

OCTOBRE 2010 - NUMÉRO 41

DÉPENDANCES



**Manger n'est
pas si facile**

Revue éditée par
Addiction Info Suisse
et le **GREa**

SOMMAIRE

Manger n'est pas si facile

Editorial <i>Corine Kibora</i>	p.1
Définition et traitement des troubles des conduites alimentaires <i>Alain Perroud</i>	p.2
A quoi sert l'Association Boulimie Anorexie? <i>Stéphanie Malik-Cornut et Nathalie Getz</i>	p.5
Les troubles des conduites alimentaires (TCA) à l'adolescence <i>Anne Emmanuelle Ambresin et Sophie Vust</i>	p.9
L'avenir: intégrer la prévention des troubles du comportement alimentaire dans la prévention de l'obésité <i>Magali Volery</i>	p.13
Si tout est addiction, alors quoi? <i>Michel Graf</i>	p.17
Post-scriptum: Modèle de compréhension de l'addiction au jeu à travers l'histoire <i>Jean-Marie Coste</i>	p.20

ÉDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

Quoi de plus naturel que manger? Ce n'est pourtant pas toujours si simple. Du sein maternel à la porte du frigo, le rapport à la nourriture en dit long sur la relation aux autres, au plaisir, sur la culture et les valeurs d'une société.

Pourquoi parler des troubles du comportement alimentaire dans une revue consacrée aux addictions? S'il est important de réfléchir à l'impact de l'utilisation de ce concept, et nous vous y invitons dans ce numéro, il n'en reste pas moins que l'addiction se dessine comme l'un des troubles si ce n'est le trouble le plus caractéristique de notre société moderne et qu'il touche également notre rapport à la nourriture.

Il existe des pathologies du trouble du comportement alimentaire qui sont répertoriées en entités cliniques bien définies comme l'anorexie ou la boulimie. Il ne faut pas perdre de vue cependant que ces pathologies s'inscrivent à l'extrémité d'un continuum qui commence bien souvent par un simple régime, symptomatique de la valeur accordée dans nos sociétés à la minceur et à l'apparence physique en général, laquelle conditionne le niveau d'estime de soi de nombreuses personnes, les femmes en particulier.

Interroger les troubles alimentaires sous l'item addiction, c'est aussi permettre un certain angle de vue. Que dit une relation pathologique à la nourriture sur la qualité du lien interindividuel, du vivre ensemble? Qu'en est-il de la responsabilité de l'industrie agro-alimentaire et de sa «junk food», qui selon une étude récente parue dans le *New Scientist** «peut toucher la chimie cérébrale de la même manière que les drogues»? Qu'en est-il des valeurs de consommation, du tout tout de suite, n'importe quand et n'importe où lorsqu'on les applique à la nourriture? La disponibilité et l'abondance de nourriture contrastent avec les injonctions au contrôle de soi – et de son poids.

De fait, les troubles du comportement alimentaire sont des maladies biopsychosociales complexes et nous espérons avec cette édition ouvrir un espace de réflexion et de discussion.

(*Trivedi B., Junkie food. *New Scientist* 2010, 38-41)

Corine Kibora, Addiction Info Suisse

DÉFINITION ET TRAITEMENT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Alain Perroud, psychiatre, Clinique Belmont, Genève

Que recouvrent les troubles des conduites alimentaires? Comment les définir et quels sont les liens avec l'addiction? Tout en dressant un tableau clinique de ces troubles, cet article fait également le point sur les traitements disponibles en la matière. Il en ressort que ces derniers sont encore mal codifiés, tant il reste encore beaucoup à découvrir sur les différentes formes de ces troubles et la meilleure façon de les appréhender. (réd.)

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) regroupent diverses entités cliniques, au premier rang desquelles nous connaissons tous l'anorexie mentale et la boulimie qui représentent à elles deux près de la moitié de ces pathologies. L'autre moitié est représentée par ce qu'on a coutume d'appeler aujourd'hui les Troubles des Conduites Alimentaires Non Spécifiés (TCANS) au sein desquels le succès médiatique de l'hyperphagie boulimique l'a fait connaître un peu mieux que les autres. Les autres TCANS sont essentiellement des formes infracliniques de l'anorexie ou de la boulimie ayant un impact sur la vie psychologique et sociale des sujets quasiment comparables au syndrome complet, ou des manifestations très marginales et particulières telles que des vomissements psychogènes ou une tendance à mâcher sans avaler les aliments, par exemple.

Le point commun, et c'est essentiel dans la classification actuelle des troubles alimentaires, c'est le désir de contrôler son poids en contrôlant son alimentation. Si on revient au modèle de conceptualisation le plus validé actuellement, ce souci extrême de contrôler son poids et sa silhouette découle directement du fait que l'aspect physique représente aujourd'hui pour beaucoup de femmes des sociétés modernes un élément essentiel de l'estimation de leur valeur personnelle.

Cette étiopathogénie commune des troubles des conduites alimentaires (TCA) conduit, donc, à les considérer comme un groupe de troubles à part entière, relativement uniformes dans leur fonctionnement, quoique diversifiés dans leurs manifestations cliniques. C'est aujourd'hui la position, par exemple, du Pr. Fairburn à Oxford qui milite pour qu'on cesse de morceler les TCA en diverses sous-entités cliniques, dans la mesure où les modes de fonctionnement et par conséquent les procédures thérapeutiques sont similaires pour chacun de ces troubles.

Cet argument fait ressortir que les TCA sont sur ces points différents de la plupart des addictions, puisque dans les addictions le moteur principal est l'impulsivité, laquelle est renforcée par un besoin irrépressible d'atténuer une souffrance psychologique par un passage à l'acte plus ou moins dommageable. C'est toutefois un débat pertinent dans la mesure où l'on retrouve essentiellement dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique des comportements impulsifs qui répondent tout à fait à cette définition. L'étiopathogénie n'est pas la même, mais une part de la symptomatologie se recoupe donc assez nettement avec les addictions.

... l'aspect physique représente pour beaucoup de femmes des sociétés modernes un élément essentiel de l'estimation de leur valeur personnelle.

Selon un des modèles classiques de l'impulsivité (UPPS), on distingue 4 composantes : l'Urgence (tendance à vouloir apaiser rapidement les affects négatifs), le manque de Persévérance (tendance à ne pas aller au bout des actions), le manque de Préméditation (tendance à mal anticiper les situations problématiques) et la recherche de Sensation (tendance à avoir besoin de fortes stimulations). Dans la phase de passage à l'acte et de crise de la boulimie, les jeunes filles qui en souffrent ont un comportement

impulsif en grande partie lié au besoin d'apaiser une tension. A la différence de certaines addictions, la recherche de plaisir ou la recherche de sensations reste modestement impliquée et l'anticipation qui est faible dans les addictions est plutôt importante dans ces troubles. Quant à l'anorexie restrictive, elle ne répond à aucun de ces critères. Ce sont là des différences qui méritent d'être soulignées.

Pour mémoire et afin de cerner clairement les entités cliniques, nous pouvons donner quelques définitions claires de l'anorexie. Ce trouble se caractérise principalement par un état de maigreur avec un indice de masse corporelle inférieur à 17,5 pour un adulte ou une perte de poids d'au moins 15% du poids d'équilibre du sujet. Cette perte de poids est volontaire et délibérée et associée donc à des manœuvres pour réduire les apports caloriques et/ou aug-

menter les dépenses. La perception de l'image du corps est très souvent faussée chez ces personnes. Leur tendance à percevoir pour elles-mêmes un poids supérieur à la réalité contraste avec leur aptitude préservée à évaluer correctement le poids des autres personnes. Cette caractéristique existe aussi dans la boulimie mais elle est moins systématique et, surtout, moins radicale. A l'inverse, l'aménorrhée qui a longtemps été un des symptômes clef de ce trouble, se voit aujourd'hui de plus en plus contestée par les nosographes. Ce symptôme devrait être écarté dans les versions ultérieures du DSM et de la CIM du fait qu'il est très instable et n'a guère d'intérêt clinique et pronostique.

Quant à la boulimie, la définition de ce trouble repose essentiellement sur la présence de crises d'hyperphagie, lesquelles se caractérisent par l'ingestion massive de nourriture dans un délai réduit. Ces crises sont nécessairement suivies de comportements compensatoires au premier rang desquels se trouvent les vomissements. Cependant, on peut citer aussi l'usage et l'abus de laxatifs, ou encore de diurétiques ou l'hyperactivité physique. Ce trouble s'associe, par ailleurs, d'une tendance à attribuer à son poids, à sa silhouette et à la capacité de contrôler son alimentation une valeur importante dans l'estime de soi.

L'hyperphagie boulimique se différencie essentiellement de la boulimie par son absence de comportements compensatoires, ce qui explique que ce trouble est fréquemment associé à un surpoids, voire une obésité. On considère actuellement que deux crises par semaine sont nécessaires pour remplir les critères de ces pathologies, mais la tendance à venir sera de ramener ce critère à une crise par semaine probablement, puisque les études démontrent que la souffrance personnelle des sujets et l'impact sur leur vie psychologique et sociale sont à peu près les mêmes avec une ou deux crises par semaine. Le dernier critère pour ces troubles repose sur le fait qu'ils évoluent depuis au moins 3 mois. En deçà de cette période, le diagnostic doit être réservé.

Pour ce qui est du mode de fonctionnement de l'anorexie, son lien avec les addictions semble encore plus éloigné que celui de la boulimie. Le comportement de restriction qui en est le symptôme central n'est animé ni par un certain degré d'impulsivité, ni par la recherche de la satisfaction immédiate d'un besoin ou d'un plaisir.

Dans l'ensemble des pathologies alimentaires, le *sex-ratio* est extrêmement tranché. On retrouve, selon les études, entre 85 à 95% des sujets féminins souffrant de ces troubles, ce qui est là encore une différence notable avec les comportements addictifs où le *sex-ratio* est beaucoup plus équilibré.

Il existe par ailleurs des facteurs de prédisposition et des traits de personnalité qui ont été beaucoup mieux inventoriés ces dernières années. Ils contribuent à comprendre le mode de fonctionnement de ces pathologies et guident pour une grande part les traitements actuels. Qu'on prenne

l'une ou l'autre de ces pathologies, le déficit majeur de l'estime de soi est le trait le plus souvent retrouvé chez toutes ces personnes. Il a un caractère à la fois spécifique et significatif. Ce point est d'ailleurs à mettre tout au sommet de la hiérarchie des facteurs de prédisposition.

Il s'y ajoute, et là encore de façon très spécifique et significative, une tendance au perfectionnisme et un très haut niveau d'exigences personnelles. Cette particularité se manifeste entre autres par un mode de pensée dichotomique très marqué. Ces personnes ont donc tendance à fonctionner en «tout ou rien» et en «tout, tout de suite». C'est plus particulièrement le cas lorsque des crises et/ou des vomissements sont présents. Cet aspect les rapproche des conduites d'addiction. Le dernier trait, moins spécifique mais tout autant significatif, est le tempérament anxieux très fréquemment retrouvé dans les études au titre des caractéristiques préalables des sujets.

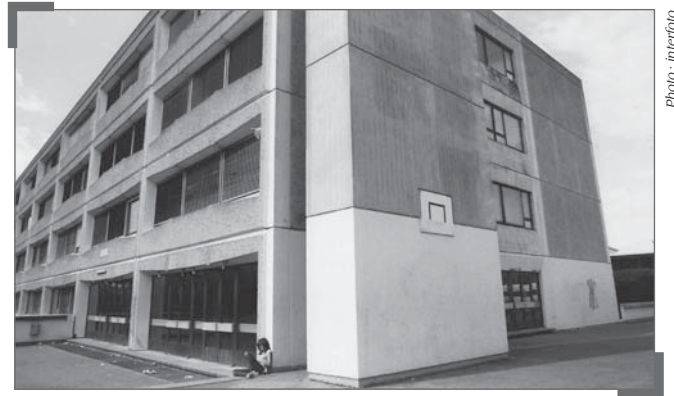


Photo: interfoto

On peut conclure de ces données que le traitement des troubles des conduites alimentaires relève de spécificités particulières et les nouvelles directions de recherche actuelle dans ce domaine prônent une prise en charge a priori plutôt de type comportementale et cognitive. En effet, cette approche est celle qui a le mieux démontré son efficacité dans ces pathologies, bien que l'écart entre les sujets traités et non traités reste peu important et que son efficacité reste mal démontrée dans l'anorexie mentale. Il est à noter que pour cette pathologie les seules études, véritablement probantes, sont celles portant sur les thérapies de famille, a priori d'orientation systémique, lesquelles seraient les plus adaptées dès lors que la personne souffrant d'anorexie a moins de 19 ans et que son trouble évolue depuis moins de trois ans. Dans ces conditions, on trouve un niveau d'efficacité supérieur aux autres méthodes.

Depuis 2003, un modèle d'approche transdiagnostique a été proposé et évalué par Fairburn et semble très prometteur. Il dérive des techniques de la TCC dont il est une forme améliorée («Enhanced Cognitive Behavior Therapy»). Les premiers résultats tendent à prouver la pertinence d'une thérapie centrée sur les symptômes communs à tous les TCA (restrictions, estime et image de soi, perfectionnisme, régulation des émotions, relations interpersonnelles). Ils confirment implicitement l'hypothèse de cette équipe: les TCA sont des variantes cliniques d'une seule et même

pathologie mentale. Ils doivent être considérés comme une entité nosographique particulière et relèvent d'une prise en charge spécifique.

Ce propos serait incomplet si on ne faisait pas part, ici, du fait que ce courant de pensées et de pratiques s'oppose à une autre école. Cette dernière tend à souligner, au contraire, les différences importantes entre les TCA. Par exemple, elle s'insurge contre l'idée de conduire de manière identique la démarche de soin d'une jeune femme terriblement maigre, hypercontrôlée et peu consciente de sa maigreur et celle d'un homme obèse ayant fait de nombreuses tentatives de régime sans succès et qui perd le contrôle de son alimentation chaque fois qu'il est en difficulté.

Si on se place maintenant sous l'angle émotionnel, les TCA apparaissent nettement plus en lien avec les mécanismes de l'anxiété que, par exemple, ceux des troubles de l'humeur ou l'agressivité. Les comportements d'évitement des aliments caloriques, la peur panique de prendre du poids même lorsque celui-ci est très faible, les rituels autour de la nourriture ou encore le besoin de se contrôler parfaitement en toutes circonstances sont autant de manifestations de cette tendance anxieuse. Les personnes souffrant de TCA ont très souvent des troubles anxieux associés. Ces troubles peuvent avoir précédé le trouble alimentaire ou apparaître comme une complication ultérieure mais les études rétrospectives tendent à montrer que le tempérament anxieux est un des facteurs de prédisposition les plus significatifs. Face à cette notion très claire, certains auteurs ont proposé de placer les TCA au sein des troubles anxieux plutôt que de leur faire une place à part. Ils pourraient, en effet, cohabiter aisément avec l'anxiété généralisée, les phobies spécifiques ou les TOC.

Pour d'autres, enfin, on pourrait assimiler ces pathologies au groupe des Troubles Somatoformes, au côté de l'hypochondrie ou de la dysmorphophobie.

On peut s'attendre donc à de sérieux remaniements de la nosographie dans les années prochaines mais il est peu probable qu'on atteigne au consensus idéal dans le DSM-V ou la CIM 11 en gestation pourtant depuis plus de dix ans.

En résumé, les TCA offrent une grande variété de formes cliniques sur un fond commun pourtant très délimité et particulier. Leurs traitements sont encore mal codifiés et la recherche y est très active au sein des équipes du monde entier. C'est un champ captivant de la psychiatrie moderne pour toutes ces raisons. Il reste plein d'incertitudes mais aussi de promesses pour l'avenir. Traiter une personne souffrant d'anorexie, de boulimie ou d'un TCANS nécessite de la part des soignants un investissement intense en termes d'implication personnelle et d'inventivité. C'est ce qui contribue à rendre ce travail si passionnant.

Bibliographie :

- (1) A.P.A. (1995). *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- (2) Agras Stewart, W. (1987). *Eating Disorders. Management of Obesity, Bulimia and Anorexia Nervosa*. Coll.: Psychology Practitioners Guidebooks. New York: Pegamon Press.
- (3) Agras, S. & Apple, R. (2008). *Overcoming Eating Disorders. A cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder*. Oxford University Press.
- (4) Cooper, M., Todd, G. & Wells, A. (2009). *Treating Bulimia Nervosa and Binge Eating*. Londres: Routledge.
- (5) Fairburn, C. & Brownell, K. (2002). *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press.
- (6) Fairburn, C. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.
- (7) Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- (8) Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- (9) NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2004). *Core interventions and managements in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*.
- (10) Perroud, A. (2000). *Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie*. Lausanne: Favre.
- (11) Perroud, A. (2003). *Faire face à l'anorexie*. Paris: Retz.
- (12) Perroud, A. (2001). *Faire face à la boulimie*. Paris: Retz.
- (13) Treasure, J., Schmidt, U. & van Furth, E. (2005). *The Essential Handbook of Eating Disorders*. Chichester: Wiley and sons Ltd.

Courriel :

alain.perroud@hotmail.com

A QUOI SERT L'ASSOCIATION BOULIMIE ANOREXIE?

Stéphanie Malik-Cornut, présidente de ABA et Nathalie Getz, membre

Depuis dix-huit ans, l'Association Boulimie Anorexie (ABA), basée à Lausanne, offre écoute, soutien et orientation aux personnes qui souffrent d'un trouble alimentaire et à leurs proches. Son expérience et sa structure offrent un point d'accueil rassurant et complémentaire aux milieux médicaux.

L'histoire de l'association a débuté il y a dix-huit ans déjà. A l'époque, les troubles du comportement alimentaire n'étaient pas encore très connus. Démunis, des parents d'enfants souffrant d'anorexie et de boulimie ont décidé de se rencontrer afin de partager leurs expériences, leurs angoisses et leur sentiment d'impuissance tout en cherchant des solutions ensemble. Constatant un grand manque en matière d'information et de prise en charge concernant ces troubles du comportement alimentaire, ils ont décidé d'agir en fondant l'Association Boulimie Anorexie (ABA).

Depuis, l'association n'a jamais cessé de se développer. Aujourd'hui, elle fonctionne grâce à une équipe de professionnel(le)s et de bénévoles qui s'engagent activement pour proposer un soutien aux personnes qui souffrent

d'un trouble du comportement alimentaire et pour mieux faire connaître ces maladies.

Aujourd'hui, l'association constate que ces maladies sont de plus en plus médiatisées et que les structures de prises en charge médicale adaptées s'étoffent en Suisse romande. Cependant, elles restent souvent mal comprises et empreintes de nombreux préjugés. Pour ceux et celles qui en souffrent, oser en parler et faire le pas de demander de l'aide demande beaucoup de courage. ABA leur offre un lieu d'écoute et d'accueil qui peut parfois sembler plus rassurant qu'une structure médicale. Si l'association ne propose pas de suivi thérapeutique, elle offre une série de prestations pour soutenir les malades et leurs proches, leur permettre de faire le point et d'être orienté au besoin auprès d'un thérapeute ou d'un médecin.

Les prestations de ABA en un coup d'oeil

- **Des entretiens sur rendez-vous** et confidentiels avec une psychologue, destinés à toute personne souffrant de TCA et/ou à leurs proches.
- Un service **d'information et de soutien** aux malades, proches et professionnels **par courrier électronique**: ecoute@boulimie-anorexie.ch.
- Une **permanence téléphonique** assurée par des psychologues: tél. 021 329 04 39.
- Des **groupes de parole** destinés aux personnes souffrant de TCA et à leurs proches à Lausanne et dans les régions du canton de Vaud.
- Des **groupes de soutien spécifiquement pour les proches** à Lausanne.
- Un «Accueil **portes ouvertes chez ABA**» mensuel permettant de venir à l'association pour découvrir et partager.
- Les «**Mardis Midi chez ABA**» mensuel pour les personnes qui souffrent de TCA. Ces espaces permettent d'introduire une dimension de convivialité, de rétablir le lien social et de partager la pause de midi.
- Des **séances de sensibilisation** organisées sur demande dans les établissements scolaires et les écoles professionnelles.
- Les «**Rencontres TCA**» destinées aux professionnels qui travaillent dans le domaine des TCA en Suisse romande afin de favoriser les échanges dans un espace neutre.
- Un **magazine Oh**, des **brochures et des dépliants informatifs** destinés aux malades et aux proches.
- Une **bibliothèque**, de la **documentation** (livres, périodiques, articles, témoignages, vidéos et DVD), consultation sur place et en prêt.
- Un **site internet** www.boulimie-anorexie.ch

ABA en quelques chiffres

En 2009, l'Association Boulimie Anorexie a:

- répondu à 443 appels
- traité 1327 demandes par e-mails
- mené 275 entretiens
- accueilli 103 participants à ses groupes de soutien

Pour en savoir plus

Association Boulimie Anorexie
Avenue Villamont 19, 1007 Lausanne
tél: 021 329 04 22 (secrétariat)
021 329 04 39 (psychologues)
info@boulimie-anorexie.ch (secrétariat)
ecoute@boulimie-anorexie.ch (psychologues)
www.boulimie-anorexie.ch

LES GROUPES DE PAROLE

L'échange et le soutien entre pairs constituent des éléments précieux dans le parcours de guérison d'un trouble alimentaire. **Simona Grassi Alexandre est responsable des groupes de parole à ABA. Elle nous apporte son éclairage sur cette prestation centrale de l'association.**

A quoi servent les groupes de parole?

Ces groupes ont pour objectifs de proposer un lieu de soutien et de partage pour les personnes qui souffrent d'un trouble alimentaire et pour leurs proches. Le cadre associatif permet d'offrir un espace différent que les groupes organisés dans un contexte hospitalier.

Il n'est pas rare que ABA accueille des personnes qui font leurs toutes premières démarches de demande d'aide. Quant aux personnes qui suivent une thérapie, elles peuvent y trouver de nouvelles pistes à travailler.

A qui sont-ils destinés?

Ils sont destinés aussi bien aux malades qu'aux proches au sens large: parents, frères ou sœurs, conjoints, amis... Parmi les personnes touchées par la maladie figurent une majorité de femmes mais depuis quelques années, nous observons que les hommes viennent aussi.

Qui sont les animateurs?

Les groupes de parole sont animés par des psychologues ainsi qu'une personne formée à la relation d'aide. Selon la taille des groupes, il y a une ou deux animatrices.

Nous invitons également régulièrement une personne qui s'est sortie de la maladie pour qu'elle puisse venir témoigner de son expérience. Les participants apprécient beaucoup cela. Voir quelqu'un qui a traversé la maladie et qui s'en est sorti leur donne de l'espoir.

Quelles sont les demandes, préoccupations ou sujets qui reviennent fréquemment dans ces groupes?

Les gens qui viennent dans ces groupes recherchent avant tout des pistes pour se sortir de la maladie et des informations sur les différentes formes de traitements existantes.

Elles ont besoin de voir aussi qu'elles ne sont pas seules à traverser ces difficultés: partager ce vécu peut être aidant.

Les proches sont eux aussi souvent démunis et épuisés: ils viennent pour essayer de mieux comprendre la maladie, chercher des pistes pour savoir comment réagir et échanger leurs expériences avec d'autres parents.

En quoi participer à un groupe de parole peut-il être aidant pour les proches?

Dans le groupe ouvert aux malades et aux proches, lorsque ces derniers entendent une personne inconnue parler de sa maladie, ils peuvent entendre cette souffrance autrement que lorsqu'ils sont directement concernés. Cela leur permet de porter un regard différent et parfois de mieux comprendre la maladie. Je constate aussi que le soutien entre les participants peut être très aidant.

Participer à un groupe de parole, est-ce suffisant pour se sortir de la maladie?

Non certainement pas. Le groupe peut être motivant pour entreprendre une démarche thérapeutique ou apporter un soutien pour ceux qui sont déjà en traitement. Mais dans tous les cas, un traitement plus large est nécessaire pour se sortir d'un trouble alimentaire!

Infos pratiques

- Groupes de parole mensuels à thème (témoignages), destinés aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire et à leurs proches
- Groupes mensuels pour les proches

Ces groupes ont lieu sur inscription dans les locaux de l'Association Boulimie Anorexie à Lausanne. Une participation de 15.- est demandée pour les membres de ABA (20.- pour les non-membres).

Des groupes ouverts aux malades et aux proches sont également organisés tous les mois à Aigle et à Nyon (sur inscription, entrée libre).

Toutes les informations sur
www.anorexie-boulimie.ch

TÉMOIGNAGE

«CHEZ ABA, JE ME SUIS SENTI COMPRIS»

Claude¹ est le père d'une fille qui a été malade durant quatre ans et demi. Durant cette période, il a fait appel à l'Association Boulimie Anorexie pour chercher un soutien. Il témoigne ici de son expérience.

Dans la maladie de ma fille, je me suis senti mis hors jeu. J'ai beaucoup de souvenirs douloureux. Lorsqu'elle faisait 35 kilos, par exemple, et que les médecins la laissaient sortir des urgences. Quel message pour elle qui avait déjà l'impression de ne pas être malade! Mais quand nous lui faisons des remarques, elle pensait que nous n'étions pas normaux, alors que les gens autour de nous avaient l'impression que nous la laissions mourir.

Nous ne nous sentions pas compris, pas écoutés. Quand ma fille a commencé à faire des démarches pour chercher de l'aide, elle voulait les faire avec sa mère, sans moi. A l'hôpital, c'était elle qui était au centre. Nous, parents, y allions pour aider les soignants à l'aider. Pendant les rendez-vous médicaux, nous nous sentions vite coupables.

Nos rencontres dans le cadre des groupes de ABA nous ont permis de nous occuper de nous. J'y allais en tant que père, sans ma fille, pour échanger avec d'autres parents. Auprès de l'association, je pouvais poser des questions précises sur la maladie, trouver des conseils, des adresses... mais surtout, je

me sentais compris. C'était rassurant de se dire que ces gens avaient vécu la même chose que nous, avant nous, et qu'ils s'en étaient sortis.

Le fait que ce soit confidentiel nous donnait beaucoup de liberté dans ce que nous pouvions dire. Nous avons enfin une place, en tant que parents, alors que dans le domaine médical, nous nous sentions un peu mis à l'écart. Cette distance a certainement aidé notre fille à guérir: c'était important pour elle que nous soyons en retrait, qu'elle puisse prendre de la distance et que nous lâchions prise. Mais nous, nous avons aussi besoin d'aide!

A ABA, nous avons compris que certaines de ses attitudes faisaient partie de la maladie et que nous avions fait, de notre côté, du mieux que nous pouvions. Avant, nous la ménagions beaucoup: nous avons enfin appris à lui mettre des limites.

Notre fille est sortie grandie de la maladie. Quant à moi, ce que j'ai trouvé à ABA m'a permis de retrouver une place aux yeux de ma fille. Et ça nous a guéris, en tant que couple.

¹ Prénom d'emprunt

LE RÔLE DES PSYCHOLOGUES À ABA

Répondre aux mails, assurer la permanence téléphonique, mener les entretiens, s'assurer de la mise à jour et du suivi du réseau... autant dire que les journées des deux psychologues qui travaillent pour ABA sont intenses. Engagée en 2001, Romana Chiappini a été rejointe en 2009 par Marie Leuba Bosisio, cumulant ensemble un temps de travail de 105%.

Rencontre avec Romana Chiappini qui nous éclaire sur cette fonction.

Que font les psychologues au sein de l'association?

Nous proposons un service d'écoute, de soutien et d'information aux usagers de l'association. Nous le faisons par l'intermédiaire de la permanence téléphonique, des emails, ou des entretiens.

Qui sont les personnes qui peuvent contacter l'association?

Nos services sont aussi bien destinés aux personnes souffrant de troubles alimentaires qu'à leurs proches. Nous n'avons pas de critères pour accueillir les gens. On peut venir à ABA quel que soit son degré de souffrance, à tout moment de la maladie, même quand on n'est pas sûr de souffrir d'un trouble alimentaire ou quand on a déjà suivi des années de traitement. Nous recevons des demandes

de jeunes adolescents qui nous contactent le plus souvent par email, mais aussi d'adultes de tous âges. Beaucoup de demandes proviennent de proches (parents, conjoint, enfants, collègues, amis, etc.). Il arrive aussi que des professionnels fassent appel à l'association pour demander des conseils pour une situation précise.

Quels sont les moyens de vous contacter?

L'email est de plus en plus souvent utilisé: il permet d'entrer en contact de manière anonyme et sans contrainte horaire. Nous recevons aussi de nombreux téléphones. Quel que soit le moyen utilisé pour joindre ABA, nous essayons d'établir un lien, en évitant de nous arrêter à un échange simple, type question-réponse. Il arrive ainsi que ce premier contact débouche sur une rencontre dans les locaux d'ABA.

Quelles sont les demandes qui reviennent le plus souvent?

Elles sont très diversifiées: certaines personnes ont besoin de parler de leurs difficultés alimentaires quelles qu'elles soient, de partager leur vécu, ou de chercher de l'aide face à un retour des symptômes après une période d'amélioration, etc. D'autres encore sont déjà en traitement et souhaitent partager leur découragement du moment, ailleurs que dans le cadre de leur thérapie. D'autres enfin demandent de l'aide pour s'orienter dans les démarches de soin possibles.

Et de la part des proches?

Ils veulent savoir comment encourager l'autre à aller consulter et se demandent quelle attitude adopter au moment des repas, face à la perte de poids et au déni de la personne malade.

Quant aux professionnels, ils cherchent souvent des adresses de thérapies complémentaires à proposer à leurs patients et des informations sur l'association. Enfin, nous recevons aussi des étudiants à la recherche d'informations et d'aide pour des travaux d'étude sur les troubles alimentaires ou sur le système associatif.



Photo: Interfoto

Que pouvez-vous leur proposer?

Nous essayons de toujours personnaliser nos réponses: cela exige souvent de clarifier les demandes, de faire le point sur la situation dans le détail pour mieux comprendre où la personne en est et chercher quelle pourrait être la meilleure aide pour elle. Nous évitons de répondre en donnant simplement une adresse à quelqu'un qui nous fait cette demande.

Quand il s'agit d'un proche d'une personne malade adulte, nous l'encourageons à responsabiliser la personne touchée pour qu'elle fasse la demande d'aide elle-même. Cela permet de déculpabiliser et de réaliser que ce n'est pas à lui de faire la démarche à la place de l'autre, tout en l'aidant à mettre ses limites vis-à-vis de la personne malade.

Quelle est la différence entre «aller voir un psychologue» et «aller voir un psychologue à ABA»?

Il est important de toujours préciser le cadre aux personnes qui nous contactent: nous sommes des psychologues, formées dans le domaine des troubles alimentaires, mais dans le contexte de l'association, nous n'assurons pas de suivi psychothérapeutique. En venant à ABA, les personnes s'adressent avant tout à l'association, créée par des personnes concernées par les TCA. De ce fait et de par sa dénomination même, les gens y viennent pour parler d'emblée de TCA.

Nous constatons que beaucoup de malades ne savent pas comment aborder leur trouble avec leur médecin ou leur thérapeute, ou craignent d'être tout de suite pris dans des démarches considérables, pour lesquelles ils ne se sentiraient pas encore prêts. A l'association, ils ont le sentiment de pouvoir en parler sans obligation d'engagement thérapeutique.

Travaillez-vous en commun avec les spécialistes de Suisse romande?

Après plusieurs années au sein de l'association, nous connaissons une grande partie des thérapeutes spécialisés dans les TCA. Nous essayons d'échanger régulièrement avec les différents intervenants du réseau et les structures hospitalières ou ambulatoires. Depuis quelques années, nous organisons régulièrement des «Rencontres TCA»: ces moments permettent d'échanger nos expériences autour d'un thème entre professionnels du domaine.

Est-ce que ABA est seulement un lieu de parole?

C'est effectivement surtout un lieu de rencontre autour du dialogue. Mais nous proposons aussi d'expérimenter d'autres choses: par exemple, ABA a organisé, il y a quelques années, des ateliers d'expression à médiation créatrice. Actuellement, nous proposons «les Mardis Midi chez ABA», un projet destiné aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire, qui a pour but d'offrir un moment de partage dans les locaux de l'association à l'heure des repas. Les personnes intéressées viennent avec quelque chose à manger mais sans aucune contrainte quant à la quantité à avaler. Là encore, le but principal est de partager un moment souvent difficile quand on souffre d'un TCA.

Courriel:

info@boulimie-anorexie.ch

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA) À L'ADOLESCENCE

Anne Emmanuelle Ambresin, médecin et cheffe de clinique à l'UMSA, CHUV, Lausanne et **Sophie Vust**, psychologue et psychothérapeute, UMSA, CHUV, Lausanne

L'adolescence et les troubles alimentaires entretiennent de multiples liens. D'une part, les troubles alimentaires émergent fréquemment à l'adolescence et, d'autre part, les mêmes questions se retrouvent au cœur de l'adolescence et des troubles alimentaires, à savoir la place du corps, celle du narcissisme et la question de l'autonomisation.

Les dysfonctionnements alimentaires sont fréquents à l'adolescence, où ils peuvent ne représenter qu'une modalité des adaptations développementales liées aux changements pubertaires et se résorber alors spontanément, à la différence des troubles alimentaires typiques et atypiques qui représentent des modalités plus permanentes du fonctionnement psychique et pour lesquels une aide apparaît nécessaire.

L'ADOLESCENCE CONSIDÉRÉE COMME PÉRIODE DE VULNÉRABILITÉ POUR LES TROUBLES ALIMENTAIRES

L'adolescence est considérée à la fois comme une période d'émergence des troubles alimentaires, qui prendraient racine, selon une perspective psychanalytique, dans divers événements psychologiques survenus dans la petite enfance, et à la fois comme une période à risque de développer un trouble alimentaire, notamment en lien avec les bouleversements induits par le processus d'adolescence. Le contexte socio-culturel joue également un rôle majeur.

Le travail de l'adolescence comporte des transformations qui se retrouvent au cœur de la problématique des troubles alimentaires, à savoir la place du corps, celle du narcissisme et la question de la dépendance et de l'autonomie (Birraux, 1994; Jeammet, 1992). Il y aurait comme une concordance entre certaines caractéristiques de l'adolescence "normale" et des mécanismes en jeu dans les troubles des conduites alimentaires.

Les transformations physiques induites par la puberté placent le corps au centre de la problématique adolescente, comme dans les troubles alimentaires. L'adolescent cherche à maîtriser son corps, pour faire face à l'angoisse générée par les changements, avec parallèlement des moments de régression dans des sources de satisfaction pulsionnelles antérieures.

Parallèlement, à l'adolescence, l'alimentation subit des variations, qualitatives et quantitatives, liées aux modifications induites par la puberté.

L'adolescence est le temps des remaniements (du corps et de l'image de ce dernier, des rapports aux parents, aux pairs et à soi) et est souvent vécue comme un moment de

perte de repères et de quête. L'alimentation à l'adolescence n'échappe pas à ces remises en question, conscientes, et inconscientes la plupart du temps. L'anarchie des rythmes de manière générale (coucher, lever, organisation des journées, hygiène, ...) à l'adolescence et de l'alimentation en particulier, reflète aussi les bouleversements du corps et de l'âme vécus par le jeune, ce qui peut représenter une normalité développementale à l'adolescence, avant de s'inscrire dans la lignée des troubles du comportement alimentaire.

L'adolescence représente une période de vie où le couple autonomie-dépendance se trouve en pleine restructuration, induisant des moments de doute et de deuil. La nécessité d'investissements nouveaux peut venir menacer l'équilibre narcissique. La fragilisation induite par les différents remaniements rend aussi l'adolescent plus sensible aux influences extérieures et donc aux pressions sociétales et médiatiques liées à la minceur. Plus la fragilité (liée à l'importance des failles narcissiques) est grande, et plus l'adolescent se cherche des modèles à l'extérieur, désire se conformer aux "canons" en vigueur, se focalisant sur son apparence, tendant alors à se déterminer non en fonction de ses désirs propres mais selon le regard des autres. La prolongation de la période dite «adolescente», avec l'apparition d'études longues, retardant le moment de séparation d'avec les parents, vient encore renforcer la question de la dépendance. Les TCA posent les mêmes dilemmes tout en illustrant la difficulté à intégrer ces nombreux changements et l'impasse développementale qui en résulte.

Plus fondamentalement, à l'adolescence, sous l'impact du remaniement psychique et physique et de la poussée pulsionnelle, le sujet lutte contre tout sentiment de proximité et de dépendance affective, avec ses parents notamment, sentiment qui représente une menace à l'intégrité narcissique. Cela d'autant plus que les assises narcissiques,

constituées dans la petite enfance, sont fragiles, ou si le processus d'attachement a subi des aléas. La relation de dépendance avec ses parents, que l'adolescent fuyait, est remplacée par une dépendance à l'égard de la nourriture, par exemple, dépendance qui tend à s'accroître ensuite et à s'autorenforcer, et qui, contrairement aux relations objectives, n'apporte aucun réapprovisionnement narcissique et accroît au contraire le vide intérieur et la nécessité de recourir à l'objet d'addiction. Le recours à une conduite externe donne l'illusion de la maîtrise, tout en développant a contrario un sentiment d'impuissance qui grandit au fur et à mesure que l'adolescent s'installe dans le trouble.

L'enjeu est donc là, similaire à la problématique de l'évaluation en général à l'adolescence: pouvoir différencier ce qui sera passager et qui signe la désorganisation temporaire et normale de l'adolescence, versus identifier ce qui apparaît plus problématique ou révélant une fracture du processus adolescent en cours, et pouvoir alors s'en préoccuper. Le défi pour le soignant est alors de distinguer les formes pathologiques de rapport au corps nécessitant une prise en charge, sans ancrer et cristalliser un questionnement «normal» dans une crise «adolescentaire».

Il existe un éventail de troubles infra-cliniques apparaissant à l'adolescence qui se résorbent spontanément (Chamay-Weber, Narring, & Michaud, 2005), confirmant le recours aux dérèglements alimentaires en tant que stratégie d'ajustement momentanée face aux déstabilisations liées au processus d'adolescence. La difficulté réside dans les critères à adopter pour définir la nécessité ou non d'une intervention, l'un d'eux étant bien évidemment, comme pour toute manifestation à l'adolescence, un critère de durée, sans qu'il n'existe de chiffres précis à ce propos. Un autre critère important est l'isolement social induit par le trouble alimentaire. Une intervention précoce peut aussi éviter que, face à des difficultés concrètes, relationnelles ou psychiques, ne s'installe un mode de résolution lié à l'alimentation, qui pourrait ensuite s'inscrire comme mode de résolution privilégié de tout conflit. Et même un dérèglement alimentaire temporaire qui se résorberait spontanément peut induire une souffrance, individuelle et familiale, nécessitant une aide, en-dehors de toute inscription pathologique. Il s'agit dans ce cas de ne pas induire de façon iatrogène une surinterprétation du trouble alimentaire transitoire, au risque de favoriser sa pérennisation.

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ADOLESCENCE

Les dysfonctionnements alimentaires sont donc fréquents à l'adolescence, où ils peuvent ne représenter qu'une

modalité d'adaptation développementale en lien avec les changements pubertaires et se résorber spontanément, à la différence des troubles alimentaires typiques et atypiques qui représentent des modalités plus permanentes du fonctionnement psychique et pour lesquels une aide apparaît nécessaire (pour définitions des troubles alimentaires, voir l'article d'Alain Perroud).

Les troubles alimentaires atypiques, transitoires, chroniques, ou étape sur le parcours d'un trouble typique (anorexie et boulimie) sont les plus fréquents à l'adolescence, avec des chiffres de prévalence allant de 4 à 20% selon les études pour les 15-25 ans, comparativement à une prévalence pour les mêmes âges de 0,5 à 1% pour l'anorexie et de 3 à 6% pour la boulimie.

Les traitements associent différents modes de prises en charge, en fonction de la situation.

Seule une évaluation rigoureuse du trouble alimentaire ainsi que de l'ensemble de la situation psychosociale, familiale et de l'état physique, permet de proposer un suivi coordonné et adéquat. La prise en charge se fait dans l'idéal sur un mode bifocal avec un pôle somatique et un pôle psychothérapeutique.

... l'évolution des troubles alimentaires à l'adolescence est généralement favorable avec 2/3 de guérison et 1/3 qui évoluera vers la chronicité.

L'évolution des troubles alimentaires à l'adolescence est généralement favorable, avec 2/3 de guérison et 1/3 qui évoluera vers la chronicité. Les quelques cas de décès sont en lien avec les complications somatiques secondaires au trouble alimentaire (hypokaliémie, troubles du rythme cardiaque).

ADDICTION?

Les troubles alimentaires sont souvent apparentés à des addictions ou à des dépendances, tant par le comportement de recherche de produits et de sensations en vue de combler un vide interne, que par l'autorenforcement automatique (psychique et physiologique) 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. Tout porte donc à croire qu'un véritable processus comparable à l'addiction peut enchaîner un sujet à son comportement alimentaire et à ses attitudes avec l'alimentation, tant au niveau biologique, qu'au niveau psychique, de par le sens et la fonction de ce comportement dans l'équilibre psychique, ou de par les effets psychiques des sensations procurées par ces comportements (Corcos et al., 2000).

Par contre, qu'en est-il à l'adolescence? Peut-on parler

d'addiction également pour les troubles alimentaires de cette période si particulière où tout semble encore très mouvant? Et si oui, est-ce valable pour tous les TCA, ou seulement pour les troubles les plus sévères ou les plus installés? Autant de questions où peu de réponses claires existent et qui demandent une réflexion renouvelée (voir également les différents articles de la présente revue).



Photo: interfoto

PRÉVENTION

Il existe peu d'évidences en matière de prévention des troubles des conduites alimentaires. Dénoncer les pressions socioculturelles à la minceur et le dictat des régimes, promouvoir une bonne estime de soi qui ne soit pas liée à l'apparence, et défendre une égalité de genre (Gold, 1999; Sigall & Pabst, 2005), laquelle se voit fortement liée à l'émergence de troubles alimentaires, concourent à créer les conditions d'une société plus sereine vis-à-vis de son image, et a fortiori du poids et de l'apparence.

Endeça, il s'agit d'encourager dès le plus jeune âge des valeurs de vie et de bien-être qui ne soient pas reliées à l'apparence ni au poids et de mettre en avant des valeurs inconditionnelles de réalisation de soi et de satisfaction interne, reliées à la personne et non plus aux performances ou à l'apparence. Renforcer la prise en compte des besoins de sécurité relationnelle et d'ouverture aux autres s'avère plus profitable en termes de prévention que d'aborder de front les questions de l'alimentation et des troubles alimentaires (Corcos & Jeammet, 2002).

De même, la surmédiatisation des thèmes en lien avec le poids et l'alimentation saine, de la part des milieux médicaux notamment, contribue à créer un climat délétère, davantage angoissant que rassurant, face auquel le contrôle sur l'alimentation, porte d'entrée des difficultés alimentaires, peut fournir une réponse, tout inadaptée soit-elle.

Enfin, la question de la formation des soignants au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge des troubles alimentaires à l'adolescence se révèle aussi essentielle.

Bibliographie:

- (1) Birraux, A. (1994). *L'adolescent face à son corps*. Paris: Bayard.
- (2) Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health*, 37(5), 417-427.
- (3) Corcos, M., Girardon, N., Nezelof, S., Bizouard, P., Venisse, J. L., Loas, G., Lang, F., Halfon, O., Flament, M. & Jeammet, P. (2000). [Pertinence of the addiction concept in eating behavior disorders]. *Ann Med Interne (Paris)*, 151 Suppl B, B53-60.
- (4) Corcos, M., & Jeammet, P. (2002). Les troubles des conduites alimentaires: facteurs de risque, dépistage et modalités de prévention. In J.- L. Venisse (Ed.), *Conduites addictives, conduites à risques: quels liens, quelle prévention?* Paris: Masson.
- (5) Gold, B. (1999). An ethnic disorder - the challenge that eating disorders patients offer group analysis. *Group Analysis*, 32 (1), 7-20.
- (6) Jeammet, P. (1992). Pathologie de la dépendance à l'adolescence. *Médecine et Hygiène*, 50, 3206-3208.
- (7) Sigall, B., & Pabst, M. (2005). Gender literacy: enhancing female self-concept and contributing to the prevention of body dissatisfaction and eating disorders. *Social Science Information*, 44(1), 85-111.

Courriel:

sophie.vust@chuv.ch

anne-emmanuelle.ambresin@chuv.ch

séminaire

prévention des
discriminations,
populations vulnérables
et addiction

9 et 10 décembre 2010, 9h-17h

Organisation :

- * Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne
- * Section d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire (PCO), Département de psychiatrie (DP), CHUV, Lausanne
- * Unité des populations vulnérables, Policlinique médicale universitaire (PMU), CHUV, Lausanne

Objectifs du séminaire :

- * Définir les discriminations, les droits humains et le droit à la santé
- * Identifier les difficultés courantes rencontrées dans le travail auprès des personnes présentant des conduites à risque
- * Identifier les principaux acteurs institutionnels de prévention des discriminations en Suisse
- * Intégrer les droits humains et le droit de la santé comme cadre d'action

Public concerné :

Médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et autres professionnels intervenant auprès des populations vulnérables

Délai d'inscription : 15 novembre 2010

séminaire

suicide et addiction

26 et 27 mai 2011, 8h30-17h

Organisation :

- * Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne
- * Section d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire (PCO), Département de psychiatrie (DP), CHUV, Lausanne
- * Groupe Prévention Suicide Vaud

Objectifs du séminaire :

- * Connaître l'épidémiologie de base des comportements suicidaires dans les addictions
- * Comprendre la relation possible entre comportements suicidaires et addiction
- * Pouvoir dépister et évaluer les comportements suicidaires chez une personne dépendante
- * Etre capable d'accueillir, orienter et accompagner les personnes dépendantes en crise suicidaire ainsi que leur entourage
- * Etre capable d'identifier ses limites dans les situations de crise suicidaire et de faire appel à des ressources externes
- * Développer un réseau d'échanges et de compétences interprofessionnelles entre intervenants d'horizons différents

Public concerné :

Assistants sociaux, éducateurs, infirmiers, médecins, médiateurs scolaires, psychologues et autres intervenants du domaine des dépendances

Délai d'inscription : 5 mai 2011

Ces séminaires sont organisés dans le cadre du programme de promotion en formation continue dans le domaine des dépendances (GFD).

Plus d'informations sur www.unil.ch/formcont

L'AVENIR: INTÉGRER LA PRÉVENTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DANS LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

Magali Volery, psychologue et diététicienne, coordinatrice du Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie (www.ccn-p-ge.ch) à Genève

La prévention des troubles alimentaires est peu développée actuellement en Suisse. Associer la prévention de l'anorexie et de la boulimie à celle de l'obésité est une proposition pertinente à plus d'un titre: les intérêts sont multiples, comme le démontre cet article.

PREMIER INTÉRÊT: UN PUBLIC CIBLE DONT LE POINT COMMUN EST LA PRÉOCCUPATION DU POIDS

L'insatisfaction corporelle ne touche pas que les personnes souffrant d'anorexie et de boulimie, la préoccupation du poids est omniprésente dans notre société. Près de la moitié des Européens aimerait être plus mince. En Suisse, chez les 14-17 ans, 62% des filles souhaitent maigrir et 77% se trouvent trop grosses (Narring N. & al. 2004). Chez les adultes (OFS 2004), 35% de la population est insatisfaite de son poids. En France, parmi les femmes de poids normal, 51% suivent un régime et parmi les femmes en excès de poids non obèses, 64% sont au régime parce qu'elles se trouvent trop rondes (Hubert A. & al. 2004).

Le régime amaigrissant est la réponse la plus populaire pour perdre du poids¹. Modifier intentionnellement et souvent temporairement ses habitudes alimentaires pour perdre du poids est la porte d'entrée la plus classique pour tomber dans un trouble alimentaire. Depuis les années nonante, les données scientifiques sont sans équivoque: face au surpoids, en suivant un régime, même équilibré, seuls 5 % des gens arrivent à perdre 5% de leur poids au-delà de cinq ans (Anderson J.W. & al. 2001; Douketis J.D. & al. 2005; Neumark-Sztainer D. & al. 2007; Phelan S. & al. 2003; Sacks F. & al. 2009; Summerbell C.D. & al. 2009). Les régimes sont inefficaces pour perdre du poids à long terme. La pratique des régimes amaigrissants favorise la prise pondérale et aggrave, voire induit des troubles du comportement alimentaire. Suivre un régime peut aussi avoir des conséquences sur la génération suivante. Les mères au régime ont plus de risque d'avoir des enfants présentant des troubles alimentaires ou des problèmes d'obésité.

DEUXIÈME INTÉRÊT: DES MESSAGES PERTINENTS CONTRE L'OBÉSITÉ ET LES TROUBLES ALIMENTAIRES

Promouvoir l'abandon des régimes amaigrissants auprès de la population et des professionnels est un message de santé publique de lutte à la fois contre les troubles alimentaires et l'obésité.

Le canton de Genève, en suivant l'avis d'un ensemble d'experts, s'est engagé à diffuser un message pour remplacer les régimes amaigrissants par une bonne hygiène de vie: «Maigrir fait grossir» est l'un des slogans du programme «Marchez et mangez malin!» du Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention, coordonné par le Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé et soutenu par Promotion Santé Suisse. Le message est accompagné de la mention: *«Les «régimes-miracle» font grossir à long terme dans 95% des cas à cause de l'effet «yo-yo». En faisant un régime, on perd du poids. Dès l'arrêt du régime, on reprend davantage de poids. En cas de surpoids ou d'obésité, les «régimes-miracle» ne sont pas une solution. «Marchez et mangez malin!» est une bien meilleure solution»*

Les effets visés par ce message sont, d'une part, de limiter la pratique de régimes amaigrissants au niveau individuel, et d'autre part, de diminuer l'offre de régimes amaigrissants, notamment celle des professionnels qualifiés, pour contribuer à l'amélioration de notre cadre de vie (Débenay E. & al., 2007).

L'exemple du canton de Genève est éloquent, la prévention de l'obésité en Suisse pourrait inclure davantage de messages essentiels pour lutter contre la préoccupation du poids et l'insatisfaction corporelle, communes à l'obésité et aux troubles alimentaires.

En revanche, les messages classiques des programmes de lutte contre l'obésité comme: «Manger cinq fruits et légumes par jour» ou «Pour votre santé, éviter de manger trop gras,

¹ Définition d'un régime d'après la Société canadienne de pédiatrie

trop sucré, trop salé» questionnent certains spécialistes ². Diffuser de tels messages ne reviendrait-il pas à encourager l'ensemble de la population à contrôler son alimentation, voire à se restreindre?

Il a été clairement décrit que, chez des sujets préoccupés par leur apparence physique, contrôler et restreindre son alimentation peut induire des sentiments de restriction et de frustration. Ce qui peut entraîner, à plus ou moins long terme, des troubles alimentaires tels que compulsions alimentaires, grignotages intempestifs, hyperphagie boulimique ou crises de boulimie (Fairburn, C. G. 1997). Les fluctuations pondérales qui résulteraient de ces comportements de restriction aboutiraient à aggraver l'épidémie d'obésité et tiendraient un rôle contre-productif par rapport aux objectifs des experts en prévention, tant pour l'obésité que pour l'anorexie ou la boulimie.



TROISIÈME INTÉRÊT: DES ACTIONS EFFICACES À LARGE SPECTRE (SHANKLAND R. 2009)

Essentiel à relever, il existe des actions de prévention efficaces et validées pour lutter à la fois contre les troubles alimentaires et le surpoids.

Une équipe américaine au Texas, sous la direction d'Eric Stice (Stice E. & al. 2008) a développé une méthode auprès des adolescents dans les établissements scolaires, efficace en termes de changement d'attitude et de comportement. L'objectif est de réduire le risque actuel ou futur de troubles du comportement et de surpoids. L'intervention est constituée de 4 séances d'une heure ou de 2 séances de deux heures en groupe de 6 ou 8 participants, à raison d'une séance par semaine sur un mois, centrée autour de la remise en cause de l'idéal de minceur de la société. Des exercices verbaux, écrits et comportementaux (création de slogans, d'affiches, par exemple), réalisés pendant et entre les séances ont pour objet de produire une dissonance cognitive réduisant l'intériorisation de l'idéal de minceur et orientant les participants vers l'intégration d'un idéal de santé. Suite à ce programme, les participants ont présenté

une réduction de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des symptômes boulimiques et des risques de surpoids, en adoptant des comportements de contrôle de poids adaptés, et cela maintenu au-delà d'un an après l'intervention.

Ce modèle d'intervention est basé sur la théorie de la dissonance cognitive de Festinger. Cette théorie postule que si un individu réalise librement des actions non conformes à ses croyances, cela produira un conflit interne et une remise en question de ses croyances. Il s'agit de produire une dissonance en réalisant des actions ou en développant des arguments allant à l'encontre de l'idéal de minceur véhiculé par les médias. Il n'est pas fait mention des troubles alimentaires eux-mêmes, étant donné qu'il a été démontré que l'apport d'informations sur les problèmes a un effet contre-productif. De telles interventions ont déjà été utilisées pour le sevrage tabagique et seraient utilisables dans d'autres champs de la prévention, comme la prévention du suicide ou l'abus d'alcool ou de drogues, par exemple.

Les interventions préventives de type didactique donnant des informations sur les troubles alimentaires (Mann T. & al. 1997) peuvent engendrer ou aggraver les troubles. Le fait de citer des moyens de contrôle du poids peut avoir un effet incitatif, provoquer une augmentation des préoccupations corporelles, rendre le trouble attractif ou encore produire une banalisation des comportements en question.

Les programmes de prévention non spécifiques aux troubles des conduites alimentaires et centrés sur le développement des compétences transversales, ont démontré leur efficacité. Ainsi des ateliers d'affirmation de soi, de résolution de problèmes, de prise de décision, de relations, permettent de renforcer l'autonomie et les capacités d'action des individus. Avec ce type d'interventions, on cible l'amélioration de l'estime de soi, de la gestion des émotions et des facteurs de résilience des jeunes.

En école primaire, trois axes pourraient être développés:

- La gestion des émotions
- L'éducation aux médias pour remettre en cause le modèle de minceur
- L'éducation à la diversité, afin de réduire l'expression de critiques et de jugements

Le clip «Je veux maigrir» (accessible à partir de www.youtube.com) a été réalisé par des jeunes pour des jeunes et primé en 2006 au festival Clap Santé Jeunes. En trois minutes, Claire Danlalune décrit toute la dérive des régimes amaigrissants chez les jeunes. Excellent!

² Voir le site du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids www.gros.org, par exemple

QUATRIÈME INTÉRÊT: DES PROFESSIONNELS LIÉS AUTOUR D'UNE PROBLÉMATIQUE COMMUNE

Aujourd'hui, parmi les professionnels de la santé, il y a un clivage: d'un côté, les troubles alimentaires et les médecins-psychiatres, de l'autre côté, l'obésité et les médecins-somatiques. De plus, on constate aussi un fossé entre les spécialistes de la promotion de la santé et les spécialistes du traitement. Développer une passerelle entre les professionnels de ces réseaux permettrait d'initier des réflexions communes et de créer de nouvelles idées.

Former et informer les professionnels est essentiel. La prévention des troubles alimentaires et du surpoids doit être de plus en plus intégrée aux formations de base des professionnels de la santé, du social, de l'éducation, du sport et de la restauration, afin que les connaissances et les pratiques des professionnels soient en adéquation avec les données scientifiques et contribuent à la diffusion des messages-clés.

Si vous êtes parents, donnez l'exemple, mangez et bougez régulièrement, prenez plaisir à partager des moments conviviaux à table. Si vous êtes préoccupés par votre apparence physique ou que vous valorisez souvent ouvertement la plastique des tops modèles à la télévision ou dans les magazines, cela témoigne de l'importance que vous accordez à l'apparence physique qui est un facteur de risque de développer un problème de comportement alimentaire.

Deux messages phares:

- La minceur n'est pas une valeur
- Les régimes ne marchent pas!

Que l'on soit mère, père, journaliste, enseignant, médecin, pharmacien, professionnel de la santé, cuisinier, entraîneur, nous nous devons de transmettre le même message pour faire valoir notre cohérence auprès des jeunes.

CINQUIÈME INTÉRÊT: UNE DÉTECTION SYSTÉMATIQUE PRÉCOCE

Lors des visites de santé dans les écoles, contrôler le poids et la taille d'un enfant et signaler un surpoids ou une obésité est un acte intégré dans les pratiques quotidiennes. Percevoir une insatisfaction corporelle ou une obsession de la minceur nécessite davantage de temps et d'écoute. L'observation de comportements inquiétants récurrents doit nous alerter.

Troubles alimentaires: quels sont les signes?

Voici quelques indices souvent associés à la survenue d'un trouble alimentaire:

- Insatisfaction corporelle
- Obsession de la minceur
- Préoccupation exagérée pour l'apparence physique
- Port de vêtements très amples ou de vêtements superposés
- Perte de poids importante
- Contrôle excessif de la nourriture
- Evitement complet de certaines catégories d'aliments
- Refus de manger des choses consommées auparavant
- Evitement des repas en famille ou des repas en public
- Obsession de l'exercice physique
- Utilisation de laxatifs pour se débarrasser de la nourriture
- Présence de vomissements après avoir mangé
- Diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi
- Retrait social, isolement

Si vous constatez l'apparition de ces signes chez une personne que vous fréquentez et si vous soupçonnez un trouble alimentaire, manifestez votre inquiétude, sans insister pour autant, suggérez-lui d'en parler à son médecin-traitant.

Il existe un questionnaire très court, le SCOFF, élaboré par une équipe de chercheurs à Londres permettant de détecter rapidement un problème de comportement alimentaire. Facile à utiliser, il pourrait être intégré dans les visites de santé systématique du cycle d'orientation, ou dans les clubs sportifs.

Les cinq questions du SCOFF (Morgan J.F. & al. 1999):

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois?
4. Pensez-vous que vous êtes gros/se alors que d'autres vous trouvent trop mince?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?

Si vous répondez oui à plus de deux questions, il est possible que vous souffriez d'anorexie ou de boulimie.

DERNIER INTÉRÊT: LE FINANCEMENT POTENTIEL ET L'ATTENTION DES POU- VOIRS PUBLICS

Aujourd'hui, la prévention de l'obésité est une priorité de santé publique. En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a été jusqu'à qualifier l'obésité d'épidémie, alors qu'à priori c'est une maladie non contagieuse. La prévalence de l'obésité en Suisse est de 10 à 15% de la population, environ une personne sur dix présente une obésité. En France ou

dans d'autres pays européens, les taux sont aux environs de 20% alors qu'aux États-Unis, certains Etats affichent une prévalence jusqu'à plus de 30%, une personne sur trois souffre d'obésité. Ces chiffres alarmants ainsi que l'impact connu de l'obésité sur les maladies cardio-vasculaires, le diabète et certains cancers ont orienté l'utilisation de fonds publics pour lutter contre cette problématique de santé.

Le taux de personnes souffrant de troubles alimentaires est bien en-dessous des chiffres de l'obésité. C'est pourquoi il est rare de voir les pouvoirs publics financer des actions de prévention ciblant directement l'anorexie ou la boulimie. Dans ce contexte, l'accès à des financements, pour la prévention des troubles alimentaires, pourrait être possible en s'associant à la prévention de l'obésité. Avis aux professionnels et aux décideurs!

POUR RÉSUMER

Il est essentiel de communiquer l'avancée des recherches dans le champ de la prévention pour que les acteurs soient informés, de même que les pouvoirs publics, afin de favoriser le financement et la mise en place d'actions efficaces validées. Il s'agit d'un domaine à investir davantage afin de permettre une réduction de l'incidence des troubles de l'alimentation et du surpoids.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé et de prévention des troubles alimentaires et du surpoids, certains axes sont à travailler en priorité:

- Le développement de la prise de conscience de ses émotions et des capacités de gestion de celles-ci.
- La capacité à exprimer ses besoins et ses émotions, le développement d'expériences corporelles positives, l'amélioration de l'estime de soi, la critique des modèles sociétaux superficiels et le renforcement des comportements de santé.

Les résultats apportés par les programmes fondés sur la dissonance cognitive en font un modèle de prévention qui gagnerait à être utilisé pour d'autres actions visant la modification des attitudes et des comportements comme la réduction du tabagisme, de l'abus d'alcool, des rapports sexuels non protégés, etc.

Le développement de projets permettant de prévenir l'obésité tout en réduisant le risque de troubles alimentaires serait à considérer comme une priorité.

Bibliographie:

- (1) Anderson J.W. & al. (2001) Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. Nov; 74(5) : 579-584.
- (2) Anderson JW & al. (2001) Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. Nov; 74(5): 579-584.
- (3) Débenay E. & al. (2007) - *Rapport stratégique du Plan*

cantonal de promotion de la santé et de prévention du canton de Genève - Service de promotion de la santé et de prévention, Direction générale de la santé, Département de l'économie et de la santé, Etat de Genève, Suisse.

(4) Douketis J.D. & al. (2005) - Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults : clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29: 1153-1167.

(5) Fairburn, C. G. (1997) *Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa*. In Handbook of Treatment for Eating Disorders (2nd edn) (eds D. M. Garner & P. E. Garfinkel), pp. 278-294. New York: Guilford.

(6) Hubert A. & al. (2004) - Corps de femmes sous influence. Questionner les normes - *Les Cahiers de l'Ocha* N°10, Paris.

(7) Mann T. & al. (1997). Are two interventions worse than none ? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.

(8) Morgan J.F. & al. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468

(9) Narring N. & al. (2004) - Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002) - *SMASH 2002 - Swiss multicenter adolescent survey on health 2002*, Lausanne.

(10) Neumark-Sztainer D. & al. (2007). Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II : a 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc* 107 : 448-455.

(11) Office fédéral de la statistique OFS (2004) - *Enquête suisse sur la santé 2002* - ESS 2002, Neuchâtel.

(12) Phelan S. & al. (2003) Recovery from relapse among successful weight maintainers. *Am J Clin Nutr*. Dec; 78(6): 1079-1084.

(13) Sacks F. & al. (2009) - Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med* 360 :859-873.

(14) Shankland R. (2009). *Les troubles du comportement alimentaire*. Coll. les topos, ed. Dunod, Paris.

(15) Stice E. & al. (2008). Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. *Prevention Science*, 9, 114-128.

(16) Summerbell C.D. & al. (2009) - The association between diet and physical activity and subsequent excess weight gain and obesity assessed at 5 years of age or older: a systematic review of the epidemiological evidence. *Int J Obes (Lond)*. Jul ;33 Suppl 3 :S1-92.

Courriel:

magali.volery@ccnp-ge.ch

SI TOUT EST ADDICTION, ALORS QUOI?

Michel Graf, directeur d'Addiction Info Suisse, Lausanne

Les TCA sont-elles des addictions? Si la question se pose essentiellement pour les professionnels du domaine, se pose-t-elle en ces termes pour le grand public et pour les personnes concernées? Car finalement, classer les TCA dans ou hors des addictions est un enjeu de spécialistes, non? Pas si sûr! En mettant l'étiquette «addiction» à une substance ou un comportement, nous induisons des réactions variées de la part de la population, et certainement pas toujours celles que nous pourrions attendre. De fait, nous avons en tant que professionnels une part de responsabilité dans le processus d'apprentissage sociétal concernant les addictions. Y avons-nous assez réfléchi?

Sous l'impulsion des nouvelles découvertes en matière de neurosciences, le débat sur les addictions et la manière d'en circonscrire l'étendue est à nouveau mis sur le tapis. A nouveau, car le concept de dépendances, dans les années nonante déjà, avait fait surgir une liste incroyable de produits dont on pouvait devenir dépendant, éclatant ainsi la simple logique des substances psychoactives en y ajoutant qui le sucre, qui le chocolat, et en y associant des comportements comme le travail ou le sexe. A cette époque-là déjà, on pouvait craindre que les amalgames faits ne soient préjudiciables à la cause que les professionnels du domaine veulent défendre: la souffrance humaine liée aux conséquences de la perte de contrôle et de liberté de choix.

Oui, les neurosciences mettent en évidence des mécanismes de régulation du système nerveux générant des modifications temporaires et d'autres de longue durée dans notre chimie cérébrale. Je renvoie ici les lectrices et lecteurs à des ouvrages plus spécialisés pour approfondir la question des récompenses naturelles, des taux de dopamine et des espaces synaptiques¹. Mon propos se situe ailleurs, non pas dans les définitions des addictions, qu'elles soient issues du DSM-IV ou V ou de la CIM-10, mais dans l'image que nous voulons, en tant que professionnels, faire passer auprès du grand public et des décideurs politiques à travers le discours que nous tenons sur les addictions. Selon moi, nous avons une responsabilité, un rôle à jouer dans les enjeux d'apprentissage sociétal² en la matière. Affirmer que tel ou tel comportement est une addiction n'est pas sans conséquences sur la manière dont le grand public et les autorités politiques, via les médias essentiellement, vont appréhender ensuite le sujet et considérer (pour ne pas écrire «juger») les individus qui sont directement concernés. Plus encore, à l'instar de la réflexion posée dans le récent rapport des trois commissions fédérales «Défi

addictions»³, les propos des milieux spécialisés – pourtant nuancés et précautionneux au plan scientifique, comme c'est le cas de cette publication – peuvent être instrumentalisés par les médias (ou d'autres milieux politiques et économiques) pour créer des amalgames douteux, et mettre dans le même sac l'alcool, l'héroïne et le tabac! Le mal est fait: si addiction = addiction, alors tout est comparable, tout doit être traité (dans tous les sens du terme?) de la même manière. Tout est soit excessif, soit banalisé. Plus aucune place pour la nuance, la différence, la différenciation n'est possible.

Si tout est addiction, ça fait quoi? Voici un florilège de possibilités, non hiérarchisées mais interdépendantes les unes des autres, forcément incomplet, forcément partial. Cynique aussi, parce qu'il porte un regard critique sur notre discours, sur notre posture, sur notre manière de nous mettre en scène publiquement, y compris lorsque c'est le fait du directeur d'une institution qui a choisi de porter depuis mai de cette année le nom d'Addiction Info Suisse⁴, et donc de relayer ce concept dans le grand public.

SI TOUT EST ADDICTION...

... ça fait peur

Jusqu'où iront-ils? A force de décrypter n'importe quel phénomène de société comme étant un comportement addictif, le spectre de la perte complète de maîtrise peut s'installer. On peut devenir accro à l'alcool, à la cigarette, à l'héroïne, ça on le savait. Au jeu, on veut bien le croire. Au travail, il faut presque le vouloir, pense-t-on. Mais à la nourriture, comment est-ce possible? Et là, les explications des professionnels du domaine sont peu convaincantes, surtout, elles sont nuancées. Les mécanismes qui conduisent un individu à l'addiction ne sont pas vraiment bien connus. Ils sont multifactoriels, ne dépendant pas que de l'individu concerné et impliquent aussi son contexte de vie. Alors quoi, un nouveau problème qu'on met au grand jour

¹ Neurosciences de l'addiction, COROMA, 2009, à télécharger sous: www.romandieaddiction.ch

² L'apprentissage sociétal, De la souffrance à la transformation d'une société, Sandro Cattacin et Frédéric Minner, 2009 à télécharger sous: www.academie-des-dependances.ch/Cattacin_apprentissage_societal.pdf

³ Défi addictions – Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse, OFSP 2010, à télécharger sous: www.bag.admin.ch/shop/00010/00506/index.html?lang=fr

⁴ www.addiction-info.ch

sans proposer de réelle solution? Sans médicament, sans thérapie? Sans financement par les caisses maladie, ou pire encore, un poids de plus pour les assurances sociales? Quelle sera la prochaine addiction que nous allons découvrir? Quelle substance ou quel comportement seront marqués du tampon «addict»? Les professionnels de la santé et du social exagèrent! Ils veulent nous faire peur pour qu'on ne développe pas des maladies qui coûtent à la société! Ce sont des hygiénistes, des moralisateurs, des «tue plaisir»!!! Alors, que répondre à cela? Doit-on avoir peur de l'addiction? Voulons-nous faire peur en parlant d'addiction? Où se situe le point de bascule entre plaisir et addiction, entre modération et abus? Comment expliquer ces concepts à la population, aux personnes concernées, à celles en situation de risque? Il y a encore beaucoup à faire en termes de relations publiques dans notre domaine.

... ça fait «soft»

Pour d'autres, si tout est addiction, alors, c'est que rien n'est grave, entend-on aussi. Ce n'est qu'une question de morale dominante, de contrôle étatique des individus, au nom de notre bien-être! Les technocrates de la santé nous veulent du bien, ils dramatisent tout, diabolisent tout, surtout les choses qui font plaisir! On ne peut plus boire un verre, on ne peut plus jouer au loto, sous prétexte que cela rend accro! Dès lors, certains médias font l'éloge des épicuriens qui, eux, savent prendre du plaisir même sans retenue. On donne largement la parole aux personnes qui fument et évoquent l'immense plaisir qu'elles ressentent ce faisant. On encense tel grand patron d'entreprise qui travaille jour et nuit et se contente de trois heures de sommeil par jour. On le prétend «accro au travail»? Mais en fait, quel exemple pour nos milieux économiques, quel engagement, quel don de soi! Tout cela est bien moins pire que les comportements d'abus, d'excès visibles, comme ces gens qui se biturent en pleine rue ou qui se shootent sur les places publiques, qui finissent aux urgences le weekend! Voilà le vrai problème: les abus, et non pas l'addiction, qui, elle, a le mérite d'être «soft», longtemps discrète, qui se développe sans faire de bruit ni gêner les voisins. Et puis, l'addiction, on peut la cacher, on peut créer des lieux d'injection, des centres pour ces individus.

... ça coûte cher

Bien sûr, de telles infrastructures coûtent cher. Mais, on l'a dit, l'addiction se développe dans la durée. Toutes les personnes qui en souffrent ne terminent pas dans un service de traitement. Et puis, même si on force le trait, cela touche peu de monde: la proportion des individus concernés se situe dans une fourchette entre 2 et 4% de la population adulte, quelle que soit l'addiction. Peu de monde, donc, mais dont le coût par individu est élevé. Et dès lors...

... ça stigmatise

C'est vrai, ça! Ces gens-là nous coûtent cher, alors qu'ils pourraient bien, comme la majorité, maîtriser leur comportement! Le font-ils exprès? N'ont-ils pas assez de volonté? Ne devrait-on pas leur faire payer seuls le coût de leur addiction? Quoique. Si addiction = addiction, alors les personnes qui fument devraient, elles aussi, payer les coûts

des maladies dues au tabagisme: toujours d'accord de les laisser payer seules? Pousser la comparaison trop loin, c'est traiter les fumeuses et les fumeurs de toxicos. C'est un peu ce qui a été fait lorsque, en guise d'illustration de mise en garde sur les paquets de cigarettes, on a mis une image de seringue pour évo-

quer l'addiction⁵. Erreur de communication regrettable, à mes yeux. Quel message positif, porteur d'espoir, mobilisateur, donne-t-on à une personne qui fume en induisant que son addiction est comparable à celle d'un héroïnomane? Comparaison n'est pas raison!

... ça excuse

Si l'addiction est une maladie ayant un fondement dans notre chimie cérébrale, alors on n'y peut rien! En plus, on ne sait pas pourquoi on devient accro, ni vraiment comment et si on peut en guérir totalement. Cette «excuse», on la connaît bien et depuis longtemps dans le domaine de l'alcool et des drogues. Comment dès lors responsabiliser et motiver au traitement les individus concernés, si tout est addiction? De moins en moins simple à expliquer.

... ça réduit à ça

L'addiction n'est qu'une facette des problèmes de consommation et de comportements addictifs. Le terme générique «addiction» a ceci de pratique qu'il regroupe toute une famille de phénomènes ayant au moins un enjeu semblable: celui de la perte d'autonomie du sujet par rapport à un produit ou un comportement, caractérisée par la souffrance de la personne et les changements de son rapport au monde (définition proposée par le GREA⁶). Or, cette perte d'autonomie peut se traduire par de graves intoxications, des maladies associées, des violences, des accidents, de la désinsertion sociale, etc. qui se manifestent très différemment selon que l'on parle d'alcool, de jeu, de sexe ou de cocaïne, par exemple. Ainsi, il est indispensable d'associer systématiquement au concept de l'addiction celui de la consommation ou du comportement problématique pour élargir la réflexion. Cela fait belle lurette que ce fait est acquis dans le domaine de la prévention auprès des enfants

⁵ <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/03652/07384/index.html?lang=fr>

⁶ http://www.grea.ch/dossiers/Great/grea_addiction.htm

et adolescents. Il reste encore beaucoup de chemin à faire pour que cela soit ancré dans les logiques politiques.

... ça braque

Développer des approches politiques cohérentes sur la base du postulat que «tout est addiction» rend le travail de lobbying encore plus difficile. Bien entendu, nous visons à expliquer que, s'il y a des similitudes entre les produits et comportements, il y a aussi – et surtout – des différences. C'est d'ailleurs un message central du rapport «Défi addictions». L'ancrage social et économique, la dangerosité intrinsèque du comportement, la toxicité du produit, tout cela compte! Mais l'amalgame addiction = addiction demeure. Et il est facile de détruire une approche structurée ciblée sur l'alcool en dénonçant les prétendus excès de zèle de la politique fédérale «anti-tabac». Tout comme le débat sur la dépénalisation des drogues pâtit de ce même biais: tout mettre dans le même panier et comparer l'incomparable.

... ça nécessite d'expliquer encore et encore

Or, n'est-ce pas nous, professionnels des addictions, qui avons voulu mettre en avant le terme addiction dans le débat public et politique? C'est à nous en tous les cas de corriger ces fausses images, d'expliquer encore et encore que si beaucoup de comportements et substances ont un potentiel addictif, tous ne se ressemblent pas au point d'être abordés politiquement ou thérapeutiquement de manière identique.

Les TCA sont-elles des addictions? Je crois pour ma part que la réponse à donner ne doit pas seulement se fonder sur les critères scientifiques. Elle doit impérativement inclure des éléments de la réflexion – certes lacunaire – que je propose ici, afin de contribuer au processus d'apprentissage sociétal que nous avons le devoir de constamment nourrir et faire évoluer.

Courriel:

Courriel: mgraf@addiction-info.ch



Formation continue

Hes-so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé · EESP · Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

CAS en santé mentale et psychiatrie sociale

Début : mars 2011

Cheffe de projet : Elisabeth Hirsch Durrett

DAS en intervention systémique dans l'action sociale et psychosociale

Début : avril 2011

Chef de projet : Olivier Udressy

MAS en action et politiques sociales

Début : octobre 2011

Chef de projet : Stéphane Rossini

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10

formation.continue@eesp.ch

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

POST-SCRIPTUM: MODÈLE DE COMPRÉHENSION DE L'ADDICTION AU JEU À TRAVERS L'HISTOIRE

Jean-Marie Coste, *coordinateur traitement jeu excessif à la Fondation Neuchâtel Addictions*

Le développement faramineux observé ces dernières décennies dans l'offre de jeux de hasard et d'argent (JHA) semble aller de pair avec l'intérêt croissant pour cette «nouvelle forme d'addiction». La problématique des JHA, ou gambling, n'est pourtant pas nouvelle, elle existe depuis plusieurs millénaires, et a été observée dès l'Antiquité dans la plupart des civilisations. La pratique et la compréhension de ce phénomène ont cependant évolué au fil des siècles, ce qui a aussi permis de proposer des modèles thérapeutiques variés.

ANTIQUITÉ: «ALEA JACTA EST», OU LA CONFRONTATION AU DESTIN

Personne ne sait exactement quand a été inventé le gambling, c'est un peu comme la musique, cela existe depuis la nuit des temps. On attribue toutefois les origines du gambling à l'utilisation des osselets. Les osselets étaient avant tout utilisés dans les arts divinatoires, ils permettaient de sonder la volonté divine. L'inconvénient avec les osselets, c'est que le lancer n'est pas tout à fait équitable vu l'asymétrie des faces. Les dés vont alors leur succéder et apparaître entre deux et trois mille ans avant J.-C.

Les deux spécificités des JHA, à savoir aléa et argent (ou espérance de gains), sont évoquées dans l'Antiquité. Aristote disait déjà, à propos de l'argent, que le désir est sans limite! Derrière le fantasme de la prospérité se tapit l'angoisse de la ruine et du désœuvrement. Dans la pratique des JHA, l'homme se confronte en permanence à la dialectique de la prospérité et de la ruine.

La confrontation à l'aléa fait référence à une relation animiste que nous entretenons avec notre destin par le biais de notre «pensée magique». Cette confrontation au destin associée au risque de tout y laisser (son argent et peut-être ainsi sa vie) renvoie pour certains au concept d'ordalie, concept qui a également été proposé pour la compréhension de l'addiction aux substances. La conduite ordalique est définie comme le fait pour un sujet de s'engager de manière plus ou moins répétitive dans des épreuves comportant un risque mortel. Cette «interrogation» du jugement divin se retrouvera au Moyen Âge dans les provocations en duel afin de régler un litige ou aujourd'hui encore dans des pratiques tribales où le sorcier ordonne l'ingestion d'un poison aux suspects afin d'élucider un problème (le coupable succombera au poison, l'innocent pas). Lorsqu'on se l'impose à soi-même, cette épreuve non prévisible, exalte paradoxalement la sensation d'exister, et redonne pour un temps du sens à la vie. En quelque sorte, on jouerait avec la mort pour mieux rebondir dans la vie!

LE MOYEN ÂGE: DE L'INTERDICTION À L'ACCROISSEMENT DE L'OFFRE DE JEUX

Au Moyen Âge, l'Eglise fustige le jeu qu'elle considère comme un péché. À l'époque de Charlemagne, où le jeu de dés passionnait les fidèles et pouvait déjà ruiner des familles, l'Eglise catholique se prononcera en interdisant les jeux de hasard lors du concile de Mayence en 813. Au XVe siècle, Savonarola et Saint Bernardin de Sienne dénonceront le jeu en tant que pratique hérétique. On brûlait les cartes à jouer et les dés, au même titre que certains livres ou autres «objets de vanité» (miroirs, robes...). Derrière la pratique des JHA se cache l'invocation de Dieu à qui l'on demanderait de nous venir en aide en influençant le tirage. L'Eglise condamne ainsi les jeux de hasard sur l'interprétation du troisième commandement «tu ne prononceras pas le nom de l'Eternel ton Dieu en vain». On peut aussi considérer que le jeu représentait un objet d'idolâtrie qui détournait de la foi chrétienne («tu n'auras pas d'autres dieux devant ma face»).

La condamnation des JHA par l'Eglise et leur interdiction par l'Etat monarchique ne paraissent pourtant pas avoir freiné leur expansion, au point qu'en 1776, ce même Etat devient opérateur de jeux (création de la Loterie Royale de France) afin de renflouer les caisses. Cette démocratisation du jeu permettra de toucher à plus grande échelle les couches laborieuses.

L'accroissement de l'offre de jeux engendre inévitablement des problèmes sociaux qui éveillent régulièrement l'inquiétude des politiques, philosophes ou religieux. Du coup, les périodes d'exploitation des jeux alternent avec des périodes d'interdiction, et ceci jusqu'à aujourd'hui. L'Etat, mais aussi l'Eglise bénéficieront tout au long de ces siècles de l'apport des jeux d'argent qui permettront, entre autres, la restauration de nombreux bâtiments.

MODERNITÉ ET HISTOIRE CONTEMPORAINE: «INVENTION» DE LA NOTION DE HASARD... DE LA PSYCHANALYSE ET DE LA THÉRAPIE COGNITIVE

Le hasard est un mot qui provient de l'arabe et qui a d'abord signifié jeu de dés. Ce n'est que tardivement, suite au développement des sciences modernes, où l'on associe un effet à une cause (compréhension rationnelle des phénomènes), que sa définition sera comprise comme un événement non prévisible, sans cause apparente. Autrefois, il était considéré le plus souvent comme un événement derrière lequel se cachait une volonté divine.

C'est au XVII^e siècle que sont apparus les premiers casinos. Bénéficiant des connaissances récentes liées à la discipline mathématique des probabilités, certains nouveaux jeux vont se développer à l'image de la roulette. Ces jeux permettront aux exploitants de casino d'obtenir un avantage statistique prépondérant sur les joueurs et ainsi une espérance de gains positive leur permettant de s'enrichir. Les premières machines à sous apparaissent à la fin du XIX^e siècle. Leur taux de redistribution sera bien évidemment à leur avantage, elles ne rendront qu'une partie de l'argent encaissé. Un joueur aura donc face à la machine «une espérance de gains négative»; en d'autres termes, si on joue un grand nombre de fois, on aura *in fine* moins d'argent qu'au début. Cet argument rationnel («plus on joue, plus on perd») n'est en général pas suffisant pour le joueur pathologique qui pense détenir un moyen de vaincre la loi de probabilité des grands nombres.

Les thérapies cognitives mettent d'ailleurs l'accent sur cette interprétation erronée du hasard. Pour qualifier la dynamique du joueur en situation de jeu, on parle alors «d'illusion de contrôle» et d'«erreur fondamentale d'attribution» vis-à-vis du hasard. Ces «distorsions cognitives» vont induire le joueur dans un sentiment de «toute puissance», il perdra ainsi la dimension du hasard et se concentrera sur la possibilité de contrôler ou d'influencer le jeu en sa faveur. Ces éléments seront centraux, tant au niveau du diagnostic que de la thérapie, où il s'agira de repérer puis de modifier ces interprétations erronées de maîtrise du hasard.

Cette notion d'aléa est d'ailleurs souvent partiellement perçue et comprise par le joueur, mais il lui oppose des raisonnements pseudo-scientifiques à l'image de ce qu'on peut lire dans le livre «Le Joueur» (Dostoïevski, 1866). Le héros du livre recherche désespérément une loi des séries parmi les tirages des numéros de la roulette afin d'obtenir une stratégie gagnante. L'histoire raconte l'itinéraire d'un homme qui se laisse fasciner progressivement par l'univers des casinos et des jeux d'argent et qui sera progressivement

ruiné par sa «passion» du jeu. On notera au passage, que dans le récit de Dostoïevski, le joueur obtiendra dans un premier temps un gain significatif marquant durablement sa mémoire et l'incitant à renouveler cette expérience. Ce «big win» est parfois comparé au premier flash du toxicomane, sensation forte que l'on cherche à reproduire désespérément.

Dostoïevski était lui-même un joueur excessif. Freud, en y faisant référence («Dostoïevski et le parricide», Freud, 1928) proposera un modèle d'interprétation bien différent des thérapies cognitives. Il met en avant l'intention inconsciente masochiste de perdre, autrement dit un besoin inconscient de punition qui serait en quelque sorte une réponse névrotique aux fantasmes de parricide de Dostoïevski.

Le modèle psychanalytique s'élargira par la suite: dans un premier temps, le frisson lié au jeu provoque un sentiment de «toute puissance infantile», il est suivi dans un deuxième temps par l'angoisse de l'attente de la punition pour avoir osé défier la loi. C'est comme si la rébellion contre l'implacable

logique mathématique traduisait en fait une opposition à la loi parentale et à son principe de réalité. De manière générale, l'approche psychanalytique cherchera à établir un lien entre la pathologie symptomatique (l'addiction au jeu), l'histoire personnelle du sujet et son fonctionnement psychologique.

JHA, UNE ADDICTION?

L'addiction au JHA comme entité individualisée dans la classification diagnostic du DSM III ne remonte qu'à 1980 sous l'appellation de «jeu pathologique». Ce trouble est actuellement classé dans les «troubles du contrôle des impulsions» au même titre que la kleptomanie ou la pyromanie. Ce qualificatif a été reconduit dans le DSM IV et la CIM 10. On peut noter cependant que la majorité des critères proposés par le DSM pour le jeu pathologique reprennent ceux utilisés pour la définition de la dépendance aux substances psychoactives, comme par exemple les efforts infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter sa pratique, l'irritabilité lors des tentatives d'arrêt ou la préoccupation excessive pour le jeu. Aujourd'hui, en plus des critères diagnostics communs, il existe également des arguments épidémiologiques, cliniques, génétiques et neurobiologiques qui démontrent des similitudes entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances psychoactives, à tel point que le jeu pathologique est de plus en plus fréquemment décrit comme une addiction sans substance.

Bien que l'addiction au JHA comporte certaines spécificités, comme la confrontation à l'aléa ainsi que le rapport à l'argent et l'espérance de gains, il existe une parenté des propositions thérapeutiques entre les addictions au JHA et

Le «big win est parfois comparé au premier flash du toxicomane, sensation forte que l'on cherche à reproduire désespérément.

celles liées aux substances. En 1957 déjà, le programme des «Gamblers anonymous» a vu le jour et s'était justement calqué sur le modèle d'une dépendance à une substance, à savoir celui des Alcooliques Anonymes. Plus récemment, on peut noter également que certains traitements pharmacologiques, à l'instar de la Naltrexone, ont été proposés dans le traitement de la dépendance aux opiacés et à l'alcool, mais également au jeu depuis peu.

CONCLUSION

Les modèles de compréhension de l'addiction au jeu sont variés et ont évolué au fil des âges en fonction de nouveaux paradigmes dont ils se réclament. La problématique du jeu excessif a transité par le jugement religieux puis moral, pour se diriger, grâce au développement de la science, vers des approches psychologiques (cognitive, psychanalytique...), biologiques (génétique, neurobiologique...) et sociales, sans oublier le point de vue spirituel (dimension observée en particulier chez les «gamblers anonymes»). Toujours est-il qu'on retrouve invariablement, dans la plupart des approches, cette dialectique entre intervention spécialisée et approche globale transversale aux addictions. L'approche spécifique s'intéressera en particulier à la problématique du hasard et des gains, caractérisée chez le joueur par le «chasing» (l'envie de se refaire). L'approche globale, quant à elle, empruntera des interventions cliniques similaires aux autres addictions (entretien motivationnel, prévention de la rechute, travail sur l'histoire du sujet, sens et fonction du symptôme...). L'hétérogénéité des modèles de compréhension de la problématique de l'addiction au jeu semble plaider pour une approche intégrative des différentes possibilités d'intervention thérapeutique, qu'elles soient de nature psychologique, biologique, sociale, voire spirituelle.

Bibliographie:

- (1) Schwartz, D., (2006). *Roll the bones*, Gotham Books
- (2) Valleur M, Matysiak JC (2004). *Les nouvelles formes d'addiction: le sexe, l'amour, les jeux vidéo* – Paris, Flammarion, Champs
- (3) Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C (2000). *Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling* – Québec, Les Éditions de l'Homme
- (4) Marlatt A., Donovan M. (2005). *Relapse prevention*, New York, Guilford press
- (5) Revue *Psychotropes* (2007). Jeu, addiction et société, Bruxelles, De Boeck
- (6) Simon O, Delacrausaz P, Aufrère L, (2004). *Flash addiction 8*, COROMA http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Journal/2004_sept.pdf

Courriel:

Jean-Marie.Coste@ne.ch



Intervention brève

Date: Vendredi 21 janvier 2011

Contenu: L'intervention brève est un modèle d'intervention se basant essentiellement sur la communication. C'est donc avant tout une manière d'écouter la personne, de l'accompagner dans son choix. Cette technique peut être pratiquée par l'ensemble des professionnels en addictions. En dix à quinze minutes, elle incite la personne concernée à réfléchir à sa consommation/comportement, à développer une dynamique de changement progressif et à fixer des objectifs de modération. L'enseignement de la pratique de l'intervention brève se fera par des jeux de rôles avec l'apport de «patients simulés».

Intervenant: Dr Jean-Bernard Daeppen, chef du Service d'alcoologie (CHUV), professeur associé (UNIL)

Le secret professionnel: enjeux éthiques et juridiques

Date: Vendredi 11 février 2011

Contenu: Cette journée est conçue pour permettre aux professionnels de travailler des situations délicates du point de vue juridique et du point de vue du «secret professionnel/secret de fonction», afin de clarifier les droits de protection des données, mais aussi les obligations légales du travailleur social. Un usager me fait des confidences, puis-je partir de l'idée qu'il est d'accord que j'en parle aux collègues de l'équipe? Je participe à un réseau, la cliente n'est pas venue à la séance; pouvons-nous quand même échanger nos informations? Ai-je le droit de tenir compte d'informations qui n'auraient pas dû m'être communiquées? Dans quels cas puis-je échanger à propos d'un usager contre sa volonté? Dans quelles conditions puis-je délier mon équipe du secret professionnel? Telles sont les questions qui seront abordées durant cette journée.

Intervenante: Mme Colette Pauchard, juriste, professeur à la HES-SO, EESP

Travailler avec les émotions

Date: Lundi 9 mai, lundi 23 mai et lundi 6 juin 2011

Contenu: Ce module permet d'acquérir des concepts clés de l'analyse transactionnelle et des notions liées au développement de la personne. La problématique de la dépendance sera abordée sous l'éclairage de la théorie de l'attachement. Enfin, ces approches permettent non seulement de mesurer l'importance du travail sur les émotions dans l'accompagnement de personnes dépendantes, mais aussi de prendre conscience de ses propres représentations dans un processus de relation d'aide incluant la notion de lien.

Intervenant: M. Frédéric Neu, psychologue FSP, psychothérapeute à la Fondation Bartimée et en cabinet privé, superviseur d'équipes

Séminaire d'alcoologie 2011

Date: Jeudi 10, vendredi 11 mars et vendredi 1^{er} avril 2011

Lieu: Maison de Crêt-Bérard, à Puidoux (VD) (les 10 & 11 mars)
GREa, à Yverdon-les-Bains (VD) (le 1^{er} avril)

Intervenant: Dr Pascal Gache, Médecin et alcoologue à Genève

Objectifs du séminaire:

- Acquérir de nouveaux savoirs de référence en lien avec l'alcoologie
- Développer de nouvelles compétences dans l'accompagnement social et thérapeutique des personnes ayant une consommation problématique, dépendantes et/ou polyconsommatrices

Public cible:

- Les professionnels de l'aide accompagnant régulièrement ou occasionnellement des personnes ayant des problèmes d'alcool
- Les professionnels du champ des addictions en alcoologie et ceux concernés par la polyconsommation des usagers

Programme:

1^{er} jour:

Thèmes de la journée:
Historique de la consommation, représentations culturelles, métabolisme et consommation d'alcool, les consommations excessives et leurs conséquences physiques et psychiques, etc...

2^e jour:

Thèmes de la journée:
Repérages, questionnaires cliniques, facteurs biologiques et psychosociaux de l'alcoolisme, les particularités chez les jeunes, polyconsommation, parler d'alcool, etc...

3^e jour:

Thèmes de la journée:
Traitements de l'alcoolisme et modèles thérapeutiques, abstinence et consommation contrôlée, problématiques de la violence et de la sécurité routière, etc...

**Plus d'informations et inscriptions
sur www.grea.ch**

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Info Suisse
Ruchonnet 14, c.p. 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Pêcheurs 8, c.p. 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction :

Corine Kibora, Addiction Info Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Cédric Fazan
directeur A.C.T, Montreux
Michel Graf
directeur Addiction Info Suisse, Lausanne
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Viviane Prats
enseignante EESP, Lausanne
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention, Aigle
Catherine Ritter,
médecin, Genève

Administration et abonnements :

Claude Saunier
Addiction Info Suisse
c.p. 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addiction-info.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

CH: Frs. 45.- par an
Etrangers: Frs. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

