

QUEL GOÛT DONNE-T-ON A LA VIE? ALIMENTATION ET SOIN EN ADDICTOLOGIE

LOPES, Dina^{1*}; FRANCO, Renata da Rocha Campos^{2**}; LEVIVIER, Marc^{3***}

¹Université de Picardie Jules Verne

²L'Institut Catholique de Toulouse

³Université de Champagne

dina_lopes1@yahoo.fr*

fran_re@yahoo.com.br**

marc.levivier@gmail.com***

RÉSUMÉ

Partant du constat qu'une alimentation énergétiquement dense (gras/sucré) semblait être privilégiée par un public souffrant d'addiction, ce travail a pour but d'explorer la question de l'alimentation dans le soin en addictologie. En utilisant un questionnaire, créé pour cette enquête, ce travail propose de comparer les habitudes et les préférences alimentaires d'un groupe de 54 hommes divisé en trois populations; chacune ayant une problématique addictive spécifique

(nulle/stabilisée/sévère). Les résultats confirment les hypothèses que plus un patient-usager serait acteur de sa prise en charge, moins il favoriserait une alimentation riche en calories et dense, et plus il favoriserait une alimentation équilibrée. Plus la problématique addictive serait critique, plus la consommation d'aliments sucrés/gras serait privilégiée. Plus l'alimentation serait variée et diverse, moins l'addiction chez le patient-usager serait prégnante.

MOTS-CLÉS: Consommation de drogues. Nutrition. Comportements alimentaires.

QUE GOSTO VOCÊ DÁ PARA A VIDA? ALIMENTOS E TRATAMENTO DE DROGAS

RESUMO

Partindo do pressuposto de que uma alimentação energeticamente densa (gordurosa/doce) parece ser privilegiada por pessoas dependentes de substâncias psicoativas, este trabalho explorou a relação entre nutrição e engajamento terapêutico. Um questionário foi criado para esta investigação com o intuito de comparar hábitos e preferências alimentares em um grupo de 54 homens, divididos em três grupos que apresentam uma específica problemática com as drogas (não usuários/uso estabilizado/uso abusivo). Os resultados confirmaram a

hipótese de que os não usuários de drogas tendem a fazer um menor consumo de alimentos ricos em calorias, buscando uma dieta mais equilibrada e diversificada. Os usuários que estão em tratamento de reabilitação fazem um consumo de doces e gorduras mais moderado quando comparados com os usuários ativos e são mais engajados durante o tratamento. As pessoas que ainda fazem uso abusivo de drogas são mais propensas a consumirem doces e outros alimentos gordurosos de forma exagerada e são menos engajadas num trabalho terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Uso de drogas. Nutrição. Comportamentos alimentares.

WHAT TASTE MAKES DOES ONE LIFE? FOOD AND CARE IN ADDICTION

ABSTRACT

Based on the observation that an energetically dense food (fat/sweet) seemed to be favored by people suffering from addiction, this article aims at exploring the question of the food in addiction-therapy. By using a questionnaire, created for this investigation, the purpose of this work is to compare the habits and the food preferences of a group of 54 men divided into three populations; each one having a specific addicting issue (null/stabilized/severe). The results

confirm the hypotheses that the more a patient-user would be an actor of his cover-age, the less he would favor a food high in calories and dense, and more he would favor a balanced diet. The more the addicting problem would be critical, the more the consumption of sweet/fat food would be favored. The more the food would be varied and diverse, the less the addiction of the patient-user would be vivid.

KEYWORDS: Drug consumption. Nutrition. Eating habits.

1 INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé publique, en 2001, l'Etat français a lancé le programme nutrition santé (PNS), à l'origine des slogans tels que "Evitez de grignoter entre les repas", "Mangez cinq fruits et légumes par jour", "Manger, bouger", etc. Les questions relatives à la qualité de ce que l'on mange, de la quantité, du comment manger se posent avec force hors champs individuel et privé.

Concernant l'addiction, nul lien n'est effectué avec ce que sont les comportements ou préférences alimentaires. La cause d'une addiction étant liée à l'usage même d'un produit psychotrope, le champ de la nutrition n'y trouve pas spontanément une place (sauf cas majeur d'une atteinte à la santé ; diabètes, anémie). En effet, ce n'est pas en changeant son alimentation qu'une personne dépendante à l'héroïne, cocaïne, ou alcool, va résoudre la question de la dépendance, qui la fait souffrir. Au même titre qu'un sevrage, un jeûne thérapeutique suivi d'une alimentation variée ne peut résoudre la question de l'addiction.

Autrement dit, utiliser le sujet-alimentation comme moyen d'accès au sujet-santé-soin semblerait rencontrer une certaine légitimité; d'autant plus que "retrouver la santé", "s'occuper de sa santé" sont des objectifs régulièrement énoncés par les usagers, qui les associent de prime abord au champ médical. Cela pose donc les questions suivantes: La nutrition a-t-elle une place dans le soin en addictologie? Les comportements alimentaires disent-ils quelque chose de là où en est l'utilisateur dans sa problématique addictive? Les préférences alimentaires peuvent-elles être des indices, des indicateurs ou marqueurs de "changement"? La question de "fond" qui sous-tend ces dernières étant: Modifier un mode de vie impliquerait-il aussi modifier son mode d'alimentation? Les hypothèses à ce stade, concernant le soin en addictologie, se traduiraient ainsi: Plus un usager favoriserait des aliments sucrés et/ou gras, plus il tendrait à avoir une alimentation dite "déséquilibrée", plus il entretiendrait sa propre problématique addictive.

Plus une alimentation serait variée, plus l'utilisateur serait ouvert à sa problématique, plus il serait acteur dans la prise en charge de son addiction. Le rapport à l'alimentation étant pour une grande part subjectif (familial, culturel), la question de l'alimentation associée à celle du soin en addictologie reste pour le moins délicate à poser. Y-a-t-il une articulation possible entre soin en addictologie et nutrition.

Ainsi, se pose la question de la pertinence de la prise en compte de l'alimentation dans une prise en charge en addictologie. Est-il légitime de vouloir limiter certains aliments auprès de personnes qui "manquent" (psychiquement)? Comment accepter des comportements de remplissage qui iraient à l'encontre d'une mise en mots de maux liés à l'addiction? Quelle tolérance peut-on avoir face à ces comportements? De manière plus globale, l'alimentation est-elle un indicateur de la santé mentale et émotionnelle d'un individu?

2 ADDICTION ET ALIMENTATION: FONCTION(S) HEDONIQUE(S), SYSTEME DE RECOMPENSE, SNC ET SNE

Le propos n'est pas d'assimiler la fonction hédonique des conduites addictives à celle des conduites alimentaires. Cette précaution étant prise, il semble nécessaire d'essayer de repérer si des connexions physiologiques existent entre ces deux fonctions hédoniques à caractère différent. Certains auteurs se sont aventurés à les comparer dans l'histoire humaine. C'est le cas de Kant, qui "en 1785 dans *la métaphysique des mœurs*", traite de "*l'abrutissement de soi-même par l'usage immodéré des plaisirs et même de la nourriture*" (DUGARIN; NOMINE, 2013, p. 140). Ou encore, RADÖ (1924 cité par PIRLOT, 2009, p. 7) qui "*fit l'analogie entre orgasme pharmacogénique dans des cas de morphinomanie et "l'orgasme alimentaire" du nourrisson au sein*" (VELEA, 2005, p. 20).

Plus récemment, Véléá (2005) rappelle les résultats d'auto administration chez les rats, qui montrent qu'entre l'héroïne et la nourriture, c'est-à-dire entre une recherche de plaisir intense et immédiat et le besoin physiologique ; les rats préfèrent l'héroïne, quitte à en perdre la vie (ROUSSEL cité par VELEA, 2005, p. 44-45). Cela met en évidence la force attractive menant à la dépendance physique de l'héroïne. Plus précisément, il s'agit là de la mise en évidence de l'existence même du circuit de la récompense; illustrée par l'expérience d'Olds et Milner (1954, cité par TASSIN, 2007, p. 94). Tassin rappelle que dans celle-ci, le rat préfère stimuler électriquement certaines zones cérébrales que de s'alimenter. Ainsi "*les récompenses naturelles – aliments, boissons, activité sexuelle- et la majorité des drogues addictives modifient la transmission dopaminergique*", la dopamine étant un neurotransmetteur clé du système de récompense (VELEA, 2005, p. 185).

Même si les drogues ont des qualités bien supérieures à celle des aliments, puisqu'elles sont préférées à l'alimentation, il n'en reste pas moins qu'elles sont toutes deux en jeu dans ce même circuit de la récompense, où système dopaminergique, mais aussi noradrénergique et sérotoninergique sont impliqués (TASSIN, 2007). Le système nerveux central et le système nerveux entérique sont en interaction, et des recherches récentes s'attèlent à corréliser perturbation ou modification du microbiote et maladies cérébrales, voire mentales (parkinson, schizophrénie, autisme, dépression).

Dans cette mouvance, les recherches de Gibson (2006 cité par DESSEILLES; MIKOLAF CZAK; DESSEILLES, 2012, p. 65-94) ont montré que *“le goût sucré et les signaux sensoriels à haute densité en énergie (ex: textures grasses) peuvent améliorer l'humeur et atténuer les effets du stress par la transmission neuronale dopaminergique et opioïde”*. Plus spécifiquement, une étude de Gand et Lewis (2010) a montré que *“consommer des aliments sucrés stimule la sécrétion de sérotonine et augmente le niveau de sérotonine dans le cerveau ce qui fait ressentir un état de détente et d'apaisement”*. Or, la neuro-gastro-entérologie avance l'idée que *“l'intestin synthétise probablement 90% de la sérotonine fabriquée par l'organisme”* (JOLY-GOMEZ, 2014, p. 56). Cependant, l'usage de produits psychotropes, opiacés principalement, a un effet déprimeur sur le SNC. Il ralentit ainsi l'ensemble des fonctions ; ce qui se manifeste par une constipation pour la sphère digestive, par une perte de sommeil, par une altération des sens (tel que le goût). L'effet anorexigène se traduit par une perte d'appétit ou par une sensation de faim non ressentie.

Ainsi, consommer des produits psychotropes a des conséquences sur les comportements alimentaires, et les fonctions qu'ils induisent tel que le goût. Or, *“Le goût ainsi que l'odorat nous mettent certes en relation avec des objets extérieurs, des molécules mais la forte charge affective que portent les saveurs, comme les odeurs, pourrait submerger la signification objective de la perception”* (HOLLEY, 2010, p. 101). Bien que les mécanismes cérébraux, intestinaux soient de plus en plus connus, et continuent à être sujets d'exploration, c'est cette charge affective, appelée valence positive ou négative, qui en quelque sorte l'emporterait sur le reste lorsque un choix et préférence alimentaire s'opère.

3 APPROCHE PSYCHANALYTIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE

Bruch (1975, p. 15) s'est particulièrement intéressée aux psychopathologies que sont la boulimie et l'anorexie. Ce qui lui a permis d'élaborer sa théorie sur l'acte alimentaire, dont l'essentiel repose sur l'idée que *"la faim n'est [...] pas une connaissance innée, une éducation est nécessaire à sa bonne adaptation"*. Ce qui serait à priori purement physiologique tel que la sensation de faim, ne l'est pas.

Pour soutenir cette idée, elle se base sur la qualité de la relation mère-enfant, quand celui-ci était encore hors langage. Elle fait un lien direct entre la qualité de cette relation et la reconnaissance, la gestion des émotions à l'âge adulte. Ainsi *"les habitudes alimentaires que (la mère) cherche à lui inculquer renseignent l'enfant sur l'opinion que sa mère a de lui"* (HENRY cité par BRUCH, 1975, p. 79). Par sa manière de l'alimenter, incluant le moment (plus ou moins adapté), la quantité, la qualité, la mère participe à la construction que l'enfant se fera de lui-même.

Si bien que si une mère utilise la nourriture comme unique réponse aux différents types de besoins que l'enfant manifeste, ou comme récompense, *"en fait, selon qu'il se montre docile ou non [...] on doit s'attendre à ce que l'enfant, incapable de les différencier, confonde plus tard besoins physiologiques et pulsions émotionnelles et se sente privé de toute possibilité de contrôle sur lui-même"* (BRUCH, 1975, p. 76).

Ce que l'on semble retrouver chez la plupart des personnes toxicomanes en soin est bien cette confusion entre émotion et sensation physique ; faisant écho aussi à l'alexithymie. Cela renvoie également à la conception de Pirlot (2009, p. 81) concernant l'addiction, selon laquelle *"[elle] proviendrait ainsi du fait qu'à l'époque préhistorique d'avant le langage, la quantité de satisfaction tenait lieu de qualité"*. Ce qu'il y aurait de commun entre troubles du comportement alimentaire, et conduites addictives s'expliquerait par la conception psychanalytique de la personnalité, à savoir qu'*"elle est le fruit des expériences et des relations de l'enfant avec son environnement"* (BRUCH, 1975, p. 81). Un autre élément pourrait paraître commun: la fonction même du produit psychotrope, pour la personne souffrant d'addiction, et celle de l'aliment, pour celle souffrant d'anorexie/boulimie. En effet, Bruch (1975, p. 61) souligne que *"ces malades semblent utiliser leur fonction alimentaire, comme si elle était apte à résoudre leurs problèmes de*

personnalité". On retrouve ici l'illusion qu'entretient le toxicomane sur la solution (magique) qu'il a trouvée pour gérer ses émotions, ou problèmes.

De même, l'approche psychopathologique de Bruch (1975) induit "une prise en charge" comparable à celle développée par l'approche expérientielle (MOREL; COUTERON, 2008) en addictologie. "*Le but de la thérapeutique est de rendre possible pour le patient la découverte de ses propres pouvoirs, de ses facultés et de ses capacités internes à juger, penser et sentir*" (BRUCH, 1975, p. 390). Sur un plan psychanalytique, l'alimentation renvoie à des choses archaïques. Pour structurer le rapport à la vie, le langage maternel est primordial. Les mots qui accompagnent l'acte alimentaire vont permettre à l'enfant de se construire, et d'intégrer le monde dans lequel il est. "*Avant toute chose, on pense avec sa bouche, avec ses dents*" (HADDAD cité par HARRUS-RÉVIDI, 1994, p. 30). Emprunter cette approche permet de mesurer à quel point l'acte courant de manger implique la construction du psychisme humain, portant en son essence la question du manque. En effet, il est primordial de rappeler que "*le désir des enfants est d'avoir la bouche pleine de l'objet aimé, le vide de la bouche symbolise l'angoisse du manque affectif corrélatif du manque à être*" (HARRUS-RÉVIDI, 1994, p. 35). Ainsi ce qui est en jeu dans l'apprentissage de la langue, est "*l'avènement même des sujets à être*" (HARRUS-RÉVIDI, 1994, p. 70).

En résumé, "*Manger, c'est introduire dans son corps une partie du monde et en faire du soi, axiome quotidiennement mais jamais conscient, ni élaboré*" (HARRUS-RÉVIDI, 1994, p. 87). Autant dire que les choses se font à l'insu de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra. Ainsi, selon Harrus-Révidi (1994, p. 123-125), "*l'assiette représente matériellement notre possibilité de survivre parce que l'obscur angoisse du manque [...] perdure dans le fantasme archaïque*". De ce fait, "*l'assiette contient le morceau de monde qui nous est réservé*" et "*[...] est, enfin et surtout, négation de vide, objet de déni du manque*".

Cette approche nous permet de concevoir que la question du manque, centrale et massive chez la personne toxicomane pourrait être "activée", ou particulièrement perçue par et à travers l'acte alimentaire. L'assiette pourrait donc, à certains moments, être l'objet fixant cette question centrale chez le toxicomane, qui résonnerait alors par des "j'ai pas été assez servi", "j'ai été moins servi que mon voisin", etc. L'approche psychanalytique permet ainsi de pointer la dimension inconsciente de cette pratique ordinaire. Elle lie alimentation infantile à l'apprentissage de vocabulaire, à l'apprentissage d'une reconnaissance des émotions, à une vaine

lutte contre le manque primordial. De telle sorte que le lien avec la notion d'alexithymie chez le toxicomane, semble de nouveau se confirmer.

4 ALIMENTATION ET DIMENSION SOCIALE

L'être humain étant voué à vivre en société, l'acte alimentaire va revêtir un certain nombre de fonctions qui conditionnent et organisent celle-ci. Lange (1974, p. 24) souligne que *"les nations, les régions, les classes sociales dictent à ceux qui les composent ce qu'il faut manger et la manière dont il faut le faire"*. Par conséquent, l'être humain ne mange pas ce qu'il veut, comme il veut et où il veut. Ainsi dès le plus jeune âge, l'activité humaine qu'est le repas prend la forme d'une *"Institution stricte"* (p. 42). Il devient clair qu' *"en mangeant, l'homme apprend un système social et y adhère"* (LANGE, 1974, p. 24). L'homme ne mange pas qu'un aliment, qu'un plat, mais une partie d'un ensemble de normes, valeurs, règles auquel il s'identifie. Par là même, *"le mangeur retrouve par le repas la société qui lui est familière, mais aussi l'esprit de famille qui l'a élevé"* (p. 25). Cela souligne l'inhérence de la transmission familiale dans cet acte.

Les choix alimentaires du mangeur adulte sont donc corrélés et dépendent des conditions de vie qu'il a connues plus tôt, conditions affectives, économiques, familiales, culturelles. En cela, ils amènent la question de l'identité sociale. Par ailleurs, notons que la sociologie et l'anthropologie de l'alimentation ont montré que *"l'anxiété est un invariant du comportement alimentaire"* (POULAIN, 2007, p. 315). Si bien qu'il existe un consensus théorique sur *"un affaiblissement de l'appareil normatif qui encadre l'alimentation"* (POULAIN, 2007, p. 316). Ce qui régit les comportements alimentaires est moins clair, plus flou pour l'homme d'aujourd'hui.

Cet affaiblissement est-il en lien avec l'évolution des sociétés modernes? Selon Lange (1974, p. 92), l'évolution des principes alimentaires dans la société occidentale est due à trois facteurs: *"l'accélération de la vie quotidienne, l'apparition de la journée continue et la mise au travail de la femme"*. A cela, on peut ajouter l'évolution des sciences médicales. Pour la sociologie de l'alimentation, *"l'alimentation se trouve prise dans le mouvement général de "médicalisation de la société"* (REGNIER; LHUISSIER; GOJARD, 2006, p. 67). En effet, *"l'histoire*

montre que [...] ce sont d'abord les vertus médicinales prêtées à un produit qui motive son utilisation ; puis cette médecine pénètre les menus (FISCHLER, 1990 cité par REGNIER et al., 2006, p. 67).

L'importance du "garder la santé, être en bonne santé" grâce à une alimentation diversifiée est une préoccupation particulièrement remarquable dans les sociétés industrialisées ; en comparaison aux pays en voie de développement, où la préoccupation principale sera le ravitaillement des aliments de base. On attend des vertus de l'aliment qu'elles soignent, de telle sorte que le terme d'aliment a fait son apparition, dans notre société contemporaine. Cette préoccupation récente semble liée à la conception médicale de l'homme, aux savoirs que la société établit. Or, selon la sociologie de l'alimentation, "*la nutrition est une science complexe et en constante évolution*" (REGNIER et al., 2006, p. 55).

5 ADDICTION ET NUTRITION: SIMILITUDES DES PRISES EN CHARGE?

Au même titre que les conduites addictives, les conduites alimentaires font l'objet de réprobation morale. Or, la morale, tout en édictant des règles de conduites, pointe les plaisirs "interdits". Selon Apfeldorfer et Zermati (2006), ce sont les aliments les plus nourrissants, les plus savoureux qui sont interdits par ce qu'ils nomment "*un moralisme diététique*". Ce dernier est ce qui "*renforce notre désir de les consommer, d'en abuser*" (p. 138). C'est un phénomène que l'on retrouve aussi dans le champ des addictions. Ces auteurs soulignent que "*la boulimie occidentale ne se limite pas au domaine alimentaire, mais concerne tous les aspects de la vie*" (APFELDORFER; ZERMATI, 2006, p. 170).

On a vu d'ailleurs apparaître le terme de Junk Food, terme péjoratif regroupant les produits hautement énergétiques. Pour ces auteurs, "*le recours à des aliments denses est motivé par des facteurs émotionnels sans rapport direct avec l'alimentation. C'est pour lutter contre des émotions désagréables, pour s'en protéger, qu'on se shoote à la Junk Food [...] on court après la béatitude, le bien-être, l'oubli de la douleur physique ou morale*" (APFELDORFER; ZERMATI, 2006, p. 159).

Ce point de vue rejoint celui de la psychopathologie concernant la boulimie et l'anorexie, mais aussi celui de la clinique des addictions. Ce n'est pas l'aliment le problème ou l'ennemi mais

bien la place excessive qu'il occupe ainsi que sa fonction détournée. Tout comme l'utilisateur de drogue s'identifie au produit consommé, *"l'homme est, comme l'écrit Frazer (1927, cite par FISCHLER; MASSON, 2007, p. 215), persuadé de devenir ce qu'il mange"*. Pour certains, la proposition de *"démédicaliser la nutrition"* (APFELDORFER; ZERMATI, 2006, p. 285) devient capitale; tout comme en addictologie.

En effet, on constate que *"la foi en une pharmacologie capable de changer les comportements persiste"* (PERINO, 2012, p. 49). Tout comme le patient-usager de drogue croit qu'un sevrage ou un traitement de substitution va régler en grande partie son addiction, l'existence de médicaments contre le cholestérol, le diabète, les troubles cardiaques font croire aux patients en un traitement médicamenteux, comme unique solution. Solution supposée rapide. *"Ces médicaments les dédouanent de toute responsabilité hygiéno-diététique en amont", et, "les patients ont la conviction que ces médicaments [...] auront une action plus efficace que leur propre conduite"* (PERINO, 2012, p. 48). Si bien que les patients ne perçoivent pas spontanément, qu'ils peuvent être à l'initiative et moteur de changement, dans leurs conduites alimentaires ou addictives.

En nutrition, *"se remplir est un processus passif"* alors que *"digérer est un processus actif, qui nécessite qu'on s'implique, qu'on choisisse, qu'on prenne et qu'on rejette"* (APFELDORFER; ZERMATI, 2006, p. 174). Se remplir pourrait être aussi se remplir de médicaments, pas seulement de nourriture. Digérer ne serait pas uniquement digérer des aliments, mais digérer son histoire, ses désillusions, ses envies, ses espoirs, ses choix, en s'engageant dans de nouveaux choix, projets, paroles. Tout comme *"exister plus évite de manger trop"* (APFELDORFER; ZERMATI, 2006, p. 230), on pourrait écrire simplement que *"exister plus évite le trop"*, qu'il soit du côté de l'alimentation ou de l'addiction.

Le problème soulevé par les professionnels de santé et confirmé par la sociologie de l'alimentation est que *"les patients les plus préoccupés par leur santé sont souvent plus disciplinés et socialement plus favorisés. Inversement, les personnes qui [...] ont pris plus de risques ou ont été exposées à plus de nuisances sont devenues moins réactives aux messages de propagande sanitaire"* (PERINO, 2012, p. 144). Autrement dit, *"on observe que ceux sur qui les informations fournies ont le plus d'impact ne sont pas ceux qui sont le plus concernés"* (FISCHLER; MASSON, 2007, p. 117). On peut supposer qu'une personne ayant un parcours sinistré ne sera pas sensible

à un discours sanitaire. D'autres préoccupations l'habitent. Ce qui est le cas des personnes toxicomanes. La sociologie de l'alimentation a ainsi montré que les ménages pauvres, aux Etats-Unis, "*privilégient les produits industriels (moins chers mais à teneur plus élevée en graisses et en sucres) conformes à la culture de consommation, au détriment des produits frais*" (REGNIER et al., 2006, p. 64). Acheter, consommer à l'excès ces produits permettrait de faire comme tout le monde, d'avoir le sentiment d'appartenir à une "même" société, voire de diminuer un possible sentiment de rejet. Cela montrerait qu'"on n'est pas exclu de la société de consommation" (APFELDORFER; ZERMATI, 2006, p. 222).

Pour ces mêmes professionnels de la santé, la question de l'alimentation si elle n'est posée qu'en terme médical et nutritionnel, politiquement, "*permet d'éviter de se questionner sur le problème des laissés-pour-compte de la société de consommation*" (APFELDORFER; ZERMATI, 2006, p. 222). Ainsi donc, on ne peut se contenter d'un discours sur le "bien manger" ou d'un diététiquement correct, que ce soit en addiction ou en nutrition. Il s'agit de tenir compte des différentes dimensions qui traversent le sujet, celle de la précarité socio-économique ne peut être mise de côté.

On peut supposer que la précarité est source de tensions dans la vie de l'individu. On a vu que consommer des produits industriels permettait de réduire un sentiment d'exclusion inhérent à la précarité. Or les produits consommés ont la particularité d'être majoritairement des produits gras/sucrés ou gras/salés. Une recherche récente (DEGLAIRE et al., 2011) a mis en évidence qu'une forte attirance pour le gras (gras salé ou gras sucré) est associée à des profils bien spécifiques, et confirme les constats précédents. Un des résultats nous intéresse ici, car il dit que "*les personnes appartenant à de faibles niveaux socio-économiques sont plus attirées par le gras (salé et sucré) que celles avec de plus hauts revenus*". Cette même recherche montre que "*les fumeurs et les consommateurs d'alcool sont beaucoup plus attirés par le gras-salé que les non-fumeurs et les non-consommateurs d'alcool, particulièrement chez les hommes*".

Concernant spécifiquement le sucre, nous avons vu aussi que sa consommation favorisait la sécrétion de sérotonine, qui joue un rôle dans le contrôle des émotions et des conduites alimentaires. Concernant les textures grasses, en favorisant la perception de la saveur sucrée, elles participent à atténuer les effets de stress, car elles "*sont de puissants capteurs de goût*" (POULAIN, 2007, p. 324). On peut donc considérer que les aliments sucrés et/ou gras

feraient partie des préférences alimentaires, en situation émotionnelle instable. Ce qui est le cas des personnes toxicomanes ou en grande précarité.

6 CADRE PRATIQUE DE CETTE RECHERCHE EXPLORATOIRE

Pour vérifier si les comportements et préférences alimentaires pour les aliments sucrés/gras sont prédominants ou non chez des personnes souffrant d'addiction, et en processus de soin, il a fallu explorer sur le terrain ce qu'il en était. Pour cela, la création d'un questionnaire fut choisie et a permis de comparer comportements et préférences alimentaires d'un échantillon de 54 hommes divisé en trois populations (18 sujets chacune):- celle d'un public usager actif de drogues, problématique addictive supposée forte: échantillon CAARUD, constitué de 18 participants hommes pour qui les consommations, a priori, ne font pas l'objet d'une envie d'arrêt ou de diminution. L'âge des participants est compris entre 28 à 53 ans (Moyenne de 35 ans) – celle d'un public patient-usager, problématique addictive supposée stabilisée: échantillon CSAPA, constitué de 18 participants hommes, qui ont un traitement de substitution stabilisé, méthadone ou buprénorphine, pris au sein du CSAPA. L'âge des sujets est compris entre 20 et 47 ans (Moyenne de 32 ans). Tous les sujets bénéficient d'un suivi en CSAPA avec ou sans hébergement, d'une l'association de la ville d'Amiens. Ils ont donc des entretiens sociaux, médicaux et thérapeutiques à honorer. - celle d'un public non consommateur de drogues; problématique addictive supposée nulle: échantillon Témoin, constitué de 18 sujets hommes non consommateurs de drogues. L'âge des participants est compris entre 32 et 73 ans (Moyenne de 52 ans). Ils n'ont pas de traitement de substitution et consultent un cabinet de kinésithérapie, pour divers motifs. Ce cabinet pratique une prise en charge globale en prodiguant des conseils alimentaires généraux, et se réfère à la médecine chinoise.

7 CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Le recueil de données a été réalisé au moyen d'un questionnaire constitué de 47 questions fermées, et se clôture par une question ouverte [Q.47]. Dans cette dernière, la personne peut s'exprimer de façon libre et ajouter des informations supplémentaires sur ses

habitudes alimentaires. Le choix de faire des questions fermées est basé sur le fait qu'elles permettent une formulation la plus claire et simple possible, évitant au mieux toute double interprétation. Mais il faut préciser l'importance des commentaires faits oralement au cours de la passation, et reportés par mes soins dans l'espace réservé à la question ouverte.

A partir de différentes familles d'aliments (viande, fruits, légumes, produits laitiers, boissons chaudes et froides), les questions posées portent: sur les comportements alimentaires actuels et la fréquence de consommation des aliments (15 questions). Sur les préférences alimentaires présentes (13 questions). Deux d'autres questions abordent succinctement les préférences passées.

Le premier ensemble de questions a pour but de fournir une vue globale de chaque échantillon sur ses comportements et choix alimentaires du quotidien. Le second ensemble a pour but d'identifier une préférence, salée ou sucrée, dans l'alimentation de chaque échantillon. Cette distinction entre comportement et préférence permettra de contrôler, dans les résultats, si les préférences alimentaires correspondent à ce qui est le plus consommé au quotidien. Deux questions portent sur la prescription d'un traitement. Elles permettent de mesurer si un traitement de substitution participe, ou non, aux préférences alimentaires en tant qu'indicateur volonté de gestion des consommations; soit, de mesurer s'il a une incidence directe sur le comportement alimentaire. On devrait s'attendre à observer une alimentation plus sucrée et/ou grasse pour l'échantillon CSAPA, comparée à celle de l'échantillon Témoin.

Deux questions concernent la consommation de tabac car les non-fumeurs sont très rares dans le public toxicomane. Cette variable a été introduite dans le questionnaire, dans la mesure où la nicotine est un produit addictif et que sa consommation pourrait être corrélée ou non à une problématique addictive avérée. Le nombre de cigarettes fumées par jour serait-il un indicateur aggravant de l'état émotionnel d'un patient-usager? On devrait s'attendre à observer plus de fumeurs dans les échantillons CAARUD puis CSAPA, que dans l'échantillon Témoin.

Une question nous renseigne sur l'âge des participants. Cette variable n'a pas fait l'objet d'une quelconque exclusion, à part celle de minorité, si le cas se présentait dans le groupe Témoin. L'objectif est de comparer des échantillons de population adulte. Enfin, trois d'autres questions nous renseignent sur la situation socio-économique. Les conditions de vie sont abordées par des questions comme le type de logement (seul/en couple/ hébergé famille/ autre)

et le type de revenus (aucun /fixe/ allocations). Ces questions permettent de mesurer le niveau de précarité socio-économique des échantillons. Il est envisagé que plus la précarité est grande, moins l'alimentation tend à un équilibre.

8 SYNTHÈSE DES RESULTATS

Concernant la situation socio-économique, pour l'échantillon CAARUD, la précarité socio-économique se vérifie particulièrement car 77,8% perçoivent des allocations, et que 87,5% n'ont pas de logement stable. Les réponses "autre situation" à la question du logement correspondent à "squat", "dans la rue", "foyer d'urgence", "hôtel", "hébergé par un tiers"...L'échantillon CSAPA est concerné par la précarité socio-économique, à un degré moins élevé que le CAARUD. En effet, 29,4% n'ont aucuns revenus, mais 47,1% perçoivent un salaire. De plus, à la question du logement, 50% répondent "autre situation", soit "foyer", "hébergé par un ami", "colocation", "milieu carcéral".

Le chiffre plus élevé pour les "aucuns revenus" en CSAPA s'explique par le fait qu'une partie du public accueilli est sous-main de justice et ne bénéficie pas de revenus à proprement parler. Enfin, pour l'échantillon Témoin, la variable précarité est faible car tous ont un logement stable et bénéficient de revenus. Les réponses ne nous disent pas le montant des revenus. Mais vivant majoritairement en couple, ayant un logement stable, on peut supposer qu'ils sont supérieurs au montant d'un revenu de solidarité active ou autre allocation.

Concernant le traitement, pour le groupe CAARUD, les traitements les plus cités sont la buprénorphine, puis méthadone, et valium/seresta. Pour le groupe CSAPA, 87,5% ont un traitement de substitution: méthadone pour 14 sujets, et buprénorphine pour deux. Deux autres sujets sont concernés par des traitements tels que seresta ou antidépresseur/aotal. Notons que sur les 14 personnes ayant la méthadone comme traitement, 11 l'ont exclusivement. Trois l'accompagnent d'un traitement annexe, type antidépresseur. Pour le groupe Témoin, il s'agit de traitement contre l'épilepsie, le cholestérol, l'hypertension, maux d'estomac, arthrose et un traitement homéopathique global.

Concernant le tabac, tous les participants des échantillons CAARUD et CSAPA sont concernés par sa consommation ; avec une moyenne de 16 cigarettes fumées par jour. Pour

l'échantillon Témoin, deux (N=18) sont fumeurs; l'un fume 13 cigarettes par jour, l'autre environ 3 et fume occasionnellement le cigare.

Concernant l'alimentation, de manière globale, concernant la préférence entre le salé et le sucré, on note: une relative préférence pour le salé, pour le groupe Témoin (non consommateur de drogues); une relative préférence pour le sucré, pour le groupe CSAPA (qui ont un traitement de substitution stabilisé) et une nette préférence pour le salé, pour le groupe CAARUD (usager actif). Même s'ils ne sont pas systématiquement mangés le plus fréquemment dans le quotidien, on constate que les préférences alimentaires sont confirmées par les comportements alimentaires. On n'observe pas de sujet avec une nette préférence pour le salé et ayant une alimentation majoritairement sucrée, par exemple.

De manière plus spécifique, concernant le croisement entre le comportement et les préférences alimentaires, les résultats du questionnaire permettent de constater qu'il n'y a pas de préférence significative entre le salé et le sucré pour l'échantillon Témoin. Il privilégie une consommation variée des différentes familles d'aliments, et tend donc à un équilibre alimentaire. On constate une préférence pour une alimentation grasse et salée pour l'échantillon CAARUD. La variété des aliments est présente en proportion déséquilibrée. On constate une préférence pour une alimentation grasse sucrée et salée pour l'échantillon CSAPA, où la variété des aliments est faible.

9 VERIFICATION DES HYPOTHESES ET DISCUSSION

Les hypothèses de départ posaient que plus un patient-usager serait acteur de sa prise en charge, moins il favoriserait une alimentation riche en calories et dense, et plus il favoriserait une alimentation équilibrée. Plus la problématique addictive serait critique, plus la consommation d'aliments sucrés/gras serait privilégiée. Plus l'alimentation serait variée et diverse, moins l'addiction chez le patient-usager serait prégnante. Les résultats de ce questionnaire ne permettent que de nuancer ces hypothèses et de faire quelques constats: Les personnes ayant une problématique addictive supposée forte ont une alimentation répétitive et peu variée, avec une tendance pour des produits gras et salés. Le plaisir gustatif ne semble pas prioritaire.

Les personnes ayant une problématique supposée stabilisée ont une alimentation répétitive, davantage variée, avec une tendance pour les produits gras, salés ou sucrés. Les personnes sans problématique addictive majeure présentent une alimentation variée, dite équilibrée, avec une tendance pour les produits les moins gras, salés ou sucrés. Les résultats ne permettent en aucun cas d'établir un rapport de causalité entre la gravité d'une problématique addictive et les conduites alimentaires. Il est important de souligner qu'il existe toujours un écart entre ce que l'on pense, ce que l'on dit, et ce que l'on fait. Les résultats en sont empreints. D'autre part, la variable "précarité" vient complexifier le raisonnement: quelle est sa part différenciée de celle de l'addiction dans la préférence d'aliments gras (salés/sucrés)? La question ne peut qu'être posée ici et reste à explorer.

Les résultats poussent cependant à questionner les critères qui permettent d'affirmer qu'un patient-usager investit sa démarche de soin. Les critères choisis pour ce travail ont été généraux: fréquentation d'un CSAPA, prise de traitement de substitution. La variable "traitement" est non exploitable, à *elle seule*, comme indicateur d'une prise en charge active de l'addiction par le patient-usager. Elle ne permet pas d'évaluer là où il en est dans son processus interne de changement. Ce qui rejoint la conception de l'approche expérientielle. L'échantillon CSAPA était constitué presque entièrement de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution. Il s'agit donc probablement de la population la plus en difficulté avec son addiction, commençant par une gestion des consommations afin de diminuer les effets secondaires négatifs de celles-ci.

En ce sens, il se pourrait que la variable "traitement" soit un facteur "aggravant" dans le cadre de cette exploration. Elle indiquerait ici une fragilité émotionnelle particulière dans le sens où le sujet serait dans une phase où il "croit" au pouvoir de la molécule. La littérature en psychopathologie, en nutrition, en addictologie se rejoignent sur l'idée que plus ce pouvoir est supposé fort, moins le sujet peut croire en ses propres compétences pour trouver ses solutions.

L'arrêt des consommations de produits psychotropes, la prise d'un traitement ne disent pas comment et si le sujet s'approprié sa démarche de soin. La variable "traitement", en tant que telle, est un indicateur d'une volonté de changement et de gestion des comportements, mais insuffisante pour en dire plus sur l'état interne du sujet.

Concernant le CAARUD, la problématique addictive est forte mais sans volonté de soin. D'emblée la sensibilité émotionnelle est "entretendue", maintenue, ne fait pas l'objet de réflexion et de changement. Les consommations maintiennent l'illusion de liberté et continuent à jouer leurs rôles défensifs pour le sujet. Celui-ci fuyant toute subjectivité. De ce point de vue, on pourrait alors comprendre que la consommation d'aliments gras/sucrés concerne davantage les sujets de l'échantillon CSAPA. Ceux-ci amorcent un arrêt de consommations de produits psychotropes, et seraient dès lors concernés par un retour (relatif et fragile) de leur subjectivité.

Malgré tout, cette modeste expérience tend à souligner l'apport sociologique de Lange (1974) dans lequel les conduites alimentaires sont liées, dépendantes et régies par les habitudes familiales, culturelles et sociales. L'intérêt d'aborder l'alimentation avec des personnes souffrant d'addiction réside donc dans le fait d'être un moyen détourné et original pour aborder les souvenirs, l'histoire familiale. Au CTR, ce questionnaire fût l'occasion pour un résident de m'entretenir sur ses conditions de vie, enfant. Ce qui était pour lui jusque-là assez compliqué car il ne savait pas "quoi dire" ou "par quoi commencer".

Au CAARUD, au CSAPA, ce fût l'occasion de discuter aussi autour de la relation mère-fils passée et présente ("je passe après mon beau-père", "ma mère me cuisine que des choses que j'aime"...), autour de la famille, et encore sur les conditions de vie infantiles ("ma mère cuisinait pas", "on mangeait des boîtes"...).

Les questions portant sur les plats préférés ou détestés durant l'enfance ont été révélatrices de souvenirs agréables ou douloureux pour certains sujets. Ces questions ont été barrées par deux sujets du groupe CAARUD. Un autre ne se rappelait pas, disant que "c'est loin" (le sujet a 28 ans), mais s'est ensuite laissé aller à répondre. Même si pour le CAARUD, le plaisir gustatif ne semble pas investi, il n'en reste pas moins que de "bons souvenirs" gustatifs existent toujours et reviennent à la surface.

Quant au CSAPA, un sujet a répondu "ma famille" comme plat détesté. D'autres plats détestés cités furent les "pâtes à la sauce tomate de la voisine, quand ma mère n'était pas là", ou les "plats de ma belle-mère, que je n'aimais pas". On peut aisément saisir ici toute la charge affective et inconsciente associée à l'alimentation, que Bruch (1975) et Harrus-Révidi (1994) soulignent grâce à l'approche psychanalytique. De manière indirecte, et moins intrusive, l'alimentation permet à l'utilisateur de verbaliser des éléments affectifs négatifs ou positifs de son

enfance, de ses conditions de vie passées et présentes. Par ailleurs, il est intéressant de remarquer les références faites aux messages nutritionnels véhiculés par les médias.

L'échantillon Témoin, ayant une alimentation équilibrée, est celui qui y fait le plus référence. On observe comme aliment rejeté "les hyperglycémiantes". La consommation de fruits de saison et celle de noix y sont fréquemment citées ; celle des légumes est majoritaire ; enfin, on observe très peu de grignotage. Ce qui rejoint l'approche sociologique de Fischler et Masson (2007) sur l'impact des informations nutritionnelles sur ceux qui sont le moins concernés.

Dans l'échantillon CSAPA, un sujet dit manger "des succulents" à chaque repas ; un autre demande: "Les lentilles, c'est des légumes?". On remarque ici que les messages sont perçus, entendus mais pas complètement intégrés ou compris. Pour les groupes CAARUD et CSAPA, des commentaires connotés moralement sont les plus fréquents: "je mange mal", "je grignote trop", "je suis difficile". Des justifications sont amenées pour expliquer une alimentation déséquilibrée. Elles sont liées au contexte de vie ("cuisiner pour une personne, c'est pas intéressant"), aux conditions économiques (la viande, "c'est trop cher"), ou encore à un moment précis du parcours personnel ("depuis deux ans...depuis ma séparation", ou "en ce moment"). Elles rejoignent et illustrent l'approche de Fischler et Masson (2007, p. 73) selon laquelle l'alimentation est "*imprégnée de considérations religieuses et morales*".

Le nombre de fumeurs pour le CAARUD et sa nette préférence pour le salé rejoignent le constat selon lequel une préférence pour le gras/salé est plus fréquente chez les fumeurs et consommateurs d'alcool. Pour le CSAPA le nombre de fumeurs est très élevé aussi. Mais il semble être très rare de pouvoir y proposer un sevrage tabagique ou d'en entendre la demande. On sait en effet que l'arrêt du tabac s'accompagne de l'arrêt de son effet anti-stress, antidépresseur, et plaisir. Il s'agit là d'une difficulté supplémentaire qu'aucun travailleur social, éthiquement, n'est apte à soutenir lorsqu'un sujet commence à prendre le chemin du soin de son addiction.

Par contre, être attentif au rythme et nombre de cigarettes fumées par jour semble être un moyen d'aborder le patient-usager sur son état émotionnel et mental du moment. Une dernière remarque quant à ce travail amène à évoquer le facteur régional, familial et culturel dans les conduites alimentaires. Cet aspect apparaît dans certains plats préférés cités. Ce faisant, la référence peut être liée aux origines familiales ("couscous", "plat sénégalais"). Elle peut être régionale, "chicons" pour le nord de la France, "cuisse de chevreuil", "lapin"...pour la Picardie. Il

faut rappeler ici que la Somme est un département majoritairement rural où pêche et chasse sont des pratiques communes. Il n'est pas rare qu'un patient-usager ait grandi ou vive en milieu rural, fréquentant alors une ferme familiale. Il faut souligner cet aspect car ce même travail dans un CAARUD ou CSAPA en région parisienne aurait vu probablement d'autres résultats.

10 CONCLUSION

L'alimentation touche à des choses si archaïques et si subjectives que cela semble inhiber toute action dans ce domaine, en soin en addictologie. C'est pourquoi vérifier si et comment la nutrition pouvait trouver une place dans la prise en charge des addictions est apparu comme essentiel. Sur un plan pratique, faut-il laisser faire? Comment oser limiter une personne lorsqu'elle dit "j'ai faim", "j'ai envie de manger ça", "j'aime manger ça", ou "vaut mieux ça que la défonce"? Sur un plan théorique, nutrition et soin en addictologie ne se rencontrent pas. Lorsque la rencontre existe sur le terrain, elle se fait au détour d'un autre sujet de souffrance: obésité, diabète, anorexie... L'articulation entre nutrition et addiction est quasi inexistante, c'est pourquoi ce travail ne pouvait prétendre qu'à une visée exploratoire. Vérifier si la qualité de l'alimentation varie en fonction de la sévérité d'une addiction permettrait un premier pas vers cette articulation.

Pour ce faire, il a fallu vérifier deux éléments: Vérifier si une prévalence alimentaire était observable en fonction de la gravité d'une addiction. Vérifier si un public en soin consommait plus d'aliments sucrés/gras en comparaison à un public sans demande de soin, et à un public non concerné par une addiction. L'élaboration d'un questionnaire a permis de recueillir les réponses de trois échantillons, chacun représentant un public sus cité.

Il s'est avéré que plus une problématique addictive est sévère, plus une alimentation grasse est prévalente; et que, plus une alimentation est équilibrée, moins l'addiction est prégnante et centrale dans la vie du sujet. Les résultats offrent donc deux niveaux de réponse aux hypothèses. D'un point de vue général, les résultats confirment les hypothèses. A un niveau plus spécifique, ils ne les confirment pas vraiment et soulèvent d'autres questions. Les personnes qui ont participé à cette enquête exploratoire étaient toutes en stabilisation, c'est-à-dire avec un traitement de substitution stabilisé (méthadone en majorité). La question du produit est encore

très présente, et est pour beaucoup cantonné au médical. Ce qui n'est pas le cas de la majorité du public reçu en consultation. La distinction amenée par le Dr Frémaux (psychiatre du centre) entre stabilisation et consolidation est intéressante pour affiner la question. La consolidation concerne un usager qui *"ne consomme plus et évoque spontanément le désir de ne plus prendre de traitement"* (FREMAUX, 2014, p. 5).

La question des critères d'évaluation de gravité d'une problématique addictive reste donc posée. En utilisant cette distinction, une nouvelle recherche aurait à affiner cette question. Comparer les comportements et habitudes alimentaires sur une population entière, fréquentant un CSAPA, permettrait alors d'approfondir l'enquête exploratoire présente. Avec la participation de l'ensemble des patients-usagers, il serait plus aisé de mesurer la valeur de certaines variables qui ont été abordées ou omises. Ce serait le cas de la variable "précarité" qui pourrait être mesurée plus précisément, grâce à la variable "travail". Cette dernière permettrait alors d'observer si et dans quelle mesure le travail influe sur les comportements et préférences alimentaires.

La variable "parentalité" pourrait alors être mesurée également. La variable "durée de fréquentation du centre" pourrait être un indicateur permettant de mesurer l'impact de la durée de soin sur les comportements alimentaires. Enfin la variable "sexe" pourrait sans doute trouver une place dans cette nouvelle recherche. La visée exploratoire de ce travail limite d'emblée les résultats au lieu même de l'exploration, et ne permet pas de faire quelque généralité que ce soit. Cependant, il a permis, à mon sens, de confirmer l'intérêt d'introduire la nutrition dans la prise en charge des addictions. Il apparaît clairement qu'elle peut être un outil-prétexte pour accéder à la conception du soin que se fait un patient-usager. Et ce, de manière moins frontale. Ce qui est un atout lorsque l'on sait que le public accueilli se présente par des mécanismes de défenses massifs. Au-delà et par la normalisation qu'impose l'alimentation, elle permet d'aborder la question du temps (de la société) et de s'y (ré) inscrire. Or, on sait que le sujet toxicomane s'efforce d'être hors temps, n'a pas le temps, n'est pas dans le "ici et maintenant". Cuisiner, partager un repas offrent l'opportunité d'être avec, de faire avec, ici et maintenant justement. Cependant, il s'agit de rester vigilant quant à la manière d'utiliser cet outil.

Dans le soin en addictologie, il ne serait pas judicieux de faire valoir "la santé" comme motif premier à une prise en compte nutritionnelle. Cela serait alors cautionner une illusion

supplémentaire dont le patient-usager n'a aucunement besoin. D'autant plus que, *"la santé n'est ni un devoir, ni un capital, c'est une chose qui appartient à chacun. Il semble de plus en plus nécessaire de le rappeler"* (MOREL; COUTERON, 2008, p. 182). Revenir à une conception individuelle de la notion de santé semble s'imposer dans la prise en charge des addictions. Il semble important de ne pas se contenter d'un langage consensuel énoncé dans des objectifs généraux du type "retrouver ma santé", "être en bonne santé", mais bien d'aider à les retraduire plus spécifiquement par et pour le patient-usager. C'est là que la nutrition pourrait trouver une place, car l'alimentation est associée à la santé comme élément aggravant ou bienfaisant. Si bien qu'il est raisonnable de penser qu'accompagner un mouvement de dé-moralisation des conduites addictives pourrait être soutenu par une éventuelle déculpabilisation des comportements alimentaires.

Dans les CSAPA, l'alimentation n'apparaît probablement que lors de consultations médicales. Des ateliers cuisine, élaboration de menus équilibrés n'y existent pas à ma connaissance, mais trouverait sûrement une place intéressante, si ils se situent dans ce mouvement de déculpabilisation et si ils prennent en compte les savoirs des usagers. Aucun régime spécifique aux personnes toxicomanes n'existe en tant que tel, tant cela relève de la singularité de la situation. Certains compléments alimentaires sont prescrits en cours de sevrage (alcool principalement), mais deviennent vite inutiles lorsque la personne reprend une alimentation variée (en CTR par exemple). Certains régimes ont été élaborés en fonction de pathologies, mais ne créent pas l'adhésion de l'ensemble du corps médical, voire lui sont inconnus. La pratique du jeûne thérapeutique se développe également. Elle est préconisée pour tout type de maladie et a pour but de permettre au corps de se défendre lui-même. Elle ne se substitue pas à une quelconque médication.

Il est impensable de proposer ne serait-ce qu'une journée ou deux de jeûne à un patient-usager (encore moins en cours de sevrage). L'idée de ne pas manger est source d'angoisse, d'autant plus pour une personne qui manque. Cette idée du "jeûne" permet cependant une réflexion sur le décalage entre le manque réel et la peur de manquer. Sans proposer de jeûne, il serait envisageable de proposer un travail d'écoute des sensations du corps, de différenciation des émotions qu'elles suscitent, de reconnaissance des saveurs, de

différenciation entre faim et envie de manger... Ces types d'interventions existent déjà pour les personnes souffrant d'obésité, en prise en charge individuelle ou de groupe en ateliers.

Des pôles de prévention et d'éducation du patient ont vu le jour et seraient susceptibles de recevoir un public toxicomane en soin, concerné par "*le tabagisme, l'anxiété, la sédentarité*". Ces pôles proposent des consultations ou des ateliers autour de l'alimentation. Un travail de partenariat s'inscrivant dans une mouvance transdisciplinaire serait à développer tant que des ateliers cuisine (équilibre-plaisir), élaboration de menus pour petits budgets ne voient le jour dans les CSAPA. Le soin en addictologie peut s'inspirer de ce que propose déjà la nutrition, dans un objectif de prise en charge globale. Par sa dimension identitaire, par sa fonction hédonique, centrales dans le soin en addictologie, l'alimentation apporte une plus-value dans la prise en charge des addictions. Continuer à affiner l'articulation entre nutrition et addiction par de nouvelles recherches pourraient susciter le développement de nouvelles pratiques en soin en addictologie.

11 BIBLIOGRAPHIE

APFELDORFER, G.; ZERMATI, J.-P. *Dictature des régimes*. Paris: Odile Jacob, 2006.

BRUCH, H. *Les yeux et le ventre, l'obèse et l'anorexique*. Paris: Payot, 1975.

DEGLAIRE, A. et al. Development of a questionnaire to essay recalled liking for salt, sweet and fat. *Food Quality and Preference*, 2011.

DESSEILLES, F.; MIKOLAJCZAK, G.; DESSEILLES, M. Suicide et alimentation: approche biopsychosociale. *Santé mentale au Québec*, v. 37, n. 2, p. 65-94, 2012.

DUGARIN, J.; NOMINE, P. Approche historique et épistémologique du concept d'addiction. In: LEVIVIER, M.; PEREA, F.; BELZ CERIA, I. (Org.). *Parole et addiction*. Toulouse: Erès, 2013. p. 135-168.

FISCHLER, C.; MASSON, E. *Manger: français, européens et américains face à l'alimentation*. Paris: Odile Jacob, 2007.

FREMAUX, D. Les conditions optimales pour la prescription de la méthadone, de la buprénorphine et du baclophène en médecine de ville. *Bulletin Entrelacs*, v. 7, n. 1, p. 3-5, 2014.

HARRUS-RÉVIDI, G. *Psychanalyse de la gourmandise*. Paris: Payot, 1994.

HOLLEY, A. Les racines du goût sucré. In: BILLAUX, M. S. (Org.). *Le goût du sucre*. Paris: Autrement "Mutations", 2010. p. 96-105.

JOLY-GOMEZ, F. *L'intestin, notre deuxième cerveau*. Villeneuve-d'Ascq: Marabout, 2014.

LANGE, F. *Manger ou les jeux et les creux des plats*. Paris: Seuil, 1974.

MOREL, A.; COUTERON, J.-P. *Les conduites addictives, comprendre, prévenir, soigner*. Paris: Dunod, 2008.

PERINO, L. *Les nouveaux paradoxes de la médecine*. Paris: Le Pommier, 2012.

PIRLOT, G. *Psychanalyse des addictions*. Paris: Armand Colin, 2009.

POULAIN, J.-P. Du bon beurre à la mauvaise graisse: modernité alimentaire et catégorisation alimentaire. In: FISCHLER, C.; MASSON, E. *Manger: français, européens et américains face à l'alimentation*. Paris: Odile Jacob, 2007. p. 317-324.

REGNIER, F.; LHUISSIER, A.; GOJARD, S. *Sociologie de l'alimentation*. Paris: La Découverte, 2006.

TASSIN, J.-P. Neurobiologie de l'addiction: proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique*, v. 83, n. 2, p. 91-97, 2007.

VELEA, D. *Toxicomanie et conduites addictives*. Paris: Heures de France, 2005.

Recebido em 5 de julho de 2016.

Aceito em 29 de julho de 2016.