

entretien entretien

Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?

Un entretien avec le Pr Jean-Luc Vénisse*
Propos recueillis par Didier Touzeau et
Patricia Depostis

Prévenir l'installation dans des conduites d'addiction implique de penser des actions de prévention primaire des comportements à risques. À quelques semaines du 5^e congrès de l'Association Addictions : formation, prévention, recherche du CHU de Nantes, qui se tiendra cette année à la Baule, le Pr J.L. Vénisse nous en donne quelques grandes lignes.

Le congrès

Le Courrier : Le prochain congrès est organisé par l'Association Addictions prévention, formation, recherche à La Baule (15-16 mars 2001) : quelle est l'histoire, le but, le bilan et les perspectives de cette association ?

Jean-Luc Vénisse : La création de l'Association Addictions : prévention, formation, recherche est liée à l'ouverture de l'unité et à

l'organisation du premier congrès en 1990, intitulé *Les nouvelles addictions*. Depuis 10 ans, elle a été le support d'actions diverses débordant le cadre strict du soin, notamment dans les champs de la formation et de la prévention, actions considérées jusqu'à très récemment comme "hors champs" au niveau hospitalier. Elle participe également au financement d'un appartement dit "de transition" pour des patients suivis à l'unité.

Jean-Luc Vénisse est professeur de psychiatrie au CHRU de Nantes. Il est à l'heure actuelle un des spécialistes les plus reconnus des troubles des conduites alimentaires, pathologies sur lesquelles il travaille depuis plus de 25 ans maintenant.

Ouvrages de Jean-Luc Vénisse sur l'anorexie, la boulimie et les addictions : *L'anorexie mentale*. Paris : Puf, 1983. *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson, 1990.

• Bailly D, Vénisse JL. *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson, 1994.

• Vénisse JL, Renaud M, Rousseau M. *Conduites de dépendance*. Paris : ESF, 1995.

• Vénisse JL, Bailly D. *Addictions : quels soins ?* Paris : Masson, 1997.

• Bailly D, Vénisse JL. *Addictions et psychiatrie*. Paris : Masson, 1999.



Le Courrier : Ce congrès a pris pour thèmes : "Conduites addictives, conduites à risques, quels liens, quelle prévention ?" Quels ont été les grands moments et thèmes marquants de ces congrès depuis que vous les avez initiés ?

J.L.V. : Le congrès des 15 et 16 mars 2001, sur le thème *Conduites addictives, conduites à risques, quels liens, quelle prévention ?* est le cinquième d'une série commencée en 1990 et le troisième organisé directement par notre équipe nantaise. Ces congrès représentent à chaque fois un défi en termes d'organisation et, dans le même temps, ils sont un moment privilégié d'investissement collectif un peu décalé du quotidien. Ils nous donnent également l'occasion de rapprochement avec nos partenaires des centres de soins spécialisés en alcoologie et en toxicomanie de l'agglomération, membres de l'association. En 1990, le terme d'addictions paraissait comme tout à fait barbare à beaucoup. Il a acquis une légitimité au cours des dernières années. Après le **centre d'informations et de traitement des dépendances du CHU de Lille**, dirigé par **D. Bailly et Ph.-J. Parquet**, l'unité spécialisée de **M. Reynaud** au CHU de Clermont-Ferrand nous rejoint cette année pour tout ce qui concerne l'organisation, ce qui est un gage d'ouverture et de diversité. Quant au thème de 2001, nous mesurons qu'il n'est pas forcément facile, la prévention primaire restant en France peu prise en compte, peu structurée et a fortiori mal évaluée. Notre souhait, à partir d'un tel thème, est d'élargir le public habituellement mobilisé par nos congrès, notamment en direction des intervenants des champs socio-éducatifs et institutionnels.

Une unité pionnière en addictologie

Le Courrier : Vous avez été un pionnier en matière d'addictologie, puisque, dès 1983-1984, vous aviez posé les bases de la fondation de votre unité d'addictologie ouverte en 1990 : comment fonctionne-t-elle ?

J.L.V. : Il est vrai que ce projet d'une unité spécialisée dans la prise en charge des jeunes patients souffrant de conduites addictives diverses date des années 1983-1984, époque à laquelle j'avais mesuré, à partir d'une étude clinique consacrée au devenir de l'anorexie mentale, à la fois la place des conduites boulimiques dans l'évolution de beaucoup de ces patientes (considérées comme guéries) et la fréquence de l'association à d'autres conduites pathologiques de dépendance. Résumer en quelques mots le fonctionnement de cette unité spécialisée n'est pas évident, d'autant qu'il a bien sûr évolué au fil des années. Un de ses principes fondateurs est de proposer une gamme étendue de modalités et de soins, de niveau d'étayage et de "contenance", susceptibles de trouver leur place et leur sens au sein d'un projet d'accompagnement personnalisé et évolutif, au long cours, souvent sur plusieurs années ; l'hospitalisation à plein temps ne représente à ce titre qu'une éventualité parmi beaucoup d'autres et pour un temps limité sur des objectifs précis. Les soins ambulatoires intensifs, ou soins séquentiels, sont de ce fait le pivot du cadre thérapeutique prenant la forme, en fonction de l'évaluation et des indications posées, de suivis individuels conjoints par médecin ou psychologue et infirmier référents, auxquels



peuvent s'adjoindre différents groupes thérapeutiques, parfois dans le cadre d'une hospitalisation de jour à raison d'une ou deux journées par semaine. **Cet étayage institutionnel** cherche toujours à faire la place, dès que possible, à un espace psychothérapeutique individuel complémentaire auprès d'un psychothérapeute extérieur à l'institution. Il s'appuie également sur le rôle du médecin traitant vis-à-vis du suivi somatique régulier, en collaboration étroite. Les groupes thérapeutiques, nombreux et diversifiés, sont pour les uns à dominante **groupe de paroles ou d'expression** (atelier dessin, peinture, modelage, atelier théâtre, écriture, etc.), pour les autres centrés sur le **corps, la détente** (relaxation, atelier voix, balnéothérapie, etc.), ou encore sur les **relations interpersonnelles** (groupe d'entraînement à l'affirmation de soi, groupe de psychodrame). Quelques-uns sont plus spécifiques à certaines addictions (atelier repas, pour les troubles des conduites alimentaires, aikido pour les toxicomanes, groupe de sevrage spécifique pour les fumeurs...). Plusieurs groupes de parents se réunissent régulièrement et le travail avec les familles ne cesse de s'intensifier.

Oubliées : les addictions sans drogue

Le Courrier : *Vous avez été heureux du nouveau cours de la politique française et du plan triennal ? Comment voyez-vous son développement à la lumière de votre expérience ? Unités hospitalières comme la vôtre, prise en charge par des réseaux ville-hôpital... ?*

J.L.V. : Je suis particulièrement heureux effectivement de l'im-

pulsion décisive donnée par la MILDT, en la personne de Madame Maestracci, à cette vision plus unitaire des conduites pathologiques de dépendance que je défends depuis 15 ans. Je regrette néanmoins un peu que les addictions sans drogue soient actuellement les grandes oubliées du dispositif officiel. Je suis convaincu qu'une place devra leur être faite rapidement et je pense, en disant cela, aux **conduites boulimiques** aussi bien qu'aux **conduites de jeu pathologiques** dont on ne parle pas assez dans notre pays, alors qu'elles mettent en danger un nombre non négligeable de nos concitoyens. Pour autant je suis loin de penser que le modèle d'unités hospitalières spécialisées, à l'image de l'unité nantaise, soit la panacée et transposable un peu partout. Je crois au contraire à la nécessité de dispositifs multiples et diversifiés tenant compte des réalités et histoires locales. Par ailleurs, l'hôpital public a eu suffisamment de mal (ou de réticences) à reprendre à son compte, pendant des années, le soin en addictologie pour que le dispositif général en alcoologie et toxicomanie ait dû se construire dans le champ associatif. Ces **structures associatives** (dispensaires, centres spécialisés, etc.) ont fait et font un travail considérable. Elles doivent dans certains cas évoluer et s'adapter aux nouvelles réalités. Mais, elles ont toutes leur place dans un dispositif qui doit, de mon point de vue, associer (notamment dans le cadre de réseaux formalisés), différents types de structure ayant des niveaux et des seuils d'accès et d'exigence différents et complémentaires si on envisage ces problèmes d'un point de vue diachronique, c'est-à-dire en termes de parcours de soin au long cours. En tout état de cause, la notion d'unité hospitalière spécialisée

doit prendre en compte, de façon prioritaire, la référence à la tranche d'âge des patients considérés, il me semble que le regroupement interaddictif trouve ses justifications les plus importantes à propos des patients les plus jeunes qui associent volontiers plusieurs conduites pathologiques de dépendance. C'est sur cette base que s'est fondé notre projet. D'ailleurs, l'unité nantaise accueille des patients âgés de 16 à 30 ans.

La notion d'addiction : de l'expérience à la répétition

Le Courrier : *Quels liens existe-t-il effectivement entre conduites addictives et conduites à risques, puis-je tel est le thème du prochain congrès de La Baule ?*

J.L.V. : Sans doute peut-on considérer les conduites addictives comme des conduites à risques qui se sont progressivement organisées de sorte que celui qui s'adonne à de telles pratiques le fasse au prix d'y aliéner une partie importante de sa liberté d'être et de vivre. S'il est évident que la notion de risque fait partie intégrante de l'existence humaine, garante et rançon de ses enjeux de liberté, on peut aussi constater qu'un certain nombre de conduites à risques perdent bientôt toute fonction d'ouverture, d'exploration de quelque chose de nouveau et de vivant pour s'enliser dans une répétition mortifère à l'identique. Les articulations entre conduites à risques et conduites addictives méritent certainement d'être explorées de façon plus approfondie et transdisciplinaire. C'est le cas actuellement pour ce qui concerne les conduites de consommation, avec l'idée que certains usages à risque – que

ce risque soit lié à certaines situations particulières, certaines modalités de consommation ou encore bien sûr certaines quantités consommées – peuvent être intéressantes à repérer comme une étape intermédiaire entre l'usage simple et l'usage nocif, tels que le définissent les classifications les plus utilisées actuellement.

Le Courrier : *Ce lien situe spécifiquement la problématique des conduites addictives au cœur de la "crise de l'adolescence". Comment identifier et faire la distinction, à cet âge, entre risques "initiatiques", expériences structurantes, et conduites d'auto-sabotage ? En d'autres termes entre usage "simple" d'expériences corporelles diverses et "usage nocif" pour reprendre les définitions actuelles ?*

J.L.V. : Les adolescents sont effectivement ceux qui vont tout particulièrement nous interroger quant aux limites, entre prises de risque à visée initiatique et structurante et prises de risque amenant à des conduites d'autosabotage de plus en plus dommageables. Les facteurs d'évaluation ne peuvent, de mon point de vue, qu'être multiples et les plus globaux possibles, c'est-à-dire intégrant certaines caractéristiques de la conduite elle-même (notamment sa répétition à l'identique, sa précocité sur laquelle on insiste beaucoup, ou encore sa fonction apparente, en particulier autothérapeutique), mais aussi les éventuels comportements problématiques ou troubles divers associés (voir à ce sujet notamment les travaux de **Marie Choquet**). Les notions de perte d'investissements auparavant prioritaires (activités de loisirs et sportives notamment), d'éloignement relationnel avec repli croissant (soli-

entretien entretien

taire ou dans des groupes très marginalisés), a fortiori de rejet du corps sexué sur un mode quasi-persécutoire, sont aussi des éléments cliniques déterminants ; et il ne faut sans doute pas oublier non plus l'évaluation des capacités de l'entourage, notamment familial, à se situer, trouver la possibilité d'éviter aussi bien la dramatisation que la banalisation, "survivre" comme disait Winnicott.

Quand la problématique du lien prend le pas sur celle du conflit

Le Courrier : *Pourquoi les adolescents et les jeunes adultes sont-ils particulièrement "à risques" de s'adonner à des conduites à risques et addictives ?*

J.L.V. : Parmi les nombreux facteurs psychologiques et socioculturels qui peuvent contribuer à ce que les adolescents aient aujourd'hui tout particulièrement tendance à s'engager dans ces conduites à risques et addictives, on cite volontiers les facteurs qui contribuent à compliquer le travail de séparation-individuation propre à cette période de l'adolescence, en particulier l'allongement paradoxal de cette période de la vie dans le cadre d'une société qui prône sans cesse une autonomie plus précoce ; la perte des repères et consensus éducatifs dans des familles où la différenciation des générations tend à s'estomper. Au total, des évolutions qui contribuent à ce qu'une problématique du lien vienne petit à petit se substituer à la problématique du conflit qui jadis caractérisait les enjeux relationnels, avec de fait un accroissement des exigences narcissiques dans le cadre de la nécessaire séparation-individuation.

Le Courrier : *Que joue l'adolescent en "s'adonnant" à telle substance, à telle conduite ? L'évitement du manque ? Vous avez parlé dans plusieurs publications, d'actes d'incorporation : pouvez-vous en préciser le "fonctionnement" ?*

J.L.V. : C'est dans ce contexte qu'on peut comprendre que certains adolescents, particulièrement fragiles sur le plan narcissique, sont écartelés entre leur revendication d'autonomie et leur besoin de dépendance et ne trouvent que la voie de la mise en acte au niveau du corps, pour soulager une tension et un malaise interne, qui ne parvient pas à s'élaborer au niveau psychique. C'est pourquoi on utilise souvent le terme de pratiques d'incorporation, reprenant là cette idée avancée par **Ferenczi** en 1909, et réemployée notamment par **N. Abraham** et **M. Torok**, selon laquelle les fantasmes d'incorporation viennent en lieu et place du processus d'introjection quand celui-ci est entravé dans son déroulement. Dans cette mesure, on peut dire que l'incorporation témoigne du refus du deuil et de l'impossible élaboration de la perte et tient une fonction conservatrice. Il faut ajouter qu'en matière de conduites addictives, l'incorporation ne se situe plus seulement au niveau du fantasme mais d'une mise en acte qu'on peut considérer, à la suite des travaux de **J. Mc Dougall**, comme une tentative paradoxale de survie psychique dans le cadre d'un vécu d'emprise mentale insupportable vis-à-vis de ceux dont l'adolescence se sent le plus dépendant.

La notion de perte de contrôle

Le Courrier : *Il est temps de définir ces conduites addic-*

tives : comment ? Par la définition du DSM IV, ou lui ajoutez-vous d'autres notions ? Quelles conduites incluez-vous : alcool-dépendance, tabagisme, toxicomanie, jeu pathologique, achats, dettes, sexe compulsifs, anorexie-boulimie, toxicomanie, tentatives de suicide à répétition, manie de l'Internet, recherche d'une emprise à une secte... ?

J.L.V. : Pour ce qui concerne maintenant les questions de définition et limite du concept, j'ai tendance à penser qu'il est difficile de considérer ce concept comme une catégorie diagnostique à part entière, au sens de la nosographie classique et qu'il s'agit plutôt d'un concept un peu exploratoire, transnosographique et transstructural d'un point de vue psychopathologique. À partir de là, les critères ne me paraissent pas univoques. Ceux, établis par **Goodman** en 1990, restent une référence importante ; ils définissent opératoirement l'addiction comme un processus par lequel un comportement, susceptible de permettre à la fois la production d'un plaisir et le soulagement d'une sensation de malaise, s'organise d'une manière qui inclut la notion de perte de contrôle et la poursuite de ce comportement malgré la connaissance de ces conséquences négatives. Par ailleurs, ils donnent une place de choix à la réalité du handicap quant au fonctionnement global du sujet, témoignant de l'envahissement de l'ensemble de sa vie, tout en intégrant également la notion de tolérance et de signe de sevrage, longtemps réservée aux conduites de consommation.

Le Courrier : *Où s'arrêter dans "l'inclusion" de conduites addictives afin d'éviter la dilution dans un fourre-tout, et donc l'inefficacité thérapeutique ?*

J.L.V. : C'est sans doute cette notion de handicap qui peut le plus utilement permettre le repérage de ce qui, dans ces conduites, prend une dimension pathologique, dès lors que l'idée d'un continuum entre normal et pathologique est admise, et que plus que la nature de la conduite elle-même, c'est la relation que le sujet entretient avec cette conduite qui vient spécifier sa dimension possiblement addictive.

Le Courrier : *Quelle est la "productivité" du concept d'addiction dans l'approche et la prise en charge de ces diverses conduites ?*

J.L.V. : L'importance du concept d'addiction dans l'approche et la prise en charge thérapeutique de ces diverses conduites me paraît indiscutable. Permettant un décalage du produit et du comportement concerné vers la problématique de dépendance sous-jacente, il nous a déjà permis d'être beaucoup plus sensibles à l'association de ces conduites que les plus jeunes des patients nous ont obligés à prendre en compte. Centré sur la relation qu'un individu entretient avec un comportement (avec ou sans produit), le concept a indiscutablement contribué à une analyse plus fine de cette relation, à distance des positions manichéennes antérieures, permettant notamment de différencier les notions d'usage simple, d'usage à risque, d'usage nocif et de dépendance. Soutenant des possibilités de dépistage et de prévention précoces chez les adolescents, il incite également à un certain recadrage des objectifs thérapeutiques prenant en compte la question de la séparation-individuation. Il devrait, à ce titre, contribuer au développement des approches familiales dans notre pays.



Le Courrier : *Mettre sans cesse sa mort, donc sa vie, en jeu dans l'une ou l'autre, ou plusieurs, de ces conduites, est-ce là ce qui définit les conduites ordaliques ?*

J.L.V. : La dimension ordalique d'un certain nombre de ces conduites, avancée par **A. Charles-Nicolas** et **M. Valleur**, donne à mon sens un éclairage supplémentaire sur la fonction possible de ces conduites. Elle donne des ouvertures psychopathologiques au-delà des notions de défi et de transgression de l'interdit souvent avancées en spécifiant que le besoin de démarcation peut aller jusqu'à cette exigence de vérifier son existence dans la proximité de la mort, et à travers cette épreuve de s'en remettre au jugement de Dieu dans une sorte de recherche de paternité divine comme l'a proposé **J.-L. Pedinielli** qui est aussi un déni de la filiation instituée.

Valeur de défense contre la dépression

Le Courrier : *La conduite addictive est-elle un équivalent dépressif, ou au contraire une défense contre la dépression ? La réponse à une blesure narcissique ?*

J.L.V. : Les articulations entre conduite addictive et dépression font toujours l'objet de nombreux travaux. On sait combien ces parcours addictifs sont souvent émaillés d'épisodes dépressifs plus ou moins graves. On sait également que la fragilité narcissique régulièrement invoquée au niveau psychopathologique comporte bien évidemment une dimension dépressive. Cette dépressivité correspond, de mon point de vue, à une dépression narcissique, sans objet, que ces sujets cherchent inlassablement à éviter dans la mesure où elle les

confronte à un vide narcissique effrayant. C'est dans cette mesure que la conduite addictive a, de mon point de vue, plutôt valeur de défense contre la dépression que d'équivalent dépressif. On peut parler d'évitement de la confrontation à la position dépressive dans une perspective plus psychogénétique.

Le Courrier : *Vous l'avez expliqué : la place du corps est centrale en matière de conduites addictives : qu'est-ce qui différencie ces "mises en scène" corporelles de la "nébuleuse" des manifestations psychosomatiques, des symptômes hystériques, etc. ?*

J.L.V. : On peut sans doute considérer que la mise en acte addictive se situe, dans son inscription corporelle, mais également avec une dimension de comportementalisation, entre d'autres mises en scène corporelles, "entre le non-sens psychosomatique et le signifiant hystérique", selon la formule de **M.-C. Célérier**. Dans le même temps, on peut considérer que ces pratiques d'incorporation se situent aussi entre l'inscription lésionnelle psychosomatique et l'extériorisation psychopathique dans laquelle la recherche d'un contenant ne se limite pas au contenant corporel (tentative de réinvestissement des limites du corps propre), mais se déploie dans le milieu extérieur.

Les overlaps ou addictions croisées

Le Courrier : *Cela signifie-t-il que les problématiques narcissiques, les états-limites, les pathologies du lien prennent le pas aujourd'hui sur les pathologies névrotique et psychotique "classiques" ? Existe-t-il des risques croisés*

À la Baule, le 15 et 16 mars 2001 : congrès "Conduites addictives, conduites à risques : quels liens ? Quelle prévention ?" Renseignements : Association Addictions : formation, prévention, recherche, CHU, hôpital Saint-Jacques, SHUPPM, 44093 Nantes.
Tél. : 02 40 84 63 97 – Fax : 02 40 84 64 09.
www.chu-nantes.fr (Actualités, communiqués de presse).
E-mail : addictions.congres@online.fr



prouvés d'addiction au jeu, aux conduites alimentaires perturbées, à la toxicomanie... ? Sur le plan épidémiologique, les corrélations sont significatives, mais sur le plan clinique comment "débusquez-vous" ces addictions croisées dans votre pratique ?

J.L.V. : Il existe effectivement des risques croisés d'addictions à différents comportements et différents produits, ces associations précisant pour un certain nombre de cliniciens un groupe spécifique de patients, poly-addictifs. En clinique quotidienne, cela est de constatation très importante de faire un inventaire assez complet de ces différentes conduites lors de l'évaluation initiale, et d'avoir une vigilance sur l'éventuel relai d'une conduite par une autre lors de l'évolution. La clinique nous amène à remarquer un certain nombre d'associations préférentielles : par exemple, entre les conduites boulimiques et les dépendances alcooliques ou médicamenteuses, essentiellement chez les femmes bien sûr, également entre le jeu pathologique et les conduites d'alcoolisation, plutôt chez les hommes cette fois. En réalité, ces associations sont de plus en plus couramment constatées, et encore plus a fortiori si on prend en compte le tabagisme. C'est pourquoi il n'est plus possible, de mon point de vue, de s'en tenir à la

prise en compte d'une seule de ces conduites dans l'accompagnement nécessairement prolongé de tous ces patients.

Le Courrier : *Quelles sont les comorbidités les plus fréquentes en dehors de ces conduites addictives ?*

J.L.V. : Si on envisage maintenant les comorbidités en dehors de ces conduites addictives, il faut évoquer, d'une part, la pathologie anxieuse et dépressive mais, à mon sens, en portant une grande attention à différencier ce qui peut être considéré comme un état dépressif, au sens de la nosographie classique, et ce qui fait partie au contraire de la dépressivité propre à ces problématiques narcissiques, au titre d'une dimension partie prenante de la personnalité de ces sujets. En effet, les implications thérapeutiques de cette différenciation sont fondamentales et on sait que les antidépresseurs efficaces dans le premier cas le sont très peu dans le second et plutôt susceptibles de brouiller les cartes. Dans une perspective toujours dimensionnelle, on doit aussi faire une place à l'alexithymie retrouvée chez les patients addictifs dans des proportions très significativement supérieures à celles repérables en population générale et également à la recherche de sensation et de nouveauté qui caractérise apparemment certains types d'addictions, notamment toxicoma-

entretien entretien

niaques. C'est ce que semble montrer les premiers résultats du réseau de recherche clinique de l'INSERM coordonnés par **P. Jamet, M. Flamand et M. Corcos**, recherche à laquelle nous avons participé au cours des dernières années, dans la perspective d'individualiser les dimensions psychologiques communes aux addictions alcooliques, toxicomaniaques et alimentaires.

Le Courrier : *Cette reconnaissance de "prédispositions" à souffrir de telles ou telles addictions, scellerait-elle la fin de l'opposition entre "psy" et neuro-psy, généticiens... ?*

J.L.V. : Ces dimensions psychologiques, plus ou moins spécifiques, traduisent sans doute aussi bien des vulnérabilités que des aménagements défensifs particuliers. Elles s'intègrent dans une conception nécessairement plurifactorielle de ces problèmes, selon laquelle ils traduisent des effets de résonance et de sommation entre des fragilités multiples, à la fois individuelles et collectives, aussi bien dans les registres biologiques et génétiques que psychologiques et socioculturels.

Les troubles des conduites alimentaires, addictions "anciennes" !

Le Courrier : *Quelle est la prévalence actuelle des troubles des conduites alimentaires ? Ont-elles changé de "visages", d'expression, au cours des dernières décennies ?*

J.L.V. : Pour ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, la question de leur augmentation récente suscite pas mal d'interrogations. Il est indiscutable que le nombre de

patients, consultant pour ces problèmes, s'est accru de façon importante au cours des 20 dernières années, ce qui correspond sans doute à la fois à une certaine augmentation de prévalence et aux effets de la médiatisation de ces conduites. D'une certaine manière, on peut dire qu'on a assisté à une sortie de la clandestinité des conduites boulimiques, à l'instar de ce qui s'était passé quelques décennies plutôt pour les conduites d'alcoolisation féminine. En même temps, les descriptions de ce qu'on définit actuellement sous le terme de boulimie sont fort anciennes. En tout cas, la place historique centrale de l'anorexie restrictive se trouve indiscutablement sérieusement ébranlée par l'irruption massive des conduites boulimiques dans la clinique. Cela témoigne que l'exigence absolue de maîtrise et l'idéalisation du renoncement à beaucoup de niveaux qui caractérise cette position anorexique restrictive, ne sont guère tenables durablement. Il y a plusieurs décennies, **Hilde Bruch** en parlait déjà, et **Raymond De Capou**, confesseur de Sainte-Catherine de Sienna, le laissait déjà entrevoir quand il décrivait avec forces détails les orgies boulimiques à laquelle celle-ci s'adonnait périodiquement, et ce, rappelons-le, au XIV^e siècle ! C'est d'ailleurs cette place première de la boulimie (déjà mise en acte ou seulement fantasmée) dans les troubles des conduites alimentaires qui autorise à inclure celle-ci dans les conduites addictives. Bien sûr on peut trouver dans l'anorexie restrictive d'autres parentés, à la fois biologique, du côté de la toxicomanie endogène induite par la conduite de jeûne et par l'hyperactivité, et au niveau clinique justement du côté de cette hyperactivité. Celle-ci en est un des signes

classiques, et à bien des égards une forme exemplaire de "défonce motrice", activisme toxicomaniaque dont les fonctions sont certainement multiples à la fois, bien sûr, du côté de la dépense des calories ingérées, même en très petit nombre, et aussi d'un évitement de la pensée ainsi qu'une recherche de sensations auto-générées et de limites au niveau du contenant musculaire mis en tension (à l'image de ce qu'on a pu décrire dans beaucoup de problématiques autistiques).

Rendre le recours au comportement addictif moins nécessaire

Le Courrier : *Comment prendre en charge une anorexie, une anorexie-boulimie ? La prise en charge en est-elle aussi longue et sujette à rechutes que dans les autres comportements d'addiction à des produits ?*

J.L.V. : De mon point de vue, la question de la prise en charge d'une patiente souffrant de conduites anorexiques boulimiques s'apparente à beaucoup d'égards à celle de tout patient addictif. Si le diagnostic de ces troubles est souvent un peu plus précoce qu'avec d'autres addictions, la prise en charge se conçoit néanmoins en général sur quelques années avec des objectifs à la fois spécifiquement centrés sur les comportements-problèmes et des objectifs beaucoup plus globaux s'adressant au "soubassement" de la conduite et en particulier à la fragilité narcissique ainsi qu'à la question de la séparation-individuation. Comme avec beaucoup d'autres addictions, la question du moment le plus opportun pour réaliser un sevrage de la conduite se pose (ici, il s'agit de la conduite ano-

rexique ou boulimique mais cela peut concerner l'hyperactivité et, bien sûr, certaines conduites d'annulations, notamment le vomissement). Il me semble que plus le travail thérapeutique préalable a permis de construire un certain nombre de garanties (que les problèmes sous-jacents sont ou vont être réellement pris en compte, rendant le retour à la conduite moins nécessaire), plus ce sevrage prendra du sens et pourra être efficace. Cela, bien sûr, n'exclut pas que le patient puisse avoir besoin, à travers quelques rechutes, de vérifier que ce recours reste à portée de mains.

Le Courrier : *Reste-t-on anorexique et/ou boulimique comme les alcooliques restent, selon ce qu'en disent les Alcooliques Anonymes, des alcooliques... guéris ? Pourquoi ? Déficit quasi métabolique ?*

J.L.V. : Comme avec beaucoup d'autres addictions, il est vrai qu'un nombre non négligeable de patientes vont garder une fragilité et des particularités remarquables au niveau de leur alimentation, ce qui, de mon point de vue, tient probablement d'abord à la place vitale que ces conduites ont tenu à un moment donné dans leur économie psychique personnelle, avec de multiples traces de tous ordres, y compris physiopathologiques, que cela peut laisser. Il n'est pas rare d'ailleurs que nous voyions des patientes revenir nous voir à ce sujet au moment où elles sont devenues ou envisagent d'être mères et s'inquiètent, non sans raison, des répercussions de ces habitudes sur leur progéniture, ce qui justifie de mon point de vue un accompagnement adapté.

Le Courrier : *Vous avez dès le début de votre travail,*



mené une collaboration avec le service d'endocrinologie et de gynécologie-obstétrique de Nantes : quelles grandes "leçons" avez-vous tiré de cette expérience ?

J.L.V. : La collaboration avec les services médico-chirurgicaux du CHU à propos des troubles des conduites alimentaires s'est essentiellement concentrée au niveau du service d'endocrinologie-nutrition. Il nous semble que cette articulation est essentielle. Elle se développe actuellement sous l'impulsion du **Pr Krempf** et du **Dr Dupuis**, sous des formes multiples : il s'agit, par exemple, de l'intervention régulière de plusieurs membres de notre équipe soignante auprès de patients hospitalisés dans le service de nutrition pour des conduites anorexiques ou encore des problèmes d'obésité ; également de groupes de discussion de cas entre soignants, ou encore de groupes thérapeutiques d'inspiration cognitivo-comportementa-

le au niveau de l'hôpital de semaine pour obèses. Au titre de ce qu'on appelle psychiatrie de liaison, ces articulations sont à mon sens appelées à se développer de façon importante dans les années à venir. Elles ont l'avantage de garantir, pour ces patients, qui se situent vraiment à l'articulation entre *psyché* et *soma*, que sera pris en compte ce qui est supportable pour eux à un moment donné de leur cheminement (et en particulier l'insupportable d'une confrontation brutale sans préparation à la dimension psychologique de leur trouble), et ce qui leur est nécessaire aussi bien d'un point de vue psychologique que somatique.

Le Courrier : *Quelle est la conséquence de ces conceptions sur les conduites addictives et à risques sur le plan de leurs prises en charge possibles ? Psychothérapies individuelles, thérapies comportementales et cognitives, très "nord-américaines" (traitement*

aversif par l'électricité, par "intention paradoxale", désensibilisation imaginative, restructuration cognitive...), thérapies familiales, de groupe, voire même chimiothérapies... ?

J.L.V. : Pour moi, cela va de pair avec la nécessité, pour la plupart de ces patients enfermés dans des conduites addictives, surtout si celles-ci évoluent depuis de nombreuses années, de conjuguer des approches thérapeutiques de nature et de référence diverses, individuelles, de groupe et familiales, d'inspirations psychanalytiques ou au contraire comportementales et cognitives, et encore biologiques. Toutes ces modalités thérapeutiques peuvent sans doute, à un moment ou à un autre de l'évolution du patient, trouver leur place dans l'approche thérapeutique qui le concerne. Le problème est plutôt de définir à quelle condition de cadre, d'objectif, avec quelle référence globale de la prise en charge et quelle évaluation régulière de l'effet de

celle-ci. En tout cas, c'est dans cet esprit que s'organise notre projet de soins à l'unité des addictions du CHU de Nantes.

Le Courrier : *Quelle est la place des associations d'auto-support ? Comment travaillez-vous avec elles ?*

J.L.V. : Quant à la place des associations d'auto-support, il est indiscutable qu'elle est très importante en pratique, notamment dans le champ de l'alcoolologie et des toxicomanies. Les articulations que nous avons avec ces associations sont actuellement assez informelles et il me semble que nous avons probablement un certain retard en France à ce niveau par rapport aux pays anglo-saxons, retard qui tient d'abord à des facteurs socioculturels. Néanmoins, l'évolution au cours de la dernière décennie me paraît déjà très significative et augurer de la mise en œuvre d'articulations certainement plus structurées à l'avenir. ■

Brièr Brièr es

Les jeunes et l'alcool

Entre 12 et 19 ans, le pourcentage de buveurs d'alcool passe de 4,7 % à 47 % et 31 % des 15-19 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année. La Caisse nationale d'assurance maladie et le Comité français d'éducation pour la santé ont décidé de s'associer pour "interpeller les jeunes" sur les risques liés à leur consommation excessive d'alcool au travers d'une grande campagne d'information "Et vous, avec l'alcool, vous en êtes où ?". Risques directs pour leur santé mais aussi risques d'avoir des rapports sexuels non protégés sous l'effet de l'alcool (MST, VIH, etc.), risques de violences subies et commises.

Le sport intensif et la violence chez les jeunes

Paradoxe : on a toujours prôné la pratique des sports comme dérivative de la violence et des comportements déviants juvéniles et l'INSERM (unité 472) vient de rendre publics, au cours du séminaire européen *Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques*, les résultats d'une étude (Marie Choquet) montrant qu'au contraire celle-ci induisait plus

de violence et plus de consommations de substances psychoactives. Les bienfaits du sport, pratiqué "avec modération", sont indéniables chez les jeunes de 16 à 18 ans, mais pas chez ceux qui en font plus de 8 heures par semaine en extrascolaire. Ainsi, chez les garçons grands sportifs, on trouve 14 % qui consomment des drogues hors cannabis (contre 10 % chez les autres) et, chez les filles, on passe d'un coup de 5 à 15 % chez les sportives intensives ! Les consommations d'alcool sont également nettement plus importantes chez les premiers que chez les seconds. Si 48 % des non-sportifs sont bagarreurs, 63 % le sont chez les sportifs intensifs, proportions qui sont respectivement de 35 et 45 % chez les filles. Toutefois, ceux qui fréquentent un club ont moins souvent des conduites à risques.

Une buprénorphine à libération prolongée

Une société franco-américaine de biotechnologie, *Drug Abuses Sciences*, est subventionnée par le *National Institute on Drug Abuse* pour mener à bien des essais cliniques de *Buprel*, buprénorphine à libération prolongée prévue pour être administrée une fois par mois en injection intramusculaire.