

Les addictions

Mécanismes de défonce, mécanisme de défense

Anne Carpentier 27 mai 2010¹ revu 15.11.11 / 18.7.12

Table des matières	1
Préambule	2
1. Définitions	3
Critères de la dépendance selon le DSM IV	3
2. Facteurs de risque	6
3. Usage et abus d'alcool : quelques éléments de définitions	9
Questionnaire DETA-CAGE pour dépister la consommation excessive d'alcool.....	10
4. Quelques éléments sur l'addiction à l'alcool: processus et déni	11
5. Addiction alcoolique : interventions possibles	12
Co-dépendance	13
6. Addiction aux drogues - toxicomanie	14
7. Adolescence: crise d'identité et conduites à risque	15
Quelques généralités sur la "crise d'adolescence"	17
Facteurs qui peuvent influencer les addictions	18
8. Addictions aux drogues : interventions possibles	20
9. Jeu pathologique, addictif, ou "ludopathie"	23
En guise de conclusion, une interrogation : à qui profite le crime ?	26
Sources et bibliographie:	27
Annexe 1 : Critères de la dépendance selon l'OMS	28
Annexe 2 Test A.U.D.I.T. (Alcohol Use Disorders Identification Test).....	29

AVIS IMPORTANT

Les fiches et récits d'expériences « Pratiques » sont diffusés dans le cadre du réseau d'échanges d'idées et de méthodes entre les ONG signataires de la « charte Inter Aide ».

Il est important de souligner que ces fiches ne sont pas normatives et ne prétendent en aucun cas « dire ce qu'il faudrait faire »; elles se contentent de présenter des expériences qui ont donné des résultats intéressants dans le contexte où elles ont été menées.

Les auteurs de « Pratiques » ne voient aucun inconvénient, au contraire, à ce que ces fiches soient reproduites à la condition expresse que les informations qu'elles contiennent, soient données intégralement y compris cet avis. Si elles sont citées, la source (Réseau Pratiques) et les auteurs doivent être mentionnés intégralement

¹ Anne Carpentier, psychopraticienne humaniste, Gestalt-thérapeute, anime le Réseau Pratiques et supervise les programmes sociaux et psychosociaux d'Inter Aide aux Philippines.

La première formation sur les addictions avait été préparée en 2000 en anglais, pour Coopé Sud par Alexandra David, psychologue (chef de secteur social Inter Aide de 2005 à 2008). Cette première version en anglais, revue en 2010 par Anne Carpentier, est également disponible sur le site du réseau Pratiques.

Juillet 2010 – revu novembre 2011 - 1

Préambule

Sur la plupart des programmes d'accompagnement familial mis en œuvre par Inter Aide et ses partenaires, les travailleurs sociaux et accompagnateurs familiaux ("Family Development Workers") ne sont pas formés pour accompagner directement les personnes souffrant d'addiction(s). Pour autant, dans leur travail avec les familles (suivi à domicile des familles les plus vulnérables des bidonvilles) ils ont souvent à faire face à des situations où l'un ou plusieurs membres de la famille ont un comportement addictif (dans les zones où Inter Aide travaille, les addictions les plus fréquentes sont l'alcool, le tabac, le jeu et les drogues – comme par exemple aux Philippines, le "rugby", qui est un solvant, et le "shabu", du "crack" dérivé de la cocaïne).

Les équipes de programmes d'accompagnement familial considèrent parfois les addictions comme des "vices": nous espérons que cette fiche les aidera à comprendre que les addictions ne sont pas des "vices" mais bien le signe d'une souffrance intense. Cette fiche a été écrite pour les aider dans leur travail, et j'espère que cette compréhension leur permettra de considérer et de rentrer en relation avec des personnes ayant un comportement addictif avec encore plus de sympathie et de compassion, moins de peur et de jugement (qui, tel que nous le comprenons, n'est qu'une défense contre nos propres peurs...).

Les addictions nécessitant un long et complexe processus d'accompagnement, les équipes des programmes d'accompagnement familial ne peuvent pas les prendre en charge directement: mais elles doivent pouvoir repérer les problèmes d'addiction et conseiller la personne et sa famille avec bienveillance. Elles doivent aussi pouvoir référer la personne vers des organisations spécialisées (telles que les Alcooliques Anonymes ou Narcotic Anonymous) lorsqu'elles existent. Idéalement, ces organisations devraient être invitées (incitées, convaincues...) à venir travailler dans les zones d'intervention de nos programmes, pour que leurs services et le soutien qu'elles proposent deviennent accessibles aux habitants des bidonvilles.

Les interventions et références présentées ci-dessous (comme la "*Brief Intervention*" de l'OMS, etc.) ne sont pas données ici comme des modèles d'intervention à mettre en œuvre par les programmes d'accompagnement familial eux-mêmes. Ils sont donnés ici à titre d'exemple, parce que nous pensons qu'ils peuvent aider les équipes de travailleurs sociaux à acquérir une vision plus claire et objective des problèmes d'addictions, des différents niveaux d'usage (usage à risque, à problème, dépendance) et des interventions correspondantes possibles. Les équipes des programmes d'accompagnement familial doivent garder à l'esprit que les addictions sont les symptômes d'une grande souffrance, qui plonge généralement ses racines dans des traumatismes non résolus de la première enfance, qui continuent d'être actifs dans la vie présente de la personne.

1. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'addiction est un état d'intoxication périodique et chronique néfaste à l'individu et à la société, provoqué par la consommation répétée d'une substance (naturelle ou synthétique). Cet état se caractérise par : (1) un besoin compulsif de continuer à prendre la drogue, et d'en obtenir par n'importe quel moyen (compulsion); (2) une tendance à augmenter la dose (assuétude); (3) une dépendance psychique (psychologique) et parfois physique aux effets de la drogue.

Cette définition de l'addiction s'applique aussi bien aux drogues hypnotiques que sédatives qu'aux médicaments psychotropes (anxolytiques et somnifères) à l'alcool, aux amphétamines...²

Critères de la dépendance selon le DSM IV

Critères de la dépendance Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*), de l'Association Américaine de Psychiatrie, sont :

Dépendance selon le **DSM IV: 3 critères ou plus signent une dépendance.**

"Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois:

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractéristique de la substance (v. critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)
 - la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par ex. consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par ex. fumer sans discontinuité), ou à récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par ex. poursuite de la prise de cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)"

² Les CRITERES DE LA DEPENDANCE selon l'OMS sont en annexe 1

Le terme "addiction" vient du latin "addictus". Il a été utilisé dans la langue française jusqu'au moyen-âge. Il a été réintroduit de l'anglais au français par la psychanalyste néo-zélandaise Joyce MacDougall (*voir biblio*). En effet pour elle, la terminologie française de "toxicomanie" suggérait que celle-ci est fondée sur le désir de se faire du mal, alors que la terminologie anglo-saxonne transmet l'impression que le sujet addicté est l'esclave d'une seule solution pour échapper à la douleur mentale:

« La solution addictive est une tentative d'auto-guérison face à la menace de stress psychique (...) Comme aucun élément ou objet appartenant au monde réel ne peuvent réparer des manques dans le monde psychique interne, le comportement addictif souffre inévitablement d'une dimension compulsive. En plus du besoin désespéré de se débarrasser du fardeau des pressions affectives, toutes les formes que prend l'addiction ont pour but non seulement de réparer l'image endommagée de soi-même mais aussi de régler des comptes avec les figures parentales du passé. Il y a donc, d'abord, une défiance devant l'objet maternel interne (ressenti comme absent ou incapable de consoler l'enfant perturbé qui se cache à l'intérieur). Les substituts addictifs seront toujours là pour compenser les fonctions maternelles défailtantes et le message de base est : « Vous ne pouvez plus m'abandonner parce que maintenant, c'est moi qui vous contrôle. » Puis une deuxième défiance devant le père interne ressenti comme défailtant dans ses fonctions paternelles et, par conséquent, déchu ». Joyce MacDougall, dans *L'économie psychique de l'addiction* "

"L'addiction peut se définir par deux propositions indissociables :

- tout ce qui peut entraîner un syndrome de dépendance, à savoir : un produit, un comportement mais aussi une personne ou une association, etc. ;
- l'envie irrésistible inhérente d'utiliser ou de consommer (dimension impulsive) avec obligation de répétition (dimension compulsive).

Nous avons tous des dépendances affectives mais pas tous de besoins compulsifs". (Daniel Settelen *Les addictions répondent-elles toutes à la même souffrance ?* Gérontologie et société 2003/2 - n° 105)

Les addictions sont variées et nombreuses, et incluent les "addictions sans substance", tel que l'addiction au jeu, l'addiction au sport, au travail ("workoholics"), au sexe, l'anorexie mentale...

Voici une liste non-exhaustive des addictions possibles:

- l'alcool,
- les drogues,
- le tabac,
- les médicaments,
- les "troubles des comportements alimentaires"³
- les achats compulsifs,
- le jeu,
- le sport,
- le sexe,
- le travail,

³ sur ce sujet on peut lire notamment, "Anorexie Boulimie, les paradoxes de l'adolescence", Philippe Jeammet, Hachette Littérature 2009, coll. Pluriel; sur la boulimie, *bulimia nervosa* on peut lire le livre de Catherine Hervais, *Les toxicos de la bouffe*, Petite bibliothèque Payot.

- la télévision,
- internet⁴,
- le portable,
- dépendance affective, addictions à une personne...

Les co-addictions sont fréquentes (alcool + tabac, drogue + médicaments...). Certaines addictions (en général celles liées à des substances illégales, mais aussi la dépendance alcoolique) sont très mal vues socialement (et parfois encore considérées comme des "vices") et les personnes dépendantes de ces produits peuvent être dénigrées, méprisées et subir des discriminations.

D'autres addictions sont ou ont été socialement acceptées ou « acceptables » selon les époques et les pays (ce sont généralement les drogues légales, comme le tabac, l'alcool, et les médicaments psychotropes, qui en France sont sur-prescrits par les médecins, et remboursés par la Sécurité Sociale); enfin, d'autres encore, qui ne sont pas toujours perçues du grand public comme étant des addictions, sont parfois même très valorisées socialement (addiction au sport, au travail...).

Ici ne seront présentées que les addictions à l'alcool et aux drogues et, brièvement, le jeu pathologique, comme ce sont les plus fréquemment rencontrées sur les programmes d'accompagnement familial qu'Inter Aide et ses partenaires mènent dans les bidonvilles aux Philippines, en Inde et à Madagascar. (Pour d'autres substances addictives, voir la bibliographie).

Selon des recherches récentes, (*Jeux de hasard et d'argent - Contexte et addictions*, INSERM) le jeu en lui-même ne rend pas dépendant. La dépendance au jeu est elle-même sous l'influence d'autres facteurs: elle ne se développerait que chez les personnes dont la réactivité est modifiée par des substances toxiques ou par un mal-être psychique): ainsi pour accompagner ces personnes, il faut se préoccuper d'abord du malaise psychique sous-jacent et non du jeu en lui-même (*Faut-il interdire les écrans aux enfants*, Serge Tisseron, Bernard Stiegler, éditions Mordicus 2009). Mais on peut dire la même chose de toutes les addictions: **il y a toujours un mal-être psychique dont l'addiction n'est que le symptôme.**

« La psychogenèse des addictions apparaît comme la résultante de traumatismes archaïques précoces vécus corporellement avant l'acquisition du langage et de la capacité à symboliser. Il y a une incapacité à utiliser les mots pour communiquer et exprimer les souffrances et angoisses communes aux humains. Ces traumatismes peuvent être aussi in utero ou transmis transgénérationnellement. Tout se passe comme si les difficultés à mentaliser et à représenter se déplacent vers un comportement substitutif ou médiateur de parole. Les addictions peuvent apparaître à tout âge, lorsque les mécanismes de protection, les étayages, s'affaiblissent ou s'effondrent.

C'est le deuxième temps du traumatisme ou l'élément déclenchant. Rappelons enfin que les addictions ont pour fonction de préserver la survie psychique du sujet et qu'il convient de penser le lien à l'objet d'addiction avant d'envisager la séparation ». Daniel Settelen *Les addictions répondent-elles toutes à la même souffrance ?*

« La dépendance est un élément intrinsèque de la condition humaine. Nous commençons par une dépendance à la mère-sein univers, continuons à être pris en étau par une série de dépendances,

⁴ sur ce sujet, lire *Faut-il interdire les écrans aux enfants*, Serge Tisseron, Bernard Stiegler, Ed. Mordicus 2009.

même si nous n'en sommes pas toujours conscients, en ce sens que la nature humaine cherche à vivre en conformité avec les standards socioculturels dans lesquels elle baigne. Nous sommes donc tous dépendants et soumis à une série d'idéaux collectifs qui sont à la base de tout contrat social ». Joyce MacDougall, dans *L'économie psychique de l'addiction* (dans *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, PUF, Coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2001)

L'accoutumance ou l'assuétude (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) et la dépendance physique ne sont pas des caractéristiques qui suffisent à définir l'addiction, bien qu'elles accompagnent les addictions à certaines substances. Par exemple, des personnes souffrant de douleurs chroniques sévères et utilisant des médicaments opiacés (comme la morphine) auront besoin d'augmenter les doses pour maintenir l'effet analgésique (qui soulage la douleur) du médicament. La dépendance physique est aussi une propriété pharmacologique et signifie que si l'usage d'une drogue est arrêté brutalement, la personne ressentira un syndrome de manque se caractérisant par des signes et symptômes spécifiques. De nombreux médicaments utilisés dans des buts thérapeutiques peuvent provoquer un syndrome de manque, comme les stéroïdes, certains antidépresseurs, les benzodiazépines (Valium®, Lexomil®...) et les opiacés.

L'usage abusif est défini comme un usage qui n'est pas acceptable d'un point de vue médical, légal ou social (et donc susceptible de varier selon l'acceptabilité sociale). Cela peut s'appliquer à des substances légales comme l'alcool chez les jeunes de moins de 16 ans, ou chez les adultes s'il y a un risque potentiel physique, psychologique ou social.

Les facteurs de risque incluent :

- **des facteurs psychosociaux, tel que la maltraitance, l'abus physique ou sexuel, la négligence pendant l'enfance (certaines statistiques indiquent que 60% des toxicomanes ont été abusés sexuellement dans l'enfance, 75% dans les cas de boulimie, 50% des anorexies...)** ;
- une histoire familiale marquée par les addictions
- une exposition précoce (in utero, ou à travers des traitements médicamenteux, tel que la Ritaline® pour l'hyperactivité)
- Facteurs psychologiques: détresse, anxiété, troubles émotionnels, troubles mentaux,
- Exclusion sociale, chômage, délinquance, crime...
- des facteurs sociaux tels que conflits parentaux, séparation, divorce...

...

Sources: WHO Guide to Mental Health in Primary Care: Substance misuse in young people
http://www.mentalneurologicalprimarycare.org/content_show.asp?c=16&fid=1251&fc=011060

2. Facteurs de risque

Les dimensions neuro-biologique, psychosociale et environnementale sont toujours impliquées dans les addictions : dans un environnement néfaste (maltraitance, violence...), une prédisposition génétique à l'addiction va se manifester, dans un environnement

protecteur, cette même prédisposition sera inhibée⁵. L'addiction est une "rencontre" à un moment donné, entre une personne, un produit, dans un environnement particulier.

Les causes de l'addiction sont toujours multifactorielles: « physiologiques, psychologiques, sociales, familiales, environnementales, etc. C'est la conjonction de ces nombreux facteurs qui, à une période donnée de notre évolution, nous rend plus fragiles et donc plus réceptifs à ce qui peut nous faire du bien ou moins de mal. (...) Nous traversons tous dans nos vies, des moments où nous nous sentons plus ou moins vulnérables. A la suite d'une rupture amoureuse, par exemple, d'un deuil ou d'un échec professionnel. Nous sommes prêts à beaucoup pour éviter la souffrance. Il suffit qu'à cet instant là nous fassions la "rencontre" d'une substance ou d'un comportement (car il s'agit bien là d'une rencontre, au vrai sens du terme) susceptible de produire sur notre cerveau un effet apaisant, euphorisant, dopant ou désinhibant... pour que nous nous y jetions à corps et esprit perdus ». *Ces dépendances qui nous gouvernent : Comment s'en libérer ?* William Lowenstein - Poche - 2007

L'environnement dans lequel la personne a grandi est un des facteurs déterminants. Dans la grande majorité des cas, on trouve un environnement insécure / violent / abusif environnant chez la majorité des personnes ayant une addiction. Un traumatisme relationnel précoce — en particulier pendant les deux premières années de vie — tel que la maltraitance, l'abus, la négligence, s'imprime dans les structures neurobiologiques du cerveau ce qui génère à la fois des effets immédiats et des effets à long terme : la maltraitance dans l'enfance, perturbe la gestion du stress à l'âge adulte, ce qui peut déclencher le développement de psychopathologies⁶.

Pour la psychanalyste Joyce MacDougall, tout objet d'addiction sert d'objet transitionnel qui incarne la présence maternante et maternelle :

« Les enfants possèdent souvent un objet transitionnel qui leur permet de supporter la séparation avec leur mère. Mais il y a des gens qui n'ont eu aucun objet transitionnel, peut-être parce que la mère n'a pas permis que l'enfant choisisse un substitut d'elle-même ou bien parce qu'elle voudrait que son enfant soit son objet transitionnel. **L'objet d'addiction a toujours la même fonction, c'est réussir à calmer le corps et l'esprit** que le sujet n'arrive pas à calmer en ayant recours à ses objets internes. **Comme s'il manquait l'image d'une mère calmante à l'intérieur de soi, une mère qui peut contenir et qui peut vous aider à devenir une bonne mère pour vous-même.** Donc le manque conduit à utiliser un objet externe supposé vous calmer un petit moment. Dans ce cas, l'objet peut être les drogues douces et dures, le tabac, la nourriture, mais aussi l'autre. La présence d'un autre ou de plusieurs autres devient alors nécessaire. L'autre doit toujours être là, comme la mère ne l'était pas. Peut-être que toute relation d'amour a un côté addictif, puisqu'on a besoin de cet autre. Mais, dans le couple amoureux, le besoin est partagé, ce n'est pas la même chose que dans la relation entre la mère et l'enfant. Peut-être que tout le monde cherche une mère, pas la sienne d'ailleurs, la mère de quelqu'un d'autre ! Une mère idéalisée.

Mais, quand il y a eu, pour toutes sortes de raisons, un manque de présence maternelle ou bien une présence maternelle si étouffante qu'il n'y avait pas d'espace, c'est là que se constitue quelquefois une addiction à une autre personne. C'est le cas, par exemple, lorsque la mère a subi un deuil au moment où son enfant était bébé ou quand son mari l'a quittée ».

Joyce MacDougall <http://www.carnetpsy.com/Library/Applications/Article.aspx?cpaId=707>

⁵ Une prédisposition génétique à l'addiction, associée à un environnement néfaste (maltraitance, violence...) multiplie par 6 le risque d'addiction <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/short/archgenpsychiatry.2011.2112>

⁶ <http://www.medecine.unige.ch/actualites/details/media.php?id=P1603>

Les travaux d'Allan Shore suggèrent des rapports directs entre l'attachement traumatique, les fonctions régulatrices du cerveau droit, et la souffrance psychique pendant l'enfance et à l'âge adulte. (Allan Shore <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreIMHJTrauma01.pdf>):

« La maltraitance ou la négligence précoce impacte négativement le cerveau en développement des nourrissons — ce qui produit des effets à long terme. Il est maintenant démontré qu'un traumatisme précoce porte atteinte au développement des capacités à maintenir des relations interpersonnelles, à gérer les événements stressants et à réguler les émotions. Des recherches interdisciplinaires démontrent que l'expérience essentielle qui façonne les patterns de réponses d'un individu est l'expérience de transactions émotionnelles qui se jouent dans la relation mère-enfant (mère = personne maternelle). Nous commençons à comprendre à un niveau psycho-biologique, à quel point les expériences précoces bénéfiques améliorent et à quel point les expériences précoces nuisibles inhibent le développement des mécanismes cérébraux de gestion active et passive du stress ». (Traduction approximative de Allan Shore <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreIMHJTrauma01.pdf> - texte anglais⁷)

« L'addiction survient comme le pansement d'une souffrance archaïque vécue corporellement, irreprésentable et menaçant le MOI du sujet. L'objet addictif, en quelque sorte, permet à la personne de ne pas devenir folle. "A ce titre, il convient d'y penser avant de se précipiter sur l'objet d'addiction vécu comme le mal à éradiquer. Il convient de penser le lien avant d'envisager la séparation de l'objet d'addiction. L'objet addictif vient se loger dans le trou, la vacuole créée par le traumatisme précoce, pour donner au sujet l'illusion de la complétude. Illusion transitoire qui implique rapidement la compulsion ». Daniel Settelen *Les addictions répondent-elles toutes à la même souffrance ?*

On retrouve les éléments suivants dans tous les types d'addictions (peu importe la substance / le comportement addictif) :

L'environnement insécure / violent / abusif dans lequel la personne addictive a grandi ne lui a pas permis de développer des capacités de régulation des émotions (la capacité à réguler les émotions se construit durant la petite enfance à travers les interactions avec un environnement maternel "suffisamment bon" — voir Allan Shore: *Affect Dysregulation and Disorder of the Self*). Un environnement familial désorganisé, instable, avec des limites floues et des règles inconsistantes peut favoriser les risques d'addiction ultérieure (cela ne signifie pas que les personnes issues de ce type de famille deviendront addicts: c'est dans l'autre sens : parmi les personnes souffrant d'addiction, on trouve souvent ce type de background familial).

Grandir dans un environnement insécure / violent / abusif, génère

- une hyper-sensibilité
- peu ou pas de sécurité intérieure,
- une estime de soi très faible,
- une sensibilité à la dépression,
- une tension intérieure constante, anxiété et résistance basse au stress

⁷ "Because early abuse negatively impacts the developing brain of these infants, it has enduring effects. There is extensive evidence that trauma in early life impairs the development of the capacities of maintaining interpersonal relationships, coping with stressful stimuli, and regulating emotion. A body of interdisciplinary research demonstrates that the essential experiences that shape the individual's patterns of coping responses are forged in the emotion-transacting caregiver–infant relationship. We are now beginning to understand, at a psychobiological level, specifically how beneficial early experiences enhance and detrimental early histories inhibit the development of the brain's active and passive stress coping mechanisms". Allan Shore <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreIMHJTrauma01.pdf>)

- une difficulté à réguler ses émotions,
- une difficulté à résister au stress and gérer les relations inter-personnelles
- une hyper activité mentale (un flux constant de pensée, généralement négatives, "auto-dépréciatives") est très fréquente parmi les personnes ayant des comportements addictifs; cela peut être vu comme une compensation au manque de régulation émotionnelle, et comme une manière de s'ajuster à un environnement stressant et inséure.
- les personnes souffrant d'addiction peuvent développer une tendance à l'auto-punition, des comportements autodestructifs (l'alcool, les drogues et le tabac ont un effet destructeur sur le corps et provoque des maladies et la mort) ;
- problèmes de socialisation et tendances à s'opposer aux lois sociales sont souvent associées aux addictions (en particulier dans le cas d'addiction aux produits illégaux).

« Le point commun à tous les patients addicts qui viennent me voir est, sans aucune hésitation, l'hypersensibilité. (...). La conséquence première de cette hypersensibilité n'est autre que la perte de la tranquillité. Mes patients pensent, ruminent, cogitent. Chaque respiration cérébrale est une respiration de doute, d'hésitation, d'angoisse, d'extrême remise en question, de peur, de vie ou de mort ». *Ces dépendances qui nous gouvernent : Comment s'en libérer ?* William Lowenstein - Poche - 2007

3. Usage et abus d'alcool : quelques éléments de définitions

- Abstinence
- Usage occasionnel
- Consommation à risque (*Hazardous drinking or alcohol misuse*)
- Consommation excessive ou usage abusif (provoquant des problèmes de santé sans dépendance: *Harmful drinking or alcohol abuse*), 20% des consommateurs
- Dépendance alcoolique (5% des consommateurs)

Les Anglo-Saxons ont individualisé un sous-groupe de patients appelés "consommateurs à problème" et qui correspond à la somme des consommateurs à risque ("*Hazardous Drinking*" or *alcohol misuse*) et des consommateurs excessifs ("*Harmful drinking*" or *alcohol abuse*).

Consommateurs à problèmes :

- **Les consommateurs à risque** : il existe, selon les pays, des définitions différentes pour cette catégorie de personnes. Une consommation d'alcool hebdomadaire supérieure à 21 "unités" ou 210 grammes d'alcool par semaine chez les hommes (140 grammes chez la femme) définit généralement le seuil de consommation excessive. Il détermine également ce qu'il faut considérer comme une consommation d'alcool occasionnelle à risque : les chiffres sont de 40 grammes d'alcool pour les hommes et de 30 grammes pour les femmes (mais il n'y a pas de « dose » sans risque aucun pour la santé, puisqu'un verre de vin par jour est associé à un risque accru de cancer du sein, par exemple). Cette définition est surtout utile en santé publique puisqu'elle permet de détecter les personnes dont la consommation est potentiellement dangereuse avant qu'elles ne développent des problèmes de santé ou d'alcoolodépendance.

Juillet 2010 – revu novembre 2011 - 9

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

En général, la réduction de la consommation en-deçà des limites de consommation dite "modérée" (moins de 2 "unités" par jour pour un homme et moins de 5 fois / semaine) est possible et suffisante pour rester en deçà de la dépendance.

- **Les consommateurs à problèmes ou "excessifs"** (20%) se définissent par une consommation d'alcool au dessus des normes définies précédemment et par l'existence de problèmes de santé consécutifs à cette consommation. Ces consommateurs ne présentent en revanche que peu ou pas de signes d'alcoolodépendance.

La réduction de la consommation en deçà des limites de consommation dite "modérée" (moins de 2 "unités" par jour et pas tous les jours) peut suffire. Si les personnes ne parviennent pas à rester en deçà de ces limites alors l'abstinence est nécessaire.

- **Les alcoolodépendants** (5%): le syndrome d'alcoolodépendance a été décrit en 1976 par Griffith Edwards comme " une sujétion à la prise de boisson alcoolique ou alcoolisée dont la suppression engendre un malaise psychique et/ou des troubles physiques".

Pour les consommateurs alcoolodépendants, seule l'abstinence permet d'enrayer le problème.

Questionnaire DETA-CAGE pour dépister la consommation excessive d'alcool

Pour dépister la consommation excessive d'alcool, le **questionnaire DETA-CAGE** est validé de façon internationale et consiste à poser quatre questions:

Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

Avez vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

Avez vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions sont évocatrices d'une consommation à problème (ce questionnaire ne distingue pas l'usage abusif de l'alcoolodépendance; mais comme il est simple et très court, il peut être utilisé par les travailleurs sociaux pour identifier un problème d'alcool et référer, le cas échéant, vers des structures ou services spécialisés).

Le questionnaire "AUDIT" (*annexé en dernière page*) a été conçu sous l'égide de l'OMS. Il comporte 10 items et a l'avantage de séparer les consommateurs à problèmes des alcoolodépendants. Il semble être le plus adapté pour détecter les consommateurs à problèmes avec une bonne sensibilité (89%) et une bonne spécificité (91%). Ce questionnaire a été validé dans une dizaine de langues et récemment en français.

L'intervention brève promue par l'OMS (*cf. biblio*) est destinée aux consommateurs à problèmes (ce qui correspond à la somme des consommateurs à risque ("Hazardous Drinking") et des consommateurs excessifs ("Harmful drinking").

Elle ne permet pas de traiter l'alcoolodépendance mais peut permettre de dépister et de référer les personnes dépendantes vers une prise en charge adaptée.

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 10

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

4. Quelques éléments sur l'addiction à l'alcool: processus et déni

Dans de nombreux pays, la consommation de boissons alcoolisées est socialement acceptée: l'alcool est vendu légalement dans des magasins publics. Mais lorsqu'une personne boit "trop" elle vite stigmatisée comme "alcoolique" ce qui génère honte et alimente le déni, personne ne voulant être considéré comme tel.

« Tous les travaux ou presque révèlent l'existence d'un attachement insécuré (qu'il soit "détaché" ou "préoccupé"⁸) chez la plupart des addicts. Cependant, tout en reconnaissant le lien entre comportement d'attachement et régulation de nos émotions (ainsi que l'importance de nos stratégies de contrôle émotionnel élaborées initialement face à ces modalités d'attachement), nous ne pouvons pas affirmer que le sentiment d'insécurité vécu pendant l'enfance entraîne forcément une conduite addictive.

Nous pouvons seulement soutenir, sans trop de risque d'erreur, que le sentiment d'insécurité infantile persistant à l'âge de l'adolescence et à l'âge adulte représente un facteur de vulnérabilité aux comportements addictifs. »

(William Lowenstein, *Ces dépendances qui nous gouvernent, comment s'en libérer*, Livre de Poche 2007).

Un attachement insécuré dans la petite enfance fait le lit d'un sentiment d'insécurité; cette insécurité intérieure rend à son tour la personne possiblement plus vulnérable à la dépression; les addictions sont souvent une tentative de résister à la dépression. (L'alcool a un effet antidépresseur équivalent à celui du Valium®. Le tabac agit également comme un antidépresseur, ce dont on s'est rendu compte en constatant qu'un médicament contre la dépression le bupropion - Zyban®, permettait aux personnes qui le prenaient d'arrêter de fumer: certaines études révèlent que 80% des déprimés avérés sont des fumeurs et qu'il existe 3 à 4 fois plus d'antécédents dépressifs chez les tabacodépendants que chez les non-fumeurs (cf. Lowenstein, 2007).

L'état de conscience modifiée obtenu à travers les addictions (et les comportements addictifs) procure un soulagement temporaire de la douleur morale : c'est ce soulagement qui est recherché à travers l'addiction, et c'est parce que ce soulagement n'est que temporaire que l'usage du produit (ou le comportement) devient compulsif. C'est dans ce sens là qu'on peut regarder l'addiction comme un mécanisme de défense, contre la douleur morale, l'angoisse...⁹

Ainsi petit à petit, l'alcool (ou toute autre drogue ou comportement addictif) prend une place de plus en plus importante dans la vie de la personne: l'alcool aide à soulager la pression interne constante et provoque une sensation de bien-être, un répit temporaire des difficultés. A l'inverse, la "réalité" ramène les personnes qui boivent à leurs problèmes, aux problèmes causés par leur addictions, au niveau familial, professionnel, social, puis dans l'ensemble de leur vie.

Alors les personnes qui boivent doivent choisir entre deux options : fuir l'alcool ou fuir la réalité. Si elles ne sont plus en mesure de se passer de la boisson, un cercle vicieux s'installe:

⁸ Voir *Les étapes du développement de l'enfant, de la naissance à...* Anne Carpentier 2011 - § 3 p.10 : La théorie de l'attachement : <http://www.interaide.org/pratiques/social/petite-enfance#overlay-context=>

⁹ <http://www.la-psychologie.com/conduites-addictives.htm>

plus elles boivent plus elles ont de problèmes, plus l'image qu'elles ont d'elles-mêmes se détériorent, et plus elles sombrent dans le déni.

L'alcool devient si important dans leur vie qu'elles rejettent tout ce qui peut les empêcher de boire; et le déni de leur addiction augmente. Le déni vise à les protéger d'une image de soi de plus en plus négative et de leurs sentiments de honte, remords et culpabilité.

Dans les derniers stades de l'addiction à l'alcool, la personne ne boit plus pour se sentir bien ou mieux, dans l'espoir de combattre la dépression et la souffrance, mais pour soulager le manque. « L'usage et l'abus l'aidaient à mieux vivre, la dépendance lui permet de survivre » (Lowenstein, 2007)

5. Addiction alcoolique : interventions possibles

Rappel: les interventions et références présentées ici ne sont pas données comme des modèles d'intervention à mettre en œuvre par les programmes d'accompagnement familial eux-mêmes. Ils sont donnés ici à titre d'exemple, parce que nous pensons qu'ils peuvent aider les équipes de travailleurs sociaux à acquérir une vision plus claire et objective des problèmes d'addictions, des différents niveaux d'usage (usage à risque, à problème, dépendance) et des interventions possibles correspondantes vers lesquelles référer les personnes qu'elles suivent.

« Lorsque nous avons, face à nous, un sujet en situation de dépendance, il convient de trouver le moyen de l'aide à en sortir avant même de savoir ce qui l'a poussé à devenir addict. Le "comment" avant le "pourquoi". Autrement dit : soigner avant de préciser la nature originelle et lointaine du mal.

La psychologie des addictions ne peut être efficace dans un premier temps. A quoi bon demander à un héroïnomanie pourquoi il consomme? (...) Questionne-t-on un mélancolique sur les raisons de sa mélancolie? (...) Mettre l'accent dramatique sur les causes d'une dépendance (traumatisme d'enfance, viol, échec affectif ou professionnel, etc.) ne modifiera en rien le comportement du patient. Ce dernier, quelque soit la finesse de l'éclairage analytique, risque de n'en retirer qu'une forte culpabilité. Celle de savoir et de ne pas pouvoir.

Car les raisons pour lesquelles l'addiction le torture au quotidien n'ont plus de rapport, ou si peu, avec les motifs pour lesquels le patient avait commencé ses usages ou ses abus.

Le cerveau s'est transformé, au fil chaotique de l'addiction. Il ne fonctionne plus comme avant. Le sommeil est perturbé, l'appétit aussi, l'humeur est modifiée ainsi que la relation aux autres (...) Que nous le voulions ou non. Notre volonté ou celle des autres ne suffit pas à guérir ces changements fondamentaux ». (W. Lowenstein, 2007)

Pour les patients ayant des complications médicales ou psychiatriques dues à l'alcool, l'abstinence est l'objectif. Source: *WHO Guide to Mental Health in Primary Care*: http://www.mentalneurologicalprimarycare.org/content_show.asp?c=16&fid=868&fc=005015
 Pour parvenir à l'abstinence, les personnes dépendantes à l'alcool ont besoin d'un soutien thérapeutique et social régulier, sortir de la dépendance nécessitant d'importants changements dans leur style de vie (changement d'environnement, de fréquentations, d'amis, développer de nouvelles activités...). Des interventions avec d'anciennes personnes alcooliques comme les "Alcooliques Anonymes" (www.aa.org) sont souvent efficaces.

Les personnes qui ne sont pas dépendantes à l'alcool mais qui ont des problèmes liés à l'usage excessif peuvent parvenir à limiter leur consommation. S'ils ne parviennent pas à rester en dessous des seuils préconisés (voir ci-dessous), alors elles seront obligées d'arrêter complètement.

A cause du mécanisme de défense spécifique à cette addiction, les personnes souffrant de dépendance alcoolique demande rarement de l'aide, puisqu'elles sont dans le déni. Si elles demandent de l'aide, c'est souvent pour d'autres raisons, telles que les conséquences de l'addiction dans leur vie: problèmes familiaux, professionnels ou sociaux. Mais les personnes dépendantes à l'alcool se sentent aussi souvent si dépendantes des autres et de leur entourage qu'elles ressentent souvent le besoin d'être aidées. Du fait d'une estime de soi très faible, elles pensent qu'elles ne sont pas capables de faire face à leurs difficultés, et ont besoin du soutien des autres pour se défendre contre leur peur de la solitude et de l'abandon. Le déni dans lequel elles sont donne souvent au conseiller / accompagnant / thérapeute l'impression que son intervention est inutile, la personne ne voulant pas reconnaître son problème d'addiction. Les premières sessions de counselling paraissent souvent décourageantes: il s'agit alors de mettre l'accent de l'accompagnement sur le mal-être psychique, et non sur le symptôme lui-même.

Essayer de convaincre une personne addictive qu'elle a un problème d'addiction n'est pas approprié, car cela risque d'accroître le sentiment qu'elle n'a pas de valeur, de diminuer encore l'estime de soi déjà très faible, et du coup de renforcer le cercle vicieux du déni. Dans la phase initiale, le conseiller/accompagnant doit accepter le déni (qui fait partie intégrante de l'addiction à l'alcool), et petit à petit, aider la personne à faire d'elle même le lien entre les problèmes qu'elle rencontre et son addiction. Mais c'est un processus long, car la personne a organisé la plupart de sa vie autour de l'alcool et du déni; le conseiller / accompagnant doit faire preuve d'une grande patience et d'une grande tolérance. L'acceptation inconditionnelle de la personne est cruciale pour lui permettre petit à petit, à travers la relation thérapeutique, de reconstruire l'estime de soi, et, soutenue par l'accueil inconditionnel, à apprendre, dans l'interaction avec le thérapeute, à réguler émotions et hypersensibilité.

Co-dépendance

La dépendance est une pathologie du système, et des études ayant retrouvé le même type de traits de personnalité chez les conjoints d'alcoolodépendants, le concept de co-dépendance a été forgé¹⁰.

« Au départ, le concept de co-dépendance a été conçu comme une situation de fait dans la problématique de l'alcoolisme. Celui-ci est un problème avec lequel le partenaire de l'alcoolique doit composer et, de ce fait, il devient co-dépendant. Par la suite, on a envisagé une composante personnelle chez le partenaire de l'alcoolique. Par exemple, Cermak, T.L (1986) envisage la co-dépendance dans le cadre d'une situation où le partenaire de

¹⁰ De nombreux auteurs ont consacré leurs travaux à la compréhension du phénomène de co-dépendance et ont tenté d'en établir une définition. Pour Larsen, Potter-Efron & Potter-Efron, Mendenhall, W. (1989), Hers D., et al. (1996), la co-dépendance est une conséquence d'une relation intriquée à l'autre. Pour Cermak, T.L (1986), la co-dépendance se retrouve de manière habituelle au sein de chaque individu sous forme de traits de personnalité. Wilson-Schaef (1986) considèrent la co-dépendance comme une maladie « primaire », la « maladie » existe au sein de l'individu mais ne se déclare qu'au contact d'une personne dépendante.

l'alcoolique présente un faisceau de traits de personnalité retrouvés de façon habituelle chez la plupart des membres d'une famille dépendante. La démarche de l'auteur semble intéressante, car il propose les critères d'identification suivant :

- une estime de soi liée à l'investissement prolongé dans la capacité de contrôle de soi et des autres, dans des circonstances adverses ;
- une responsabilité supposée dans la satisfaction des besoins d'autrui et méconnaissance de ses propres besoins ;
- de l'anxiété et distorsion des limites concernant l'intimité et la séparation.
- Des relations complexes et imbriquées avec des personnes présentant des troubles de personnalité, une dépendance aux psychotropes, une autre co-dépendance ou des troubles de l'impulsivité.
- Au moins trois des traits suivants ; utilisation préférentielle du déni comme moyen de défense, retenue des émotions (avec ou sans explosions dramatiques), dépression, hyper vigilance, compulsions, anxiété, abus de psychotropes ; la personne a été ou est la victime de violences sexuelles ou physiques récurrentes, a souffert de maladie somatique liée au stress, est restée deux ans dans une relation étroite avec une personne qui abuse de psychotropes sans avoir cherché d'aide à l'extérieur.

Ces critères diagnostiques auront d'importantes répercussions car ils permettront une généralisation du concept de co-dépendance qui ne sera plus nécessairement lié aux substances telles que l'alcool, les drogues, les médicaments et/ou d'autres substances chimiques. Ils permettent une ouverture vers d'autres co-dépendances.

« La co-dépendance reste un concept important dans la mesure où il attire l'attention non seulement des professionnels de la santé mais aussi de l'entourage familial sur un phénomène psychologique.

La co-dépendance, en tant qu'outil, s'adresse directement aux personnes co-dépendantes : elle leur permet en quelque sorte de légitimer les sentiments qu'elles éprouvent et leur donne la « permission » de se focaliser sur leurs propres difficultés.

Wilson-Schaef, A. (1986) propose une définition de la co-dépendance comme résultant d'une problématique personnelle qui ne se manifeste que dans la relation avec une personne alcoolique. »

Sources : <http://www.psy.be/psycho/fr/maetre/dependance-et-co-dependance.htm>

6. Addiction aux drogues - toxicomanie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'addiction à la drogue est un état d'intoxication périodique et chronique néfaste à l'individu et à la société, provoqué par la consommation répétée de drogue (naturelle ou synthétique). Cet état se caractérise par :

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 14

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

- (1) un besoin compulsif de continuer à prendre la drogue, et d'en obtenir par n'importe quel moyen (compulsion) ;
- (2) une tendance à augmenter la dose (assuétude) ;
- (3) une dépendance psychique (psychologique) et parfois physique aux effets de la drogue.

Cette définition de l'addiction s'applique aussi bien aux drogues hypnotiques que sédatives (barbituriques, etc.) à l'alcool, aux amphétamines...

L'addiction peut entraîner de nombreux problèmes :

- des problèmes physiques (maladies pouvant entraîner la mort; mort par overdose)
- des troubles psychiques: retrait, sentiment de puissance, d'avoir des dons surnaturels (du à l'état de conscience modifié obtenu sous l'emprise de la drogue)
- des troubles sociaux: difficultés professionnelles, perte d'emploi, implication dans des activités antisociales, ou illégales visant à se procurer de l'argent et/ou de la drogue (prostitution, vente de produits illégaux...)...
- les relations humaines et aux proches sont également affectées.

De nombreuses théories visant à expliquer, ou comprendre les addictions, ont été développées. Certaines privilégient les explications physiologiques, d'autres les causes psychologiques (facteurs affectifs et émotionnels), ou les théories sociales selon lesquelles la prise de drogues est due à un dysfonctionnement social, l'environnement social n'ayant pas donné à la personne les opportunités de développement qu'elle mérite. **Mais ces trois types de facteurs, physiologiques, psychologiques et environnementaux sont toujours intriqués.**

Voir: WHO *Guide to Mental Health in Primary Care*

http://www.mentalneurologicalprimarycare.org/content_show.asp?c=16&fid=965&fc=005070

7. Adolescence: crise d'identité et conduites à risque

L'adolescence est la traduction psychosociale d'un phénomène physique : la puberté¹¹.

Cette phase est marquée par des changements physiques (puberté puis fin de la croissance), affectifs (modification de la vie relationnelle), intellectuels (compréhension de la vie et de sa vie) et psychiques (recherche identitaire, acquisition progressive de l'autonomie).

Vers l'âge de 12 ans, le cerveau a atteint sa taille définitive. Mais l'amélioration des techniques d'imagerie cérébrale prouve aujourd'hui que la maturation du cerveau est incomplète jusqu'à 20 ans, voire 25 ans: le cortex préfrontal – la partie avant du cerveau – est responsable du contrôle de nos pulsions et de notre capacité à nous projeter dans l'avenir. Or, le « câblage » de sa substance blanche – la gaine des neurones qui assurent une conduction fiable des influx nerveux – n'arrive pas à maturité avant l'âge de 20 ans en moyenne

¹¹ Voir aussi **Les étapes du développement de l'enfant, de la naissance à...** Anne Carpentier 2011 - :
<http://www.interaide.org/pratiques/social/petite-enfance#overlay-context=>

(J.N.Giedd et coll., “*Brain Development During Childhood and Adolescence : a Longitudinal MRI Study*”, in “*Nature Neuroscience*”, 1999).

Dès la puberté en revanche, vers 12 ans, les ovaires et les testicules commencent à fonctionner à plein régime. Les hormones qu'ils libèrent dans la circulation baignent les neurones du cerveau. Il y a donc un décalage entre la maturation hormonale, qui pousse les jeunes à prendre des risques, et la maturation de la région du cerveau, qui pourrait leur permettre de réfléchir avant de se lancer...

Les circuits cérébraux qui permettent le contrôle des impulsions ne s'établissent qu'entre la fin de l'adolescence, et le début de l'âge adulte (20-25 ans): cette maturation se produit sous l'effet de nombreux facteurs, génétiques et environnementaux, mais il est impossible de prévoir chez un jeune à quel âge ces circuits cérébraux vont se mettre en place; ainsi, selon Serge Tisseron, « le mot "addiction" qui désigne la pathologie d'un adulte qui a perdu le contrôle de ses impulsions, ne peut donc pas s'appliquer à des adolescents qui ne l'ont pas encore acquis. C'est comme si on disait d'un bébé d'un an qui ne marche pas encore qu'il est "paralysé"! ». (S. Tisseron dans "*Faut-il interdire les écrans aux enfants*", éditions Mordicus 2009).

Ainsi à l'adolescence, est-il plus juste de parler d'**usage à risque ou de conduites à risque** que d'addiction ou de dépendance. La consommation "à risque" ou l'usage abusif s'arrête d'ailleurs dans la grande majorité des cas entre 25 et 30 ans, avec la maturation du cerveau, et, en occident, et pour les jeunes des catégories aisées, l'entrée dans la vie active. Ceux qui deviennent "addicts" sont les personnes souffrant d'un mal-être psychique ou de troubles psychiques — l'addiction étant une tentative pour soulager la souffrance.

Ceci ne minimise pas la dangerosité de certains produits et de certains comportements.

« L'usage à risque chez les jeunes doit être regardé comme faisant partie de l'expérimentation et de la prise de risque "normale" à l'adolescence : 65% des jeunes de moins de 18 ans ont expérimenté une drogue illégale (96% de cette expérimentation concerne la prise de cannabis) mais 4 % vont continuer d'en consommer de manière régulière et abusive. L'usage de drogues multiples est largement répandu dans les milieux festifs parmi les adolescents plus âgés, et une palette de substances — légales and illégales — est donc consommée sporadiquement. Bien que l'usage à risque de substance soit fréquente et son usage occasionnel "commun" parmi les jeunes, cet usage peut être fatal et doit être pris au sérieux.

L'abus de substance chez les jeunes peut être le "symptôme" d'un malaise psychique sous-jacent qui doit être pris en compte et traité ».

http://www.mentalneurologicalprimarycare.org/downloads/primary_care/Substance_misuse_in_young%20people.pdf

Bien que certaines drogues, y compris illégales (comme le cannabis, la cocaïne, l'extasy...) soient largement répandues dans certains milieux et groupes sociaux, cela ne signifie pas qu'elles soient sans danger. Même des drogues que l'on appelle à tort "douces" peuvent être dangereuses et causer des dégâts irrémédiables sur les cerveaux immatures des jeunes : on n'a pas encore suffisamment de recul sur l'extasy mais on peut craindre des séquelles durables. Le cannabis est une drogue que l'on dit "douce" mais dont on peut faire un usage "dur" et la dépendance existe. C'est un hallucinogène qui, comme le LSD, peut provoquer des décompensations psychotiques chez les personnes ayant une vulnérabilité (vulnérabilité schizophrénique par exemple, que le cannabis va révéler : une schizophrénie sous-jacente

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 16

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

pourrait rester en l'état et ne jamais se déclarer sans prise de cannabis, par exemple. Le cannabis ne crée pas la maladie, mais il risque de la déclencher) : « aujourd'hui je suis surpris par l'importance, par le nombre de psychopathologies graves associées à la dépendance au THC [le principe actif du cannabis]. Soyons clairs, une nouvelle fois, il s'agit bien à mes yeux de personnes psychotiques qui ont rencontré le THC (et en ont abusé pour tenter de calmer leur maladie mentale) et non de personnes initialement indemnes que le cannabis auraient rendues schizophrènes, paranoïaques ou maniaco-dépressives » (Dr. W. Lowenstein 2007).

Quelques généralités sur la "crise d'adolescence"¹²

L'addiction débute souvent pendant l'adolescence. C'est une période délicate de transition entre l'enfance et l'âge adulte. C'est une période de crise identitaire car l'enfant doit quitter son identité d'enfant (et la protection que cela suppose) et s'ajuster à une nouvelle identité d'adulte, et son cortège de responsabilités et de conformité aux règles de la société. C'est une période de crise existentielle, où le jeune questionne les valeurs qu'il a reçues de sa famille, où il se pose des questions sur le sens de la vie, le sens de sa vie, sur la vie et la mort. On peut aussi voir l'addiction comme une tentative inadéquate de réponse à ces questions existentielles qui n'ont pas de réponse définitive, à l'angoisse existentielle qui fait partie intrinsèque de notre condition humaine...

Souvent, lorsque la puberté se déclenche les adolescents se sentent encore enfants : les rapides changements physiques sont perturbants et le nouvel intérêt qu'ils ressentent pour la sexualité les trouble d'autant plus que les tabous sociaux sont forts. L'environnement leur demande d'assumer des responsabilités pour lesquelles ils ne se sentent pas toujours prêts. Cela peut générer une peur de l'échec, du futur, une peur de se sentir impuissant face à un environnement qui peut être perçu comme dangereux, voire menaçant. Ces difficultés émotionnelles sont normales jusqu'à un certain point, puisque l'évolution de l'identité implique nécessairement des changements intérieurs profonds.

L'intérêt pour la sexualité pousse aussi le jeune à s'éloigner de sa famille, et à se tourner vers ses pairs.

A cet âge, le groupe de pairs a un rôle très important, car il aide l'adolescent à construire sa nouvelle identité, des nouveaux repères identitaires (en s'identifiant à son groupe) ; il aide aussi l'adolescent à ne pas se sentir seul, à sentir qu'il n'est pas le seul à affronter cette situation difficile. Le groupe de pairs a aussi une fonction de réassurance. Les adolescents sont souvent facilement influençables, car ils sont en quête de nouveaux repères identitaires; ils ont besoin de la reconnaissance sociale et d'être acceptés, afin de pouvoir définir leur rôle et leur fonction dans la société.

Les sociétés traditionnelles fournissent des rites initiatiques (parfois violents...) visant à matérialiser ce passage de l'enfance à l'âge adulte, et à introduire le jeune à son nouveau rôle

¹² Voir aussi **Les étapes du développement de l'enfant, de la naissance à...** : <http://www.interaide.org/pratiques/social/petite-enfance#overlay-context=>

social d'adulte, ses nouvelles fonctions et responsabilités. Ces rites visent aussi à maintenir l'ordre social en maîtrisant la "fougue" de l'adolescent, qui est un révolutionnaire en puissance (d'où, sans doute, l'usage de la violence). Ces sociétés transmettent ainsi des repères ancestraux aux jeunes, et un cadre contenant garantissant l'accès à une fonction sociale prédéterminée.

En France, le service militaire a longtemps rempli cette fonction "initiatique" (et parfois violente...) pour les jeunes hommes. Mais aujourd'hui en occident, et dans les pays, ou dans les milieux sociaux qui s'occidentalisent (comme cela peut être le cas dans les pays émergents et dans les zones urbaines des PVD), il n'y a plus de repères tout faits qui, bien que limitant la liberté et la créativité de l'adolescent, parfois abusivement, lui fournissaient néanmoins un cadre contenant. L'adolescent livré à lui-même doit trouver de lui-même ses propres repères, ses modèles, ses limites et son cadre intérieur, et faire sa place dans la société... Face à cette "liberté" apparente, l'injonction de réussite est extrême: "fais ce que tu veux, démerdes-toi, mais réussis". Pour certains, sans guide ou soutien leur permettant de consolider une sécurité intérieure parfois déjà insuffisante, la pression de cette injonction contradictoire est trop forte.

Ce n'est pas étonnant que les addictions se mettent souvent en place à l'adolescence, moment où les jeunes doivent aller vers le collectif et y prendre sa place. Mais le collectif n'a parfois plus de sens (et il n'y a plus de place prédéterminée garantissant l'insertion sociale des jeunes : cela limitait les possibles tout en donnant un sentiment de sécurité).

Quand les élites, ici ou ailleurs, méprisent la jeunesse (et qui plus est, la jeunesse défavorisée des bidonvilles, *slums*, des banlieues, cités et *favelas*) en la considérant comme de la "racaille", difficile de souhaiter trouver une place dans cette société-là et de respecter des règles que l'élite ne s'applique pas toujours à elle-même...

Facteurs qui peuvent influencer les addictions

L'environnement dans lequel l'adolescent a grandi est un des facteurs déterminants. Dans la très grande majorité des cas, on trouve parmi les adolescents utilisant de la/des drogues un environnement insécure / violent / abusif. (Cela ne veut évidemment pas dire qu'un enfant qui a grandi dans un environnement violent et/ou insécure deviendra "addict": c'est le contraire : parmi une population de personnes ayant une addiction, une majorité de personnes ont eu un passé violent et ou insécure). **Par exemple, de nombreuses statistiques montrent que 60% des toxicomanes ont été victimes d'inceste ou d'abus sexuel dans leur enfance...**

Une exposition précoces aux drogues (*in utero*, ou par traitement médical, tel que la Ritaline® prescrite pour l'hyperactivité) est aussi un facteur influençant l'apparition d'addiction.

On l'a vu ci-dessus, on retrouve les éléments suivants dans tous les types d'addictions (peu importe la substance / le comportement addictif) :

L'environnement insécure / violent / abusif dans lequel la personne addictive a grandi ne lui a pas permis de développer des capacités de régulation des émotions (la capacité à réguler les émotions se construit durant la petite enfance à travers les interactions avec un environnement maternant "suffisamment bon" — voir Allan Shore: *Affect Dysregulation and Disorder of the*

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 18

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

Self). Un environnement familial désorganisé, instable, avec des limites floues et des règles inconsistantes peut favoriser les risques d'addiction ultérieure (cela ne signifie pas que les personnes issues de ce type de famille deviendront addicts: c'est dans l'autre sens : parmi les personnes souffrant d'addiction, on trouve souvent ce type de background familial).

Grandir dans un environnement insécure / violent / abusif, génère

- une hyper-sensibilité
- peu ou pas de sécurité intérieure,
- une estime de soi très faible,
- une sensibilité à la dépression,
- une tension intérieure constante, anxiété et résistance basse au stress
- une difficulté à réguler ses émotions,
- une difficulté à résister au stress and gérer les relations inter-personnelles
- une hyper activité mentale (un flux constant de pensée, généralement négatives, "auto-dépréciatives") est très fréquente parmi les personnes ayant des comportements addictifs; cela peut être vu comme une compensation au manque de régulation émotionnelle, et comme une manière de s'ajuster à un environnement stressant et insécure.
- les personnes souffrant d'addiction peuvent développer une tendance à l'auto-punition, des comportements autodestructifs (l'alcool, les drogues et le tabac ont un effet destructeur sur le corps et provoque des maladies et la mort) ;
- problèmes de socialisation et tendances à s'opposer aux lois sociales sont souvent associées aux addictions (en particulier dans le cas d'addiction aux produits illégaux).

Si un adolescent vit dans un environnement familial suffisamment stable, qui lui permet de développer une sécurité intérieure, de consolider sa nouvelle identité, cela l'aidera à grandir en se sentant à l'aise avec cette nouvelle identité; si ce n'est pas le cas, alors l'environnement pourra lui paraître inquiétant voire menaçant, ce qui peut augmenter son sentiment d'insécurité intérieure (d'où l'importance des personnes de références pouvant constituer des modèles, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille: elles permettent à l'adolescent de prendre exemple sur ces modèles identificatoires positifs).

Dans un contexte de mal-être et de souffrance psychique, la drogue est pour les jeunes un moyen d'obtenir un soulagement temporaire qui les éloigne des difficultés, de leur environnement abusif ou violent et de la spirale constante de pensées négatives et d'autodénigrement. Certaines drogues donnent une sensation de bien-être et de force surhumaine. L'état de conscience modifié provoqué par l'addiction procure un soulagement temporaire à la souffrance : c'est précisément ce soulagement temporaire qui est recherché à travers les addictions, quelles qu'elles soient. C'est pourquoi les jeunes qui souffrent peuvent facilement devenir "accro" car s'ils arrêtent de consommer, ils se retrouveront seuls pour faire face à leur insécurité intérieure et leur dépression, leur mésestime d'eux-mêmes, et leurs peurs face à l'avenir... Le risque de devenir dépendant d'une substance est alors élevé. La réalité est ressentie comme trop douloureuse et difficile (et dans la plupart des cas, a d'ailleurs été effectivement difficile et douloureuse sachant que 60% des toxicomanes ont été abusés sexuellement ou incestés dans leur enfance...), et les personnes addicts regardent l'avenir avec angoisse. Par voie de conséquence, ils ont du mal à faire des projets et à planifier le futur.

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 19

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

Parfois, leur souffrance est si forte, que s'ils ne peuvent pas consommer leur "dose", certains jeunes se suicident. Le suicide, comme la prise de drogue, vise à mettre fin à la souffrance (et non à leur vie) qu'ils ressentent constamment: mais la souffrance est si intriquée à leur vie, que mettre fin à leur vie leur paraît être la seule solution qui pourra mettre fin à leur souffrance.

Si la pression du groupe pousse un adolescent, qui s'est toujours senti fragile et exclu, à prendre de la drogue pour être accepté, il dira oui, pour se sentir accepté, peut-être pour la première fois de sa vie.

Les drogues illicites ne sont pas en vente légale, cqfd, et ne sont pas considérées comme socialement acceptables (sauf dans certains milieux) ; par leur usage, les jeunes montrent leur opposition envers la société. Ils se sentent rejetés par la société comme ils se sont sentis rejetés par leurs parents - et leur manque affectif est grand. Parce qu'ils ont fait l'expérience de ne pas pouvoir compter sur les autres, et que les relations affectives qu'ils ont connues se sont avérées dangereuses (beaucoup ont été abusés et/ou violentés dans leur enfance), ils préfèrent se retirer et ne dépendre que d'eux-mêmes pour se procurer plaisir, bien-être et protection, même illusoire.

Ces personnes nient leur dépendance affective envers les autres car leur environnement s'est avéré dangereux et douloureux. Elles préfèrent devenir dépendantes d'une substance plutôt que d'une relation dans laquelle elles ne pourront pas avoir une totale confiance.

8. Addictions aux drogues : interventions possibles

Rappel: les interventions et références présentées ici ne sont pas données comme des modèles d'intervention à mettre en œuvre par les programmes d'accompagnement familial eux-mêmes. Ils sont donnés ici à titre d'exemple, parce que nous pensons qu'ils peuvent aider les équipes de travailleurs sociaux à acquérir une vision plus claire et objective des problèmes d'addictions et des interventions possibles correspondantes vers lesquelles référer les personnes qu'elles suivent.

Dans toutes les addictions, si le soin ne s'intéresse qu'au produit ou au comportement, il y a le plus souvent changement d'addiction: passage de la drogue à l'alcool, de l'alcool à la dépendance associative, du jeu à l'alcool...

L'addiction commence à chaque fois qu'un aléa de la vie, appelé traumatisme secondaire, vient menacer le moi du sujet et mettre en péril ses mécanismes de défense.

Souvent les addictions surviennent lors du passage difficile de l'adolescence vers l'âge adulte mais elles peuvent commencer à tout âge et tout particulièrement, on l'oublie trop souvent, à la période dite du 3^e âge où se conjugue l'arrêt de la vie professionnelle, le départ des enfants du foyer parental, l'éclatement de la famille et lors de la mort d'un des membres

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 20

Réseau PRATIQUES

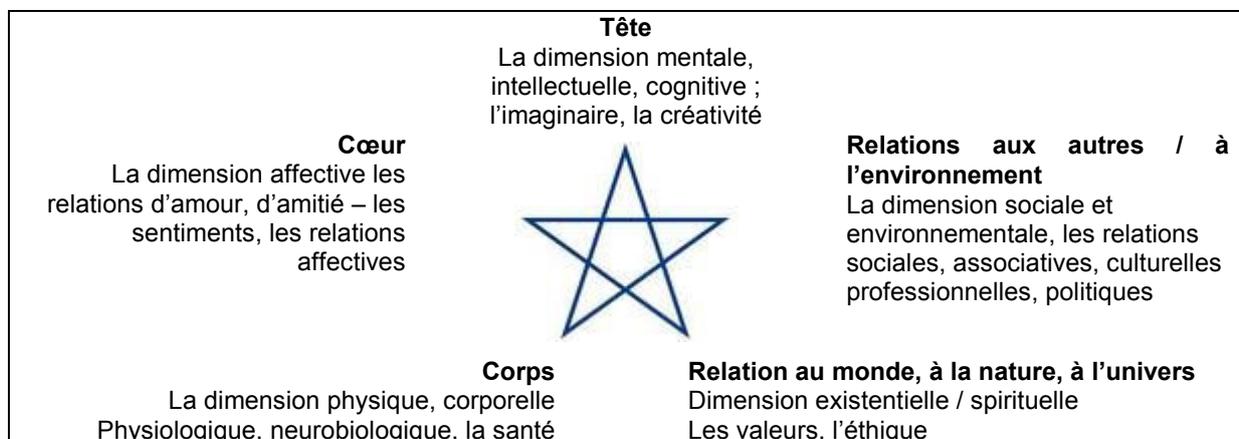
Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

du couple. Ces étapes de la vie sont des moments de crises existentielles, des moments où l'on se questionne sur le sens de la vie¹³.

Il est d'ailleurs toujours intéressant, dans le travail avec une personne souffrant d'addiction(s), de rechercher la **crise existentielle** qui a probablement accompagné le début de l'addiction. Questionner le sens de la vie, (re)trouver un sens à la vie, un but, sera d'une grande aide pour sortir de l'addiction.

On a vu que l'addiction était toujours multifactorielle, avec des facteurs de risque et des implications physiologiques, affectives, mentales, sociales et existentielles. On retrouve les 5 dimensions de l'être humain, comme un pentagramme¹⁴ (image traditionnelle de l'homme avec sa tête et ses 4 membres, comme dans le pentagramme de Vinci) ou une étoile à 5 branches (ci-dessous) ; on peut voir que dans l'addiction, chacune des dimensions est impliquée et touchée.



De même que pour la dépendance à l'alcool, l'intervention avec des toxicomanes doit intégrer une thérapie individuelle, de groupe (et idéalement, pour les adolescents, une thérapie familiale) ainsi qu'un suivi médical si un traitement est nécessaire (cela dépend notamment du degré d'addiction et du type de drogue utilisée).

Souvent les adolescents ont tendance à s'isoler (le rejet est un cercle vicieux dans lequel ils trouvent une forme d'identité). Ils disent souvent que les adultes "ne les comprennent pas"; cette croyance freinera leur demande d'aide et renforcera leur solitude et leur retrait.

Lors de la phase initiale, les interventions avec d'anciens toxicomanes, sur le modèle des "Narcotic Anonymous", sont souvent efficaces, parce que les adolescents peuvent s'identifier à ces personnes qui viennent d'un milieu semblable au leur (ce sont des adultes qui peuvent les comprendre, ils ont le même genre d'histoire, un vécu similaire, et cela donne aux ados le sentiment d'appartenance qui leur manque tant). Ces sessions de groupe sont particulièrement

¹³ Voir aussi **Les étapes du développement de l'enfant, de la naissance à...** - :

<http://www.interaide.org/pratiques/social/petite-enfance#overlay-context=>

¹⁴ Serge Ginger, *Gestalt-Thérapie, l'art du contact*, Marabout

utiles avec les jeunes qui refusent d'admettre leurs difficultés et refusent de demander de l'aide.

Le groupe est très important car il donne aux jeunes une référence qui leur a manqué. Le groupe contrebalance le sentiment de ne pas pouvoir compter sur leur milieu familial. Ainsi, le travail en groupe de soutien est souvent approprié. Le jeune aura besoin de s'appuyer sur le groupe suffisamment longtemps pour construire sa confiance, avant de pouvoir faire face à la vie par lui-même. C'est la première étape du traitement.

Ne plus consommer de drogue génère de nombreux changements dans la vie de l'adolescent : changements d'amis, de "bande"; trouver — et garder... — un travail régulier, développer des compétences sociales... Cela peut confronter les jeunes à l'échec, à la peur de l'échec, à la frustration, au rejet de la société. Un soutien régulier (counselling ou thérapie) avec un adulte de confiance qui peut aider le jeune à s'adapter à sa nouvelle vie et aux nouvelles situations de vie qu'il rencontre est nécessaire (parfois le jeune a besoin de se sentir guidé pas à pas car il ne se sent pas suffisamment fort pour réussir seul). Le but est de permettre au jeune de se sentir plus fort, de devenir plus "indépendant" (c'est-à-dire, en réalité, de prendre le risque de l'interdépendance: car au contraire de l'addiction, dans une relation affective d'interdépendance avec une personne, le jeune peut se sentir exposé (surexposé...) à la douleur et à la frustration; l'intervention doit évoluer progressivement d'une approche groupale à une approche individuelle.

Lors des sessions de counselling, les éducateurs ne doivent pas être "moralisateurs" avec les jeunes. Trop leur parler de la loi et de la "moralité" risque de provoquer rejet et opposition, de renforcer leur sentiment de ne pas pouvoir être compris par les adultes. Le problème de ces jeunes n'est pas qu'ils ne respectent pas les lois sociales: leur problème est lié à l'expérience qu'ils ont eue de relations douloureuses, violentes, et instables (et parfois elles-mêmes contraire à la loi dans les cas de violence, d'abus et d'inceste) et à l'image extrêmement négative de soi qui s'est construite à travers ces relations destructurantes — et à la tendance qu'ils ont de nier leurs problèmes. Pour ces adolescents, leur comportement antisocial est une manière d'exprimer leur sentiment d'insécurité intérieure (leur parler du respect de la loi est alors totalement inapproprié puisqu'ils se comportent ainsi pour exprimer des sentiments qu'ils n'expriment pas autrement). Les aider à mettre des mots sur leurs émotions leur permettra petit à petit de ne plus avoir recours au passage à l'acte. L'attitude des éducateurs et des thérapeutes doit être très compréhensive, avec une acception inconditionnelle du jeune et de ses problèmes, pour que la communication soit la plus ouverte et qu'une relation de confiance puisse se créer. C'est à travers cette relation que le jeune va pouvoir se construire et apprendre à ne plus avoir recours à l'addiction.

Une information suffisante (et non morbide...) sur les conséquences des addictions est nécessaire. Mais il ne s'agit pas de donner aux jeunes un sentiment de culpabilité ce qui aurait l'effet contraire de celui qui est recherché, en renforçant leur insécurité et la mésestime qu'ils ont d'eux-mêmes — et pourrait aussi les amener à rejeter l'adulte et à mettre en retrait de nouveau.

La pratique de sports peut fournir à ces adolescents un exutoire à leur tension interne (puisque les drogues sont utilisées précisément pour soulager tension interne et souffrance). Cela leur

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 22

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

permet aussi de s'approprier les sensations de leur corps d'une manière positive (pour contrer la tendance qu'ils peuvent avoir à l'autodestruction). Il faut toutefois rester vigilant à ne pas remplacer une addiction par une autre : l'addiction à une drogue par l'addiction à un sport... Les sports pratiqués en équipe peuvent réduire ce risque tout en favorisant le développement de compétences sociales et de liens affectifs bénéfiques.

L'hyperactivité psychique est aussi une source de vulnérabilité à l'addiction: « certains individus sont en hyperactivité cérébrale, c'est-à-dire qu'ils pensent sans arrêt à des milliers de choses en même temps. Quelles que soient les circonstances, ils sont incapables de "débrancher", privés d'une pensée tranquille. Pour ces personnes, les comportements excessifs ou les substances vont avoir la capacité de ralentir cette hyperactivité, de réguler le trafic que la pensée ou même de l'anesthésier pendant un temps » *Ces dépendances qui nous gouvernent: Comment s'en libérer ?* William Lowenstein - Poche - 2007

Ce "brain chatter", bavardage interne incessant, devient véritablement toxique lorsqu'il est dominé par des pensées négatives et d'autodénigrement. On le trouve fréquemment parmi les personnes qui usent de drogues et d'alcool (et chez certains surdoués...). Des activités telles que le sport, mais aussi la méditation, le yoga, le tai qi chuan, la sophrologie et les techniques de pensée positive seront d'une grande aide pour ces personnes, en les aidant à canaliser ce flux incessant de pensées...

Les activités expressives, artistiques sont également bénéfiques en donnant aux jeunes l'occasion d'exprimer leurs émotions et leur monde interne d'une manière symbolique, ce qui constitue une première étape pour identifier, puis réguler les émotions et sentiments douloureux. L'impact de la créativité sur l'estime de soi et la confiance en soi a été démontré par de nombreuses études. Le recours à un média (artistique...) pour exprimer ses émotions intimes aidera aussi les jeunes, si sensibles et si vulnérables au regard d'autrui.

9. Jeu pathologique, addictif, ou "ludopathie"

Un regard social ou médical ?

Avant toute chose, rappelons que le jeu est une pratique ancestrale et culturelle positive : pensons aux jeux d'enfants, aux jeux rituels, aux jeux de sociétés, aux jeux sportifs et d'équipe, aux jeux éducatifs... Le jeu appartient au règne vivant : beaucoup d'animaux (notamment les mammifères) jouent. Jouer est une possibilité d'être, de vivre avec d'autres. Le jeu fait partie de notre vie

Les jeux d'argent, en revanche, ont de tout temps été condamnés par les religions, et considéré comme un "pêché" puis comme un "vice", avant de devenir légal avec en France par exemple, la "Loterie Royale " créée au XVIII^e siècle pour renflouer les caisses de l'état, et lointaine ancêtre de la Loterie Nationale actuelle.

Mais là encore, le jeu de hasard et d'argent n'est pas pathologique en lui-même.

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 23

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

Selon des recherches récentes, (*Jeux de hasard et d'argent - Contexte et addictions*, INSERM) le jeu en lui-même ne rend pas dépendant; la dépendance au jeu est elle-même sous l'influence d'autres facteurs: elle ne se développerait que chez les personnes dont la réactivité est modifiée par des substances toxiques ou par un mal-être psychique): ainsi pour accompagner ces personnes, il faut se préoccuper d'abord des troubles psychiques sous-jacents et non du jeu en lui-même (*Faut-il interdire les écrans aux enfants*, Serge Tisseron, Bernard Stiegler, éditions Mordicus 2009). Mais on peut dire la même chose de toutes les addictions: il y a toujours un mal-être psychique dont l'addiction n'est que le symptôme.

On peut considérer qu'il y a un continuum entre le jeu normal et le jeu compulsif ou "pathologique". C'est le jeu de hasard et d'argent excessif qui pose problème, aux individus et à leur famille... tout en générant des bénéfices colossaux aux entreprises de jeux et aux Etats.

"Considérer le jeu comme une pathologie individuelle plutôt que comme un problème social, permet à l'État de se désengager d'une partie de ses responsabilités, tout en restant le principal maître d'œuvre des casinos, loteries et paris hippiques". (*Jeux de hasard et d'argent - Contexte et addictions*, INSERM)

On peut même penser que la médicalisation du jeu excessif transformé en "pathologie" (puisqu'il entre dans le DSM IV, voir ci-dessous) sert les enjeux du business et des états : de manière contradictoire, la responsabilité de la pathologie incombe alors à l'individu "irresponsable" (et pathologique) et non plus à l'industrie du jeu ou à l'état.

« La perception sociale du jeu excessif comme pathologie se retrouve au niveau du nombre de publications consacrées à cet aspect. En 2000, Castellani a analysé la nature des articles publiés par le *Journal of Gambling Studies* sur une période de 13 ans. Sur 204 articles recensés, 76 % concernaient les aspects pathologiques du jeu, les facteurs neurologiques, cognitifs, physiologiques, psychologiques..., 8 % traitaient des facteurs politiques, 7 % des facteurs démographiques, 5 % des aspects sociologiques, 3 % des conséquences sociales ». (*Jeux de hasard et d'argent - Contexte et addictions*, INSERM)

Seulement 5% les aspects sociologiques et 3% les conséquences sociales !!!

« Pour Brenner et Brenner (1993), le *gambling* entraînerait plus de problèmes sociaux chez les populations les plus pauvres car le pourcentage des dépenses ludiques y est plus important, même quand les sommes consacrées au jeu sont plus réduites ». (Inserm) Et leur vulnérabilité économique leur permet moins de faire face à des excès même lorsqu'ils sont occasionnels.

Le jeu est considéré par les joueurs comme un espace de liberté car le temps qu'il nécessite échappe à l'impératif utilitaire, c'est un temps choisi : on ne peut pas attendre d'une personne qu'elle arrête le jeu sans l'ouverture à un autre espace de liberté et de loisirs moins délétère et plus constructif.

"La prise de conscience de l'existence d'une dépendance au jeu est relativement récente. Ce phénomène est principalement décrit en Amérique du Nord.

En réponse à cette expansion des jeux de hasard et d'argent, les « Gamblers anonymes » (Joueurs Anonymes) sont fondés à Los Angeles en 1957, et obtiennent le soutien des instances médicales du pays. L'année 1972 voit la formation officielle du Conseil national du joueur compulsif par les Gamblers Anonymous, avec la collaboration du corps médical, du clergé, d'associations d'avocats ; dès lors

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 24

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

commence la diffusion d'un discours médical sur le jeu excessif qui est inscrit comme maladie psychiatrique en 1980. Selon AJ. Suissa (2003), malgré le nombre impressionnant de recherches sur le gambling, le regard dominant passe principalement par la pathologie, en minorant les facteurs explicatifs de nature politique, historique, culturelle et psychosociale dans la construction d'un tel discours (considérer le jeu excessif comme une pathologie permet de légitimer la dépendance du joueur et d'exonérer l'industrie du jeu de tout blâme et responsabilité puisqu'il s'agit d'un malade). Pour certains, les théories dominantes s'appuient sur une « pathologisation » du jeu excessif avec comme valeur centrale grandissante, l'individualisme. Or, les facteurs sociaux et familiaux jouent ici un rôle décisif. L'État se désengage d'une part de ses responsabilités dans la mesure où il présente ce problème social complexe comme relevant plus d'une défaillance individuelle que collective, alors qu'il est le principal maître d'œuvre des casinos et des divers espaces de jeu ». *Jeux de hasard et d'argent - Contexte et addictions*, INSERM p.12

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000697/0000.pdf>

Comme mentionné au sujet du jeu à l'adolescence, pour Serge Tisseron dans "*Faut-il interdire les écrans aux enfants*", (éditions Mordicus 2009), "les circuits cérébraux qui permettent le contrôle des impulsions ne s'établissent qu'entre la fin de l'adolescence, et le début de l'âge adulte (20-25 ans) : cette maturation se produit sous l'effet de nombreux facteurs, génétiques et environnementaux, mais il est impossible de prévoir chez un jeune à quel âge ces circuits cérébraux vont se mettre en place"; ainsi, selon Serge Tisseron, « le mot "addiction" qui désigne la pathologie d'un adulte qui a perdu le contrôle de ses impulsions, ne peut donc pas s'appliquer à des adolescents qui ne l'ont pas encore acquis. C'est comme si on disait d'un bébé d'un an qui ne marche pas encore qu'il est "paralysé"! ».

Ceci étant, le temps passé à jouer peut être excessif surtout si c'est au détriment de la vie affective et des activités sociales et scolaires. Pour certains adolescents, les jeux en réseau seront un facteur de socialisation, pour d'autres, une fuite, un retrait. Dans ce cas, le jeu n'est pas la cause mais le signe d'un mal-être psychique qu'il faut prendre en compte.

Pour ce qui est des jeux vidéos ou internet, ils ont souvent des règles très précises dont il faut suivre la logique pour "progresser" dans le jeu et gagner des "récompenses": ainsi on peut se poser la question suivante :

"Dans quelle mesure ce qui est stigmatisé comme une perte de contrôle individuel (l'addiction), n'est-il pas dans le même temps une recherche de contrôle individuel dans un monde qui échappe de plus en plus aux régulations sociales habituelles ? « Plus la vie quotidienne exige des individus de contenir leurs sentiments et l'expression corporelle, et plus les jeux prennent une part importante dans la quête d'émotions fortes. (Gebauer et Wulf, 2004)". *Jeux de hasard et d'argent – Contextes et addictions* INSERM (p.114).

Quand on voit aussi la logique motivationnelle sous-jacente de ces jeux on peut aussi se demander dans quelle mesure ce qui est stigmatisé comme une perte de contrôle individuel ("l'addiction") n'est pas plutôt une recherche de contrôle **social ou commercial** :

de ce point de vue, un certain célèbre jeu en réseau sur internet, "est une expérimentation sur la psychologie de la motivation et sur les facteurs de plaisir (Duchenaut et coll., 2006). Ainsi, au-delà de l'addiction en tant que telle, ce qui nous paraît pertinent et urgent à interroger, c'est le rôle et la place de l'industrie du loisir et des nouvelles technologies, ainsi que l'usage qui est fait des travaux en sciences humaines et sociales, travaux qui fournissent les modèles permettant de créer des mondes sociaux (économie, anthropologie, sociologie) et les modèles behavioristes de comportement". *Jeux de hasard et d'argent – Contextes et addictions* INSERM (p.113).

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 25

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

Critères DSM-IV-TR du jeu pathologique

Comportement persistant et inadapté de jeu indiqué par 5 (ou plus) des critères suivants :

1. Préoccupation par le jeu
2. Nécessité de sommes d'argent croissantes pour atteindre l'excitation
3. Efforts infructueux pour arrêter-contrôler
4. Agitation, irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt (sevrage)
5. Comportement réalisé pour échapper aux difficultés ou soulager une humeur dysthymique¹⁵
6. Mensonges
7. Actes illégaux
8. Mise en danger d'une relation affective importante, d'un emploi...

Une chose est sûre : les joueurs compulsifs ont besoin d'aide. Sur le plan financier, 96.6% des familles de joueurs sont endettées. Sur le plan familial, 15% des divorces ou des séparations sont causées par le jeu. (Etude CREDOC citées par Lowenstein *Ces dépendances qui nous gouvernent : Comment s'en libérer ?*)

Les co-addictions sont fréquentes : alcool et cocaïne concernent 20% des joueurs, et l'abus chronique de tabac 80% des joueurs compulsifs. Les complications psychiatriques existent (dépression, usage de produits dopants pour "tenir le coup"...) bien qu'on ne peut en attribuer la cause directement au jeu. Ceci étant, "on ne doit pas oublier que dans les champs du jeu et de l'alcoolodépendance, des milliers d'individus s'en sortent sans traitement". (*Jeux de hasard et d'argent - Contexte et addictions*, INSERM p.38)

Avec la diffusion d'internet, l'accès aux jeux rentrent dans les foyers (occidentaux), dans les cybercafés des bidonvilles... Le jeu compulsif n'est pas près de disparaître... en prenant la forme d'une "cyberdépendance". Mais en soi, ni le net, ni les jeux vidéos ne créent de comportements pathologiques: ils servent de terrain d'expression pour des personnes en souffrance, ou souffrant de pathologies déjà existantes: les personnes souffrant de solitude, de dépression, les personnes traversant des périodes de ruptures (chômage, deuil; divorce...).

En guise de conclusion, une interrogation : à qui profite le crime ?

A qui profite le crime ? Certainement pas à « l'addict » qui y laisse sa liberté, sa santé et son argent...

De même que pour le jeu, pour tous les produits addictifs, on peut questionner la responsabilité des états (qui gèrent les loteries nationales et empochent les gains), la responsabilité sociales des entreprises qui créent et/ou vendent ces produits (on sait bien que les additifs des cigarettes sont ajoutés au tabac précisément pour augmenter la dépendance) y compris les médicaments psychotropes — les anxiolytiques et les somnifères génèrent des dépendances —, comme celles de toutes les entreprises légales et maffieuses qui produisent et

¹⁵ La dysthymie est un type de dépression moyenne. Elle est considérée comme une dépression chronique, mais moins sévère qu'une dépression clinique.

vendent des substances addictives et les gouvernements qui régulent, autorisent, tolèrent ou ferment les yeux, et *in fine* profitent de toutes ces "drogues" licites et illicites : tabac, alcool, médicaments psychotropes, drogues illégales... malgré les coûts sanitaires et sociaux induits. Pour autant, la prohibition n'est pas une solution, car elle ne fait qu'augmenter la criminalité.

Et que dire de la société de consommation, qui n'a d'autre vision à proposer que celle d'un monde écologiquement non-viable, peuplé d'acheteurs compulsifs... (et surendettés...).

Une éducation sans violence, une politique de développement et de protection de la petite enfance (soutien à la parentalité, accès à la santé, au logement, et à des modes de gardes abordables et de qualité...), une école publique respectueuse et non discriminante, valorisant les élèves sur leurs apprentissages (et non pas uniquement en sanctionnant les erreurs...), une société plus égalitaire et moins violente, où la réussite *humaine* ne se mesure pas exclusivement à la capacité d'acquisition matérielle... seraient de meilleures pistes de prévention.

Anne Carpentier, psychopraticienne, version complétée le 14.11.11/18.7.12

Sources et bibliographie:

Ces dépendances qui nous gouvernent : Comment s'en libérer ? William Lowenstein - Poche - 2007

L'économie psychique de l'addiction Joyce Mac Dougall Revue Française de Psychanalyse Vol. 68 2004/2 - En ligne sur CAIRN et dans *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, McDougall Joyce, Marinov Vladimir, Brelet-Foulard Françoise... PUF, Coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2001

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=RFP&ID_NUMPUBLIE=RFP_682&ID_ARTICLE=RFP_682_0511

Les addictions répondent-elles toutes à la même souffrance ? Daniel Settelen, Gérontologie et société 2003/2 - n° 105) En ligne sur CAIRN

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=GS&ID_NUMPUBLIE=GS_105&ID_ARTICLE=GS_105_0011

Allan Shore <http://www.allanshore.com/pdf/SchoreIMHJTrauma01.pdf>

Séminaire sur Les addictions - Pierre Coret, Savoir Psy 2009

Faut-il interdire les écrans aux enfants, Serge Tisseron, Bernard Stiegler, éditions Mordicus 2009

Au sujet du jeu Voir aussi les notes de lecture (accès restreint) sur "*L'argent dans le couple et la famille*", Marie-Claude François-Laugier, Petite bibliothèque Payot 2001 réédition 2007

http://www.interaide.org/pratiques/pages/forum/argent_notes_de_lectures_anne_c.htm#jeu

et pour (beaucoup) plus d'info, le rapport de l'INSERM sur les *Jeux de hasard et d'argent - Contexte et addictions*, INSERM, 2008 (468 pages!)

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000697/0000.pdf>

Sur l'anorexie et la boulimie, on peut lire notamment, "*Anorexie Boulimie, les paradoxes de l'adolescence*", Philippe Jeamnet, Hachette Littérature;

WHO Guide to Mental Health in Primary Care: Substance misuse in young people

http://www.mentalneurologicalprimarycare.org/content_show.asp?c=16&fid=1251&fc=011060

WHO Guide to Mental Health in Primary Care

http://www.mentalneurologicalprimarycare.org/content_show.asp?c=16&fid=965&fc=005070

Juillet 2010 – revue novembre 2011 - 27

Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care "This manual is written to help primary health care workers - physicians, nurses, community health workers, and others - to deal with persons whose alcohol consumption has become hazardous or harmful to their health". Téléchargeable en anglais et en espagnol sur le site de l'OMS http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf

"The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition)" This manual introduces the AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test, and describes how to use it to identify persons with hazardous and harmful patterns of alcohol consumption". En anglais et en espagnol sur le site de l'OMS http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf (version anglaise)

Sur la co-dépendance : <http://www.psy.be/psycho/fr/maetre/dependance-et-co-dependance.htm>

Annexe 1 : Critères de la dépendance selon l'OMS

Selon la Classification internationale des maladies dans sa dixième version (CIM-10) créée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1992 :

Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;
- syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets ;
- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Annexe 2 Test A.U.D.I.T. (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Interprétation du score AUDIT : ➔ Total compris de 6 à 12 pour une femme et 7 à 12 pour un homme : consommation à problème (à risque ou excessive) ➔ A partir de 13 (homme ou femme) : probable dépendance.

A. U. D. I. T. (Alcohol Use Disorders Identification Test)

(Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas les dernières semaines) Une boisson standard = 10 g d'alcool pur

1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

Jamais	0	Une fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4
--------	---	----------------------------	---	---------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---

2/ Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?

Une ou deux	0	Trois ou quatre	1	Cinq ou six	2	Sept à neuf	3	Dix ou plus	4
-------------	---	-----------------	---	-------------	---	-------------	---	-------------	---

3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

4/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

5/ Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

6/ Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

7/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

8/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

9/ Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Non	0	Oui, mais dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-------------------------------	---	-----------------------------------	---

10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Non	0	Oui, mais dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-------------------------------	---	-----------------------------------	---