

NOUVELLES CONSULTATIONS DE MARMOTTAN : APPORTS THÉORIQUES, EXPÉRIENCES CLINIQUES

Dan Véléa

De Boeck Supérieur | *Psychotropes*

2005/3 - vol. 11
pages 65 à 84

ISSN 1245-2092

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2005-3-page-65.htm>

Pour citer cet article :

Véléa Dan, « Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques », *Psychotropes*, 2005/3 vol. 11, p. 65-84. DOI : 10.3917/psyt.113.0065

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques¹

Marmottan's new practices: Theoretical
contributions, clinical experiences

Dan Véléa

Psychiatre

Centre médical Marmottan

17-19, rue d'Armaillé

F - 75017 Paris

Courriel : danvelea@aol.com

Résumé : Les dernières années ont vu se développer de nouvelles consultations dans le champ des addictions. Dans ce contexte, l'hôpital Marmottan, centre de pointe dans le traitement des toxicomanes, a vu apparaître et a participé à la définition de nouveaux concepts dans le domaine des addictions sans drogues : jeu pathologique (Valleur), addiction à l'Internet (Véléa, Hautefeuille), dopage, addiction à l'exercice physique, addictions sexuelles. Des consultations spécifiques concernant l'usage de cannabis et les nouveaux modes d'usage sont maintenant offertes. D'autres concepts, comme le stress, l'alexithymie, l'empathie à travers les drogues de synthèse, trouvent leur place parmi ces nouvelles préoccupations cliniques.

-
1. Cet article reprend le thème d'une présentation faite au colloque organisé par le Derpad (Dispositif expert régional pour adolescents en difficulté) et le Centre médical Marmottan, les 16-17 novembre 2004.

Abstract: In recent years new practices have developed the field of addictions. The Marmottan hospital, a centre of reference in addiction care, has recognised and helped define new concepts in the addiction field – addictions without drugs – gambling (Valleur), Internet addiction (Velea, Hautefeuille), doping, sport addictions, sexual addictions. Likewise, specific practices concerning cannabis and new ways of drug use are presently offered. Other current concepts: stress, alexithymia, empathy research using synthetic drugs, find their place within these new clinical centres of interest.

Mots clés : traitement ambulatoire, CSST, psychothérapie, addiction, abus, stress, alexithymie, jeu pathologique, Internet, cannabis, drogues de synthèse, dopage.

Keywords: ambulatory care, drug addiction treatment centre, psychotherapy, addiction, abuse, stress, alexithymia, gambling, Internet addiction, Cannabis, synthetic drugs, doping, workaholism.

Introduction

Fidèle à son étiquette de centre « expérimental » en toxicomanie, le Centre Marmottan reste à la pointe des évolutions et phénomènes sociétaux variés qui marquent la population française de ces dernières années. Ainsi, les spécialistes du centre sont parmi les premiers à avoir étudié et à offrir des consultations dans des champs nouveaux en toxicomanie et dans le domaine des addictions :

- Dans le domaine des toxicomanies dites « classiques », il s'agit de l'analyse de l'apparition et du développement des usages des drogues de synthèse (GHB, kétamine, *flatliners*, nouvelles utilisations du LSD) et du dopage pour la performance dans le monde du travail (domaines couverts par Michel Hautefeuille).
- Dans le champ des nouvelles addictions – les addictions sans drogues, comportementales – le Centre Marmottan a eu une activité de pionnier dans l'étude du jeu pathologique (domaine couvert par Marc Valleur), de l'addiction à Internet (domaine couvert par Dan Véléa et Michel Hautefeuille), aux jeux vidéo, à l'exercice physique, dans l'étude du dopage des sportifs et des rapports entre stress et addictions (domaines couverts par Dan Véléa).

Dans le cadre de ces nouvelles consultations, nous nous sommes efforcés de garder une qualité de soins et une approche pluridisciplinaire et multicausale en évitant rigoureusement le piège de la doxogénèse².

Il est important de noter que notre pratique est basée sur des recherches sur les concepts et entités cliniques, recherches effectuées en lien étroit avec la problématique des addictions et qui ont souvent abouti à des publications diverses – articles ou livres – devenues des références dans le domaine. Ces ouvrages sont consultables dans les divers centres documentaires du réseau Toxibase et seront très prochainement accessibles sur le site Internet de Marmottan : www.hopital-marmottan.org.

Une grande partie de cet article analyse tout d’abord les liens existant entre stress et addictions et aborde ensuite l’objet des nouvelles consultations du centre (cannabis, drogues de synthèse, cyberdépendance, addiction aux exercices physiques et au dopage, addiction sexuelle et travail pathologique). Le jeu pathologique n’est pas couvert ici car faisant déjà l’objet d’un article de Marc Valleur (2005) publié dans le précédent numéro de la revue *Psychotropes*.

Le stress

Dès 1926, le Dr Hans Selye a créé le concept du Syndrome général d’adaptation (SGA), lequel regroupe l’ensemble des réponses et des changements qui ont lieu dans l’organisme en réaction au stress. Ce concept (Selye 1950, 1956) décrit les trois phases de la réaction au stress.

La première phase, d’*alerte*, apparaît comme une réponse immédiate aux agressions physiques et psychiques et représente une réaction de lutte. Ainsi, la situation de stress provoque une réaction immédiate (de l’ordre d’une dizaine de secondes) du système nerveux sympathique, qui entraîne une libération des catécholamines (adrénaline par la surrénale et noradrénaline par les fibres postganglionnaires). Si le stress est faible et/ou l’organisme est dans un bon état de santé, le retentissement est de courte durée. Les manifestations neuro-hormonales qui en résultent vont soutenir le sujet et augmenter la vigilance et l’état émotionnel. Ces réactions participent à l’élaboration d’une stratégie d’ajustement.

Dans une phase ultérieure, l’organisme développe une *résistance* qui représente une adaptation adéquate au stress. Cette résistance permet la

2. Doxogénèse : création de nouvelles pathologies, sans fondement clinique.

maîtrise de la situation stressante et un nouvel équilibre. Dans cette phase d'adaptation, il y a stimulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Suite à la stimulation adrénergique de la phase d'alerte, le noyau paraventriculaire (NPV) de l'hypothalamus synthétise le CRF (*Corticotropine Releasing Factor*). Ces neurones sont régulés par les structures amygdaliennes et hippocampiques. Au niveau hypophysaire, la libération du CRF déclenche celle d'ACTH (*Adrenocorticotropine Hormone*) à partir de son précurseur la pro-opiomélanocortine (POMC). Toutes ces réactions aboutissent à la libération de glucocorticoïdes (cortisol) par les surrénales (Véléa, 2003a).

La réaction d'adaptation au stress peut être soit « autoplastique » (le sujet lutte contre le stress avec des émotions et cognitions), soit « alloplastique » (réactions modelées par des facteurs externes, comme les thérapeutiques médicamenteuses ou l'autothérapie-addiction).

Lorsque la réaction au stress excède les ressources du sujet, qu'il n'y a plus de réponse possible, on parle d'une phase de *rupture*, d'*épuisement*. Cette défaillance des réactions adaptatives est décrite par Selye comme « maladie de l'adaptation ». Dans cette phase d'épuisement, on constate une hyperplasie des surrénales et une involution du thymus.

L'événement stressant peut générer des manifestations aiguës qui apparaissent dans les minutes qui suivent cet événement et disparaissent dans la plupart des cas en quelques heures :

- réactions émotionnelles immédiates qui comportent un état d'hébétéude, une atteinte cognitive importante (diminution de l'attention et de la vigilance, une incapacité à intégrer des stimuli et une désorientation temporo-spatiale) ;
- réactions de stress aiguës marquées par un état d'agitation, d'anxiété majeure, agitation et hyperactivité improductive.

Dans certaines situations, l'événement stressant peut générer des manifestations sub-aiguës, voire chroniques :

- réactions émotionnelles différées qui peuvent apparaître quelques heures, voire quelques jours, après l'événement, et qui se caractérisent par des manifestations brèves ou durables (troubles anxio-phobiques, états dépressifs),
- état de stress posttraumatique (ESPT)³ qui constitue une réponse retardée. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence

3. En anglais : PTSD, Post-traumatic stress disorder.

répétée de l'événement, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars, des états d'agitation et d'irritabilité.

Les techniques de gestion de stress sont nombreuses. Nous analyserons deux des aspects importants rencontrés dans notre pratique clinique :

- le stress engendré par la consommation (usage régulier, abusif et dépendance) des substances psychoactives et/ou le recours aux addictions comportementales ;
- l'addiction, comme moyen d'adaptation au stress (consommation des substances psychoactives et recours à différentes addictions comportementales dans un objectif alloplastique).

L'addiction, facteur vulnérabilisant au stress

Les données neurobiochimiques permettent de souligner l'implication des récepteurs et des neuromédiateurs des addictions dans les mécanismes adaptatifs au stress (Véléa, 2003a).

Les amines biogènes (dopamine, noradrénaline et sérotonine), interviennent de façon prépondérante dans les effets des substances psychoactives.

Opiacés endogènes et stress

Il existe au minimum trois classes de récepteurs opiacés : μ , δ et κ . Ces récepteurs se retrouvent majoritairement dans les zones cérébrales impliquées dans l'intégration des informations sur la douleur (système limbique, corne postérieure de la moelle épinière).

Depuis 1975, on a découvert des peptides opiacés endogènes, ayant des fonctions similaires aux opiacés naturels et qui se lient aux récepteurs spécifiques de la morphine.

On connaît le rôle de la régulation par les opioïdes de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalienne (chez les héroïnomanes de longue date, les concentrations sériques d'ACTH et la cortisolémie sont souvent diminuées).

En situation de stress, les neurones dopaminergiques mésocortico-limbiques sont sensibilisés (augmentation de la dopamine et de ses métabolites). L'augmentation du CRF va stimuler la libération d'ACTH, qui va déclencher la libération de corticostérone. Les injections expérimentales de corticostérone ont permis de constater une modification dans l'activité des neurones dopaminergiques et une augmentation de la libération de dopamine (en corrélation avec la libération d'opiacés endogènes).

Les morphinomimétiques, par la stimulation des récepteurs opiacés, agissent sur le système dopaminergique mésolimbique, contribuant à l'installation des effets renforçants qui contribuent à l'apparition et au développement d'une dépendance physique.

Psychostimulants et stress

Les psychostimulants (cocaïne, amphétamines, ecstasy) ont une action rapide et violente, qui se caractérise par une forte excitation physique et psychique. Les effets, tant sur le plan somatique (état d'hypervigilance, insomnie) que sur plan psychique (état d'excitation ou d'agitation, sensation d'euphorie), voire les effets de type psychose (hallucinations et interprétations) peuvent générer chez ces usagers des sensations d'angoisse, des attaques de panique, sources de stress.

La *cocaïne* bloque la recapture de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine, avec un fort effet de stimulation psychique.

Les *amphétamines* et les drogues de synthèse agissent en plus de cette action en libérant les neurotransmetteurs des vésicules synaptiques.

La prise de LSD et de méthamphétamines induit une augmentation de la sensibilité au stress avec l'apparition de pharmacopsychoses. Les *flashbacks* présentent beaucoup de similarités avec les expériences de type ESPT (reviviscence de l'expérience, cauchemars). Certains auteurs considèrent que les manifestations psychotiques persistantes sont le résultat d'une sensibilisation au stress.

Les mauvaises expériences (*bad trips*) sous LSD sont vécues de manière traumatique par les sujets, pouvant aller jusqu'au ESPT, avec une reviviscence hallucinogène des expériences traumatiques. Les usagers d'amphétamines, de LSD décrivent un retour long à la réalité et souvent dans un contexte très pénible avec beaucoup de vécus stressants.

Cannabis et stress

Le cannabinoïde endogène N-arachidonyléthanolamine ou l'anandamide – du sanskrit *ananda*, qui veut dire béatitude – a été retrouvé dans le cerveau et l'on a démontré ses capacités d'activation des récepteurs cannabinoïdes. L'anandamide est assez différente des autres neurotransmetteurs connus. La fixation spécifique sur les récepteurs cannabinoïdes a été démontrée par la capacité de l'anandamide à déplacer les cannabinoïdes marqués radioactifs, fixés auparavant au niveau de la membrane synaptique (Devane *et al.*, 1992).

Chen (1990) suggère que les cannabinoïdes sont capables d'augmenter la libération de la dopamine dans le noyau accumbens. Cependant, l'aptitude du delta 9-THC à stimuler la libération de la dopamine est faible en comparaison des autres drogues.

L'étude de Pertwee (2001) rapporte des phénomènes de tolérance comportementale chez les animaux. La tolérance rapide développée chez les animaux – incluant effets dépressifs et stimulants sur la locomotion, hypothermie et analgésie – a aussi été rapportée chez les êtres humains. Les données expérimentales avancent l'idée d'une tolérance au niveau des récepteurs cannabinoïdes. L'hypothèse d'une *down-regulation* des récepteurs cannabinoïdes semble tout à fait pertinente.

L'addiction, forme d'adaptation au stress

Erickson (1963) et Alexander (1990) soulignent le rôle de la désorganisation sociale dans l'installation de l'addiction. À la recherche d'une réintégration psychosociale, certaines personnes recourent aux situations alloplastiques, d'autres personnes inventent différentes conduites substitutives d'adaptation (automédication à travers les substances psychoactives, addictions, marginalité, criminalité, tentatives de suicides), tandis que certaines personnes abandonnent la lutte pour cette réintégration.

Selon Alexander, les personnes désorganisées cherchent des identités transitoires, ainsi l'addiction représente une forme d'adaptation aux conditions difficiles de vie, aux stress et sollicitations diverses. La centration sur les substances psychoactives (héroïne, alcool, cocaïne, cannabis) ou sur les addictions « silencieuses » comportementales (jeu pathologique, addictions sexuelles, cyberdépendance, ergomanie) sont des manières adaptatives en rapport avec le culte de la performance, aux sollicitations compétitives, au syndrome de *burn-out*, aux épuisements et insatisfactions récurrentes.

Ce constat impose une évidence, l'usage de l'addiction en tant que support – même transitoire – et l'apparition de nouveaux liens sociaux à travers l'addiction. On peut supposer ainsi que certains toxicomanes utilisent l'addiction de manière temporaire et arrêtent leur comportement de consommation quand leur situation s'améliore ou quand il y a prise de conscience des dangers pouvant être engendrés par les produits. L'addiction apparaît pour certains comme le meilleur substitut adaptatif (Véléla, 2003b).

Dans l'optique de la réintégration psychosociale, l'addiction représente une forme de *coping*. Le risque d'installation d'un cercle vicieux –

consommation de substances psychoactives/non-résolution des situations anxigènes/augmentation de la consommation de ces substances – est cependant important, surtout en l’absence d’autres stratégies d’adaptation. Dans ces conditions, la capacité d’assumer des responsabilités individuelles diminue, les personnes focalisent de moins en moins sur les problèmes initiaux et les facteurs stressants qui les conduisent à consommer ces produits s’accroissent de plus en plus.

L’addiction comme adaptation permet aux usagers de surmonter des moments difficiles : sans elle, les risques de passages à l’acte et de suicides peuvent être très importants. Certains auteurs parlent du *lesser evil* : les personnes exposées au stress choisissent le moindre mal, afin de passer les moments difficiles. On peut ainsi décrire les fonctions bénéfiques et recherchées de l’addiction :

- autocontrôle de l’agressivité,
- réduction des états de tension,
- stimulation des populations déprimées,
- contrôle des états de stress.

Stress quotidien et recherche de sensations

Peele (1980) analyse les réactions aux conditions stressantes des soldats nord-américains pendant la guerre du Viêt-nam. Les soldats étaient soumis au stress quotidien, à l’inconfort de la vie, au danger, à l’ennui (Zuckerman, 1979), au sentiment de lassitude face à l’inutilité de la guerre et à un élément supplémentaire qui était le courant pacifiste de plus en plus fort aux États-unis.

Les soldats avaient trouvé recours dans les conduites à risque (roulette russe, trafics et consommation d’héroïne). Cette recherche des sensations apportait une activation psychique et une désinhibition importantes et finalement une adaptation convenable aux conditions de vie pendant cette guerre.

ESPT et addiction

Plusieurs études nord-américaines se sont penchées sur le traumatisme qu’a représenté la guerre au Viêt-nam, ainsi que sur la pharmacodépendance des anciens combattants. Ces combattants développent et maintiennent après la fin des combats une dépendance aux drogues dures, cette dépendance étant considérée comme une manière adaptative face à l’ESPT.

D'autres auteurs soulignent le fait que beaucoup d'anciens combattants du Viêt-nam essaient d'échapper à l'anxiété chronique, à l'insomnie et aux cauchemars qui caractérisent l'ESPT par une automédication (facteur prédictif très important de la toxicomanie), en utilisant l'alcool et les drogues. Les substances psychoactives sont utilisées afin d'atténuer les effets de l'émoussement émotionnel, du sentiment de culpabilité. Pourtant, l'usage de drogues n'atténue pas les signes de l'ESPT, et peut même augmenter le vécu stressant des usagers.

Un constat important, preuve du développement du stress en dehors du contact direct avec l'événement stressant, est l'absence de corrélation entre l'intensité des combats et des situations vécues sur le front et l'interaction ESPT - usage de drogues (certaines personnes qui n'avaient pas participé aux combats – personnels de bureau ou d'état-major – peuvent présenter des signes plus marqués que les membres de commandos par exemple).

Une autre situation dans laquelle l'usage de l'addiction est décrit comme une forme d'adaptation à l'ESPT est le cas d'usagers victimes de violences sexuelles. La question qui se pose est celle d'une tentative d'ajustement de la réalité psychique, d'une tentative de déni et d'oubli à l'aide de l'addiction de la part de ces victimes qui ne trouvent pas une solution centrée sur l'émotion. Dans ce sens, l'étude de Resnick (1993) démontre à partir d'un échantillon de 4 009 femmes adultes, que chez 57 % des femmes présentant une comorbidité toxicomanies - ESPT, l'événement traumatisant (agression sexuelle ou physique) précédait le début de la toxicomanie. Le constat principal de cette étude, complétée par d'autres études supplémentaires, a été la mise en évidence du rôle d'amortisseur psychique représentée par la pharmacodépendance face aux vécus stressants.

Stress professionnel et addiction

Le stress professionnel est devenu une véritable pathologie et un véritable fléau pour les entreprises. Cette manifestation touche portant non seulement les cadres épuisés et surmenés, mais aussi des métiers moins qualifiés, voire des chômeurs (Hautefeuille, 2001).

Le surmenage et les déséquilibres inhérents au stress sont la cause du syndrome de *burn-out* (fatigue professionnelle ou *karoshi* des Japonais). On décrit ce phénomène relativement récent chez des cadres complètement épuisés, ayant souvent recours à des substances psychostimulantes (licites comme les antidépresseurs ou illicites comme la cocaïne), cadres qui ont fait de l'excellence au travail un véritable *credo*. À l'heure actuelle,

L'addiction aux substances licites et illicites est un véritable casse-tête pour les entreprises, au même titre que les difficultés liées à l'informatisation, à l'utilisation intensive d'Internet dans un but personnel de plaisir, ou aux *spams* et courriers non-désirés qui submergent ces travailleurs.

On peut ajouter dans cette catégorie les victimes d'une addiction comportementale, les travailleurs pathologiques (*workaholics* ou ergomanes) qui, eux aussi, sont victimes du *burn-out* (Hautefeuille, 2001).

La consultation « cannabis »

Depuis quelques années déjà, l'analyse du Centre Marmottan souligne la nécessité d'une action plus concertée concernant la « consommation problématique de cannabis » avec la création d'une consultation réservée aux jeunes usagers.

Les données statistiques (Bello *et al*, 2004) font part, dans la population de 15 à 24 ans, d'une consommation massive de tabac (92 % des jeunes), suivie par le cannabis (85 % des jeunes) et de l'alcool (80 %).

L'analyse des consultations pour cannabis chez des jeunes nous a permis de différencier plusieurs catégories d'usagers :

- jeunes usagers expérimentaux ou occasionnels,
- jeunes usagers abusifs,
- jeunes qui présentent des conséquences psychiques de type syndrome amotivationnel ou des manifestations de type psychose aiguë ou chronique (cette dernière catégorie d'usagers est perçue comme nécessitant une attention approfondie du fait de la spécificité des comorbidités et de la lourdeur de l'interface entre services de toxicomanie et de psychiatrie),
- usagers chroniques, toxicomanes de longue date aux opiacés ou à la cocaïne qui désirent faire un sevrage et, dans le même temps, arrêter leur consommation de cannabis,
- usagers chroniques de cannabis qui désirent tout simplement arrêter.

La consultation « drogues de synthèse »

Parmi les jeunes de 15-24 ans, 59 % sont des consommateurs d'ecstasy – la « drogue qui n'est pas une drogue ». On constate aussi une nette augmentation de la consommation d'autres drogues de synthèse (Véléa & Hautefeuille, 1999) comme le GHB, le LSD, la kétamine (Hautefeuille

& Véléa, 2002). L'un des aspects intéressants, qui nécessite d'être souligné, est l'augmentation des consommations solitaires ou en cercle restreint, avec une diminution des consommations festives dans les soirées *rave*. Ceci s'inscrit dans le cadre d'une évolution sociétale qui date depuis quelques années, des personnes à la recherche d'aide à la performance, à travers de véritables béquilles chimiques.

Les nouvelles molécules entactogènes se retrouvent parmi les médiateurs directs de la transformation socioculturelle enregistrée depuis quelques années dans la consommation de substances psychotropes.

La recherche de l'empathie (la capacité à aller vers l'autre sans barrière ou limite), analysée dans le contexte de la « société de désinhibition », souligne le manque de communication avec l'Autre, le manque de confiance en soi, la perte de repères stables et surtout une crise de la représentation sociale. Il suffit d'analyser l'avènement de nouvelles molécules – certaines à usage médical, certaines à usage détourné – molécules réputées capables de résoudre complètement ou presque les problèmes de la vie courante, pour imaginer une société en perte de vitesse, en pleine mutation sociologique.

Comme le souligne Alain Ehrenberg dans *Le culte de la performance* (1991), la performance individuelle et la capacité d'adaptabilité deviennent des valeurs sûres et très recherchées. Le recours à des gélules de la performance – médicaments détournés de leur usage ou substances psychoactives illicites – est accepté et valorisé par les membres de petits groupes de consommateurs. L'individu confronté aux problèmes et aux contradictions insolubles de la vie courante échappe aux régulations sociales. Le manque de communication réelle et le sentiment de non-reconnaissance ressentis par les plus jeunes membres de la société entraînent une recherche de « béquilles chimiques », véritables supports artificiels censés résoudre les problèmes de la vie courante.

Du point de vue des éthno-sociologues, la prise de substances psychoactives pendant les soirées *raves* serait imprégnée d'une image rituelle comme dans les initiations religieuses traditionnelles. L'état de transe amène la négation d'une culture jugée dépassée. Les valeurs culturelles de la société « bien pensante », généralement acceptées, ont perdu leur véracité. La résurgence des valeurs culturelles des années soixante, dont le souvenir fait état de chaleur humaine et d'échanges spirituels, du « développement personnel » et du renforcement de l'ego, constitue un cadre propice à l'utilisation des drogues synthétiques.

Ce qui semble inquiétant – dans une démarche préventive et de réduction de risque – est le faible pourcentage de jeunes informés par les

enseignants. La grande majorité dispose d'informations provenant presque toujours d'amis (91 %) ou d'usagers (66 %). À l'issue de leur première expérimentation, 24 % des sujets ont arrêté tout usage d'ecstasy mais ont, dans la majorité des cas, continué à utiliser d'autres produits. Parmi ceux qui ont poursuivi leur consommation d'ecstasy, si le quart se disent usagers occasionnels, plus du tiers en consomment une fois par semaine et certains quotidiennement (3, 2 %). L'usage régulier devient solitaire pour environ 30 % des sujets (Bello *et al*, 2004).

Chose importante : plus de la moitié des sujets mentionnent des problèmes de santé liés à l'usage d'ecstasy : des problèmes physiques et psychiques dans 38 % des cas, des problèmes psychiques uniquement dans 19 % des cas (mais certains très aigus), des problèmes physiques uniquement dans 10 % des cas.

De plus en plus, les saisies en douane et dans les soirées *raves* mettent en évidence l'existence de comprimés vendus sous le nom d'ecstasy qui ont un très faible contenu en MDMA. La plupart des produits chimiques qui composent ces molécules sont de type amphétamines (MBDB, MDEA, amphétamine) voire de la caféine, Lexomil, atropine. Parmi les produits mélangés, on retrouve ces nouvelles drogues synthétiques (GHB, 2CB).

Un aspect important à souligner est la nécessité de tenir les usagers informés, des messages de prévention et d'éducation faisant partie intégrante de notre travail.

De la cyberdépendance à l'addiction à Internet

Glasser (1976) a introduit la notion d'*addictions positives*, notion qui englobe le travail compulsif, la sexualité compulsive mais surtout l'exercice physique. Ces nouvelles addictions silencieuses, comportementales, s'inscrivent dans la continuité du concept des « toxicomanies sans drogues » (Fenichel, 1945).

En dehors du jeu pathologique, sujet traité par Marc Valleur, nous nous occupons des personnes qui sont *accros* à Internet, avec plusieurs déclinaisons de ce concept (Véléa & Hautefeuille, 1998) :

- infolisme,
- jeux vidéo,
- jeux de rôle,
- chats : IRC (*Internet Relay Chat*), ICQ (*I seek you* : je te recherche),
- sexe : pédophilie, sexualité compulsive,

- suicides et pactes suicidaires,
- Internet et les drogues,
- jeu pathologique (loto, casinos en ligne),
- sectes,
- cyberdélinquance,
- cybercriminalité,
- travail pathologique,
- achats compulsifs,
- voyeurisme.

Ainsi la cyberdépendance englobe des formes de dépendance à l’outil informatique, à la sexualité sur Internet, aux achats compulsifs en ligne, aux formes de communication synchrones et asynchrones par courriels ou dans les groupes de discussion.

Les cyberdépendants sont des personnes qui, dans leurs efforts de combler un vide identificatoire, cherchent refuge dans la virtualité, une échappatoire à la réalité dans un monde idéal.

La dépendance à l’Internet, ou *cyberaddiction*, apparaît plutôt comme une conduite polyaddictive.

Les *ergomanes* ou *workaholics* représentent la catégorie des dépendants au travail. Le souci majeur est lié à la productivité, le besoin pathologique permanent de perfection étant omniprésent. Pour une grande partie des internautes, le travail sur ordinateur, en connexion avec Internet, offre la possibilité d’accomplir et de rencontrer l’objet de leur dépendance. Ces travailleurs compulsifs privilégient le travail au détriment des loisirs et des relations interpersonnelles. Afin de garder les mêmes performances, la plupart des ergomanes recourent aux substances excitantes, les *uppers* (ex. la cocaïne).

La conversation assistée par ordinateur, ou *addiction communicationnelle*, s’exprime par de longues heures passées en connexion : l’image type des *cyberdépendants* est celle de personnes qui ont des difficultés de communication, qui ont une notion spatio-temporelle altérée et qui cherchent sans cesse un moyen pour exprimer leur mal de vivre. Le courrier électronique est un aspect de cette addiction communicationnelle : le désir intense de recevoir des messages et la déception quand on n’en a pas reçu. Le développement des IRC et de l’ICQ, groupes de discussion en direct avec de multiples partenaires, montre cet engouement pour de nouveaux outils de communication et pour la richesse communicationnelle sans contrainte offerte par Internet.

Les internautes cyberaddictifs répondent aux critères d'inclusion dans le DSM IV de la catégorie *joueurs pathologiques*. Certains de leurs comportements présentent les mêmes caractères addictifs : avidité, extrême plaisir tiré de l'acte, dépendance, répétition et surtout perte de contrôle. Ces jeux en réseau, mêlant fiction, virtualité et jeux (Counter Strike, Everquest), ont déjà créé des inconditionnels qui ne vivent que dans cet espace, qui ne communiquent que dans le cadre des espaces de discussions (IRC) qui leur sont dédiés, leurs vies étant conditionnées par le jeu qui occupe la plus grande partie de leur temps. Il en va de même pour les *accros* aux jeux d'argent : ils peuvent parier en utilisant des transactions électroniques, jouer sur Internet en se procurant des logiciels et des cédéroms qu'ils sont anxieux d'acquérir dès leur sortie sur le marché. Ils sont obnubilés par l'écran de l'ordinateur et l'activité ludique qui se déroule sous leurs yeux. Une seule ombre au tableau : l'ordinateur, contrairement au casino, ne rend pas de monnaie.

La sexualité assistée par ordinateur, ou *cybersexualité*, concerne le cybernaute présentant un comportement addictif sexuel et auquel l'univers sans barrières et sans limites de l'Internet offre le choix et la possibilité d'accéder à ses pulsions et à ses fantasmes les plus intimes. Il faut penser aux sites dédiés à la pornographie, à l'érotisme et à la pédophilie ; les dépendants du sexe (*sexoliques* ou *sexaddicts*) peuvent s'adonner librement à leur comportement et l'entretenir.

L'achat compulsif est un comportement permanent ou intermittent, caractérisé par une irrésistible envie d'acheter, une tension avant le comportement, et sa résolution par la réalisation d'achats. La place de ce comportement addictif dans la présentation de la cyberaddiction, semble justifié par le fait que l'Internet offre une facilité immense pour effectuer des achats avec une composante nouvelle : l'achat en direct. Cela a engendré aux États-Unis un véritable fléau social appelé *buying spree* : frénésie d'acheter. Récemment, une catégorie nouvelle d'acheteurs compulsifs est apparue : les boursicotiers en ligne. Certains ont amassé des fortunes pendant la fièvre boursière, richesse qui s'est évaporée au moment de la prise de conscience des marchés sur le caractère fluctuant de ces investissements. On a ainsi vu de véritables banqueroutes chez ces nouveaux millionnaires, très doués pour les spéculations en ligne, mais totalement dépourvus du sens de la réalité du monde des finances.

La population étudiée est représentée par :

- des jeunes qui trouvent des identités transitoires avec un investissement des valeurs transientes (objets de transition),

- des jeunes présentant des troubles de la personnalité et des tableaux cliniques pathologiques,
- des jeunes véritablement « accros »,
- des personnes adultes qui trouvent un refuge virtuel, qui établissent des contacts et qui adoptent des attitudes contre-phobiques.

La consultation

« addiction à l'exercice physique et au dopage »

Le concept d'*addiction positive* (Glasser, 1976) est issu d'une observation de longue durée des athlètes de haut niveau pratiquant régulièrement un exercice physique, mais aussi des coureurs occasionnels. Glasser décrit ainsi une addiction à la pratique sportive, qu'il qualifie de positive afin de la distinguer des addictions classiques considérées comme négatives (alcool, drogues...). Dans sa conception, la poursuite d'une activité physique (initialement la course à pied, mais par extrapolation on peut inclure la plupart des pratiques sportives) devient addiction par dépassement d'un effet-seuil : ennui, fatigue, lassitude.

Parmi les facteurs qui renforcent le côté *addictogène* de la pratique sportive on rencontre des classiques : libération de l'endorphine et bien-être lié à cette libération (phénomène souvent décrit chez les coureurs de fond et les marathoniens), augmentation d'une forte estime de soi (prise de conscience de ses capacités physiques et d'endurance, constat de modifications corporelles qui implique aussi la description d'une composante dysmorphophobique récurrente chez les *body-builders*) et apparition ou développement d'une véritable compulsion. Il est souvent constaté que beaucoup de pratiquants addicts aux sports ont souvent abandonné une addiction considérée comme négative, une forte dépendance tabagique, à l'alcool ou aux drogues.

Un aspect souvent rencontré chez les addicts à l'exercice physique, aspect rarement remarqué, est celui des changements dans la vie quotidienne. Notre contribution va au-delà du recueil des conséquences socio-professionnelles et familiales, en soulignant le changement complet du mode de vie de ces addicts, qu'il convient de distinguer régulièrement des sportifs de haut niveau. Ainsi, les personnes que nous avons rencontrées décrivent des changements majeurs : vestimentaires, alimentaires, dans leur mode de vie, dans leurs loisirs (qui deviennent quasiment liés à la pratique sportive : fréquentation des manifestations sportives, des salons...), dans le choix d'un partenaire souvent issu du même milieu pratiquant. L'entraînement devient un véritable rituel : toute sa journée

est organisée et économisée en vue de l'entraînement. La vertu de l'exercice régulier est de transformer son corps : cet exercice rituel augmente le degré de résistance et d'endurance de la structure corporelle aux répétitions successives.

On peut situer le développement du concept d'addiction à l'exercice dans le contexte culturel de l'image corporelle et du « culte de la performance » (Ehrenberg, 1991). On est actuellement en train de constater l'importance des troubles dysmorphophobiques chez des patients qui présentent une addiction au sport (beaucoup de joggeurs ou de *body-builders*). Les anglo-saxons décrivent même un « complexe d'Adonis » caractérisé entre autres par un haut degré de pratique sportive et par des préoccupations fréquentes liées à son image (soins du visage et du corps de manière excessive, des choix vestimentaires valorisants, se regarder dans la glace sans cesse à la recherche de la moindre imperfection et la panique qui découle de la découverte d'un tel signe inquiétant...).

Pour certains sportifs, la répétition d'entraînements, l'accoutumance du corps au mouvement, la ritualisation et la répétition obsessionnelle ou compulsive des gestes peuvent prendre une dimension addictive. Ces sportifs ressentent la nécessité de remplir un vide de la pensée ou un vide affectif et, dans ce cas, l'objet investi est le sport et le mouvement. Ce besoin compulsif qu'on pourrait décrire comme un lien addictif se manifeste souvent par une nécessité de pratiquer sans relâche son sport, de contrôler sans cesse son image dans la glace et dans le regard des autres.

Pour une partie de sportifs de haut niveau, le sport interviendrait de la même manière qu'un stupéfiant : comme remède à la souffrance corporelle ou psychique. Ainsi, le sport, pratiqué au quotidien de manière répétitive, empêcherait « la pensée douloureuse » et l'anesthésierait comme peut le faire l'héroïne. Dans le cas des *body-builders*, la fixation au niveau d'une recherche de sensations est intriquée avec la valorisation des états douloureux, conséquences de la contraction musculaire répétitive en anaérobie. Pour certains sportifs, la phobie de la passivité « amène une demande d'autoexcitation avec parfois prise de produits dopants ou même des drogues » (Claire Carrier, 2000). Dans le cas des *body-builders*, on sait que des substances comme l'acide gamma-hydroxybutyrique (ou le GHB), voire actuellement le bêta-hydroxy beta-méthylbutyrate (ou le HMB), ont été et sont, même aujourd'hui, largement employées. Ces substances, dont le potentiel addictif est reconnu, fournissent un état de bien être par désinhibition et effet antalgique puissant. Au niveau kinesthésique, cet effet aide à surmonter des douleurs parfois insupportables, mais l'effet le plus recherché est la maîtrise d'un effet de type orgasmique.

Le principe de l'addiction à l'exercice physique tient dans l'usage d'une situation routinière (la pratique d'un geste répétitif, sans satisfaction immédiate), afin d'obtenir une augmentation de l'estime de soi, à travers une multitude d'effets physiques et psychiques. Dans le cas des coureurs de fond, le remplacement de la dépendance au tabac était immédiatement bénéfique. Dans le cas des dépendants aux exercices physiques de type *body-building*, *stretching*, l'essentiel réside dans l'appropriation de ce style de vie sportif qui devient la seule manière de vivre (la plupart des pratiquants intensifs du *body-building* se retrouvent souvent à faire leur métier).

On ne peut pas parler de cette nouvelle forme d'addiction sans faire référence au dopage. Ce « fléau » est souvent répandu parmi la population des sportifs addicts et doit être compris dans le contexte de cette course à la performance et au changement de l'image corporelle. Le terme *dopage* prend racine dans un dialecte sud-africain où il désignait une boisson stimulante absorbée au cours des cérémonies religieuses. Aujourd'hui, le terme *dopage* désigne la délivrance et l'utilisation de substances destinées à améliorer artificiellement les performances physiques et mentales d'un athlète.

L'addiction sexuelle

Décrites dans les années 1980, les addictions sexuelles regroupent des comportements sexuels compulsifs, l'hypersexualité et les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des impulsions. On retrouve dans cette classification des symptômes comportementaux : rapports sexuels fréquents, masturbation compulsive, instabilité relationnelle, fuite des relations affectives de longue durée, recours à la pornographie (magazines érotiques, fréquentation de boutiques spécialisées, consultation de sites Internet pornographiques et de salles de cinéma spécialisées), et des symptômes émotionnels : pensées obsédantes, culpabilité concernant la ou le partenaire, sentiment de dévalorisation, d'impuissance face à l'acte sexuel, honte. Les addicts sexuels présentent au moins deux des attitudes suivantes :

- La *drague compulsive* avec partenaires multiples, avec une recherche de gestion du stress et de l'anxiété.
- L'*autoérotisme compulsif* ou *masturbation compulsive* soit l'autostimulation obsessive et compulsive des parties génitales. Les spécialistes rapportent une moyenne de 5 à 15 actes masturbatoires par jour, avec une cohorte de blessures et de fatigue.

- La *fixation compulsive* sur un ou des partenaires inaccessibles. De nombreux fantasmes alimentent la vie affective et les émotions du sujet. L'objet de l'amour est hyperidéalisé et il n'est pas rare, en cas de déception, de voire apparaître des véritables délires de jalousie (complexe d'Othello), voire des passages à l'acte agressif orientés vers la personne « aimée ».
- Les *rappports compulsifs amoureux multiples*, avec une insatisfaction quant aux relations amoureuses et la quête perpétuelle de l'amour idéal.
- La *sexualité compulsive*, avec de nombreux rapports sexuels vécus de manière insatisfaisante, et un besoin constant d'actes sexuels, d'expressions amoureuses et d'attentions.

Il faut aussi mentionner l'existence de relations affectives addictives dans le cadre même d'un couple ou dans la consommation affective de partenaires, avec toujours une recherche de sensations fortes, nouvelles.

Le travail pathologique

L'addiction au travail peut être définie comme une relation pathologique d'un sujet à son travail caractérisée par une compulsion à lui consacrer de plus en plus de temps et d'énergie, et ce, en dépit des conséquences négatives sur la santé du sujet et sur sa vie personnelle affective et familiale. Ce nouveau phénomène que les Américains appelle *workaholism* est décrit par les spécialistes comme la plus *clean* des addictions. La pression sociale et son acceptation font de cette addiction un des meilleurs exemples d'addiction positive.

Parmi les critères rencontrés le plus souvent il faut citer :

- hyperactivité,
- esprit de compétition et de défi,
- forte personnalité d'entreprise,
- désir illimité de satisfaction professionnelle,
- véritable culte de l'entreprise et du travail,
- relation difficile avec les loisirs,
- détente difficile pendant les vacances et les week-ends (amener du travail à continuer même sur le lieu des vacances),
- négligence de la vie familiale (conjointe et enfants),
- existence de manifestations de stress au travail.

Les spécialistes décrivent les trois étapes caractéristiques de ce type de trouble :

- 1) Au premier stade, le travailleur est débordant d'énergie et ses capacités sont augmentées, il fait souvent un nombre impressionnant d'heures supplémentaires.
- 2) Au deuxième stade, il y a apparition de difficultés dans la vie familiale et sociale.
- 3) Le stade ultime est caractérisé par une forte diminution des capacités de travail, l'apparition de troubles psychosomatiques (troubles du sommeil, lombalgies, hypertension artérielle, syndrome de fatigue chronique, céphalée persistante, problèmes cardio-vasculaires, ulcère gastro-duodéal).

Au stade final de cette addiction, il faut aussi mentionner des complications majeures liées au stress : troubles anxio-dépressifs et syndrome du *burn-out*.

Article reçu en juillet et accepté en septembre 2005

Bibliographie

- Alexander BK : « The empirical and theoretical bases for an adaptive model of addiction » – In *Journal of Drug Issues* 20, 1 : 37-65 (1990)
- Bello PY, Toufik A, Gandilhon M, Giraudon I : *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5^e rapport national du dispositif TREND – OFDT* (2004)
- Carrier C : « Modèle de l'investissement sportif de haut niveau et risque de lien addictif au mouvement » – In *Annales de Médecine Interne* 151, A60-A64 (2000)
- Chen J, Parades W, Li J, Smith D, Lowinson J, Gardner EL : « Delta-9- tetrahydrocannabinol produces naloxone blockade enhancement of presynaptic basal dopamine efflux in nucleus accumbens of conscious, freely moving rats, as measured by intracerebral microdialysis » – In *Psychopharmacology* 102 : 156-162 (1990)
- Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, *et al.* : « Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor » – In *Science* 258 : 1946-1949 (1992)
- Ehrenberg A : *Le culte de la performance* – Paris, Calman-Lévy (1991)
- Erikson EH : *Childhood and society* – New York, Norton, 2nd ed (1963)
- Fenichel O : *The psychoanalytical theory of neurosis* – New York, Norton (1945)
- Glasser W : *Positive addiction* – New York, Harper & Row (1976)
- Hautefeuille M : *Drogues à la carte* – Paris, Payot (2001)
- Hautefeuille M, Véléa D : *Les nouvelles drogues de synthèse* – Paris, PUF (2002)
- Peele S : « Addiction to an experience. A social-psychological-pharmacological theory of addiction » – In *Theories on drug abuse*, Rockville, National Institute on Drug Abuse, NIDA Research Monograph 30 (1980)

- Pertwee DG : « Tolérance et dépendance aux cannabinoïdes chez l'animal » - In *Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ?* Expertise collective Inserm : 267-283 (2001). Sur Internet à : <http://ist.inserm.fr/BASIS/elgis/fqmr/rapp/DDD/871.pdf>
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS : « Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative sample of women » - In *Jnl Consult. Clin. Psychol.* 61 : 984-991 (1993)
- Selye H : *The physiology and pathology of exposure to stress* - Montreal, Acta (1950)
- Selye H : *The stress of life* - New York, Harper & Row (1956)
- Valleur M, Véléa D : « Les addictions sans drogues(s) » - In *Toxibase* 6 : 1-13 (2002)
- Valleur M : « Jeu pathologique et conduites ordaliques » - In *Psychotropes*, vol. 11, n° 2 (2005)
- Véléa D, Hautefeuille M : La toxicomanie au web - In *Synapse* 144 : 21-28 (1998)
- Véléa D, Hautefeuille M : « Les nouvelles drogues de synthèse empathogènes » - In *L'Encéphale* 25, 5 : 508-514 (1999)
- Véléa D : « Neurobiologie des addictions » - In Thurin JM, Baumann N : *Stress, pathologie et immunité*, Paris, Flammarion Médecine-science (2003a)
- Véléa D : « Stress et addiction : usage des psychostimulants et des drogues dans les situations de stress » - In Thurin JM, Baumann N : *Stress, pathologie et immunité*, Paris, Flammarion Médecine-science (2003b)
- Zuckermann M : *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*, Erlbaum Hillsdale, New York (1979)