutiques associant les familles afin de diminuer l'impact d'une séparation créée par l'hospitalisation.

Stratégies thérapeutiques

Au final, quelles sont les grandes lignes des stratégies thérapeutiques recommandées pour les enfants anorexiques ?

Prise en charge somatique et nutritionnelle

L'approche médicale initiale vise la restauration pondérale et la récupération d'un bon état de santé physique. Elle est fondamentale et première, pour le pronostic vital à court terme et pour l'accomplissement de la puberté et de la croissance, priorité pour ces jeunes sujets. D'autre part, il n'est pas de travail psychologique ni de travail d'élaboration possibles et efficaces sans restauration pondérale minimale (Jeammet, 2004).

Un examen clinique complet doit être réalisé incluant, nous l'avons vu, un bilan endocrinien, et il faut être particulièrement vigilant quant à la prévention d'un syndrome de renutrition. Ce syndrome peut se compliquer de troubles du rythme, de décompensation cardiaque, de troubles neurologiques et d'insuffisance rénale aiguë (Tric et al., 2004).

Obtenir une prise de poids régulière dès le début de l'hospitalisation doit être un objectif, et un poids minimal peut être déterminé en tenant compte de critères personnalisés : taille, âge du patient, poids le plus élevé antérieurement atteint, durée d'évolution de la maladie. Bien entendu, ce poids minimal dépendra du poids prémorbide, car il ne s'agit pas d'attendre trop ou trop peu de ces enfants. Cet objectif pondéral doit être l'objet d'une révision constante au cours de l'évolution du trouble selon la reprise de croissance, l'apparition des signes pubertaires et la taille génétiquement déterminée attendue. Le principe fondamental reste la réalisation de repas individualisés ainsi que la réalisation d'une éducation thérapeutique, des repas thérapeutiques pouvant aussi être proposés, permettant l'acquisition de stratégies comportementales et diététiques qui pourront être réutilisées à domicile (Yon et al., 2009).

Prise en charge médicamenteuse

Il n'existe pas d'essais thérapeutiques contrôlés chez les enfants, et seuls quelques essais chez l'adolescent nous donnent des indications quant à l'intérêt des prescriptions médicamenteuses psychotropes dans l'anorexie mentale. D'une façon générale, les traitements médicamenteux, quels qu'ils soient, n'ont pas démontré leur intérêt pour diminuer les préoccupations pondérales ou corporelles et, dans l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent, la plus grande prudence est préconisée. Aussi, à l'instar des recommandations internationales, aucun traitement médicamenteux psychotrope n'est indiqué en première intention (Doyen, 2007).

Prise en charge psychothérapeutique

La pierre angulaire de la prise en charge psychothérapeutique de l'anorexie mentale de l'enfant est l'approche familiale. Cette approche a témoigné de son efficacité, notamment chez les plus jeunes de nos patients et dans deux études contrôlées (Cook-Darzens et al., 2008). L'application de la thérapie multifamiliale aux adolescents souffrant d'anorexie est plus récente et les résultats des études évaluant l'impact de cette stratégie thérapeutique sont encourageants, notamment pour les anorexies les plus sévères (Cook-Darzens et al., 2007).

L'utilisation d'approches cognitives et comportementales adaptées au jeune âge permet d'établir une alliance thérapeutique et de la maintenir sur une durée suffisamment longue, facteur d'évolution positive. Des approches concrètes qui mettent « en jeu » les symptômes du trouble aident l'enfant à dépasser la phase de déni et de dénutrition. Ces approches s'inspirent de stratégies destinées aux troubles addictifs où motiver et changer en sont les deux principes clés. La psychothérapie comportementale et cognitive peut être également proposée s'il existe un trouble comorbide anxieux bien identifié comme un trouble obsessionnel-compulsif ou une phobie sociale (Doyen et Cook-Darzens, 2010).

Les jeunes patients anorexiques peuvent bénéficier en outre d'entretiens individuels d'orientation psychanalytique, dès que leur état nutritionnel

le permet. Cette approche paraît d'autant plus indiquée qu'il persiste une symptomatologie anxieuse ou dépressive au décours de la renutrition (Corcos et al., 2008).

Prise en charge psychosociale

À l'instar des modalités thérapeutiques de l'anorexie mentale proposées par des auteurs anglo-saxons, il n'y a en général pas lieu de pratiquer de séparation systématique de l'enfant d'avec sa famille (Le Heuzey, 2002).

La scolarité doit être maintenue et faire l'objet d'une prescription médicale car cette reprise scolaire a une fonction protectrice et contribue à améliorer l'estime de soi. Elle doit cependant être aménagée, en tenant compte du caractère excessif de l'investissement intellectuel spécifique à ce trouble.

Enfin, des activités dont les objectifs principaux sont de réaliser un travail sur l'image du corps, l'estime de soi, les habiletés sociales et les comportements alimentaires sont utiles.

L'avenir : de nouvelles perspectives thérapeutiques ?

Pour conclure, la médecine basée sur la preuve (*evidence-based medicine* ou EBM) nous enseigne qu'à ce jour aucun modèle psychothérapique n'a fait état de sa supériorité par rapport à un autre pour le traitement de l'anorexie mentale. Même si des critiques légitimes peuvent porter sur les modalités d'évaluation des psychothérapies par l'EBM, il n'en reste pas moins que l'anorexie mentale est un trouble qui nécessite des soins longs, adaptés à l'âge du sujet et favorisant l'accompagnement des familles. L'EBM incite donc les équipes spécialisées à innover dans le champ de la psychothérapie pour compléter et surtout optimiser l'offre de soins déjà existante. Ainsi, l'apport récent des neurosciences dans le champ de la psychiatrie soulève beaucoup de controverses mais aussi beaucoup d'espoir dans le champ des psychothérapies cognitives car, en suggérant que « l'expérience sculpte le neurone », elle pourrait favoriser le développement de nouveaux réseaux neuronaux qui pallieraient des déficits spécifiques observés dans certains troubles. Au risque d'être réducteur, dans l'anorexie mentale, les difficultés cognitives observées étant pour l'essentiel une flexibilité mentale défaillante et une attention excessive portée aux détails, aider le sujet à prendre conscience de ces difficultés et l'aider à « penser sa pensée », c'est l'aider à lutter contre l'anorexie (Martinez et al., Martinez et al., soumis).

Aussi, en parallèle de l'ensemble de notre approche médicale et familiale, c'est ce thème de recherche et d'application clinique développés par des équipes prestigieuses de l'Institut de psychiatrie de Londres du Maudsley Hospital, sous la coordination du professeur Treasure et du docteur Tchanturia, que nous souhaitons désormais développer dans nos programmes thérapeutiques chez les plus jeunes anorexiques en nous inscrivant ainsi avec espoir dans le champ de la remédiation cognitive.

Références

- Atger, F., Corcos, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2001). Attachement et conduites addictives. *Annales de Médecine Interne*, 152 (Suppl. 3), 67-72.
- Bowlby, J. (2002, 2007). *Attachement et perte* (3 volumes). Paris : PUF.
- Bruch, H. (1994). *Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique*. Paris : Payot & Rivages.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., et al. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 392-398.
- Castro-Fornieles, J., Bargalló, N., Lázaro, L., et al. (2009). A cross-sectional and follow-up voxel-based morphometric MRI study in adolescent anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 331-340.
- Chui, H.T., Christensen, B.K., Zipursky, R.B., et al. (2008). Cognitive function and brain structure in females with a history of adolescent-onset anorexia nervosa. *Pediatrics*, 122, e426-437.
- Cook-Darzens, S., & Doyen, C. (2007). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique : une expérience ambulatoire. In S. Cook-Darzens (Éd), *Thérapies multifamiliales : des groupes comme agents thérapeutiques* (pp. 153-178). Ramonville St-Agne : Érès.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., & Mouren, M.C. (2008). Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa : current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders*, 13, 157-170.
- Corcos, M., Pham-Scottet, A., Lamas, C., & Doyen, C. (2008). *Anorexie mentale: déni et réalités*. Paris : Doin.
- Doyen, C. (2007). Les troubles des conduites alimentaires : l'anorexie mentale, la boulimie, les troubles des conduites alimentaires de l'enfance. In D. Bailly, & M.C. Mouren (Eds), *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 317-335). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Doyen, C., & Cook-Darzens, S. (2010). Approche cognitive et comportementale dans l'anorexie prépubère : adaptations au développement. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 58, 263-269.
- Gillberg, I.C., Råstam, M., Wentz, E., & Gillberg, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29, 170-178.
- Jeammet, P. (2004). *Anorexie, boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Hachette.
- Lai, K.Y.C., de Bruyn, R., Lask, B., et al. (1994). Use of pelvic ultrasound to monitor ovarian and uterine maturity in childhood onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 71, 228-231.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (1992). Early onset anorexia nervosa and related eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 281-300.
- Lask, B., Gordon, I., Christie, D., et al. (2005). Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa. *International Journal on Eating Disorders*, 37 (Suppl.), S49-51, discussion: S87-89.
- Le Heuzey, M.F. (2002). Faut-il encore hospitaliser les jeunes anorexiques mentales ? *Annales de Médecine et de Psychologie*, 160, 327-331.
- Martinez, G., Cook-Darzens, S., Chaste, P., et al. L'anorexie mentale à la lumière du développement neurocognitif: nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques. *L'Encéphale*.(soumis).
- Nelson, E.E., Leibenluft, E., McClure, E.B., & Pine, D.S. (2005). The social re-orientation of adolescence : a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163-174.
- Nunn, K., Frampton, I., Gordon, I., et al. (2008). The fault is not in her parents but in her insula – a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 16, 355-360.

- Pinhas, L., Steinegger, C.M., & Katzman, D.K. (2007). Clinical assesment and physical complications. In B. Lask, & R. Bryant-Waugh (Eds), *Eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 99-124). London : Taylor and Francis Group.
- Rozé, C., Doyen, C., Le Heuzey, M.F., et al. (2007). Predictors of late menarche and adult height in children with anorexia nervosa. *Clinical Endocrinology*, 67, 462-467.
- Tric, L., Agman, A., Tran, D., et al. (2004). Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation. *Réanimation*, 13, 407-416.
- Turconi, G., Guarcello, M., Maccarini, L., et al. (2008). Eating habits and behaviors, physical activity and food safety knowledge and beliefs in an adolescent italian population. *Journal of American College of Nutrition*, 27, 31-43.
- Yon, L., Doyen, C., Asch, M., et al. (2009). Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée : recommandations et modalités pratiques. *Archives de Pédiatrie*, 16, 1491-1498.

Prise en charge des familles dans les troubles du comportement alimentaire

S. Lambert

Évolution des concepts, évolutions des prises en charge

Dès les premières descriptions cliniques de l'anorexie mentale à la fin du XIX^e siècle, la question de l'implication des familles dans les troubles du comportement alimentaire se retrouve au centre des préoccupations des thérapeutes. Les mères, puis les pères, puis plus globalement les familles seront « impliqués » dans l'étiologie de la maladie.

Pour Le Heuzey (2002), c'est Gull en premier lieu, plus que Lasègue d'ailleurs, qui souligne « le rôle néfaste des relations amicales et de l'entourage dans cette pathologie » et insiste sur « la nécessité que la patiente soit prise en charge par des personnes exerçant un contrôle moral sur elle ». Mais la paternité des traitements par isolement reviendrait à Charcot¹ qui préconise que « les parents soient écartés jusqu'à ce que une amélioration notable se manifeste, puis comme récompense, le patient est autorisé à les voir ». L'isolement devient en France une des modalités essentielles du traitement de l'anorexie mentale associé notamment au gavage, les deux se fondant plus sur la menace que sur une réelle fonction d'étayage.

Les conceptions psychodynamiques, particulièrement dans les années 1950, vont enrichir les pratiques, en maintenant, pour certains, les contrats de séparation, mais dans une optique de maturation. C'est en effet du côté d'un achoppement du travail de séparation-individuation à l'adolescence que les auteurs repensent les liens entre les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire et leurs parents. La conduite (Vénisse et al., 1995) est reconsidérée comme une « tentative de compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et un besoin de dépendance inélaborable » aux objets primaires ; les troubles relationnels mère-fille précoces semblent devoir éclairer les fragilités narcissiques de ces patientes qui

1 « De l'isolement dans le traitement de l'hystérie » in *Œuvres complètes, Lecture XVII*, 1890.

fonctionnent, de ce fait, dans un déni de leurs propres besoins ; les pères apparaissent comme incapables de trianguler cette relation d'indifférenciation, notamment au cours de la puberté où la pression de la génitalité oblige donc à cette régression orale et anale. Hilde Bruch décrit, elle, une « mère consciencieuse, soumise à un mari pour lequel elle n'a pas d'estime, en réalité brillant second, les préoccupations familiales étant centrées sur l'apparence, l'exemplarité, le formalisme. De même, le groupe familial a tendance à nier la réalité du malaise grave de l'un d'entre eux ». Ces conceptions, qui mettent l'accent sur la responsabilisation des parents, permettent un grand nombre d'ouvertures thérapeutiques en intégrant ceux-ci dans le processus de soin. Le concept de transitionnalité (Vénisse, 2005), sur la base des travaux de Winnicott et plus tard de Mac Dougall, qui définit le socle d'un espace moi-non moi et permet notamment de justifier de la nécessité de maintenir, dans le traitement, des interfaces entre le patient et sa famille, pour y favoriser la différenciation sur une base de sécurité. La séparation n'est plus seulement envisagée dans le réel mais se voit enrichie d'un soutien dans le champ des représentations et du fantasmatique.

À partir de là, les entretiens parents-enfants prennent leur place. Mais aussi, des espaces de prise en charge spécifiques pour les parents voient le jour, et plus particulièrement les groupes de parents dès les années 1970, sous l'impulsion, en France, de Philippe Jeammet (2009). Leurs buts principaux sont de :

- sécuriser l'alliance thérapeutique notamment en permettant le déploiement des affects dans leurs composantes libidinale et agressive, de l'ambivalence ;
- accompagner les changements maturatifs et les différenciations, aussi bien du côté des patients que des parents, changements qui ne manqueront pas d'être provoqués par le traitement et le processus d'adolescence réactivé.

Ces groupes viennent étayer la fonction parentale dans un véritable processus analogique, à la fois d'identification et de singularisation, en miroir du travail effectué par la patiente dans son groupe de pairs. C'est d'ailleurs un des points qui constitue une des limites de ce type d'approche où, comme le souligne Jeammet, « les nouveaux venus vivent leur arrivée comme quelque chose d'angoissant, voire une véritable épreuve » dans un lieu où ce sont les « voix des parents les plus en difficulté qui dominent », ce qui en pratique ne permet pas toujours cette intégration des « nouveaux » qui, dès lors, peuvent avoir tendance à fuir ces groupes en refusant l'identification aux problématiques qu'ils ont entendues. Néanmoins, leur généralisation dans de nombreuses structures prenant en charge les troubles du comportement alimentaire est un indicateur de l'intérêt et de la fonctionnalité de ces groupes, dont la diversité des modèles oscille suivant la nature de l'encadrement (soignants ou association de parents) et leur tonalité (groupe de parole, groupe d'information plus directif, etc.).

Sur ce dernier point, il est à souligner combien les approches psycho-éducationnelles deviennent, en individuel comme en groupe, en entretien

comme sur support écrit ou vidéo (voir le *Support Meal* de Leichner²), une modalité indispensable de soins. L'*American Psychiatric Association* autant que la *Clinical Excellence* indiquent dans leurs recommandations que l'implication de la famille (et de tous ses membres) dans le traitement est capitale, que ce soit dans le partage d'informations (sur la maladie, ses conséquences somatiques, psychiques, etc.) ou dans les conseils facilitant le management comportemental ou la communication intrafamiliale. Les représentations autour de la place et du rôle des familles dans la maladie, autant que dans le traitement, sont donc en profonde mutation.

En parallèle des conceptions psychodynamiques, les thérapies systémiques se développent dans les années 1970, notamment sous l'impulsion de Minuchin qui applique aux troubles du comportement alimentaire son modèle de famille psychosomatique (famille enchevêtrée, surprotection et rigidité des patterns relationnels) et préconise une restructuration de la famille, notamment au travers de ses « *lunch sessions* », directement au cœur du symptôme. Il est impossible de ne pas citer aussi les travaux de Mara Selvini à la même époque, qui donne une place importante à la relation de couple. Ces approches, qui se focalisent sur la famille dans son ensemble et qui vont initier le développement des thérapies familiales en général dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, tentent surtout d'agir sur les dysfonctionnements et défaillances qui seraient à l'origine du trouble. Mais, de plus en plus actuellement, la famille du patient devient ressource, et les parents cothérapeutes. Cela insiste sur le fait que les dysfonctionnements relationnels observés ne peuvent être envisagés dans une perspective de causes ou de conséquences et que donc les buts thérapeutiques doivent s'axer sur une mise en lumière des facteurs de protection, d'aggravation ou de maintien des difficultés, et donc viser plus un étayage des capacités du système (Cook-Darzens et al., 2008 ; Loeb et al., 2009). Ces thérapies familiales, qu'elles soient conjointes ou séparées en sous-systèmes (Loeb et al., 2009), traditionnellement centrées sur les relations ou centrées sur le symptôme, voire même protocolisées sous forme d'étapes et d'objectifs, (voir Loeb et al., 2009 ; Eisler et al., 2003 ; Lock et Le Grange, 2005), visent avant tout l'adaptation d'une famille perturbée dans ses possibilités de changement.

Cette mutation des représentations quant à la place de la famille constitue le socle des approches multifamiliales, et notamment celle du Maudsley (Loeb et al., 2009 ; Eisler et al., 2003 ; Lock et Le Grange, 2005) qui, bien qu'inspirée par Minuchin, préconise de conserver la famille comme une ressource en proposant un travail en trois étapes modulé selon l'âge du patient ou, plutôt, sa maturité :

1. travail thérapeutique centré sur le symptôme placé « *under parental direction* » ;
2. symptôme « *under parental guidance* » ouvrant la voie de l'autonomie ;
3. travail plus relationnel pour recontextualiser les évolutions dans l'adolescence.

2 Disponible en français auprès de la fondation Castelloti.

Ces thérapies multifamiliales sont particulièrement validées chez les anorexiques de moins de 18 ans évoluant depuis moins de 3 ans et présentant peu de comorbidités psychiatriques, mais ont aussi fait leurs preuves dans les formes boulimiques et/ou purgatives, chez l'adulte, ou bien en alternative ou relais d'hospitalisation dans des situations précaires ou d'alliance difficile (voir les travaux de Solange Cook-Darzens, 2007, ou d'Yves Simon³). Nous ne ferons que citer ici aussi, toujours dans la lignée des auteurs précédents, la place spécifique faite aux fratries, dans une perspective préventive autant que comme ressource thérapeutique.

Enfin, nous associerons à ces modifications des représentations sur les familles les mutations institutionnelles qu'elles ne manquent pas d'induire, que ce soit dans les collaborations cliniques avec les associations de parents ou dans les rencontres plus théoriques qui se développent, par exemple au sein de l'Afdas-TCA⁴.

Comment s'y repérer : les indicateurs objectifs

Les études scientifiques (Cook-Darzens et al., 2008 ; Loeb et al., 2009 ; Eisler et Le Grange, 2003) confirment actuellement que la qualité du fonctionnement familial est un facteur important du devenir et de la qualité de la réponse au traitement. Néanmoins, elles semblent actuellement contester l'idée de famille psychosomatique de Minuchin (Cook-Darzens et al., 2008) en ne retrouvant pas dans les familles d'anorexiques de patterns spécifiques, mais au contraire une grande diversité de modes de relation, avec une prédominance simplement du niveau d'insatisfaction exprimée autour du fonctionnement familial (donc loin du modèle de famille conflictuel) et des relations plus souplement distantes. D'ailleurs, dans les études de devenir, les caractéristiques péjoratives iraient plutôt du côté de modèles de famille désengagée, à faible niveau d'empathie et fort niveau d'expression émotionnelle (notamment dans une dimension critique et hostile) ou bien s'il existe des comorbidités psychiatriques multiples.

Dans tous les cas, les approches familiales dans les TCA font partie des thérapeutiques les plus évaluées et la thérapie familiale reste un traitement de choix en comparaison des approches strictement individuelles avec, dans presque tous les cas, une efficacité sur le symptôme et l'ajustement psychosocial au sens large (Eisler et Le Grange, 2003) que ce soit dans :

- une approche traditionnelle (centrée en premier lieu sur les relations, voir Godart, 2004) ou centrée d'abord sur le symptôme (Robin, 1995) ;
- une orientation systémique ou cognitivo-comportementale.

La méta-analyse de Mitchell (2000) insiste d'ailleurs sur l'importance de la guidance parentale autour du symptôme, le traitement familial pouvant être appliqué durant une hospitalisation (notamment, selon Mitchell, si le poids est inférieur à 75 % du poids idéal) ou en ambulatoire.

3 Psychiatre, Le domaine-ULD-Érasme Braine l'Alleud, Belgique.

4 Association française pour le développement des approches spécialisées des TCA.

La Cochrane Review (2010) confirme l'absence de supériorité d'un courant sur un autre. Les études, dont celle de Russel et al. (1987), s'accordent à souligner l'intérêt particulier des thérapies familiales pour les patients de moins de 19 ans et évoluant depuis moins de 3 ans. En revanche, la chronicité et l'existence de comorbidités psychiatriques seraient des facteurs de moindre efficacité des thérapies familiales mais de toute façon, des facteurs d'évolution globale péjoratifs qui ne remettent donc pas en question l'intérêt de ces thérapies dans ce cadre. Face à un haut niveau d'expression émotionnelle (critique, hostile) la thérapie familiale séparée plutôt que conjointe est en revanche clairement préconisée, au moins dans les premiers temps. Cela se confirme même dans le cadre des thérapies multifamiliales (Cook-Darzens et al., 2008 ; Loeb et al., 2009), et notamment dans le modèle du Maudsley, qui montre que les thérapies multifamiliales seraient même supérieures aux thérapies familiales individuelles pour les moins de 18 ans et en cas d'évolution de moins de 3 ans (la tendance s'inverserait pour les patients ayant plus de 5 ans d'évolution). Dans la plupart des autres études, la thérapie multifamiliale (Cook-Darzens et al., 2008 ; Loeb et al., 2009) démontre son efficacité, y compris sur les formes chroniques et sévères, sans toujours prouver sa supériorité si ce n'est, dans tous les cas, sur un plan économique. Au final, bien plus que l'orientation de la thérapie familiale, (systémique/guidance parentale ou individuelle/multifamiliale), c'est l'implication de la famille qui reste le facteur validé d'efficacité le plus déterminant et devra donc guider en premier lieu nos orientations ou nos réorientations thérapeutiques.

Quels grands repères cliniques et thérapeutiques

Au regard des éléments objectifs précédents, notre principale stratégie thérapeutique visera donc l'implication et l'alliance de la famille dans le traitement, quel que soit l'abord privilégié. Dans la lignée de Vanderlinden et al. (1989), nous insisterons en premier lieu sur l'importance d'une approche thérapeutique multimodale, bio-psycho-sociale diront d'autres, des patients comme des familles.

Nos objectifs impératifs seront dans tous les cas d'associer :

- la construction de l'alliance avec la famille dans son ensemble, y compris la fratrie ;
- les incontournables travaux de guidance et d'approche symptomatique (par exemple dans des repas familiaux⁵) (Jaffa et al., 2002) ;
- la restauration des ressources familiales et spécifiquement des compétences parentales ;
- l'intégration de cet ensemble dans une perspective émotionnelle et relationnelle qui ne pourra faire l'impasse sur une remise en mouvement des processus adolescents.

5 Repas familles sur l'unité d'hospitalisation du service d'addictologie de Nantes. AFDAS-TCA, 2009.

Finalement, les orientations vont aussi être déterminées par des paramètres plus subjectifs :

- le contexte thérapeutique (hospitalisation ou ambulatoire, cothérapie scindée ou thérapie familiale clairement individualisée, état psychique et somatique du patient), les moyens existants dans la structure, notamment suivant que le dispositif thérapeutique est centré sur la prise en charge familiale (par exemple thérapie multifamiliale) ou bien que cette dernière reste une modalité d'appoint ;
- les difficultés de communication et d'individuation familiales (Lucet, Kaganski, 2004), les patterns dysfonctionnels durables, les contextes de deuils non « digérés » sur un plan transgénérationnel (Sanchez-Cardenas et al., 1995), les « cryptes » et secrets de famille envahissants, la multiplicité des pathologies psychiatriques ou addictives, qui feront privilégier la thérapie familiale (thérapies scindées si les relations sont à tonalité hostile) ;
- le niveau de disqualification du projet de soins ou les résistances à un abord psychothérapeutique individuel qui feront privilégier une approche groupale – thérapie multifamiliale, groupes ou associations de parents. La thérapie multifamiliale apparaîtrait, elle d'ailleurs particulièrement indiquée dans les cas sévères et chroniques, et notamment dans le cas de familles chaotiques, présentant une association de problèmes psychosociaux et ayant subi des ruptures répétées et prolongées (Cook-Darzens et al., 2007).

Conclusion

Nous retiendrons, en fonction des paramètres précédents, mais aussi en fonction des évolutions de la patiente comme de la famille, la nécessité de toujours penser à faire interagir les trois niveaux (Cook-Darzens et al., 2008) que sont la guidance (qui peut être le seul niveau et se suffire à elle-même), la thérapie familiale ou simplement sa perspective relationnelle et systémique (nécessité au minimum d'un focus relationnel et maturatif), et les thérapies scindées, qu'elles soient individuelles, de couple, voire de groupe.

Dans tous les cas, nous concluons que l'adhésion et l'implication de la famille dans le traitement restent certainement les éléments d'orientation thérapeutique essentiels dans un schéma à géométrie qui devra demeurer variable dans le temps, comme un processus d'adolescence.

Références

- Brush, H. (1975). *Les yeux et le ventre*. Paris : Payot.
- Cook, S. (2007). *Thérapies multifamiliales : des groupes comme agents thérapeutiques*. Ramonville Sainte-Agne : Érès.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., & Mouren, M.C. (2008). Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa : current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders*, 13, 157-170.
- Eisler, I., Le Grange, D., & Asen, E. (2003). Family intervention. In J. Treasure, U. Schmidt, C. Dare, & E. van Furth (Eds), *Handbook of Eating Disorders : Theory, Treatment and Research* (pp. 291-310). Chichester : John Wiley and Sons.

- Godart, N. (2004). Family therapy and anorexia nervosa. *PSN*, 2, 36-42.
- Fisher, C.A., Hetrick, S.E., & Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. Wiley and Son : Cochrane Depression Anxiety and Nervosis Group; 16/06/2010.
- Gull, W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.
- Jaffa, T., Honig, P., Farmer, S., & Dilley, S. (2002). Family meals in the treatment of adolescent AN. *European Eating Disorder Review*, 10, 199-207.
- Jeammet, P. (2009). *Anorexie, boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Hachette.
- Le Heuzey, M.F. (2002). Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? *Annales de Médecine et de Psychologie*, 160, 327-331.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family based treatment of ED. *International Journal of Eating Disorder*, 37, 64-67.
- Loeb, K., & Le Grange, D. (2009). Family-based treatment for adolescent eating disorders : current status, new applications and future directions. *International Journal of Child and Adolescence*, 2, 243-254.
- Lucet, R., & Kaganski, I. (2004). TCA : aspects familiaux. In P. Angel, & P. Mazet (Eds), *Guérir les souffrances familiales*. Paris : PUF.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge : Harvard University Press.
- Mitchell, C. (2000). Anorexia and bulimia. In A. Carr (Ed), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children adolescents and their families* (pp. 233-257). New York : Routledge/Taylor and Francis.
- Robin, A.L., Siegel, P., & Moye, T.A. (1995). Family versus individual therapy for anorexia : impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorder*, 17, 313-322.
- Russel, G., Szmuhk, G., Dare, C., & Fisher, I. (1987). An evaluation of family therapy anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1066.
- Sanchez-Cardenas, M., Venisse, J.L., Mammari, N., & Robin, B. (1995). Complications of bereavement as seen in infant and adolescent AN. *International Journal of Eating Disorder*, 17, 39-44.
- Selvini, & Palazzoli, M. (1978). *Self-Starvation*. New York : Jason Aronson.
- Vandereycken, W., Kog, E., & Vanderlinden, T. (1989). The influence of a family-oriented in patient treatment on individual and familial factors in eating disorders : an outcome study. In *The family approach to ED* (pp. 161-188). New York : PMA Pub. Corp.
- Venisse, J.L., Renauld, M., & Rousseau, M. (1995). Prise en charge des parents et des familles. In *Conduites de dépendance du sujet jeune* (pp. 209-222). Paris: ESF.

En reprenant l'historique de l'évolution du comportement alimentaire, on constate que l'acte de se nourrir débute en étroite relation avec la mère. Premièrement par le cordon ombilical, deuxièmement par le sein ou l'allaitement et, pour se terminer, par une séparation en intégrant les habitudes familiales. Ces choix vont évoluer dans le temps, au gré des découvertes et des expériences de vie. Les seules questions qui se posent pour l'enfant sont autour du goût et de l'acceptation de nouveaux mets, soit une gestion de la néophobie. Plus tardivement, les notions de santé, de coût, de disponibilité, d'ambiance, de contexte et de facteurs personnels vont influencer nos choix alimentaires. L'influence de ces divers paramètres va poursuivre la construction de l'identité alimentaire. C'est l'un des objectifs d'une personne souffrant de troubles alimentaires : retrouver son identité, ce qui se résume par « manger » sans se poser de question.

C'est l'enjeu dans la rémission d'un trouble alimentaire.

Le sujet est focalisé sur la perte de poids en exerçant un contrôle sur sa façon de s'alimenter. Le poids corporel, qui sera évalué sur la balance, ou le corps, qui sera scruté dans le miroir dans ses aspects les plus négatifs, vont générer un phénomène d'anticipation sur la prise alimentaire sur la journée pour contrôler ce corps qui lui échappe. Ce contrôle est aussi lié à un état anxieux et un mécanisme de dévalorisation moteur du contrôle.

Ces conduites alimentaires qui sont restrictives sur le plan quantitatif et/ou évincent les aliments considérés comme dangereux vont conduire à l'apparition d'obsessions alimentaires.

La restriction énergétique crée l'état d'hypoglycémie qui, selon la théorie glucostatique de Meyer (théorie la moins invalidée), déclenche une sensation de faim physique.

Cet « objet » de souffrance qu'est la faim, chez le sujet souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA), est associé au risque de prise de nourriture et donc à la possibilité de prise de poids. Cet objet va devenir l'ennemi à combattre. Cette lutte va créer un envahissement des pensées chez le sujet qui sera soulagée uniquement par la prise alimentaire. Ce soulagement est d'ordre « ré-graisse-if », refoulant ces pulsions et le culpabilisant d'avoir sur-résisté.

Un état émotionnel est donc présent et peut de nouveau générer des prises alimentaires pour calmer les émotions.

L'individu fonctionne dans un cercle vicieux qui se traduit par le schéma que j'ai modélisé dans la figure 30.1.

À noter que les émotions de la vie quotidienne peuvent intervenir dans le déclenchement des prises alimentaires qui, selon la situation, vont générer une perte de contrôle de nourriture, selon un phénomène de résignation « foutu pour foutu ».

Nous pouvons aisément comprendre que la quantité de poids importe peu, mais que c'est le fait de perdre le contrôle et voir le chiffre qui monte qui pose problème.

Le poids et l'image corporelle négative régissent les choix et les attitudes de vie du sujet, se traduisant par un isolement social et une frustration de vie importante. De nouvelles stratégies de lutte contre la faim ou les pensées obsédantes apparaissent : ingérer des boissons régulièrement, fumer, hyperactivité physique, hyperactivité intellectuelle, dormir, scarification... mais la conséquence de cette lutte est l'amplification du phénomène.

Dès lors, le sujet passe la majeure partie de son temps à penser à la nourriture, au poids et à l'image corporelle au détriment des relations sociales, des sorties, d'une activité physique...

Le sujet perd le sens de sa vie et la lutte contre le poids, la faim, la mauvaise image corporelle régissent sa vie. Le TCA est donc une perte de sens et tout l'enjeu de la rémission sera de remettre du sens : « L'ACT, redonnons du sens au comportement alimentaire », en lien avec une approche thérapeutique (*Acceptance Commitment Therapy*).

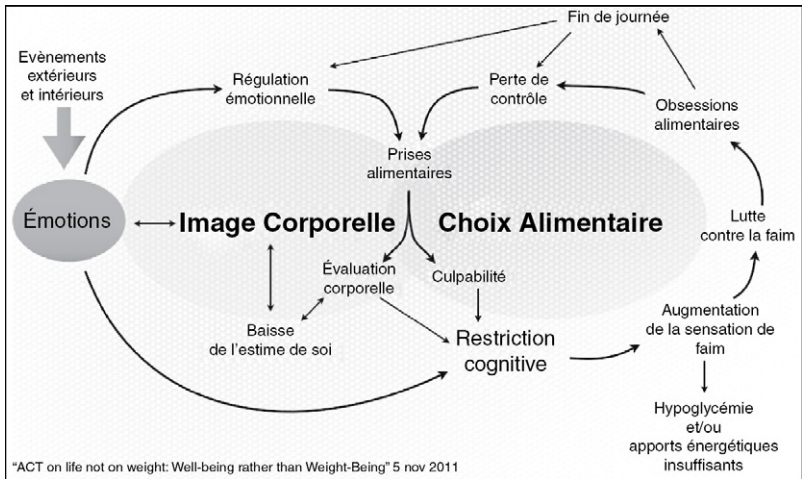


Figure 30.1

Boucle de maintien du comportement alimentaire sur la gestion du poids.

Un cercle vicieux entre « espoir et déception »

« Oui, le régime a sa place » diraient les « assiettologues » mais, mis en place sur ce mode de fonctionnement, il conduit à vivre mal. Être dans l'espoir ou l'espérance de trouver une image corporelle satisfaisante fait rêver du futur et prendre conscience de la frustration de ce que l'on aimerait être. « Qu'est ce que je serais heureux si j'avais ces kilos en moins ! » Cet espoir qui emmène dans un avenir souhaité, à distance de la réalité de ce que je suis, « remplit » de souffrance.

Plus cette souffrance augmente par le mécanisme du schéma, plus l'intéressé s'obstine à vouloir trouver la solution par le régime, soit l'« assiettologie ». Cette fracture entre réel et espéré crée la dynamique du régime logique chez le sujet.

Depuis de nombreuses années, face à cette demande, des régimes sont proposés occasionnant le maintien du trouble, alors que le principe de base en médecine est « *primum non nocere* ».

Chez le sujet souffrant de TCA, le cycle espoir/déception peut s'observer dans la journée. En fin de journée, lorsque le corps reprend sa place par l'apparition de la sensation de faim, l'individu « craque » et consomme de manière frénétique les aliments orchestrant cette déception.

Le soir même ou devant le miroir, le sujet reprend l'espoir de modifier son corps et supprimer les excès de la veille.

Dans ce cycle espoir/déception, il y a peu de place pour le moment présent qui nous permet de nous ouvrir aux autres et laisser émerger les besoins du corps. Il y a aliénation aux pensées d'anticipation sous un phénomène d'obéissance. Alors que le terme obéir, composé de la racine -éir, qui signifie « écouter », et du préfixe ob-, « au-devant de, à la rencontre de », à l'instant présent permet de rencontrer soi et les sensations corporelles telles que la faim. Là, nous sortons d'une alimentation pensée pour redécouvrir une alimentation vécue basée sur l'expérience corporelle.

Quelles solutions ?

Premièrement, permettre un retour aux attitudes alimentaires générant du bien-être dans l'espace interprandial plus que de la lutte. Pour cela, les apports énergétiques doivent être pensés sous forme d'une approche psycho-éducative et de façon sécuritaire. Cela permet de diminuer la quantité de prises alimentaires dans une crise. De plus, cela apporte une distinction sur les déclenchements des crises alimentaires entre une dimension nutritionnelle et une dimension émotionnelle.

Une fois l'attitude alimentaire stabilisée, avec le patient, on peut se concentrer sur le travail émotionnel *via* la thérapie qu'il lui convient.

L'arrêt du régime et l'acceptation de ce que l'individu est sont des clefs essentielles dans la rémission du trouble alimentaire. L'entourage est une ressource essentielle, qui en se positionnant comme co-aïdant, pourra

accompagner vers la sortie de la maladie son enfant ou son proche en souffrance.

Une disponibilité psychique se dégage, car le sujet est moins accroché au problème, dès lors il peut réinvestir sa vie. Sa vie reprend sens, en laissant émerger les sensations corporelles sur l'aspect alimentaire et les choix de vie qui seront corrélées aux valeurs de l'individu.

Troubles alimentaires atypiques dans la réalité clinique : qu'en est-il des aspects addictifs ?

S. Vust

« Je ne me supporte plus. » – « Je ne pense qu'à manger. » – « Tout le monde va voir que j'ai grossi. » – « Tout le monde va me regarder. » – « Je dois maigrir pour m'accepter. » – « Mon poids m'obsède. » – « La nourriture m'obsède. »

Ces mots sont prononcés – et pensés – régulièrement par de plus en plus de jeunes filles (ou jeunes femmes) qui voient leur existence envahie de préoccupations concernant l'alimentation, le poids et l'apparence. Elles vivent en lutte perpétuelle avec la nourriture et leur corps. Ni franchement anorexiques, ni franchement boulimiques, souvent minces, parfois en surpoids, éventuellement obèses, ces jeunes femmes présentent ce qu'il est convenu d'appeler un trouble alimentaire atypique.

Ces troubles des conduites alimentaires atypiques, identifiés comme entité en tant que telle aux côtés des troubles dits typiques – anorexie et boulimie – (Chamay-Weber et al., 2005 ; Norring et Palmer, 2005), restent encore relativement peu étudiés, en particulier dans la littérature francophone.

Ils regroupent des tableaux cliniques ne satisfaisant pas entièrement aux critères des troubles alimentaires typiques anorexie et boulimie.

Ces troubles atypiques représentent de fait la majorité des demandes dans les consultations pour troubles alimentaires, concernent une grande proportion de la population non consultante et constituent un enjeu de santé publique prioritaire.

L'UMSA (unité multidisciplinaire de santé des adolescents, CHUV, Lausanne) a ouvert en 1998 et a été d'emblée assaillie de demande de consultations pour de tels troubles, bien davantage que dans les consultations psychologiques ou psychiatriques de la ville (à l'époque, il n'existait pas de consultation spécifique pour les troubles alimentaires). Un groupe thérapeutique de parole d'inspiration analytique a été mis sur pied pour répondre à ces demandes d'aide.

Une recherche qualitative, réalisée auprès de 24 jeunes filles qui ont participé à ce groupe thérapeutique pour leur trouble alimentaire atypique, a été menée dans le but d'évaluer la nature de ces difficultés « nouvelles » et l'offre de prise en charge proposée.

Principaux résultats cliniques

Les résultats de l'analyse thématique décrivent un trouble important qui induit une souffrance intense.

Un lien unissant désir de maigrir et attitudes face à l'alimentation aux crises de frénésie alimentaire apparaît clairement, ainsi qu'un lien entre l'estime de soi et la satisfaction ou l'insatisfaction du corps ou des formes corporelles. La question des moyens compensatoires y est reliée.

La question « addiction/dépendance » trouve une illustration intéressante, en ce sens que le collectif confirme la pertinence du concept pour les troubles atypiques, au niveau du rapport entretenu avec la nourriture et des modes de relation à soi et aux autres davantage qu'au niveau concret des consommations, qui ne semblent pas augmentées dans ce collectif.

Le rôle des boulimies pour gérer les tensions pulsionnelles et moduler les émotions, positives comme négatives, apparaît. Les mêmes comorbidités psychiques et somatiques que celles associées aux troubles typiques sont relevées (troubles de la lignée anxiodépressive, perfectionnisme, estime de soi basse et excessivement influencée par l'insatisfaction attachée au poids et aux formes corporelles, multiples somatisations, etc.).

Quatre catégories diagnostiques émergent du collectif : hyperphagie boulimique, boulimie atypique non purgative, boulimie atypique purgative et anorexie atypique restrictive.

Nos résultats rejoignent la littérature actuelle qui envisage la nécessité d'une reclassification des troubles alimentaires. Dans l'intervalle, nous faisons la proposition d'utiliser les termes *anorexie atypique* et *boulimie atypique*, de la Classification internationale des maladies (World Health Organization, 1993), et de rajouter l'*hyperphagie boulimique* du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (American Psychiatric Association, 1994).

Ces catégories rendent compte plus justement de la réalité clinique vécue par les patientes que la catégorie troubles non spécifiés du DSM (EDNOS), peu différenciée, mêlant des tableaux très divers, et insatisfaisante au final.

Le vécu de la maladie et des préoccupations pour le corps et l'alimentation semble généralisable et « transcategorique », bien que les troubles alimentaires de l'ordre de l'anorexie atypique restrictive, du fait de l'absence de crises de frénésie, semblent appartenir à un registre différent des troubles avec perte de contrôle sur l'alimentation et crises, notamment en termes d'implications dans la vie quotidienne.

Le trouble atypique peut se trouver sur le parcours de la maladie et représenter un moment de la maladie, précédant ou succédant à un trouble typique,

mais un trouble atypique peut aussi exister indépendamment comme forme singulière, sans se trouver sur le parcours d'un trouble typique.

Le groupe recèle un fort pouvoir thérapeutique pour les patientes qui s'y impliquent. Cette prise en charge thérapeutique convient particulièrement à des patientes présentant un trouble alimentaire sur le versant boulimique (comprenant l'hyperphagie boulimique). Les patientes du collectif qui expérimentent des pertes de contrôle sur la nourriture bénéficient davantage du groupe que les participantes qui présentent des difficultés de l'ordre de l'anorexie atypique restrictive, sans perte de contrôle (Vust et Michel, 2006). Et peut-être est-ce justement dû à l'aspect « addictif », davantage partageable que la restriction, placée sous le signe du contrôle.

Qu'en est-il des aspects addictifs ?

Les troubles alimentaires sont souvent apparentés à des addictions ou à des dépendances, tant par le comportement de recherche de produits et/ou de sensations en vue de combler un vide interne, que par l'autorenforcement automatique de la conduite ensuite, ainsi que par le sentiment subjectif abondamment décrit par les patientes souffrant de troubles alimentaires de se sentir « addictées » ou dépendantes. Les comparaisons avec la toxicomanie ou l'alcoolisme sont souvent spontanément employées (Igoïn-Apelbaum, 1991). Notre collectif le confirme.

En marge du débat sémiologique concernant les termes addiction, dépendance, compulsions et impulsions notamment, les dépendances ou les addictions sont envisagées comme des termes génériques, aboutissant à un spectre « addictif » (Bailly et Venisse, 1999 ; Venisse et al., 2002), avec un caractère transnosographique (Valleur et Matysiak, 2002), regroupant diverses entités, dont les troubles alimentaires. Au-delà du produit, ces difficultés ont en commun un fonctionnement sous-jacent relativement similaire, impliquant un mode de relation entretenu par certains sujets avec certains comportements.

Dans une perspective psychodynamique peut être considéré comme dépendant un sujet dont l'équilibre dépend pour une part importante de sa relation aux objets externes et de l'attitude de ceux-ci (Corcos et al., 2000 ; Jeammet, 2005), comme c'est le cas dans les troubles alimentaires.

Autrement dit, l'état interne est régulé par l'intermédiaire de la dépendance compulsive à une action extérieure (Loas et Corcos, 2006 ; Venisse, 1991).

L'économie des addictions, fondée sur la réduction du désir au besoin, se caractérise par cette incapacité d'élaborer les tensions pulsionnelles auxquelles le sujet répond par une « régression comportementale », avec échec de la fonction de représentation (MacDougall, 1989). Les effets de l'addiction modifient le sentiment d'estime de soi, confrontant encore une fois le sujet à la nécessité de la répétition pour alléger les effets de cette mésestime (Pedinielli, 1991).

Au-delà des verrouillages biologiques, psychologiques et sociaux décrits par Corcos et al. (2000), liés aux processus de l'addiction, et qui apparaissent massivement dans les récits que les patientes font de leurs troubles alimentaires, le vécu et le ressenti des patientes, appréhendés au travers de la clinique et des entretiens menés pour notre recherche, témoignent bien de cette réalité addictive et du sentiment « addictif » liés aux difficultés alimentaires. Les exemples ci-dessous, tirés des entretiens menés pour notre recherche, illustrent cette perspective.

« J'étais dans ma chambre, j'arrêtais pas de penser à manger, manger, manger... » H. (21 ans ½)

Le moment de la maladie est décrit comme un long tunnel, avec des « préoccupations » alimentaires – dont l'aspect dérisoire n'échappe *a posteriori* à aucune participante – qui envahissent le quotidien, inversent les priorités et installent des modes de réaction et des « habitus » dont il se révèle difficile d'émerger.

« Je mangeais tout ce que je trouvais et je me sentais pas rassasiée, mais après je culpabilisais et je me sentais mal. » J. (18 ans)

Le scénario ritualisé, chronophage, des crises de frénésie alimentaire, ainsi que l'aspect opératoire apparaissent source de souffrance considérable.

Une tension intense transparait à la description du déroulement classique de la crise, avec des préoccupations qui rendent toute autre tentative de concentration difficile, comme le résume la citation suivante.

« C'est clair que dès le moment où l'on pense à des crises, la journée c'est comme si elle n'existait plus, on ne profite plus de rien, on ne peut plus se concentrer sur rien. » C. (25 ans)

Le secret et la honte sont omniprésents.

« Je mangeais tout le temps en cachette. » H. (21 ans ½)

Toutes les participantes décrivent l'aspect incontrôlable des crises, qui échappent à la volonté et dont l'impériosité surprend. La lutte contre les crises s'avère douloureuse.

« Au départ c'était "Bon aujourd'hui je tiens" et tout, et pour finir, c'était pas le cas, mais c'était à chaque fois un combat, devoir tenir, tenir. » D. (22 ans)

Un véritable processus addictif semble pouvoir enchaîner le sujet à son comportement alimentaire et à ses attitudes avec l'alimentation.

« Il suffisait qu'on me propose un biscuit et tac, ça partait, c'était un peu... une réaction en chaîne... dès qu'il y avait une espèce de transgression, que moi je voyais vraiment comme une transgression... » I. (21 ans)

Ce qui peut engendrer un enfermement malheureux dont il devient très difficile de sortir, comme en témoigne la patiente suivante.

« Plus on prend du poids, plus on se sent mal dans sa peau ; plus on se sent mal dans sa peau, plus on mange et on prend du poids, alors on se sent encore plus mal, c'est un cercle vicieux. » E. (20 ans ½)

Le désespoir provoqué par la succession des crises, l'engrenage, le piège qu'elles sentent se refermer sur elles poussent les participantes à prendre des résolutions tranchées dont le propre est de n'être jamais appliquées, ou du moins pas plus que les quelques heures suivant un accès de boulimie.

« Je me rappelle des soirs où je prenais une résolution en me disant "Voilà il faut que je m'en sorte alors je vais faire comme ci, comme ça", et ça me redonnait un peu de motivation, et puis inévitablement j'y arrivais pas, donc après c'était horrible, la honte, et ça continuait ainsi, c'était un truc vicieux. » C. (21 ans)

Parmi les participantes, l'insatisfaction corporelle est massive.

« Je me trouvais grosse, je me trouvais immonde. » E. (20 ans ½)

Face à cela, la force du désir de maigrir, quel que soit le poids, a surpris, et ce désir tenace entretient notablement le trouble alimentaire. Maigrir devient un leitmotiv résumant tout.

« Mon seul but, c'était maigrir parce que maigrir ça voulait dire bien. » C. (21 ans)

L'attachement compulsif à la balance vient renforcer ce cercle vicieux. Le lien à la balance s'avère complexe, fait d'un rapport d'attraction et de répulsion. Celles qui ont vécu la « dépendance » à la balance relatent bien la compulsion ressentie à se peser, malgré l'irrationalité de l'acte.

« Ça servait absolument à rien, c'était compulsif, ça n'avait aucun sens, on enlève jusqu'aux boucles d'oreilles, c'est vraiment comme dans les pubs pour les yaourts allégés, c'est la nana qui se penche dessus et qui ose pas regarder. » J. (19 ans ½)

Se détacher de cette tyrannie de la balance exige un effort certain qui en souligne la dépendance, mais amène un apaisement immédiat.

« J'essaie de ne plus me peser. » C. (21 ans)

Une problématique de dépendance apparaît aussi clairement en lien avec les relations affectives. Les liens aux personnes significatives et aux premières relations affectives privilégiées, en particulier, sont imprégnés d'aspects de besoin et de dépendance, en lutte avec des peurs de solitude, de manque, de vide et d'abandon. S'inscrire dans le désir de l'autre vient souvent avant la perception de son propre désir, sauf lors des moments de crise alimentaire. Le regard aimant et chaleureux du petit ami remplit souvent un rôle de revalorisation narcissique, et avoir un petit ami est un leitmotiv qui revient de façon quasi obsédante pour certaines, en début de groupe notamment, comme si un amoureux apaiserait leur insatisfaction et les remplirait littéralement de tout ce qu'elles sentent leur manquer.

« J'étais avec mon copain et ça allait très, très bien, et lui me valorisait beaucoup, donc c'est vrai que ça m'aidait énormément. » D. (22 ans)

« Moi, j'avais pas de copain, ça me mettait vraiment mal, ça me rendait mal, parce que j'avais très envie d'avoir quelqu'un qui m'aide à me sentir mieux. » J. (24 ans)

Des difficultés relationnelles apparaissent aussi fréquemment, liées à cet « accrochage » à l'autre, ainsi que des difficultés à gérer les conflits, avec culpabilisation, rumination et angoisse de séparation.

Liée à une estime de soi basse et à la difficulté à situer sa propre valeur émerge une importance démesurée accordée aux regards, avis et jugements des autres, qui va jusqu'à l'incapacité à manger devant les autres, par peur de leur jugement, mais qui concerne une majorité d'actes de la vie, réfléchis en fonction de ce que les autres pourraient penser, et non en fonction de soi, de ses désirs ou besoins.

Dans ce collectif, très peu de consommations annexes sont relevées. L'effet désinhibant de l'alcool est néanmoins comparé à celui des boulimies par quelques participantes.

« Les crises avaient un peu le même effet que l'alcool, les deux m'aidaient à aller vers les gens, à être assez ouverte, ça me rendait euphorique en fait. Des fois, j'alternais l'alcool avec les crises. » I. (21 ans)

Conclusion

Ces multiples témoignages décrivent bien le sentiment d'enfermement caractéristique des addictions, que l'on retrouve également dans les troubles alimentaires atypiques.

L'intensité de la souffrance, la complexité des tableaux symptomatiques, la diversité des parcours et les multiples répercussions sur la vie sociale démontrent l'importance de repérer et prendre en charge ces troubles alimentaires atypiques qui demeurent souvent banalisés. Dans cette perspective, la formation au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge des divers intervenants confrontés à ces troubles représente un enjeu majeur.

Enfin, dénoncer les pressions socioculturelles à la minceur et le dictat des régimes, promouvoir une notion de bien-être et une bonne estime de soi qui ne soient pas liées à l'apparence contribueront à prévenir les troubles alimentaires, typiques comme atypiques.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC : APA.
- Bailly, D., & Vénisse, J. (1999). *Addictions et psychiatrie*. Paris : Masson.

- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P.A. (2005). Partial eating disorders among adolescents : a review. *Journal of Adolescent Health, 37*, 417-427.
- Corcos, M., Girardon, N., Nezelof, S., et al. (2000). [Pertinence of the addiction concept in eating behavior disorders]. *Annales de Médecine Interne (Paris), 151*(suppl. B), B53-60.
- Igoïn-Apelbaum, L. (1991). La boulimie : une conduite addictive pas comme les autres. In J.L. Vénisse (Ed.), *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson.
- Jeammet, P. (2005). Adolescence, corps et addictions. In M. Reynaud, D. Bailly, & J.L. Vénisse (Eds), *Médecine et addictions* (pp. 48-57). Paris : Masson.
- Loas, G., & Corcos, M. (2006). *Psychopathologie de la personnalité dépendante*. Paris : Dunod.
- MacDougall, J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris : Gallimard.
- Norring, C., & Palmer, B. (2005). *Eating disorders not otherwise specified*. New York : Routledge.
- Pedinielli, J.L. (1991). Statut clinique et épistémologique du concept d'addiction : intérêts et limites. In J.L. Vénisse (Ed), *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson.
- Valleur, M., & Matysiak, J. (2002). *Les addictions : dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*. Paris : Armand Collin.
- Vénisse, J.L. (1991). *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson.
- Vénisse, J.L., Bailly, D., & Reynaud, M. (2002). *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* Paris : Masson.
- Vust, S., & Michel, L. (2006). Adolescence, troubles du comportement alimentaire et groupe thérapeutique : une expérience. *Adolescence, 24*, 421-428.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*.

E

Du côté des relations
affectives, sexuelles
et sectaires

F.-X. Poudat

« Je ne vis qu'à travers lui. » – « Il n'a pas le droit de vivre sans moi. » – « Je veux être en permanence avec lui. » – « Je veux le capter, le manger. » – « À côté d'elle, il n'y a que le vide, rien. » – « Je n'existe pas toute seule. » – « Il doit me protéger en permanence. » – « J'ai besoin de ma dose de câlins. » – « J'ai une fringale d'amour, de bras. » – « Je suis "avide" d'amour. » – « Il faut qu'elle remplisse mon vide affectif. » – « Je ne suis rien si l'autre n'existe pas. » – « J'ai besoin du regard de l'autre, de son approbation, sinon je m'effondre. » – « Je fais l'amour pour le remercier de sa présence constante. » – « Je passe ma vie à rechercher des hommes qui m'aiment comme je le veux. » – « Je suis collée à lui, mais, quand je l'ai, je suis déçue, j'en recherche un autre que j'aime de nouveau coller. » – « Les querelles me manquent. » – « Je l'attaque pour qu'il s'occupe en permanence de moi ».

En quoi le désir, le plaisir, le sexe, la passion, le couple ont à voir avec la dépendance ? La pratique clinique nous montre que certaines personnes « utilisent » le corps, le sexe, l'autre ou la relation à l'autre non pas comme des investissements maturants et autonomisants, mais comme des besoins à satisfaire, des objets de consommation courante, seul moyen d'exister et d'être au monde sans couler.

Aspects théoriques des dépendances affectives

Généralités

L'application de la notion de dépendance aux concepts définissant les relations affectives, ancienne dans la littérature classique au travers des textes relatant les passions romantiques, n'est que très récente dans les champs de la recherche et de la psychopathologie. C'est avec un abord sociologique et/ou scientifique que la réflexion a réellement débuté dans les années 1970-80 avec des auteurs comme Peele (1975), puis dans les années 1990 avec Hazan et Shaver (1988), Peabody (1994), etc.

Parler des dépendances affectives amène à discuter des interactions avec les notions de séduction, passion, sexualité, abandon, proximité, engagement,

la rupture en lien avec la question du normal et du pathologique. Pour mieux comprendre la place des dépendances affectives, il paraît également essentiel, dans le cadre d'une réflexion scientifique, de questionner le rôle des valeurs morales, des croyances sociales et des systèmes familiaux qui servent de « bain » à des modèles de fonctionnement et de représentations du sexe, de l'amour et de la relation à l'autre à notre époque.

Les repères, au départ psychosociaux, enrichis d'éléments descriptifs et comportementaux, sont trop vite devenus cliniques puis psychiatriques, voire même plus récemment neurobiologiques. Nous sommes ainsi passés d'un vécu social d'interdit du plaisir à une surconsommation compulsive des plaisirs, ce qui résume le passage du social à la maladie.

Apport de la théorie de l'attachement au concept de dépendance

Dans les années 1980-90, les travaux de Hazan et Shaver (1988) définissent un nouveau cadre de recherche sur la dépendance amoureuse. Le modèle qui prévaut est alors celui de la théorie de l'attachement de Bowlby. Pour celui-ci, la qualité des premières expériences d'attachement dans l'enfance construit différentes représentations de soi et de l'autre et sert de modèles aux divers styles d'attachements adultes. Ce « modèle affectif » serait fondé sur la représentation que se fait l'enfant de l'amour de ses parents entre eux et de la représentation que se fait l'enfant de l'amour de chacun des parents envers lui. Les expériences de vie au cours de l'existence ne feraient que confirmer ou infirmer ces modèles (*voir* les travaux de Pierrehumbert, 2003, et Miljkovitch, 2001, 2010). Ces modèles d'attachement à l'autre (sécure, anxieux/ambivalent, évitant) entreraient dans la mise en place de la relation amoureuse. Les travaux d'Ainsworth et Pierrehumbert (2003) et de Main (1996), concernant les modèles d'attachement de l'enfant puis de l'adulte face à l'entourage affectif, ont permis de mieux comprendre les processus d'attachement dans le cadre spécifique de la relation amoureuse. Il y aurait ainsi des corrélations étroites entre l'enfant anxieux/évitant, l'adulte ayant un « état d'esprit détaché » et le choix amoureux anxieux/évitant ; il en serait de même entre l'enfant sécure, l'adulte ayant un « état d'esprit autonome » et le choix amoureux sécurisé/autonome ; enfin, la même corrélation est retrouvée entre l'enfant anxieux/ambivalent, l'adulte ayant un « état d'esprit préoccupé » et le choix amoureux anxieux/résistant/préoccupé. Ainsi, nous voyons poindre deux paramètres : l'anxiété d'abandon et l'évitement de proximité, base du choix conjugal (le facteur hasard étant très faible) par le biais du processus d'attachement/dépendance (collé à l'autre pour exister) ou du processus d'évitement phobique (éviter l'autre pour ne pas être rejeté).

Paramètres du lien d'attachement

Pour Ainsworth et Pierrehumbert (2003), la relation affective implique trois paramètres ou systèmes de comportement :

- les *comportements d'attachement* qui apportent normalement la sécurité, mélange de protection et de défense, base nécessaire pour aller explorer le monde. On peut différencier l'attachement enfermant (insécure, dépendant) de l'attachement autonomisant (sécure, détachant). L'attachement enfermant peut devenir « toxique » comme représentation insécure de soi-même ; il se caractérise par un besoin permanent d'un amarrage de sécurité, véritable « port d'attache » ; la personne, trop fragile, s'accroche à l'autre ou à ce qu'il peut (autre toxique) pour exister, pour ne pas être abandonné. L'attachement sécure implique, en revanche, une capacité d'autonomie ; c'est un attachement qui permet le détachement, seul moyen d'être autonome dans sa vie ;
- les *comportements de soin* sont caractérisés par le désir d'apporter de l'attention et du bien-être à l'autre. Certaines personnes « soignent », protègent, rassurent, aident, « maternent/paternent » ; d'autres aiment être aidées, « soignées », prises en charge. Ces données sont normales dans tout couple mature. Elles peuvent devenir « toxiques » si elles sont l'unique mode de fonctionnement du couple ; elles amènent à une représentation insécure du couple ;
- les *comportements liés à la sexualité et la reproduction* qui se caractérisent par des facteurs physiologiques. La composante biologique, notamment hormonale (ocytocine, phéromone, phényléthylamines), intervient comme facilitatrice ou inhibitrice du lien d'attirance sexuelle, d'attachement et de soin. L'ocytocine, comme la dopamine, serait l'hormone de la confiance en soi, de l'attachement et du soin. Les phéromones seraient de substances intervenant dans les comportements sexuels, la reproduction et les liens sociaux, notamment attractifs. La PEA, hormone dérivée de la famille des amphétamines, jouerait un rôle certain dans le lien de dépendance. Sans aller jusqu'à dire que le coup de foudre ne serait entretenu que par un mécanisme chimique toxicomaniaque, il est vrai que l'intervention de la PEA, au même titre que l'adrénaline (hormone du stress générée par le contact ou le manque de l'autre), la dopamine (hormone du plaisir) ou la sérotonine (hormone de l'apaisement et de la régulation de l'humeur), est certaine. Ce paramètre sexuel peut, à lui seul, devenir « toxique », donc addictif, s'il devient le seul mode de fonctionnement et d'« accrochage » à la vie (addiction sexuelle, dépendance à la passion).

Ces trois paramètres sont à mettre en parallèle avec une autre grille de lecture, la théorie triangulaire de l'amour de Sternberg (1986), qui intègre trois dimensions à la relation amoureuse : la *passion* (sensation, émotion, attirance, etc.), l'*intimité* (évaluation de la proximité à l'autre) et l'*engagement* (capacité personnelle à la responsabilisation). Il serait intéressant de réfléchir sur les liens possibles entre engagement et attachement, intimité et soin, passion et composante biologique.

Si, pour la passion amoureuse, les *facteurs biologiques et sexuels* sont primordiaux, il semble que pour établir et entretenir une relation de longue durée, les paramètres d'*attachement* et de *soin* soient essentiels pour la persistance du lien. La présence des trois paramètres serait le signe d'une bonne

harmonie relationnelle de longue durée, subtil mélange d'attachement autonomisant, de soin bienveillant et de sexualité.

Choix de conjoint

Lorsque nous parlons de choix de conjoint nous faisons référence à la relation de longue durée. Les critères de sélection et les facteurs mis en route différencient les relations de courte durée des relations de longue durée.

Nous savons, au travers de multiples exemples cliniques, que les combinaisons ne sont pas infinies. Les insécures vont avec les insécures (les soignés vont avec les soignés ou avec des soignants d'insécures, ce qui est la même chose), les sécures ne vont qu'avec des sécures. Les personnes insécures anxieuses, résistantes (proches des personnalités phobiques anxieuses), vont être en recherche de sécurité au travers de relations soignant/soigné ; le soignant soigne mais a besoin de personnes à soigner pour exister, et vice versa. Ces individus recherchent la sécurité dans une relation stable et fusionnelle. Les personnes insécures, anxieuses et évitantes (proche des personnalités anxieuses évitantes) vont rechercher la sécurité en évitant tout contact et exposition avec une relation affective qui confronte risque d'abandon ou de fusion.

Brennan et al. (1998), d'après leur questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA), ont ainsi différencié des types relationnels qui vont servir de base aux systèmes affectifs :

- *L'attachement sécurisant* désigne les processus relationnels des personnes qui ont une perception positive d'elles-mêmes et des autres. Ces individus se sentent dignes d'amour, généralement acceptés et accueillis par les autres. Leurs stratégies interpersonnelles et leurs modèles de travail interne leur permettent d'instaurer une relation d'amitié ;
- *L'attachement craintif (anxieux/ambivalent)* décrit les processus relationnels des sujets qui perçoivent positivement les autres, mais qui s'estiment de manière péjorative. Ils ne se sentent pas dignes d'amour, et pourtant le recherchent. Lorsqu'ils débutent une relation intime, ils la vivent de façon très dépendante de l'autre. Ils s'attribuent la responsabilité du rejet qui vient de l'autre, ce qui diminue encore le peu d'estime qu'ils ont d'eux et accroît leur effort pour obtenir l'approbation d'autrui. Ce style d'attachement ne conduit pas à une relation satisfaisante ni au bonheur des deux partenaires ;
- *L'attachement évitant* se subdivise en deux types. Premièrement, *l'attachement préoccupé* (évitant de type I ou peureux/évitant), où la perception de soi et des autres est négative. Ces individus pour qui personne n'est aimable peuvent souhaiter un contact social et une relation intime. Mais ces relations intimes induisent la détresse et la peur du rejet. Ainsi, s'ils recherchent l'intimité, ils peuvent avoir une relation, mais la peur les oblige à créer une distance entre eux et leur partenaire. Ainsi, bien qu'ils ne soient pas activement hostiles, ils peuvent aggraver l'autre indirectement. Le style général de ces personnes les conduit à être rejetées et isolées socialement, ce qui confirme la vraisemblance de leur modèle interne. Deuxièmement,

l'attachement détaché (évitant de type II ou distant/évitant), où la perception de soi est positive et celle des autres négative. Ces individus ont une image positive d'eux-mêmes et essaient de réduire l'importance des autres, qui représentent une source de rejet. Ainsi, pour s'en protéger, les sujets qui ont un style d'attachement évitant investissent les valeurs d'indépendance. Ils peuvent être hostiles et sont souvent perçus par l'autre comme froids et distants. Le niveau d'intimité qu'ils peuvent développer est très minime.

Nous garderons également à l'esprit les descriptifs proposés par Miljkovitch (2010) dans l'ASSI (*Attachment Security and Secondary Strategy Interview*), car certains critères entrent en jeu dans les dépendances affectives ; c'est le cas notamment de :

- *compulsive caregiving* (CCa) : maternage compulsif, s'occupe de l'autre en s'oubliant soi-même, perçoit en l'autre quelqu'un de vulnérable, qui a besoin d'être aidé, fait tout pour « guérir » ou « réparer » l'autre ;
- *compulsive self-reliance* (CSR) : ne compte que sur lui-même, refuse ou n' imagine pas dépendre de quelqu'un d'autre ;
- *compulsive compliance* (CCo) : se soumet de façon systématique aux attentes de l'autre ; hypervigilant par rapport à son état psychologique ; manque de spontanéité et tente de ménager la susceptibilité de l'autre ;
- *Don Juan* (DJ) : met en œuvre beaucoup d'efforts pour obtenir l'amour de l'autre puis se désinvestit dès que l'autre s'intéresse à elle/lui (dimension narcissique : se prouve quelque chose à travers son pouvoir de séduction, cherche à rendre l'autre amoureux sans réelle envie d'entrer dans une relation).

Variables étudiées dans les dépendances affectives

Notre pratique clinique, nous montre que les modèles de soi, de l'autre et de la relation, seraient les principales variables à étudier au cours de l'analyse fonctionnelle. Ces variables seraient relativement stables et évolueraient de manière complémentaire en se confirmant mutuellement. Nous différencions des :

- Variables individuelles : *comment je me perçois*.
 1. Attachement : capacité à se sécuriser et à être autonome (capacité au détachement/individuation) ou au contraire tendance à s'insécuriser et à être dépendant (enfermant/anxieux ou enfermant/évitant, paramètre d'anxiété d'abandon).
 2. Engagement : capacité à se responsabiliser soi-même ou au contraire tendance à ne pas exister pour soi-même.
 3. Modèle qu'a l'individu de lui-même : image valorisée de soi, bonne estime de soi ou au contraire image dévalorisée de soi, mauvaise estime de soi.
- Variables liées à « l'autre » : *comment je perçois l'autre*.
 1. Soins : maternant (contrôle de l'autre) ou materné (soumission à l'autre).

2. Intimité : bonne connaissance de la proximité à l'autre, ou évitement du rapprochement.
 3. Modèle qu'a l'individu de l'autre : l'autre est rassurant, comble mes attentes, ou au contraire l'autre est quelqu'un dont on ne peut rien exiger et de qui on ne peut rien attendre, ou l'autre est choisi pour éviter la confrontation à soi-même.
- Variables relationnelles : *comment je perçois la relation*. C'est le modèle qu'a l'individu de la relation amoureuse. Ce n'est pas l'autre qui est important, mais le système créé avec lui qui est recherché ou fui. Ces personnes construisent leur couple en fonction du système qui serait au plus proche de cet idéal accroché à une représentation imaginaire, idéalisée du couple ; la relation affective réelle est fuite ou ennuyeuse, et les attentes sont excessives et insupportables.
 1. Modèle de relation de longue durée : relation fusionnelle, chacun apporte à l'autre ce dont il a besoin dans un système de symétrie (anxieux/anxieux) ou de complémentarité (anxieux/évitant).
 2. Modèle de relation de courte durée : relation de consommation immédiate ou relation de séduction ou relation passionnelle.
 3. Modèle de relation d'évitement de proximité : relation avec une personne mariée, avec plusieurs personnes en parallèle, avec une personne vivant dans un autre pays, avec une personne n'ayant pas les mêmes attentes que soi, avec une personne uniquement fantasmée.

Cadre des dépendances « à l'autre »

Pour certains auteurs (Charest, 1992), la dépendance amoureuse se définit par « un type d'attachement qui lie une personne à une autre et dont la qualité et l'intensité ne correspondent pas à la qualité et à l'intensité de la relation réelle. Il peut s'agir d'un attrait systématique envers des personnes avec qui une relation ne s'établit pas, d'une incapacité à quitter une relation malgré son effet destructeur, ou d'une incapacité à se détacher longtemps après la fin de la relation ». D'autres auteurs (Valleur et Matysiak, 2003) parlent de relation amoureuse addictive et en délimitent deux formes : la dépendance exclusive et aliénante à une personne, c'est alors une relation passionnelle ; et la dépendance au long cours « envers une personne que le sujet pense ou sait ne plus aimer, mais qu'il n'arrive pas à quitter... ».

Le concept de *dépendance* « amoureuse » est relié directement à l'intensité du sentiment amoureux (envahissant et obsédant), aux émotions fortes et au système relationnel, réel ou imaginaire, créé avec l'autre. Le concept s'est, dans un premier temps, élargi à celui de « *dépendances affectives* », moins connoté couple/amour, moins uniquement centré sur la profondeur du sentiment, plus ouvert aux différentes étapes de la relation à l'autre (stratégie de conquête, recherche de sensations fortes, multiplicité des partenaires, place de l'intimité, etc.), plus approprié aux autres types de relations, potentiellement addictif (parents/enfants, amis/amis, relations professionnelles, etc.), malgré tout peu interchangeable, stable et d'une certaine durée.

Entre normal et pathologique

Différencier le normal du pathologique nous oblige d'abord à considérer comme normal, dans toute vie affective, les comportements de séduction, de passion, de consommation, de relation fusionnelle, de jalousie, etc., et les réactions émotionnelles qui y sont associées comme la peur, l'envie, le besoin, le plaisir, la souffrance, l'anxiété, l'excitation, etc. Le caractère excessif et/ou anormal, tel que nous le retrouvons dans certaines classifications d'addiction, peut poser problème puisqu'il sous-entend la connaissance de ce qui serait normal en matière affective et/ou sexuelle tant en qualité qu'en quantité. Le passage du plaisir à la souffrance n'est pas non plus suffisant pour parler d'anormalité.

Il est nécessaire à tout clinicien de garder en tête les critères de définition de l'addiction tels que nous les avons décrits dans l'introduction de ce chapitre : le passage à l'acte, le caractère répétitif, l'incapacité de contrôle, l'envahissement du quotidien, l'impossibilité de toute vie relationnelle et sociale, le syndrome de manque en l'absence de l'objet addictif, etc. C'est uniquement à l'intérieur de ce cadre-là que nous pourrions alors intégrer les comportements amoureux, la conduite sexuelle, l'utilisation de l'autre, la relation de longue durée, les émotions fortes, etc., comme facteurs d'addiction à « l'autre ». Il faut faire très attention aux limites et cadres du concept d'addiction, si nous ne voulons pas tomber dans le piège de l'addiction « fourre-tout », enfermant dans sa définition tout ce qui serait excessif et répétitif dans les comportements amoureux sous le seul prétexte qu'ils dépasseraient une norme sociale, à l'image de ce qui s'était posé pour la définition des addictions sexuelles. D'un autre côté, il serait excessif, sous prétexte de se conformer aux mœurs actuelles, de considérer comme normal tout ce qui se fait comme comportements amoureux et sexuels à une époque. Entre inexistence propre et « couple jetable », une autonomie maturante est nécessaire à trouver pour tout homme, passage obligé de la dépendance à l'individuation.

Sur ce principe, nous sommes tous dépendants et nous nous accrochons tous à tout et n'importe quoi pour survivre dans notre espace vital. Nous avons tous connu des expériences de dépendance temporaire et/ou nous vivons tous dans des systèmes d'attaches permanents sans grandes conséquences pour notre équilibre psychique et pour notre environnement (certains couples vivent très bien comme cela).

Deux exemples classiques de comportement « addictif normal » sont retrouvés dans notre quotidien : la passion amoureuse ou l'« aveuglement confusionnel de l'amour », expérience excitante mais toujours douloureuse (il n'y a jamais de passion sans souffrance), et le coup de foudre comme « aliénation compulsive de la passion d'amour » (la fin y est très souvent terrible, la souffrance est majeure, l'issue est la « mort » de cette relation folle).

Clinique des dépendances à « l'autre »

Nous allons différencier quatre types de dépendance qui auront chacun une thématique particulière : séduction, passion, fusion et évitement.

Chaque type de dépendance peut être analysé selon une lecture comportementale (ce qui se voit du problème), cognitive (ce qui se dit du problème) et émotionnelle (ce qui se ressent du problème).

Classification des dépendances

Dépendances affectives à partenaire fixe

Deux styles de comportement caractérisent ces dépendances : la position de « maternant » avec contrôle de l'autre (proche de la notion de « *compulsive caregiving* ») et la position de « soigné » avec soumission à l'autre (proche de la notion de « *compulsive compliance* »).

Il s'agit d'un besoin permanent de la présence de l'autre avec vérification compulsive du lien d'attachement et soumission aux attentes de l'autre pour mieux le contrôler. Toute expérience de vide, de rupture, de séparation, de conflit et de distance accentue le problème et conduit à l'isolement social, à un état de manque, entraînant des comportements addictifs compensatoires et des troubles de l'humeur...

« Ma dépendance est une forme d'attachement maladif, un besoin de fusion qui tend à modifier, altérer et inhiber mon identité. La fusion me pousse à me fourvoyer, à me perdre. Dans ma quête d'amour éperdue, pour être aimé, je m'oublie, tenant compte de la satisfaction de l'autre au détriment de la mienne. La dépendance a été un tel danger que je me suis reniée. On s'habitue à tout, même au pire, le pire peut devenir autodestruction. On vous demande la lune, vous y œuvrez, l'objectif atteint on vous demandera Mars, puis Vénus, sans jamais que vous soyez récompensé de tant d'efforts fournis. Qui suis-je donc pour n'être jamais récompensée par la reconnaissance de l'autre ? Comment susciter le respect quand on ne le reconnaît pas en soi. Voilà bien ma tragédie : le manque de consistance. »

« Tant qu'il ne m'a pas dit des propos sincères, c'est-à-dire ce que j'ai besoin d'entendre, je ne croirais pas ce qu'il me dit. Je n'accepte pas d'être exclue d'une partie de la vie de mon mari (il s'occupe de ses enfants d'un premier mariage et a des contacts très épisodiques avec la mère de ses enfants). Il faut que je valide des certitudes pour me rassurer. Toute absence est une déchirure, son retour est dramatique car je lui déverse toutes les questions accumulées durant son absence. Sans lui je ne suis rien... »

Évitement compulsif à la relation affective de longue durée

Différents tableaux cliniques caractérisent ce comportement d'évitement compulsif : la fixation compulsive à partenaire inaccessible, la fixation compulsive à l'évitement « détaché » (proche de la notion de « *compulsive self-reliance* ») et la fixation compulsive à l'évitement « préoccupé ».

Il s'agit de comportements permanents d'évitement de la relation affective et de l'intimité, que la relation soit idéalisée et fantasmée sans réciprocité ou

qu'elle soit évitée par la peur qu'a l'individu d'être étouffé, ou enfin que la relation ne s'établisse pas par peur qu'a l'individu d'être rejeté.

Fixation compulsive à partenaire inaccessible

Laure vit toujours seule, elle ne trouve jamais de partenaire à la hauteur de ses espérances. Pour elle, tout est simple dans ses critères de choix, sauf qu'il est inaccessible car construit à partir d'éléments pris chez des hommes rencontrés au cours de sa vie mais toujours insatisfaisants. Elle se remplit de fantasmes, de rêveries, dès qu'un moment d'ennui et d'excitation solitaire survient, elle s'échappe alors de toute réalité.

« J'ai toujours été dépendante, attachée à des papillons de nuit, des hommes qui fuient. Cela me crée de l'excitation malgré les crises de rage et de colère quand ils reviennent. Les manger quand ils étaient là. Les choisir toujours aussi malades les uns que les autres pour ne pas vouloir vivre le quotidien avec eux. Seul l'unique, l'accro, reste avec moi pour mieux partir la nuit... »

Évitement compulsif « détaché »

Jacques, 38 ans, préfère rester seul pour maintenir un contrôle sur sa vie. Il ne peut pas compter sur l'autre qui devient pour lui trop envahissant, trop à risque. La peur que ses envies ne soient pas respectées l'amène à une fuite permanente. La distance qu'il crée sert à éviter toute demande affective d'autrui. Sa première expérience amoureuse n'a été que la répétition de l'étouffement insécurisant de sa mère. Après une période de « consommation de femmes », pour l'hygiène sexuelle dit-il, il s'est attaché à une femme très autonome et absente du quotidien. Cela aurait dû le contenter, mais il n'avait pas confiance en elle du fait de sa trop grande autonomie. Il l'a quittée et a retrouvé paradoxalement une autre partenaire plus présente. Après des débuts difficiles où sa femme ne se sentait pas entendue dans ses besoins alors que lui la fuyait face à ses demandes, une prise en charge thérapeutique a permis au couple de construire une distance acceptante.

Évitement compulsif « préoccupé »

Maurice est un habitué des relations de courte durée. La peur de l'ennui, de la monotonie, de la rupture potentielle au moindre problème, que celui-ci soit sexuel ou affectif, l'amène à rechercher surtout des relations courtes où tout est beau et merveilleux, sans faille ; c'est toujours lui qui décidera de rompre pour moins souffrir des conséquences d'une rupture. La dépendance à des relations brèves et fortes est le seul moyen pour lui de ne pas souffrir. Le manque d'estime qu'il a de lui-même le conduit à jouer deux rôles : l'un consiste à rechercher des partenaires qu'il pourra contrôler (pour cela il choisit toujours des partenaires qu'il considère plus faibles que lui), l'autre consiste à fuir dès qu'il analyse comme ▷

- ▷ risquée une situation quotidienne. Il quitte pour ne pas être quitté. Il pourra se créer des symptômes psychosomatiques, sexuels ou conjugaux pour se donner de bonnes raisons de partir.

Addictions à la passion amoureuse

Cette forme de comportement addictif est proche du concept de Coleman (1992) de « rapports compulsifs amoureux multiples ». Il s'agit de la recherche compulsive envahissante et répétée de sensations, de sentiments, d'émotions, de comportements passionnels de courte durée, de grande intensité, distante de toute réalité quotidienne. L'absence crée un manque, une souffrance et un isolement social.

Josiane, 28 ans, est en recherche permanente de LA relation passionnelle qui la fera sortir de son quotidien. La peur de l'ennui en présence de l'autre, la relation de longue durée, sont insupportables ; elle a l'impression qu'elle connaît tellement l'autre qu'elle n'a plus besoin de parler. Elle se sent étouffée dans une ambiance « mortelle » malgré la bonne volonté du conjoint, sa douceur et ses sentiments exprimés. Ce n'est peut-être pas un hasard si elle vit au quotidien dans une recherche permanente de sensations extrêmes par le biais de sports à risque comme le canyoning, la chute libre, le saut à l'élastique, mais aussi dans un hyperactivisme professionnel où tout est vécu comme un challenge permanent. Son problème est le choix qu'elle doit faire entre la sécurité, la stabilité et le confort affectif (le corollaire est la banalisation du piment érotique et du sexe), et l'excitation immédiate de la nouveauté, l'explosion des sensations fortes de la passion (le corollaire est la chute brutale, systématique après un début intensif). Elle a toujours eu des difficultés sexuelles dans sa relation conjugale par peur du lâcher-prise. En revanche, la sexualité a toujours été utilisée comme moyen de construire et de maintenir, pendant les premiers mois, les expériences amoureuses qu'elle a pu avoir par ailleurs. Le but premier de Josiane n'était pas de consommer du sexe, mais de vivre à plein les émotions fortes et intenses des relations créées. Pour elle la relation est plus excitante que le sexe. La première année c'est super, la deuxième on consomme, la troisième je rejette.

Fixation compulsive aux conduites de séduction

Ce comportement compulsif, proche de « la drague compulsive à partenaires multiples » de Coleman (1992), se définit par des conduites de séduction compulsives envahissantes, répétées, superficielles, d'une personne par une autre, dans le but de la contrôler. Collectionner, jouer pour valoriser le plaisir personnel sentimental et/ou sexuel du sujet se font sans réciprocité et sans engagement. Les séducteurs peuvent vivre, à côté de leur conduite de séduction, des relations relativement stables mais qui n'auront jamais la même valeur émotionnelle. Cette vie conjugale sert de pseudo-base sécuritaire pour leur permettre de partir à la « chasse ».

Denis collectionne les partenaires dans un but narcissique ; la sexualité est secondaire, utilitaire si besoin pour avoir la partenaire. C'est un besoin permanent de plaire, d'être aimé, de séduire. Il recherche un retour positif des partenaires à son égard, dans un besoin éperdu de reconnaissance et de valorisation de lui-même. Il devient un bon amant s'il s'est senti utile à la femme...

Que recherche le dépendant affectif ?

Les moteurs de la répétition addictive font exister l'individu « au travers de », par le biais de limites artificielles créées, de sensations fortes perçues et de modèles cognitifs idéalisés. Quel que soit le résultat, le but est toujours de répéter « un peu plus de la même chose », de nourrir l'addiction, enfermant l'individu dans le cycle « toxicomane » de la dépendance. Plusieurs types de besoins s'expriment et se recoupent en même temps pour la même personne.

- Certains vont répéter leur comportement pour *calmer une angoisse et une anxiété*. C'est ce que nous retrouvons, par exemple, dans la dépendance à partenaire fixe où la vérification permanente de la présence et de l'amour de l'autre est nécessaire pour apaiser la crainte de l'abandon. Nous la retrouvons comme mode de fonctionnement de toute confrontation insupportable à la solitude, au rejet ou au manque (« plutôt mal accompagné que seul »).

« Quand il est là, j'ai l'impression de vivre, cela m'apaise de me savoir aimer... Savoir que je peux intéresser plusieurs personnes me comble de joie et me détend pour le reste de ma journée, cela me calme pour la soirée. »

- Certains vont rechercher, dans la conduite addictive, à *renforcer la fuite et l'évitement* de toute relation pour, par exemple, mieux contrôler leur angoisse de proximité, maîtriser leurs schémas affectifs idéalisés.

« Me sentir aimer me fait peur, je préfère éviter ou quitter toute relation que de me faire abandonner. »

- Certains vont trouver dans leurs conduites de dépendance de quoi *tester et nourrir une estime, une affirmation et une valorisation de soi*. Nous retrouvons cela, par exemple, dans la séduction compulsive et dans l'addiction à la passion.

« Réussir à me faire aimer de quelqu'un prouve que j'ai une grande valeur à mes yeux. Savoir qu'il ne peut rien faire sans moi prouve que je suis compétent... Savoir que l'autre a besoin de moi, que je lui suis utile, me fait du bien, j'existe... »

- Certains trouveront dans le débordement émotionnel de quoi *expérimenter des sensations fortes, vivre un plaisir extrême*. C'est le cas, par exemple, des passionnés (l'excitation est incontrôlable) et des séducteurs (l'excitation est contrôlée, parfois mentalisée). Les sensations ne sont pas que d'ordre sexuel

dans les dépendances affectives (c'est ce qui les différencie des addictions sexuelles), elles n'en sont qu'une partie.

« C'est tellement excitant de vivre ces moments forts que cela représente pour moi, une jouissance totale, c'est comme si je faisais un saut à l'élastique, c'est mieux que n'importe quelle drogue. Tout le reste n'est que secondaire. Ce moment de rencontre s'infilte dans tout mon corps, comme s'il me pénétrait de partout... »

- Certains rechercheront à *remplir un vide* que celui-ci soit *psychique et/ou physique*. Ce vide peut être représenté par une absence, un ennui, un manque, etc. Remplir pour exister, occuper son temps, son espace, ses pensées ; la présence de l'autre, être aimé par l'autre, se sentir désirer font exister.

« C'est comme une bonne "bouffe", je me remplis complètement de lui, tout mon corps est envahi par lui, il est entièrement dans moi, je le sens jusque dans les moindres replis de ma peau... Je n'ai tellement pas confiance en moi que je serais prête à tout pour qu'il me donne un peu de lui, un regard me suffit. Je m'en fiche qu'il me trompe, le principal est qu'il passe un peu de temps avec moi... »

- Certains, dans le non-contrôle comportemental et émotionnel, trouvent de quoi *lâcher une tension physique, apaiser une contrainte, libérer une impulsivité*. La conduite addictive permet justement ce lâcher-prise, par les débordements qu'elle permet. Ce sont les verrouillages internes, psychiques et/ou les contraintes externes, environnementales qui régulièrement débordent en une explosion compulsive, un raptus boulimique. Il sera suivi par un apaisement, parfois une culpabilité, nourrissant de nouvelles contraintes et exigences, elles-mêmes faisant le lit d'un nouveau raptus à venir.

« Ma vie est tellement lourde et compliquée que séduire est comme un hobby, cela me défoule, c'est comme un bon trip ou un jeu en ligne... Certains de mes copains font du sport, moi je drague tous les vendredis soirs, j'ai besoin de savoir que je plais, c'est ma détente, je sais que je peux passer des heures à séduire, c'est ma soirée célibataire, quand je commence, je sais que j'en ai pour toute la nuit et je ne peux plus m'arrêter... »

- Certains ont un besoin éperdu de mettre en place des systèmes addictifs pour *se faire souffrir et punir*. Leur histoire personnelle de douleur et de souffrance, de plaies passées et présentes non cicatrisées, de culpabilité imparadonnable, les amène soit à éviter tout ce qui rappelle de près ou de loin leur vécu douloureux, soit à répéter, en choisissant certains partenaires, des modèles relationnels où se rejoueront sans cesse les scènes traumatiques. Répéter le fonctionnement insécuritaire du passé renforce alors le dégoût de soi.

« Je suis tellement quelqu'un de "sale" que je ne peux que trouver des personnes qui ne me respectent pas. Je prendrai n'importe qui pour qu'il me rejette, je ne vaudrais pas mieux. Les autres partenaires ne sont pas faits pour moi. »

Pratique clinique

Construire le lien thérapeutique

Une des spécificités de cette relation thérapeutique réside dans la mise en place d'un lien « addictif » avec le thérapeute, créant des expériences de distanciation et de proximité lors des exercices de dépendance/individuation. En outre, la lecture cognitivo-comportementale est un moyen, pour le patient, d'être actif face à son problème (plutôt que de se soumettre à « Je n'y peux rien, c'est plus fort que moi, c'est toujours trop tard »), d'observer sa manière dépendante d'être au monde (avec son cycle addictif de répétition), de prendre conscience et d'expérimenter ses capacités de changement, ses processus d'autonomisation et d'estime de soi. Il n'est pas possible de travailler avec des personnes présentant des problèmes addictifs, notamment affectifs, sans créer avec eux un amarrage de sécurité, de réassurance, de bienveillance, de soin, processus nécessaire pour permettre l'autonomisation/individuation. La prise en charge en thérapie comportementale et cognitive, par le travail dans « l'ici et maintenant » donnera aux patients la possibilité d'expérimenter « le possible », l'ouverture au changement, l'apprentissage d'une certaine « consistance », en fait savoir « nager sans bouée ». Le lien de dépendance avec le thérapeute devient structurant si le thérapeute et le patient construisent judicieusement cet outil de sécurité temporaire (port d'attache pour aller explorer le monde) fait de bienveillance, d'attachement autonomisant, de prescriptions, de reformulations, de renforcements, etc. Chacun est expert : le patient est expert dans ses plaintes et dans sa souffrance, et le thérapeute est expert dans ses outils thérapeutiques.

Les demandes

La demande thérapeutique est un point essentiel dans la prise en charge. Il est souvent nécessaire de préciser au patient le décalage qu'il y a entre une demande de guérison (la suppression du symptôme addictif), une demande d'autocontrôle et une demande d'acceptation non douloureuse du problème...

Nous distinguons les *plaintes non spécifiques*. Le patient vient pour un symptôme de décompensation psychique qui cache la réalité du problème ; ce n'est que dans un second temps que le patient prendra conscience du problème sous-jacent, de dépendance notamment affective. La demande peut faire suite à un état d'anxiété plus ou moins chronique, à des crises de panique anxieuse récurrentes retrouvées dans différents domaines de la vie familiale, sociale ou professionnelle, suite à des perceptions d'abandon ou de proximité forte à répétition. Un état dépressif, avec parfois tentative de suicide, après un rejet, une rupture, une déception, une solitude, peut être la demande première de soin, et le vécu addictif de la relation affective sera perçu dans un second temps. Un contexte de vie « phobique » avec agoraphobie, phobie sociale, etc., nous amènera à nous intéresser à la manière phobique (évitement, exposition, immersion) d'être au monde. Enfin d'autres troubles peuvent faire l'objet d'une première demande : ce sont les

autres conduites addictives (problèmes alimentaires, drogues, alcool, achats compulsifs, etc.).

Les *plaintes spécifiques* ne concernent que rarement les dépendances affectives en elles-mêmes, mais plus souvent soit les situations déclenchantes (crise et rupture conjugale, difficultés sexuelles, solitude dépressive, déception sentimentale, etc.), soit les conséquences de la compulsion (culpabilité, isolement social, conflits, difficultés familiales et professionnelles, etc.), soit enfin les signes du syndrome de manque insupportable qui conduira le patient en consultation. Parfois, la demande est spécifique et sans grande conviction ; elle concerne les demandes par obligation de soin (cela est évidemment plus fréquent dans le cadre des compulsifs sexuels) pour problèmes médicolégaux : séduction et drague auprès de mineurs, passage à l'acte intrusif sur tiers, violence conjugale, etc.

Schéma thérapeutique

Définition des objectifs : objectifs intermédiaires et objectif final

Paradoxalement, c'est en définissant ce que représente pour le patient la fin de la thérapie, la « guérison », la fin du problème, que nous pourrions, au mieux, construire les étapes intermédiaires pour un changement possible. Comme pour certaines addictions comportementales (jeu, sport, travail, sexe, achats, etc.), le but de la thérapie n'est pas toujours la disparition de l'objet addictif, mais plutôt de permettre un autre mode de perception du plaisir et de la relation à soi, à l'autre et à l'objet.

Faut-il supprimer toutes conduites de séduction, de passion, de vérification amoureuse, d'évitement affectif, en soi normales, ou plutôt permettre d'apprendre à faire la différence entre la conduite compulsive (assouvissement d'un besoin pour exister) et l'expression d'une manière affective d'être avec l'autre ? En permettant à l'individu d'entrevoir cette différence et de s'ouvrir au changement autonomisant, le problème se « consumera » tout seul. La suppression de la conduite addictive, si elle doit avoir lieu en tant que telle, n'est pas suffisante (suppression des dragues compulsives, de la consommation de partenaires, rejet du partenaire dépendant, etc.) ; elle doit être associée à une reconstruction d'un autre type de rapport à l'autre, sinon la rechute sera systématique : la nature ayant horreur du vide, le sujet aura tendance à reproduire ce qu'il sait le mieux faire, c'est-à-dire « faire un peu plus de la même chose ». Au final, ce qui est essentiel, comme dans toute psychothérapie, c'est de permettre au patient d'apprendre à choisir.

La fin d'une thérapie n'est donc pas toujours la suppression de toute dépendance. L'homme étant globalement dépendant, il serait paradoxal de vouloir demander aux patients de réussir ce que le thérapeute ne serait pas capable de réussir lui-même dans sa propre existence. Le thérapeute aide le patient à comprendre qu'il peut maintenant choisir entre conserver son objet addictif (survivre grâce à son symptôme) ou vivre en s'appuyant sur ses propres capacités d'autonomie, celles qu'il a expérimentées au cours du travail de thérapie cognitive et comportementale. Alors qu'il n'avait qu'une manière de vivre sa vie avant la thérapie (le port d'attache enfermant à

l'objet dépendant), il peut se fixer, comme objectif final, de choisir entre utiliser la conduite addictive et en assumer les conséquences ou utiliser la conduite autonomisante, plus risquée, sans objet addictif, ou du moins sans utilisation addictive de « l'objet ».

Explication des techniques utilisées

Classiquement, l'analyse fonctionnelle du comportement problème permet une lecture multifactorielle de la plainte : elle est comportementale, cognitive, émotionnelle et interactionnelle ; pour chaque lecture du problème, il y aura des modalités thérapeutiques spécifiques. Le choix des exercices et des expériences à vivre se fera, au départ, en fonction du registre utilisé par le patient pour exprimer son trouble. Nous proposerons par exemple aux « addicts » à la passion qui s'exprime dans un registre essentiellement sensoriel, émotionnel, des techniques émotionnelles et corporelles. Les vérifications amoureuses ou de jalousie des dépendants au partenaire fixe, ou « les conduites de chasse » des séducteurs qui utilisent des registres comportementaux pour exprimer leur trouble, se verront proposer des exercices d'exposition ou des prescriptions de symptôme. Les séducteurs, les évitants, qui se « remplissent » de leur scénario, qui mettent en scène mentalement avant d'agir, peuvent bénéficier, dans un premier temps, d'une prise en charge cognitive. Partir du registre préférentiel d'expression du patient nourrit le lien thérapeutique et crée une sécurité pour permettre au patient d'expérimenter le changement ; chaque personne utilise quasiment toujours le même registre d'expression dans sa manière d'être au monde.

Débuter une thérapie, c'est dire au patient que le changement commence toujours par *arrêter de faire ce qui ne marche pas et qui augmente l'échec*. En clair, tout patient a tendance à répéter ce qui l'enferme dans son trouble ; c'est la définition même de l'addiction. *Changer, c'est donc faire autrement* ; choisir une thérapie, c'est déconstruire et arrêter de faire ce qui est un échec (reproduire un comportement de séduction pour se rassurer) ; puis, c'est construire et élaborer une autre manière d'être (autre gestion de son anxiété).

Connaissance des amarrages de sécurité durant la thérapie

Dans son quotidien, le patient se sécurise soit par la répétition des cycles addictifs (compulsions), soit par leur évitement. Ce sont pour eux comme des amarrages figés, gages de survie au début de la thérapie. Nous savons que le patient ne peut pas supprimer ni même intervenir sur tout le système de dépendance et toutes les conduites addictives à la fois. Le patient et le thérapeute devront faire des choix qui seront d'autant plus importants qu'ils assureront ou non la réussite de la thérapie. Il ne faut pas forcément choisir la conduite addictive la plus envahissante en premier. Souvent, cette conduite addictive est essentielle pour l'équilibre du patient. Il est parfois nécessaire de débiter la prise en charge par une addiction périphérique peu enracinée dans le quotidien du patient, par exemple une boulimie alimentaire dans un contexte de dépendance envahissante à l'autre. Nous pouvons aussi débiter le travail par une action sur un symptôme autre, comme un trouble sexuel, une dysharmonie conjugale ou un problème professionnel

secondaire pour ce patient. Ce choix secondaire, périphérique, permet d'expérimenter les exercices et de tester la capacité de changement du patient. Travailler sur l'insécurité, l'abandon, la proximité, la vérification et le manque doit se faire de manière « homéopathique » et minimaliste. La vision magique d'une autonomie complète n'existant pas, il va falloir trouver avec le patient qu'elle est la part du problème acceptable, « vivable », à garder. Là encore, il est essentiel de bien définir les objectifs de fin de thérapie ; les patients sont parfois moins exigeants que les thérapeutes et acceptent une diminution réelle et franche, un changement acceptable et positif de leur problème, là où les thérapeutes font parfois preuve d'excès de « guérison ».

Analyse fonctionnelle

Étude de la plainte et du comportement problème

Afin de mieux cerner les paramètres à étudier, nous pouvons utiliser, dans un premier temps, les méthodes de questionnement focalisées sur le problème et sur les tentatives de solutions :

- *comportements* : nombre de partenaires potentiel(le)s dans la journée, temps entre la rencontre et le rapport sexuel, nombre de questions posées à son conjoint pour vérifier ses sentiments, situations et comportements d'évitement au quotidien, distance matérielle entre l'autre et soi à partir de laquelle l'angoisse apparaît, durée moyenne de temps passé ensemble, durée moyenne des séparations quotidiennes, durée de la « chasse » par jour, rituels de « chasse », comportement de fin de « chasse », etc. ;
- *cognitions* : « Je suis malheureux(se) tout(e) seul(e)... Je donne mon sexe pour garder l'homme... Plutôt vivre des instants immédiats que d'attendre l'impossible... Peut-être que si j'attends je serais enfin gagnant(e)... Un bon trip plutôt qu'un couple monotone... Avoir toujours une porte de sortie au cas où... Être seul(e), c'est ça la liberté... Être accompagné c'est trop risqué, il va me bouffer et je ne saurais pas dire non... Être proche c'est étouffant, je ne respire plus... Seule la passion fait vivre, la vie quotidienne est signe de mort... J'existe si de nombreuses femmes sont attirées par moi... Je suis fondamentalement un homme séduisant, la femme est un « objet » à conquérir... Je suis toute seule, personne ne pense à moi, je ne peux rien faire s'il n'est pas là... Je ferai tout ce qu'il veut, savoir qu'il respire sans moi me détruit... Être séparé, c'est être abandonné... Être aimé, c'est faire ce que l'autre veut... » ;
- *émotions* : colère, jouissance, tristesse, apaisement, tension, peur, anxiété, passion, ennui, excitation, etc.

Le cycle compulsif, répétitif, se nourrit des comportements, des cognitions et des émotions qui s'auto-entretiennent entre elles : « Plus le temps de séparation est long, plus je pense que je suis malheureuse et que personne ne m'aime, plus je suis triste et angoissée plus je vais rechercher les moyens pour combler ce mal-être... Plus je sens mon corps envahi par ces sensations d'excitation à la vue de cette femme, plus je me dis que je peux être fier de moi, plus je vais avoir envie de poursuivre ma drague. »

Étude du cycle addictif

Le *comportement problème* s'inscrit dans une *boucle réflexe* ; le cycle débute par une phase d'obsession avec focalisation sur les préoccupations addictives (fantaisie imaginative, rêverie mentale, signes physiques de manque, exposition à un stimulus discriminatif). La deuxième phase consiste à essayer de mettre en œuvre de manière ritualisée les moyens pour passer à l'acte ; cela est associé à un état d'excitation physique. La troisième phase est à proprement parlé la phase du passage à l'acte, suivie d'une quatrième phase faite d'apaisement, de culpabilité, puis de révolte envers soi-même ou/et l'autre, avant de passer de nouveau à des signes de manque s'il y a une impossibilité d'effectuer le comportement.

Les *conséquences* principales de ce cycle compulsif vont nourrir la manière dépendante d'être au monde. Les conséquences donnent envie, à court terme, de reproduire le comportement (le plaisir immédiatement ressenti par la présence apaisante de l'autre), mais elles créent aussi un manque insupportable et un phénomène de tolérance qui obligent à augmenter la dose pour avoir le même effet. C'est aussi du fait des conséquences négatives sur l'environnement, qu'elles soient familiales, conjugales, professionnelles, etc., que le processus de répétition aura lieu (fuite en avant, recherche d'apaisement extérieur, besoin de plaisir immédiat et paradoxalement recherche de conflits avec son conjoint ou rapprochement après le passage à l'acte addictif, etc.).

Les *situations à risque* les plus fréquentes déclenchant le cycle compulsif sont des situations d'exposition qui ravivent l'angoisse d'abandon (conflit, rejet, silence, ennui, absence, vide, manque, etc.), des situations qui exacerbent une trop forte proximité (étouffement, enfermement, hypercontrôle, maîtrise, etc.), des situations qui amènent à ressentir des sensations fortes (passion, séduction, plaisir, présence totale de l'autre, etc.), la présence d'autres addictions, la pression sociale et médiatique, des situations qui mettent en avant des traits de personnalité insécures (anxiophobiques, dépressifs, dépendants, narcissiques, obsessionnels, inhibés, etc.). L'utilisation du questionnaire d'addiction à l'amour de Peabody (1994) et du *Self-report measurement of adult attachment* de Brennan et al. (1998) permettra au patient de s'auto-évaluer et de mieux cerner les paramètres autorenforceurs.

Étude du contexte de fragilisation

Le travail sur l'aspect contextuel de l'addiction nous amène à nous centrer sur la dépendance comme manière d'être au monde, comme « façonnage » progressif de notre être, comme « bain » de modélisation de notre rapport à nous-mêmes et aux autres. L'étude devra prendre en compte différents niveaux d'expériences vécues et/ou imaginées, représentations de la réalité créant des modèles de fonctionnements internes propres au sujet. Les entretiens examineront plusieurs paramètres dont celui des représentations du patient concernant sa perception de l'amour de ses parents entre eux et de l'amour de chacun de ses parents envers lui. La place dans la famille et le discours ambiant vont nourrir l'image que l'on a de soi et des autres. Il en va de même de la perception de toutes les relations affectives que le patient

a vécues au cours de son chemin de vie. Les situations traumatisantes ou vécues comme telles et les conflits familiaux sont aussi à rechercher, ainsi que les moyens utilisés pour les « réparer ». Les contextes culturels, religieux et géographiques, les modes de vie, les habitudes sociales et les valeurs apprises dans l'éducation entrent en jeu pour « façonner le bain » existentiel ; enfin, nous ne pouvons pas omettre de questionner autour de la sexualité et de sa représentation. Les contextes de vie vont ainsi construire des modèles de fonctionnement laissant apparaître l'idée d'un lien possible entre système parental et choix de conjoint :

- des modèles comportementaux, manière d'être au monde, actes et attitudes : qui nous feront éviter ou rechercher la proximité ; éviter ou rechercher l'abandon ; se contrôler et/ou contrôler l'autre. Nous y façonnerons plus spécifiquement aussi des modèles de fonctionnement sexuel qui nous laisserons croire : que le sexe est un besoin primordial, qu'il n'y a pas de limites à la sexualité, que tout est possible si l'on veut garder l'autre ;
- des modèles de croyances envers soi-même, l'image que je me fais de mon rôle dans la vie : « Je crois que je suis fondamentalement seul... Je crois que mon bien-être passe par le don de moi... Pour être heureux, il faut que tout le monde m'aime... Jamais quelqu'un ne pourra m'aimer... Je ne peux que causer du tort à autrui... Je n'ai aucun pouvoir sur moi-même... Je connais forcément mes capacités de séduction... » ;
- des modèles de croyances envers l'autre, l'image que je me fais du rôle de l'autre dans la vie : « Je n'existe qu'au travers de l'autre... L'autre ne pourra jamais m'apporter ce que je désire... C'est moi qui dirige l'autre... Plus l'autre est loin plus je le veux... Mes besoins dépendent de l'autre... » ;
- des modèles de relation, l'image que je me fais de la relation à l'autre : « Le bien-être naît de l'absence de relation... La fusion donne le maximum de plaisir... Seul le couple donne un sens à ma vie... »
- des modèles émotionnels, reprises narratives d'expériences sensorielles et corporelles : « Tout frein à mon bien-être est dommageable à mon équilibre... Seules les sensations fortes expriment la jouissance... Mes besoins passent par mon corps... ».

Prise en charge thérapeutique

Pédagogie

L'étape pédagogique est une étape à part entière dans le processus thérapeutique. Loin d'être une simple information (encore moins normative !), elle est d'abord un travail de restructuration cognitive qui peut précéder ou accompagner les autres étapes de la thérapie. Ce travail peut s'effectuer à travers des consultations individuelles, des questionnaires, des auto-évaluations ; il peut également s'effectuer en groupe de parole ou groupe de couple. Une bibliothérapie peut aussi être proposée comme exercice inter-séance. Chaque fois qu'il le sera nécessaire, les patients peuvent écrire et exposer leur propre vision du problème.

Auto-observation

Comme son nom l'indique, l'auto-observation est avant tout une manière de regarder son trouble sans modifier quoi que ce soit à celui-ci. Le patient prend le juste recul nécessaire, comme si « je me voyais vivre l'acte, comme si je m'étais filmé et que je me regardais à la télévision » ; dans un second temps, « je pourrais mettre en pause à tout moment, accélérer, revenir en arrière, etc. ». Cette étape est déjà thérapeutique à plus d'un titre. Le recul pris permet déjà de ne plus être totalement dans la situation. L'injonction qui sera donnée au patient est de ne rien modifier à la situation addictive, mais de noter par écrit ce qui se passe avant, pendant et après le passage à l'acte. Nous pouvons utiliser la triple colonne de Beck ou toute autre auto-observation construite pour le patient.

Avec l'auto-observation, une autre étape thérapeutique démarre, celle du changement minimaliste, le démarrage du processus d'autonomie. S'observer, c'est déjà changer ; c'est dans cette attitude de spectateur, script de lui-même, que le patient s'éloigne de son addiction. La conduite addictive étant caractérisée par un passage à l'acte immédiat, envahissant et sans contrôle, le simple fait de s'observer et d'écrire va, dans de nombreux cas, diminuer le nombre de passages à l'acte ou en tout cas modifier quelque chose dans le déroulement de ceux-ci.

D'autres observations seront intéressantes ; elles concernent le vécu global de dépendance, le patient ne présentant jamais qu'une conduite de dépendance dans une vie « normale », mais un mode de vie dépendant. Le patient aura donc à noter dans le déroulement d'une semaine standard les autres dépendances associées en utilisant les critères de Goodman (1990) dont nous lui aurons donné un exemplaire. Il devra aussi noter les moments et les expériences quotidiennes où il n'aura pas été dépendant, où il se sera affirmé et aura eu les ressources pour réussir (que cela concerne les conduites addictives ou pas), le but étant de permettre au patient de se rendre compte de sa capacité, dans certaines circonstances, de faire autrement que de réutiliser sans cesse l'« objet addictif ».

Enfin, nous savons bien qu'il est plus simple d'apprendre à expérimenter un changement à partir d'amarrages stables. Rechercher dans son quotidien des sécurités, c'est se donner le droit de débiter une démarche vers l'inconnu (processus d'attachement/détachement). À tout moment, la personne addictive peut y faire référence et y retrouver l'apaisement, le « soin » nécessaire, avant de repartir à l'exploration autonomisante de sa vie. C'est parfois la présence d'une personne proche investie affectivement mais n'entrant pas dans le système de dépendance du patient ; ce peut être la croyance dans certaines valeurs humaines, l'investissement dans des passions créatrices, dans une démarche spirituelle, dans une prise en charge thérapeutique, etc. Tout cela nous servira pour démarrer la deuxième étape, celle de la mobilisation de l'addiction et de l'apprentissage du risque.

L'auto-observation permet au sujet de se rendre compte que la répétition maintient le problème ; comme le dit Nardone (1999) : « Vous pouvez faire autrement mais sachez qu'à chaque fois que vous répétez le problème

(à chaque fois que je demande de l'aide, à chaque fois que j'évite la rencontre, à chaque fois que je drague, à chaque fois que je quitte mon couple pour une passion), vous aggravez votre état, pensez-y simplement. »

Apprentissage du risque : « mettre un virus dans le système »

Alors que, dans la première étape d'auto-observation, nous regardions le symptôme sans modifier, *a priori*, quoi que ce soit aux paramètres observés, nous allons désormais effectuer un travail orienté sur le changement avec une technique que nous pourrions appeler « mettre un virus dans le système », dont le but sera de parasiter la conduite de dépendance. Mettre « quelque chose », un comportement, une pensée, une émotion, un paramètre environnemental pour modifier de manière minimaliste le cycle addictif « sans en avoir l'air ». Permettre de poser un autre regard, une lecture différente, tout en poursuivant son addiction. La prescription du symptôme addictif est nécessaire, mais avec le virus dans le schéma de déroulement de la conduite addictive. L'un des buts est de prendre conscience que la croyance : « c'est plus fort que moi, je n'y peux rien », est une croyance enferrant et totalitaire, ne permettant aucun changement sauf de faire « un peu plus de la même chose », c'est-à-dire la répétition de l'addiction. Durant cette étape, l'utilisation de la triple colonne de Beck est un fil conducteur : le patient s'évaluant, il proposera des alternatives à son fonctionnement.

Action comportementale

Techniques d'évitement ou d'exposition

Classiquement, l'approche comportementale s'est longtemps résumée à des techniques d'évitement des stimuli addictogènes (arrêter de se confronter à l'objet addictif et aux situations à risque : éviter le vide, par exemple, pour un dépendant fusionnel, ou éviter des situations entraînant des rencontres pour un patient évitant compulsif, etc.) ou à des techniques d'exposition aux situations à risque avec prévention de la réponse (se confronter de manière progressive aux stimuli addictogènes sans passage à l'acte : aller dans les lieux à risque, vivre des situations d'ennui, de vide, de manque, d'absence, ou au contraire s'autoriser à parler de soi sans risque d'être envahi par l'autre, etc.). Pour cette dernière technique, l'essentiel de son efficacité passe par une durée suffisante d'exposition à la situation (angoisse au moins diminuée de 50 %) et par une hiérarchisation des situations à risque pour ne pas s'exposer à des contextes tout de suite trop anxiogènes, donc de rechute. Pour cela, il est parfois nécessaire de débiter l'exposition par des situations addictives périphériques, donc à moindre charge émotionnelle ou avec un moindre manque subi. Ces deux techniques ont montré leur efficacité à court terme dans certaines addictions, elles ne peuvent être qu'une partie de la thérapie.

Prescription de symptômes : comment jouer avec mes dépendances ?

La prescription du symptôme, proche de la technique d'exposition, est une technique qui consiste à donner l'autorisation au patient d'effectuer, parfois

en l'intensifiant, son comportement addictif à la seule condition qu'il le précède ou l'accompagne d'un autre comportement, pensée, émotion, ou qu'il l'effectue dans une situation, un temps, qui va créer une contradiction dans le déroulement du schème de fonctionnement de l'addiction (une exagération ritualisée selon Nardone, 1999), donc un changement de perception de la réalité du patient.

Expérimenter des moments de vide et de fragilité sans risquer la noyade

Il s'agit de rechercher avec le sujet des alternatives au comportement addictif. Il est plus facile de débiter cette technique en demandant à la personne de se rappeler les moments dans le passé où il a réussi à ne pas passer à l'acte. Ces situations sont vécues comme des ressources, des compétences, que le sujet possède, dans lesquelles il a pu faire autrement que « un peu plus de la même chose ».

Il est intéressant également d'utiliser la liste des ports d'attache, des amarres sources d'apaisement et de sécurité. Nous pouvons ainsi utiliser la technique d'exposition en essayant d'associer à la situation addictive un amarrage de sécurité (téléphoner à quelqu'un de proche, lire ou écrire), tout ce qui, en même temps, fait diversion et est aussi investi émotionnellement par le sujet. Nous pouvons aussi, avec le sujet, mettre en place des techniques de gestion du temps vide et des absences ou, au contraire, pour faire face au remplissage boulimique du temps et de l'espace.

Techniques de résolution de problèmes et actions spécifiques sur les situations à risque

Les techniques de résolution de problèmes et les actions spécifiques sur les situations à risque (conflit conjugal, jalousie malade, évitement du contact, incapacité au contrôle des sensations, etc.) peuvent être utilisées, dès cette étape ; elles ne doivent pas être uniquement une recherche de nouveaux colmatages moins pathologiques, mais servir déjà au processus d'autonomie.

Action sur les émotions

Apprentissage de la gestion des émotions et de la perception de soi

Nous avons vu plus haut que, face à des situations addictogènes vécues comme dangereuses et angoissantes, certains individus déclenchent des réactions anxieuses liées au manque. Certains autres utilisent la réaction émotionnelle comme dans la recherche de sensations fortes afin de répéter l'addiction. Certaines techniques de relaxation, comme la sophrologie, utilisent deux étapes qui permettent d'agir tant sur le niveau corporel, sensoriel et physiologique des émotions (technique de relaxation dynamique) que sur le niveau cognitif de l'émotion (discours, reprise narrative associée aux états physiologiques, états modifiés de conscience, etc.).

Nous ne reviendrons pas sur l'utilisation des techniques de relaxation en thérapie comportementale ; seuls certains points sont intéressants à développer et sont directement opérationnels sur les facteurs de risque, sur

les paramètres émotionnels et cognitifs de l'addiction et sur les facteurs de fragilisation.

La relaxation dynamique (mobilisation du corps en position debout et/ou assise) permet, par le biais de la respiration abdominale et donc d'un état modifié de conscience, l'apprentissage de la gestion des émotions, l'accueil de sensations physiques différentes positives et négatives, l'expérience du « lâcher-prise » sans risque. Déjà là, le sujet peut prendre conscience de sa possibilité d'associer, au schème d'un comportement addictif, un état émotionnel qui sera contradictoire avec l'état de tension dans lequel il se trouve. Il pourra aussi prendre conscience de sa capacité à survivre « sans se noyer et sans bouée ». Comme pour les états de panique anxieuse où le thérapeute prescrit une activation des signes de panique, nous pouvons aussi demander au patient de se prescrire, en les accentuant, des signes d'angoisse ou d'excitation et de les autocontrôler par relaxation.

Techniques en imagination

Les techniques en imagination (par exemple les techniques de sophronisation), très proches des techniques de restructuration cognitives en imagination, peuvent s'effectuer plus aisément dans cet état modifié. Le travail peut s'orienter sur le présent, se focaliser sur des sensations négatives en pensant à une scène anxiogène actuelle source de compulsions. Il est possible également de travailler sur le futur : se focaliser sur une scène à venir, source de vide ou de rencontre à risque par exemple ; nous pouvons *a contrario* demander au sujet de se projeter dans un futur sans problème et de décrire ce qu'il imaginerait de sa vie s'il n'avait plus de problèmes, tant sur le plan émotionnel que cognitif. Il est enfin possible de travailler sur le passé : se focaliser sur une scène passée qui a été source de compulsion et de conduite addictive, puis directement se centrer sur la même scène telle qu'elle se serait passée s'il n'avait pas eu de problème addictif. Il est question ici de se focaliser sur deux postures (insécure/anxieux, sécure/autonome) et sur deux modèles de fonctionnement interne (émotionnel et cognitif), prélude au travail d'individuation.

Travail cognitif sur les pensées automatiques

- *Partir d'une situation récente* (par exemple angoisse d'abandon suite à l'absence du conjoint) qui a occasionné un comportement addictif : différencier les *croyances anticipatoires* (« Il faut que je lui prouve qu'il n'est rien sans moi... Je n'y arriverais pas toute seule... S'il me quitte je meurs... »), les *croyances soulageantes* (« Quand il est là, je n'ai plus de problèmes... J'existe dès qu'il me voit malheureuse... Il me donne tout ce que je veux quand je suis à sa merci... Il m'a dit qu'il ne me quitterait jamais... ») et les *croyances permissives* (« Je ne vais l'appeler qu'une seule fois, cela devrait suffire pour la journée... On aime jamais trop, cela lui fera du bien que je sois près de lui... »). Ces croyances autorisent le passage à l'acte (boulimie de réassurance), puis l'apparition d'émotions paradoxales (apaisantes à court terme et angoissantes à long terme) et de pensées paradoxales (« Cela m'a fait du bien, mais ce n'est pas assez, ce n'est pas tout à fait ce que j'attendais... »),

celles-ci accentuant la dérive addictive (conflit, distanciation du conjoint, anxiété d'abandon, etc.).

- *Reprendre une situation standard*, noter les monologues intérieurs (de 0 à 100), rechercher les pensées alternatives (pensées qui aident à ne pas adopter l'addiction comme unique comportement systématique, mais à en choisir d'autres, moins dangereuses et « plus respectueuses de mes objectifs de changement »). Quelle est ma croyance (de 0 à 100) dans ces pensées alternatives ?

- *Décrire de façon précise la dernière séquence addictive* en s'aidant des colonnes suivantes :

- avant de commencer : situation, facteur déclenchant. Décrire comment je me sentais et ce que je me suis dit. Quel est mon degré de conviction dans cette pensée ?

- pendant la compulsion : situation, contexte. Décrire comment je me sentais et ce que je me suis dit. Quel est mon degré de conviction dans cette pensée ?

- après le passage à l'acte : décrire comment je me sentais et ce que je me suis dit. Quel est mon degré de conviction dans cette pensée ?

- *Prendre une situation à risque identifiée par le sujet*, mettre par ordre sur trois colonnes : les pensées spontanées (qui me donnent envie de passer à l'acte), les pensées qui me donnent un contrôle sur mon envie, et ce que je choisis de vivre (mise à l'épreuve de la réalité).

- *Scénario du pire/les capacités à faire moins pire*. Nous proposons au patient de nous centrer sur trois scénarios possibles : le scénario actuel tel qu'il se passe avec la conduite addictive, le scénario tel qu'il se passerait si la situation addictive empirait, et le scénario tel qu'il se passerait si je n'avais plus de problème :

1. il est demandé au patient de rédiger par écrit le déroulement d'un schème addictif dans sa globalité, en commençant par la description de la situation à risque, les monologues intérieurs, la conduite addictive, les conséquences sur la personne et sur l'environnement ;

2. il est demandé au patient de se concentrer sur toutes les conséquences imaginables, même les plus angoissantes, tant sur le plan comportemental, cognitif qu'émotionnel (cela rappelle la technique de la flèche descendante : « Et si c'était vrai, qu'est ce que cela voudrait dire pour vous ? »), et d'écrire tout le discours interne qu'il se dit à lui-même (insécure/anxieux) ;

3. il est demandé au patient de se concentrer sur toutes les conséquences qu'il peut imaginer (scénario idéalisé) s'il n'avait plus sa dépendance tant sur le plan comportemental, cognitif, qu'émotionnel. Il rédigera un scénario détaillé de ce qu'il imagine de sa vie sans ses problèmes, notamment sa manière de gérer les situations à risque et les conséquences qui s'ensuivent (sécuré).

Le patient aura en face de lui les trois scénarios ; il les lit à haute voix, en se concentrant sur chaque mot l'un après l'autre, en commençant par le scénario actuel puis le scénario du pire, puis le scénario sans problème.

Trois occasions peuvent donner lieu à l'utilisation de cette méthode : d'une part, à chaque fois qu'il ressent le besoin de s'exposer à une situation à risque dans le réel, il fera alors cet exercice avant et après le passage à l'acte ; d'autre part, lors de techniques d'exposition programmée *in vivo* ou sous relaxation ; enfin, chez soi lors d'un exercice programmé (par exemple, une fois par jour pendant 30 minutes, pas plus pas moins, toujours à la même heure, pendant 15 jours de suite), lecture à voix haute des trois scénarios. Le but sera de saturer, par des scénarios extrêmes, le scénario actuel, qui se relativisera de lui-même.

Il sera alors pour lui plus facile de finir cet exercice en construisant par écrit un quatrième scénario alternatif, plus réaliste et plus conforme à ce qu'il peut changer. Ce scénario ultime sera le fil conducteur de la thérapie.

• *Observer et modifier le sens des mots.* Le décryptage des mots utilisés par le patient pour définir sa conduite addictive, le lien de ces mots avec les émotions qu'il y associe, permettent, sur le plan cognitif, de façonner une autre lecture du symptôme. Pensées :

- je vais être abandonné... *conséquences...* je vais avoir mal (insécure) ;
- je vais l'abandonner... *conséquences...* il va avoir mal (insécure) ;
- je le quitte, pour que je sois moi-même... *conséquences...* j'accepte que l'autre soit peut-être mal (sécure).

À chaque étape je me pose la question : qu'est-ce que je ressens comme émotion ? À quel degré je crois dans la pensée automatique et dans la pensée/conséquence ? Quels arguments pour/contre la conséquence ? Et si la conséquence était réaliste, qu'est-ce que cela signifierait pour moi ? (Et si c'était vrai que quitter fait souffrir l'autre, qu'est-ce que je risque ? Et si c'était vrai que quitter l'autre me fait grandir, qu'est-ce que je risque ?)

L'individuation : enlever les « bouées » pour prendre des risques

La première partie du programme thérapeutique consistait à donner au patient la conscience qu'il peut sans risque ébranler son « système addictif », jouer un peu avec ses bouées, survivre malgré les virus, oser. Il va maintenant être question de « nager sans bouée », apprendre non plus à survivre, mais à vivre. Le but de cette phase est de permettre au patient d'exister autrement qu'en utilisant l'addiction comme seul mode d'existence au monde. L'individuation permet d'utiliser d'autres compétences, d'autres ressources pour exister : « vivre avec et non plus vivre au travers de ». C'est le processus d'attachement/détachement, appelé encore processus d'attachement/individuation. Cette étape demandera un travail à plusieurs niveaux :

- développer une certaine *estime de soi*, seul moyen de prendre conscience de son existence propre ;
- permettre une meilleure *affirmation de soi et empathie* (seul moyen d'exister et de me différencier dans mes rapports aux autres) ;

- faire le point sur ses *capacités de changement* en repérant les outils utilisés au quotidien pour éviter le pire et s'opposer à toute compulsion ;
- prendre conscience des *schémas cognitifs*, des postulats de base souvent inconscients, fait aussi partie intégrante de l'autonomisation car ces schémas sous-tendent les mécanismes de dépendance à l'autre. Le travail de déconstruction et de reconstruction de ces postulats, passage de l'enfermement « dictatorial » souvent binaire (loi du tout ou rien, la tyrannie des « je devrais » et des « il faudrait ») à l'ouverture acceptante (« peut-être que ») s'effectuera par une discussion sur les évidences et les alternatives, par un travail sur les avantages et les inconvénients, par la mise à l'épreuve de la réalité et, enfin, par l'apport pédagogique et du sens caché des mots ;
- aider à la *construction d'un réseau social et affectif* où chacun a une place, une valeur unique et est une exception par rapport à l'autre, au risque d'avoir (mais est-ce très risqué ?) un réseau affectif qualitatif et non quantitatif. Il est, à ce niveau de la thérapie, très pertinent de proposer aux patients de les intégrer dans un groupe d'entraînement à l'affirmation de soi et aux habilités sociales ;
- oser s'autonomiser et *prendre des risques* dans sa vie affective. C'est accepter que l'autre ne puisse pas combler tous mes vides, qu'il ne puisse apaiser tous mes manques, qu'il ne puisse répondre à tous mes besoins. C'est accepter que chacun reste fidèle à lui-même. Nous devons nous rappeler que nous ne choisissons jamais le meilleur des hommes ou la meilleure des femmes, mais plutôt le moins mauvais des hommes et la moins mauvaise des femmes, et c'est très bien comme cela !
- *accepter les rechutes*, c'est-à-dire les moments où je ne suis pas compétent, où je subis un échec, où je ne suis pas satisfait de moi, où mes émotions sont incontrôlables, où mes techniques ne sont pas efficaces, où je me laisse envahir par mes ruminations.

Prévention des rechutes

Qu'est-ce qu'une rechute ? Avez-vous déjà vécu une rechute dans le passé ? Croyez-vous que vous êtes susceptible de vivre une rechute dans le futur ? Selon vous, quels seraient les événements, les pensées et les situations qui risqueraient de provoquer une rechute ? Si vous aviez une rechute, quelle serait votre réaction ? Connaissez-vous des stratégies, et lesquelles, qui pourraient vous permettre de vous relever d'une rechute ? Selon vous comment peut-on limiter les risques de rechute ?

Les entretiens de suivi tous les 3 mois, puis tous les 6 mois, permettent de maintenir avec le thérapeute un point de repère autonomisant. L'intégration des sujets dans des groupes d'entraide (*love addict group*), sur le même mode que les groupes des Alcooliques Anonymes dans l'addiction à l'alcool, a aussi une certaine efficacité ; il donne au sujet un cadre structurant, évitant parfois des confrontations à la réalité trop douloureuse. Les groupes d'affirmation de soi ou de thérapie corporelle sont là aussi pour consolider les acquis.

Conclusion

Aborder le concept, encore novateur, de la dépendance affective ou des « dépendances à l'autre », dans un ouvrage sur les addictions comportementales, soulève différentes questions qui seront sans doute dans les années à venir sujets de nouvelles réflexions, recherches et propositions thérapeutiques. Nous avons ainsi proposé une définition des dépendances affectives, une classification comportementale des addictions, une réflexion théorique selon le modèle de la théorie de l'attachement, et des programmes thérapeutiques. Tous ces points sont actuellement en cours de validation et font l'objet de projets de recherche à Nantes. Malgré tout, quels que soient les résultats des recherches, il sera essentiel pour tout thérapeute en thérapie comportementale dans le domaine des addictions affectives de ne jamais oublier, avant de débiter l'analyse fonctionnelle, que :

- nous avons tous peur du vide et de l'insécurité ;
- nous créons tous des stratégies de défense et de protection pour survivre ;
- nous sommes tous des dépendants, accrochés à de multiples amarrages plus ou moins pathologiques, nécessaires à notre survie ;
- nous pouvons tous nous libérer de ces attaches répétitives et contraignantes ;
- il est parfois plus difficile et plus angoissant de s'autonomiser que de garder son mal-être ;
- nous avons tous des ressources potentielles à développer pour nous détacher ;
- le changement apporte de nouveaux avantages et de nouveaux inconvénients ;
- nous créons d'autant moins de souffrance que nous utilisons des ports d'attache (thérapie, relation affective, couple, spiritualité, croyances, etc.) comme « camp de base et camp intermédiaire » de notre exploration angoissante mais épanouissante du monde.

Références

- Ainsworth, M., & Pierrehumbert, B. (2003). Amour et attachement. *Spirale*, 28, 31-41.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self measurement of adult attachment : an integrative overview. In J.A. Simpson, & W.S. Rholes (Eds). *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York : Guilford Press.
- Charest, R.M. (1992). La dépendance amoureuse : étude clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 13, 3.
- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive behavior ? *Psychiatric Annals*, 22, 320-325.
- Goodman, A. (1990). Addiction : définition and implication. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1988). Love as attachment. In R.J. Sternberg, & M.L. Barnes (Eds), *The Psychology of love*. (pp. 68-69) New Haven and London : Yale University press.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology : overview of the field of attachment. *Journal of Consulting on Clinical Psychology*, 64, 237-245.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'Attachement au cours de la vie*. Paris : PUF.

- Miljkovitch, R. (2010). *Les Fondations du lien amoureux*. Paris : PUF.
- Nardone, G. (1999). *Psychosolutions, comment résoudre rapidement les problèmes humains complexes*. Le Bouscat : L'Esprit du Temps. (D'après Psicoselezioni RCS Libri, 1998.).
- Peabody, S. (1994). *Addiction to love, overcoming obsession and dependency in relationship*. Berkeley : Celestial Arts. Traduction française in Ades, J., & Lejoyeux, M. (2001). *Encore plus, jeu, sexe, travail, argent*. Paris: Odile Jacob.
- Peele, S. (1975). *Love and addiction*. New York : Taplinger Publishing Company.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le Premier lien, théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Sternberg, R.J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Valleur, M., & Matysiak, J.C. (2003). *Sexe, passion et jeux vidéo, les nouvelles formes d'addiction*. Paris : Flammarion.

Pour en savoir plus

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1999). Dépendances comportementales : achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie. *Encyclopédie Médicochirurgicale* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-396-A-20.
- Carnes, P. (1992). *S'affranchir du secret*. Québec : éditions Modus Vivendi.
- Chemla, S. (2004). *La passion est-elle une addiction ?* Thèse de médecine, Paris.
- Corcros, M., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Paris : Masson.
- Cungi, C. (2000). *Faire face aux dépendances*. Paris : Éditions Retz.
- Cyrlunick, B. (1989). *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette.
- Cyrlunick, B. (1993). *Les Nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob.
- De Mello, A. (1999). *Une Minute de sagesse*. Montréal : Bellarmin ; Paris : Desclée de Brouwer.
- Girard, A. (1988). *Le Choix du conjoint*. Paris : PUF.
- Halpern, H.M. (2003). *Choisir qui on aime. De la dépendance à l'autonomie*. Québec : Le Jour éditeur.
- McDougall, J. (1991). De la sexualité addictive. *Psychiatrie Française*, 29-51.
- Poudat, F.X. (1995). Abord cognitif et comportemental. In J.L. Venisse, M. Reynaud, & M. Rousseau (Eds). *Conduites de dépendance du sujet jeune* (pp. 157-179). Paris : ESF éditeur.
- Poudat, F.X. (2005). *La Dépendance amoureuse*. Paris : Odile Jacob.
- Poudat, F.X. (2007). La dépendance affective et les addictions sexuelles. In P. Lopès, & F.X. Poudat (Eds), *Manuel de sexologie* (pp. 276-287). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Poudat, F.X. (2011). Les dépendances affectives. In F.-X. Poudat (Ed.). *Sexualité, couple et TCC, volume 2, Les difficultés conjugales* (pp. 146-192). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Reynaud, M. (2005). *L'amour est une drogue douce... en général*. Paris : Robert Laffont.
- Reynaud, M. (2006). Du plaisir, encore du plaisir ! Sensations, émotions, passions et addictions. *Journal de Psychiatrie et du Système Nerveux Central. Synapse*, 228, 16-32.
- Schneider, J. (1991). How to recognize the signs of sexual addiction. *Post Graduate Medecine*, 90, 171-182.
- Vincent, J.D. (1986). *Biologie des passions*. Paris : Odile Jacob.
- Vincent, J.D. (2003). *Le Cœur des autres*. Paris : Odile Jacob.
- Vincent, L. (2004). *Comment devient-on amoureux ?* Paris : Odile Jacob.

33 Passions et addictions

M. Reynaud

Bien avant Stanton Peele (1975), l'existence du lien et des similitudes entre la passion amoureuse et la dépendance aux drogues avait déjà été pressentie par Sigmund Freud. Défiant le balbutiement scientifique de l'époque en matière de biologie, il écrivait déjà clairement, dans une lettre à Karl Abraham : « Le philtre de Soma (un breuvage amoureux) soutient certainement l'intuition la plus importante, à savoir que tous nos breuvages enivrants et nos alcaloïdes excitants ne sont que le substitut de la toxine unique, encore à rechercher, de ce que l'ivresse de l'amour produit. » Dès 1908, Freud, grand connaisseur des passions humaines, mais également consommateur de cocaïne qui finit emporté par son amour des cigares, reconnaissait l'existence de ce philtre d'amour, mélange d'hormones et de neuromédiateurs, qui donne à l'amoureux l'impression d'être envoûté et laissait envisager, sans la connaître, l'existence de la dopamine, neuromédiateur fondamental de nos désirs, plaisirs et souffrances.

On peut, en effet, assez simplement considérer les addictions comme une exacerbation des passions : un état dans lequel la souffrance liée à l'objet de la passion dépasse le plaisir qu'il procure, dans lequel le besoin prime sur le désir et dans lequel le manque insupportable impose d'y revenir, quel que soit le prix à payer. Cette définition s'applique non seulement aux addictions aux produits mais aussi aux addictions comportementales, telles que le jeu ou les achats pathologiques, les comportements d'anorexie-boulimie ou les addictions sexuelles (Goodman, 1990). Elle concerne aussi la passion amoureuse (Aron et al., 2005 ; Reynaud, 2005).

Ces addictions, comportementales ou aux produits, traduisent la perte du contrôle des mécanismes naturels :

- d'une part, de la bonne gestion des sensations primordiales : recherche du plaisir et évitement de la souffrance ;
- d'autre part, de la bonne gestion des émotions, que celles-ci soient positives ou négatives.

On sait également, désormais, que dans les addictions aux produits psychoactifs les différentes drogues viennent se greffer sur les voies du plaisir et de la gestion des émotions. Agissant comme de véritables « leurres pharmacologiques », elles viennent prendre la place des neuromédiateurs naturels de ces sensations et émotions.

Dans cet esprit, la passion amoureuse nous paraît être le phénomène le plus explicatif de la dépendance aux produits, car c'est celui dont la

description clinique et les différentes phases sont les plus proches de la dépendance aux drogues :

- la passion amoureuse qui commence par la « lune de miel », le plaisir absolu, sexuel et sentimental. Cette passion amène à l'attachement, au besoin de l'autre ;
- la passion amoureuse qui peut aussi devenir douloureuse, voire destructrice, lorsque l'autre vient à manquer, faisant expérimenter, lorsqu'on est devenu dépendant de lui, la souffrance absolue, le manque, le vide, le besoin compulsif de l'autre.

La connaissance des mécanismes de la passion amoureuse, plaisir extrême puis souffrance destructrice, véritable addiction à l'autre, nous permet de mieux comprendre l'installation et l'évolution des mécanismes de la dépendance : nous sommes naturellement fabriqués pour être dépendants, notamment d'autrui ; la dépendance affective ou amoureuse reste la source des sensations, émotions et passions les plus fortes chez l'homme.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les dépendances aux produits s'appuient, interfèrent, miment et détournent les mécanismes de la dépendance amoureuse naturelle.

De la passion amoureuse à l'addiction amoureuse : essai de description clinique

Phase d'exaltation amoureuse : la « lune de miel »

La description clinique de l'état amoureux rassemble les éléments suivants (Fisher, 2004).

L'emballement du désir et du plaisir sexuel

C'est avec le plaisir sexuel que débute en général la folie amoureuse. Perçu comme exceptionnel, le plaisir devient un centre d'intérêt primordial et la répétition des actes sexuels entretient biologiquement un regain d'énergie physique, mais aussi psychologique, d'où une sensation de toute-puissance. Le sentiment d'allégresse et d'euphorie va de pair avec l'érection masculine qui aide l'homme à se sentir triomphant, et avec l'orgasme féminin qui aide la femme à s'éprouver comme irrésistible objet de désir.

Une sensation d'euphorie et une perception joyeuse de la vie

Lorsque l'amoureux a l'assurance que son aimé ressent de la passion à son égard, il se sent léger comme l'air. Il voit la vie à travers un effet de « prisme rose ».

Une motivation

Une motivation formidable pour le séduire l'« objet d'amour » s'accompagne d'une énergie intense, décuplée.

Un fonctionnement cognitif très particulier

- Focalisation de l'attention : l'« objet de notre amour » acquiert une importance primordiale, une « signification particulière ». L'individu possédé par

l'amour focalise la quasi-totalité de son attention sur l'être aimé, souvent au détriment de tout et de tous autour de lui – travail, famille et amis.

- Envahissement de la mémoire.
- Envahissement de la pensée – pensées intrusives

Une exacerbation émotionnelle

L'amour est en général évalué en fonction de l'intensité des sensations et émotions qu'il procure : plus un amour est fort, plus les émotions qu'il entraîne sont violentes.

Une dépendance affective

L'aimé, objet essentiel des désirs et des pensées, est rapidement perçu comme absolument nécessaire pour pouvoir vivre. L'autre est devenu un élément indispensable à notre existence.

Un besoin de l'autre avivé par le manque

Les difficultés et l'adversité accroissent la passion en rendant plus difficile l'accès à l'objet d'amour et en en faisant craindre le manque et l'absence. Ce curieux phénomène est décrit sous le nom d'« effet Roméo et Juliette ». Les obstacles, qu'ils soient physiques ou sociaux, mettent le feu à la passion amoureuse. Nous n'en voudrions pour illustration que les passions amoureuses les plus emblématiques (les amours de Roméo et Juliette, mais aussi de Tristan et Iseult, Orphée et Eurydice, Abélard et Héloïse, Paris et Hélène) toutes caractérisées par les obstacles, les interdits et les impossibilités à pouvoir posséder et jouir de l'autre.

La passion destructrice : une addiction

Passage à la dépendance : du paradis du lien à l'enfer de la dépendance

Nous pouvons prendre comme grille de « diagnostic clinique » les critères de l'addiction comportementale de Goodman (1990) ou ceux de la dépendance du DSM-IV.

Du lien hédoniste au trouble addictif, le glissement est difficilement perceptible : la dépendance se définit comme le stade où l'envie est devenue besoin, et l'« addiction » apparaît lorsque la souffrance prend le pas sur le plaisir. Il remplit alors les critères de la grille de Goodman, qui traduisent la prééminence des conséquences négatives.

L'addict amoureux répond également largement aux critères du DSM-IV : désir persistant ou effort infructueux pour réduire ou contrôler sa relation ; temps considérable passé pour cette relation ; importantes activités sociales, occupations ou loisirs abandonnés ou réduits ; poursuite de la relation malgré l'existence de problèmes déterminés par cette relation ; un réel syndrome de sevrage caractérisé par le manque, la souffrance, l'irritabilité.

Clinique de l'addiction amoureuse : la « lune de fiel »

Insidieusement, le sujet éperdument heureux a basculé dans la douleur, en a supporté un peu, puis davantage, jusqu'à devenir l'esclave d'une relation

qui lui apporte désormais plus de souffrance que de plaisir. L'Autre est devenu « sa drogue », « une drogue dure », « sa came », il y est « accroché », il ne peut pas « décrocher », il fait des « crises de manque ». Cet amour-là n'est plus une passion. C'est une addiction. Il souffre le martyr, mais il veut y retourner car l'Autre manque atrocement.

L'esprit du dépendant amoureux, *envahi par le manque*, ne fonctionne plus qu'en vue de satisfaire l'urgence de ne plus souffrir. Il se lance dans de (vaines) recherches pour trouver des dérivatifs à sa douleur physique et à sa souffrance morale, mais tous les intérêts connus autrefois comme efficaces – s'appuyer sur ses proches, s'occuper de ses enfants, faire du sport, se concentrer sur ses centres d'intérêt, son travail – restent sans effet.

La vie, qui paraissait pleine de bonheur et de couleurs au début de la phase passionnelle, *apparaît désormais comme vide, grise, sans saveur ni intérêt*.

La mémoire joue un rôle primordial en l'absence de l'Autre. Envahie par les souvenirs, elle ne laisse pas de répit à l'amoureux passionnel : le *moindre stimulus* (lieux, odeurs, silhouettes, situations, etc.) lui rappelle l'Autre.

Il est prêt à tout accepter, tel le dépendant aux produits, prêt désormais à payer n'importe quel prix pour avoir sa dose. L'Autre lui rend la vie impossible, mais elle l'est tellement plus encore sans lui.

Il sous-estime soudainement tout ce que cette relation destructrice lui fait perdre ou mettre en péril : son travail, sa famille et, d'une façon générale, son équilibre.

L'alternance du plaisir extrême et du manque profond caractérise la passion amoureuse

Ce n'est pas la nature chimique de la drogue qui explique qu'on s'y accroche vite ou non, mais son mode d'action : elle est d'autant plus addictive que l'activation du circuit dopaminergique est brutale et la décroissance rapide ; c'est le contraste qui fait l'accroche, l'alternance entre le fabuleusement bon et le terriblement douloureux.

De même, la passion destructrice s'installe d'autant plus facilement que les premiers contacts ont été intenses, riches en plaisir, exactement à l'image des produits. Mais aussi lorsque l'Autre fait expérimenter un manque de plus en plus important, soit parce qu'il est peu disponible, inaccessible (différence de culture, de classe, d'âge) ou lointain (séparé par la mer ou par le temps), ou tout simplement parce qu'il est marié.

La passion est favorisée par le fait qu'elle est contrariée par la société, par des parents à l'adolescence, par le conjoint reprenant le rôle de l'interdicteur dans l'adultère. On retrouve les déchirements, déjà évoqués, de Roméo et Juliette, de Tristan et Iseult.

Mais également, au-delà des absences liées à la réalité, certains font expérimenter le manque en mettant en place des « absences psychologiques ». Ainsi la technique de la « douche écossaise », volontaire ou inconsciente, alternant grande proximité amoureuse et fuite, douceurs et câlins puis agressions et absences, a un terrible pouvoir addictif. Et certains Autres sont passés maîtres dans l'art de rendre « fou d'amour » (Reynaud, 2005).

Plaisir et souffrance

Les plaisirs et leurs modulations

Des plaisirs multiples

L'homme peut trouver de multiples sources de plaisir. Il peut s'agir des plaisirs corporels les plus banaux ou des sensations les plus primitives, tels que la nourriture, la boisson, les activités sexuelles ou sportives. La source de plaisir la plus complexe, mais sûrement la plus importante, concerne les émotions liées à la relation à l'autre : relations affectives, amoureuses ou liens avec la progéniture ainsi que la valorisation ou la reconnaissance sociale.

Le désir prépare le plaisir

L'intensité du plaisir dépend de l'intensité du désir, « de l'appétit » ; et l'appétit décroît après la satisfaction de la consommation avec une période réfractaire d'une certaine durée pendant laquelle le désir est apaisé et l'objet de plaisir peut même, à la limite, induire de l'aversion ou du dégoût. Avec les stimulants naturels du plaisir, il existe une véritable autorégulation de cette sinusoïde désir-plaisir-manque : trop de plaisir sature le désir (il existe une période réfractaire après la satisfaction : la satiété) et trop d'absence finit par éteindre le désir (Esch et Stefano, 2004).

Les plaisirs artificiels : la perte de la modulation naturelle

On sait aussi désormais que les drogues addictives sont capables d'agir directement sur ces voies de la récompense (Nestler, 2005). Les drogues agissent en induisant tout d'abord une sensation de plaisir. Mais la différence fondamentale entre les drogues et les plaisirs naturels (faim, soif, sexe, etc.) est liée au fait que cette période réfractaire n'apparaît pas avec les drogues qui peuvent répéter le plaisir à chaque prise et maintenir indéfiniment la tension du désir ; avec les drogues, l'apaisement et la satiété n'apparaissent pas (Koob et Le Moal, 2001).

Neurophysiologie du plaisir et de la motivation : la dopamine et les systèmes dopaminergiques

Nous allons centrer notre description du système et des mécanismes de la motivation sur la dopamine et les voies dopaminergiques. Il s'agit en effet actuellement du modèle le plus abouti et le plus accepté (Goodman, 2008). La réalité est sûrement plus complexe ; ainsi, le GABA (acide γ -aminobutyrique) et le glutamate, la noradrénaline et la sérotonine sont également impliqués dans ces phénomènes. De même, la réactivité de l'axe corticotrope, les récepteurs aux glucocorticoïdes et la sensibilité au CRF (*corticotrophin releasing factor*) sont de puissants modulateurs de la réponse dopaminergique, impliqués dans l'installation de l'addiction (Piazza et Le Moal, 1998 ; Koob et Kreek, 2007).

Mais le modèle dopaminergique, largement étayé à partir des données obtenues dans les dépendances aux produits, permet de décrire et comprendre les différentes phases et mécanismes des addictions.

La dopamine

La dopamine, c'est l'envie d'agir, de créer, d'aimer, de faire l'amour, de découvrir, d'en savoir plus, d'aller plus loin. C'est tout le désir qu'on a de le faire et tout le plaisir qu'on éprouve à le faire. C'est la clé de notre plaisir comme de notre désir, notre élan vital : c'est le substrat fondamental du système de motivation. Di Chiara et Imperato (1988) ont mis en évidence en 1988 que toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance augmentaient la dopamine dans le *nucleus accumbens*. Puis, dans les années suivantes, il a été montré que toutes les récompenses naturelles, susceptibles d'apporter du plaisir, augmentaient également la dopamine dans le *nucleus accumbens*. Enfin, et c'est là l'élément récent le plus important, on sait désormais que cette stimulation dopaminergique concerne toutes les synapses dopaminergiques des voies du plaisir et de la récompense : le fonctionnement de la synapse dopaminergique, qui a tout d'abord été décrit dans le *nucleus accumbens*, s'applique donc aux synapses dopaminergiques de l'hippocampe, de l'amygdale, du cortex cingulaire et orbitofrontal et du cortex préfrontal (Koob, 2003).

La sécrétion de dopamine code la valeur du plaisir

Les neurones dopaminergiques permettent de mesurer, à chaque niveau fonctionnel, la valeur d'un objet ou d'une récompense : la « saillance ». Ils fonctionnent comme un « baromètre » du plaisir et de la souffrance. L'étude des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale qui se projettent dans le *nucleus accumbens* a montré que ces neurones ont deux formes d'activité, tonique et phasique (Mathon et al., 2003).

On parle d'échelle d'évaluation interne de la valeur des objets, où l'unité de décharge phasique des neurones dopaminergiques constituerait une sorte d'étalon. La valeur des objets est codée : c'est le codage des récompenses (Grace, 2000).

L'incertitude stimule la décharge dopaminergique : le désir augmente le plaisir

La décharge dopaminergique se met en route quand apparaît, dans l'environnement, un objet potentiellement intéressant (un stimulus porteur d'une valeur). L'attente du plaisir est déjà du plaisir. Plus l'incertitude est grande, plus les risques d'erreur sont importants (risques d'erreur = probabilité de ne pas pouvoir obtenir l'objet), et plus l'activité des neurones est grande (Grace, 2000 ; Fiorillo et al., 2003).

Attendre multiplie l'intensité des émotions, des sentiments, comme des sensations ! Il n'y a pas besoin d'avoir, mais de savoir qu'on va avoir pour que le débit de dopamine s'élève, procurant déjà une sensation de plaisir. En revanche, trop de manque ou d'attente fait souffrir en déclenchant l'hypodopaminergie quand la récompense attendue ne vient pas. Mais si la récompense est régulièrement trop longue à venir, elle finira par perdre sa valeur « récompensante » : trop d'envie tue l'envie !

De nombreux récepteurs modulent le débit de dopamine

La sécrétion de dopamine est modulée par divers récepteurs et interneurons positionnés et agissant sur les cellules dopaminergiques. En ce qui concerne

la modulation de la sécrétion de dopamine par les plaisirs et souffrances, ce sont essentiellement les récepteurs et interneurons cholinergiques, cannabiniérgiques, opioïdériques, oxytergiques et gabaérgiques (Wise, 1996).

Il est important de noter que le nom des récepteurs modulant le débit de dopamine a été donné par rapport aux drogues qui, elles, étaient connues de longue date. Extrêmement puissantes, elles ont permis de mettre en évidence les récepteurs. C'est ainsi qu'ont été découverts dans les années 1970 les récepteurs nicotiniéques, dans les années 1980 les récepteurs opioïdériques ainsi que les récepteurs GABA-NMDA, et dans les années 1990 les récepteurs cannabiniérgiques. À chacune de ces découvertes, les scientifiques et les philosophes se demandaient pourquoi nous étions fabriqués pour devenir dépendants au tabac, aux opiacés et au cannabis. Puis régulièrement, dans les années qui suivaient, on découvrait les ligands endogènes correspondant à ces récepteurs. C'est ainsi qu'ont été mis en évidence l'acétylcholine, les endorphines, les endocannabinoïdes qui viennent moduler de façon douce et physiologique le fonctionnement des récepteurs. Les drogues agissent ainsi comme des « leures pharmacologiques » venant prendre la place de nos modulateurs naturels et endogènes car elles ont une plus grande affinité pour les récepteurs que nos modulateurs naturels.

Les différentes fonctions de la dopamine selon ses différents niveaux d'action

La dopamine code la valeur du plaisir aux trois niveaux d'évolution du cortex (Goldstein et Volkow, 2002) :

- au niveau de l'*archéocortex* (striatum ventral et nucleus accumbens), elle code la sensation en plus ou moins bonne ou mauvaise : *sensations* ;
- au niveau du *paléocortex* (lobe limbique, cingulum antérieur), elle code la valeur de l'émotion ressentie plus ou moins positive ou négative : *émotions* ;
- au niveau du *néocortex* (cortex orbitofrontal et préfrontal), elle organise la programmation de l'action en fonction du vécu interne (importance du besoin ; valeur de l'émotion) et des éléments du contexte : *actions et sentiments* ;
- parallèlement, elle a permis la *mise en mémoire*, au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe, de l'expérience de plaisir ou de déplaisir.

La valeur des émotions est codée dans le cortex cingulaire et le cortex orbitofrontal

Le nucleus accumbens analyse au niveau de l'archéocortex la valeur positive ou négative d'une sensation, celle-ci pouvant varier de très mauvaise à très bonne. Au niveau du paléocortex, ce sont le cortex cingulaire et le cortex orbitofrontal qui analysent la valeur des émotions, celles-ci se situant sur une échelle allant de la souffrance à l'extase (O'Doherty et al., 2001).

Mais il faut savoir que les émotions négatives liées au manque et au déplaisir peuvent être teintées de colère, de chagrin ou de peur. La tristesse, la peur et la colère correspondent à trois modalités affectives permettant de traiter cette émotion douloureuse qu'est la sensation de manque, de vide (Heinzel et al., 2005 ; Rolls, 2000) (figures 33.1 et 33.2).

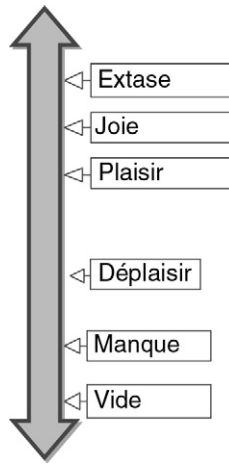


Figure 33.1
Sensations dans le nucleus accubens.

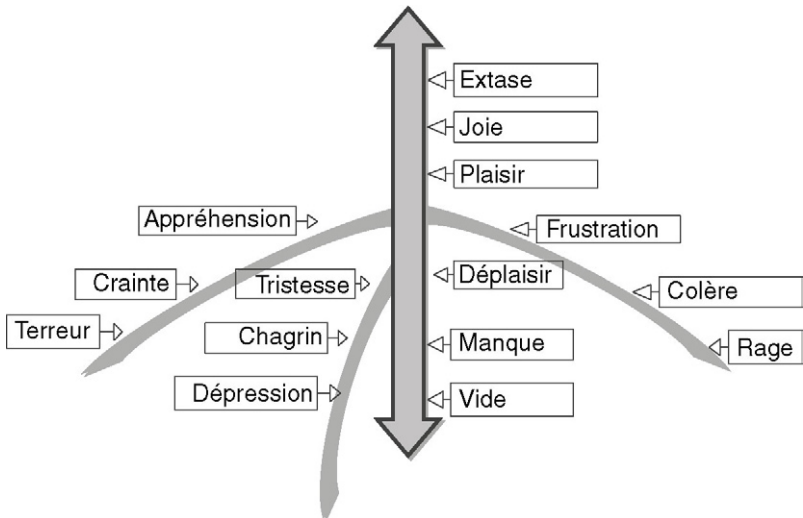


Figure 33.2
Sensations dans le nucleus accubens : émotions dans le lobe limbique et le cortex orbitofrontal.

L'amour et les drogues sont des modulateurs puissants du plaisir

Les plaisirs naturels, modulateurs du débit de dopamine

Les différents plaisirs naturels viendront moduler la sécrétion de dopamine par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques d'interneurones inhibiteurs ou stimulateurs. La mise en route de réseaux neuronaux associatifs spécifiques à chacun des plaisirs donnera à ce plaisir, au désir et à la motivation qu'il sous-tend une teinte particulière : ainsi, le plaisir pris à manger un chocolat est-il différent de celui apporté par l'acte sexuel ou par la relation maternelle ? Mais les voies dopaminergiques constituent une véritable voie finale commune du plaisir, de l'intérêt et de la motivation (Esch et Stefano, 2005).

Les plaisirs naturels viennent stimuler des récepteurs différents selon leur nature. Ainsi, de façon schématique, les plaisirs de l'alimentation stimulent les récepteurs cannabinoïdes (Wang et al., 2004), les plaisirs sexuels stimulent les récepteurs opioïdes, les relations affectives et amoureuses sont médiées par des récepteurs oxyergiques à l'ocytocine et à la vasopressine, et par le système corticotrope (Fisher et al., 2002).

La sécrétion dopaminergique est, également, puissamment modulée par les récepteurs corticotropes, ce qui permet d'emblée de comprendre comment les situations de stress et les situations affectives interviendront dans la modulation de notre bien-être puisque les unes et les autres sont de puissants stimulateurs de l'axe corticotrope et donc de la sécrétion des corticoïdes et du CRF (Sinha, 2001).

C'est ainsi que le cerveau est programmé pour le plaisir. Mais il est aussi programmé, avec ses modulateurs physiologiques, pour retourner à un état plus neutre à la fin du plaisir.

Les corrélats neurobiologiques de l'acte sexuel et de l'amour agissent sur la dopamine

Les hormones du désir et de l'acte sexuel sont bien connues (Carter, 1998 ; Marazziti et Canale, 2004). Le cocktail testostérone + l'ulibérine + opioïdes + ocytocine + dopamine constitue un véritable « philtre d'amour » : schématiquement, la *testostérone* correspond à la mise en route du désir sexuel, la *lulibérine* est l'hormone de l'acte sexuel, qui entraîne lors de l'orgasme la libération d'*endorphines* (les hormones de l'extase et du bien-être) et d'*ocytocine*. Chacune de ces hormones vient stimuler les voies dopaminergiques, renforçant ainsi le désir, le plaisir, sa mise en mémoire et l'envie de le répéter. Elles permettent l'installation de cet état psychologique si particulier qu'est l'état amoureux, sensation d'être envoûté, hypnotisé, focalisé sur l'objet d'amour (Freud).

Le sentiment amoureux repose avant tout sur la préférence de l'amoureux pour son aimé(e). C'est-à-dire sur la fixation de l'intérêt, l'orientation de la motivation. Un fort taux de dopamine dans le cerveau entraîne une

concentration extrême de l'attention, doublée d'une motivation à toute épreuve et de comportements orientés vers un but. Ces caractéristiques sont des composantes centrales du sentiment amoureux. L'être épris se focalise intensément sur l'être aimé, souvent à l'exclusion de tout ce qui les entoure. Il est obnubilé par les qualités de l'autre au point d'en oublier ses défauts ; il magnifie même jusqu'au moindre souvenir d'événements ou d'objets qu'ils ont partagés.

L'extase est un autre aspect remarquable de l'amour. Elle semble également liée au niveau de dopamine. Un taux élevé de dopamine dans le cerveau provoque l'euphorie et bon nombre des sentiments dont font état les amoureux – surcroît d'énergie, hyperactivité, perte du sommeil, de l'appétit, tremblements, palpitations, souffle court, et comportement parfois maniaque, anxieux ou craintif.

Enfin, la dopamine intervient aussi dans l'apprentissage de stimulations nouvelles. Ainsi, l'embrassement de l'esprit, l'euphorie, l'insomnie et la perte d'appétit, mais aussi l'énergie intense, l'attention focalisée, la motivation à toute épreuve et le comportement orienté vers un seul but, la tendance à considérer l'être aimé comme objet de l'intérêt unique, et la réponse à l'adversité par un redoublement de la passion, tout cela peut être dû, en partie, à une forte présence de dopamine dans le cerveau de l'amoureux.

Les substances psychoactives ou « drogues » : des modulateurs artificiels du débit de dopamine

Le mode d'action des différents produits addictifs a des particularités propres à chaque substance, mais ils ont tous en commun d'*augmenter le débit de dopamine dans notre système de récompense et de plaisir*, ou système dopaminergique mésocorticolimbique (Adinoff, 2004).

Les drogues artificielles agissent directement sur l'aire tegmentale ventrale, sur le nucleus accumbens et sur l'ensemble des voies dopaminergiques. Ces substances hautement récompensantes entraînent de très hautes concentrations de dopamine (Pierce et Kumaresan, 2006).

On a ainsi pu montrer que plus une drogue est dopamino-stimulante, plus elle induit de dépendance : l'équipe de Volkow (2007) a ainsi pu mettre en évidence une corrélation entre le pouvoir addictogène d'une substance et sa capacité à déplacer le [11C]raclopride qui est un ligand des récepteurs dopaminergiques.

L'élévation du débit de dopamine est brutale, soudaine et envahissante. Tandis que le phénomène, sous l'effet d'un plaisir naturel, se compte en millisecondes et en millimoles, la drogue envoie ses informations pendant plus d'une heure (Wise, 2002), au lieu de quelques minutes dans le cas du plaisir le plus violent, l'orgasme, que l'on compare souvent à un « shoot ».

Le cerveau s'adapte à des prises répétées en diminuant le nombre de récepteurs, de façon à limiter les effets de cette sur-stimulation (Robinson et Berridge, 1993). On appelle « allostasie » l'apparition de cette nouvelle norme qui se manifeste physiologiquement par la tolérance, l'adaptation à des doses importantes, et les signes de sevrage quand le produit manque.

C'est ce qui définit la dépendance (Koob et Le Moal, 2001). Mais quand le produit vient à faire défaut, le nombre de récepteurs capteurs de dopamine, devenu insuffisant, ne permet plus de produire assez de dopamine : le patient est « en manque ». Cette situation de manque, de besoin, induit un cercle vicieux qui amène petit à petit le consommateur à n'avoir plus qu'un seul et unique but motivationnel et une unique façon d'éviter la souffrance. Cet état de besoin s'installe plus ou moins rapidement, selon le degré addictif de la drogue.

Fonctionnement du cerveau addict

Chez le sujet normal, la décision d'entreprendre une action vers un but désiré, tient compte de l'importance de la motivation pour cet objet, fonction de sa valeur de récompense, elle-même liée au souvenir du plaisir qu'il a entraîné précédemment. Mais, en fin de compte, c'est le contrôle cortical préfrontal qui évaluera, en fonction du contexte et du désir anticipé et mémorisé, s'il convient d'agir ou de différer l'action.

Chez le sujet addict, il y a une sur-valorisation de l'objet du désir : sa valeur récompensante, le souvenir de celle-ci, entraîne une motivation majeure ; le simple désir est devenu besoin. Le contrôle cortical est devenu insuffisant, trop limité pour tenir compte du contexte et des conséquences. Les informations qu'envoie tout le cerveau sont devenues impérieuses, correspondant à un besoin perçu comme nécessaire, absolu et vital. Le contrôle « raisonnable » n'arrive plus à s'exercer, à contrebalancer ces informations de besoin majeur exigeant une action pour le satisfaire (Everitt et Robbins, 2005 ; Fisher et al., 2005 ; Yucel et Lubman, 2007).

Nora Volkow (2007) a proposé un schéma synthétique du fonctionnement du cerveau addict (figure 33.3). En situation normale, quatre circuits interagissent :

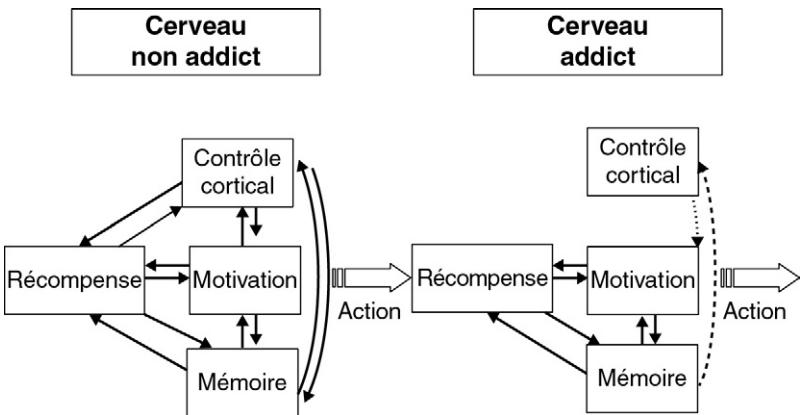


Figure 33.3
Fonctionnement du cerveau non addict/addict. D'après Volkow J. Clin Invest 2003 ; 111 : 1444-1451.

- le circuit de la récompense (nucleus accumbens, pallidum ventral) ;
- le circuit de la motivation, de l'évaluation et de l'action localisé dans le cortex orbitofrontal et le cortex cingulaire ;
- les voies de la mémoire (localisées dans l'amygdale et l'hippocampe) ;
- le contrôle cognitif localisé dans le cortex préfrontal.

En situation normale, l'équilibre entre ces quatre circuits aboutit aux actions adaptées à notre état émotionnel ou à nos situations de besoin. En cas d'addiction, on assiste à une survalorisation du besoin et de la motivation vers l'objet d'addiction, à l'envahissement de la mémoire par cet objet et à une déconnexion, au moins partielle, du contrôle inhibiteur préfrontal.

Amour et addictions : les données de l'imagerie cérébrale

Nous disposons depuis plusieurs années de beaucoup de données d'imagerie concernant les addictions aux produits. Elles ont permis de préciser les mécanismes décrits ci-dessus.

Les données concernant le désir sexuel, l'orgasme et la relation amoureuse sont plus récentes. Elles permettent de comparer les mécanismes et les circuits activés et d'analyser les similitudes (Aron et al., 2005, Esch et Stefano, 2004 ; Fisher et al., 2005 ; Yucel et Lubman, 2007 ; Bartels et Zeki, 2000).

Données de l'imagerie dans la dépendance aux produits

L'imagerie médicale a permis, ces 10 dernières années, de visualiser de plus en plus finement les altérations morphologiques et fonctionnelles des sujets dépendants aux différentes substances. De façon synthétique, on retrouve dans toutes les dépendances une hyperstimulation de l'aire tegmentale ventrale, du striatum ventral (et en particulier du nucleus accumbens), du cingulum antérieur, du cortex orbitofrontal et préfrontal. Cela a été mis en évidence pour l'alcool, les opiacés, la cocaïne, le cannabis et le tabac.

De façon récente et tout à fait intéressante, on a pu montrer que ce sont les mêmes régions qui sont activées par les stimuli reliés à la cocaïne chez les dépendants à la cocaïne et chez les sujets normaux regardant des vidéos sexuellement stimulantes ou auxquels sont présentés des stimuli appétitifs en période de faim. Ces études confirment les liens entre le *craving*, le besoin lié aux drogues, et les états naturels de besoin et de motivation, et renforcent ainsi l'hypothèse d'un détournement du fonctionnement des circuits endogènes de récompense au bénéfice des drogues addictives.

Données de l'imagerie dans la relation sexuelle et amoureuse

Chaque plaisir a ses caractéristiques neurobiologiques. On peut résumer ainsi les mécanismes cérébraux propres à chaque phase de l'amour.

Imagerie cérébrale du désir sexuel

Elle est distincte chez l'homme (Redoute et al., 2000 ; Ferretti et al., 2005 ; Bocher et al., 2001) et chez la femme. Le désir masculin, motivé par des stimuli visuels, actionne des régions cérébrales proches des zones caractéristiques de l'esprit de conquête. Le désir masculin est peu contrôlé par le néocortex. La mise en route du désir sexuel féminin est, elle, plus complexe, plus « cérébrale » et favorisée par la parole et la mise en confiance (Komisaruk et al., 2004).

Imagerie du plaisir sexuel

Il montre une déconnexion des aires cérébrales d'analyse. On met de côté craintes et soucis. Cet *abandon* des zones de contrôle s'accompagne d'une forte activité dans l'insula, zone des sensations corporelles, parallèlement à une illumination des voies du plaisir (Holstege et al., 2003 ; Meston et al., 2004).

Imagerie de la passion amoureuse

Elle révèle une forte sollicitation des zones du plaisir sexuel et des voies de la motivation, une augmentation des sécrétions hormonales et de l'activité de l'hypothalamus, une acuité des sensations corporelles et donc de l'insulte, ainsi que la mise en route des *neurones miroirs* permettant de ressentir ce que vit le partenaire. Plus la passion est intense, plus ces aires sont activées (Bartels et Zeki, 2000). Parallèlement, on observe une extinction des zones de l'esprit critique. L'amour diminue l'activité des voies neuronales associées à la critique et aux émotions négatives, diminue la peur et augmente la confiance. La passion amoureuse rend aveugle.

Lorsqu'on est envahi du désir de l'autre, lorsque les zones les plus archaïques du cerveau prennent le pas sur les zones dites « raisonnables », l'amoureux perd pied. La régulation des sensations par le paléocortex et le néocortex n'opère plus (Rustichini, 2005). C'est le propre de la passion, qui peut éventuellement dégénérer en passion destructrice.

Imagerie dans l'attachement amoureux et l'attachement maternel

Bartels et Zeki (2000) ont aussi comparé l'amour passionnel et l'amour maternel : les deux types d'attachement activent en commun les régions du système de récompense, mais aussi, pour l'amour maternel, les zones riches en récepteurs à l'ocytocine et à la vasopressine. Il est intéressant de noter que, dans les deux cas, les zones associées aux perceptions négatives d'autrui sont désactivées, traduisant l'extrême confiance liée à la fusion amoureuse ou maternelle.

Traduction imagée du manque

Chagrin d'amour

L'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique nucléaire propose sa représentation de la rupture. Au même titre que la passion ou le désir sexuel,

la sensation de manque s'exprime clairement au niveau cérébral. Le chagrin d'amour sollicite des zones spécifiques du cerveau. Les images recueillies lors de la radiographie d'un sujet abandonné sont strictement en symétrie inverse à celle réalisées sur un sujet passionnément amoureux. Toutes les zones du cerveau qui étaient en état d'alerte du temps de la passion sont désormais amorphes. Et toutes celles qui étaient en sommeil sont au contraire sollicitées (Najib et al., 2004) : hypofonctionnement du striatum ventral, du cingulum antérieur et des cortex orbitofrontaux et préfrontaux, du thalamus et de l'insula, en particulier du côté gauche et hyperfonctionnement des zones du cortex associées à la théorie de l'esprit.

Haine

Sémir Zeki, pionnier des images de l'amour passion et de l'attachement, s'est penché sur le sentiment de haine découlant de la séparation et du manque (Zeki et Romaya, 2008). Il a observé sous IRM dix-sept sujets à qui il a montré, parmi quatre photos, celle du partenaire responsable de la rupture. L'intensité de la haine était évaluée avec la *Passionate Hate Scale* (PHS), instrument de mesure similaire à la *Passionate Love Scale*. À la vue du partenaire haï (bien qu'autrefois aimé), deux zones cérébrales, généralement actives dans l'épisode passionnel, s'illuminent : l'insula, traduisant ici les émotions corporelles de la haine, et le putamen impliqué dans la perception émotionnelle d'autrui, reflétant vraisemblablement l'activité des neurones miroirs émotionnels. D'autres zones s'illuminent : le cortex frontal prémoteur, traduisant la préparation imaginaire d'une action d'attaque ou de défense. Mais aussi une zone frontale qui pourrait traduire la mise en route des neurones miroirs anticipant les actes de la personne haïe. Très récents, ces résultats sont donc à confirmer.

Neurones miroirs

En effet, il semble que les mécanismes miroirs, connus dans l'évaluation et l'adaptation aux mouvements et aux sensations de l'autre [les mêmes zones cérébrales s'activent lorsque des sujets subissent des chocs électriques ou lorsque c'est leur compagnon qui ressent la douleur (Wise, 1996)], soient également impliqués dans les phénomènes d'empathie. Ils expliqueraient notre capacité à percevoir une émotion éprouvée par un autre. Tout le monde en a fait l'expérience : tristesse, joie, enthousiasme, dépression, sont des états d'âme « communicatifs ». C'est que le système neuronal miroir nous relie aux autres. Si l'autre souffre, on souffre avec lui. Si l'autre est heureux, on se réjouit pour lui. La corrélation des émotions est d'autant plus forte et immédiate que la personne observée nous est proche.

Le cerveau est tissé de neurones qui commandent mouvements et émotions. Les mêmes neurones président à la représentation de ces mouvements et de ces émotions, permettent de percevoir ce que fait ou ce que ressent l'autre et, en conséquence, au sein d'un couple, donnent accès, sans passer par la parole, aux sensations et émotions du partenaire. Désir du désir de l'autre, plaisir du plaisir de l'autre...

Conclusion

On présentait « cliniquement » la proximité de l'amour et de l'addiction : désir et plaisir deviennent un besoin, et l'absence de l'autre (ou du produit) entraîne anhédonie, vide, tension, irritabilité et souffrance ; on retrouve également l'apparition du besoin compulsif et absolu d'y retourner, d'en reprendre (le « *craving* »), quel que soit le prix à payer, l'envahissement mnésique et la perte du contrôle raisonnable des comportements.

La neuropsychologie, la neurobiologie et la neuro-imagerie permettent désormais de mieux comprendre l'un et l'autre de ces états. Mais si elles permettent de lever un peu du mystère de l'amour, elles n'ôtent évidemment rien de sa magie.

Références

- Adinoff, B. (2004). Neurobiologic processes in drug reward and addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 305-230.
- Aron, A., Fisher, H., Mashek, D.J., et al. (2005). Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology*, 94, 327-337.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11, 3829-3834.
- Bocher, M., Chisin, R., Paraq, Y., et al. (2001). Cerebral activation associated with sexual arousal in response to a pornographic clip : a 15O-H₂O PET study in heterosexual men. *Neuroimage*, 14, 105-117.
- Carter, C.S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.
- Di Chiara, G., & Imperato, A. (1988). Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 85, 5274-5278.
- Esch, T., & Stefano, G.B. (2004). The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. *Neuro-Endocrinology Letters*, 25, 235-251.
- Esch, T., & Stefano, G.B. (2005). The neurobiology of love. *Neuro-Endocrinology Letters*, 26, 175-192.
- Everitt, B.J., & Robbins, T.W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction : from actions to habits to compulsion. *Nature and Neuroscience*, 8, 1481-1489.
- Ferretti, A., Caulo, M., Del Gratta, C., et al. (2005). Dynamics of male sexual arousal : distinct components of brain activation revealed by fMRI. *Neuroimage*, 26, 1086-1096.
- Fiorillo, C.D., Tobler, P.N., & Schultz, W. (2003). Discrete coding of reward probability and uncertainty by dopamine neurons. *Science*, 299, 1898-1902.
- Fisher, H. (2004). *Why we love ?* New York : Owl Books.
- Fisher, H., Aron, A., & Brown, L.L. (2005). Romantic love : an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *Journal of Comparative Neurology*, 493, 58-62.
- Fisher, H.E., Aron, A., Mashek, D., et al. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 413-419.
- Goldstein, R.Z., & Volkow, N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis : neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Goodman, A. (1990). Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.

- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75, 266-322.
- Grace, A.A. (2000). The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*, 95 (Suppl. 2), S119-128.
- Heinzel, A., Bermpohl, F., Niese, R., et al. (2005). How do we modulate our emotions ? Parametric fMRI reveals cortical midline structures as regions specifically involved in the processing of emotional valences. *Brain Research, Cognitive Brain Research*, 25, 348-358.
- Holstege, G., Georgiadis, J.R., Paans, A.M., et al. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, 23, 9185-9193.
- Komisaruk, B. R., Whipple, B., Crawford, A., et al. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury : fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Research*, 1024, 77-88.
- Koob, G., & Kreek, M.J. (2007). Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1149-1159.
- Koob, G.F. (2003). Neuroadaptive mechanisms of addiction : studies on the extended amygdala. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 442-452.
- Koob, G.F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24, 97-129.
- Marazziti, D., & Canale, D. (2004). Hormonal changes when falling in love. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 931-936.
- Mathon, D.S., Kamal, A., Smidt, M.P., & Ramakers, G.M. (2003). Modulation of cellular activity and synaptic transmission in the ventral tegmental area. *European Journal of Pharmacology*, 480, 97-115.
- Meston, C.M., Levin, R.J., Sipski, M.L., et al. (2004). Women's orgasm. *Annual Review of Sex Research*, 15, 173-257.
- Najib, A., Lorberbaum, J.P., Kose, S., et al. (2004). Regional brain activity in women grieving a romantic relationship breakup. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2245-2256.
- Nestler, E.J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction ? *Nature and Neuroscience*, 8, 1445-1449.
- O'Doherty, J., Kringelbach, M.L., Rolls, E.T., et al. (2001). Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. *Nature and Neuroscience*, 4, 95-102.
- Peele, S. (1975). *Love and addiction*. New York : Taplinger Publishing Company.
- Piazza, P.V., & Le Moal, M. (1998). The role of stress in drug self-administration. *Trends in Pharmacological Sciences*, 19, 67-74.
- Pierce, R.C., & Kumaresan, V. (2006). The mesolimbic dopamine system : the final common pathway for the reinforcing effect of drugs of abuse ? *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 30, 215-238.
- Redoute, J., Storélu, S., Grégoire, M.C., et al. (2000). Brain processing of visual sexual stimuli in human males. *Human Brain Mapping*, 11, 162-177.
- Reynaud, M. (2005). *L'amour est une drogue douce... en général*. Paris : Robert Laffont.
- Robinson, T.E., & Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving : an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research, Cognitive Brain Research*, 18, 247-291.
- Rolls, E.T. (2000). Precis of The brain and emotion. *The Behavioral and Brain Sciences*, 23, 177-191, discussion : 192-233.
- Rustichini, A. (2005). Neuroscience. Emotion and reason in making decisions. *Science*, 310, 1624-1625.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse ? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.

- Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wang, G.J., et al. (2007). Dopamine in drug abuse and addiction : results of imaging studies and treatment implications. *Archives of Neurology*, *64*, 1575-1579.
- Wang, G.J., Volkow, N.D., Telang, F., et al. (2004). Exposure to appetitive food stimuli markedly activates the human brain. *Neuroimage*, *21*, 1790-1797.
- Wise, R.A. (1996). Neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, *6*, 243-251.
- Wise, R.A. (2002). Brain reward circuitry : insights from unsensed incentives. *Neuron*, *36*, 229-240.
- Yucel, M., & Lubman, D.I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction : implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, *26*, 33-39.
- Zeki, S., & Romaya, J.P. (2008). Neural correlates of hate. *PLoS ONE*, *3*, e3556.

34 Cyberaddiction sexuelle

I. Codina

L'élargissement du champ de l'addictologie aux « addictions sans drogues » est susceptible d'entraîner une extension quasi infinie des conduites possiblement pathologiques. Nous avons choisi, au centre médical Marmottan, de nous en tenir à une définition classique de l'addiction : le fait, pour le sujet concerné lui-même, de vouloir réduire ou cesser sa conduite, sans y parvenir.

En 2006, après les joueurs d'argent et de jeux vidéo, nous avons commencé à accueillir des hommes se présentant comme cyberaddicts sexuels. Nous étions déjà sensibilisés à la dépendance entraînée par Internet. Avec le temps, nous allions découvrir que la cyberdépendance au sexe pouvait revêtir plusieurs formes présentant des degrés divers d'engagement dans la relation :

- regarder seulement des sites pornographiques et se masturber ;
- regarder des sites pornographiques et aller sur des sites de rencontre sans finaliser la rencontre ;
- regarder des sites pornographiques et aller sur des sites de rencontre en finalisant quelquefois ou toujours les rencontres ;
- aller uniquement sur les sites de rencontre et finaliser ces rencontres « *in real life* », etc.

Dans tous ces cas de figures, la dimension addictive nous paraît exister, mais doit être distinguée d'une part des inhibitions de type névrotique, et d'autre part des fonctionnements franchement pervers.

Avec ces 4 années de recul, il nous semble utile de faire un premier point sur ce sujet, en ayant l'idée de partager cette expérience avec les autres équipes s'occupant d'addictions et avec le projet de mettre en place un groupe de réflexion réunissant ces diverses équipes pour avancer sur l'aspect conceptuel, penser à des mesures de prévention et à des approches thérapeutiques diversifiées.

Il nous faut préciser qu'il s'agit d'un premier recueil d'informations tirées des notes prises dans chaque dossier de patient jusqu'à fin 2009 et de premières impressions cliniques.

Données chiffrées

Globalement, en 4 ans, nous avons accueilli environ 75 personnes, ce qui correspond à la file active – c'est-à-dire nouveaux patients de chaque année

plus patients qui reviennent consulter. Une progression plus prononcée s'est opérée en 2009 concernant les nouveaux venus. Ainsi, il y a eu 7 nouveaux cas en 2006, 8 en 2007, 13 en 2008, et 25 en 2009.

Sur ces 75 personnes, seules 3 étaient des femmes. Elles allaient uniquement sur des sites de rencontres.

Les données qui suivent ne portent pas sur l'intégralité des 75 sujets que nous avons reçus, mais sur 50. À leur première venue, sur ces 50 sujets :

- 23 ont entre 26 et 35 ans ;
- 15 ont entre 36 et 45 ans ;
- 13 associent la dépendance sexuelle avec d'autres usages excessifs, voire d'autres dépendances. Il peut s'agir d'alcool, de cannabis, de tabac, de médicaments, de jeux d'argent ou de jeux vidéo. Selon les périodes, la prédominance d'une dépendance par rapport à une autre peut varier ;
- 26 vivent en couple ;
- 24 vivent seuls ;
- 18 ont des enfants ;
- 27 ont une activité professionnelle stable ;
- 23 sujets sont peu occupés.

Aperçu théorique

Dans le DSM-IV-TR (2003), la section Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle inclut trois chapitres. Le troisième comporte notamment les « Troubles sexuels non spécifiés » dont l'intérêt est de « pouvoir coder une perturbation sexuelle qui ne remplit pas les critères des troubles listés précédemment », mais la détresse liée à l'usage d'Internet n'est pas prise en compte dans ce chapitre.

Goodman (1998), qui cherche à défendre le concept d'addiction comportementale et en l'occurrence sexuelle, souligne la parenté des traits caractéristiques partagés par l'addiction sexuelle et l'addiction aux substances. Mais il précise que « de façon significative, les signes reconnus de l'addiction – expérience de “*craving*”, perte de contrôle, tolérance et sevrage – caractérisent l'addiction sexuelle au même titre que l'addiction aux substances. »

En ce qui concerne les personnes que nous recevons, nous soulignons que les signes cliniques qui nous donnent l'impression d'être sur le terrain dont nous nous occupons depuis bientôt 40 ans, en plus de l'association fréquente avec d'autres dépendances, sont :

- un besoin irrésistible d'aller sur les sites ;
- leur sentiment de dépendance : tous disent avoir essayé de mettre un terme à leur comportement répétitif et envahissant depuis des années devant l'ordinateur sans y être parvenus, en dépit des conséquences négatives qu'il entraînait – douleurs physiques dans les cas de masturbation prolongée sur des heures, perte de leurs compagnes et de leur travail, isolement social, dépenses excessives sur les sites payants, etc. ;

- les patients finissent par avoir un rythme décalé entre la nuit qu'ils passent devant les sites et les jours où ils ont tendance à dormir ;
- leur tendance (ou leur crainte) à regarder des scènes de plus en plus dures pour parvenir à un niveau d'excitation équivalent à celui qu'ils éprouvaient au début de leur pratique ;
- l'expression d'un syndrome de manque parfois seulement psychologique, parfois à la fois psychologique et physiologique, avec soit de fortes douleurs musculaires, soit des palpitations, un état de tension, des idées obsédantes (« Je ne peux rien faire d'autre, je suis obnubilé, je ne peux pas contrôler mon cerveau »), lorsqu'ils tentent de s'abstenir.

Ce processus pose, une fois de plus, la question de la part du psychique et du neurobiologique.

Donc, qu'il s'agisse du plaisir « mécanique » de la masturbation, *via* les sites pornographiques, et/ou de la recherche désespérée du partenaire idéal, *via* les sites de rencontre, nous avons l'impression que l'addiction est bien ce qui motive leur venue en consultation.

Un article très intéressant de Kingston et Firestone de 2008 passe en revue la conceptualisation et les diagnostics concernant l'hypersexualité problématique. Pour ce qui est de l'addiction, il résume les critiques apportées à ce concept et les limites de ces critiques. En conclusion, dans la suite de Kafka (1997, 2007) et de Briken et al. (2007), les auteurs sont favorables à un nouveau modèle nommé le « modèle des troubles du désir sexuel ». Ce dernier s'applique à des individus présentant un comportement sexuel désinhibé s'accompagnant d'angoisse et en rapport avec des modes de satisfaction sexuels normés culturellement (par exemple, la masturbation compulsive, la dépendance pornographique). Les auteurs plaident pour que les futures éditions du DSM prennent en compte ces sujets. L'intérêt en serait de s'attacher aux états motivationnels à la base de ces comportements, tels que la recherche de plaisir (trouble du contrôle des impulsions) et le soulagement de l'angoisse (trouble obsessionnel compulsif), pour envisager des traitements adéquats.

Pour le futur DSM-V¹, de fait, il est proposé d'ajouter une fiche sur le trouble d'hypersexualité. Lorsqu'on clique sur l'onglet « Sévérité du trouble », on constate que les auteurs cherchent à savoir si certains comportements tels que les activités cybersexuelles peuvent être sources de problèmes.

Quelques caractéristiques de nos consultants

Une grande majorité d'entre eux ont porté intérêt à la pornographie et ont adopté une pratique masturbatoire dès l'adolescence. Une minorité était plus jeune : 8, 9, 10 et 11 ans. En petit nombre aussi sont ceux qui ont découvert la pornographie à l'âge adulte, directement *via* la connexion Internet.

1 Version provisoire à consulter et discuter : <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SexualandGenderIdentityDisorders.aspx> (consulté en septembre 2010, parution prévue en 2013).

Ils se décrivent pratiquement tous comme ayant été très timides, peu sûrs d'eux, introvertis, repliés sur eux-mêmes, solitaires, ayant eu des ruminations, se sentant complexés physiquement, n'osant pas nouer de contacts avec les filles.

Au niveau étiopathogénique, un bon nombre fait état de traumatismes sexuels, d'environnement incestueux, d'atmosphère incestuelle au cours de leur enfance ou de leur adolescence. Il s'agit donc de maltraitance physique et/ou psychologique.

Les troubles associés à leur dépendance sont essentiellement l'anxiété, la dépression, au sujet de laquelle il est parfois difficile de démêler – comme pour les autres addictions – si elle est une cause ou une conséquence de leur usage, des troubles ou des tendances obsessionnels.

Dans les premiers entretiens, quelques-uns mettent plutôt en avant leur prostitution ou leur attrait pour les prostitué(e)s ou leur comportement d'exhibitionnisme-voyeurisme.

Ils peuvent être en cours de psychothérapie ou d'analyse, mais la découverte d'un site, d'un ouvrage ou d'une émission leur apporte la conviction de présenter les traits d'un addict sexuel et décident donc de consulter notre structure.

Une évaluation s'impose car nous n'avons pas pour vocation de prendre en charge les conduites perverses criminalisées. Le tri que nous opérons est bien sûr subjectif. Mais, d'une manière générale, nous réorientons ces personnes vers leurs thérapeutes. Nous faisons de même pour ceux qui ont mis un terme à leur comportement compulsif et en arrivent à vouloir comprendre ce qui les a conduits sur cette voie.

En revanche, à une personne dans la même situation, mais qui va exprimer un sentiment de vulnérabilité, la crainte de craquer, nous lui proposons un accompagnement au titre d'une prévention de la rechute.

Relations amoureuses et activité

La question du lien entre la cyberaddiction et les relations amoureuses apparaît complexe.

Comme le montrent les données chiffrées précédemment indiquées, une petite majorité (26 sujets) vit en couple. Si quelques-uns, qui estiment avoir des relations sexuelles satisfaisantes, s'interrogent sur le pourquoi de « cette dépendance à côté », la plupart mentionnent des conflits dans leur vie amoureuse. Soit ils les identifient comme antérieurs à leur dépendance, et le suivi peut alors leur permettre progressivement de les gérer autrement en entreprenant, par exemple, une thérapie de couple. Soit ils les identifient comme postérieurs. Dans ce dernier cas, il y a ceux qui cachent complètement leur dépendance à la pornographie et la masturbation à leur compagne et se culpabilisent des difficultés qui en résultent dans leur couple, et il y a ceux qui s'ouvrent de leur souffrance et trouvent un soutien, plus ou moins durable, chez leur conjointe.

Presque autant (24 sujets) vivent seuls. Quinze sont célibataires. Extrêmement honteux, en partie en raison du tabou familial et social attaché à ce comportement, très dévalorisés, ils se sentent « sales », « laids » et donc moins attirants pour les femmes. Leur « incapacité à séduire » et à nouer des relations sentimentales, un tant soit peu durables, les entretient dans la dépendance. Ils se sentent enfermés dans un cercle vicieux.

Récemment, un sujet d'une quarantaine d'années m'expliquait qu'après s'être décidé à finaliser une rencontre sur Internet, il a « déversé » à la femme rencontrée son manque d'amour pendant des heures. « Elle m'a dit que j'allais trop vite, elle ne m'a pas rappelé. Quand je ne dis rien, que je me mets en situation d'écoute, elles me disent que je ne suis pas intéressant. En fait, je mets en échec ce que je souhaite le plus. »

Neuf sont séparés. Il s'agit de sujets dont la compagne a découvert leur attrait pour la pornographie et a alors demandé une séparation, ou de sujets que leurs compagnes ont tenté d'aider dans un premier temps avant de se décourager.

La question du lien entre leur dépendance et une occupation ne s'avère pas simple non plus. Nous avons vu qu'une petite majorité (27 sujets) a une activité professionnelle stable.

Toutefois, certains ont perdu un ou deux postes avant de se stabiliser parce qu'ils allaient sur les sites pornographiques pendant leurs heures de travail. D'autres s'attirent des difficultés en raison de leurs retards répétitifs le matin parce qu'ils ne parviennent pas à s'arracher de l'ordinateur. D'autres encore ne peuvent s'empêcher de se masturber quand ils sont seuls dans une pièce au risque d'être surpris.

Certains, lorsqu'ils quittent le cadre structurant du travail, se plaignent d'ennui, de vide, d'incapacité à s'occuper chez eux autrement qu'en allant sur les sites pornographiques, d'impossibilité de se concentrer sur une lecture par exemple, d'absence de désir de trouver des activités socialisantes. Ils disent que les sensations sexuelles, le plaisir, font qu'ils se sentent en vie.

J'associe ce manque de tranquillité intérieure avec la question que me posait récemment un garçon d'une vingtaine d'années : « Je me masturbe, mais pourquoi faut-il que je me berce aussi avant de m'endormir ? »

Presque autant (23 sujets) n'ont pas d'activité ou une activité réduite. Dans ce groupe, certains ont fait l'expérience d'aller mieux quand ils étaient davantage occupés et cherchent avant tout une solution de ce côté.

Internet : un outil favorisant la dépendance sexuelle

Presque tous ont découvert la pornographie et ont débuté une pratique masturbatoire très fréquente à travers des magazines spécialisés, des films X à la télévision, des sex-shops, des cassettes vidéo, des CD-roms ou le Minitel, mais tous disent avoir connu une *amplification de leur problème avec l'avènement d'Internet*.

Certains vont uniquement, ou de façon associée à la pornographie, sur des forums ou des chats de discussion sexuelle. D'autres, tout en communiquant téléphoniquement avec des femmes, les visualisent dénudées *via* les webcams.

Mais la majorité consulte des sites gratuits pour visualiser de simples photos ou des films plus élaborés, plus construits. Les scénarios recherchés sont très divers mais ce qui importe, en général, est plus l'atmosphère érotique ou, dans le cadre de fantasmes à tonalité sado-masochique, l'humiliation psychologique d'un personnage féminin.

Toutefois, au bout d'un temps variable, certains, pour ressentir encore une excitation, consultent des sites payants en quête d'images de plus en plus brutales et peuvent y investir jusqu'à la totalité de leurs salaires.

Il est fréquent, comme nous l'annoncions en introduction, qu'en plus des sites pornographiques, les sujets consultent également des sites de rencontre. Ils peuvent ne pas finaliser ces rencontres dans la réalité.

D'autres, au contraire, ne vont pas sur les sites pornographiques mais utilisent exclusivement les sites de rencontres pour trouver de multiples partenaires « *in real life* » et avoir avec elles une « sexualité minute », pour reprendre l'expression utilisée par Séverine Bordrie (2004).

Tous vivent comme un progrès une pratique masturbatoire sans support visuel envahissant leur existence.

Mais qu'il s'agisse d'isolement devant le Web ou d'aventures sexuelles répétitives, domine une forme de fuite de l'engagement dans la relation à l'autre.

En phase de soins, ils se plaignent de la publicité lancinante faite sur Internet pour la pornographie, comme ils se plaignent de la publicité envahissante faite dans la rue pour la lingerie ou la plastique féminine.

Accompagnement thérapeutique pluridisciplinaire

Les suivis de ces quelques années montrent que, comme pour les dépendances en général, les sujets recherchent surtout des stratégies d'évitement, des garde-fous pour lutter comme :

- mettre l'ordinateur à distance, s'en séparer complètement, convenir d'un code avec une personne de confiance, mettre un code soi-même et le rendre pratiquement inaccessible, etc. ;
- se faire interdire de site par un opérateur, ce qui n'est possible que lorsque les sujets vont sur un nombre très limité de sites ; cela devient impossible lorsqu'ils surfent sur une multitude de sites. Demander un contrôle parental en se faisant passer pour un parent qui veut protéger son enfant adolescent s'avère également très difficile.

Quelques-uns trouvent une aide précieuse dans les groupes de support de DASA (Dépendance Affective et Sexuelle Anonyme) ou auprès de thérapeutes relaxologues.

L'accompagnement psychothérapique, quand il se met en place, permet aux sujets de prendre conscience que leur addiction constitue une stratégie de gestion des émotions. Certains vont comprendre que leur refus de la confrontation, des conflits, les tarade intérieurement au point de devenir obnubilant, stressant ; la pornographie et la masturbation peuvent alors s'avérer des moyens éphémères de se détendre, d'oublier, d'être dans une bulle.

D'autres vont prendre conscience qu'ils n'acceptent pas d'être perturbés émotionnellement par leur entourage ; la pornographie et la masturbation peuvent leur donner alors un sentiment de reprendre le contrôle sur eux-mêmes, de maîtriser à nouveau la situation perturbante.

La pudeur, la honte et la culpabilité rendent la description des images visualisées et, plus encore, une réflexion sur les fantasmes qu'elles mobilisent très difficiles.

À l'heure d'aujourd'hui, l'accueil de ces patients a fait l'objet de discussions en équipe.

Aussi peuvent-ils commencer à bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire et des différents outils dont nous disposons : premier contact avec les accueillants avant présentation à un clinicien, consultation avec un psychiatre si un traitement est nécessaire, entretien avec le service social si une réorientation professionnelle sans ordinateur est recherchée.

Nous sommes même prêts à leur proposer des séjours de rupture dans notre unité d'hospitalisation, parmi les toxicomanes et les joueurs, avec la possibilité de réfléchir à un projet de vie différent, même s'ils sont réticents à cette idée dans un premier temps.

En effet, ils estiment avoir lutté toute leur vie pour être différent de leur famille « malade », les comportements incestueux ou à caractère incestuel de leur entourage étant perçus comme relevant d'un trouble psychologique, si ce n'est psychiatrique. Une hospitalisation revient, dans leur esprit, à reconnaître qu'ils ont échoué à être différents, qu'ils sont des « malades psy ». Dans cette circonstance, un travail de psychopédagogie est de première importance, pour leur permettre de comprendre qu'une conduite de dépendance a toujours une facette positive et négative, une fonction de *pharmakon*, à la fois remède et poison. Une hospitalisation, c'est aussi une expérience au sens plein du terme, où ils peuvent s'essayer à vivre sans Internet, à être accompagnés par leur référent, l'équipe médicale et infirmière, dans le manque que cela suscite, dans l'effort que cela comporte de renouer des relations sociales.

Conclusion

Comme pour les autres addictions, il faudra admettre qu'un petit nombre de vrais dépendants ne représente qu'une part minoritaire par rapport au nombre d'usagers.

La clinique émergente de la cyberaddiction sexuelle doit, par exemple, nous conduire à nous interroger sur la marchandise du sexe, sur le fait que

la pornographie sur Internet est peut-être d'ores et déjà devenue la principale modalité de l'éducation sexuelle.

Combien de temps faudra-t-il à notre société pour prendre conscience du phénomène de dépendance accru ou initialisé, chez les adultes, par la mise à disposition en ligne de toutes sortes de sites à caractère sexuel ?

Plus pernicieux encore, n'y a-t-il pas un risque majeur à ce que les enfants et les adolescents qui, de tout temps, ont cherché à assouvir leur curiosité sexuelle *via* des supports divers mais limités, puissent, à l'abri de tout regard éducatif, découvrir la sexualité et en rester captifs, sous la forme de la pornographie et non pas seulement de l'érotisme ?

Références

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e édition révisée). Paris : Masson.
- Borderie, S. (2004). *La compulsion sexuelle masculine*. Desu d'addictologie, université Paris-VIII.
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W., & Hill, A. (2007). Diagnosis and treatment of sexual addiction : a survey among German sex therapists. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 14, 131-143.
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction : an integrated approach*. Madison, CT : International Universities Press.
- Kafka, M.P. (1997). Hypersexual desire disorder in males : an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 505-526.
- Kafka, M.P. (2007). Paraphilia-related disorders : the evaluation and treatment of nonparaphilic hypersexuality. In S.R. Leiblum (Ed), *Principles and practices of sex therapy* (pp. 442-476). (4th edition.). New York : The Guilford Press.
- Kingston, D.A., & Firestone, P. (2008). Problematic hypersexuality : a review of conceptualization and diagnosis. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 15, 284-310.

Pour en savoir plus

- Codina, I., & Rossé, E. (2009). Internet. Un amplificateur pour les addictions comportementales. *Psychotropes*, 15, 77-91.
- Matysiak, J.C. (2007). *L'addiction sexuelle. Les nouvelles addictions*. Paris : Scali.
- Stoller, R.J. (2007). *La perversion. Forme érotique de la haine*. Paris : Payot & Rivages.
- Valleur, M., & Matysiak, J.C. (2004). *Les nouvelles formes d'addiction. L'amour. Le sexe. Les jeux vidéo*. Paris : Flammarion.
- Valleur, M., & Matysiak, J.C. (2006). *Les pathologies de l'excès. Sexe, alcool, drogue, jeux... Les dérives de nos passions*. Paris : J. C. Lattès.

Le lien d'aliénation entre gourou et adepte : d'une emprise, l'autre

E. Diet

L'asservissement des adeptes dans les groupes sectaires relève d'une psychopathologie des liens que l'on peut précisément identifier comme aliénation, selon la définition qu'en donne P. Aulagnier (1979) : « À la réalité le sujet ne substitue plus son phantasme, ni une reconstruction délirante, mais bien *le discours tenu par l'autre*. La réalité est telle que cet autre la définit et le sujet est conforme à cette définition que l'autre en donne. » C'est sur la scène sociale et dans la rencontre avec un autre soutenu par un groupe que se réalise la rencontre entre persécuteur et persécuté dans la forme spécifiquement sectaire d'une emprise perverse sur la pensée et l'identité subjective méconnue comme telle. Le désir de sens et de certitude identificatoire à l'œuvre dans la conversion sectaire ne relève pas d'une pathologie spécifique, mais peut être pensé comme conséquence de l'anomie anthropologique contemporaine et des désordres identitaires et narcissiques qu'elle produit. Mais si l'aliénation sectaire est un des syndromes ethniques produits par la mondialisation néolibérale et les avatars de la géopolitique, elle touche singulièrement les sujets dits « borderline » désormais paradigmatiques de la personnalité modale hypermoderne et s'inscrit dans la crise générale de la transmission identificatoire et la généralisation des logiques d'emprise perverse dans le social-historique.

Il convient cependant de rendre compte du fait que les adeptes ne peuvent aucunement être définis comme prédisposés à la servitude volontaire par un profil psychopathologique défini, une inculture ou une situation psychosociale particulièrement dramatique. Le lien d'emprise qui asservit l'adepte au gourou dans la passion et la violence ne peut prendre sens et consistance que comme répétition d'un système de liens qui se trouve redoublée et instrumentalisée dans le groupe sectaire mettant en œuvre une séduction narcissique primaire structurée par l'incestualité. Les stratégies de séduction et de mise sous terreur à l'œuvre dans la secte mettent radicalement en cause l'articulation identitaire entre sujet idiosyncrasique et sujet du groupe en attaquant le sujet dans ses appartenances et en sollicitant la part la plus archaïque du narcissisme, telle qu'elle demeure présente chez tous les sujets de l'humaine condition. C'est la raison pour laquelle, si les histoires singulières déterminent différenciellement le destin sectaire

des adeptes, nul ne peut prétendre *a priori* pouvoir résister à la séduction sectaire, ni échapper à la répétition traumatique de l'infantile qu'elle agit méthodiquement sur la scène du réel.

Le transfert illimité qu'exige et produit le gourou doit donc être pensé non seulement comme emprise d'un Père et/ou d'une Mère archaïques, mais bien comme présentification d'un retour de l'infantile *Hilfflosigkeit* et des craintes d'effondrement que la mise sous terreur réciproque agit par le groupe des adeptes sollicite dans la horde. C'est au point d'articulation narcissique entre la subjectivité singulière et l'appartenance familiale que s'engrène l'aliénation sectaire : la disqualification des personnes, des liens et des incorporats culturels qui ont permis au sujet de se construire opère un déséclayage pervers qui l'obligera à investir, dans les logiques de l'incestualité groupale, son bourreau comme son sauveur. Et ce n'est pas par hasard que le gourou et ses adeptes se présentent comme les véritables et bons parents, ou bienveillante fratrie après avoir fécalisé et rompu les liens familiaux des sujets qu'ils recrutent. C'est bien entendu aussi dans cette manœuvre et ce registre que, dans la mobilisation de l'ambivalence inconsciente et la mise en œuvre de la fantasmatisation obligée, se déploie l'efficace de la perversion narcissique du Maître par l'infantilisation programmée du disciple et la destruction des conditions nécessaires au Je pour penser.

Au-delà du leurre idéal présenté comme attracteur fantasmatique, les attaques sur la psyché de l'adepte s'enchaînent dans une méthodologie de destruction du corps et de l'image du corps, de l'identité, du langage, de la généalogie, des liens, des imagos, des références culturelles et sociales. La mise à mal de tous les étayages de la pensée permet l'indoxication par la doctrine et la volonté du Maître dont le groupe assure la transmission. Le renversement de causalité et l'inversion falsificatrice permettent, en toute perversité, au gourou de reprendre à son compte l'argumentation ou les émotions de l'adepte pour les disqualifier. La confusion entre imaginaire et réel, latent et manifeste, est érigée en règle. Les émotions et perceptions de l'adepte sont déniées au profit d'une confusion prescrite entre ce que l'adepte ressent et ce que le gourou désire que le sujet ressente et perçoive. Falsification et mensonge, confusion du vrai et du faux, du faire semblant et du faire pour de vrai structurent les échanges, et l'induction d'une confusion d'identité entre l'individu, le couple, et le groupe sectaire, mais aussi entre les sexes et les générations, parachève l'avènement des logiques incestuelles et de la violence symbolique secondaire comme règles de fonctionnement auxquelles le sujet désormais privé de tout repère et de tout recours ne peut qu'adhérer. Et ce d'autant plus que la manipulation en cause pourra résonner en lui comme familière et familiale.

Si le groupe sectaire s'appuie toujours sur les non-dits, les secrets et les mensonges du groupe primaire pour disqualifier le sens commun et proposer au sujet sa révélation comme dévoilement de la vérité vraie, c'est qu'il peut tableer non seulement sur les déceptions et désillusions de l'enfance et l'ambivalence des sujets, mais aussi sur la perception infantile des mensonges et maltraitements avérés dans le groupe d'appartenance primaire ou

l'impossibilité des sujets à se reconnaître dans les discours identifiants à eux adressés. La reconnaissance et le marquage des souffrances et des abus dont le sujet a été la victime assurent du même coup la crédibilité du discours le plus fou, créent les conditions d'une rupture radicale avec les objets préalablement investis et intériorisés – désormais radicalement fécalisés – et assurent, avec l'élation narcissique qu'elle procure, l'investissement massif du Maître et du groupe qui s'offrent et s'imposent comme de bons objets absolus, recours et sauveurs.

Mais la secte ne se contente pas de diaboliser sauvagement la présence et l'éventuelle dysfonctionnalité des pactes dénégatifs ou les dénis destructeurs structurant le groupe d'appartenance primaire, elle se constitue elle-même sur des pactes de déni qui relient et identifient les adeptes entre eux sur le mode de la ligature dans une groupalité archaïque dominée par les projections, les clivages et les vécus paranoïdes. Ce qui fait lien paradoxal entre les adeptes, c'est le déni partagé de la violence, de la folie, de la perversité et de la faiblesse du Maître, ce qui les contraint, dans le cadre de la régression instituée, à se soumettre à l'emprise et à s'interdire de penser, pour maintenir à toute force l'idéalisation de sa figure et à prendre en charge ce que lui a dû expulser pour survivre. C'est ici que s'ancre l'idéalisation addictive et que peut se répéter le traumatisme infantile vécu par les sujets dans leur relation problématique à l'emprise des figures de leur enfance et, singulièrement, de leurs parents. Comme dans les familles à secret, traumatisées et/ou organisées par l'incestualité et vouées à la protection de l'abuseur, ayant ainsi projeté sur et dans le gourou toutes les perfections et toutes les bontés qu'ils possédaient en eux, aussi bien réellement que dans l'imaginaire, les sujets se trouvent entièrement démunis face aux disqualifications qui assurent l'emprise, puisqu'ils se sont eux-mêmes dépossédés de toutes leurs qualités pour en faire don à leur persécuteur. Mais c'est bien comme répétition d'une emprise vécue ou fantasmée dans l'enfance au temps de l'impuissance originaire que l'emprise sectaire trouve son efficace, et non dans la toute-puissance imaginaire revendiquée par le gourou et accordée magiquement par le groupe à son chef. C'est aussi pourquoi le groupe d'appartenance primaire est toujours dramatiquement mobilisé par l'adhésion sectaire de l'adepte, car celle-ci, comme symptôme et analyseur, remet en cause l'économie de sa structure, de son fonctionnement et des liens institués entre ses membres, et ce, même si la famille n'apparaît pas réellement pathologique mais plutôt se vivant comme coupable et en souffrance.

C'est donc dans la répétition inconsciente d'une emprise familiale originaire et/ou de traumatismes inscrits dans l'infantile de chacun des adeptes que le gourou trouve les moyens de son emprise dont le groupe se fait le zélé défenseur et apologiste. Si tous les sujets sont soumis aux intrications complexes entre registres œdipien et incestuel, la prédominance économique de l'incestualité détermine la force de l'addiction sectaire et sa destructivité. Pour certains, l'expérience sectaire n'est que l'activation du registre incestuel présent chez tout être humain et dans toute famille, et cette économie archaïque a pu être réélaboree et symbolisée dans le registre

œdipien ; pour d'autres, et ceux-là risquent de s'aliéner à vie, massivement dépendants de la séduction narcissique primaire, la problématique narcissique identitaire demeure, dans la répétition, l'origine de leur addiction à l'emprise que la figure du gourou viendra assouvir au prix de leur mort subjective. Mais dans tous les cas, c'est la communauté de déni propre aux groupalités incestuelles qui assure l'emprise du gourou et la destructivité de l'aliénation sectaire.

Les adeptes soumis à l'emprise du gourou cherchent à fuir leur malaise identificatoire et à échapper à ce qu'ils éprouvent comme l'insupportable d'une emprise familiale vécue comme pathologique, mais retrouvent dans le groupe qui les accueille et les séduit pour les asservir les souffrances, les traumatismes et les secrets qui ont marqué leur groupe d'appartenance primaire. C'est donc parce qu'elle répète la soumission originaires présente dans l'infantile après avoir contraint le sujet à renoncer à ses repères et à ses liens que l'emprise du gourou peut s'imposer dans et par le groupe selon les logiques et l'économie de l'incestualité.

Pour en savoir plus

- Aulagnier, P. (1979). *Les destins du plaisir*. Paris : Le Fil rouge, PUF.
- Caillot, J.P., & Decherf, G. (1989). *Psychanalyse du couple et de la famille*. Paris : APSYG.
- Diet, E. (2004). De la perversité à la perversion sexuelle dans les groupes sectaires. In RPPG n° 43. *Le groupe et la question sexuelle*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Diet, E. (2004). Le gourou et ses adeptes. In *La démesure narcissique*. Paris : Nolin.
- Diet, E. (2006). De l'incestualité à l'aliénation sectaire : répétition de l'emprise et travail du secret. In C. Nachin (Ed), *Psychanalyse, histoire, rêve et poésie*. Paris : L'Harmattan.
- Diet, E. (2007). L'aliénation sectaire, syndrome ethnique dans la mondialisation libérale. In Le Coq Héron n° 190. *Georges Devereux, une voix dans le monde contemporain*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Diet, E. (2008). Aliénation sectaire et problématiques adolescentes. In *Adolescence* n° 63. *Mystique et expériences*. Le Bouscat : L'Esprit du temps.
- Diet, E. (1999). Pratiques sectaires ; emprise et manipulations. In *Sectes. Débats de psychanalyse*. Paris : PUF.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris : Psychismes, Dunod.
- Racamier, P.C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Les Éditions du Collège.
- Rouchy, J.C. (1998). *Le groupe, espace analytique*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.

J.-C. Maes

D'une façon ou d'une autre, le chercheur en arrive toujours à objectiver – donc à quantifier – le phénomène qu'il observe. À mon sens, cela ne peut en aucun cas signifier qu'il a clos la question. En effet, s'il lui arrive de loin en loin de faire la démonstration d'une de ses hypothèses, il sera surtout amené à en formuler de nouvelles, à ouvrir de nouveaux champs de recherche.

En 1996 et 1997, j'ai animé plusieurs groupes de parole pour ex-adeptes de sectes, qui m'ont poussé à me demander si ce que je pensais du phénomène sectaire n'était pas largement erroné. J'ai alors interviewé un certain nombre d'ex-adeptes, de conjoints d'adepte et de familles d'adeptes de sectes, afin d'étoffer une grille d'hypothèses que j'ai ensuite mise à l'épreuve de deux études qui ont abouti en 2000 : la première portait sur le profil individuel d'un échantillon représentatif d'ex-adeptes, et la seconde sur leur profil familial. Des résultats de ces deux études, j'ai tiré un modèle d'intervention.

Ce modèle, je l'ai à son tour mis à l'épreuve, de la clinique cette fois, dans le cadre d'une institution spécialisée dont je suis le président fondateur : SOS-Sectes. Je fais le bilan de cette expérience dans mon ouvrage : *Emprise et manipulation. Peut-on guérir des sectes ?* (Maes, 2010). Mais comme la recherche ne s'arrête décidément jamais, j'ai commencé, il y a 2 ou 3 ans, à m'initier aux outils de la sémantique structurale. Ce qui m'a amené à reformuler mon modèle en termes de quête sectaire. Sur quatre axes, selon quatre modalités d'action : le pouvoir, le savoir, le vouloir et le devoir.

Le pouvoir

En termes de structure de personnalité, le futur adepte de secte est plus souvent du côté névrotique que du côté borderline, plutôt intelligent, raisonnablement équilibré, avec des ressources, un certain niveau d'autonomie, et surtout c'est un idéaliste.

À un niveau plus conjoncturel, il est dans une phase de fragilisation identitaire.

Du point de vue de Vladimir Propp (1928), auquel nous devons une typologie des structures narratives incluant 31 fonctions réparties entre 7 personnages, on peut dire que l'adepte est le *héros de la quête* sectaire.

Suivant les termes utilisés par Algirdas Greimas (1966), fondateur de l'école sémiotique, nous dirons – mais cela revient presque au même – que l'adepte est le *sujet de la quête* sectaire. Ce qui signifie que son action se déploie sur l'axe du pouvoir : il *peut* s'engager dans la quête dans la mesure où il possède les qualités nécessaires au succès de cette quête, et inversement, l'objet *ne peut pas* s'engager dans la quête, mais il y engage le sujet, que ce soit parce que la solution du problème passe par lui, parce qu'il constitue la récompense espérée, ou plus simplement parce qu'il suscite un désir.

Le principe est le suivant : le héros quitte sa communauté pour se mettre en quête d'un objet supposé être la clé du problème qui sert de point d'origine à l'histoire. Quand il l'a trouvé, il le ramène dans sa communauté. Cet objet peut être une personne (objet de désir), une chose, un événement, etc. Tel adepte d'une secte à alibi chrétien voulait étudier la Bible, tel autre d'une secte à alibi guérisseur cherchait un remède, etc. Fondamentalement, l'enjeu de la quête est de promouvoir un changement.

Aux antipodes de l'image de l'adepte irresponsable qui se remet entre les mains du gourou, nous avons pu mettre à jour que l'adepte accepte une responsabilité démesurée : non seulement il s'assume lui-même (il est autonome), mais il assume une mission que lui confie le gourou, dans le but d'apporter à sa communauté (famille d'origine, famille nucléaire, couple, etc.) un bénéfice systémique.

Vu sous cet angle, le premier niveau de victimisation de l'adepte de secte relève du vice de consentement : il signe un contrat supposé lui indiquer la voie d'un bénéfice pour lui et pour sa communauté, alors que le seul bénéfice sera pour le gourou. Et quand il s'en sera rendu compte, il risque d'être déjà trop loin dans son engagement pour pouvoir se dégager de l'emprise du groupe sectaire sans subir de lourdes pertes. Ce qui fait qu'il sera tenté de renouveler son engagement, ne trouvant de délivrance que dans le fait d'avoir « touché le fond ».

Une autre façon de dire la même chose serait de constater que l'adepte potentiel est un être autonome auquel on propose de se soumettre dans le cadre d'une initiation supposée élargir le champ de ses possibles, et qu'il va se retrouver à son insu pris dans un processus qui le rendra de plus en plus dépendant, en même temps que se rétrécira le champ des possibles.

Un dernier point en ce qui concerne la question du pouvoir : je suis arrivé à la conclusion, comme d'autres avant moi, qu'il existe une *emprise normale*, qu'on qualifie, suivant le champ épistémologique dont on se réclame, d'*emprise consensuelle* (Perrone et Nannini, 1995), d'*emprise de vie* (Ferrant, 2001) ou encore d'*emprise fonctionnelle* (Eiguer, 2002). Cette idée, on la trouve déjà, en réalité, dans *Psychologie des foules et analyse du moi* (Freud, 1921).

« De même que l'homme des origines s'est maintenu virtuellement en chaque individu pris isolément, de même la horde originaire peut se reconstituer à partir de n'importe quel agrégat humain [...] dès le début il y eut deux sortes de psychologie, celle des individus en foule et celle du père, du chef, du meneur. Les individus de la foule étaient réunis par les mêmes liens que ceux que nous trouvons aujourd'hui, mais le père de la horde originaire était libre [...] il n'aimait personne en dehors de lui et n'aimait les autres que dans la mesure où ils servaient ses besoins. »

Freud (1921, p. 191)

À tort ou à raison, Sigmund Freud pense que la soumission des foules aux meneurs est d'origine phylogénétique (Freud, 1921, p. 216).

Le savoir

Le deuxième axe de la quête sectaire, comme annoncé, répond à une modalité de savoir : le savoir-faire, le savoir-être, ou encore le savoir tout court, un discours sur la nature des phénomènes. Auxquels s'ajoutent un savoir-pouvoir (l'estime de soi), un savoir-vouloir (l'investissement dans la quête) et un savoir-devoir (la conscience morale et éthique).

L'axe du savoir oppose le destinataire au destinataire, c'est-à-dire celui qui *sait*, et fort de ce savoir, ordonne la quête (dans tous les sens du verbe « ordonner ») *versus* celui qui *ne sait pas*, et à qui la quête va apprendre quelque chose. C'est ici qu'apparaît la notion de manipulation.

Un professeur auquel je demandais comment il faisait pour enseigner quelque chose à ses élèves, en ces temps où les professeurs ont été dépouillés de l'autorité du « maître », m'a répondu, avec une belle conscience de soi : en les manipulant... Mais au risque de choquer, je dirais que dans un contexte où les professeurs étaient des « maîtres », ils recouraient déjà à la manipulation des élèves... On appelait cela : pédagogie.

Pour Algirdas Greimas (1970), la question de la manipulation ne fait pas débat : le destinataire est premièrement un *manipulateur*, dans la mesure où il manipule le sujet pour l'amener à accepter la quête, puis le mener là où il doit aller, et deuxièmement un *judicateur*, dans la mesure cette fois où il va évaluer le résultat de la quête, par une sanction positive (récompense) ou négative (punition), suivant que le sujet aboutisse ou non, se soit révélé ou non présenter les qualités attendues, en avoir fait ou non bon usage, etc.

À mon sens, le vrai problème posé par les sectes n'est ni que le gourou manipule ses adeptes, ni qu'il s'autorise à les juger. Premièrement, le savoir du gourou est au mieux un syncrétisme, au pire un délire. Dans tous les cas, c'est une imposture et une escroquerie. À nouveau, la notion de vice de consentement est au centre de la problématique. Deuxièmement, quand

l'adepte échoue dans sa quête, ce qui est remis en question ce n'est jamais la procédure, toujours la façon dont elle a été appliquée.

Un exemple : la plupart des sectes, contrairement à ce que l'on croit généralement, ne poussent pas les adeptes à rompre avec leur famille. Pourquoi le feraient-elles, alors que les familles sont un vivier d'adeptes potentiels ? Que du contraire donc, le gourou a un « plan » pour les liens amoureux, familiaux, amicaux, etc. Mais si les adeptes appliquent ce plan, le risque est grandissime que les proches confrontés à leurs nouveaux comportements les vivent comme une trahison grave, et que les conflits se multiplient, jusqu'à la rupture des relations... On culpabilise les adeptes de ces échecs, et très rapidement ils apprennent à s'en culpabiliser d'eux-mêmes. C'est là un des innombrables scénarios traumatiques que les adeptes et les proches non adeptes sont amenés à vivre.

Le vouloir

L'axe du vouloir oppose les adjuvants (ceux qui *veulent* que la quête aboutisse) et les opposants (ceux qui *ne veulent pas* qu'elle aboutisse). Notons que cette opposition, si on en fait une disjonction pure, ne laisse la place pour aucune ambivalence : on est pour *ou* contre l'aboutissement de la quête. C'est le cas dans les sectes. Le moindre doute, la plus petite interrogation sont vécues comme une opposition. Ce qui amène certains gourous à formuler que l'ancien « moi » de l'adepte doit mourir. Et généralise la pratique de l'exclusion.

Il y a trois sortes d'étrangers : premièrement, ceux qui ignorent la Vérité mais ne s'y opposent pas, et sont donc susceptibles de corriger leurs « erreurs » ; deuxièmement, ceux qui ignorent la Vérité mais s'y opposent activement, et ne sont donc pas susceptibles de corriger leurs « erreurs », qui pourraient même s'avérer dangereuses ; troisièmement, ceux qui ont connu la Vérité, et s'en sont écartés... Ces derniers sont devenus infréquentables, pires que des lépreux ou des pesteux : ils constituent un danger majeur. L'exclusion, dont le risque pèse en permanence sur l'adepte et sur ses proches non adeptes, est donc le deuxième grand scénario traumatique que les sectes mettent en scène à travers leurs rituels et leurs règles de fonctionnement.

Classiquement, l'emprise dépend beaucoup de la proximité de celui qui l'exerce, mais elle bénéficie également d'un certain nombre de relais, certains très surprenants. L'étude du phénomène sectaire m'a amené à formuler un concept clé, celui de co-adepte. Du co-alcoolique, par exemple, on pourrait dire qu'il pose des actes qu'il croit sincèrement adéquats face à l'alcool, mais dont il est évident pour l'observateur extérieur qu'ils contribuent au maintien de la pathologie : en préservant l'alcoolique de certains effets de réalité, ou encore en buvant avec lui, etc. Il en va de même pour le co-adepte face à la secte.

Les adeptes sont dans une dépendance positive à la secte : toutes leurs pensées sont tournées vers un groupe qu'ils jugent être l'incarnation du bien.

Les co-adeptes, quant à eux, sont dans une dépendance négative, ont toutes leurs pensées occupées par un groupe qu'ils jugent être l'incarnation du mal.

Le co-adepte, très souvent traumatisé par la confrontation à un très proche, lui semblant être devenu un « mort-vivant », rentre dans une pensée tout aussi dichotomique que celle de l'adepte. Il initie malgré lui une logique de guerre, et provoque ainsi, comme déjà dit, des ruptures relationnelles. Éviter de telles ruptures est le premier conseil qu'on puisse donner – et que tous les intervenants donnent – aux proches non adeptes. Encore faut-il qu'ils ne tombent pas dans un faux-semblant susceptible d'en faire des adjuvants malgré eux...

Le devoir

De la mère incestuante, Paul-Claude Racamier nous dit qu'elle sanctionne moins volontiers les actes (comme ce serait le cas dans un registre paternel) que les pensées (1995, p. 80) :

« Si tu m'aimes, semble énoncer la mère incestuelle, si tu m'aimes, tu me crois ». Pis : « Si tu ne me crois pas, tu me trahis, et si tu me trahis, tu me détruis : je meurs [...] Choisis de croire en ton moi ou de croire en moi. »

On pourrait difficilement trouver une meilleure formulation de la relation du gourou vis-à-vis de ses adeptes, que celle-ci. Il ne s'agit pas seulement, pour les adeptes, de se soumettre à un devoir fixé par son gourou, il faut être comme lui, et même davantage : être lui. Penser la même chose que lui.

L'expérience accumulée en matière d'aide aux victimes de sectes m'amène à conclure que l'axe du devoir est le lieu principal de l'aliénation sectaire. On pourrait le formuler comme un double lien, car sur l'*obligation* que je viens d'évoquer, se superpose une *interdiction* qui pour n'être jamais énoncée, n'en pèse pas moins extrêmement lourd : le gourou ne supporte aucune concurrence, l'adepte doit impérativement lui rester inférieur. Et comme on l'aura compris, l'adepte qui voudrait dénoncer cette réalité sera invariablement et impitoyablement exclu. Les exemples abondent.

Un autre aspect de cette modalité, qui tient elle aussi à la personnalité du gourou, est que certains interdits élémentaires sont rabattus en obligations sectaires. C'est ce qui explique que les adeptes – sans parler des gourous – commettent fréquemment des infractions au droit commun. Un exemple simple : en cas de séparation, on constate très souvent des infractions du droit de visite ou de garde, un non-respect de l'autorité parentale conjointe, etc.

Nous avons pu établir que les co-adeptes doivent glisser du pôle de l'opposition à celui de l'interdiction. Ce qui signifie concrètement que si la contre-argumentation est un facteur de guerre, la mise de limites, en revanche,

a un effet structurant et finalement libérateur. Par exemple : le fait pour les grands-parents de réclamer un droit de visite officiel, et de l'obtenir, permet un double bénéfice. Premièrement, cela permet que se relâche la pression de la secte sur l'adepte : « Je n'y peux rien, un juge me l'impose. » Et deuxièmement, cela montre sans ambiguïté possible que la secte n'est pas au-dessus de la loi.

Conclusion

Je ne voudrais pas terminer mon exposé sans dire un mot de la dimension addictive en jeu dans les sectes. Et apporter ainsi ma contribution à l'étude des addictions sans produit.

D'idéal réalisé en disqualifications, de fusion en exclusion, d'extase en effroi, l'adepte vit, au niveau affectif, une véritable douche écossaise. Celle-ci n'est pas sans rappeler l'alternance d'extase et de manque vécue par le toxicomane, qu'Herbert Rosenfeld (1960) a comparée à la cyclothymie maniacodépressive. Pour lui, l'alternance d'états émotionnels extrêmes est la clé de la part affective de toute dépendance à un produit, cette part qui fait que la dépendance survit à l'abstinence. Au total et en guise de conclusion, j'affirme donc que le produit culturel que constitue une secte, en même temps qu'il institutionnalise l'emprise abusive, programme une addiction au plein sens du terme. Le concept de co-adepte va évidemment de pair avec cette affirmation.

Références

- Eiguer, A. (2002). *L'éveil de la conscience féminine*. Paris : Bayard.
- Ferrant, A. (2001). *Pulsion et lien d'emprise*. Paris : Dunod.
- Freud, S. (1921). Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse* (pp. 117-205). Paris : Payot, 1985.
- Greimas, A.J., & Courtès, J. (1979). *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*. Paris : Hachette Université.
- Greimas, A.J. (1966). *Sémantique structurale. Recherche de méthode*. Paris : Gallimard, 1986.
- Greimas, A.J. (1970). *Du sens*. Paris : Seuil.
- Maes, J.C. (2010). *Emprise et manipulation. Peut-on guérir des sectes ?* Bruxelles : De Boeck.
- Perrone, R.J., & Nannini, M. (1995). *Violence et abus sexuel dans la famille*. Paris : ESF.
- Propp, V. (1928). *Morphologie du conte*. Paris : Gallimard, 1970.
- Racamier, P.C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Les Éditions du Collège.
- Rosenfeld, H. (1960). La toxicomanie. In *États psychotiques* (pp. 167-186). Paris : PUF, 1976.

Facteurs favorisant et limitant la sortie d'un groupe sectaire

À propos d'un projet de recherche préliminaire

O. Duretête, M. Rousselet

Le sujet des dérives sectaires, marqué par ses références historiques et sa connotation sociale péjorative, a connu de nombreux développements durant les dernières décennies. Sa médiatisation, la mobilisation de familles, et l'évolution des lectures possibles de l'engagement des sujets ont éclairé progressivement des enjeux d'emprise, de « manipulation mentale » (Ungerleider et Wellisch, 1979), et de dépendance mortifère.

Malgré l'ampleur du phénomène, les données scientifiques restent rares, leur recueil et leur analyse se heurtant à de multiples difficultés ou limites. Tout d'abord, difficulté d'accès à la population des adeptes et, dans une moindre mesure, des ex-adeptes, avec en conséquence les multiples biais de recrutement que cela engendre. La dérive sectaire s'inscrivant dans un double mouvement d'exclusion/expansion dans une société à laquelle elle reste profondément liée, l'adhésion d'un adepte à un projet de recherche scientifique viendra très souvent, voire systématiquement, se heurter à l'idéologie du groupe ou aux injonctions du gourou. D'un point de vue éthique ensuite, les investigations de terrain présentent le risque de favoriser la pérennisation d'une conduite potentiellement problématique pour l'individu. Par ailleurs, nos outils scientifiques se prêtent mal aux reconstructions *a posteriori*, alors que les situations d'évaluation possibles, et plus particulièrement dans notre projet, concernent des sujets ayant quitté ce type de groupe plusieurs mois ou années auparavant. Enfin, la définition de « l'objet » de l'étude n'est pas sans poser question : diversité des groupes (taille, organisation, idéologie, etc.), diversité des implications des adeptes (selon l'âge, l'ancienneté d'adhésion, la place hiérarchique, etc.). En conséquence, pour un adepte, la marge de jeu de l'appareil psychique varie sans doute d'un individu à l'autre, voire d'un groupe à l'autre, selon tout un ensemble de facteurs pressentis – place occupée dans le groupe, proximité avec le gourou par exemple.

La dynamique d'adhésion sectaire aboutira fréquemment à une restriction d'autonomie des adeptes. Nous supposons toutefois qu'il existe des ressources mobilisables par ceux-ci pour sortir de ce type de groupe, et que le recours à ces ressources est modulé par certains critères repérables. En ce sens, notre projet de recherche préliminaire vise principalement à décrire les caractéristiques sociodémographiques, les événements de vie, les morbidités psychiatriques et addictives et la personnalité des ex-adeptes à travers un entretien semi-directif standardisé rassemblant des critères internes à l'individu et des critères du groupe d'appartenance. Mieux comprendre la dynamique sectaire, évaluer l'acceptabilité de notre démarche auprès d'ex-adeptes constituent deux objectifs secondaires de ce projet. Afin de pouvoir appréhender le parcours des adeptes au sein de ce type de groupe, et plus particulièrement leur sortie, cette recherche décrira de manière chronologique trois périodes : l'année précédant le premier contact avec le groupe, la période d'adhésion, et l'année suivant la sortie.

Ampleur du phénomène

La Direction centrale des renseignements généraux dénombrait en 1995 en France 160 000 adeptes et 100 000 « sympathisants » (Commission d'enquête parlementaire, 1995) répartis dans environ 170 mouvements, déclinés en plus de 800 filiales, constituant à ce jour la seule et déjà ancienne photographie publique du paysage sectaire en France. Ce chiffre, suivi d'estimations plus récentes, n'aurait pas sensiblement évolué depuis les années 1980 et traduit donc une stagnation globale du prosélytisme, voire une certaine régression en France, contrairement à l'expansion mondiale. En 2006, une enquête parlementaire rapportait 60 000 à 80 000 mineurs concernés (La Documentation Française, 2006). Ceux-ci sont impliqués par l'adhésion de leurs ascendants. Les dommages potentiels auxquels ils s'exposent demanderaient une analyse spécifique, hors de notre projet de recherche présenté ici, un de nos critères de recrutement étant une adhésion au groupe après l'âge de 16 ans.

La tendance récente est à l'atomisation du phénomène qui rend son repérage plus délicat : les grands groupes, en perte de vitesse, se sont scindés en une véritable nébuleuse de structures à filiation cachée, dont l'étude s'avère longue et complexe. Chaque année quelque 800 nouveaux groupes spiritualistes sont déclarés au *Journal officiel* et, depuis une quinzaine d'années, le nombre de filiales sectaires semble avoir encore été multiplié par trois en France. Ces résultats sont proches de ceux d'autres enquêtes parlementaires ou associatives réalisées en Espagne (Almendros et Carrobbles, 2005) ou aux États-Unis (Langone, 2005), qui rapportent qu'entre 0,5 et 1 % de la population de ces pays aurait été sous influence sectaire dans la dernière décennie, avec des critères de définition toutefois non totalement superposables. Même si elle ne peut être mesurée avec exactitude, la dynamique sectaire est donc importante.

Caractéristiques sectaires

Entre groupe social à l'identité forte et groupe sectaire plus ou moins coercitif se crée une perspective dynamique, selon laquelle un groupe va se mouvoir, au fil du temps, en fonction de facteurs de dérive relationnelle et organisationnelle complexes, internes au groupe ou en fonction de contraintes externes. On perçoit alors les limites de la constitution d'une liste sectaire, qui n'a de valeur qu'en tant que cliché photographique à un instant donné, les sectes contemporaines se caractérisant par leur polymorphisme évolutif. Une approche dimensionnelle plutôt que catégorielle de ce phénomène donne une profondeur de champ permettant le repérage de dérives sectaires au sein de multiples institutions et groupes sociaux. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil scientifiquement validé permettant de caractériser le degré de sectarisme d'un groupe. D'un point de vue socio-psychopathologique, à titre d'exemple la *Group Psychological Abuse Scale*, établie par Chambers et al. en 1994, puis reprise par Almendros et al. en 2003 en Espagne, évalue l'abus psychologique perçu au sein d'un groupe, à travers quatre secteurs : conformité, exploitation, contrôle mental et dépendance anxieuse.

Afin de mieux appréhender les caractéristiques d'un groupe sectaire, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) a établi en 2007 une liste de critères très régulièrement repérés :

- forte emprise sur l'individu avec changement de personnalité du nouvel adepte ;
- caractère exorbitant des exigences financières ;
- rupture avec l'environnement : diabolisation de la famille, des amis et de tous ceux qui attaquent le gourou ou le mouvement ;
- existence d'atteintes à l'intégrité physique et psychologique ;
- embrigadement des enfants ;
- discours antisocial ;
- trouble à l'ordre public ;
- importance des démêlés judiciaires ;
- détournements des circuits économiques traditionnels ;
- tentatives d'infiltration des pouvoirs publics ;
- élitisme et culte de la personnalité ;
- mode de recrutement fondé sur la séduction ;
- mode de vie différent : communauté, prosélytisme, vêtements et alimentation différents, refus des soins conventionnels, etc.

Les personnes interrogées dans le cadre de cette étude seront invitées à indiquer la présence éventuelle de chacun de ces items de caractérisation, de façon rétrospective. La mise en perspective avec d'autres voies d'informations confirmera et nuancera la dimension sectaire et le degré de coercition des groupes concernés. La taille du groupe, son organisation, son idéologie dominante et associée seront recherchées.

Par ailleurs, au-delà de ces critères généraux, les implications individuelles de l'adhésion sectaire seront mesurées à l'aide d'une échelle construite à partir d'échelles d'événements de vie validées : le questionnaire d'Amiel-Lebigre (1986) et l'inventaire de Paykel (1980). Elle explore plusieurs domaines tels que l'état somatique, la vie familiale et sociale, l'emploi/scolarité, les finances, le rapport à la loi, l'état psychologique. Cela permettra de décrire individuellement les répercussions de l'engagement dans des domaines variés.

Un groupe, un gourou...

Personnage central dont nous rechercherons la présence, le gourou de la secte est une entité plus ou moins désincarnée selon l'ancienneté et la taille du groupe. Les gourous présentent des profils psychopathologiques variés, les personnalités psychopathique, paranoïaque et perverse étant les plus notées. Le lien du gourou à ses adeptes s'étaye sur la séduction puis la perversion narcissique. L'individu devient par cet instrument une fétiche vivant, un rêve incarné pour le gourou ; il n'est plus censé croître, penser, rêver ou désirer, ces signes constituant des preuves d'insurrection. Pour éviter qu'il ne désire, le gourou va désirer à sa place et le présenter comme une offre exceptionnelle.

Autre acteur très régulièrement présent, le groupe, représenté par des dogmes groupaux, vérités absolues non critiquables dont nous rechercherons l'existence. Le groupe permet le partage collectif d'expériences d'une intensité littéralement exceptionnelle pour l'adepte, élément fondamental pour comprendre le maintien d'une adhésion d'individus qui auraient déjà pu fuir en percevant certaines conséquences néfastes de l'engagement. Qu'elles soient exprimées sous forme de régression, d'expériences oniroïdes, de vécu océanique, de distorsions de conscience ou de perceptions... il s'agit d'un vécu d'ordre extatique d'intensité majeure, d'une expérience de transcendance collective, dont nous rechercherons l'expression et la fréquence.

Le groupe comporte ses propres mécanismes de fonctionnement. L'idéalisation et l'illusion en sont les principaux pivots. En son sein, les différences interindividuelles sont nivelées. L'abolition des barrières générationnelles, des différences des sexes, de la réalité de la mort, participent au climat incestuel, voire incestueux qui y règne. Enfin, l'étude de l'idéologie véhiculée par le groupe sectaire permet souvent d'en dégager l'aspect coercitif.

... des adeptes dépendants

La mise en état de dépendance des adeptes relève d'un ensemble de pratiques physiques et psychologiques se succédant en différents stades, le premier et le plus fréquent étant celui de la séduction narcissique. Au stade initial de cette valorisation et reconnaissance correspondra la « lune de miel » si

caractéristique des toxicomanies au début de la relation avec le produit : satisfaction narcissique, suppression des angoisses existentielles, certitude d'évolution personnelle. Les contraintes et interdits qui apparaissent dès lors restent au second plan. Ainsi, Galanter et al. (1979), dans une étude de 1978 sur 237 adeptes d'une même secte, retrouvait que chez 91 % de la population étudiée le malaise existentiel présenté avant le recrutement chutait de façon notable après le premier mois de conversion. Après cette première phase suivent les étapes de régression-désorganisation, que l'évolution des adeptes dans la même étude décrit durant les mois suivants : 19 % se sentent agressés, 22 % ont des troubles du sommeil, et 21 % des troubles alimentaires. Après cette deuxième étape, l'adepte traverse une période de reconstruction-conversion. Cette dernière signe l'acceptation par l'adepte d'une dépendance définitive au groupe et au gourou, elle confère une nouvelle identité substitutive. La participation à ce type de rituel, souvent groupal, constituera un critère d'inclusion de notre étude. Un ensemble de comportements stéréotypés dictés par l'idéologie va en découler, dont certains vont avoir une portée affaiblissante patente, comme les privations de sommeil et alimentaire par exemple. D'un point de vue affectif, le leader se greffe à l'intérieur du moi du sujet par des mécanismes identificatoires guidés par l'idéal du moi. Le sujet peut alors être considéré comme adepte, la présence physique de tiers n'est plus indispensable au maintien de la relation d'emprise qui continue à produire ses effets désindividualisants. L'adepte relaie lui-même massivement son éthique interne antérieure par les dogmes sectaires, l'idéal groupal se substitue dans des proportions variables à l'idéal du moi individuel antérieur. L'adepte vivra alors une alternance de périodes d'extase et d'angoisse, de séduction en persécution, dans un système sans limite repérable.

Outre les messages idéologiques, le maintien de l'adepte dans son état va relever de méthodes plus ou moins standardisées, incluses dans les diverses doctrines comportant deux volets comportementaux, physique et psychique. La procédure elle-même fait appel à de très nombreux éléments : points de vulnérabilité du sujet, effets de groupe, utilisation de l'émotionnel, néo-langage, production d'effets visibles à court terme, distanciation des influences extérieures, prescriptions, progression dans l'enseignement doctrinal, étapes dans la promotion et accession à des missions de responsabilité. Elle s'étale sur une longue durée, une adhésion immédiate et totale ayant peu de chances de perdurer si elle n'est pas suivie d'un travail en profondeur et à plusieurs dimensions, à vocation d'autorenforcement (Rapport MIVILUDES, 2006). Comme dans la dynamique addictive, le vide existant en dehors de la pratique sectaire crée le cycle, mais il en est aussi la conséquence. La modulation est donc impossible, et l'adepte perd sa capacité de choix. Le vide, par là même, devient insupportable et obsédant, entraînant un engagement toujours plus actif. La mesure rétrospective et partielle de cet engagement se réalisera par la mesure du temps consacré aux activités sectaires, des modalités du prosélytisme s'il était présent, et des implications individuelles à travers notre échelle d'événements de vie.

Emprise et addiction dans le champ sectaire

Les ex-adeptes, à l'occasion de témoignages ou de rares demandes de soins, évoquent avec une grande régularité des processus de l'ordre de l'emprise et de l'escroquerie débordant le cadre financier, atteignant l'intégrité physique et psychique. Aborder la problématique des adeptes de sectes sous un angle addictologique ne se conçoit pas sans prise en compte de cette principale donnée de repérage psychopathologique. La recherche d'événements ayant eu un impact traumatique avant, pendant et après l'adhésion sectaire, de manifestations cliniques de stress post-traumatique, constituera un des axes de notre projet. Par ailleurs, certaines conséquences en santé mentale et physique seront recherchées, l'impact étant variable selon les dogmes groupaux, la durée et l'intensité de l'engagement des sujets (privations, sélection, abus alimentaires ou vitaminiques spécifiques dans certains groupes par exemple).

Toutefois, la perversion narcissique à l'œuvre dans la relation gourou-adepte ne nous semble pas suffisante pour condenser à elle seule les motifs de l'engagement d'un adepte dans une secte. À l'indispensable reconnaissance victimaire des adeptes et ex-adeptes de ces effets de perversion narcissique, il nous semble utile d'associer une autre dimension psychopathologique pour comprendre certaines trajectoires singulières d'adeptes, et adapter nos réponses thérapeutiques : le concept d'addiction.

Précédemment, *Abgrall (1996)* avait appliqué à la dépendance sectaire les critères du trouble addictif établis en 1990 par Goodman, sans validation d'un point de vue scientifique. Pour certains adeptes, cette dynamique relationnelle particulière nous semble en effet pouvoir rejoindre le nombre de plus en plus important de conduites humaines susceptibles de s'inscrire ou d'être repérées comme une problématique de dépendance, étendant le champ de l'addiction au-delà des dépendances aux substances psychoactives. Derrière la diversité apparente de ces groupes, la littérature a révélé des pratiques manifestement problématiques pour la santé des adeptes et des lignes de force communes dans la mécanique de l'adhésion des sujets, du maintien d'une forme d'asservissement par une dépendance ainsi créée.

Le concept d'addiction conjugue les notions de perte de contrôle et de conséquences psychosociales négatives, régulièrement repérées depuis les premières études de cas et témoignages d'ex-adeptes. Par ailleurs, la notion de continuum du normal au pathologique dans le recours à certains comportements potentiellement toxiques et ayant un pouvoir de réorganisation psychique, couramment utilisée dans le champ des addictions, apparaît ici comme une gradation qui peut rendre compte de la pluralité des relations et modes d'engagement au sein des groupes sectaires, avec une morbidité variable selon les groupes, les profils individuels, etc. Même rythme de la temporalité, même expression d'un besoin compulsif à satisfaire, même objet prenant progressivement une place centrale dans la vie psychique des sujets, intensité des sensations décrites... Autant d'éléments cliniques du discours de certains (ex-)adeptes relatant leurs parcours, interrogeant à leur façon le concept d'addiction, mais les données restent aujourd'hui

trop éparées pour définir scientifiquement cette problématique de façon suffisamment homogène.

De la dynamique psychopathologique de la dépendance à un objet complexe, la secte, découlent des troubles liés à son utilisation – abus, dépendance psychique, tolérance, etc. –, des troubles induits par son utilisation – décompensations psychiatriques diverses, perturbations perceptives, etc. – et enfin des répercussions socioprofessionnelles et familiales – rupture, désinvestissement, etc. Ces conséquences furent à l'origine de la création d'associations de familles touchées par le phénomène. Ces associations reconnues d'utilité publique, UNADFI¹ et CCMM² principalement, ont aujourd'hui une importante mission d'accueil et de prévention. Notre projet s'appuie sur leur expérience de terrain afin d'assurer le recrutement d'une trentaine de personnes.

La thématique d'« accroche » sectaire initiale – bien-être et santé étant les plus fréquents actuellement – se verra reléguée à l'arrière-plan dans la dynamique d'adhésion à l'œuvre qui s'autonomise progressivement. Toutefois, la question de l'existence de facteurs familiaux de vulnérabilité spécifiques à cet objet reste entière : place des croyances, de l'idéologie, du militantisme, etc., dans la famille d'origine ou nucléaire par exemple. En écho à la formule d'Olievenstein (1983) à propos des toxicomanies, nous considérons que l'inscription sectaire sera le résultat d'une conjonction complexe entre un parcours individuel, une rencontre et un moment socioculturel. Enfin, on ne peut que souligner la régularité des manœuvres de recrutement auprès de populations ciblées par leur(s) dépendance(s) antérieure(s). Des dérives sectaires de certaines communautés thérapeutiques accueillant des patients toxicomanes ont aussi été rapportées, interrogeant une valeur transaddictive.

Morbidité des adeptes

L'aspect transnosographique du concept d'addiction concorde avec la possibilité de recrutement d'individus de profils variables, avec un impact particulier chez les adolescents et jeunes adultes, sans variation apparemment liée au genre, mais cela demanderait à être confirmé. Nous pensons retrouver les mêmes lignes de force psychopathologiques individuelles dans les phénomènes addictif et sectaire : failles narcissiques individuelles structurales et/ou contextuelles, problématiques familiales, achoppements des processus de séparation-individuation, au-delà du type d'organisation psychique sous-jacent.

Les études analysant les profils individuels d'ex-adeptes ne retrouvent pas de profils structurels de personnalité surexposés, mais portent sur de petits effectifs (Chasse et Maes, 2001). Abgrall (1996) soulignait quant à lui la

1 Union nationale des associations de défense des familles et de l'individu victimes de sectes.

2 Centre contre les manipulations mentales.

fréquence attendue, mais non validée, de personnalités borderline, schizoïde, de paranoïas sensibles de Kretschmer non décompensées, ou d'individus en situation de carence affective. Pour Galanter (1982), la population dépressive représente 60 % de la population des adeptes. L'individu devenu adepte a fréquemment éprouvé des deuils réels ou symboliques dans les mois précédant son adhésion, dont nous rechercherons l'existence à l'aide de l'échelle standardisée précitée.

Notre description des caractéristiques sociodémographiques des ex-adeptes s'accompagnera de l'évaluation du caractère par le TCI-125 (*Temperament and Character Inventory*) développé par Cloninger (1992) pour évaluer les sept dimensions de son modèle psychobiologique de la personnalité : la recherche de nouveauté, l'évitement du danger, la dépendance à la récompense, la persistance, la détermination, la coopération et la transcendance. Cette dernière dimension présente un intérêt particulier dans cette recherche, les groupes sectaires se caractérisant aussi par leur idéologie.

La description des morbidités psychiatriques et addictives s'effectuera à l'aide du questionnaire MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Lecrubier et al., 1997), pouvant être utilisé de manière rétrospective. Le MINI est un entretien diagnostique structuré permettant d'explorer de façon standardisée les principaux diagnostics psychiatriques définis selon l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Les diagnostics recherchés dans notre étude seront les suivants : épisode dépressif majeur, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, dépendance à l'alcool, dépendance aux substances psychoactives, anorexie mentale, boulimie et jeu pathologique.

Le MINI sera adapté pour explorer spécifiquement trois périodes distinctes : l'année avant le premier contact avec le groupe, la période d'adhésion, et l'année suivant la sortie. Ainsi, sa passation permettra de dessiner une évolution des troubles psychiatriques et addictifs de façon rétrospective. Enfin, grâce au croisement des données entre elles, il sera éventuellement possible de repérer certaines morbidités psychiatriques influençant la trajectoire sectaire.

Sortir d'une secte ?

L'évolution de l'adepte dépendra beaucoup des aménagements de la réalité externe, et de son rôle en tant qu'auxiliaire de l'appareil psychique favorisant ou empêchant le jeu des investissements et contre-investissements. Dans le champ sectaire, l'individu étant immergé dans un groupe social mettant en œuvre diverses stratégies de rupture, cela constitue un indice de gravité dans le sens d'une pérennisation des conduites, l'objet idéologique visant à saturer toute demande, combler toute perte. Cela vient en partie expliquer la grande difficulté à entamer un travail thérapeutique quand l'adepte est dans la secte, selon le degré de coercition et l'ampleur

de l'emprise, spécifique de chaque groupe, en fonction de ses modalités d'aliénation propres.

La mobilisation de ressources permettant la sortie du groupe apparaît toujours surprenante et peu prévisible face à l'ampleur de l'emprise, des contraintes. Parmi ces ressources, citons les bénéfiques de réaménagements narcissiques et/ou de processus d'intériorisation, l'étayage externe au groupe sectaire qui a pu résister aux attaques répétées, ou pour d'autres l'intervention extérieure de services sociaux ou judiciaires, parfois un processus de deuil, un événement traumatique ou encore l'exclusion d'un pair ou du sujet lui-même, la dissolution du groupe, etc. Même si elle demande à être confirmée, il paraît probable que la mobilisation d'une instance ayant une portée émotionnelle faisant tiers dans la relation au groupe sectaire est extrêmement importante pour réanimer un processus d'autonomisation, facilité parfois aussi par des circonstances externes, des changements de contexte, desserrant temporairement l'étau de la dépendance.

Soulignons enfin qu'après la sortie de secte, les ex-adeptes vont traverser une difficile période de reconstruction dont notre étude décrira les aspects psychiatriques durant la première année. Cette étape apparaît souvent émaillée d'épisodes dépressifs, jusqu'à 75 % selon Martin (1992) et 88 % dans une population de 50 ex-adeptes étudiée par Nathan et Swertvaegher (2003). Celui-ci retrouvait par ailleurs une souffrance post-traumatique chez 64 % des sujets, des troubles addictifs chez 38 %, et une psychopathologie de type psychotique chez 22 %.

La dynamique de la dépendance sectaire constitue un modèle étiopathogénique plurifactoriel, qu'il convient d'intégrer dans sa diversité, étendant le concept d'addiction sans y être totalement réductible. La situation des adeptes de sectes nous renvoie, pour un certain nombre d'entre eux, à une authentique dépendance à long terme.

La recherche scientifique appliquée à cette problématique répond à un enjeu de santé publique, visant à améliorer de la prise en charge thérapeutique des individus sortant de ces groupes. La prévention du risque sectaire individuel et social pourra être axée sur une meilleure identification et compréhension du phénomène, de ses dommages, et sur la limitation de l'ampleur et de la durée de cette dépendance par l'identification des ressources que mobilise un adepte pour quitter le groupe.

Références

- Abgrall, J.M. (1996). *La mécanique des sectes*. Paris : Payot & Rivages.
- Almendros, C., & Carrobes, J.A. (2005). *Manipulación psicológica y sectarismo. Cahier des résumés. Conférence internationale : Manipulation psychologique, groupes sectaires et autres mouvements alternatifs*. Universidad Autonoma de Madrid.
- Almendros, C., Carrobes, J., Rodriguez-Carballeira, A., & Jansa, J. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Group Psychological Abuse Scale. *Cultic Studies Review*, 2, 203-224.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. ; DSM-IV)*. Washington, DC. Traduction française par Guelfi et al. (1996). Paris : Masson.

- Amiel-Lebigre, F. (1986). Événements de vie et détermination de populations à risque de trouble mental. *Revue de médecine psychosomatique*, 6, 35-40.
- Chambers, W.V., Langone, M.D., Dole, A.A., & Grice, J.W. (1994). The Group Psychological Abuse Scale : a measure of the varieties of cultic abuse. *Cultic Studies Journal*, 11, 88-117.
- Chasse, B., & Maes, J.C. (2001). Santé mentale et phénomène sectaire. *Cahier de la santé* n° 16, Collectif. Commission communautaire française, Bruxelles.
- Cloninger, C.R. (1992). *The Temperament and Character Inventory-125 (TCI-125 ; version 1)*. St. Louis, MO : Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- Commission d'enquête parlementaire rapport au Premier ministre. (1995). *Les sectes en France*. Assemblée nationale.
- Galanter, M. (1982). Charismatic religious sect and psychiatry : an overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1539-1548.
- Galanter, M., Rabkin, R., Rabkin, J., & Deutsch, A. (1979). The Moonies : a psychological study of conversion and membership in a contemporary religious sect. *American Journal of Psychiatry*, 136, 165-170.
- Goodman, A. (1990). Addiction : définition et implications. *British Journal of Addictions*, 85, 1403-1408.
- Langone, M. (2005). Introduction to the Conference. Cahier des résumés. Conférence internationale : Manipulation psychologique, groupes sectaires et autres mouvements alternatifs. Universida d Autonomia de Madrid.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., et al. (1997). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI*. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Martin, P. (1992). Post-cult symptoms as measured by the MCMI before and after residential treatment. *Cultic Studies Journal*, 2, 220.
- Nathan, T., & Swertvaegher, J.L. (2003). *Sortir d'une secte*. Paris : Les Empêcheurs de Penser en Rond, Le Seuil.
- Olievenstein, C. (1983). *La drogue ou la vie*. Paris : Robert-Laffont.
- Paykel, E.S., & Mangens, S.P. (1980). *Interview for Recent Life-Events*. University of Cambridge, Department of Psychiatry.
- Rapport au Premier ministre. (2006). Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES). Paris : La Documentation Française.
- Rapport fait au nom de la commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs. (2006). Paris : La Documentation Française.
- Ungerleider, J.T., & Wellisch, D.K. (1979). Coercive persuasion (brainwashing), religious cults, and deprogramming. *American Journal of Psychiatry*, 136, 279-282.

IV

En guise de conclusion – Enjeux et perspectives

Addictions, addictions sans drogue et psychiatrie légale : expertise et responsabilité

C. Bucher

Addiction au jeu ou à l'argent

Addictions, addictions sans drogue... voire addiction à l'argent ? Interroger là où la conduite addictive fait symptôme dans le social. Infraction. Sanction. Pénalité. Avec l'idée, pour le joueur, pourtant adepte d'une addiction « licite » (en général), que tout se jouerait *in fine* sur la scène judiciaire, notamment en matière pénale : fin (provisoire) de partie ? Et, en prime, comme la recherche tâtonnante d'une sanction pénale faisant office de point de butée à la jouissance qui aspire le joueur compulsif dans la spirale de l'escalade effrénée des enjeux. Se faire arrêter... enfin !

Emblématiques du bagage lexical dans le champ des toxicomanies, des mots tels que dépendance, addiction, sont des termes dont l'étymologie emprunte au droit. Et l'esclavage, sous-entendu par l'addiction, en se substituant à la « folie pour le poison » de la toxicomanie, concrétiserait « la poursuite d'un mouvement de transformation en victimes de sujets auparavant considérés comme des coupables » (Valleur, 2005). Toxicomanies, addictions, comme un glissement sémantique où l'on passerait en quelque sorte de l'auteur présumé à la victime supposée ?

Oui, bien sûr, mais... le point de vue du magistrat sur les addictions exposé par Samet (2006) suggère une approche sensiblement différente. Selon elle, pour un magistrat, procureur ou juge, les conduites addictives représentent essentiellement et avant tout un comportement dangereux. À juguler. Et, au motif d'atteintes à la santé publique et à l'ordre public qui seraient susceptibles de nuire à l'équilibre de la société, « le drogué est donc un délinquant, parce qu'il déroge, met en danger et corrompt ». En filigrane, donc, la délicate question de la « dangerosité »...

S'agissant des jeux dans le social, une connotation de faute morale et de stigmatisation est persistante. Évocation lancinante du « vice » du jeu, bien sûr. voire diabolisation des adeptes des jeux de hasard et d'argent par certains auteurs faisant du joueur – trop proche à leurs yeux du spéculateur – en quelque sorte l'envers du toxicomane, ce dernier n'étant que la victime

d'une société injuste et répressive. Une dualité du reste parfois apparente dans les représentations de certains soignants (Valleur, 2010). Avec une formule choc à l'occasion : « La prohibition crée, chez les toxico-dépendants, un sentiment d'injustice. Le libéralisme économique génère, chez les flambeurs, une soif d'impunité. » (Koutouzis, 2003) L'argent et l'art de s'arranger avec la loi ? Cela posé, ne sont ici que remises au goût du jour des formulations plus classiques sur le « démon » du jeu. Et, à cet égard, la tonalité du discours des codificateurs lors de l'élaboration du Code civil était déjà fort éloquente (Valleur et Bucher, 2006). Lors des travaux préparatoires, le tribun Duveyrier faisait référence au jeu en termes de « ministre aveugle et forcené du hasard » et de « monstre antisocial », qui « ne mérite pas sans doute la protection que la loi doit aux conventions ordinaires ».

La place des jeux dans la société contemporaine apparaît ainsi contrastée. Une explosion et une diversification de l'offre des jeux dans le contexte d'une société libérale qui privilégie l'injonction de consommer sans frein (Valleur et Bucher, 2006). Alors même que s'adonner aux jeux de hasard et d'argent conserve une aura sulfureuse dans la clandestinité...

Pour faire retour à l'alcool et aux stupéfiants, alors même que des circonstances aggravantes sont prévues par les dispositions légales dans certains cas, des sujets ayant commis une infraction en état d'ivresse peuvent être enclins à reconnaître la prise d'alcool au moment des faits reprochés, voire la mettre en avant. Mais alors dans l'optique de se dédouaner. En avançant comme moyen de se déresponsabiliser l'argument : « Je n'étais pas moi-même, par conséquent je ne suis pas responsable. » Exemple typique d'une tentative de « déliaison » entre l'auteur et l'acte (Moulin et Villerbu, 2008).

Relations ambiguës entre délinquance et addictions

De manière plus générale, les relations entre délinquance et toxicomanie sont elles-mêmes ambiguës. Dans un texte très argumenté, les développements de Richard et Senon (1997) contribuent à éclaircir cette problématique faussement évidente. Si les statistiques apparaissent *a priori* éloquents (quoique d'une interprétation parfois délicate, l'usage épisodique n'étant pas distingué de la conduite addictive), il apparaît que c'est fréquemment le mode de vie délinquant qui a conduit à l'abus de psychotropes, et non l'inverse.

Les auteurs distinguent trois types de liens entre psychotropes et délinquance : pharmacologiques, économiques et sociologiques. La composante « psychopharmacologique » (liée à certains effets des produits utilisés) ne focalisera pas notre attention ici. En revanche, davantage en adéquation avec notre propos, est la mise en exergue de l'ampleur de la « délinquance économique-compulsive », avec une corrélation entre l'usage répétitif de drogues coûteuses ayant un fort potentiel addictif et la commission de délits (notamment délinquance acquisitive). Enfin, les liens d'ordre sociologique entre toxicomanie et délinquance sont également à prendre en compte : participant d'un « style de vie » ou d'une « carrière » au sens où l'entendait

Howard Becker (1963). Au demeurant, subjectivement parlant, l'attrait initial pour les stupéfiants peut aussi se conjuguer à la griserie de l'argent brassé dans les échanges du *deal*.

Ainsi se dessine une « interaction complexe entre un milieu criminogène, un style de vie déviant, le marché de la drogue » (Richard et Senon, 1997), laquelle ne validerait pas pour autant l'existence d'une relation de causalité directe entre usage de drogues et délinquance.

Pour revenir aux *addictions sans drogue*, le jeu compulsif ou « pathologique » réalise une forme d'assuétude marquée par une forte « dépendance psychologique ». Et présente deux caractéristiques qui nous interpellent ici.

Premièrement, il s'agit d'une addiction « licite » (en général) quant au « produit », mais où, à l'instar des toxicomanies aux drogues, l'occurrence de démêlés judiciaires est très fréquente. Seconde caractéristique, pas de substitut en vue (contrairement à la méthadone pour les héroïnomanes)... si ce n'est à l'occasion, celui du procureur de la République !

« Déjouer la fatigue et doper le moral », clament des slogans publicitaires de casino. Et la recherche de sensations fortes n'a évidemment pas de prix pour le joueur en proie à la compulsion. Cependant, au fil du temps, il lui faudra toutefois non seulement composer avec le manque de chance mais aussi – et surtout – payer... de sa personne. Moyennant quoi, après plusieurs années de trajectoire évolutive, le prix à payer est souvent très élevé (marginalisation sociale, comportements suicidaires, démêlés judiciaires, etc.) en termes de souffrance.

Pour lui, règnent dans les casinos (dépeints par un patient sous les espèces d'un « monde d'impunité ») rien de moins qu'une « autre dimension, des vibrations qui n'existent nulle part ailleurs, comme dans un monde parallèle... où, d'une seconde à l'autre, tout peut changer... ».

Jouer le tout pour le tout. Ne pouvoir s'arrêter après avoir gagné. Rejouer et perdre. Encore. Jusqu'à perdre tous ses biens. Se perdre, aussi. En guise de « thérapie », jouer, toujours, mais alors jouer à se faire interdire (les interdictions de jeu sont parfois transgressées par ceux-là mêmes qui les demandent, les casinos des pays voisins sont accueillants !). Jouer, y compris à se faire interdire, jouer au plus fin... Après tout, cela fait encore partie du jeu (Bucher, 2005 ; Bucher et Chassaing, 2007).

Décidément, rien ne semble arrêter le joueur dans sa course vers l'anéantissement. Au final, selon un autre patient, s'adonnant à l'alcool dans les cafés en France et aux salles de jeux outre-Rhin, est érigé « un monde parallèle où il y a ces extrêmes... d'un côté tellement libre, d'un autre, renfermé sur le jeu, dépendant... presque un non-sens, d'un côté on vous donne tout, de l'autre, on sait qu'on va tout vous prendre... » (Bucher, 2009). Cette impasse radicale aboutit parfois même à poursuivre... en justice le casinotier aux fins de pallier la perte de chance, en continuant la partie dans une autre cour... à défaut de lui donner un autre cours. Tenter de changer les règles du jeu. Et, dans une logique victimaire, en guise de succès, obtenir *in fine* gain... de cause !

La victimisation s'inscrit en contrepoint des avatars de la transgression : tricher, bluffer... jusqu'à jouer *avec* la loi pénale *sur* les marchés financiers,

en matière de spéculation financière. Laquelle est du reste un domaine très proche des jeux de hasard et d'argent : ainsi Bergler (1957) classe parmi les joueurs les spéculateurs effrénés ou « *success hunters* ».

Conséquences sociales et judiciaires

Quelles sont les *conséquences financières et judiciaires du jeu compulsif, surendettement abyssal et infractions diverses* (escroquerie, abus de confiance, vols, etc.) pour se procurer l'argent nécessaire au jeu ?

Une étude exploratoire menée en France auprès des personnes consultant l'association SOS Joueurs avait ainsi montré en 1993 qu'une proportion majoritaire des joueurs interrogés avait été confrontée au surendettement, près de 20 % ayant commis des délits (notamment abus de confiance, vol, contrefaçon de chèques, etc.).

Les données de cette enquête étaient du reste *grosso modo* concordantes avec les résultats des recherches nord-américaines sur une plus vaste échelle. En effet, selon Custer (cité Valleur et Bucher, 2006), un « joueur pathologique » sur quatre est amené à être confronté à la justice (si l'on totalise les comparutions civiles et pénales).

Des données plus récentes (Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, 1999) ont confirmé l'ampleur du phénomène qui reste à évaluer plus précisément (ainsi Blasczynski et Silove, 1996, avaient noté que les comportements délictueux étaient plus fréquents chez les adolescents). Et se redouble de conséquences sociales importantes en termes de perte d'emploi (Ladouceur et al., 1994 : environ 25 à 33 % au sein d'une population de joueurs pris en charge par les Joueurs Anonymes) et de faillite personnelle.

Faillite civile, état d'insolvabilité notoire du joueur invétéré... Avec, à l'horizon, des procédures de désendettement (Bucher, 1999). Mais, dans ce cas, quid de la « bonne foi » exigée dans de telles procédures pour une personne engagée dans une conduite addictive ? En pointant ici l'intérêt et la spécificité de la faillite civile en Alsace-Moselle... Et la réplique d'un joueur invétéré à l'annonce de la mise en œuvre de cette procédure : « On efface tout et on recommence ! » ne doit pas, pour autant, invalider ce type d'approche.

Cependant, la nature des liens entre jeu compulsif et délinquance est complexe.

En premier lieu, l'apparition d'une délinquance « acquisitive » (et volontiers « astucieuse ») en vue de récupérer les sommes perdues afin de se procurer les moyens de continuer à jouer. La commission d'une infraction traduit alors fréquemment la nécessité quasi inéluctable dans la trajectoire du joueur pathologique de recourir à des moyens illicites afin de se procurer l'argent nécessaire à poursuivre ses comportements de jeu. Au demeurant, la phase de perte où le joueur tente de « se refaire » est aussi rien de moins qu'une *forme exquise mais funeste de mendicité*, où tous les subterfuges sont bons, entre contes et mécomptes, afin de se procurer l'argent nécessaire

au jeu et lui seul, argent immédiatement réinjecté dans le processus « ludopathique ». Entourage subjugué et subverti : victime, voire dupe consentante ?

Mais aussi devenir secondaire éventuel de sujets marginaux ou délinquants en joueurs excessifs, variante « psychopathique » de la classification de Moran (1970).

Voire aléas de la clandestinité : le monde du jeu en tant que « lieu de croisement » où se rencontrent délinquants et joueurs.

Mais le « passage » de la dépendance à la délinquance prête à réflexion (théorie des opportunités criminelles, Wegrzycka, 2007) : le rapprochement du jeu d'argent et de certains délits, en particulier l'escroquerie, serait ainsi susceptible de faire affleurer dans certains cas la notion d'une « manipulation ludique de la loi » (Dubec, 1996) dans les soubassements psychopathologiques de ces conduites.

Problématique expertale

Quelles conséquences en matière expertale en matière d'addiction au jeu, s'agissant notamment du discernement de l'infracteur ? Et, partant, en termes de responsabilité pénale du justiciable.

En matière d'expertise psychiatrique pénale, la question relative aux troubles psychiques ou neuropsychiques susceptibles d'avoir influé sur le discernement de l'auteur au moment des faits qui lui sont reprochés est cruciale (abolition ou altération du discernement, art. 122-1 du Code pénal, alinéa 1 ou 2). Dans cette perspective, l'expert va rechercher l'existence de troubles psychiatriques (concomitamment aux faits reprochés au prévenu) associés à la dérive addictive, si tant est que cette dernière soit avérée. Dans une telle hypothèse, ce seraient alors essentiellement des troubles – marqués – de l'humeur qui pourraient être évoqués (Bucher, 1999) pour débattre d'une éventuelle altération du discernement.

Lors de missions plus récentes, la problématique du jeu compulsif est même spécifiée dans la première question à l'adresse de l'expert : « Cette personne présente-t-elle des anomalies mentales ou psychiques ? Dans l'affirmative, les décrire et préciser à quelle affection elles se rattachent. En particulier, dire si monsieur X relève de la catégorie des joueurs compulsifs dits « pathologique ».

Au-delà de la mission expertale, cette problématique addictive place parfois le système judiciaire en porte-à-faux entre sanction et soins. Éloquente à cet égard est la réquisition du ministère public à l'encontre d'une prévenue s'adonnant intensément aux jeux de hasard (misant jusqu'à 3 000 euros par jour) et ayant falsifié des chèques bancaires (pour un montant total du préjudice estimé à 300 000 euros). Le parquetier énonçait en effet dans son réquisitoire : « Toutes les addictions ne justifient pas la délinquance. Quand on est malade, on se soigne. Le traitement homéopathique n'a pas suffi. Pour éviter une rechute, il va falloir un traitement plus lourd. » Un traitement plus lourd ? La prison ! À défaut de quelque « crédit compassionnel » résiduel...

Certaines affaires emblématiques ont pu focaliser l'attention des médias, mais ici sur le mode victimaire qui est dans l'air du temps. Ainsi le cas d'un joueur parkinsonien sous traitement, « ruiné par une molécule » (en l'espèce, il s'agissait vraisemblablement du pramipexole, puissant agoniste dopaminergique) et demandant réparation après avoir bénéficié d'une irresponsabilité pénale (pour la commission de délits survenus durant la phase de jeu excessif). Certes, certains agents dopaminergiques sont susceptibles de provoquer des comportements d'allure compulsive (notamment de jeu, mais pas seulement). Mais, en l'occurrence, tout se passe comme si se déployait ici – avec succès – un discours invoquant une *causalité linéaire entre la prise du produit et la dérive addictive*, faisant litière de la personnalité et des éléments contextuels. Affirmation d'une causalité directe (certes par le truchement d'un *effet secondaire* du produit) à laquelle présentement plus personne ne pourrait souscrire en matière d'addictions aux drogues (où la complexité des interactions est désormais largement admise).

Quant à la « responsabilité » du sujet engagé dans une spirale addictive et infractionnelle, c'est encore une autre affaire ! Elle aurait partie liée avec l'émergence d'un sentiment de culpabilité et la problématique de la dette. Une articulation bien illustrée par le terme *Schuld* en langue allemande, qui renvoie aussi bien à la dette qu'à la faute (Bucher, 2009).

En première approche, ainsi que le soulignent Moulin et Villerbu (2008), pour se sentir responsable, encore faut-il que le sujet fasse également « lien entre l'acte et lui-même » et, partant, se reconnaisse comme étant « l'agent, auteur de l'acte ». Et pas seulement afficher une prise de produit ou une conduite de jeu excessif pour se désresponsabiliser (« je n'étais pas moi-même... »). À ce titre, on ne s'attardera guère ici sur ces « braqueurs » invoquant à l'occasion le jeu addictif pour rendre compte de leur motivation à se procurer par tous les moyens, y compris criminels, le butin... Mais, de manière plus subtile, la délinquance acquisitive dite « astucieuse » serait susceptible dans certains cas de refléter cette « manipulation ludique de la loi » à laquelle faisait allusion Dubec (1996) en matière d'escroquerie, configurant plus spécifiquement une... autre forme de jeu pour celui qui s'adonne, précisément, au vertige des jeux aléatoires ! Et l'expertise médico-psychologique pourrait alors permettre une approche plus fine du moment infractionnel.

Somme toute, la décision de justice qui ponctue le parcours du joueur renvoie aussi *ipso facto* à l'existence binaire de ces « praticiens de l'aléatoire » (Chassaing in : Bucher et al., 2004). Gagné, perdu !

Logique victimaire et sentiment de préjudice

Une trajectoire existentielle qui peut chez certains sujets fonder un droit à la réparation au détriment d'un bien hypothétique sentiment de culpabilité. De l'occurrence dans l'enfance d'un *coup du sort* sur fond d'un sentiment d'innocence, à la quête du jackpot : de la maldonne initiale au joker. L'addiction au jeu comme support de la revendication d'un dédommagement

assorti de privilèges (*Vorrechte*), permettant de pallier un désavantage allégué ? En quelque sorte, avec du « moins »... faire du « plus » !

Ce qui permettrait le rapprochement de certains joueurs avec les « accidentés de la vie » (Bucher et Chassaing, 2007). En tant qu'ils exemplifient la logique victimaire de ces sujets en souffrance, fondée sur un « syndrome d'exceptionnalité » (Assoun, 1999) que pointait Freud (1916) dans son texte peu connu sur « les exceptions » (« *Die Ausnahmen* », en première partie de *Quelques types de caractères dégagés par le travail psychanalytique*). Logique fondée sur : « J'ai suffisamment payé à l'Autre, à lui maintenant de me dédommager... ». Et ce, en vue de justifier une exemption de la loi de la castration. Sur un mode dérogatoire.

Le jeu oscille finalement toujours entre ombre et lumière, affichage et clandestinité, ostentation et dissimulation, ordinaire et exception. Et même quand le droit s'en mêle, c'est pour en spécifier la position d'exception (dérogation en matière pénale, exceptions de jeu et de répétition au civil, voire plus récemment, régulation des paris en ligne, etc.). Exceptions venant se soustraire à la loi commune. Le « syndrome d'exceptionnalité » qui semble aussi à l'œuvre chez certains joueurs visant frénétiquement à compenser un sentiment de « désavantage » injuste (pour reprendre la traduction précise de l'expression freudienne « *ungerechte Benachteiligung* » par Assoun, 1999) expérimenté dans l'enfance n'est alors qu'un élément de plus dans cette série... d'exceptions !

Avec le jeu, « Offrez-vous l'exception ! » ainsi que l'indique un slogan publicitaire pour des clubs de golf sur mesure d'une marque japonaise. Et, pour le joueur, elle n'a pas de prix...

Références

- Assoun, P.L. (1999). *Le préjudice et l'idéal. Pour une clinique sociale du trauma*. Paris : Anthropos-Economica.
- Becker, H. (1963). *Outsiders*. Paris : édition A.M. Métailé.(1985).
- Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. New York : International University Press.
- Blaszczynski, A.P., & Silove, D. (1996). Pathological gambling : forensic issues. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 338-369.
- Bucher, C. (1999). Particularités médico-légales des situations de jeu pathologique. *Neuro-Psy*, 14, 54-58.
- Bucher, C. (2005). Jouer à se faire interdire. *Psychotropes*, 11, 87-100.
- Bucher, C. (2009). La dette... jusqu'à payer de sa personne. *Psychotropes*, 15, 9-17.
- Bucher, C., & Chassaing, J.L. (2007). Addiction au jeu, éléments psychopathologiques. *Psychotropes*, 13, 97-116.
- Bucher, C., Chassaing, J.L., & Melman, C. (2004). *Jeu, dette et répétition. Les rapports de la cure psychanalytique avec le jeu*. Paris : éditions de l'ALI.
- Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, National Research Council. (1999). *Pathological gambling : a critical review*. Washington : The National Academic Press.
- Dubec, M. (1996). *Les maîtres trompeurs. Vrais et faux escrocs*. Paris : Le Seuil.
- Freud, S. (1916). Quelques types de caractères dégagés par le travail psychanalytique. In *Œuvres complètes*, vol. XV (1916-1920). Paris : PUF, 1996.

- Koutouzis, M. (2003). L'argent, une addiction prométhéenne. *Autrement*, 218, 40-50.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.M., Pepin, M., et al. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10, 399-409.
- Moran, E. (1970). Gambling as a form of dependence. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 64, 419-428.
- Moulin, V., & Villerbu, L.M. (2008). Examen médico-psychologique des auteurs. In J.L. Senon, G. Lopez, R. Cario et al.,(Eds), *Psycho-criminologie* (pp. 175-186). Paris : Dunod.
- Richard, D., & Senon, J.L. (1997). Toxicomanies. In *Criminologie et psychiatrie*, (pp. 347-353), (coll., sous la direction de, T. Albernhe)., Paris ; Ellipse, .,
- Samet, C. (2006). Addictions : le point de vue du magistrat. In M. Reynaud (Ed), *Traité d'addictologie* (pp. 151-156). Paris : Flammarion Médecine-Sciences.
- Valleur, M. (2005). Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques. *L'Information Psychiatrique*, 81, 423-428.
- Valleur, M. (2010). Les addictions sans drogues : merci Thierry Henry ? *Alcoologie et Addictologie*, 32, 91-93.
- Valleur, M., & Bucher, C. (2006). *Le jeu pathologique*. Paris : Armand Colin coll, 128.
- Wegrzycka, B. (2007). Le prix d'une passion : la carrière du joueur compulsif. *Criminologie*, 40, 31-58.

39 Où s'arrête l'addiction ?

P. Decan

La notion d'addiction n'a cessé d'avoir toujours plus de succès. Et un succès justifié et aisément compréhensible, a-t-on envie de dire. En effet, par exemple, le champ de la toxicomanie et celui de l'alcoologie fonctionnaient auparavant sur un mode très clivé. Leurs professionnels, tels les rails d'un train, étaient sur des voies parallèles, c'est-à-dire ne se rencontraient jamais. Pendant ce temps, les consommateurs démentaient ce clivage artificiel par leurs usages variés. L'addictologie a permis de dépasser dans une certaine mesure ces clivages et a amené ces intervenants à se rencontrer et, de plus en plus souvent, à travailler ensemble. Signe de cette évolution manifeste, la création de la Fédération française d'addictologie qui regroupe l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie, l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, la Société française d'alcoologie et la Société française de tabacologie, mais aussi de nombreuses associations membres et affiliées.

La notion d'addiction a aussi permis une nouvelle approche des processus psychiques en jeu dans ces pathologies et, de ce fait, une plus grande finesse dans les constats cliniques. En se décollant du produit psychoactif, on a ainsi pu constater que l'on pouvait d'une part cumuler les addictions et d'autre part changer d'addiction sans changer de fonctionnement psychique. Par exemple passer de l'héroïne à l'alcool et devenir ainsi un grand alcoolique. Par ce biais, nous avons porté aussi plus d'intérêt aux polyconsommations, par exemple alcool-tabac-cannabis, générant ainsi des soins plus cohérents. La création récente des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), malgré l'hétérogénéité de leurs modalités, en témoigne également.

Il me semble qu'en lien avec une évolution des produits et de la société, cela a aussi contribué à reconsidérer la dangerosité des drogues. On ne parle ainsi plus de drogue douce. De même, le tabac est de plus en plus considéré au regard de sa grande nocivité pour la santé. Enfin l'usage inconsidéré d'alcool, par exemple lorsqu'il s'agit ensuite de conduire un véhicule, est de plus en plus sévèrement réprimé. Globalement, c'est à une remise à un niveau plus impartial et plus judicieux que l'on a assisté depuis que la notion d'addiction a été introduite.

Le fait d'avoir en outre pu se détacher de l'association entre produit psychoactif et dépendance, par exemple dans le champ des troubles du comportement alimentaire, autrement dit le fait qu'une addiction n'est pas forcément une dépendance à une drogue mais peut l'être à des tas

d'autres choses, nous a aussi fait faire un saut qualitatif dans l'approche des patients.

De même, au service d'addictologie du CHU de Nantes, travaillant ensemble sur des addictions diverses, nous avons pu approfondir ce que les addictions ont en commun et ce qui les distingue, car il y a des différences entre une anorexique et un toxicomane même si des patients cumulent les deux.

On pourrait multiplier et détailler ainsi la description des effets bénéfiques liés à l'extension du domaine de l'addictologie, tant ils sont manifestes et conséquents. C'est donc à une riche moisson théorique et clinique que nous avons assisté grâce à l'utilisation de cette notion précieuse (*voir* entre autres Vénisse, Reynaud, Valleur, Morel, etc.).

Notion et non pas concept, car héritière d'autres notions telles que l'alcoolisme ou la toxicomanie, l'addiction est au carrefour de plusieurs domaines : médical, psychologique, social, juridique, pénal, etc., et les définitions que l'on en donne dans chacun de ces domaines ne se recouvrent pas complètement. De même, aucune approche théorique, telles l'approche psychanalytique ou l'approche cognitivo-comportementale, ne peut en revendiquer l'exclusivité ni n'a su à ce jour en définir les contours de manière indiscutable.

À l'instar de la référence anglo-saxonne, nous avons trouvé de nouveaux et toujours plus nombreux espaces à investir comme appartenant potentiellement au domaine des addictions.

Toutes les addictions abordées durant ce congrès en sont la démonstration et viennent indéniablement s'ajouter aux addictions aux substances psychoactives déjà largement travaillées auparavant.

Mais comme d'autres notions telles que les états limites il y a quelques années, ou les troubles bipolaires plus récemment, l'addiction, qui connaît un tel succès qu'elle est devenue à la mode dans le langage courant, a tendance à phagocytter des catégories nosographiques plus anciennes.

Ainsi, il a par exemple été question d'addiction au sexe durant le congrès. Il est indéniable que certains fonctionnements sexuels rassemblent les mêmes caractéristiques psychiques que les addictions. Le but de la pulsion est alors considéré comme un objet de consommation comme un autre, un produit remplaçable de plus ou moins bonne qualité au regard de la jouissance espérée. On voit une compulsion de répétition se mettre en œuvre comme pour l'usage de drogue, par exemple. À ne pas confondre avec la notion d'érotomanie, qui vient qualifier un délire d'être aimé(e) en lien avec une structure psychotique, l'addiction au sexe pourrait plus judicieusement être rapprochée – et distinguée – de la notion d'obsession sexuelle souvent utilisée auparavant et qui apparaît parfois dans la clinique. Exemple : le cas du grand romancier Georges Simenon.

De même, le domaine des achats compulsifs offre pour qui y prête vraiment attention des cas saisissants d'addiction manifeste. Comme la clinique nous l'a prouvé, les domaines connexes du vol et de l'effraction peuvent aussi générer des compulsions de répétition de l'ordre de l'addiction. Et, en

ce qui concerne le vol compulsif, on peut se demander ce qui distingue cette notion de celle plus ancienne de kleptomanie...

Dans la même série, on a parlé de dépendances affectives, très vaste sujet, puisque le petit humain vient au monde dans un état de prématuration tel qu'il est le plus dépendant de tous les animaux, et ce pendant le plus long temps, c'est-à-dire environ une vingtaine d'années (nous ne développerons pas ici...). Les dépendances affectives doivent-elles être rangées dans le champ des addictions ? Cela mérite pour le moins réflexion, semble-t-il...

On a par ailleurs parlé d'addiction au travail, et il est tout aussi clair que certains surinvestissent le travail au détriment de tous les autres aspects habituels de la vie et que cela pousse à considérer ces personnes comme addictées ; les cas de certains traders et joueurs de poker professionnels semblent paradigmatiques à cet égard. Nous associerons les addictions au travail aux dépendances sectaires, car il s'agit là aussi de mettre toute une énergie raisonnée au service d'une cause réfléchie, tout en sous-évaluant en règle générale le pulsionnel qui travaille là dessous. Si la crainte sectaire est très sensible en France, comme pour les addictions au travail, on doit néanmoins considérer que trop peu de recherches étayées sont venues donner à ce domaine une consistance véritablement scientifique.

Nous avons aussi lu des thèses de médecine conséquentes et persuasives visant à démontrer que les tentatives de suicide et les scarifications à répétition sont à considérer comme des addictions. Dans la même veine, on peut se demander si certaines manières de pratiquer la musculation et d'autres de recourir régulièrement à la chirurgie esthétique ne seraient pas aussi addictives.

Rappelons que, selon Sigmund Freud¹, la compulsion de répétition s'installe quand une quantité d'énergie trop grande vient déborder un appareil psychique non préparé. Si l'on accepte ce raisonnement, on peut aussi se demander si les traumatismes sexuels qui génèrent des répétitions passives ou actives des actes subis ne seraient pas à ranger aussi dans une certaine catégorie d'addictions...

Mais un malaise commence là à poindre : alors on peut être addicté à tout et n'importe quoi ! Tout produit de consommation peut ainsi à la limite être investi de manière addictive... Pourquoi pas le chocolat, dont il est souvent question, le téléphone portable ou la télévision auxquels on dénie généralement cette spécificité, mais pourtant... Ou bien, dans d'autres registres, la politique ou le pouvoir n'ont-ils pas aussi dans certains cas à voir avec l'addiction ? Une question s'impose alors : où s'arrête l'addiction ? Quelles en sont les limites ? Qu'est-ce qui, par exemple, différencie addiction et passion ?

À trop pousser l'addictologisation de la société et des individus qui la composent, on risque en effet d'une part un éclatement et un émiettement de l'addictologie, et d'autre part un rejet réactif de la société. À cet égard, dès 2008, Alain Morel et Jean-Pierre Couteron² évoquaient les notions d'« addictomanie » et d'« addictature »...

1 « Au-delà du principe de plaisir » in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1968.

2 *Les consuites addictives*. Paris : Dunod ; 2008.

Nous avons donc à poser les limites de ce champ. Cela semblerait d'ailleurs un paradoxe que ceux qui traitent de la difficulté à poser des limites pour leurs patients n'en posent pas pour leur champ !

Nous n'aurons pas la prétention de résoudre la question mais plutôt de suggérer quelques pistes pour participer à en mesurer la difficulté.

Tout d'abord, comme il en a été question précédemment, il faut constater que la société dans laquelle nous évoluons semble prendre une tournure que l'on peut nommer addictive. Le consumérisme pousse sa logique aux extrêmes et par là même la notion de consommation. Or, les addicts poussent justement la notion de consommation jusqu'à l'extrême limite du possible, exerçant au passage un pouvoir de fascination sur nombre d'individus. La récupération aux fins publicitaires de signifiants de l'addiction (« addict » et « opium » par exemple), mais aussi le passage dans le langage courant des mots des toxicomanes (être cassé, être speed, kiffer, se défoncer ou s'éclater au boulot, etc.) et la mode des mannequins anorexiques en sont quelques effets parmi de nombreux autres.

La deuxième remarque est que l'argent intervient quasiment toujours fortement dans la mise en place de l'offre à la consommation addictive, soit directement (jeux d'argent), soit pour se procurer le produit (substances psychoactives ou autres), soit pour permettre d'accéder à une notoriété rétributive (dopage) ou à des bénéfices énormes (exploitation des supporters, etc.), soit pour utiliser des masses à des fins productives (sectes). Les enjeux sont considérables à l'échelle de l'économie mondiale. Personne n'a encore à ma connaissance sérieusement évalué la part de tout ce que l'on nomme à ce jour addiction dans l'économie mondiale, nul doute que l'on serait impressionné. De ce point de vue, il est indéniable que vendre un produit générant de la dépendance est le meilleur *deal* qui soit.

On assiste ainsi à un double effet de miroir entre les personnes souffrant d'addiction et la société occidentale contemporaine, essentiellement consumériste et guidée par la recherche de profits.

Ni la médecine, ni la psychologie n'ont par ailleurs vocation à édicter des règles de fonctionnement à la société... Concernant ce double effet de miroir à certains égards déformant, je pense, pour reprendre une expression de Dominique Dray³, psychanalyste et anthropologue, que nous ne pourrions pas faire l'économie d'« une éthique de l'altérité et du sujet dans une société en mutation »... Il y a là matière à débattre...

Il nous semble qu'après des années d'expansion du domaine addictif, on en a maintenant globalement fait le tour et qu'il est important de le dire. Il revient donc aux chercheurs et aux cliniciens la tâche certes moins enthousiasmante mais tout aussi importante de poser les limites et les frontières de ce qui constitue le domaine clinique des addictions.

On ne s'en tirera pas sans faire référence aux processus psychiques en jeu. Les personnes reçues en centres spécialisés sont toutes dans de grandes souffrances psychiques imbriquées dans des consommations mortifères.

3 Intervention au diplôme universitaire « Adolescents difficiles », Nantes, juin 2010.

Les causes profondes sont le plus souvent aisément repérables : « Les souffrances personnelles, les stress précoces, les enfances fracassées et les difficultés dans la relation à autrui, viennent faire le lit de l'addiction, constituant les plus importants des facteurs de vulnérabilité psychologique » nous disait déjà Michel Reynaud lors du congrès *Médecine et addictions* en 2004. C'est dans la mesure où nos conceptualisations pourront participer encore mieux à apaiser la souffrance de nos patients qu'elles conserveront de l'intérêt.

Un travail sur les limites est devenu pour nous aussi une nécessité. Voilà qui nous rapproche de nos patients, et c'est une bonne chose.

Cette conclusion est largement inspirée des remarques que j'ai faites lors de la troisième table ronde lors du congrès international de 2010 à Nantes. Un des constats qui se dégage du congrès de Nantes et de cet ouvrage a pour objet le degré de maturité atteint par la notion d'addiction sans substances – le *coming of age* des anglophones : l'adjectif « nouvelles » n'est peut-être plus approprié actuellement pour qualifier le concept d'addictions sans substances. Le qualificatif l'était certainement lors du premier congrès international de 1990 organisé également par le professeur Vénisse, mais il ne l'est plus 20 ans plus tard tant l'évolution des idées et des pratiques a été rapide dans le champ de l'addictologie.

En 20 ans, des modifications substantielles se sont produites en matière de conceptualisation des addictions. La recherche sur les dépendances sans substances, tant dans ses volets biomédical, épidémiologique, clinique, social que culturel, a connu une progression exponentielle. L'offre de service à la population a suivi cette évolution et les services traditionnellement réservés aux troubles liés aux substances s'ouvrent maintenant aux addictions comportementales. Le programme du congrès international et la table des matières de cet ouvrage témoignent, implicitement, d'un cadre théorique renouvelé et de pratiques cliniques novatrices qui supposent une conception plus inclusive de la notion d'addiction en comparaison des modèles qui prédominaient jusqu'au tournant du siècle dernier et qui incluaient uniquement des addictions relatives aux substances psychoactives : le paradigme des toxicomanies et de l'alcoolisme était jusqu'alors considéré comme le modèle universel des addictions.

Dans le paragraphe suivant, je vais tenter de développer deux idées : d'une part, que les idées relatives à l'alcool servent de paramètres pour définir les dépendances sans substance ; d'autre part, que ces idées relatives à l'alcool ont été dénaturées de leur conception originale pour être réinterprétées dans un nouveau paradigme : celui des addictions.

Le rôle causal des molécules

Les modèles de référence pour les troubles liés aux substances proposent un algorithme bio-psycho-social dans lequel trois composantes – le contexte, le produit et la personnalité – sont présentes, mais comportent un poids

différent selon les divers modèles théoriques du chercheur ou du clinicien. Ce modèle tripartite est emprunté à la proposition de Cassel (1976) selon laquelle il faut introduire l'environnement au même titre que l'hôte et l'agent dans un modèle étiologique des maladies. Cette triade a été reformulée de manière fort heureuse par Claude Olievenstein (1973) qui définissait la toxicomanie comme la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un moment socioculturel. Or, qui dit agent pour les toxicomanies et l'alcoolodépendance dit substance psychoactive. En effet, la compréhension de la dépendance chez les alcooliques et les toxicomanes a toujours été consubstantiellement inséparable du *craving*, du sevrage et, plus récemment, des effets des diverses substances sur le fonctionnement du cerveau tels que mis en évidence par les travaux en biologie moléculaire. La molécule a été et est toujours considérée comme ayant un effet causal, bien que pas nécessairement suffisant, dans le processus addictif. Un immense corpus de travaux a été consacré à l'alcool et à ses effets spécifiques sur toutes les parties du corps ; d'autres corpus, presque aussi imposants, ont été consacrés à chacune des drogues illégales. Ces travaux sont venus soutenir l'idée du rôle spécifique des produits dans l'étiologie de l'alcoolisme et des toxicomanies tout en posant, directement ou indirectement, les paramètres de l'addiction.

Cette idée d'une addiction consubstantiellement inséparable du *craving* et du sevrage provient vraisemblablement de trois sources : de Benjamin Rush au XVIII^e siècle, du mouvement des Alcooliques Anonymes (AA) (1939) et de Jellinek au XX^e siècle. Procédons à rebours pour examiner ces sources et leurs discours.

Jellinek signe, en 1960, *The Disease Concept of Alcoholism*, qui fut pendant presque 20 ans, avant le DSM-III (1980), la référence en alcoologie dans le monde anglo-saxon. Selon les propres termes de l'auteur, l'alcoolisme est une addiction. C'est aussi une maladie, comme son titre l'indique. Pour Jellinek, l'alcoolisme se manifeste par quatre symptômes, les signes cliniques essentiels de l'alcoolisme :

1. une obsession mentale pour de l'alcool ;
2. un besoin de boire vécu comme irrésistible ;
3. une perte de contrôle une fois que le sujet a commencé à consommer ;
4. une incapacité de s'abstenir.

Les seuls « vrais » alcooliques de sa typologie (les *gamma* et les *delta*) manifestent des adaptations métabolique et cellulaire irréversibles. L'alcoolisme est donc une maladie physique irréversible. En effet, l'alcool a provoqué des changements biologiques tels que l'abstinence s'impose comme seule solution à une rémission des symptômes. Entendre : une disparition des symptômes qui reviendront sitôt que le sujet retouche à l'alcool. En proposant cette description de l'alcoolisme, Jellinek a également proposé un modèle de l'addiction, encore très présent dans les conceptions contemporaines des addictions, mais telle n'était pas, du moins je le crois, son intention. En effet, dans son texte, les symptômes psychologiques (obsession mentale et besoin irrésistible de boire) et les conduites addictives (perte de contrôle et incapacité de s'abstenir) sont définis comme la

conséquence de l'imprégnation alcoolique, comme une manifestation des effets toxiques de l'alcool. Il a proposé un modèle synergétique de l'alcoolisme où la molécule alcool cause la symptomatologie.

Il est difficile de départager, dans les travaux de Jellinek, ce qui est le résultat de ses propres travaux et ce qui appartient à la tradition des AA. Tel que présenté par les AA, dans ce qu'on nomme le *Gros Livre* (Alcooliques Anonymes, 1939), l'alcoolisme est une maladie physique, psychologique et spirituelle : « L'alcoolique a un physique aussi anormal que son esprit. » (Alcooliques Anonymes, 1939, p. 27) D'autre part, l'alcoolique présente un physique anormal parce qu'il est allergique à l'alcool, pris dans le sens d'une sensibilisation pathologique et persistante de son organisme à l'alcool. Or, cette allergie est couplée à une obsession pour l'alcool qui s'impose à l'esprit de façon répétée, incoercible et pénible. Cette allergie différencie les alcooliques des autres buveurs et les place dans un groupe à part. Elle enlève ainsi à sa victime la maîtrise de sa vie (Alcooliques Anonymes, 1939, p. 32). En outre, l'alcoolique présente un esprit anormal parce que l'alcoolique qui boit fait l'expérience d'une division de son être – « *a divided self* » – et parce que, sous l'effet de l'alcool, il agit d'une manière qu'il désapprouve lui-même et contraire à son système de valeurs, trahissant ses proches par ses mensonges et le manquement à ses promesses. Quand il a bu, à ses yeux et aux yeux des proches, il n'est pas vraiment lui-même : « Il fait alors penser au Dr Jekyll et M. Hyde » (Alcooliques Anonymes, 1939, p. 24). Étymologiquement, c'est la molécule alcool, en raison de la vulnérabilité biologique du sujet (l'allergie), qui est responsable de cette transformation de la personnalité du sujet, idée qui sera reprise intégralement par Jellinek. Seule l'abstinence permet le rétablissement, car on ne guérit pas de l'alcoolisme : la consommation d'une très petite quantité d'alcool réinstalle le processus addictif, idée également reprise par Jellinek. Pour reprendre la formule imagée des AA, le cornichon ne pourra jamais redevenir concombre.

D'un point de vue clinique, le discours des AA est moins bien organisé que celui de Jellinek pour décrire la symptomatologie propre à l'alcoolisme. L'origine biologique de l'alcoolisme y est cependant beaucoup plus affirmée. Cela dit, outre cette dimension biologique en raison de l'allergie à l'alcool, le tableau clinique de l'alcoolique dans le *Gros Livre* pourrait être celui d'un joueur pathologique : obsession mentale, distorsion du sens, notamment dans l'illusion de contrôle des alcooliques, mensonges et trahison des proches et, pour certains alcooliques, le sentiment d'être habité par une force indépendante de soi, comme si le soi était divisé. L'idée dominante des AA est que les alcooliques ont perdu la maîtrise de leur vie. Encore aujourd'hui, c'est le concept central des addictions.

Le discours des AA n'a pas été entièrement produit par ce mouvement d'anciens buveurs. Une exégèse des concepts et du vocabulaire utilisés dans le *Gros Livre* a permis de constater que les notions d'addiction et de maladie trouvent leur origine dans un texte plus ancien (Blumberg, 1977). Benjamin Rush a signé, en 1785, un livre sur l'ivrognerie qui a fait école et qui a connu de nombreuses rééditions tout au cours du XIX^e siècle. Les idées de

Rush et ses termes sont repris par le rédacteur du *Gros Livre*. Selon Rush, tel qu'illustré dans son célèbre « thermomètre de l'intempérance », l'alcoolisme est une maladie progressive. Le buveur qui a progressé vers l'intempérance ressent une nécessité de boire qui est plus forte que sa volonté. À ce stade, il développe des vices – il devient paresseux, querelleur, menteur, obscène, fraudeur, développe une haine du gouvernement juste et, expression qui sera reprise par les AA, évolue vers le suicide ou d'autres maladies fatales. Rush avance quatre concepts qui vont marquer le champ des addictions :

- l'alcool peut évoluer d'une habitude de vie associée à la santé et au bonheur à une ivrognerie destructrice ;
- l'ivrognerie se manifeste par un dérèglement de la raison, une détérioration de la volonté, un sentiment de nécessité contre lequel il semble impossible de résister ;
- l'ivrognerie s'accompagne de vices, dont la définition est, selon le *Petit Larousse* (2002), la « disposition naturelle à faire le mal, à agir contre la morale », et qui sont des actes qui entraînent le désordre et/ou qui causent un tort à une personne, à un groupe ou à l'ordre des choses ;
- l'ivrognerie est la cause de problèmes personnels et sociaux.

Les AA vont retenir l'idée de progression, décrivant l'alcoolisme comme une maladie insidieuse et évolutive. Ils retiennent également la description du processus addictif : l'idée de nécessité, de perte de maîtrise sur sa vie, du soi divisé et de cette fissure fondamentale du sujet qui agit en contradiction avec ses propres valeurs. Ils reconnaissent enfin les conduites immorales qui sont commises tant que l'alcoolique boit.

Outre son influence dans l'élaboration du modèle de maladie mis de l'avant par les AA, l'œuvre de Rush a eu une autre influence, encore très présente aujourd'hui. Ses idées relatives au rôle causal de l'alcool dans l'apparition des problèmes sociaux ont été reprises par les mouvements de tempérance, qui prennent naissance au début du XIX^e siècle, et par les ligues anti-alcooliques, qui s'organisent à partir de 1850 (Levine, 1980, 1983). Ces ligues font leur l'idée selon laquelle l'alcool est la cause des problèmes personnels et sociaux. Ils viseront donc une prohibition de l'alcool et réussiront aux États-Unis en 1919. Encore aujourd'hui, l'idée que les drogues constituent un agent causal dans les addictions et les problèmes sociaux sont vécus au quotidien : prohibition du cannabis, des opiacés et de la cocaïne, taxation progressive sur l'alcool selon le degré d'alcool contenu dans les boissons alcoolisées, règlements sur l'accessibilité selon l'âge, taxation sur le tabac et interdiction de fumer dans certains lieux publics. Ces dispositions légales et réglementaires se fondent sur l'idée que la molécule psychoactive est un agent causal, nécessaire mais pas suffisant, dans le processus addictif.

C'est donc au cours des deux derniers siècles que se sont constituées les idées forces de l'addiction à l'alcool dont Jellinek a fait la synthèse :

- une obsession mentale pour de l'alcool ;
- un besoin de boire vécu comme irrésistible ;
- une perte de contrôle une fois que le sujet a commencé à consommer ;
- une incapacité de s'abstenir.

L'expérience subjective de perte de liberté a été reprise en France par Pierre Fouquet (1951), lorsqu'il affirme qu'« être alcoolique, c'est avoir perdu la liberté de boire », et en Angleterre par Edwards et Gross (1976), lorsqu'ils affirment que c'est le sentiment d'être aux prises avec quelque chose de non voulu qui est l'expérience intime la plus douloureuse pour leurs patients très dépendants. Et on retrouve l'essentiel du tableau clinique proposé par Jellinek dans des critères diagnostiques des DSM-III (1980), -III-R (1987), -IV (1994) et -IV-R (2000) dans le chapitre sur les troubles liés aux substances. Pendant deux siècles, le paradigme des toxicomanies et de l'alcoolisme était considéré comme le modèle universel des addictions, consubstantiellement inséparable du *craving* pour la substance mise en cause et du sevrage spécifique à chaque substance d'abus. En somme, les substances jouaient un rôle épistémologique clé, étaient la pierre angulaire de la conception des addictions.

Tout cela, c'était avant la constatation que les joueurs pathologiques présentaient des caractéristiques psychologiques comparables à celles des alcooliques et des toxicomanes. Une addiction pure, sans substance.

La crise paradigmatique

On pourrait, sans trop se tromper, affirmer que l'introduction des « nouvelles addictions » a amené chercheurs et cliniciens à s'interroger sur les éléments génériques des addictions. Bref, il y a eu une sorte de crise paradigmatique (Kuhn, 1970) qui a donné lieu à un réexamen de l'idée selon laquelle la molécule psychoactive est le facteur causal des addictions. Dans le modèle moléculaire, chaque addiction est décrite selon les propriétés pharmacologiques et le statut légal du produit objet de la dépendance. Par exemple, la personnalité du cocaïnomane ou de l'héroïnomane est décrite comme différente de celle de l'alcoolique en raison des effets spécifiques de chacune de ces substances sur l'organisme et en raison également de la réponse spécifique de la société à leur surconsommation. Le nouveau modèle qui s'élabore avec l'arrivée des addictions sans substances est davantage générique. On essaie, d'une part, de décrire des processus biologiques communs aux addictions (*voir* notamment à ce sujet les contributions synthétiques de Michel Reynaud) et, d'autre part, d'identifier les processus psychologiques qui caractérisent le rapport passionnel que le sujet entretient avec l'objet de son addiction, comme l'ont fait plusieurs intervenants dans les ateliers du congrès de Nantes.

Il est prudent de rappeler qu'en psychiatrie, le passage vers une conceptualisation plus générique des addictions n'est pas un phénomène avec une date de survenue précise. C'est aussi un truisme que de rappeler que le jeu pathologique n'a attendu ni son inclusion dans une des deux classifications psychiatriques reconnues – celle de l'Organisation mondiale de la santé et celle de l'Association psychiatrique américaine –, ni la recherche sur le sujet ni un corpus éprouvé de meilleures pratiques cliniques pour se manifester. Dans l'expression du pain et des jeux (*panem et circenses*), il faut

non seulement entendre que les Romains s'intéressaient aux distributions gratuites de pain et aux jeux du cirque, mais aussi que la principale activité aux jeux du cirque avait pour objet les paris sportifs : outre le plaisir sadique des combats cruels et sanglants, le devenir de sa mise sur le lion ou le gladiateur constituait un facteur motivationnel important dans les estrades (Lanciani, 1892). Écrivains, historiens, médecins, tous ont décrit et mis en scène des joueurs pathologiques depuis des siècles. Par exemple, Joostens d'Eeklo Pâquier (1561), un médecin hollandais, a écrit en latin un livre sur l'étiologie et le traitement du jeu en 1561 et un article très substantiel sur l'origine et la nature des instincts et des motivations dans les jeux de hasard et d'argent se retrouve dans l'*American Journal of Psychology* de 1903 (France, 1903). Bref, on a beaucoup joué tout au cours de l'histoire et on a beaucoup écrit sur les jeux de hasard et d'argent et le jeu pathologique avant le siècle dernier.

Récemment, comme dans toute mutation paradigmatique, il y a eu une phase préparatoire au cours de laquelle plusieurs cliniciens ont décrit le jeu pathologique comme avec les mêmes idées forces de l'addiction à l'alcool dont Jellinek a fait la synthèse, introduisant de ce fait des informations incompatibles avec le modèle moléculaire en place. Lorsque le nouveau paradigme est en voie de remplacer l'ancien, on « découvre » les contenus prophétiques des textes antérieurs dont les messages n'ont pas été entendus parce qu'ils ne trouvaient pas leur place dans la conceptualisation en vigueur – d'où la « découverte » du texte non traduit de Joostens d'Eeklo Pâquier et la décision d'investir dans sa traduction française. Cela dit, pour les fins de cette conclusion et de manière arbitraire, convenons que la datation du modèle universel pour les addictions se situe au moment où les services *publics* de santé ont proposé le jeu pathologique dans leur offre de service. C'est en avril 2001 qu'au Québec des programmes pour le traitement du jeu pathologique ont commencé à être offerts gratuitement à la population dans toutes les régions administratives de la province, et ce dans les centres de réadaptation jusque-là réservés aux troubles liés aux substances. Cette reconnaissance de « nouveaux » besoins de services dans la population marque, dans la pratique, la légitimité conceptuelle à titre d'addiction d'une dépendance psychologique « pure ». Il y a eu des variations entre les pays, mais le début du *xxi*^e siècle peut servir de date de référence.

La recherche d'un modèle parcimonieux

Quel est donc le dénominateur commun aux addictions ? Quelles sont les analogies qui permettraient d'appréhender de manière plus élargie les addictions ? On verra ce que nous réserve l'équipe qui travaille à l'élaboration du DSM-V dont les travaux visent précisément à proposer une conceptualisation générique des addictions. Nous sommes tous présentement à la recherche de facteurs communs aux troubles liés aux substances, au jeu pathologique, à la cyberdépendance, permettant de fixer les appartenances à une même famille diagnostique et d'en poser les limites. Cette question

est d'actualité et elle fut le leitmotiv de nombreux exposés au cours du congrès de Nantes. De plus, elle revient, de manière lancinante, à chaque fois qu'une « nouvelle » addiction est introduite dans cette taxinomie encore embryonnaire. Faut-il inclure l'obésité ? L'anorexie ? L'exercice physique ? La question peut être posée autrement : existe-t-il un modèle plus parcimonieux qui permettrait une coexistence satisfaisante des dépendances avec et sans substances ?

Si on veut répondre de manière scientifiquement satisfaisante à la question des invariants et des spécificités de chacune des nouvelles addictions, il faut être en mesure de fournir des réponses à plusieurs questions. Ainsi, il faudrait établir : (i) une nouvelle taxinomie relative aux addictions (entendre : établir à partir de quels critères se déterminent l'inclusion ou l'exclusion d'un syndrome clinique dans une nouvelle catégorie diagnostique), (ii) un seuil clinique qui permettrait de distinguer des niveaux de gravité dans les syndromes présentés, (iii) des mesures psychométriques valides et fidèles pour le repérage des cas potentiels et l'évaluation des cas avérés, (iv) des pratiques cliniques fondées sur ces données probantes.

Nous avons fait ce travail pour la dépendance à Internet ou cyberdépendance (Goyette et Nadeau, 2008 ; Nadeau et al., 2011) : à ce jour, ces conditions ne sont pas remplies pour la cyberdépendance. Lors de la recension des écrits, nous nous sommes à nouveau heurtés au fait qu'on trouve souvent comme seules références des articles qui sont essentiellement des opinions formulées à partir de petits échantillons cliniques ou à partir d'anecdotes. Bref, il est imprudent de dégager des régularités à partir de travaux qui sont essentiellement des témoignages à cause du manque de représentativité des échantillons. En outre, dans le meilleur des mondes, les études cliniques devraient s'appuyer sur des enquêtes populationnelles répétées pour connaître les taux de prévalence dans la population et avoir des données longitudinales capables de nous informer sur l'évolution de chacune des addictions au cours du cycle de vie. Or, pour des addictions relatives aux nouvelles technologies – le jeu en ligne, la cyberdépendance –, la production de données longitudinales est impossible. Il faut aussi ajouter que les prévalences sont très faibles (pour le jeu en ligne, voir Kairouz et Nadeau, 2010), ce qui complique la vie du chercheur et du clinicien.

Rush, les AA, Jellinek et les autres

Force nous est de constater que les idées reçues de Rush, des AA et de Jellinek sont celles qui reviennent le plus fréquemment dans les conceptualisations contemporaines des addictions sans substances. L'idée de la molécule comme agent causal a été excisée du modèle de l'alcoolisme pour ne retenir que les descriptions relatives aux processus psychologiques. De 1980 à 2000, le DSM a retenu la plupart des critères des troubles liés aux substances pour qualifier le jeu pathologique. Young a fait de même avec la cyberdépendance (Goyette et Nadeau, 2008).

Deux questions se posent devant le fait que ce sont les vieilles idées relatives à l'alcoolisme qui ont été retenues pour constituer les idées forces des nouvelles addictions :

1) est-ce Rush, les AA, Jellinek et les autres qui se sont trompés dans leur conception étiologique des addictions avec substances et ont été incapables de transcender le rôle des substances dans leur modèle, attribuant faussement un rôle causal aux substances dans la description qu'ils ont faite du processus psychologique dans les addictions ? Ont-ils été incapables de voir que le processus psychologique des addictions avait une existence propre, indépendante des substances, bien que profondément influencée par chacune des substances objet de la dépendance ?

2) est-ce nous, chercheurs et cliniciens des addictions sans substances, conditionnés par une tradition alcoologique vieille de 200 ans, qui sommes incapables de penser les addictions autrement que dans le cadre conceptuel qui a été défini pour les substances ? Pouvons-nous entendre ce qui se dit, voir ce qui se manifeste sans l'interpréter dans un schéma interprétatif issu de la tradition alcoologique ?

Il est plus facile de poser ces deux questions que d'y répondre. Peut-être est-il même présentement impossible de faire un choix entre les deux options. Le bon sens et l'histoire des sciences suggèrent cependant qu'il serait utile d'adopter un esprit de prospection et de découverte : peut-être que des joueurs et des internautes ordinaires ou des patients nous permettront de percevoir des dimensions de l'addiction qui n'ont été jusqu'ici ni senties ni admises. Si on écoute bien, si on accepte de penser en dehors de la tradition, on ne peut exclure qu'on pourra entendre ce qui existe mais qui est présentement inaudible. Une chose est certaine cependant : alors qu'une conceptualisation intégrée des addictions prend forme sous nos yeux, au moment où toutes les options conceptuelles sont encore ouvertes, le champ des addictions n'a jamais été aussi passionnant !

Références

- Alcooliques Anonymes. (1939). *Les Alcooliques Anonymes* (4th edition.). New York : Alcoholics Anonymous Services, 2003.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1983.
- Blumberg, L. (1977). The ideology of a therapeutic social movement : Alcoholics Anonymous. *Journal of Epidemiology*, 38, 2122-2143.
- Cassel, J. (1976). The contribution of social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Edwards, G., & Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence : provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Fouquet, P. (1951). Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *Évolution psychiatrie*, 11, 231-251.
- France, J.F. (1903). The gambling impulse. *The American Journal of Psychology*, 13, 364-407.
- Goyette, M., & Nadeau, L. (2008). Utilisation pathologique d'Internet : une intégration des connaissances. *Alcoologie et Addictologie*, 30, 275-283.

- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven : College and University Press.
- Joostens d'Eeklo Pâquier. (1561). *Alea, Sive De Curanda In Pecuniam Ludendi Cupiditate*. Document digitalisé : Bibliothèque de Dresde. Traduction de J.F. Cottier en cours.
- Kairouz, S., & Nadeau, L. (2010). Enquête ENHJEU Québec. Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans. Rapport de l'enquête de 2009 auprès de 11 888 participants soumis au Fond québécois de la recherche sur la société et la culture. Université Concordia, 10.09.2010. http://noww.concordia.ca/for-media/docs/Rapport_detape_ENHJEU-QUEBEC-9-novembre-2010.pdf.
- Kuhn, T.S. (1970). *La structure de la révolution scientifique*. Paris : Flammarion, 1972.
- Lanciani, R. (1892). Gambling and cheating in Ancient Rome. *The North American Review*, 155, 97-105.
- Levine, H. (1978). The discovery of addiction : changing conceptions of habitual drunkenness in American history. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 143-174.
- Levine, H.G. (1983). The Good Creature of God and the Demon Rum : colonial America and the 19th Century ideas about alcohol, crime, and accidents. In R., Room, G., Collins, (Eds.). *Alcohol and disinhibition : nature and meaning of the link* (pp. 111-185). Research Monograph No 12. Rockville, Maryland : U.S. Department of Health and Human Services.
- Nadeau, L., Acier, D., Kern, L., & Nadeau, C. (2011). *Guide d'intervention en cyberdépendance*. Montréal : Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances.
- Olievenstein, C. (1973). *Écrits sur la toxicomanie*. Paris : Presses Universitaires.
- Rush, B. (1790). An inquiry into the effects of ardent spirits upon the body and mind. Boston : Thomas and Andrews. In Y. Henderson (Ed), *A new deal in liquor ; a plea for dilution*. New York : Doubleday, Doran & company, Inc.