



HAL
open science

Pratiques actuelles et connaissances utiles au médecin généraliste dans le domaine des addictions comportementales : étude chez 53 médecins généralistes du Havre concernant 6 addictions sans drogue (jeu pathologique, achats compulsifs, addiction à l'internet, addiction au travail, addiction à l'exercice physique et addiction au sexe)

Anne-Gaëlle Chansin

► **To cite this version:**

Anne-Gaëlle Chansin. Pratiques actuelles et connaissances utiles au médecin généraliste dans le domaine des addictions comportementales : étude chez 53 médecins généralistes du Havre concernant 6 addictions sans drogue (jeu pathologique, achats compulsifs, addiction à l'internet, addiction au travail, addiction à l'exercice physique et addiction au sexe). Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00745817

HAL Id: dumas-00745817

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745817v1>

Submitted on 26 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHANSIN Anne - Gaëlle

NEE LE 19 AVRIL 1982 A SAINTE ADRESSE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 SEPTEMBRE 2012

Pratiques actuelles et connaissances utiles au médecin généraliste dans le domaine des addictions comportementales : étude chez 53 médecins généralistes du Havre concernant 6 addictions sans drogue (jeu pathologique, achats compulsifs, addiction à l'internet, addiction au travail, addiction à l'exercice physique et addiction au sexe).

PRESIDENTE DU JURY : Pr Florence THIBAUT

DIRECTEUR DE LA THESE : Dr Jean Luc SALADIN

Année Universitaire 2011-2012

UFR de MEDECINE – PHARMACIE de ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUTTRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - , DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET <small>LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF</small>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ

UFR Anglais

Mme Michèle GUIGOT

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES****M. Sahil ADRIOUCH**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)**Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Antoine OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES**M. Mario TOSI**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Serguei FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront proposées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je remercie tout particulièrement :

Mon conjoint : merci de m'aider et de me supporter chaque jour,

Mon fils Maxime, qui est mon rayon de soleil,

Mes parents et mes sœurs : merci pour leur soutien durant toutes mes études,

Le Dr SALADIN, pour avoir accepté de diriger ce travail et pour l'aide et les conseils qu'il m'a apportés,

Madame le Professeur Florence THIBAUT, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury,

Messieurs les Professeurs Pierre DECHELOTTE et Jean François GEHANNO, qui m'ont fait l'honneur de juger ce travail.

PLAN DE LA THESE

I – INTRODUCTION	p. 20
II – PREMIERE PARTIE : étude chez 53 médecins généralistes du Havre concernant 6 addictions sans drogue	p. 21
<u>I – Introduction</u>	p. 22
<u>II - Sujets et méthode</u>	p. 22
<u>III - Résultats du questionnaire</u>	p. 23
A – Première partie : caractéristiques des médecins ayant répondu	
B – Deuxième partie : cas d’addiction	
C – Troisième partie	
<u>IV - Résultats transversaux</u>	p. 31
<u>V – Discussion</u>	p. 36
III – DEUXIEME PARTIE : CONNAISSANCES UTILES AU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES	p. 39
<u>I - GENERALITES SUR LES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES</u>	p. 40
<u>II - APPORT DES NEUROSCIENCES DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES</u>	p.45
1 / Le circuit de la récompense	
2 / La dopamine	
3 / La protéine CREB	
4 / L’hypersensibilisation due à Delta Fos B	
5 / Le glutamate	
6 / Rôle des neurones non dopaminergiques : noradrénergiques et sérotoninergiques	
7 / Epigénétique	
8 / Imagerie fonctionnelle	
9 / Génétique et environnement	
10 / Conclusion	
<u>III - JEU PATHOLOGIQUE</u>	p. 53
1/ INTRODUCTION	
2/ DEFINITION	

3/ DONNEES ECONOMIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES

A - Economie du jeu : quelques chiffres pour la France (tirés de l'expertise collective de l'INSERM 2008)

B - Prévalence du jeu pathologique

4/ APPORT DES NEUROSCIENCES

A – Facteurs biologiques

B – Facteurs électriques

C – Facteurs génétiques

5/ CLINIQUE

A – les différentes phases du jeu pathologique

B – les conséquences familiales du jeu pathologique

C – Jeux de hasard et d'argent sur internet

D – Le jeu pathologique chez les séniors

6/ DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

A – Outils diagnostiques

B – Chez quels patients rechercher ces pathologies ?

7/ COMORBIDITES

A – Comorbidités psychiatriques

B – Alcool et drogues

8/ TRAITEMENTS

A – Un traitement spécifique

B – Soutien relationnel et social

C – Les joueurs anonymes

D – Traitement médicamenteux

E – Approches cognitives et comportementales

F – Programme Internet du Jeu Excessif

9/ CONCLUSION

10/ ANNEXES

Le questionnaire *South Oaks Gambling Screen* (SOGS)

IV - ADDICTION A INTERNET ET AUX ECRANS

p. 70

1/ INTRODUCTION

2/ DEFINITION

3/ EPIDEMIOLOGIE ET PREVALENCE

4/ APPORTS DES NEUROSCIENCES

5/ CLINIQUE

A – Signes cliniques

B - Le cas des MMORPG

C – Particularités chez l'enfant et l'adolescent

6/ OUTILS DIAGNOSTIQUES

7/ COMORBIDITES

8/ ETIOLOGIES

9/ TRAITEMENT

A – Sites de soins en ligne

B - Psychothérapies comportementales

C – Traitements médicamenteux

D – Prise en charge de l'adolescent

E – Comorbidité

10/ CONCLUSION

11/ ANNEXES

Échelle d'auto-évaluation du risque de dépendance d'Orman (1996)

Critères d'addiction à Internet d'après Véléla

Internet Addiction Questionnaire de Young et O Reilly

V - ADDICTION A L'EXERCICE PHYSIQUE

p. 82

1/ INTRODUCTION

2/ EPIDEMIOLOGIE

3/ DEFINITION

A – Critères diagnostiques de dépendance au DSM IV appliqués à l'exercice physique

B – Composantes comportementales de l'addiction

C – Dépendance primaire et secondaire

4/ APPORT DES NEUROSCIENCES

A – Hypothèses biologiques

B – Modèles animaux

5/ CLINIQUE

A – Première phase : l'exercice récréatif

B – Deuxième phase : l'exercice à risque

C – Troisième phase : l'exercice problématique

D – Quatrième phase : l'addiction à l'exercice physique

6/ DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC : outils de mesure

A – L'Exercice Dependence Scale Revised

B – L'exercice Addiction Inventory

C – Autres outils diagnostiques

7/ COMORBIDITES

8/ ETIOPATHOGENIE

9/ TRAITEMENTS

10/ CONCLUSION

11/ ANNEXES

Exercice Dependence Scale Revised

Exercice Addiction Inventory

Critères de la dépendance à l'exercice

Running Addiction Scale

Critères de dépendance au body-building

VI - LES ACHATS COMPULSIFS

p. 96

1/ INTRODUCTION

2/ DEFINITION

3/ PREVALENCE ET DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

4/ CLINIQUE

5/ DIAGNOSTIC

A – Critères diagnostiques de Mc Elroy

B – Démarche diagnostique et outils diagnostiques

6/ COMORBIDITES

7/ ETIOLOGIES

8/ TRAITEMENTS

A - Les mesures de protection et de prévention sociale

B – Traitement de la comorbidité psychiatrique

C – Traitements pharmacologiques

D – Psychothérapies

9/ CONCLUSION

10/ ANNEXES

Compulsive Buying Scale

Questionnaire d'achats compulsifs d'Adès et Lejoyeux

VII - ADDICTION AU SEXE

p. 106

1/ INTRODUCTION

2/ DEFINITION

A – Les paraphilies

B - Les troubles du contrôle des impulsions non spécifiés

C - Troubles sexuels non spécifiés

D – Hypersexualité primaire ou secondaire

3/ EPIDEMIOLOGIE

4/ CLINIQUE

A – Caractéristiques cliniques

B – Formes cliniques

C – Particularités selon le sexe

D – Particularités du cybersex

5/ DIAGNOSTIC

6/ COMORBIDITES

A – Les autres addictions

B – Les troubles dépressifs

C – Les troubles neuro psychiatriques

7/ HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES

8/ TRAITEMENTS

A – Thérapies cognitivo comportementales

B – Traitements médicamenteux

9/ CONCLUSION

10/ ANNEXES

Sexual Compulsive Scale

Test de Dépistage de l'addiction sexuelle de Carnes

L'échelle de comportement sexuel compulsif de Coleman

VIII - ADDICTION AU TRAVAIL

p. 117

1/ INTRODUCTION

2/ DEFINITION

3/ PREVALENCE

4/ CLINIQUE

A – Critères cliniques

B - Evolution

C – Conséquences

D – Catégorisation

5/ AIDE AU DIAGNOSTIC

6/ TRAITEMENTS

7/ CONCLUSION

8/ ANNEXES

WART (Work Addiction Risk Test, de B. Robinson)

IV - CONCLUSION

p. 124

BIBLIOGRAPHIE

p. 128

RESUME

p. 133

I - INTRODUCTION

Les addictions sans drogue (ou addictions comportementales) ont connu ces dernières années un regain d'intérêt lié à l'évolution de notre société (que ce soit le développement d'internet, l'augmentation de l'offre de jeux et d'objets de consommation, etc...). Elles peuvent concerner de nombreux domaines de la vie quotidienne : ainsi, on décrit entre autres la dépendance à internet et aux écrans, le jeu pathologique, le sport intensif, la dépendance sexuelle et l'addiction au travail.

Les études épidémiologiques récentes mettent en avant des taux de prévalence en population générale non négligeables : 1 à 3% pour le jeu pathologique, 1 à 8% pour les achats compulsifs, 5 à 6% pour les addictions sexuelles, 1 à 2% pour l'addiction à internet, 5% pour le travail, 3% pour l'activité physique ; ces fréquences relativement élevées contrastent avec la demande de soins pourtant limitée.

Cela s'explique probablement par plusieurs facteurs : il existe encore peu de structures spécialisées pour ce type de pathologie, ces addictions sont encore considérées comme tabou par de nombreux patients, les médecins sous estiment probablement ces pathologies, par manque d'information ou d'intérêt (ne les considérant pas comme « anormales »).

Le but de notre étude est d'évaluer la pratique des médecins généralistes dans le domaine des addictions comportementales ; pour cela nous avons interrogés les médecins du Havre à l'aide d'un questionnaire portant sur les 6 addictions citées plus haut. Cela nous permet d'avoir une vue d'ensemble de leur pratique (que ce soit pour le dépistage, le diagnostic ou la prise en charge de ces addictions).

Dans une deuxième partie, nous mettrons en avant les connaissances indispensables au médecin généraliste, souvent en première ligne, dont le rôle va être de savoir repérer les sujets « addicts » ou à risque au milieu toute sa patientèle, chez des personnes ne se plaignant pas spontanément de dépendance, et de pouvoir les traiter ou au moins les orienter vers le spécialiste. Pour cela, nous avons réalisé une revue de la littérature, en recherchant dans les bases de données suivantes : Medline, EBESCO, Science Direct et Springerlink ; les mots clés utilisés étant : addiction comportementale, jeu pathologique, achats compulsifs, internet, sexe, travail, sport, questionnaire, traitement, médecin généraliste.

**II – PREMIERE PARTIE : étude chez 53 médecins
généralistes du Havre concernant 6 addictions sans
drogue**

I - INTRODUCTION

L'objectif l'étude est d'évaluer la pratique des médecins généralistes du Havre concernant 6 addictions comportementales (jeu pathologique, internet, travail, sexe, achats compulsifs et exercice physique) en termes de dépistage, diagnostic et prise en charge et d'établir les connaissances utiles à la pratique quotidienne.

Nous formulons l'hypothèse que les addictions comportementales sont encore tabou ou mal reconnues, et donc probablement sous estimées par les médecins généralistes.

La deuxième hypothèse que nous formulons (qui découle en partie de la première) est que les médecins généralistes n'utilisent pas (ou peu) les outils diagnostiques.

II – SUJETS ET METHODE

1 - Sujets : la population est constituée de 79 médecins généralistes du Havre.

2- Questionnaire

C'est une étude quantitative descriptive réalisée par le biais d'un questionnaire est composé de 3 parties :

- la première partie recueille les informations relatives au médecin généraliste : âge, sexe, ancienneté, nombre de cas rencontrés (0, 1, 2, 3, > /4).

- la deuxième partie concerne les cas rencontrés par les médecins, au maximum 4 : type d'addictions, caractéristiques du patient, comorbidités, demande de prise en charge, traitement instauré, recours à un spécialiste.

- la troisième partie reprend des données générales sur la pratique des médecins de ville dans le domaine des addictions comportementales : utilisation d'outils de dépistage ou de scores diagnostiques, traitements disponibles, évaluation des connaissances et souhait d'information, recherche de ces pathologies et chez quels types de patients.

3 – Procédure

Les questionnaires ont été distribués directement aux cabinets (à la secrétaire ou en mains propres), de mars à mai 2011.

III - RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

A - PREMIERE PARTIE : caractéristiques des médecins ayant répondu

53 questionnaires sur 79 ont été remplis.

Parmi les 26 médecins n'ayant pas répondu, 21 sont des hommes ; les catégories d'âge sont représentées de façon égale (6 médecins pour 40-50 ans, 50-60 ans et 60-70 ans) ; 3 seulement ont entre 30 et 40 ans ; 5 sont des femmes, 4 ont entre 50 et 60 ans, 1 a entre 40 et 50 ans.

41 des médecins ayant répondu sont des hommes (soit 77%), 12 (23%) sont des femmes.

- Age : chez les hommes, la majorité a entre 50 et 60 ans (24 réponses), 2 ont entre 30 et 40 ans, 6 entre 40 et 50 ans, 9 entre 60 et 70 ans.

Chez les femmes, 3 ont entre 30 et 40 ans, 4 entre 40 et 50 ans, 4 entre 50 et 60 ans, 1 entre 60 et 70 ans.

- A la question : « Avez-vous déjà été confronté à une situation d'addiction sans substance : JEU PATHOLOGIQUE, ADDICTION A INTERNET, ADDICTION A L'ACTIVITE PHYSIQUE, ADDICTION AU TRAVAIL, ADDICTION AU SEXE, ACHATS COMPULSIFS ? », les médecins devaient répondre oui ou non et remplir la suite du questionnaire en fonction de leur réponse ; dans l'affirmative, le nombre de cas rencontrés était indiqué : chez les hommes, un tiers (13/41) ne rapporte aucun cas d'addiction comportementale ; 10 rapportent 1 cas, 8 en rapportent 2, 5 en rapportent 3, et 5 en rapportent 4 ou plus. Chez les femmes, 6 ne rapportent aucun cas, 2 en rapportent 1, 2 en rapportent 2, et 2 en rapportent 4 ou plus. Cela représente au total 75 cas. Dans le cas où plusieurs addictions comportementales seraient associées chez un même patient, l'addiction ayant le plus de répercussions est considérée comme l'addiction « principale » et la ou les autres comme des comorbidités. Parmi les médecins ayant « 4 cas ou plus » : 4 avaient été confrontés à 4 cas seulement ; pour les 3 autres, entre 8 et 10 cas ; les cas sélectionnés étaient les plus récents ou les plus sévères.

B – DEUXIEME PARTIE : cas d'addiction

Cette partie décrit les différents cas rencontrés par les médecins.

LE JEU PATHOLOGIQUE

23 cas de jeu pathologique y sont rapportés.

A – Terrain

Il s'agit le plus souvent d'hommes (16 hommes, 7 femmes)

Tous les âges y sont présents (18 à 77 ans pour les hommes, avec une moyenne d'âge plutôt jeune à 39 ans, et de 35 à 76 ans pour les femmes, avec une moyenne à 58 ans).

La majorité vit seule (5 sont divorcés, 9 sont célibataires et 3 sont veufs), 6 vivent en couple (5 sont mariés, 1 vit en concubinage). 5 ont des enfants.

Concernant la profession :

- 2 cadres ou professions intellectuelles supérieures (un cadre et un directeur)
- 6 employés (une vendeuse, une secrétaire, un maitre d'hôtel, 3 commerciaux),
- 3 ouvriers (dont un peintre et un ouvrier spécialisé),
- 4 sont retraités
- 5 sont sans activités
- 2 sont étudiants
- 1 sportif professionnel

Les milieux socioprofessionnels sont donc variés, avec malgré tout une proportion plus importante de personnes sans activités (9/23, soit presque 40%).

B – Autres addictions et comorbidités

Parmi les réponses, 7 hommes (30%) présentent une addiction à une substance (un au cannabis, un au tabac, quatre à l'alcool, un à l'alcool et au tabac).

Un seul présente une autre addiction sans substance (internet).

En revanche, plus de la moitié présentent une comorbidité psychiatrique ; le plus souvent : dépression (4 cas), anxiété (4 cas), bipolarité (1 cas), retard mental léger (1 cas) ; 3 sont parkinsoniens sous traitement).

C – Prise en charge

Selon les réponses données, seul un cas n'a pas fait l'objet de demande de prise en charge ; dans 11 cas sur 23, la demande venait du patient lui-même, et dans 11 autres cas, la famille ou l'entourage immédiat était à l'origine de la demande.

Aucun des médecins n'avait utilisé de score diagnostique pour le dépistage.

Pour la prise en charge thérapeutique, la grande majorité des médecins généralistes ont préféré confier le patient directement au spécialiste (15 sur 23, soit 65%) ; 6 ont instaurés le traitement eux même ; 2 n'ont mis en place aucun traitement.

Les traitements instaurés par les médecins généralistes étaient : une psychothérapie de soutien (3 cas), des anxiolytiques (2cas) ; 2 ont fait instauré une interdiction d'accès aux casinos.

ADDICTION A INTERNET

15 cas ont été rapportés.

A – Terrain

4 cas concernent des femmes, âgées de 23 à 59 ans, avec une moyenne d'âge de 32 ans.

11 cas concernent des hommes, âgés de 15 à 62 ans, avec une moyenne d'âge de 35 ans.

La plupart sont vivent seuls, puisque 11 sont célibataires, un est divorcé ; 3 sont mariés. 3 ont des enfants.

Concernant le niveau socio professionnel :

- 9 sont sans activités, dont 2 retraités et 7 sans emploi
- 4 sont lycéens ou étudiants
- 1 est cadre informatique
- 1 est serveuse

B – Autres addictions et comorbidités

7 patients présentent une addiction avec substance (2 au tabac, 2 à l'alcool, 2 au cannabis, 1 aux stupéfiants) ; aucun n'a d'autre addiction sans substance associée.

4 patients souffrent de phobie sociale, 2 d'anxiété, un de dépression et un de boulimie.

C – Prise en charge

Dans 13 cas il y a une demande de prise en charge : 10 émanent de la famille, 3 du patient lui-même.

Un seul médecin a utilisé un score diagnostique (critères du DSM IV)

Pour le traitement : 5 ont été envoyé consulter un spécialiste ; 6 médecins généralistes ont instauré le traitement eux-mêmes. Dans ces cas, les traitements instaurés étaient les suivants :

- anti dépresseurs (3),
- anxiolytiques (2),
- psychothérapie de soutien (4),
- neuroleptiques (1).

ACHATS COMPULSIFS

A - Terrain

Notre étude rapporte 14 cas d'achats compulsifs, concernant une large majorité de femmes (12 femmes pour 2 hommes) ; l'âge des femmes concernées va de 27 à 69 ans, avec une moyenne d'âge de 47 ans ; les hommes concernés sont plutôt jeunes (27 et 38 ans).

Concernant le niveau socio professionnel, il s'agit le plus souvent de personnes sans emploi (dans 7 cas/14), 3 ont une profession intermédiaire (un professeur, 2 aides-soignantes), 2 sont des employés (secrétaires), il y a un ouvrier et un retraité (comptable).

La moitié vit seule (2 divorcés, 2 célibataires, 3 veuves), et l'autre moitié vit en couple (6 sont mariés, 1 vit en concubinage) ; 4 ont des enfants.

B – Autres addictions et comorbidités

Il n'y a pas de cas d'addiction sans substance associée ; 2 patients présentent une dépendance à l'alcool, un au Subutex.

Concernant les comorbidités, 5 sont bipolaires (il n'est pas précisé si les achats compulsifs correspondent à des périodes maniaques ou hypomaniaques ; on ne peut donc pas formellement parler d'achats compulsifs dans ces situations), un patient est anxieux, 3 sont dépressifs.

C – Prise en charge

Les médecins interrogés n'ont utilisé aucun test diagnostique.

Dans notre étude ; le patient est souvent lui-même demandeur de prise en charge (dans 6 cas sur 14) ; dans 5 cas la demande émane de la famille ; enfin dans 3 cas il n'y a aucune demande de prise en charge.

Dans 4 cas, les médecins instaurent eux même la prise en charge : 2 d'entre eux instaurent un traitement médicamenteux (anxiolytiques et Dépamide) ; un médecin fait une demande de curatelle ; le dernier supprime les moyens de paiement ; dans 9 cas, les médecins préfèrent adresser le patient directement à un spécialiste (psychiatre) ; dans un cas il n'y a aucun traitement instauré.

EXERCICE PHYSIQUE

13 cas d'addiction à l'exercice physique y sont rapportés.

A – Terrain

5 cas sont des femmes, 8 sont des hommes.

Il s'agit de sujets plutôt jeunes : 36 à 45 ans chez les femmes (moyenne d'âge : 40,4ans), et 30 à 61 ans chez les hommes (moyenne d'âge : 45 ans).

La plupart sont marié(e)s (8/13), 4 sont divorcés, un est célibataire. 7 ont des enfants.

Les catégories socio professionnelles sont variées :

- 1 commerçant
- 2 cadres ou professions intellectuelles supérieures (un ingénieur, un cadre)
- 2 professions intermédiaires (une institutrice, une aide-soignante)
- 5 employés (un visiteur médical, 2 secrétaires, un employé de bureau, un transitaire)
- 2 ouvriers (un mécanicien et un chauffeur poids lourd),
- 1 retraité

B – Autres addictions et comorbidités

2 ont une addiction à une substance (anxiolytiques et alcool) ; un seul présente une autre addiction comportementale (sexe).

3 patients présentent une anxiété, une est anorexique, un présente une phobie sociale.

C – Prise en charge

Aucun médecin n'a utilisé de score diagnostique.

Dans 6 cas sur 13, il n'y a aucune demande de prise en charge ; 4 demandes émanent de la famille, et 3 du patient lui-même.

Les médecins envoient facilement le patient consulter un spécialiste (5 cas) ; 3 instaurent le traitement eux-mêmes (psychothérapie de soutien).

LE TRAVAIL

Il n'y a que 3 cas rapportés.

Le premier cas concerne une femme de 44 ans, cadre, mariée.

Les 2 autres cas concernent des hommes de 45 et 56 ans, mariés avec enfants ; l'un est cadre, l'autre agent immobilier.

Aucun ne présente d'autre addiction, avec ou sans substance. Un est anxieux.

Un seul est demandeur de prise en charge.

Aucun score diagnostique n'a été utilisé.

Le médecin a instauré une psychothérapie.

LE SEXE

7 cas sont rapportés

A – Le terrain

5 cas concernent des hommes, 2 des femmes.

Il s'agit plutôt de sujets jeunes (35 et 42 ans pour les femmes, de 29 à 70 ans pour les hommes, avec une moyenne d'âge autour de 42 ans).

La majorité vit seule (3 sont divorcés et 2 sont célibataires), 2 sont mariés ; 2 ont des enfants.

Concernant les catégories socio professionnelles :

- 3 cadres ou professions intellectuelles supérieures (un comptable, un directeur de magasin, un chef d'entreprise)
- 1 profession intermédiaire (officier au port)
- 2 employés (technicien de surface et responsable de communication)
- 1 sans activités (un retraité)

B – Autres addictions et comorbidités

2 ont une addiction au tabac, un à l'alcool et au tabac.

Un seul présente une autre addiction comportementale (internet).

1 patient souffre d'anxiété.

C – Prise en charge

Aucun médecin n'a utilisé de test diagnostique.

La majorité des demandes proviennent des patients eux-mêmes ; dans un cas la demande émane de l'entourage (avec déni de la part du patient).

4 médecins ont envoyé le patient en consultation de spécialiste ; 2 n'ont instauré aucun traitement (refus et déni des patients) ; enfin, un médecin a instauré un traitement par anxiolytiques.

C - TROISIEME PARTIE

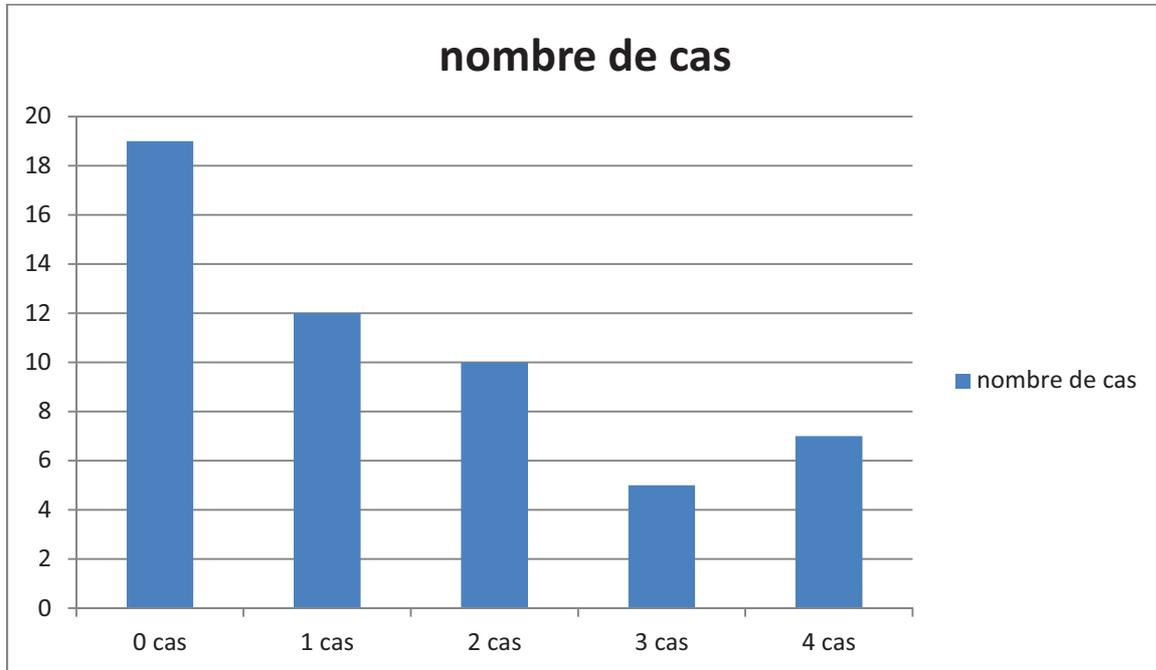
Cette partie concerne les pratiques en général des médecins dans le domaine des addictions sans substance, essentiellement pour le dépistage et la prise en charge.

- A la question : « *connaissez-vous des outils de dépistage ou scores diagnostiques des addictions sans substance ? Si oui : lesquels ?* » : la grande majorité n'en a pas utilisé (48/53), 1 médecin en a utilisé un (critères d'addiction du DSM 4), 4 n'ont pas répondu.
- A la question : « *connaissez-vous des traitements possibles des addictions sans substance ? si oui : lesquels ?* » : la moitié (27/53) ne connaît pas de traitement pour ce type de pathologie ; 22 en connaissent un ou plusieurs ; 4 n'ont pas répondu.
- A la question : « *vous estimez vous suffisamment informé pour ce type de prise en charge ?* » : la majorité (45/53) estime ne pas être assez informée ; 3 pensent l'être ; 5 n'ont pas répondu.
- A la question : « *souhaiteriez-vous être mieux informé sur cette prise en charge ?* » : 44 aimeraient en savoir plus sur la prise en charge, 4 ne souhaitent pas aller plus loin ; 5 n'ont pas répondu.
- A la question : « *recherchez-vous ces addictions ? si oui, chez quels patients : anxieux, dépressif, usager de drogues, autre* » : 17 ne les recherchent pas, 5 n'ont pas répondu ; 32 recherchent ces addictions, majoritairement chez les patients dépressifs (22/53), anxieux (19/53), usagers de drogues (17/53) ; 2 les cherchent chez tous les patients, et 2 chez les adolescents plus particulièrement.

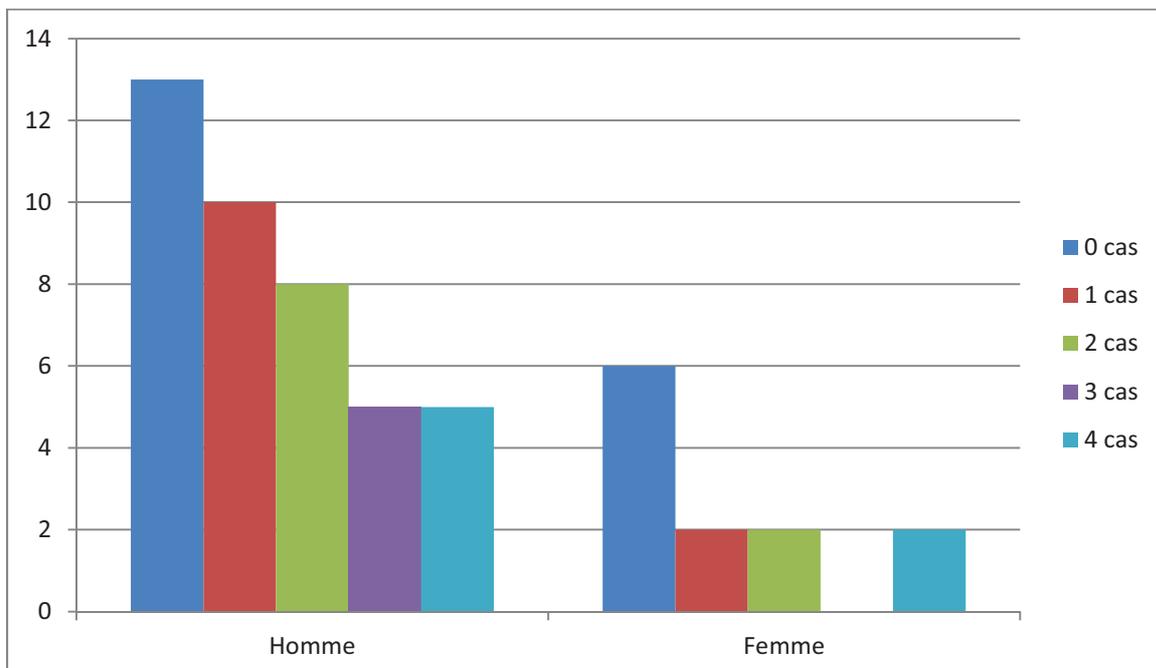
IV - RESULTATS TRANSVERSAUX

Pour plus de clarté, les différents résultats formulés ci-dessus pathologie par pathologie sont maintenant repris par item.

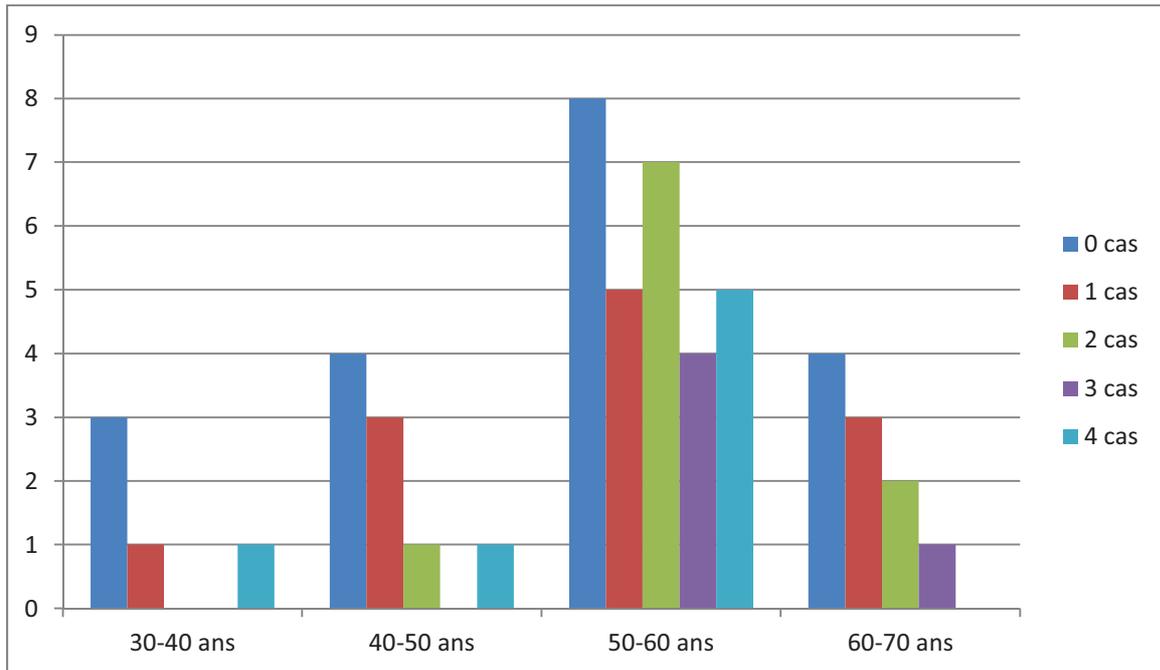
Nombre de médecins ayant 0, 1, 2, 3 ou 4 cas



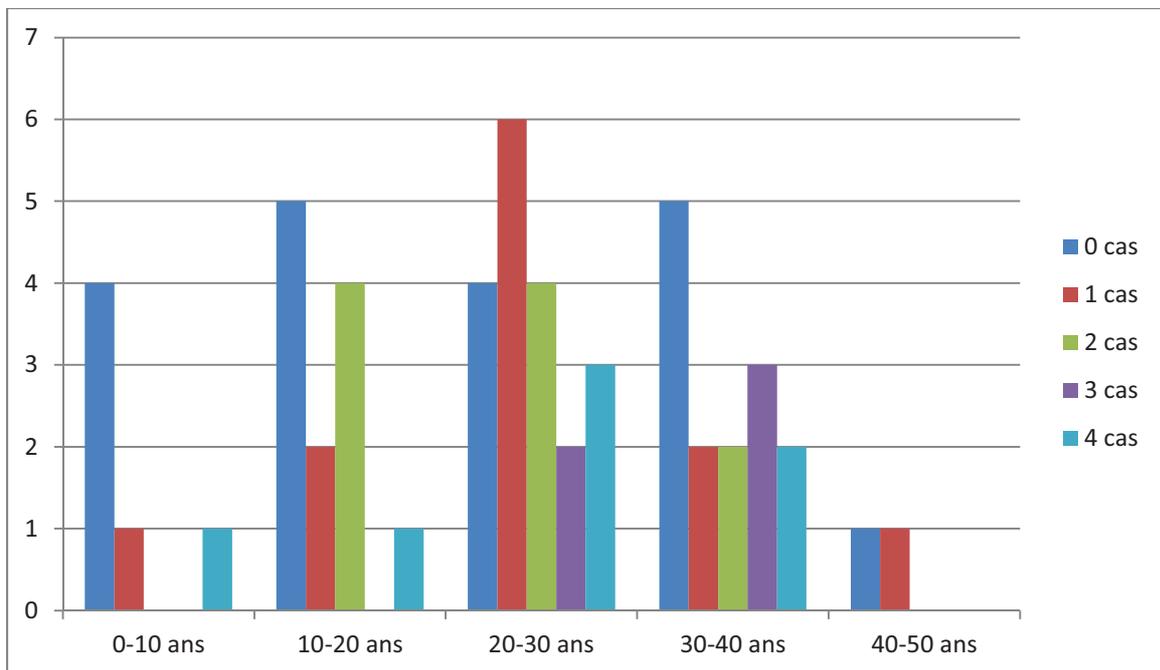
Nombre de cas en fonction du sexe du médecin



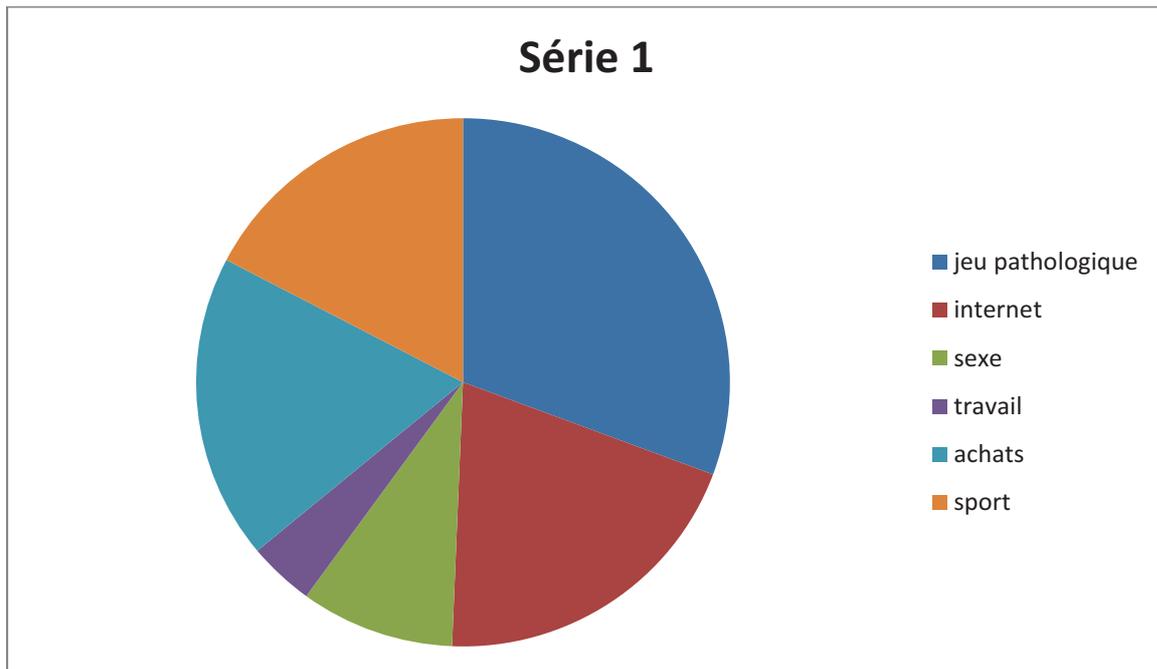
Age du médecin et nombre de cas



Ancienneté et nombre de cas



Nombre de cas par pathologie



Professions et addictions

	Jeu pathologique	Internet	Sexe	Travail	Achats	Sport
Sans (retraité, Sans profession)	9	9	1		8	1
Etudiant	2	4				
Cadre et profession intellectuelle supérieure	2	1	3	2		2
Employé	6	1	2	1	2	5
Ouvrier	3				1	2
Commerçant						1
Intermédiaire	1		1		3	2

Situation familiale et addictions

	Jeu pathologique	Internet	Sexe	Travail	Achats	Sport
Célibataire	9	10	2		2	1
Divorcé	5	1	3		2	4
Veuf	3				3	
En couple	6	3	2	3	7	8
Enfants	5	3	2	2	4	7

Autres addictions, avec et sans substance

	Jeu pathologique	Internet	Sexe	Travail	Achats	Sport
AVEC SUBSTANCE						
Tabac	2	2	3			
Alcool	5	2	1		2	1
Cannabis	1	2				
Stupéfiants		1			1	
Anxiolytiques						1
SANS SUBSTANCE	1 (internet)		1 (internet)			1 (sexe)

Comorbidités psychiatriques

	Jeu pathologique	Internet	Sexe	Travail	Achats compulsifs	Sport
Phobie sociale		4				1
Anxiété	4	2	1	1	1	3
Dépression	4	1			3	
Troubles du comportement alimentaire		1				1
Bipolarité	1				5	
Parkinson sous traitement	3					
Retard mental léger	1					

Demande de prise en charge

	Jeu pathologique	Internet	Sexe	Travail	Achats compulsifs	Sport
Famille	11	10	1		5	4
Patient	11	3	6	1	6	3
Aucune	1	2	0	2	3	6

Instauration du traitement par le médecin généraliste ou le spécialiste

	Jeu pathologique	Internet	Sexe	Travail	Achats compulsifs	Sport
Généraliste	6	6	1	1	4	3
Spécialiste	15	5	4		9	5

V - DISCUSSION

Concernant le nombre de cas proposés pour chaque questionnaire, nous avons fixés arbitrairement la limite à 4 cas afin que le remplissage du questionnaire ne soit pas chronophage pour le médecin et emporte ainsi son adhésion.

Concernant le taux de questionnaires remplis : seuls 53 questionnaires sur 79 ont été rendus (soit 67%) ; les raisons invoquées pour les questionnaires non remis étaient de 3 ordres : manque de temps le plus souvent, manque d'intérêt pour le sujet de l'étude, et enfin médecin « ne se sentant pas concerné » par le sujet (car pas de cas à décrire : la catégorie « 0 cas » est donc très probablement sous-estimée). Toutes les catégories d'âge sont représentées (un peu moins les plus jeunes), l'âge ne peut donc pas être relié au manque d'intérêt pour le sujet. Concernant le sexe, la répartition est proche de celle des sujets ayant répondu.

Nombre de cas : 35 % des médecins ne rapportent aucun cas ; seuls 13% rapportent 4 cas ou plus. Si l'on se rapporte aux taux de prévalence en population générale pour chaque type d'addiction (1 à 3% pour le jeu pathologique, 1 à 8% pour les achats compulsifs, 5 à 6% pour les addictions sexuelles, 1 à 2% pour l'addiction à internet, 5% pour le travail, 3% pour l'activité physique), on peut en déduire que les addictions comportementales **sont très largement sous diagnostiquées**.

Nombre de cas en fonction du sexe du médecin : dans les 2 sexes, il y a une prédominance de 0 cas, puis la disposition est similaire ; il n'y a pas de différence significative entre les 2 catégories.

Age du médecin et nombre de cas : les 50-60 ans sont les plus représentés ; pour autant il n'y pas de différences de répartition avec les autres tranches d'âge ; les 60-70 ans ne présentent jamais plus de 3 cas ; enfin, dans toutes les catégories la proportion de 0 cas est prédominante. Il n'y a donc pas de différence significative du nombre de cas selon l'âge.

Comme attendu, des résultats similaires sont retrouvés si l'on tient compte de l'ancienneté : les médecins les plus anciens ou les plus jeunes ne montrent pas de grandes différences dans le nombre de cas (en revanche pour les 20-30 ans d'ancienneté, la catégorie 1 cas prédomine).

La répartition des cas par pathologie retrouve comme les études de prévalence 4 addictions comportementales plus fréquentes : jeu pathologique, internet, sport, achats compulsifs, et 2 addictions encore peu fréquemment diagnostiquées : sexe et travail. Ce sont également ces 4 addictions qui sont les mieux étudiées et connues ; cela peut expliquer que le nombre de cas d'addiction au sexe et au travail soit plus bas.

Dans les différentes addictions on note un nombre élevé de patients sans activité (que ce soit des retraités, des chômeurs) ; les autres catégories socio professionnelles sont représentées de façon égale, les addictions pouvant donc toucher tout type de personnes.

A l'exception du jeu pathologique (où les personnes seules sont prédominantes), il n'y a pas de différences entre les personnes en couple ou seule (célibataire, veuve ou divorcée).

En revanche, concernant les comorbidités, on retrouve des différences avec les données de la littérature, puisqu'il n'y a que quelques cas d'autres addictions avec et sans substance, présentes respectivement jusqu'à 50 et 25% des cas selon les données de prévalence. Cela peut s'expliquer par le fait que le diagnostic d'une pathologie peut parfois masquer d'autres pathologies non prises en compte, et donc non prises en charge. Ce point est essentiel, car il montre l'importance d'un diagnostic complet pour un traitement efficace.

Si l'on s'intéresse aux comorbidités psychiatriques, 3 pathologies semblent se détacher : la phobie sociale pour l'addiction à internet, l'anxiété et la dépression. A noter la fréquence accrue de troubles bipolaires chez les acheteurs compulsifs ; cette donnée met un bémol sur le résultat puisqu'il n'est pas précisé si les achats survenaient en période maniaque, excluant ainsi le diagnostic d'achats compulsifs selon la définition de Mc Elroy.

Concernant la demande de prise en charge, les données sont très différentes de la littérature, qui rapporte que les demandes de prise en charge par le patient ou la famille sont encore peu développées pour diverses raisons (impression de pouvoir s'en sortir seul, crainte de la stigmatisation, cout de la prise en charge, doute sur l'efficacité des mesures proposées, difficulté d'accéder aux soins...) ; dans notre étude la grande majorité est demandeuse de traitement ; cela peut s'expliquer par le fait que les médecins citent peut-être plus facilement des cas où une demande de traitement a été formulée.

Pour toutes les pathologies sauf l'addiction à internet, les médecins envoient préférentiellement leur patient directement au spécialiste.

Dans les cas où les médecins généralistes instaurent eux même le traitement, ils utilisent la psychothérapie de soutien, considérée comme essentielle à la réussite de tout traitement, les anxiolytiques et les antidépresseurs ; ce sont en effets vers ces molécules que les recherches actuelles se tournent en matière de thérapies médicamenteuses des addictions comportementales.

90 % des médecins interrogés ne connaissent aucun score diagnostique (un seul utilise les critères diagnostique du DSM 4 pour les addictions comportementales).

Plus de la moitié ne connaissent aucun traitement pour ce type de pathologie.

85% estiment ne pas en savoir suffisamment sur ces sujets et aimeraient recevoir des informations complémentaires.

Ces dernières informations montrent que les médecins généralistes n'ont probablement pas les moyens nécessaires au diagnostic et au traitement des addictions comportementales, et qu'une information claire et précise (notamment à l'aide d'échelles diagnostiques par exemple) doit leur permettre de se sentir à l'aise face à ce type de patient.

III – DEUXIEME PARTIE : CONNAISSANCES UTILES AU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

I - GENERALITES SUR LES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Les dernières années ont vu fleurir tout un cortège d'entités diagnostiques dans le domaine des dépendances et la liste continue de s'allonger.

Le terme d'addiction (de l'anglais : *to be addict* : être accroché à, s'adonner à) semble ici mieux adapté que celui de dépendance : en effet, la dépendance est souvent assimilée à la seule dépendance physique, l'addiction reflétant mieux la dimension comportementale.

Elle désigne selon Aviel Goodman (1990) « un processus par lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de **procurer du plaisir** et de **soulager un malaise intérieur** et qui se caractérise par **l'échec répété de son contrôle** (impuissance) et sa **persistance** en dépit des conséquences négatives significatives (perte de contrôle) ».

Goodman réorganisa les critères du DSM-III-R de diagnostic « de dépendance aux substances psychoactives » et du « jeu pathologique » et les regroupa au sein d'une même entité nosologique qu'il intitula « trouble addictif » (voir annexe).

Les dépendances comportementales ne sont pas répertoriées dans le DSM-IV qui classe la dépendance uniquement dans « les troubles liés à l'utilisation d'une substance » (voir annexe).

Les autres troubles du comportement, tels que la pyromanie, la kleptomanie et le jeu pathologique sont classés dans les « trouble du contrôle des impulsions non classés ailleurs ». Il n'existe pas, selon les critères stricts de définition de dépendance du DSM IV de notion de « dépendance comportementale ».

Le regroupement des différentes addictions (avec et sans substance) se justifie pourtant par certaines caractéristiques communes, que ce soit sur le plan des **signes cliniques** (tension émotionnelle avant l'acte, euphorie durant l'acte, regrets et culpabilité après l'acte, tolérance, perte de contrôle, manque), de la fréquence des **polyaddictions** (passage fréquent d'une addiction à une autre), des **comorbidités** (troubles de l'humeur et troubles anxieux en tête), probablement de la **neurobiologie** (notamment les voies dopaminergiques, le noyau tegmental ventral du thalamus, le nucleus accumbens, le cortex préfrontal...), et de la **prise en charge** du désordre comportemental inspirée des techniques de sevrage à une substance psycho active.

Néanmoins, cette notion de dépendance comportementale présente aussi des limites : il s'agit parfois de troubles hétérogènes et disparates (caractéristiques cliniques et conséquences différentes en fonction du trouble) ; le risque est le dérapage nosographique (attention aux effets de mode et à la doxogénèse : création de nouvelles pathologies, sans fondement clinique ; attention à la médicalisation des excès).

Dans tous les cas discutables, le diagnostic de dépendance comportementale s'établit devant la présence simultanée de signes psychiques et de dépendance, et d'une souffrance individuelle et sociale, comme en témoignent les conséquences négatives personnelles ou familiales, sociales ou financières.

D'autres pathologies sont décrites en tant que dépendances comportementales : la kleptomanie, le trouble explosif intermittent, la trichotillomanie ; nous avons cependant centrés notre étude sur les addictions dérivant d'un comportement « normal », toute la difficulté étant de définir la frontière entre normalité et pathologique.

Afin d'en faciliter le discernement, les grilles d'évaluation fleurissent, elles sont censées servir d'instruments de mesure objective de ces addictions. Aujourd'hui toutefois, seules sont reconnues celles du jeu pathologique et des achats compulsifs qui ont été validées par les milieux scientifiques.

Enfin, il est important de souligner que l'addiction concerne relativement peu de sujets au regard du nombre des consommateurs occasionnels d'objets d'addiction. Pour de nombreux auteurs, un objet d'addiction n'est addictogène que dans la mesure où il est consommé par un individu préalablement vulnérable.

Pourquoi certains sujets succombent ils à une addiction et d'autres pas ? On admet qu'un sujet développera d'autant plus aisément une nouvelle addiction qu'il a auparavant succombé à un objet d'addiction. Les sujets vulnérables sont en général polyconsommateurs d'objets d'addiction. Cette vulnérabilité pourrait résulter de comorbidités psychopathologiques diverses, de conditions délétères en matière d'éducation et d'environnement, de troubles de la personnalité, de trajectoires de vie stressantes... Pour comprendre le processus addictif, il faut donc l'examiner dans une perspective de vie entière.

ANNEXE :

Critères de dépendance à une substance d'après le DSM IV tr

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

(1) **tolérance**, définie par l'un des symptômes suivants :

(a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

(b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

(2) **sevrage** caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique)

(b) la même substance (ou *une* substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

(4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

(5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets

(6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

(7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Spécifier si : Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage ou Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage

Spécifications de l'évolution (voir le texte pour leurs définitions) :

O Rémission précoce complète

O Rémission précoce partielle

O Rémission prolongée complète

O Rémission prolongée partielle

2 Traitement par agoniste

1 En environnement protégé

CIM 10 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)

F10.2 Syndrome de dépendance : ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psychoactive spécifique (par exemple le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple les substances opiacées), ou un ensemble plus vaste de substances psychoactives pharmacologiquement différentes.

Critères d'addiction d'après Goodman (1990)

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C.** Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D.** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E.** Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1.** Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2.** Intensité et durée du comportement plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3.** Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4.** Temps considérable consacré à préparer le comportement, à l'entreprendre ou à le remettre de ses effets.
 - 5.** Survenue fréquente du comportement qui empêche le sujet d'accomplir les obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou sociales.
 - 6.** Activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait de ce comportement.
 - 7.** Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 - 8.** Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - 9.** Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F.** Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une longue période.

II - APPORT DES NEUROSCIENCES DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

L'essentiel des données publiées dans le domaine des neurosciences concerne les addictions avec drogues. Cependant, les addictions sans drogue présentant les mêmes symptômes, notamment le syndrome de sevrage, on admet que ces manifestations cliniques reflètent probablement les mêmes dysfonctionnements cérébraux, et relèvent donc d'une physiopathologie commune. Par ailleurs, des études biochimiques, génétiques et de neuro-imagerie, et la recherche de traitements ont suggéré un fort lien neurobiologique entre les addictions avec et sans substance.

On sait depuis de nombreuses années que toutes les substances psychoactives qui déclenchent une pharmacodépendance chez l'homme ont en commun la propriété de libérer une substance, la dopamine, dans une structure cérébrale sous corticale appelée le noyau accumbens. Ce noyau fait partie d'un circuit particulier : le circuit de la récompense. La libération de dopamine entraîne une sensation de satisfaction due à l'activation simultanée de plusieurs aires cérébrales de ce circuit.

1/ LE CIRCUIT DE LA RECOMPENSE

Le circuit de la récompense joue un rôle primordial dans les comportements d'addiction. Ce circuit de neurones déclenche le sentiment de plaisir par exemple après une prise de nourriture ou un rapport sexuel (activités nécessaires à la survie et à la transmission des gènes). La stimulation de ce système produit une sensation de bien-être qui encourage à répéter l'activité cause de plaisir. Des recherches récentes indiquent que la consommation chronique de drogues déclenche des changements de la structure et de la fonction des neurones de ce système.

La majorité des travaux concernant ce circuit a été réalisée sur des animaux. Néanmoins, des études d'imagerie cérébrale (notamment Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle et Tomographie par Emission de Positons) révèlent la présence chez l'homme d'un circuit similaire qui contrôle la récompense associée aux activités naturelles et aux drogues.

Ces régions s'activent chez les « drogués du jeu » à qui l'on montre des images de machines à sous, de la même façon que chez les personnes dépendantes à la cocaïne à qui l'on présente de la drogue. Ce circuit jouerait donc un rôle essentiel dans tous les types de dépendance.

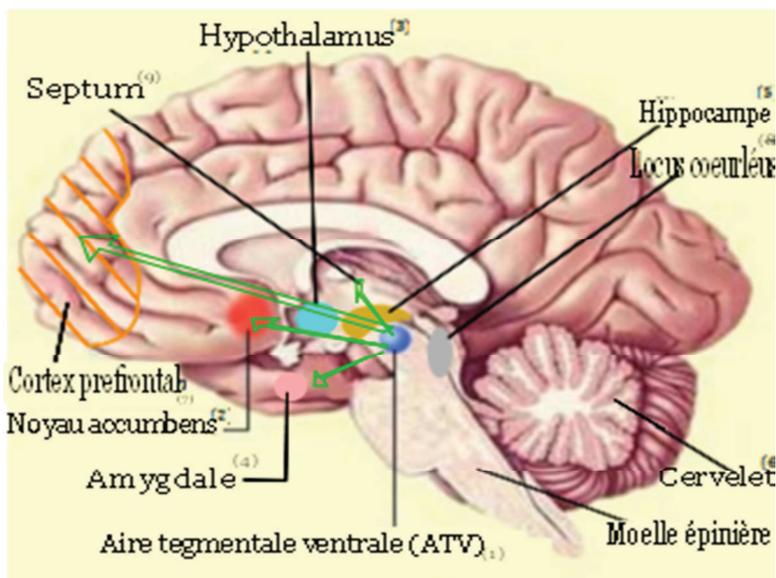
Lorsque les drogues sont consommées régulièrement, elles déclenchent des adaptations progressives dans le circuit de la récompense en inhibant en partie ce circuit.

Le système dopaminergique mésolimbique est un élément clé de ce circuit. Il s'agit d'un ensemble de neurones dont les corps cellulaires sont situés dans l'aire tegmentale ventrale, à la base du cerveau, et qui envoient des projections jusque dans les régions frontales (et notamment dans une structure profonde : le noyau accumbens).

Le circuit de la récompense est intégré à d'autres zones cérébrales impliquées dans la coloration émotionnelle des expériences et contrôlant les réactions à des récompenses :

- Le complexe amygdalien : aide à évaluer si une expérience est plaisante ou non, et si elle doit être reproduite ou évitée.
- L'hippocampe : participe à l'enregistrement des souvenirs associés à une expérience.
- Des régions frontales du cortex cérébral : coordonnent et traitent toutes ces informations pour déterminer le comportement final de l'individu et son intensité. Il existerait une diminution du contrôle comportemental chez les sujets présentant des conduites addictives.

Ces neurones de l'aire tegmentale ventrale libèrent de la dopamine qui va diffuser vers les récepteurs de neurones du noyau accumbens. L'augmentation de la quantité de dopamine dans le noyau accumbens accélère la synthèse d'une molécule, l'AMPC (Adénosine MonoPhosphate cyclique), qui active ensuite la protéine CREB.



2/ LA DOPAMINE

La dopamine est un neuromédiateur, c'est-à-dire un messenger chimique.

Lorsqu'un neurone de l'aire tegmentale ventrale est activé, il envoie un signal électrique jusqu'au noyau accumbens, entraînant à ce niveau la libération de dopamine. Dans le cadre d'une administration de drogue, la quantité de dopamine libérée est supra physiologique. Cette dopamine va se fixer sur les récepteurs localisés sur les neurones du noyau accumbens et transmettre son signal. La signalisation cesse quand la dopamine est éliminée de la fente synaptique et recapturée par les neurones de l'aire tegmentale ventrale pour un usage ultérieur.

Les drogues vont agir par 2 types de mécanismes à ce niveau et qui aboutissent tous deux à l'augmentation de l'action de la dopamine :

- Les stimulants inactivent temporairement la protéine qui assure la recapture de la dopamine, de sorte que la dopamine agit plus longtemps dans le noyau accumbens
- Les opiacés se lient à des neurones de l'aire tegmentale ventrale qui normalement inhibent les neurones dopaminergiques de cette structure. Ils ouvrent ainsi une vanne cellulaire, et la dopamine agit en plus grande quantité sur le noyau accumbens.

L'action de la dopamine étant augmentée, elle va déclencher un message de récompense plus puissant. Après une consommation régulière, des adaptations du circuit vont apparaître ; ces phénomènes vont être responsables de l'accoutumance et de la sensibilisation à long terme, et donc de la dépendance.

2 molécules jouent un rôle prépondérant au niveau moléculaire et cellulaire dans ces phénomènes : il s'agit de la protéine CREB et du delta FOS-B.

3/ LA PROTEINE CREB (=cAMP Response Element Binding)

La protéine CREB est un facteur de transcription, c'est-à-dire une protéine qui régule l'expression et l'activité des gènes, et ainsi l'activité globale des cellules nerveuses. Dans le cas de la protéine CREB, ces gènes codent pour certaines protéines qui inhibent le circuit de la récompense.

Elle résulte de l'activation de l'AMPc dont la production augmente dans le système méso limbique et le noyau accumbens en raison de l'utilisation accrue de dopamine (cet accroissement étant la conséquence de la consommation de drogue ou de l'activation comportementale).

Lorsque la consommation de drogues se poursuit, la production de la protéine CREB devient continue, et l'expression de ses gènes cibles est alors augmentée.

C'est le cas par exemple pour la DYNORPHINE, qui est synthétisée dans le noyau accumbens, et qui va y freiner la libération de dopamine, et inhiber ainsi le circuit de la récompense, déclenchant alors l'**accoutumance**, puisqu'elle affaiblit progressivement la « récompense » procurée par une dose de drogues.

Pendant plusieurs jours, l'utilisateur a besoin de doses de drogues de plus en plus importantes pour stimuler son circuit de la récompense et obtenir les mêmes effets sur son humeur et sa concentration (c'est la **tolérance**).

Toutefois, la protéine CREB n'est pas la seule en cause, puisqu'elle est inactivée en quelques jours seulement après l'arrêt de la consommation. Elle n'est donc pas responsable des « effets à long terme », qui peuvent faire rechuter même après plusieurs mois, voire années d'abstinence.

Il s'agit en fait d'un phénomène de sensibilisation, c'est-à-dire un comportement de recherche de drogue ; même une quantité minimale de drogue va suffire pour précipiter la rechute d'une personne dépendante ; et cet effet va perdurer plusieurs années.

Cette sensibilisation résulte de modifications moléculaires durables, dues à un autre facteur de transcription, le DELTA FOS B.

4/ L'HYPERSENSIBILISATION DUE A DELTA FOS B

Tout comme la protéine CREB, le Delta Fos B est un facteur de transcription, mais son action est différente.

En cas de consommation chronique de drogues, la concentration en Delta Fos B augmente progressivement dans le noyau accumbens et dans d'autres structures cérébrales (cette augmentation est stimulée par le récepteur à la dopamine D1). C'est une protéine très stable, qui reste active dans les neurones pendant des mois après l'administration de drogues.

Ceci expliquerait que l'expression de certains gènes reste perturbée longtemps après l'arrêt de la consommation.

Chez les souris, le delta Fos B est également produit dans le noyau accumbens en réaction à des récompenses répétées autres que les drogues (ex : course prolongée dans la roue) ; ce facteur jouerait donc un rôle plus général dans le développement des comportements compulsifs (notamment lors du syndrome de sevrage).

Par ailleurs, l'exposition chronique à certaines drogues déclencherait la production de nouveaux bourgeons : des épines dendritiques, sur les prolongements dendritiques des neurones du noyau accumbens.

Ces bourgeonnements persisteraient plusieurs mois après l'arrêt de la consommation de drogues.

Le Delta Fos B serait responsable de ces épines dendritiques surnuméraires.

Ce sont ces connections supplémentaires qui augmenteraient la signalisation entre les neurones ainsi connectés, et déclencherait des réactions excessives du cerveau face aux objets ou lieux associés aux drogues. Elles seraient donc responsables des phénomènes de **rechute**, pouvant survenir des années après l'arrêt de la consommation (le désir intense de consommer le produit persiste, et les capacités à contrôler cette envie sont limitées pendant longtemps).

5/ LE GLUTAMATE

Ce neuromédiateur, qui dialogue avec plusieurs régions cérébrales (complexe amygdalien, hippocampe, cortex frontal) aurait un rôle dans l'entretien du désir de trouver de la drogue, en renforçant les circuits neuronaux associant les souvenirs des expériences de prise de drogue à de fortes récompenses. Il serait donc responsable en partie des phénomènes de **rechute**.

6/ ROLE DES NEURONES « NON DOPAMINERGIQUES » : NORADRENERGIQUES ET SEROTONINERGIQUES

Nous avons vu jusqu'alors le rôle crucial de la dopamine. Mais elle ne serait pas le seul neuromédiateur en cause dans les processus de dépendance : la noradrénaline et la sérotonine, ainsi que les interactions des neurones qui libèrent ces neurotransmetteurs, pourraient avoir un rôle majeur en interagissant, avec la dopamine, dans une sorte d'engrenage dont le déséquilibre serait responsable de la dépendance.

En effet, des études sur les souris ont permis de montrer que :

- L'hyperactivité locomotrice qui résulte d'une prise de drogues provient initialement de l'activation des neurones noradrénergiques et de la stimulation d'un sous type de récepteur, le récepteur alpha1b-adrénergique
- Il n'existe qu'une seule autre composante, due à la stimulation de récepteurs sérotoninergiques de type 5HT2A
- L'étude de ces 2 composantes montre que l'absence de récepteurs 5HT2A augmente la réactivité des neurones noradrénergiques et que l'absence de récepteurs alpha1b-adrénergiques augmente la réactivité des neurones sérotoninergiques.

Il existerait donc (chez les individus « normaux », c'est-à-dire n'ayant jamais consommé de drogues) une régulation réciproque entre les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques (par l'intermédiaire des récepteurs 5HT2A et alpha1b-adrénergiques) avec inhibition mutuelle : l'absence d'un récepteur entraînerait l'hyper activité de l'ensemble neuronal complémentaire. Autrement dit, les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques sont couplés de telle façon qu'ils s'activent ou se limitent mutuellement en fonction des stimuli externes que perçoit l'individu. Ce couplage permettrait ainsi à chaque ensemble neuronal de modifier l'activation de l'autre ensemble.

Une augmentation de la réactivité des 2 systèmes neuronaux a été montrée après une administration de drogues, suggérant un découplage de ce système. Ce découplage – et l'hyperactivité incontrôlable qu'il induit – entre les systèmes noradrénergique et sérotoninergique pourrait être responsable du malaise que ressentent les toxicomanes. Cette hyperactivité se maintient des mois après l'arrêt de la drogue.

Cela conduit à une sensibilisation à long terme des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques, modifiant ainsi la perception des événements extérieurs.

La reprise de drogues permettrait un recouplage artificiel de ces neurones, créant ainsi un soulagement temporaire susceptible d'expliquer la rechute.

7/ EPIGENETIQUE

Les altérations dans l'expression des gènes, induites par les drogues, au niveau du circuit de la récompense, sont une des causes de la persistance à long terme de l'état d'addiction. Des études récentes ont indiqué le rôle direct du remodelage de la chromatine dans la régulation et la stabilité des comportements addictifs. Ce phénomène correspond par définition à l'épigénétique.

A – Epigénétique : définition

L'environnement (alimentation, stress...) peut laisser des traces dans le génome sous forme de modification de l'expression des gènes. Ces modifications sont transmissibles et réversibles, puisqu'elles n'entraînent pas de modifications de l'ADN.

Le terme épigénétique regroupe « l'ensemble des modifications de l'expression d'un gène, héréditaires lors de la division cellulaire (mitose ou méiose), mais ne résultant pas d'altérations de la séquence d'ADN ». Les mécanismes épigénétiques comprennent la méthylation de l'ADN, les modifications covalentes des histones (méthylation, acétylation, phosphorylation...) ainsi que les altérations de l'ARN.

La chromatine est constituée d'une molécule d'ADN, enroulée autour des nucléosomes (composés de protéines appelées les histones) ; ces complexes vont s'organiser en super hélices.

La chromatine est compactée au maximum pendant la division cellulaire. Les mécanismes de compactage et décompactage vont ainsi modifier l'accessibilité à l'ADN et donc moduler l'expression des gènes.

Par exemple : l'ACÉTYLATION des histones va « étirer » la chromatine, et favoriser l'expression des gènes ; à l'inverse, la METHYLATION des histones va condenser la chromatine et réprimer l'expression des gènes.

Il existe ainsi plus de 30 modifications qui affectent la structure de la chromatine (parmi elles, la phosphorylation, dont la fonction est encore inconnue).

B – Epigénétique et addiction

La protéine CREB est le facteur de transcription le mieux caractérisé dont on a montré qu'il dirige une enzyme modifiant l'histone du gène promoteur ; on a également démontré récemment que le Δ FosB recrute des enzymes modifiant la chromatine dans la consommation de cocaïne.

L'usage répété de drogues cause des altérations persistantes dans l'expression des gènes responsables de changements comportementaux et structurels à long terme. Ces facteurs de transcription spécifiques et des enzymes modifiant la chromatine régulent l'expression de gènes induite par les drogues durant l'acquisition et le maintien de la recherche de drogues. Ces changements pourraient être à la base de la transition entre l'usage récréatif et la prise compulsive de drogue.

8/ IMAGERIE FONCTIONNELLE CEREBRALE

Des modifications métaboliques et de débits sanguins ont pu être observées grâce à divers examens d'imagerie fonctionnelle (IRMf, PET SCAN) : hyperactivation dans le cortex frontal en présence de drogue chez un sujet dépendant (et hypoactivité relative en l'absence de stimulus), augmentation des flux sanguins dans les noyaux gris centraux et le cortex orbito frontal dans les premières semaines d'abstinence chez les cocaïnomanes, puis diminution dans l'hémisphère gauche et le cortex frontal...

Dans tous les cas d'addiction, avec ou sans substance, la principale modification reste une diminution du fonctionnement du circuit de la récompense.

9/ GENETIQUE ET ENVIRONNEMENT

De récentes études (réalisées notamment chez des jumeaux) ont permis de montrer que les facteurs environnementaux et génétiques avaient une influence conjointe sur les dépendances aux substances ; leurs actions ne s'ajoutent pas simplement, elles interagissent l'une avec l'autre lors du développement de l'addiction. Cela signifie que les facteurs génétiques auront plus ou moins d'effets selon les conditions sociales, familiales et les situations de stress. En général, les facteurs environnementaux ont un rôle plus important dans l'initiation d'une consommation, alors que les facteurs génétiques (par exemple : variant génétique d'un récepteur nicotinique) interviendront majoritairement dans la progression de la dépendance.

10/ CONCLUSION

Tous ces éléments de physiopathologie ont jusqu'alors été étudiés dans le domaine des addictions avec substances, et il est très probable que de nombreux mécanismes vont encore être découverts dans les années à venir ; la recherche pour les addictions comportementales en est encore à ses balbutiements et profitera bien sûr de ces études, mais également d'études spécifiques à ce type de dépendances.

III - LE JEU PATHOLOGIQUE

1/ INTRODUCTION

Les jeux de hasard et d'argent sont des pratiques sociales et culturelles inscrites dans une histoire très ancienne de loisirs, et ayant connu une croissance importante au cours de ces quarante dernières années. Aujourd'hui, ils tiennent une place importante dans la vie quotidienne, le temps libre ou festif.

La majeure partie de la population trouve dans cette activité une manière simple et ludique de lutter contre l'ennui ou de passer un bon moment ; chez certains individus, leur pratique peut devenir problématique, avec des conséquences négatives sur le plan familial, professionnel ou social.

Dans ces jeux de hasard et d'argent, le sujet mise de façon irréversible un bien (argent ou objet) ; l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction (partiellement ou totalement) du hasard. Ces jeux ont depuis toujours une dimension sociale et économique, mais sont largement favorisés par le contexte social actuel (incitation aux crédits, valorisation de la consommation, explosion de l'offre des jeux).

Impulsivité et recherche de sensations sont des notions centrales en matière de jeu pathologique ; la recherche de sensations, définie comme la tendance à rechercher des stimulations sensorielles variées, nouvelles, complexes et intenses, et associant recherche de danger et d'aventure, recherche d'expériences, désinhibition et susceptibilité à l'ennui (Zuckerman, 1994), a fréquemment été explorée dans ses liens avec les problèmes de dépendance et a fait l'objet d'un grand nombre de travaux dans le domaine du jeu. Elle est une dimension fondamentale de la personnalité des joueurs pathologiques.

2/ DEFINITION

Le jeu pathologique est défini comme un comportement **répété** et **persistant** de jeu d'argent exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives. Le joueur pathologique peut se retrouver à l'extrême dans une situation de délinquance financière (faux, escroquerie, abus de confiance, vol, contrefaçon de chèques...), voire de ruine.

On parle également de « **joueur problématique** », c'est-à-dire joueur non classé comme pathologique mais montrant des difficultés en lien avec son comportement de jeu et à risque de devenir joueur pathologique.

L'existence de joueurs pathologiques a été décrite dès le début du 20^{ème} siècle ; pour autant, la notion de jeu pathologique n'apparaît dans la littérature scientifique que vers la fin des années 80.

A ce moment, le jeu excessif est inscrit dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM). Il y est inscrit dans la rubrique des « **troubles du contrôle des impulsions** », qui correspondent à la répétition de comportements impulsifs, précédés d'un sentiment de tension et suivis de culpabilité.

Le jeu pathologique est suscité par un état de tension psychique qui ne peut être réduit que par l'accomplissement d'une séquence comportementale précise.

Des critères de dépendance s'appliquent au jeu pathologique :

- Les sujets ne peuvent réduire ni la fréquence du jeu, ni le montant des sommes jouées.
- Ils accomplissent ces actions **en dépit des conséquences négatives**.
- Un **désir obsédant**, une **euphorie** et une **perte de contrôle** initient leur dépendance.
- Cette dépendance est maintenue par des symptômes de sevrage (malaise physique ou psychique, irritabilité, anxiété) à l'arrêt.
- Une modification de la **tolérance** apparait, avec accroissement des enjeux au fil du temps.

Le jeu pathologique commence le plus souvent pendant l'adolescence chez l'homme, plus tard chez la femme.

Certains sujets deviennent dépendants dès leur première confrontation au jeu ; dans d'autres cas, le jeu pathologique peut être précédé de plusieurs années de jeu social ; plusieurs facteurs peuvent alors déclencher l'évolution vers le jeu pathologique : facteur de stress, exposition plus importante au jeu, gain important.

L'évolution ensuite peut être variable : épisodique ou régulier.

3/ DONNEES ECONOMIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES

A - Economie du jeu : quelques chiffres pour la France (tirés de l'expertise collective de l'INSERM 2008)

- près de 30 millions de personnes tentent leur chance au moins une fois dans l'année à un jeu de hasard et d'argent en France.
- depuis 1975 le montant des enjeux a doublé et le chiffre d'affaires des jeux autorisés est passé de 98 millions d'euros en 1960 à 37 milliards en 2006.
- le secteur du jeu emploie plus de 100000 personnes (emplois directs), ce qui en fait un pôle économique et financier majeur
- 6 milliards d'euros pour les finances de l'état et des communes
- 192 casinos totalisant un chiffre d'affaires autour de 18 milliards et 64 millions d'entrées. Les habitués des casinos sont majoritairement des inactifs, sans emploi ou retraités ; ce sont le plus souvent des hommes.
- le Pari Mutuel Urbain (PMU) génère un chiffre d'affaires estimé à 8 milliards d'euros. Le nombre de parieurs s'élevait à 6,8 millions en 2005. Ce sont le plus souvent des hommes âgés de 35 à 49 ans issus de milieux socioprofessionnels généralement modestes. Parmi ces parieurs, 55 % sont des clients réguliers.
- Le chiffre d'affaires de la Française des Jeux (Loto, Loto sportif, Keno et jeux de grattage) avoisine les 9,7 milliards d'euros en 2007. 29 millions de personnes jouent à un jeu de la Française des Jeux tous les ans ; parmi eux il y a autant d'hommes que de femmes.

B - Prévalence du jeu pathologique

Plus de 200 enquêtes de prévalence ont pu être recensées dans la littérature internationale (principalement en Amérique du Nord, Australie et Nouvelle Zélande) ; il y a en revanche peu d'études réalisées en France.

3 principaux outils de repérage ont été utilisés :

- Le South Oaks Gambling Screen (SOGS)
- Le test adapté du DSM-IV
- Le Canadian Problem Gambling Index (CPGI)

Les Etats Unis et l'Australie émergent avec des prévalences en population générale relativement élevées : jeu problématique et jeu pathologique autour de 5% (entre 3.9 et 4.2% pour le jeu problématique, et entre 1.2 et 2.3% pour le jeu pathologique) ; en Australie, on estime que la prévalence du jeu pathologique dépasse celle des accidents vasculaires cérébraux et des maladies coronariennes, et est comparable avec celle du diabète de type 2 ; en Europe, les niveaux seraient inférieurs, autour de **1 à 2%** (soit entre 400000 et 800000 personnes en France).

La première étude française de prévalence du jeu excessif a été réalisée en 2007 dans un centre de médecine préventive au moyen d'un auto questionnaire utilisant l'Indice canadien du jeu excessif et retrouve les taux suivants : 0.7% de jeu problématique, 3.6% de jeu à risque modéré, 10.7% de jeu à risque faible.

L'expertise réalisée par l'INSERM en 2008 établit le constat d'un risque de dépendance aux jeux de hasard et d'argent chez 2 à 3 % des joueurs.

Les hommes sont toujours les plus concernés, avec un sex ratio d'environ 2 hommes pour 1 femme. Les hommes privilégient certains jeux (paris sportifs, tiercé, pokers, jeux à tirage rapide), les femmes préfèrent les jeux de grattage. Ce sont le plus souvent des sujets jeunes (moins de 30 ans), célibataires, sans diplôme.

Chez les « seniors » (plus de 65 ans), les taux de prévalence sont équivalents (entre 0.5 et 2.7% selon les études) ; le SOGS pourrait sous évaluer les comportements ludiques problématiques (item concernant l'absentéisme professionnel inadapté), les critères du DSM IV semblent plus adaptés à cette tranche d'âge.

Une situation de précarité est également souvent présente (l'étude de 2007 réalisée dans un centre de médecine préventive retrouve un taux de joueurs à risque plus élevé chez les chômeurs (5%) que chez les actifs (2%) ; il existe également une graduation en fonction du milieu socio professionnel). Le *gambling* entraînerait davantage de problèmes sociaux chez les populations les plus pauvres car le pourcentage des dépenses ludiques y est plus important, même quand les sommes consacrées au jeu sont moins importantes.

D'autres facteurs sont également retrouvés : appartenance à certains groupes ethniques, faible niveau de ressources, personne socialement en difficulté sur le plan familial, scolaire, professionnel ou judiciaire, antécédents familiaux de jeu pathologique ou d'alcoolisme, l'exposition précoce aux jeux d'argent dans l'adolescence, la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites, l'importance de l'offre de jeux.

Par ailleurs, tous les jeux ne comportent pas le même risque d'addiction. Plus le délai entre la mise et le gain attendu est court, plus la possibilité de répétition de la séquence de jeu est élevée, plus le risque d'addiction est grand.

De même, l'impact d'un gros gain initial est l'un des facteurs classiques d'installation du jeu pathologique.

Enfin, des études ont mis en évidence un taux très élevé de suicide chez les joueurs pathologiques (entre 13 et 16% des joueurs ont déjà faits une tentative de suicide).

4/ APPORT DES NEUROSCIENCES

A – Facteurs biologiques

Concernant plus spécifiquement le jeu pathologique, diverses études ont montré que :

- L'activité de la monoamine oxydase plaquettaire est abaissée chez les joueurs pathologiques comparés à des témoins ; chez les témoins, cette baisse est corrélée à l'élévation du niveau de recherche de sensations, ce qui n'est pas le cas chez les joueurs pathologiques
- Il y a une augmentation de l'activité dopaminergique chez les joueurs pathologiques (mise en évidence par l'augmentation du taux d'acide homovanillique dans le LCR des joueurs)
- Il existe également une augmentation de l'activité noradrénergique (augmentation du taux du 3-méthoxy-4-hydroxyphénycol dans le LCR et les urines)
- Concernant les béta endorphines, on retrouve des différences en fonction du jeu pratiqué, ce qui peut s'expliquer par des niveaux d'excitation et d'éveil cortical différents.

B – Facteurs électriques

L'utilisation de l'EEG chez les joueurs montre une différenciation d'activation inversée ; on retrouve cette modification chez les enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention et chez les alcooliques.

C – Facteurs génétiques

- des études de jumeaux sont en faveur de l'existence de facteurs génétiques dans la transmission du jeu pathologique
- près de 20% des sujets ayant des antécédents familiaux de jeu pathologique sont joueurs
- les travaux de génétique moléculaire démontrent qu'il existe un polymorphisme du gène codant pour le récepteur dopaminergique D2 chez les joueurs pathologiques (forme allélique particulière) que l'on retrouve plus souvent chez les joueurs pathologiques, les alcooliques et les toxicomanes. La différence entre joueurs et témoins est nettement significative. Il existerait donc des particularités neurobiologiques, génétiquement transmises, communes au jeu pathologique, à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

5/ CLINIQUE

A – Les différentes phases du jeu pathologique

Le jeu pathologique évolue classiquement en 4 phases :

- **La phase de gain** : les gains peuvent être d'importance variable ; le sujet va alors vouloir revivre l'expérience qui lui a apporté euphorie et exaltation, il espère gagner des sommes plus importantes ; pour cela il va jouer de plus en plus souvent, mettre au point des « stratégies », pensant maîtriser le sort. Alors que les gains vont s'alterner avec les pertes, le joueur va avoir tendance à surestimer ses gains, et à minimiser ses pertes. C'est pendant cette phase que la dépendance s'installe.
- **Perte et chasse** : pendant cette phase, les périodes de dépression et d'excitation se succèdent ; le joueur va tenter de « se refaire ». Il engage la majorité de ses ressources et multiplie les dettes. La dépendance est maintenant véritablement installée, avec symptômes psychiques (irritabilité, nervosité, envie irrépressible de jouer...) voire physiques (céphalées, troubles gastro intestinaux...) de sevrage à l'arrêt. Les conséquences négatives sur le plan familial et professionnel apparaissent.
- **Désespoir** : faisant souvent suite à un épisode de pertes d'argent prolongé, cette phase voit le sujet désespéré, angoissé, isolé, endetté, pouvant aller jusqu'à commettre des délits pour se procurer de l'argent. La survenue de sanctions judiciaires peut déclencher un passage à l'acte suicidaire ou une réaction dépressive.
- **Abandon** : à ce moment, les fantasmes de gain et de réussite sont abandonnés ; le joueur sait qu'il ne pourra pas rembourser ses dettes, mais il continue de jouer par « amour désintéressé » du jeu.

B – Les conséquences familiales du jeu pathologique

Lesieur et Custer estiment que pour chaque joueur pathologique, la vie de 10 à 15 autres personnes est influencée de façon négative. Il peut s'agir d'amis, de relations professionnelles, des parents, frères et sœurs, mais le plus souvent ce sont les conjoints et les enfants qui sont touchés.

En effet, le jeu pathologique perturbe sévèrement la vie familiale et retentit sur l'équilibre financier et affectif du conjoint. Au niveau financier, les dettes, hypothèques, prêts, utilisation des fonds de retraite et des économies sont habituels, et mènent fréquemment au divorce. Au niveau affectif, le conjoint ressent souvent de la colère envers le joueur ou de la culpabilité ; il présente des symptômes physiques (céphalées, troubles gastro intestinaux, difficultés respiratoires...), et psychiques (anxiété, dépression, idées suicidaires...).

Chez les enfants des joueurs pathologiques, on retrouve une prévalence élevée de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, usage de drogues...), d'hyperphagie, de troubles de l'humeur, et de difficultés scolaires et d'adaptation sociale. Ils sont pris au centre des tensions familiales et servent parfois de bouc émissaire ; ils ressentent souvent de la déception, de la colère, de la tristesse, de la honte ou ont un fort sentiment d'abandon.

C – Jeux de hasard et d'argent sur internet

Les avancées dans le domaine des nouvelles technologies ont modifié la nature de certaines activités, notamment dans le domaine du jeu ; ainsi, le joueur n'est plus contraint de sortir de chez lui et de se rendre dans un casino, sur un hippodrome, ou dans un point de vente de la française des Jeux : il lui suffit de rester chez lui, d'allumer l'ordinateur et de se connecter à Internet ; les jeux de hasard et d'argent sont désormais en accessibilité directe et illimitée.

Plusieurs facteurs rendent les jeux en ligne potentiellement addictifs: l'anonymat (qui évite la peur de la stigmatisation et réduit la barrière sociale à s'engager dans le jeu), le côté «abordable» (Internet étant de moins en moins coûteux), la commodité (le jeu se fait dans un environnement familier et confortable, à la maison ou au travail), l'accessibilité (illimitée), la fréquence des événements (c'est-à-dire le nombre d'opportunités de jouer dans une période de temps donnée qui est un facteur essentiel dans le développement des problèmes de jeu)...

Cette augmentation des opportunités de jeu pourrait amener à l'émergence d'un comportement de jeu excessif dans certaines tranches de la population, particulièrement chez les adolescents (favorisée par le manque de régulation de nombreux sites, la familiarité des jeunes générations avec l'outil Internet, l'intérêt et l'accès aux ordinateurs...). Pour exemple, le nombre de collégiens qui jouent en ligne au moins une fois par semaine a quadruplé entre 2005 et 2006. On estime à 1,6 millions le nombre de collégiens qui ont joué en ligne durant cette période et un quart d'entre eux présenteraient les caractéristiques de jeu pathologique.

Enfin, les jeux en ligne sont une des nouvelles opportunités de jouer sur le lieu de travail. Le jeu en ligne est une activité solitaire qui peut se faire sans que personne ne le sache.

Les études sur les jeux de hasard et d'argent en ligne et leurs effets psychosociaux sont encore rares. Actuellement, les chercheurs et les cliniciens font l'hypothèse d'une implication plus forte chez les jeunes.

Une revue de la littérature menée sur les adolescents jouant en ligne a montré que ces derniers étaient très expérimentés quant à l'utilisation et l'accès aux nouveaux médias et qu'ils sont plus à même d'être de plus en plus exposés à des opportunités de jouer en ligne de façon isolée.

Les taux de conversion (c'est-à-dire la probabilité que les individus qui essaient une activité de jeu spécifique s'y engagent de façon régulière) des jeux sur Internet étaient très largement supérieurs comparés aux autres types de jeux (loto, machine à sous, bingo, etc.). Ce résultat est lié à la disponibilité/accessibilité de l'activité de jeu.

Le profil des joueurs de jeux de hasard et d'argent sur Internet sont des hommes jeunes (18 à 34 ans), célibataires, instruits, ayant un emploi professionnel ou patronal à plein temps, avec des revenus supérieurs à la moyenne, ayant joué pour la première fois avant l'âge de dix ans.

D – Le jeu pathologique chez les séniors

Selon diverses études, avec l'âge la dépendance s'installerait plus rapidement et les mises d'argent augmenteraient.

Le jeu apparait dans cette population comme un moyen de lutter contre l'ennui, se détendre et éprouver du plaisir, favoriser les relations sociales, se mêler à des gens plus jeunes...

Enfin, certaines affections associées au grand âge ont un impact sur la pratique de jeu ; ainsi, une étude évaluant 73 sujets souffrant d'une maladie de Parkinson idiopathique et traités par agonistes dopaminergiques retrouvait pour 31 d'entre eux un diagnostic de jeu pathologique débutant ; un début précoce de la maladie, un haut niveau de recherche de sensation et des antécédents personnels ou familiaux d'abus d'alcool étaient des facteurs prédictifs de développer un jeu pathologique sous traitement chez un parkinsonien.

6/ DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

A – Outils diagnostics

Il existe différents outils pour le repérage et le diagnostic du jeu pathologique.

Les principaux sont : le South Oaks Gambling Screen (SOGS), la section jeu pathologique du DSM-IV, l'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE) ; ces 3 outils ont fait l'objet d'études de validation garantissant de bonnes propriétés psychométriques ; sont moins souvent utilisés : l'Auto-questionnaire des Gamblers Anonymous (GA-20), le Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-PG), le Gambling Self-Efficacy Questionnaire (GSEQ), l'Addiction Severity Index Gambling (ASI-G).

La pertinence de ces tests est discutée pour les jeunes joueurs et pour les seniors. Le DSM-IV reste l'outil de référence pour le diagnostic.

Le **South Oaks Gambling Screen** (SOGS) est un auto-questionnaire constitué de vingt items (voir annexes). C'est l'outil de référence pour le repérage du jeu pathologique et il est le plus utilisé dans le monde. Cependant, certaines limites du SOGS sont soulignées au niveau de ses propriétés psychométriques (surévaluation de la prévalence du jeu pathologique, évolutions diagnostiques non prises en compte, pertinence de l'outil discutée dans les populations les plus jeunes malgré l'existence d'une adaptation pour adolescent : le SOGS-RA).

L'**Indice Canadien du Jeu Excessif** (ICJE) a été conçu en 2001 pour mesurer la prévalence des habitudes de jeu et du jeu problématique en population générale. C'est un questionnaire de 9 items permettant de déterminer plusieurs niveaux de sévérité des habitudes de jeu :

- 0 : pas de problème de jeu
- 1 ou 2 : habitudes de jeu à faible risque, qui semblent avoir peu de conséquences négatives ou ne pas en avoir du tout
- 3 à 7 : habitudes de jeu à risque modéré, qui ont certaines conséquences négatives
- 8 ou plus : jeu problématique qui a des conséquences négatives et peut être hors de contrôle

Cependant, ces tests sont trop longs à réaliser pour être utilisés en routine pour les soins primaires ; c'est pour cette raison qu'un test de dépistage à une question a été développé. Les réponses à la question : « avez-vous déjà eu des problèmes avec le jeu ? » correspondent étroitement aux réponses obtenues à l'ICJE.

Les critères du DSM IV du jeu pathologique

La section jeu pathologique du DSM-IV (DSM-IV-jeu) est un outil de référence pour le diagnostic de jeu pathologique. Il est reconnu bien plus discriminant que le SOGS et on considère qu'en moyenne la prévalence du jeu pathologique avec le SOGS est deux fois plus élevée qu'avec le DSM-IV-jeu.

Il existe des adaptations du DSM-IV-jeu, notamment le DSM-IV-J (juvénile) pour l'adolescent.

B – Chez quels patients rechercher ces pathologies ?

Les patients en difficulté avec le jeu consultent peu de façon spontanée, et souvent tardivement (il s'écoule en moyenne 5 à 6 ans avant qu'une personne avec des difficultés majeures ne cherche conseil ou aide). Il faut tenter de les repérer lors d'une consultation pour un autre problème, certains critères de dépistage permettant un repérage précoce ; ce sont notamment le sexe, toute autre addiction (alcool, tabac) ou trouble psychiatrique (dépression, anxiété...), un revenu moyen inférieur, des troubles du sommeil.

7/ COMORBIDITES

A – Comorbidités psychiatriques

Presque tous les joueurs pathologiques présentent, à un moment de leur existence, un autre trouble psychiatrique : dépression majeure le plus souvent (le jeu étant alors considéré comme la seule activité contradépressive), troubles bipolaires de l'humeur, troubles schizo affectifs, troubles anxieux, troubles de la personnalité (les plus fréquentes étant la personnalité sociopathique et la personnalité obsessionnelle) ; l'association à d'autres addictions comportementales sont également fréquemment retrouvés (achats compulsifs dans 25 % des cas, comportements sexuels compulsifs dans 10% des cas, exercice physique compulsif dans 2.5% des cas).

B – Alcool et drogues

Les études réalisées sur jeu pathologique et alcool/drogues montrent que :

- Entre 9 et 30% des alcooliques et toxicomanes ont présenté une conduite de jeu pathologique à un moment de leur vie.
- Il y a des facteurs de risque de jeu pathologique chez les sujets dépendants : sexe masculin, antécédents familiaux de jeu pathologique, antécédents familiaux d'alcoolisme, précocité de la fréquentation des lieux de jeu.
- Parmi les joueurs pathologiques, près de la moitié présentent une dépendance à l'alcool : la consommation d'alcool accompagne alors habituellement le comportement de jeu (et 73% ont présenté un usage abusif d'alcool) ; 38% ont déjà été usager de drogues, 60% ont une dépendance au tabac.

- Une dépendance peut succéder à l'autre un sujet dépendant à l'alcool peut au décours d'un sevrage présenter une dépendance au jeu, et inversement.

8/ TRAITEMENTS

Actuellement on assiste à une augmentation croissante des demandes d'aide auprès des établissements spécialisés en addictologie, mais il est encore difficile de trouver des structures de soins adaptées.

Malgré tout, peu de sujets diagnostiqués « joueur pathologique » sont demandeurs d'aide (entre 7 et 12%) ; et le délai entre les premières difficultés et la première demande d'aide est estimé à 5 ans ; cette faible demande de soins s'explique par plusieurs facteurs : impression de pouvoir s'en sortir seul, honte, crainte de la stigmatisation, coût de la prise en charge, doute sur l'efficacité des mesures proposées, difficulté d'accéder aux soins...

C'est pour toutes ces raisons que la première consultation doit permettre de rassurer le malade, et d'aborder directement le problème du jeu, sans agressivité ni complaisance.

A – Un traitement spécifique

Des consultations spécialisées se développent en France depuis quelques années ; mais le plus souvent, les joueurs sont pris en charge dans les services de psychiatrie.

La prise en charge d'un joueur pathologique implique non seulement de traitement de la dépendance au jeu en elle-même, mais également de toutes ses conséquences : bilan social (avec si besoin des conseils juridiques, une protection des biens de type curatelle, voire une aide à la constitution d'un dossier de surendettement), accueil et accompagnement de la famille...

Plusieurs types de traitements, bien souvent associés, sont expérimentés pour la prise en charge de ce type de pathologie : thérapies cognitives et comportementales, techniques motivationnelles, thérapies de groupe, thérapies psychanalytiques, traitements médicamenteux...

Plusieurs de ces programmes expérimentés dans d'autres pays, notamment la thérapie de groupe, la prise en charge éducative, la participation aux réunions de Joueurs Anonymes (sur le modèle des Alcooliques Anonymes), semblent donner de bons résultats (avec un taux d'abstinence de 67% à 6 mois).

B – Soutien relationnel et social

Le soutien prolongé du patient est le point essentiel du traitement ; il va permettre de (re)motiver le patient dans sa démarche, de le conseiller et de l'accompagner dans l'orientation de ses choix ; ce soutien nécessite une écoute active, une directivité relative et une valorisation des comportements positifs.

Par ailleurs, le joueur se retrouve souvent dans une situation de précarité sociale et affective ; les rechutes sont donc fréquentes, et ce d'autant plus si une alcoolodépendance ou un état dépressif persistent. Il est donc primordial de suivre ces patients de façon prolongée pour en éviter les rechutes.

C – Les joueurs anonymes

Ce sont des psychothérapies de groupe inspirées des 12 étapes des Alcooliques Anonymes, dont : la période de stress intense (le sujet touche le fond), le contact initial avec le groupe (premiers pas), l'engagement dans le groupe (principe et objectifs), la mortification (le sujet accepte son problème et son identité de dépendant), et raconter son histoire.

La maladie est ici considérée comme incurable, et le traitement est fondé sur le maintien de l'abstinence au quotidien ; l'entraide, le soutien, le bénévolat et la bonne volonté sont les bases de ce type d'association.

D – Traitement médicamenteux

Il n'existe à ce jour aucun traitement médicamenteux ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication ; cependant des traitements par antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (fluvoxamine, paroxétine, citalopram), antagonistes opioïdes (naltrexone, nalméfène), thymorégulateurs (lithium) et antidépresseurs tricycliques (clomipramine : Anafranil[®]) ont montré une amélioration (réduction du comportement de jeu) ; il reste difficile de distinguer un effet propre sur le jeu d'un effet sur la dépression ou sur l'anxiété. Le choix d'une classe pharmacologique ne peut être actuellement fait que de façon empirique. La prise en compte des comorbidités pourrait orienter vers certains types de traitements pharmacologiques.

E – Approches cognitives et comportementales

Certains travaux se sont intéressés aux « croyances irrationnelles » observées chez les joueurs, telles que l'illusion de contrôle, la méconnaissance de « l'indépendance des tours », les superstitions et corrélations illusoire. Ces croyances sont retrouvées chez tous les joueurs, mais elles sont sans doute plus fréquentes chez les joueurs excessifs.

La première étape de la thérapie cognitive sera une évaluation précise du problème de jeu (motif de la demande de prise en charge, diagnostic selon les échelles, jeu posant problème, sévérité du problème, principales situations à risque, perception d'efficacité personnelle, liste des occasions de jouer, exercice sur la motivation : conséquences positives et négatives du jeu, avantages et inconvénients à ne plus jouer) et des comorbidités (autres conduites de dépendance, anxiété, dépression...).

La deuxième étape traite la dimension cognitive (« restructuration cognitive ») : identifier les pensées erronées, déterminer ce qui déclenche l'envie de jouer, les pensées et les émotions associées, clarifier la définition du hasard, distinguer les jeux de hasard et d'adresse, sensibiliser aux situations à risque, remettre en question les pensées erronées...

La prévention des rechutes (consistant en un apprentissage et à la mise en place de stratégies de « *coping* » = adaptation à une situation problématique), l'évaluation post traitement (point sur les acquis, évaluation des habitudes de jeu et impact des modifications) et le suivi (vérification du maintien des améliorations) sont les dernières étapes de la prise en charge.

F – Programme Internet du jeu excessif

L'intérêt de ce type de traitement est de contourner les barrières à la demande d'aide que nous avons vu plus haut. Il présente plusieurs avantages : disponibilité (n'importe où, n'importe quand), faible cout, diminution du sentiment de stigmatisation, anonymat... Le traitement par internet peut être la première étape amenant à un traitement plus « classique ». Les essais de ce type de traitement réalisés jusqu'alors sont inspirés de thérapie cognitive comportementale ou utilisent des thérapies de groupe ; l'efficacité d'un tel traitement reste encore à évaluer.

9/ CONCLUSION

De nombreux arguments (cliniques, épidémiologiques, biologiques, thérapeutiques) permettent de considérer le jeu pathologique comme une addiction sans drogue. Cela permet de focaliser l'intérêt sur cette pathologie encore souvent méconnue, d'en favoriser le dépistage et la prise en charge au sein des programmes de soins des centres d'addictologie.

Le médecin généraliste apparaît comme un partenaire majeur dans l'identification et la prise en charge des joueurs pathologiques, surtout chez ceux se plaignant de dépression et d'anxiété.

Des actions d'information, de prévention, de formation dans les espaces de jeu et sur les supports de jeu ont été engagées : par exemple la diffusion de numéros verts et de différents produits (affiches, brochures, slogans, logos « **jeu responsable** »), des actions de

communication pour faire connaître la politique de jeu responsable des pouvoirs publics et des opérateurs de jeux.

ANNEXES

Le questionnaire *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*

1. Veuillez indiquer auxquels des types de jeux suivants vous avez déjà joué dans votre vie. Pour chacun, répondez « pas du tout », « moins d'une fois par semaine » ou « au moins une fois par semaine » selon le cas.

- a. jouer aux cartes pour de l'argent
- b. parier sur des chevaux, des chiens ou d'autres animaux (en ligne, à l'hippodrome ou auprès d'un preneur de paris ou d'un preneur aux livres)
- c. parier sur des résultats sportifs
- d. jouer aux dés (y compris le craps) pour de l'argent
- e. jouer dans un casino (légal ou non)
- f. parier sur des numéros ou jouer à la loterie
- g. jouer au bingo pour de l'argent et aux jeux de grattage
- h. jouer à la bourse
- i. jouer dans des machines (p. ex., machines à sous, vidéo poker, etc.)
- j. jouer aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent
- k. acheter des billets à languette ou des billets autres que les billets de loterie
- l. autres jeux (veuillez préciser)

2. Quelle est la plus grosse somme d'argent que vous avez jamais misé en une journée ?

je n'ai jamais joué

1 \$ ou moins

plus de 1 \$ mais moins de 10 \$

plus de 10 \$ mais moins de 100 \$

plus de 100 \$ mais moins de 1 000 \$

plus de 1 000 \$ mais moins de 10 000 \$

plus de 10 000 \$

3. Veuillez cocher dans la liste suivante les personnes de votre entourage qui ont des problèmes de jeu.

père

mère

frère ou soeur

grand-père ou grand-mère

conjointe ou conjoint

enfant(s)

autre parent

ami ou autre être cher

4. Quand vous jouez, combien de fois retournez-vous à la maison de jeux pour récupérer l'argent que vous avez perdu ?

jamais

quelquefois (moins de la moitié du nombre de fois où j'ai perdu)

à peu près chaque fois que je perds

chaque fois que je perds

5. Avez-vous déjà dit avoir gagné de l'argent au jeu quand en fait vous n'en aviez pas réellement gagné ou que vous en aviez perdu ?

jamais (ou je n'ai jamais joué)

oui, moins de la moitié du nombre de fois où j'ai perdu

oui, la plupart du temps

6. Croyez-vous avoir déjà eu un problème de jeu ?

non

oui, dans le passé, mais plus maintenant

oui

7. Avez-vous déjà joué plus que vous en aviez l'intention ?

oui non

8. Des gens ont-ils critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-ils dit que vous aviez un problème de jeu, même si vous pensiez que ce n'était pas le cas ?

oui non

9. Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de vos habitudes de jeu ou de ce qui se passe quand vous jouez ?

oui non

10. Avez-vous déjà eu l'impression d'être incapable d'arrêter de jouer même si vous en aviez envie ?

oui non

11. Avez-vous déjà caché des bordereaux de pari, des billets de loterie, de l'argent pour parier, des reconnaissances de dette ou d'autres signes de jeu à votre conjointe ou conjoint, à vos enfants ou à d'autres êtres chers ?

oui non

12. Vous êtes-vous déjà disputé avec des personnes avec qui vous vivez au sujet de la façon dont vous gérez l'argent ?

oui non

13. (Si vous avez répondu « oui » à la question 12) : Ces disputes ont-elles déjà porté sur vos habitudes de jeu ?

oui non

14. Avez-vous déjà emprunté de l'argent à une personne sans la rembourser à cause de vos habitudes de jeu ?

oui non

15. Vous êtes-vous déjà absenté du travail (ou de l'école) pour jouer ?

oui non

16. Si vous avez déjà emprunté de l'argent pour jouer ou pour rembourser des dettes de jeu, à qui l'avez-vous emprunté ? (Cochez OUI ou NON pour chacun des énoncés suivants.)

a. argent du ménage

oui non

b. conjointe ou conjoint

oui non

c. autres parents ou parents de la conjointe ou du conjoint

oui non

d. banques, compagnies de prêts, caisses populaires ou credit unions

oui non

e. cartes de crédit

oui non

f. prêteurs sur gages

oui non

g. encaissement d'actions, d'obligations ou d'autres valeurs

oui non

h. vente de biens personnels ou familiaux

oui non

i.. chèques sans provision

oui non

j. marge de crédit auprès d'un preneur aux livres

oui non

k. marge de crédit dans un casino

oui non

Notation du questionnaire **South Oaks Gambling Screen**

Les scores au questionnaire SOGS sont obtenus par l'addition du nombre de questions dont la réponse est une indication d'un joueur « à risque » :

Les questions 1, 2 et 3 ne comptent pas.

Question 4 à peu près chaque fois que je perds ou chaque fois que je perds

Question 5 oui, moins de la moitié du nombre de fois où j'ai perdu ou oui, la plupart du temps

Question 6 oui, dans le passé, mais plus maintenant, oui

Question 7 oui

Question 8 oui

Question 9 oui

Question 10 oui

Question 11 oui

La question 12 ne compte pas.

Question 13 oui

Question 14 oui

Question 15 oui

Question 16a oui

Question 16b oui

Question 16c oui

Question 16d oui

Question 16e oui

Question 16f oui

Question 16g oui

Question 16h oui

Question 16i oui

Les questions 16j et 16k ne comptent pas.

Le score global est obtenu en additionnant les points

Total = (20 questions comptent)

0 = pas de problème

1 – 4 = quelques problèmes

5 ou plus = joueur pathologique probable

Les critères du DSM IV du jeu pathologique F63.0 [312.311 Jeu pathologique

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. préoccupation par le jeu (p. ex., préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer)
2. besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
3. efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
4. agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
5. besoin de jouer pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex., des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)
6. après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »)
7. mensonges à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
8. actes illégaux commis, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu
9. mise en danger ou perte une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
10. tendance à compter sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Correspondance avec les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 pour le jeu pathologique supposent un ensemble indissociable (p. ex., A, B, C et D doivent tous être présents) alors que les critères du DSM-IV incluent des items différents et sont un ensemble fait d'éléments séparables (p. ex., 5 symptômes parmi 10 doivent être présents). De plus, les critères de la CIM-10 spécifient « au moins deux épisodes de jeu pathologique pendant une période d'un an ou plus ».

IV - ADDICTION A INTERNET ET AUX ECRANS (TELEVISION, JEUX VIDEO)

1/ INTRODUCTION

Le concept de dépendance à internet (ou usage pathologique d'internet) est entré dans le vocabulaire médical en 1995 ; depuis, le nombre d'utilisateurs a explosé, en même temps que son utilisation pathologique.

Pour la majorité d'entre eux, il s'agit d'un simple hobby, ou d'un outil de communication ou de travail ; le risque pour certains est d'y découvrir un nouvel intérêt ou une addiction secondaire.

Plusieurs déclinaisons du concept ont été décrites (selon Véléa et Hautefeuille, 1998) : infolisme (recherche effrénée d'informations, particulièrement professionnelles avec une compétitivité de type anxiété de performance), jeux vidéo, jeux de rôle, *chats* et forum, sexe, jeu de hasard (casinos virtuels), cyberdélinquance, cybercriminalité, travail pathologique, achats compulsifs, voyeurisme...

2/ DEFINITION

L'addiction à Internet n'est pas un trouble mental répertorié par les classifications internationales actuelles (DSM IV ou CIM). Il n'existe donc pas à ce jour de définition consensuelle du trouble (ceci pouvant expliquer les difficultés à trouver des études de prévalence dans la population générale).

Il existe une controverse considérable quant à la classification de l'addiction à internet dans le DSM V (prévu pour 2013) dans les addictions sans drogue.

Les critères de l'addiction à internet ont été décrits initialement par Goldberg (1995), O'Reilly (1996) et Young (1998).

La définition la plus couramment admise est celle de Young. Elle est basée sur les **critères du DSM-IV-TR du jeu pathologique**. Elle se focalise sur l'utilisation problématique d'Internet (UPI) en dehors d'un usage professionnel ou institutionnel et considère que le diagnostic est posé si cinq critères sur huit (comme la perte de contrôle, des signes de manque, des pensées obsédantes liées à l'utilisation...) sont présents durant les six derniers mois. Ensuite, elle subdivise l'addiction à Internet en cinq catégories : **cybersexual addiction** (dépendance à la cyber sexualité : recherche et visionnage de matériel pornographique), **cyberrelationnal addiction** (dépendance liée à l'aspect interactif d'internet : relations interpersonnelles que ou majoritairement en ligne), **net compulsions** (dépendance à caractère monétaire : gambling, achats compulsifs, spéculation boursière), **information overload** (*surfing* et recherche d'information), **computer addiction** (dépendance à l'ordinateur et à l'informatique en général, jeux en ligne).

Pratarelli et al. décrivent 3 types d'utilisateurs : les **raisonnables** (qui n'utilisent Internet que modérément ; pour eux l'ordinateur est un objet nécessaire, mais ils préfèrent les relations directes aux forums, ils ne sont pas dépendants, et ne sont pas gênés quand ils ne peuvent se connecter), les **dépendants d'internet** (les moments les plus forts de leur existence se passent devant l'écran d'un ordinateur, ils seraient prêts à déménager si l'accès à Internet devenait impossible pendant plusieurs jours) et les **accros du cybersexe** (qui sont dépendants d'Internet pour des raisons sexuelles : ils ne se connectent que sur les sites pornographique).

Cette addiction à internet peut être primaire ou secondaire (selon le modèle cognitivo comportemental de Davis) :

- **PRIMAIRE** (ou usages pathologiques généralisés d'Internet (UPGI)) : il existe une véritable passion pour l'univers du web et du multimédia, une relation de fascination à laquelle succède un besoin impérieux et une obligation de connexion ; la relation est affectueuse voire passionnelle avec l'ordinateur.
- **SECONDAIRE** (ou usages pathologiques spécifiques de l'Internet (UPSI)) : la connexion n'est qu'un moyen de réaliser une autre addiction comportementale (ex : dépendance communicationnelle et sites de *chats*, jeu pathologique et casinos en ligne ou paris sportifs, achats compulsifs et sites commerciaux, addiction sexuelle et sites pornographiques) ; ils ne sont pas fascinés par la technique, l'informatique ni le monde virtuel.

Comme pour les autres addictions comportementales, l'addiction à internet peut représenter un moyen d'échapper à des affects dépressifs : c'est un comportement de consolation, une altération de la réalité permettant un refuge dans la virtualité ; c'est échappatoire à la réalité dans un monde idéal, mais qui finalement a des conséquences négatives sur la vie sentimentale, familiale, le travail et parfois la situation financière. Elle est souvent l'un des éléments d'une conduite polyaddictive.

3/ EPIDEMIOLOGIE ET PREVALENCE

Les études épidémiologiques montrent des taux de prévalence pouvant varier de 0,9 % à 38 % (les différences entre les taux de prévalence sont à relier à l'absence de consensus quant à la définition du trouble). Aux Etats Unis et en Grèce, ce taux se situerait autour de 8% ; en revanche on retrouve des taux bien plus élevés en Asie, plus particulièrement en Chine (11% des internautes), à Taiwan (13.7% des adolescents) et en Corée du Sud (18.4% des adolescents).

Pour la France, les médecins de l'hôpital Marmottan (Véléa et Hautefeuille) estiment la dépendance à Internet entre 1 et 2%.

L'addiction à internet semble concerner majoritairement les hommes (2/3 des cas). L'âge de début des troubles se situe vers la fin de la vingtaine ou le début de la trentaine (avec une tendance à un « rajeunissement » ces dernières années, des jeunes de moins de 20 ans étant atteints). Le délai entre le début de l'utilisation d'internet et le début des troubles addictifs est relativement long (en moyenne 11 ans).

En 2007, une enquête sur les loisirs devant écran (internet, jeux vidéo et télévision), menée auprès de 444 élèves de 3e scolarisés dans le nord de la France fait apparaître une forte dépendance à internet pour 7 % des collégiens, aux consoles de jeux pour 7 % d'entre eux et à la télévision pour 5 %.

La pratique « intensive » d'internet (plus de deux heures par jour de semaine) est retrouvée chez environ un collégien sur trois ; elle est beaucoup plus fréquente chez les garçons, les collégiens disposant d'un ordinateur dans leur chambre (la chambre des collégiens est équipée d'une console de jeu dans plus de deux cas sur cinq, d'un ordinateur dans environ un cas sur quatre et d'un téléviseur dans environ un cas sur deux), vivant dans une famille monoparentale et n'étant pas soumis à un contrôle parental.

4/ APPORTS DES NEUROSCIENCES

Tout comme pour le jeu pathologique, l'addiction à internet passerait par les voies du circuit de la récompense, le contenu internet (comme les jeux interactifs, les paris ou le *chat*) stimulant le circuit de la récompense plus que le simple accès à internet en lui-même (il existe actuellement très peu d'études de neurobiologie sur ce sujet, mais quelques études ont montré que jouer à des jeux vidéo sur internet commande une libération de dopamine dans le noyau accumbens).

Des études d'imagerie cérébrale réalisées sur des sujets ayant une addiction aux jeux en ligne ont montré une activation de certaines régions cérébrales (cortex orbito frontal, nucleus accumbens...) devant des images en rapport avec leur jeu, contrastant avec les sujets témoins.

5/ CLINIQUE

A – Signes cliniques

Le temps passé sur internet est un facteur peu fiable : une personne peut passer peu de temps sur internet mais être obnubilée toute la journée par ce qu'elle va y faire.

Les dépendants à Internet ou aux jeux vidéo vont présenter des **signes physiques** : sécheresse des yeux, céphalées, dorso-lombalgies, syndrome du canal carpien, déshydratation, dénutrition/surpoids, mauvaise hygiène personnelle, insomnies ou troubles du rythme circadien, épuisement (voire décès!).

Des **troubles du sommeil** sont retrouvés chez plus d'un tiers des personnes dépendantes à Internet, avec le plus souvent dyssomnie (diminution de la durée moyenne du sommeil liée à une insomnie, des troubles de l'endormissement ou des éveils nocturnes, altération de la qualité du sommeil avec ronflements), syndrome de privation volontaire du sommeil (l'allongement de la durée des soirées de ces sujets dépendants à Internet entraîne une réduction du temps de sommeil retentissant sur le niveau d'éveil le jour, à l'origine d'une somnolence diurne, d'une irritabilité, de nervosité et de difficultés de concentration), et retard de phase du rythme veille/sommeil (insomnie d'endormissement le soir aux horaires conventionnels).

Au niveau **social**, le risque est la mise en danger voire la perte d'une relation sociale ou familiale, ou même la perte d'un emploi ; les mensonges à la famille, aux amis ou au thérapeute sont courants pour dissimuler l'ampleur réelle du problème, menant à un isolement et à une irritabilité.

KO CH *et al* ont par ailleurs retrouvé une association entre les **comportements agressifs** et l'addiction à internet chez les adolescents (les comportements agressifs sont plutôt préexistants à l'addiction).

Les loisirs autres que ceux liés à l'ordinateur ou à l'internet sont abandonnés.

Des sommes importantes peuvent être investies dans le but de cette activité (achat de nouveau matériel, téléchargements excessifs...).

Les **obligations professionnelles ou scolaires** sont négligées. Une étude de Young montre que près de la moitié des individus dépendants à internet rapportent des problèmes sévères au travail ou à l'école à cause du temps passé en ligne. Les applications les plus fréquemment utilisées sur le lieu du travail en association avec une addiction à internet sont le *chat* interactif, les jeux et la pornographie. La plupart des entreprises ont une politique de surveillance, mais peu d'entre elles les utilisent, en dépit d'études rapportant une utilisation personnelle d'internet au travail de l'ordre de 3 heures par semaine.

On utilise le terme « no life » pour désigner des joueurs présentant des pratiques extrêmes avec une désinsertion sociale majeure.

B – Le cas des MMORPG

Il existe différents types de jeux (action, sport, plateforme, jeux de rôle, jeux de réflexion, combats, stratégies), pouvant être utilisés sur différents supports (ordinateur, consoles reliées à la télévision, consoles portables, téléphones mobiles).

Les études récentes traitant de l'addiction à Internet montrent que ce sont les **jeux de rôle massivement multijoueurs** (MMORPG : acronyme anglais pour *Massive Multiplayer Online Role Playing Game*) qui sont les plus susceptibles de provoquer une addiction chez des utilisateurs à risque. Le joueur y est représenté dans un monde virtuel sous forme d'un avatar ; l'objectif est de réaliser des quêtes (consistant généralement à éliminer des adversaires) au sein de guildes (association de joueurs) dans un univers persistant, c'est-à-dire à durée de vie potentiellement illimitée et 24 heures sur 24 ; le jeu continue d'évoluer même si le joueur n'est pas connecté. Le héros va évoluer en niveau, en puissance, en compétences, et surtout, dans la hiérarchie sociale du jeu.

Ce type de jeu propose une « société alternative », où l'on s'intègre généralement plus facilement que dans la société réelle ; l'illusion d'un contact social, la compétition, le besoin de reconnaissance et la valorisation par les autres joueurs, la durée illimitée du jeu, le caractère évolutif en développement perpétuel du jeu et des personnages sont autant d'éléments expliquant le potentiel addictif de ce type de jeu.

Les joueurs sont irritables s'ils ne peuvent pas jouer, ils sacrifient le temps accordé à leur famille, à leurs amis « réels » ou à leur travail ; ils perdent complètement la notion du temps quand ils jouent (les heures leur semblent des minutes) ; lorsqu'ils ne jouent pas, ils continuent à y penser (à se remémorer des parties, à planifier la prochaine partie...) ; ils cachent aux autres le temps réellement passé à jouer ; ils négligent leurs obligations professionnelles, sautent des repas, se couchent tard...

Le titre ayant le plus de succès actuellement est *WoW (World Of Warcraft)* sorti en 2005 qui réunit désormais à travers le monde plus de 9 millions de joueurs ; il comporte 70 niveaux ; il existe même une coupe du monde de WOW !

C – Particularités chez l'enfant et l'adolescent

Beaucoup de jeunes ont une consommation abondante simple : ils s'amuse via les activités qu'ils développent intensivement, mais peuvent y renoncer sans trop de difficultés s'ils en trouvent de plus intéressantes ailleurs, notamment dans le monde social.

Toute la difficulté est de déterminer à quel moment le jeune passe de cette consommation « gourmande » à une dépendance vraie.

La cyberdépendance touche le plus souvent le jeune adolescent, qui va passer de plus en plus de temps sur son ordinateur, notamment pour jouer (souvent plus de trois heures par jour).

Les résultats scolaires en chute libre sont souvent un marqueur net de cette cyber dépendance et la déscolarisation est un avertissement majeur de prise en charge : le jeune ne trouve pas d'intérêt au travail scolaire, ou n'a pas de temps à y consacrer, ou passe son temps à rêver pendant les cours (il pense notamment aux bons moments passés devant l'ordinateur et aux futures actions ou jeux)... voire à somnoler quand il commence à jouer la nuit.

Il n'y a pour lui pas d'autres sujets de discussion ; d'ailleurs il ne communique qu'avec des personnes ayant les mêmes intérêts que lui ; il se couche de plus en plus tard, mange n'importe quoi et n'importe quand, s'isole de sa famille et de ses amis, abandonne des activités qu'il aimait auparavant (notamment sportives) ; il devient irritable et colérique, particulièrement envers ses parents qui peuvent essayer de limiter cette consommation ; les mensonges et tricheries deviennent habituelles.

Il ressent une excitation grandissante à mesure que l'heure de regagner son ordinateur approche.

Cette cyberdépendance est souvent révélatrice de difficultés psychiques sous-jacentes : réaction à une situation familiale difficile (ou atmosphère familiale pesante), repli dépressif, crise d'identité, complexe d'infériorité, intolérance aux frustrations... le jeu servant de refuge ou de fuite face à son problème. Il faut ainsi éviter de les stigmatiser en les accusant d'être « addict » ; l'interdiction de l'ordinateur n'est pas la solution (cela augmenterait le sentiment du jeune d'être incompris), mais la disponibilité des parents et leur intérêt pour l'activité, la communication verbale, l'instauration d'activités récréatives et sportives, la réorganisation du temps devant l'ordinateur sont des éléments à prendre en compte pour ramener le jeune à une utilisation « normale » de son ordinateur.

Les jeunes sont également fortement concernés par la dépendance aux réseaux sociaux. Elle serait un peu plus importante chez les jeunes filles que chez les garçons. La frontière entre l'addiction et la simple consommation abusive est très mince.

6/ OUTILS DIAGNOSTIQUES

L'échelle d'Orman (1996) (voir annexes) est une échelle d'auto évaluation du risque de dépendance à internet basée sur une série de 9 propositions auxquelles on répond par « oui » ou par « non ». L'addition des réponses positives permet de mesurer le « risque » de développer une conduite addictive selon les barèmes suivants :

- de 0 à 3 réponses positives : il y a une petite chance de développer une dépendance ;
- de 4 à 6 réponses positives : il y a une chance de développer cette conduite addictive ;
- de 7 à 9 réponses positives : il y a une tendance forte à devenir dépendant

L'Internet Addiction Test (IAT) est actuellement l'échelle psychométrique qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études de validation, dont une en français. Elle est composée de 20 items qui mesurent le degré de préoccupation lié à Internet, l'utilisation compulsive, les troubles du comportement associés, les modifications émotionnelles et l'impact de l'utilisation d'Internet sur le fonctionnement global.

L' Internet Addiction Questionnaire de Young et O'Reilly s'inspire de la définition du « Pathological Gambling » de l' « American Psychiatric Association ». Cette échelle diagnostique comprend huit questions, et reprend les principaux symptômes de l'addiction : tendance à la perte de contrôle, temps important passé devant l'ordinateur, ou syndrome de sevrage en cas de déconnexion. Le diagnostic d'addiction à Internet est établi à partir de cinq réponses positives sur les huit questions posées du questionnaire (voir annexes).

La CUIS-9 (la Compulsive Use Internet Scale) présente de bonnes qualités psychométriques et constitue un outil potentiellement utile pour les chercheurs et les praticiens.

7/ COMORBIDITES

La dépendance à internet et aux écrans est rarement une pathologie isolée.

On retrouve chez les dépendants à internet un score de dépression plus élevé avec une plus grande tendance à l'isolement social.

Les troubles psychiatriques fréquemment associés sont les troubles de l'humeur (24%), troubles anxieux (19%), trouble bipolaire (12%), phobie sociale (9%), abus d'alcool (9%), troubles du comportement alimentaire (10%), troubles de la personnalité (plus souvent borderline, narcissique, antisociale, puis hystérique évitante et passive agressive, schizoïde, schizotypique et obsessionnelle).

Black et *al.* (1999) ont aussi étudié l'association à d'autres dépendances comportementales, notamment : les achats pathologiques (19 % des patients), le jeu pathologique (10%), les comportements sexuels compulsifs (10 %).

8/ ETIOLOGIES

On retrouve dans les antécédents : violences physiques dans l'enfance (14%), abus sexuels dans l'enfance (10%), un modèle d'addiction chez les parents (télévision, travail, alcool, cigarette...).

Les éléments précurseurs de l'apparition d'une cyberdépendance sont : l'isolement social (ou manque de support social), l'absence de communication et solitude, des symptômes dépressifs, une faible estime de soi, un ressenti d'un monde réel ennuyeux.

Enfin, il s'agit surtout de personnes qui ont du temps libre non structuré, non occupé par une activité professionnelle ou des loisirs. Ce sont surtout les écoliers, les étudiants, les femmes au foyer et les chômeurs. Internet va venir combler leur ennui.

9/ TRAITEMENT

Le plus souvent, c'est l'entourage familial qui est à l'origine de cette demande, étant démunie devant ce type de comportement, et le patient étant dans la majorité des cas dans le déni de sa pathologie.

Aucun mode de traitement spécifique n'a encore fait preuve de son efficacité. Dans tous les cas, l'abstinence n'est pas l'objectif ; une consommation contrôlée est souhaitée.

A – Sites de soins en ligne

Il existe des sites de soins en ligne (ex : netaddiction.com), ce qui peut sembler paradoxal... mais la connexion à un site d'aide peut être le premier temps d'une démarche d'auto-diagnostique, suivie par la suite d'une authentique thérapie.

B - Psychothérapies comportementales

Les **thérapies de groupe**, notamment la méthode des douze étapes inspirée de celle des AA : reconnaître son problème, raconter son histoire, décider de changer, essayer d'aider les autres...

La **thérapie cognitivo comportementale** : dans le cadre de l'addiction à internet, il existe deux types de cognitions inadaptées : les cognitions centrées sur soi (l'individu se considère comme utilisateur problématique d'Internet et cette vision de soi entraînerait des ruminations, un manque d'estime de soi, un sentiment de manque d'efficacité personnelle, une focalisation exagérée sur le problème avec un auto entretien de la problématique) et les cognitions centrées sur le monde environnant (pensée que le bonheur ne se trouve que sur internet, que les personnes environnantes n'éprouvent pas d'intérêt pour soi).

La thérapie va consister à évaluer le stade motivationnel, faire découvrir au patient les conséquences négatives de son comportement (physiques : dorsalgies, troubles du sommeil ; et environnementales : arrêt de toute autre activité, temps passé en ligne, perte de relation, éloignement de la famille...), prévenir les rechutes, réduire les risques (l'abstinence totale n'étant pas l'objectif, mais par exemple la non utilisation d'un jeu), taches d'exposition progressive (ex : diminution progressive du temps passé hors connexion), et traiter les comorbidités.

C – Traitements médicamenteux

Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (type fluoxétine ou paroxétine) ont été proposés initialement car ce trouble était considéré comme proche du Trouble Obsessionnel Compulsif. Leur efficacité semble néanmoins décevante (15 % de réponse).

Les thymorégulateurs (lithium, divalproate de sodium) ont été proposés du fait de la forte prévalence du trouble du contrôle des impulsions et des troubles bipolaires de l'humeur chez ce type de patients. Ces traitements semblent montrer une meilleure efficacité.

D – Prise en charge de l'adolescent

Le jeu excessif de l'adolescent est devenu un motif très fréquent de consultation en pédopsychiatrie. Le plus souvent, le problème est éducatif bien plus que médical. Il faut donc savoir faire la différence entre les joueurs « normaux » et ceux qui risquent la déscolarisation.

Les conseils à donner aux parents sont de cadrer et d'accompagner l'activité de l'enfant (en limitant les horaires de l'activité, en s'intéressant aux jeux, en posant des questions à l'enfant...), restaurer la communication verbale et l'expression émotionnelle, apprendre à résoudre les conflits et à négocier, et proposer d'autres activités récréatives.

E – Comorbidité

Le repérage et traitement d'une comorbidité psychiatrique est bien évidemment un élément clé de la réussite du traitement.

10/ CONCLUSION

L'addiction internet, bien que n'ayant pas encore une définition et une prise en charge bien codifiées, est en constante augmentation, à la fois en terme de prévalence et dans la conscience publique. La croissance rapide et inévitable du nombre de personnes ayant un accès illimité à internet va aller vers une augmentation de patients souffrant de troubles en rapport avec internet, et cela doit amener tout médecin généraliste à avoir une réflexion sur son propre rôle dans la prise en charge de cette pathologie, car à l'heure actuelle, le seul moyen efficace dont nous disposons pour lutter contre cette dépendance reste la prévention.

11/ ANNEXES

Échelle d'auto-évaluation du risque de dépendance d'Orman (1996)

- Généralement, quand vous vous connectez à Internet, est-ce que vous y passez plus de temps que prévu ?
 - Cela vous gêne-t-il de limiter le temps que vous passez sur Internet ?
 - Des amis ou des membres de votre famille se sont-ils plaints du temps que vous passez sur Internet ?
 - Est-ce qu'il vous est difficile de ne pas vous connecter à Internet plusieurs jours de suite ?
 - Est-ce que le temps que vous passez sur Internet a perturbé votre performance au travail ou vos relations personnelles ?
 - Est-ce qu'il y a des sites sur Internet que vous trouvez difficile à éviter ?
 - Avez-vous du mal à résister à vos envies de faire des achats sur Internet ?
- * Vous est-il déjà arrivé d'essayer de limiter le temps que vous passez sur Internet, et de ne pas y arriver ?
- * Est-ce qu'à cause d'Internet, il vous arrive souvent de ne pas faire ce que vous aviez prévu, ou aviez envie de faire ?

Réponse par oui ou par non. L'échelle construite de façon très simple mesure un risque et non la dépendance elle-même. L'addition des réponses positives à chaque question correspond à la mesure du risque de dépendance et se lit comme suit :

- de 0 à 3 réponses positives : risque de dépendance faible.
- de 4 à 6 réponses positives : risque de dépendance moyen.
- de 7 à 9 réponses positives, risque de dépendance élevé.

Critères d'addiction à Internet d'après Véléá

I. La tolérance définie par les propositions suivantes : soit une augmentation progressive, marquée, du temps passé en connexion, afin d'obtenir satisfaction; soit une diminution marquée de l'effet, si le temps passé pour la connexion Internet est toujours le même.

II. Le syndrome du manque :

1. arrêt ou réduction du temps de connexion difficile à supporter et qui semble prolongé

2. deux ou plus des propositions suivantes par rapport au critère 1 : agitation psychomotrice, anxiété, idées obsessionnelles par rapport à ce qui peut arriver sur Internet, fantasmes et rêves au sujet de l'Internet, mouvements anormaux et involontaires des doigts de la main

3. Les symptômes du manque génèrent un dysfonctionnement d'ordre social, dans le travail ou d'autres domaines importants et l'utilisation d'Internet est en mesure d'effacer ou d'éviter les symptômes du syndrome de manque

III. L'accès à Internet est réalisé, presque toujours, plus longtemps et plus souvent que dans l'intention initiale

IV. Il existe un désir permanent ou des efforts sans succès d'arrêter la connexion ou de contrôler l'usage d'Internet

V. Une grande partie du temps libre est passée dans des activités concernant l'usage d'Internet

VI. Les activités sociales, les hobbies, les activités récréatives, sont réduites ou abandonnées à cause de l'utilisation d'Internet

VII. L'usage d'Internet persiste, en dépit de la prise de conscience des problèmes sociaux, occupationnels, relationnels et psychologiques, occasionnés par l'emploi d'Internet (privation de sommeil, difficultés dans la vie de couple, retard dans les rendez-vous, surtout matinaux, négligence des activités habituelles, ou sentiment d'abandon de la part des proches).

Internet Addiction Questionnaire de Young et O Reilly

1. Préoccupé par Internet
2. Besoin d'utiliser l'Internet de plus en plus longtemps afin d'être satisfait
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter l'utilisation d'Internet
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de l'utilisation d'Internet
5. Demeure en ligne plus longtemps que prévu
6. Mise en danger, ou risque de perdre une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause d'Internet
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de son utilisation d'Internet
8. Utilise l'Internet pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (ex.: des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).

V - ADDICTION A L'EXERCICE PHYSIQUE

1/ INTRODUCTION

L'addiction à l'exercice physique (ou bigorexie) est souvent considérée comme une addiction « positive » et valorisée par rapport à d'autres dépendances, du fait des améliorations qu'elle peut apporter, tant sur le plan de la santé que du bien être ; une activité physique adaptée offre en effet une prévention efficace pour de nombreuses maladies, notamment l'obésité, les maladies coronariennes ou encore le diabète. Pourtant cette addiction peut être à l'origine de nombreuses souffrances physiques et psychologiques, et cache bien souvent un mal plus profond (les sujets « addicts » au sport souffrant souvent de dysmorphophobie.)

Ce concept d' « **addiction positive** » a été développé en 1976 par le docteur William Glasser, par opposition aux « addictions négatives » (alcool, drogues...) ; le sportif acquiert une reconnaissance individuelle et sociale, ses efforts sont applaudis ; selon Glasser, c'est en dépassant un effet seuil d'ennui, de fatigue et de lassitude que la pratique sportive devient addiction.

Comme de nombreuses addictions, l'objectif initial est la recherche de sensation de **plaisir** et de **désinhibition** conduisant à des excès jusqu'à la dépendance.

Plus spécifiquement, l'addiction à l'exercice physique s'est réellement développée parallèlement au culte de la performance et à l'importance de l'image corporelle dans la société, soit au début des années 90.

2/ EPIDEMIOLOGIE

Il existe peu de données concernant la prévalence de la dépendance à l'exercice physique.

Cependant, si l'on examine les quelques études effectuées sur cette dépendance, on l'évalue à 3% dans la population générale.

Cette addiction peut toucher les sportifs de haut niveau comme les amateurs. Les femmes seraient plus vulnérables que les hommes.

Parmi certains groupes, comme les marathoniens et les étudiants en sciences du sport, le chiffre est encore plus élevé.

Selon une étude de Lejoyeux, 42% des membres d'un club de remise en forme parisien répondaient aux critères de la dépendance de l'exercice.

3/ DEFINITION

Il existe des divergences dans la définition de la dépendance à l'exercice physique ; ces divergences sont liées aux nombreux outils de mesure utilisés, qui par ailleurs ne sont pas toujours validés.

Actuellement, 2 définitions de la dépendance à l'exercice physique semblent néanmoins se détacher ; il s'agit de définitions **multidimensionnelles**, c'est-à-dire prenant en compte des facteurs comportementaux, psychologiques et physiologiques :

- L'une adapte les critères diagnostiques de dépendance aux substances du DSM IV à l'activité physique
- L'autre utilise les composantes comportementales des addictions

A - Critères diagnostiques de dépendance du DSM IV appliqués à l'exercice physique

La dépendance à l'activité physique est décrite comme un « besoin de pratiquer une activité physique se traduisant par un comportement de pratique excessif incontrôlé et se manifestant par des symptômes physiques et psychologiques ».

Les critères de dépendance du DSM IV ainsi appliqués comportent 7 items :

- la **TOLERANCE** (avec besoin d'augmenter l'activité physique pour obtenir les mêmes résultats),
- les symptômes de **MANQUE** (tels que l'anxiété ou la fatigue à l'arrêt de l'activité),
- les effets d'**INTENTION** (recours à l'activité en plus grande quantité ou plus longtemps que prévu),
- la **PERTE DE CONTROLE** (efforts répétés ou infructueux pour diminuer ou arrêter l'activité sportive),
- le **TEMPS** (une grande partie du temps est consacrée à l'activité sportive),
- La **REDUCTION DES AUTRES ACTIVITES** (notamment sociale, familiale ou de loisirs),
- la **CONTINUITE** (malgré la connaissance d'effets néfastes tant physiques que psychologiques).

En fonction de ces critères, une échelle diagnostique a été développée par Hausenblas et Downs : l'Exercice Dependence Scale Revised (EDS-R). (voir ensuite à « Dépistage et diagnostic »).

B - Composantes comportementales de l'addiction

Le comportement addictif est ici défini comme un comportement d'**habitude** répétitif qui augmente le risque de maladie ou de problèmes sociaux ou personnels associés, qui est souvent vécu comme une perte de contrôle, qui se produit malgré la volonté de ne pas le faire (ou de le faire modérément); ce comportement d'habitude est caractérisé par des gratifications immédiates et par des effets délétères à long terme.

Les composantes de ce comportement d'addiction sont :

- la **TOLERANCE**,
- symptômes de **MANQUE**,
- **PREEMINENCE** (l'activité physique devient l'activité la plus importante dans la vie de la personne et domine ses pensées),
- **CONFLIT** (entre la personne et son environnement, d'autres activités; l'entourage familial, amical ou professionnel se plaint d'un trop grand investissement sportif),
- **MODIFICATION DE L'HUMEUR** (l'activité physique permet de modifier l'humeur),
- **RECHUTE** (après un arrêt de pratique, voire même après des années de contrôle le sujet retrouve rapidement son ancien comportement de pratique, que ce soit en fréquence, durée ou intensité).

L'échelle Exercise Addiction Inventory a été développée par Terry (voir ensuite à « dépistage et diagnostic »).

C – Dépendance primaire et dépendance secondaire

Véale, en s'intéressant au lien existant entre dépendance à l'activité physique et trouble du comportement alimentaire, distingue 2 types de dépendance :

- **Primaire** : l'activité physique est une fin en soi, les individus sont intrinsèquement motivés par l'exercice physique; le contrôle du poids a pour unique but l'amélioration des performances.
- **Secondaire** (beaucoup plus fréquente) : elle se voit surtout en cas de troubles alimentaires; les individus espèrent par le biais de l'exercice physique réussir à contrôler leur poids.

La différence entre ces 2 types de dépendance peut donc être établie en déterminant l'objectif du pratiquant.

4/ APPORTS DES NEUROSCIENCES

A – Hypothèses biologiques

L'addiction à l'exercice physique est souvent considérée comme une addiction plutôt « physiologique », comparée à d'autres addictions comportementales ; cela est lié à 3 hypothèses :

- La production des béta endorphines, opiacé naturel sécrété par la glande pituitaire
- L'action des catécholamines
- L'activation de structures cérébrales

Ces hypothèses ne tiennent pas compte des facteurs psychologiques, et n'expliquent pas pourquoi tous les sportifs de haut niveau ne sont pas tous dépendants à l'exercice physique.

B – Modèles animaux

Ferreira *et al.* ont démontré chez le rat une appétence spontanée pour l'exercice physique (sous forme d'accès libre à une roue). Sur ce modèle animal, un lien a pu être établi entre activité physique et potentialité de dépendance aux substances psychoactives, les rats ayant le plus d'appétence pour les mouvements sur la roue étant aussi les plus réactifs à l'administration d'amphétamines.

5/ CLINIQUE

La dépendance au sport est donc un besoin intense d'exercice physique aboutissant à une pratique physique extrême, et générant des symptômes physiologiques (blessures à répétition, souffrance physique) et psychologiques (affects négatifs si la personne ne peut pas pratiquer ; les individus dépendants ressentent un sentiment de culpabilité dès qu'ils ne peuvent plus faire d'exercice physique et s'exercent malgré des blessures).

Il y a plusieurs effets comportementaux de la pratique du sport excessive : sensation d'euphorie, de bien être ; en cas de sevrage, les sportifs montrent des signes de manque : anxiété, irritabilité, culpabilité, dévalorisation, refuge dans la nourriture.

Il y a un **changement complet du mode de vie**, et qui concerne tous les domaines du quotidien : socio professionnelles, familiales, mais aussi vestimentaires, alimentaires, loisirs (qui deviennent tous liés à l'activité sportive : fréquentation de manifestations sportives, de salons...), voire même choix d'un partenaire.

La question principale est de savoir comment faire la différence entre une pratique fréquente, intensive mais non addictive, et une véritable addiction. Freimuth suggère pour cela de s'aider des 4 phases de la dépendance, qui permettent de déterminer quand un comportement normal devient une addiction, et à l'inverse quand une addiction redevient un comportement normal.

Chaque phase comprend 3 composantes : la MOTIVATION à faire de l'exercice, les CONSEQUENCES de la pratique, la FREQUENCE et le CONTROLE de l'activité.

A – Première phase : l'exercice récréatif

Dans l'exercice récréatif, les notions de plaisir et d'amélioration de la qualité de vie sont prédominantes, le comportement est sous contrôle (la personne prévoit ses horaires d'activité et s'arrête comme prévu).

Il n'y a à ce moment pas de conséquences négatives, si ce n'est de temps en temps les effets directs du sport lui-même (par exemple : déchirure musculaire, entorses...).

B – Deuxième phase : l'exercice à risque

L'exercice récréatif est une opportunité de découvrir si une activité est gratifiante ou non : ici s'établit le risque. La personne est exposée aux effets psychotropes de l'activité : augmentation de l'estime de soi et diminution des affects associés à la dépression et à l'anxiété.

Le risque apparaît lorsque le but de l'activité n'est plus le plaisir, mais l'amélioration de l'estime de soi ou le soulagement d'un stress.

Il n'y a pas encore d'addiction, mais les sujets peuvent être « hautement engagés » dans leur activité physique ; ils partagent alors 3 points communs avec les sujets ayant vraiment une addiction au sport : les pensées fréquentes relatives au sport, les sentiments positifs concernant l'activité physique, et l'apparition de la tolérance.

C – Troisième phase : l'exercice problématique

- Là où les sportifs « récréatifs » intègrent leur activité physique à leur emploi du temps, ceux dont l'exercice devient problématique vont au contraire organiser leur quotidien autour de l'activité physique.
- Les conséquences négatives sont prédominantes, à la fois pour soi et pour l'entourage ; le clinicien doit être attentif et évoquer le problème devant un patient présentant des entorses à répétition par exemple.
- Le comportement est poursuivi malgré l'atteinte des objectifs initiaux ; le sport ne s'effectue plus en groupe mais seul.
- Le manque apparaît, entraînant la perte de contrôle.

D – Quatrième phase : l'addiction à l'exercice physique

Cette phase est caractérisée par l'augmentation de la fréquence et de l'intensité de l'activité physique ; cette activité initialement pratiquée pour rendre la vie plus agréable la rend finalement ingérable.

La principale motivation devient l'évitement du syndrome de sevrage.

Les conséquences négatives, directes ou secondaires, s'accumulent.

6/ DEPISTAGE ET DIAGNOSTIQUE : OUTILS DE MESURE

De nombreuses échelles ont été développées pour dépister l'addiction à l'exercice physique, mais seules quelques-unes ont une approche multidimensionnelle de cette addiction, c'est-à-dire tenant compte des différentes dimensions citées ci-dessus (tolérance, syndrome de manque, poursuite du comportement...).

Par ailleurs, certaines sont spécifiques d'une activité physique en particulier (par exemple : la *Commitment to Running Scale* et la *Running addiction scale* pour la course à pied, la *Bodybuilding dependency scale*), d'autres sont plus générales.

A – L'Exercise Dependence Scale Revised (EDS-R), développée par Hausenblas et Downs en 2002

Cette échelle comporte 21 items, auxquels les patients doivent répondre sur une échelle de 1 (jamais) à 6 (toujours), et qui permettent d'évaluer les 7 dimensions (tolérance, symptômes de manque, intention, perte de contrôle, temps de pratique, réduction des autres activités, continuité).

Elle permet de catégoriser les individus selon 3 groupes : les individus à risque, les individus non dépendants avec des symptômes de dépendance, les individus asymptomatiques.

Un score élevé indique la présence de nombreux signes de dépendance à l'exercice physique.

Les propriétés psychométriques de cette échelle sont considérées comme bonnes au vu des travaux de validation.

L'inconvénient de ce questionnaire est qu'il est long à réaliser et difficile à scorer, et donc peu utilisable en pratique courante.

B – L'exercice Addiction Inventory, développée par Terry en 2004

Ce questionnaire est rapide et simple à réaliser, puisqu'il ne comporte que 6 items (soit un pour chaque dimension : tolérance, manque, prééminence, conflit, modification de l'humeur, rechute). Les individus sont classés en 3 catégories : ceux présentant un risque d'être dépendant, ceux présentant des symptômes de dépendance, ceux sans symptômes de dépendance.

C – Autres outils diagnostiques

Il existe de nombreuses autres échelles diagnostiques : certaines sont spécifiques d'une activité sportive en particulier (c'est le cas de la « Running Addiction Scale » de Chapman et Castro développée en 1990, ou encore de la « Bodybuilding Dependency Scale » de Smith en 1998) ; d'autres évaluent l'addiction au sport en général (c'est le cas de « the Commitment to Exercise Scale » de Davis et Fox, « the Exercise Dependence Questionnaire » de Ogden en 1997, « Critères de la dépendance à l'exercice » par D. Veale, 1991)

7/ COMORBIDITES

Bien que les recherches sur les addictions concomitantes à celle du sport soient peu développées, on estime que 15 à 20% des sujets ayant une addiction à l'activité physique ont également une dépendance au tabac, à l'alcool ou aux drogues.

Concernant les addictions comportementales, les achats compulsifs sont fréquents chez les dépendants aux sports ; par ailleurs l'addiction à l'exercice physique est fréquent chez les addicts sexuels.

L'addiction à l'exercice physique est souvent liée à un troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie), qu'elle en soit la cause ou la conséquence (voir dépendance primaire ou secondaire). Le risque pour le clinicien est de méconnaître l'un pour ne traiter que l'autre (bien souvent, seul le trouble du comportement alimentaire est pris en compte, laissant l'addiction au sport évoluer)

Le risque d'une telle pratique est bien entendu l'usage de substances psycho actives, au départ à visée de dopage et de renforcement musculaire, ou pour atténuer les signes physiques ou psychiques de l'activité physique intense, puis en tant que toxicomanie vraie.

On se rend compte que souvent, les sujets ont abandonné une addiction considérée comme négative pour la pratique du sport.

8/ ETIOPATHOGENIE

L'étude des facteurs de vulnérabilité met en avant plusieurs éléments.

Cette addiction agirait comme un moyen de **gestion du stress**, permettant une adaptation aux conditions difficiles de vie et aux sollicitations diverses (épuisement, burn out, insatisfactions répétées).

Pour certains, le sport interviendrait de la même façon qu'une drogue comme remède à la souffrance corporelle et psychique, et empêcherait la pensée douloureuse en l'anesthésiant.

Ces sportifs peuvent ressentir la nécessité de remplir un vide de la pensée ou un vide affectif. Dans ce cas, l'objet investi est le sport et le mouvement.

Plusieurs facteurs renforcent le côté addictogène de la pratique sportive :

- Libération d'endorphines entraînant un bien être (essentiellement pour les sports d'endurance)
- Augmentation d'une forte estime de soi (capacités physiques et d'endurance, modification corporelle)
- Apparition ou développement d'une véritable compulsion

A – Troubles de la personnalité

Plusieurs études ont montré une corrélation positive entre dépendance à l'exercice physique et perfectionnisme, traits obsessionnels ou compulsifs ; il y a par contre une corrélation négative avec l'estime de soi.

Une autre étude américaine montre que la personnalité des individus dépendants à l'exercice comporte 3 caractéristiques principales : des tendances névrotiques (ces individus gèrent moins bien leur stress et sont souvent irrationnels, ils utilisent l'activité physique comme une stratégie inadaptée de gestion du stress), l'extraversion (ils sont plus affirmés, énergiques, optimistes, et aiment les émotions fortes) et une corrélation négative avec l'« amabilité » (ils s'engagent dans l'activité physique pour satisfaire leur besoin de compétition, sont égocentriques et sceptiques vis-à-vis des intentions des autres).

B – Idéaux esthétiques

Certains sports donnent un rôle important à la minceur et à l'apparence corporelle (par exemple : la gymnastique ou la natation synchronisée). Dans ces cas-là, la dépendance à l'exercice physique apparaît comme une préoccupation relative à l'image corporelle.

C – Dépendance au mouvement

Selon Carrier, l'entraînement sportif intensif peut conduire à l'instauration d'un lien addictif au mouvement par la ritualisation des gestes.

9/ TRAITEMENTS

La littérature est encore pauvre concernant ce chapitre.

L'« abstinence complète » ne semble pas en tout cas être l'objectif. Il s'agirait plutôt de retourner à un exercice plus modéré et bénéfique pour la santé.

Dans certains cas on propose un changement de type d'exercice (par exemple, la natation pour un jogger) ; dans d'autres cas, on garde le même type de sport mais avec un exercice modéré et contrôlé.

Comme pour les autres addictions sans drogue, la thérapie cognitivo comportementale semble prometteuse, la première étape étant bien sûr de motiver les sujets qui n'admettent souvent pas les effets secondaires de leur pratique.

Cet objectif réalisé, la thérapie passe ensuite par l'identification et la correction des pensées erronées (nécessité du contrôle du corps, sport ne pouvant être que bénéfique quel que soit son mode d'exercice...).

Par ailleurs, que ce soit dans l'évaluation de l'addiction ou son traitement, il faut toujours être à l'écoute afin de ne pas négliger une comorbidité telle qu'un trouble du comportement alimentaire qui nécessitera une prise en charge concomitante, sous peine de voir le patient avoir recours à ces troubles (boulimie ou anorexie) pour maintenir un poids ou un physique par exemple.

10/ CONCLUSION

L'addiction à l'exercice physique se définit comme une séquence comportementale initialement provocatrice de plaisir, de désinhibition et d'euphorie, évoluant ensuite vers une authentique addiction.

Le franchissement de cette limite est souvent difficile à diagnostiquer, le risque étant de sous-estimer la pathologie ou au contraire de médicaliser par excès une simple activité sportive intense et très investie. L'altération de la vie familiale professionnelle ou sociale est ici un point crucial pour évoquer l'addiction au sport.

Pour aider le clinicien dans sa démarche, des instruments cliniques d'évaluation offrent un début de distinction entre normal et pathologique.

Le rôle du médecin généraliste est de rechercher de manière systématique cette addiction chez les sportifs naturellement, mais également chez les patients présentant une dépendance (Oh tabac drogues) ou des blessures à répétition, chez les patients dépressifs, etc...

11/ ANNEXES

Exercice Dependence Scale Revised

Instructions : En utilisant l'échelle ci-dessous, veuillez répondre aux questions suivantes aussi honnêtement que possible. Les questions concernent les croyances et les comportements d'exercice physique en cours ou qui ont eu lieu dans les 3 derniers mois.

1-2-3-4-5-6 : jamais -> toujours

1. je fais de l'exercice pour éviter de me sentir irritable.
2. je fais de l'exercice malgré des problèmes physiques récurrents.
3. j'augmente continuellement l'intensité mon exercice physique pour obtenir l'effet ou le bénéfice désiré.
4. Je suis incapable de réduire le temps que je consacre à mon exercice.
5. Je préfère faire de l'exercice que passer du temps avec ma famille ou mes amis.
6. Je passe beaucoup de temps à des activités en rapport avec l'exercice physique.
7. Je m'entraîne plus que j'en ai l'intention.
8. Je m'entraîne pour éviter de me sentir anxieux.
9. je m'entraîne même quand je suis blessé.
10. J'augmente continuellement la fréquence de mon entraînement pour obtenir les effets ou les bénéfices désirés.
11. Je suis incapable de réduire la fréquence de mon entraînement.
12. Je pense à l'exercice quand je devrais me concentrer sur l'école ou le travail.
13. J'organise ma vie autour de l'exercice physique.
14. Je fais souvent de l'exercice physique plus longtemps que je n'en avais l'intention.
15. Je m'entraîne pour éviter de me sentir tendu.
16. Je fais de l'exercice malgré des problèmes physiques persistants.
17. J'augmente continuellement la durée de mon entraînement pour obtenir les effets ou les bénéfices désirés.
18. Je suis incapable de réduire l'intensité de mon entraînement.
19. Mon activité physique interfère avec mes responsabilités sociales/scolaires et familiales.
20. Une grande partie de mon temps est consacré à l'entraînement.
21. Je fais souvent de l'exercice physique plus fréquemment que je n'en avais l'intention.

L'exercice Addiction Inventory

Instructions : il faut donner une note à chaque affirmation entre 1 (fortement en désaccord) et 5 (fortement d'accord).

1. L'exercice physique est la chose la plus importante de ma vie.
2. Des conflits apparaissent entre ma famille et moi et/ou entre mon partenaire et moi au sujet de la quantité d'exercice physique que je réalise.
3. L'exercice physique est un moyen pour moi de changer mon humeur.
4. Au fil du temps, j'ai augmenté la quantité d'exercice physique que je réalise en un jour.
5. Si je ne suis pas allé(e) à une séance d'exercice physique, je me sens irritable et d'humeur maussade.
6. Si je réduis la quantité d'exercice physique que je fais, et qu'ensuite je reprends cet exercice physique, je reprends toujours aussi fort et au même rythme qu'avant.

Critères de la dépendance à l'exercice (Veale)

1. Réduction du répertoire des exercices physiques conduisant à une activité physique stéréotypée, pratiquée au moins une fois par jour.
2. L'activité physique est plus investie que toute autre.
3. Augmentation de la tolérance de l'intensité de l'exercice, d'année en année.
4. Symptômes de sevrage avec tristesse lors de l'arrêt (volontaire ou contraint) de l'exercice physique.
5. Atténuation ou disparition des symptômes de sevrage à la reprise de l'exercice.
6. Perception subjective d'un besoin compulsif d'exercice.
7. Réinstallation rapide de l'activité compulsive après une période d'interruption.
8. Poursuite de l'exercice physique intense en dépit de maladies physiques graves causées, aggravées ou prolongées par le sport. Négligence des avis contraires donnés par les médecins ou les entraîneurs.
9. Difficultés ou conflits avec la famille, les amis ou l'employeur liés à l'activité sportive.
10. Le sujet s'oblige à perdre du poids en suivant un régime, pour améliorer ses performances.

Running Addiction Scale

1. Je cours très souvent et régulièrement. (+ 1)
2. Si le temps est froid, trop chaud, s'il y a du vent, je ne cours pas. (- 1)
3. Je n'annule pas mes activités avec les amis pour courir. (- 1)
4. J'ai arrêté de courir pendant au moins une semaine pour des raisons autres que des blessures. (- 1)
5. Je cours même quand j'ai très mal. (+ 1)
6. Je n'ai jamais dépensé d'argent pour courir, pour acheter des livres sur la course, pour m'équiper. (- 1)
7. Si je trouvais une autre façon de rester en forme physique je ne courrais pas. (- 1)
8. Après une course je me sens mieux. (+ 1)
9. Je continuerais de courir même si j'étais blessé. (-1)
10. Certains jours, même si je n'ai pas le temps, je vais courir. (+ 1)
11. J'ai besoin de courir au moins une fois par jour. (+ 1)

Critères de dépendance au body-building (D. Smith, 1998)

1. Je m'entraîne même quand je suis malade ou grippé.
2. Il m'est arrivé de continuer l'entraînement malgré une blessure.
3. Je ne raterais jamais une séance d'entraînement, même si je ne me sens pas en forme.
4. Je me sens coupable si je rate une séance d'entraînement.
5. Si je rate une séance, j'ai l'impression que ma masse musculaire se réduit.
6. Ma famille et/ou mes amis se plaignent du temps que je passe à l'entraînement.
7. Le body-building a complètement changé mon style de vie.
8. J'organise mes activités professionnelles en fonction de mon entraînement.
9. Si je dois choisir entre m'entraîner et travailler, je choisis toujours l'entraînement.

VI - LES ACHATS COMPULSIFS

1/ INTRODUCTION

Les achats compulsifs (ou achats pathologiques) ont été décrits dès le début du XXème siècle (sous le terme « onimania » par le psychiatre allemand Kraepelin en 1915), mais leur développement a été massif et rapide au cours de deux dernières décennies ; pour preuve, il n'existe pas de recherche effectuée avant 1986. Les premières études sont apparues aux Etats Unis et au Canada, puis en Europe ; depuis, les publications augmentent régulièrement, et ce en parallèle de l'intérêt des médias.

L'augmentation des cas d'achats compulsifs ces dernières années serait liée à la modification des comportements relatifs aux achats, que ce soit sur le plan économique, social ou culturel : augmentation du revenu personnel disponible, facilités de crédits (le sujet pouvant alors dépenser de l'argent qu'il ne possède pas), gain de statut social... , pouvant entraîner le sujet dans des situations parfois dramatiques, aussi bien sur le plan financier que familial ou professionnel.

2/ DEFINITION

Il s'agit d'un **comportement d'achat incontrôlé** et d'une tendance **répétitive** aux dépenses provoquant des **conséquences négatives**, au niveau personnel, familial et social.

Ces troubles ont été décrits pour la première fois au début du XXème siècle : les auteurs insistaient déjà sur la notion d'**impulsivité** sous-jacente. Bleuler en 1924 décrit ainsi les patients : « ils ne peuvent pas s'en empêcher. Ils sont incapables de penser différemment et de concevoir les conséquences insensées de leurs actes et les possibilités de ne pas le faire ».

Le terme d'addiction concernant les achats compulsifs est encore souvent controversé : dans le DSM IV, ils sont classés dans les « troubles du contrôle des impulsions non spécifiés ailleurs » depuis 2010 seulement ; dans la CIM 10 et pour l'OMS, ils sont classés dans les « troubles de la personnalité et du comportement », dans la rubrique « troubles des habitudes et des impulsions ».

Certains auteurs les rattachent à différentes pathologies :

- Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) : vont dans ce sens le caractère intrusif et récurrent des pensées concernant les achats, l'envahissement total de la vie psychique de l'individu, la fréquence des personnalités obsessionnelles compulsives associées aux achats compulsifs (environ 1 sur 3)
- La dépression : vont en ce sens la fréquence de la dépression chez les acheteurs compulsifs, l'amélioration des troubles lors du traitement d'un épisode dépressif par un anti dépresseur, la tristesse et l'altération de l'estime de soi souvent associée aux achats.
- Addiction : vont en ce sens le caractère obsédant des pensées concernant les achats, rappelant le « craving » observé dans les addictions aux substances ; les séquences répétitives, composées d'une tension irrésistible, soulagée par le passage à l'acte.

Dans le DSM V, ils pourraient être incorporés dans un nouveau sous-groupe autonome, les troubles du spectre obsessionnel compulsif ; à l'inverse, certains chercheurs proposent de les ranger dans le spectre des addictions comportementales et à des substances.

3/ PREVALENCE et DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Il existe peu d'études de prévalence en France sur ce sujet.

Aux Etats Unis, elle est estimée entre 1,8 et 8% de la population générale. Les données varient selon la définition donnée des troubles (plus ou moins large).

En 1988, une étude utilisant une échelle spécifique, la Compulsive Buying Scale (voir plus bas) permet d'estimer la prévalence en population générale à 5.9%. Plus récemment, une étude de Koran et *al.* , s'appuyant sur des entretiens téléphoniques, évalue la prévalence à 5.8% en population générale et à grande échelle.

Une autre étude réalisée à partir de la Minnesota Impulsive Disorder Interview (voir plus bas) sur une population de patients hospitalisés en psychiatrie montre une prévalence plus élevée qu'en population générale (autour de 9.3%).

Les achats compulsifs prédominent largement chez les femmes (entre 74 et 90%), cette différence étant moins prononcée chez les sujets jeunes. L'âge moyen est de 39 ans, l'âge de début moyen du trouble se situe autour de 18-20 ans.

Les troubles évoluent le plus souvent de façon chronique, parfois de manière épisodique, avec des périodes de rémission pouvant atteindre parfois des mois, voire des années.

Il existe très souvent des troubles psychiatriques associés : la dépression (61%), la dépendance alcoolique (18%), la dépendance aux drogues illicites (22%), les crises d'angoisse aiguës (15%) ; moins souvent la boulimie (9%) et la névrose obsessionnelle (3%).

On retrouve souvent dans les antécédents familiaux des notions de dépression (18%) et d'alcoolisme (20%), et dans 10% des cas des parents au premier degré acheteurs compulsifs.

Par ailleurs une étude réalisée dans une population de patients dépressifs montre une proportion importante (autour de 30%) d'acheteurs compulsifs.

Enfin, certains troubles de la personnalité favorisent la survenue de ce trouble : ce sont l'état limite, la personnalité narcissique, la personnalité obsessionnelle-compulsive, la personnalité évitante et la personnalité sociopathique. Certains traits de personnalité sont plus fréquents, comme l'impulsivité et la recherche de sensations.

4/ CLINIQUE

Les achats compulsifs sont caractérisés par des dépenses irrésistibles, excessives, répétées, qui entraînent un retentissement dommageable sur la vie des sujets.

Les principales caractéristiques cliniques spécifiques des achats compulsifs sont :

- Accomplissement souvent solitaire
- Ce sont souvent des cadeaux, pour soi-même, des amis ou la famille, plutôt que des achats de première nécessité
- Les objets achetés ont souvent une image sociale considérée comme positive
- Chez les femmes ce sont souvent des vêtements, des chaussures, du maquillage ou des bijoux ; chez les hommes il s'agit plutôt de matériel électronique, vidéo, micro-informatique ou en rapport avec l'automobile ; il s'agit rarement d'objets de la vie de tous les jours ou de l'alimentation
- Les achats sont souvent considérés comme des occasions exceptionnelles à ne pas manquer, ou à l'inverse il peut s'agir d'objet de peu de valeur, mais acheté en grande quantité.
- Enfin, l'objet acquis est moins chargé d'intérêt que la situation d'achats en elle-même. Il existe souvent une tension croissante qui ne peut être soulagée que par les achats. Il existe alors pendant l'achat un sentiment d'euphorie ou d'excitation ; après l'achat, les sentiments de regret et de culpabilité prédominent.
- Les sujets essaient de résister, sans succès, aux pensées envahissantes concernant les achats.
- Les troubles sont généralement gardés secrets, au moins au début, du fait d'un grand sentiment de honte et de culpabilité.

Black décomposait l'achat compulsif en 4 phases : anticipation (pensées obsédantes, sentiments d'urgence), préparation (décision du lieu, de la date, du moyen de paiement), achat (émotions intenses), dépense d'argent (s'accompagnant d'émotions négatives et de déception).

Les conséquences de ces achats compulsifs sont diverses et peuvent atteindre tous les domaines de la vie du patient : niveau d'endettement élevé, incapacité à rembourser ses dettes, vols (en cas d'impossibilité financière de payer ses achats), problèmes judiciaires, conflits conjugaux, séparation, isolement social, perte d'un emploi...

Tous les niveaux socio professionnels sont concernés ; selon Black, les acheteurs compulsifs les plus sévères seraient ceux qui ont les moindres revenus.

5/ DIAGNOSTIC

A – Critères diagnostiques de Mc Elroy

Mc Elroy propose en 1994 les critères diagnostiques suivants :

- Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou comportement d'achats inadaptés ou impulsion d'achats correspondant à au moins une des propositions suivantes :
 - Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou impulsion d'achats vécue comme irrésistible, intrusive et dépourvue de sens.
 - Achats fréquents supérieurs aux capacités financières, achats fréquents d'objets inutiles ou achats durant une durée plus longue que prévue.
- Pensées, impulsions ou comportements provoquant une gêne marquée et faisant perdre du temps ou perturbant sensiblement le fonctionnement social ou les loisirs ou entraînant des difficultés financières (par exemple dettes, interdictions bancaires).
- Le comportement excessif d'achats n'apparaît pas pendant une période pouvant être décrite comme maniaque ou hypomaniaque

B – Démarche diagnostique et outils diagnostiques

L'objectif initial va être de définir le problème d'achats ; pour cela, la connaissance de l'histoire du patient est indispensable : antécédents médico chirurgicaux susceptibles d'expliquer certains comportements compulsifs (troubles neurologiques, tumeurs cérébrales...) et psychiatriques (attention à la bipolarité).

Un interrogatoire court en 3 questions peut à ce moment être utilisé :

- Vous sentez vous avant tout **préoccupé** par le shopping et les dépenses ?
- Avez-vous jamais ressenti votre comportement d'achats comme **excessif, inapproprié** ou **non contrôlé** ?
- Vos envies de shopping, pulsions ou fantasmes vous ont-ils déjà amené à vous sentir **bouleversé** ou **coupable**, ou mené à des problèmes sérieux dans votre vie (ex : problème financier ou juridique, perte d'une relation) ?

En cas de réponse(s) positive(s), un interrogatoire plus détaillé concernant le comportement d'achat devrait être mené : fréquence, achats préférés, quantité d'argent dépensé...

Le point le plus difficile dans la démarche diagnostique est de bien différencier un comportement d'achat « normal » d'un comportement compulsif.

C'est dans ce but que Faber et O'Guinn ont développé la **Compulsive Buying Scale (CBS)** : cette échelle comporte plusieurs items prenant en compte les comportements spécifiques aux achats compulsifs, les motivations et sentiments associés à ces comportements. Le patient accorde une note entre 1 et 5 à chaque affirmation (de jamais à toujours) ; le score final oriente ainsi vers un trouble des achats ou non.

Christenson et *al.* ont développés la **Minnesota Impulsive Disorder Interview (MIDI)**, utilisée pour évaluer la présence d'achats compulsifs (et d'autres pathologies : kleptomanie, trichotillomanie, trouble explosif intermittent, jeu pathologique, comportement sexuel compulsif et exercice compulsif). Une première partie rapide évalue la présence d'achats compulsifs ; en cas de positivité elle sera complétée par un module plus complet (composé de 82 questions).

Enfin, Lejoyeux et *al.* ont développé un questionnaire comportant 19 items testant les diverses dimensions des achats compulsifs : impulsivité, pulsion d'achat, émotions ressenties avant pendant et après les achats, culpabilité et regret après les achats, degré d'engagement dans la gratification à court terme, conséquences des achats, stratégies d'évitement (voir annexes).

6/ COMORBIDITES

Elles sont fréquentes, et peuvent être causes ou conséquences du problème d'achats ; ce sont notamment les troubles de l'humeur (jusqu'à 95% selon certaines études), les troubles anxieux (jusqu'à 80%), les autres addictions (jusqu'à 46%), les troubles du comportement alimentaire (de type boulimie et hyperphagie boulimique : jusqu'à 35%), les troubles de la personnalité (obsessionnelles compulsives, état limite, évitante).

7/ ETIOLOGIES

Plusieurs causes ont été avancées pour expliquer l'origine de ce trouble, mais à ce jour aucun consensus n'émerge concernant l'étiologie des achats compulsifs.

Les hypothèses sont de différent ordre :

- L'hypothèse psychanalytique met en cause des événements de la vie précoce (comme des abus sexuels dans l'enfance par exemple).
- La psychologie sociale avance que les achats compulsifs seraient un « comportement compensatoire » destiné à compenser des problèmes d'identité ou d'humeur.
- Selon Dittmar, l'**adhésion à des valeurs matérialistes** serait un facteur de risque majeur, et l'augmentation récente des achats compulsifs serait liée aux transformations économiques, sociales et culturelles du comportement de consommation. (L'adhésion à des valeurs matérialistes étant définie comme la croyance que l'acquisition de biens matériels est un objectif central de la vie, un indicateur majeur de réussite et la clé du bonheur).
- Les hypothèses neurobiologiques se concentrent comme pour les autres addictions comportementales sur la voie dopaminergique et le système de récompense ; mais pour l'instant ce ne sont encore que des hypothèses qui nécessitent de plus amples travaux, tout comme pour l'hypothèse génétique.

8/ TRAITEMENTS

Il n'y a pas d'approche standard concernant le traitement de cette pathologie ; il existe différents niveaux de traitement, qui seront associés pour assurer une prise en charge globale de la pathologie.

A - Les mesures de protection et de prévention sociale

Elles ont pour objectif de limiter les dépenses inconsidérées. Il s'agit bien souvent d'une mesure de contrainte, qui n'est envisageable qu'à la demande de l'intéressé et pour les formes les plus sévères. Il peut s'agir de sauvegarde de justice, de curatelle ou de tutelle.

B – Traitement de la comorbidité psychiatrique

Le premier temps du traitement passera par la prise en charge des troubles psychiatriques fréquemment associés et notamment de la dépression, et des autres addictions aux drogues /alcool, attaques de panique ou boulimie.

Le traitement de la dépression permet souvent un amendement du comportement d'achats compulsifs lui-même.

C – Traitements pharmacologiques

Les antidépresseurs sérotoninergiques (IRS) ont été proposés, notamment la fluvoxamine (Floxyfral[®]) et le citalopram (Séropram[®]).

Concernant la fluvoxamine, plusieurs essais ont été menés mais ne permettaient pas de conclure à une supériorité statistiquement significative de la fluvoxamine sur le placebo quant à l'évolution du trouble. Dans certaines études, une rémission partielle ou complète était obtenue sous traitement, mais l'observation était limitée à quelques mois ; dans d'autres études, le traitement par placebo obtenait de meilleur résultat que le traitement par Fluvoxamine ; les effets étaient une moindre préoccupation des achats, une diminution du temps consacré à ces achats et de l'argent dépensé.

De même, pour le citalopram, aucune étude n'a encore confirmé l'efficacité d'un tel traitement dans cette indication, même si les premiers résultats tendraient vers une amélioration ; des essais contrôlés doivent encore être réalisés.

D'autres études ont montré quelques résultats positifs pour la fluoxétine, le clonazépam, la clomipramine et la naltrexone, mais ces résultats nécessitent d'être confirmés par des études contrôlées.

D – Psychothérapies

Elles comprennent essentiellement les thérapies individuelles et de soutien et les thérapies de groupe de type cognitivo comportementales. Ces thérapies comportent plusieurs étapes : la première consiste en une auto évaluation soigneuse des comportements pathologiques (caractériser le style des achats et la gratification sociale qui en découle) pour pouvoir adapter la restructuration cognitive. Il faut ensuite évaluer les conséquences négatives de l'achat compulsif (dépression, anxiété, colère...)

Le versant « comportemental » de la prise en charge a pour objectif le découplage entre le facteur conditionnant, par exemple le sentiment de tristesse, et le comportement d'achats compulsifs. Il passe par la tenue d'un agenda des achats, une évaluation des émotions provoquées par ces achats, la réalisation de tâches comportementales sous forme d'exposition graduée (par exemple : entrer dans un magasin sans acheter), avec mise en place d'un auto contrôle lors de situation à risque.

Le versant « cognitif » comporte l'évaluation des cognitions liées aux achats : attente d'effets euphorisants, atténuation d'émotions négatives, affrontements de situations stressantes, crainte de perdre une opportunité d'achat, authentiques besoins d'objets...

En 2006, une étude de Mitchell montre une amélioration significative d'un tel traitement concernant le nombre d'épisodes et le temps consacré aux achats ; ces résultats ont été poursuivis sur 6 mois. D'autres études doivent être réalisées pour confirmer ces résultats.

Il s'agissait d'une thérapie en 12 séances, comprenant les thèmes suivants :

1. Vue d'ensemble du traitement,
2. Identification du problème de comportement d'achats et des arguments pour et contre la poursuite d'un tel comportement,
3. Conséquences,
4. Gestion de la trésorerie et suppression des cartes de crédits,
5. Résultats : pensées, sentiments et comportements,
6. Restructuration des pensées,
7. Entraves,
8. Estime de soi,
9. Exposition et réponse en termes de prévention,
10. Gestion du stress et résolution des problèmes,
11. Prévention et plan en cas de rechute,
12. Résumé et perspective.

Par ailleurs, les thérapies familiales seront souvent proposées : il existe effectivement bien souvent un sentiment partagé de compassion et de condamnation ressenti par les familles, qui ne savent plus du même coup quelle attitude adopter ; cette situation entraîne une incompréhension et un rejet, nécessitant une prise en charge spécifique.

Les thérapies de groupe, sous la forme de mouvements d'anciens patients (« Debtors Anonymous »), s'inspirent du modèle des Alcooliques Anonymes et reposent sur l'entraide et le soutien mutuel. Ce type de réunion existe dans de nombreuses villes de France.

Quel que soit le mode de thérapie choisi, l'engagement régulier du thérapeute, sa disponibilité et ses capacités de réassurance sont des facteurs majeurs d'amélioration.

9/ CONCLUSION

Concernant les achats compulsifs, c'est surtout le retentissement sur la vie personnelle et sociale du patient qui en confère le caractère pathologique. Seules les thérapies cognitivo-comportementales ont pour l'instant montré des résultats prometteurs pour le traitement.

Le rôle du médecin généraliste sera de dépister précocement ces troubles, afin d'éviter au patient de se retrouver dans une situation inextricable.

10/ ANNEXES

Compulsive buying scale (CBS)

- J'ai souvent acheté des objets dont je n'avais pas besoin en sachant que je n'avais plus beaucoup d'argent
- Dès que j'entre dans un centre commercial, je veux aller dans un magasin et acheter quelque chose
- J'ai quelque fois le sentiment que quelque chose en moi me pousse à acheter
- J'ai souvent un vrai désir d'aller faire du shopping et d'acheter quelque chose
- J'achète souvent quelque chose que j'ai vu dans un magasin sans l'avoir prévu, juste parce que je dois l'avoir
- Il y a des moments où j'ai des fortes envies d'acheter
- Faire du shopping est un moyen de me relaxer et d'oublier mes problèmes
- Quand j'ai de l'argent, je ne peux pas m'empêcher d'en dépenser une partie ou même la totalité
- Il y a des choses que j'achète et que je ne montre à personne car j'ai peur que les gens pensent que je gaspille mon argent
- J'aime dépenser de l'argent
- A certains moments je me sentais coupable après un achat parce que ça semblait déraisonnable

Questionnaire d'achats compulsifs d'Adès et Lejoyeux

Il comporte 19 questions auxquelles il s'agit de répondre par oui ou par non ; chaque réponse positive est cotée 1 et chaque réponse négative 0.

Selon les auteurs, les scores se répartissent dans la population générale selon une loi gaussienne centrée autour de 5.

Un score supérieur ou égal à 11 correspond à des acheteurs compulsifs.

Consigne : veuillez répondre par oui ou par non aux questions en cochant la case qui correspond à votre situation.

1. Vous arrive-t-il d'être saisi(e) d'une irrésistible envie d'aller dépenser votre argent pour faire un achat quel qu'il soit ?
2. Vous arrive-t-il d'acheter des objets qui vous paraissent inutiles ensuite ?
3. Vous est-il arrivé de vous sentir énervé(e), agité(e) ou irritable quand vous n'avez pas réalisé un achat ?
4. Vous arrive-t-il d'éviter certains magasins de crainte d'acheter trop ?
5. Proposez-vous à quelqu'un de vous accompagner dans vos courses seulement pour vous éviter d'acheter trop ?
6. Avez-vous déjà caché des achats à votre entourage ?
7. Une irrésistible envie d'acheter peut-elle vous amener à manquer une sortie avec des amis ?
8. Vous êtes-vous déjà absenté(e) de votre travail pour faire des achats ?
9. Un ou plusieurs achats ont-ils pu provoquer des reproches de votre entourage ?
10. Un ou plusieurs achats ont-ils pu provoquer une mésentente prolongée ou une séparation ?
11. Est-il arrivé qu'un achat soit responsable de difficultés bancaires ?
12. L'un de vos achats a-t-il été responsable de poursuites judiciaires ?
13. Avez-vous continué à faire des achats malgré les difficultés (familiales ou financières) qu'ils provoquaient ?
14. Regrettez-vous régulièrement vos achats ?
15. Vos achats sont-ils précédés d'une impression de tension et de nervosité ?
16. La réalisation de vos achats apaise-t-elle la tension ou la nervosité ?
17. Existe-t-il des périodes d'achats multiples, excessifs, accompagnés d'un sentiment de générosité ?
18. Vous arrive-t-il d'acheter quelque chose sur un « coup de tête », sans l'avoir prévu à l'avance, au moins une fois par mois ?
19. Les achats « coup de tête » ou excessifs, s'ils existent, représentent-ils au moins un quart de vos revenus ?

VII - L'ADDICTION AU SEXE

1/ INTRODUCTION

Actuellement, les médecins sont plus interpellés par des problèmes liés à la baisse de libido que par des problèmes liés à l'hypersexualité. Pourtant celle-ci peut être une véritable addiction, avec des conséquences qui peuvent être majeures lorsque les envies deviennent irrépessibles et qu'elles occupent toutes les pensées, conditionnant alors le mode de vie social, professionnel ou familial. Dans les dépendances sexuelles, le sexe est le remède à tout : il sert à calmer une angoisse, à se punir, à se valoriser, à fuir, à rechercher des sensations fortes, à remplir un vide, à régler ses comptes avec l'autre...

Il n'y a pas actuellement d'unanimité quant au choix de la terminologie, il existe plusieurs termes pour évoquer la compulsivité sexuelle.

Décrites pour la première fois dans les années 1980, puis plus précisément par Carnes en 1992, les addictions sexuelles regroupent des comportements sexuels compulsifs, l'hypersexualité, les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des impulsions.

D'après Carnes, il y a dépendance lorsqu'une personne aliène sa liberté et organise son existence autour d'un produit ou d'un comportement avec une série de comportements pouvant révéler une dépendance sexuelle (idées obsédantes et masturbation compulsive, recours fréquents aux prostituées, relations sexuelles anonymes avec des partenaires multiples, aventures en série, même si la personne est déjà engagée dans une relation stable...).

2/ DEFINITION

L'addiction sexuelle est un « processus qui conduit un sujet à devenir progressivement **assujetti à sa sexualité**, faisant basculer celle-ci dans le registre du besoin plutôt que dans celui du désir ». Il existe une fréquence excessive, croissante, non contrôlée d'un comportement sexuel en règle conventionnel persistant en dépit des conséquences négatives (psychiques, sociales, affectives, familiales, financières...) : hypersexualité, comportements sexuels compulsifs, troubles du contrôle des impulsions sexuelles, souvent associé à des conduites sexuelles à risque.

La CIM 10 la classe comme « activité sexuelle excessive » dans les dysfonctionnements sexuels ; elle n'est pas individualisée en tant que telle par le DSM IV, qui classe les comportements sexuels excessifs en 3 catégories : les paraphilies, les troubles du contrôle des impulsions non spécifiés et les troubles sexuels non spécifiés (ils pourraient être individualisés en tant qu'entité spécifique dans le DSM-V : Kafka propose le terme de « hypersexual disorder »).

Certains auteurs estiment qu'il s'agit d'un trouble obsessionnel compulsif (avec pensées intrusives), d'autres d'un trouble du contrôle des impulsions (avec échec à résister à réaliser un acte nuisible pour soi ou pour les autres), d'autres encore parlent d'un comportement sexuel « hors de contrôle » ; cependant l'hypothèse de l'addiction sexuelle reste la plus probable, de nombreux symptômes rappelant ceux de l'addiction aux substances (syndrome de manque, difficultés à stopper ou réduire l'activité en dépit des conséquences négatives, réduction de toute autre activité...). Dans ce sens, Goodman et al. proposent d'utiliser la définition d'addiction à une substance du DSM IV en remplaçant le mot « substance » par « comportement sexuel ».

A – Les paraphilies

Les paraphilies sont définies comme des impulsions sexuelles et des fantaisies imaginatives sexuelles excitantes, ou des comportements survenant de façon répétée ou intense pendant au moins six mois. Chez certains sujets, l'excitation sexuelle n'est obtenue que par ces fantaisies imaginatives ou mises en scène. Les comportements sont considérés comme **déviants**, dépassant les normes de notre société et interférant au quotidien avec le fonctionnement social, personnel ou occupationnel. Les paraphilies comprennent notamment l'exhibitionnisme, la pédophilie, le voyeurisme, le frotteurisme (propension à toucher la poitrine ou les organes génitaux d'une autre personne de manière à ce que la chose paraisse accidentelle, dans une foule par exemple), le masochisme et le sadisme. Elles peuvent comprendre l'utilisation d'objets inanimés ou d'animaux. Elles peuvent être aussi marquées par le besoin d'humilier ou de faire souffrir le(s) partenaire(s) ou par l'existence de relations sexuelles avec des personnes non consentantes, y compris des enfants. Le plaisir est consommé dans l'immédiateté avec parfois souffrance ou malaise psychique.

B - Les troubles du contrôle des impulsions non spécifiés

Le DSM-IV les définit comme l'incapacité à résister au besoin d'accomplir ce que l'on sait néfaste pour soi-même ou pour les autres, avec actes répétés, incorrigibles, sans motivation claire. Les sujets ressentent une tension puis une excitation avant l'acte. Après l'acte, ils éprouvent un soulagement ou un sentiment de gratification, puis des remords. Les troubles du contrôle des impulsions non spécifiés ne sont pas la conséquence d'une intoxication, notamment à l'alcool.

C - Troubles sexuels non spécifiés

Les troubles sexuels non spécifiés sont définis comme des relations répétitives, avec une succession de partenaires que la personne considère comme des objets interchangeables dont il se sert. Les sujets ressentent un sentiment de solitude et de détresse. Les troubles sont caractérisés par l'absence fréquente d'affect lors des actes sexuels.

D – Hypersexualité primaire ou secondaire

Comme pour d'autres types de dépendances, on décrit une hypersexualité primaire (souvent en réaction à un évènement stressant) ou secondaire (à une consommation de toxiques, ou associé à un trouble psychiatrique, tel qu'un accès maniaque, un syndrome démentiel débutant...).

3/ EPIDEMIOLOGIE

La population de « *sex addicts* » semble en augmentation permanente du fait de l'accroissement des stimuli, de meilleures connaissances sur le sujet et de la levée des tabous.

Il n'existe pas de données pour la France.

Pour certains auteurs, la fréquence du trouble aux Etats Unis pourrait atteindre 3% à 6 % de la population générale.

Les hommes seraient plus concernés que les femmes (entre 80 et 95% d'hommes selon les cas), mais les femmes sont plus réticentes à parler de ce problème, à cause du sentiment de honte et de culpabilité qu'elles ressentent, ou de la peur d'être qualifiée d'allumeuse ou de femme facile.

Ce sont le plus souvent des sujets jeunes (âgés en moyenne de 35-40 ans), mais toutes les tranches d'âges peuvent être concernées.

Egalement, toutes les catégories sociales et professionnelles sont concernées. Les patients peuvent être des sujets bien insérés socialement et avec une famille.

Il existe le plus souvent des comorbidités et autres addictions associées : abus de substances (42%), troubles du comportement alimentaire (38%), addiction au travail (28%), antécédents familiaux de conduites addictives (87%).

4/ CLINIQUE

A – Caractéristiques cliniques

Comme pour toutes les dépendances comportementales, la mise en évidence de **conséquences négatives** du comportement sexuel est un élément essentiel au diagnostic (par exemple : accumulation de dettes, problèmes avec la justice, perte d'emploi, instauration d'autres conduites addictives, notamment à l'alcool et aux drogues, négligence du partenaire et divorce, maladies sexuellement transmissibles...).

Les principales caractéristiques cliniques de l'addiction sexuelle sont :

- L'incapacité du sujet à établir une relation saine et gratifiante avec son partenaire
- La survenue durant l'acte sexuel d'un état comparable à celui décrit chez les toxicomanes sous l'effet de substances psychoactives
- Des promesses répétées et vaines envers lui-même d'arrêt des comportements sexuels
- Une réorganisation de la vie dans le but de satisfaire son désir addictif
- Un abandon progressif de la vie de famille, des amis et de l'activité professionnelle
- Une vive culpabilité et une honte concernant ces comportements, fréquemment à l'origine de réactions de déni.

Reed et Blaine (EMC), puis Corday et Feray, ont décrits 4 phases d'installation de l'addiction sexuelle :

- **OBSESSION** : avec envahissement de la pensée par des préoccupations sexuelles.
- **RITUALISATION** : actions ritualisées avant l'acte sexuel, augmentant la stimulation et l'excitation.
- **COMPORTEMENT SEXUEL COMPULSIF** : exécution d'un acte sexuel précis ; le patient est alors incapable de limiter ou contrôler son comportement. Un phénomène de tolérance apparaît, comme pour les toxicomanes.
- **DESESPOIR** : le sujet se sent impuissant vis-à-vis de son comportement, éprouve un sentiment de vide, de honte et de culpabilité

Les sujets rapportent un sentiment d' « esclavagisme » par rapport à leur comportement.

Des symptômes de sevrage (type céphalées, anxiété, tremblements, insomnie, humeur dépressive) peuvent apparaître à l'arrêt du comportement.

B – Formes cliniques

Il existe 2 ordres de troubles (selon Poudat) : l'addiction au corps et à la sexualité et l'addiction à l'autre.

Dans l'addiction **au corps et à la sexualité**, on retrouve 2 types de comportement

- l'addiction avec comportement sexuel **excessif** (comportements sexuels acceptés par la société mais accentués en intensité et envahissant la vie sociale : par exemple masturbation compulsive, boulimie de relations sexuelles, dépendance à des accessoires sexuels...). Cette addiction au corps et à la sexualité a été décrite par Coleman à travers deux types de comportements compulsifs : la drague compulsive, avec partenaires multiples (exigence insatiable de partenaires multiples dans une stratégie de maîtrise de l'anxiété et de maintien de l'estime de soi. Les partenaires sont utilisées comme des choses) et l'auto-érotisme compulsif (poursuite obsessionnelle compulsive de l'auto-stimulation des parties génitales avec masturbations fréquentes (5 à 15 fois/jour), entraînant fréquemment des blessures physiques, et retentissant sur la vie professionnelle, sociale, interpersonnelle et privée)
- l'addiction avec comportement sexuel **anormal** (conduites classées comme troubles paraphiliques compulsifs, par exemple exhibitionnisme, frotteurisme, pédophilie, paraphilies non spécifiées). Ce comportement est marqué par un cycle obsession/compulsion/passage à l'acte/soulagement et culpabilité. On retrouve une tension intérieure avec sentiment d'obligation irrépressible de passage à l'acte.

L'addiction **à l'autre** est une addiction à un partenaire fixe (le partenaire est alors hyperinvesti comme objet) ou à une relation (c'est la relation qui est objet de dépendance et non le partenaire lui-même). Les addictions à l'autre ne sont pas reconnues comme telles dans les classifications internationales comme le DSM-IV, mais évoquent fortement les troubles de personnalité dépendantes (dépendance affective).

C – Particularités selon le sexe

Les hommes proviennent souvent de familles dysfonctionnelles, marquées par des carences affectives précoces avec négligence ou l'alcoolodépendance de l'un des parents. Ils se sont souvent sentis abandonnés ou rejetés. Ils ont pu avoir eu l'impression dans leur enfance d'être l'homme de la maison (abandon du père par exemple). Ils sont souvent isolés socialement, introvertis, incapables d'établir une relation amoureuse durable ; ils ont une faible estime d'eux-mêmes. Ils sont immatures affectivement et ressentent de la honte, par rapport à leur dépendance. Leurs conduites compulsives entraînent parfois une négligence de leurs responsabilités familiales et sociales.

Les femmes, souvent seules, expriment souvent une demande affective marquée. Elles pensent qu'un partenaire masculin leur donnera l'attention qu'elles espèrent, en s'imaginant qu'elles ne possèdent pas les ressources intérieures pour satisfaire ces besoins. Elles sont souvent à la recherche de l'homme idéal, mais le partenaire réel sera incapable de combler leur demande et elles seront continuellement déçues. Elles perpétuent des aventures occasionnelles et conservent l'espoir que la sexualité va les décharger de leurs souffrances et leurs angoisses. Cet échec fera resurgir le sentiment de honte, de culpabilité et de désespoir.

D – Particularités du cybersexe

Depuis plusieurs années, et avec le développement d'Internet et des réseaux sociaux, on a vu apparaître une nouvelle expression de l'addiction sexuelle : l'usage compulsif des réseaux pornographiques.

Les sujets passent quotidiennement des heures sur des sites à caractère sexuels sans tout compte fait de vraie satisfaction à la clé. La masturbation devant des sites internet est la pratique la plus en cause.

Lorsqu'ils essaient d'arrêter, les sujets ressentent des impulsions irrésistibles de retourner sur ces sites. Le phénomène de tolérance peut se manifester par une augmentation dans la dureté des sites concernés.

La fréquentation de sites pornographique peut amener à un passage à l'acte dans la vie réelle, notamment avec la fréquentation de prostituées, suivies de conséquences sociales lourdes que cela peut entraîner.

D'un autre côté, certains sujets dépendants peuvent bénéficier, via internet, de thérapies de groupe.

Ce qu'a changé internet c'est l'accessibilité au sexe.

Concernant la demande de prise en charge de ces « cybersex dépendants », un petit pourcentage émanera des consommateurs tellement dépendants qu'ils ont tout perdu : travail, partenaire, et qui se retrouvent en situation plus que précaire ; mais le plus souvent une pression du partenaire, mécontent de la vie de couple, va permettre au cyberdépendant de prendre en compte son état (le déni étant très fréquent).

5/ DIAGNOSTIC

Plusieurs échelles de dépistage ont été proposées, comme la Sexual Compulsivity Scale, la Compulsive Sexual Behavior Inventory, ou le Test de Dépistage de l'Addiction Sexuelle (TDAS) par Carnes.

Le test de dépistage de Carnes est un auto questionnaire : au-delà de 13 réponses positives sur 25, le sujet a 96% de chances de présenter un trouble sexuel addictif. (Voir annexe)

Coleman propose plusieurs critères, 2 sont nécessaires pour le diagnostic : recherche compulsive de partenaires (drague), sexualité compulsive insatisfaisante, auto-érotisme compulsif, fixation compulsive sur des partenaires inaccessibles, rapports amoureux compulsifs multiples. Il propose un outil diagnostique : l'échelle de comportement sexuel compulsif de Coleman.

6/ COMORBIDITES

A – Les autres addictions

Dans de nombreux cas d'addictions sexuelles, on retrouve des addictions à des substances psychoactives associées (42%), présentes ou passées, dans un but désinhibiteur pour augmenter l'intensité ou modifier les rapports avec les partenaires. Cela peut être l'alcool (l'ivresse abolit le jugement et peut augmenter la violence), le cannabis (qui modifie les perceptions sensorielles, en particulier tactiles), la cocaïne (qui est fréquemment utilisée dans un but de stimulation et de désinhibition sexuelle), l'héroïne (qui donne l'illusion de surmonter sa timidité), le nitrite d'amyle (=poppers, qui a la réputation d'augmenter les sensations physiques et l'intensité de la jouissance) et l'ectasy (effets désinhibiteurs). D'autres addictions comportementales peuvent co exister : travail (28%), jeu pathologique (26%), achats pathologiques (26%).

Des antécédents familiaux d'addiction, avec ou sans substance, sont retrouvés dans 87% des cas.

B – Les troubles dépressifs

Ils peuvent être secondaires aux comportements sexuels et/ou aux conséquences sociales de ceux-ci, ou préexistants. Les troubles de l'humeur sont très fréquents (74%), de même que l'anxiété (34%).

C – Les troubles neuro psychiatriques

Les affections neurologiques frontales et les grandes déficiences intellectuelles peuvent être associées aux addictions sexuelles. Les troubles de la personnalité sont retrouvés dans presque la moitié des cas (44 à 48%).

7/ HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES

Les sujets font souvent état d'épisodes de dépression antérieurs à leur addiction, expriment un profond sentiment de dévalorisation personnelle, un sentiment d'incertitude quant à leur identité, non pas seulement sexuelle, mais parfois leur identité tout court.

On retrouve des traumatismes sexuels répétés et divers, des angoisses de séparation aiguë, des troubles narcissiques sévères.

8/ TRAITEMENTS

Il y a à ce jour en France peu de demandes de thérapie pour ce type de dépendance. Le plus souvent le patient est adressé au psychiatre après une tentative de suicide ou pour des symptômes anxieux ou dépressifs.

L'objectif n'est pas l'abstinence sexuelle totale mais plutôt disparition élective du comportement sexuel addictif, avec maintien d'une sexualité normale.

A – Thérapies cognitivo comportementales

Selon Carnes, les pensées dysfonctionnelles renforcent le comportement sexuel addictif (fausse représentation du sujet par lui-même, de ses relations aux autres, de sa sexualité et de ses besoins). L'efficacité de la prise en charge de l'addicté sexuel passe donc par le traitement de ces distorsions cognitives.

Ces thérapies peuvent être individuelles ou de groupe (sur le modèle des alcooliques anonymes : sex addicts anonymous, sex and love addicts anonymous...). Elles nécessitent une forte motivation. L'objectif de ces thérapies est la compréhension des mécanismes cognitifs à l'origine du comportement, l'identification des situations à risque de déclencher le comportement, la mise en place de stratégie de résistance à ces facteurs.

Quelle que soit la stratégie thérapeutique choisie, une étape spécifique sera constituée par l'abord conjugal (thérapies conjugales) ; cette attitude est dictée par l'importance des co-addictions et la présence fréquente d'addictions chez le partenaire.

B – Traitements médicamenteux

Les antidépresseurs (de type IRS), les anxiolytiques et les thymorégulateurs ont été utilisés et ont montré des résultats positifs sur l'humeur dépressive et sur l'aspect comportemental de l'addiction. Cependant aucune étude validée n'a encore été réalisée.

Les traitements hormonaux castrateurs sont réservés à certains cas médico légaux graves.

9/ CONCLUSION

Le principal frein à la prise en charge d'une addiction sexuelle est le plus souvent une absence de demande de la part du patient, secondaire au fort sentiment de honte et de culpabilité ressenti ; le rôle principal du médecin généraliste sera donc de pouvoir entendre ou deviner la souffrance du patient et de le rassurer quant à la compréhension de ses troubles, sans jugement.

10/ ANNEXES

Sexual Compulsive Scale

A number of statements that some people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then circle the number to show how well you believe the statement describes you.

Not at all / Slightly / Mainly / Very Much like me

1. My sexual appetite has gotten in the way of my relationships. 1 2 3 4
2. My sexual thoughts and behaviors are causing problems in my life. 1 2 3 4
3. My desires to have sex have disrupted my daily life. 1 2 3 4
4. I sometimes fail to meet my commitments and responsibilities because of my sexual behaviors. 1 2 3 4
5. I sometimes get so horny I could lose control. 1 2 3 4
6. I find myself thinking about sex while at work. 1 2 3 4
7. I feel that sexual thoughts and feelings are stronger than I am. 1 2 3 4
8. I have to struggle to control my sexual thoughts and behavior. 1 2 3 4
9. I think about sex more than I would like to. 1 2 3 4
10. It has been difficult for me to find sex partners who desire having sex as much as I want to. 1 2 3 4

To Score: Add items that have responses and divide by number of items responded.

Test de Dépistage de l'addiction sexuelle de Carnes

1. A-t 'on abusé de vous sexuellement, pendant l'enfance et l'adolescence ?
2. Êtes-vous abonné(e) ou achetez-vous régulièrement des revues érotiques ?
3. Vos parents ont-ils eu des problèmes sexuels ?
4. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées sexuelles ?
5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal ?
6. Est-ce que votre conjoint(e) s'inquiète ou se plaint de votre comportement sexuel ?
7. Avez-vous du mal à arrêter votre conduite sexuelle, lorsque vous savez qu'elle est inappropriée ?
8. Vous sentez-vous mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?
9. Est-ce que votre comportement sexuel a causé des problèmes pour vous-même ou votre famille ?
10. Avez-vous cherché assistance pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?
11. Avez-vous eu peur que les gens apprennent votre conduite sexuelle ?
12. Avez-vous fait du mal aux autres émotionnellement par votre conduite sexuelle ?
13. Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors la loi ?
14. Vous êtes-vous promis à vous-même de cesser certains comportements sexuels ?
15. Avez-vous fait des efforts pour renoncer à certains comportements sexuels sans y réussir ?
16. Devez-vous cacher certains de vos comportements sexuels ?
17. Avez-vous essayé de cesser certains comportements sexuels ?
18. Pensez-vous que certains de vos comportements sexuels ont été dégradants ?
19. Le sexe a-t-il été pour vous une manière d'échapper à vos problèmes ?
20. Êtes-vous déprimé(e) après un rapport sexuel ?
21. Avez-vous senti le besoin de cesser certaines formes d'activité sexuelles ?
22. Est-ce que vos activités sexuelles ont perturbé votre vie familiale ?
23. Avez-vous eu des rapports sexuels avec des mineurs ?
24. Vous sentez-vous dominé(e) par vos désirs sexuels ?
25. Pensez-vous que vos désirs sexuels sont plus forts que vous ?

Cotation :

_____ / 25

- Score de 10 à 13 → symptômes atténués d'addiction sexuelle
- Score > 13 → addiction sexuelle

L'échelle de comportement sexuel compulsif de Coleman

Indiquez la période de référence explorée :

actuelle avant l'arrêt du comportement sexuel compulsif, il y a _____ semaines

1. Est-ce que vous, ou ceux qui vous connaissent, pensent que vous êtes excessivement préoccupé ou obsédé par la sexualité ?

OUI NON

2. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir obligé d'avoir des rapports sexuels en réponse à des problèmes de stress, anxiété, ou dépression ?

OUI NON

3. Avez-vous eu de sérieux problèmes découlant de votre comportement sexuel (par exemple : perte d'un travail ou de relations, maladies sexuellement transmissibles, blessures ou maladies, délits sexuels) ?

OUI NON

4. Est-ce que certains aspects de votre comportement sexuel vous culpabilisent ou vous font honte ?

OUI NON

5. Fantasmez-vous ou faites-vous certaines pratiques sexuelles que d'aucuns considéreraient comme « déviantes » ?

OUI NON

6. Etes-vous constamment à la recherche (« balayage » de l'environnement) d'un partenaire éventuel ?

OUI NON

7. Est-ce qu'il arrive de vous sentir obsédé par quelqu'un qui ne s'intéresse pas à vous ou qui ne vous connaît même pas ?

OUI NON

8. Pensez-vous que votre masturbation est excessive, compulsive ou dangereuse ?

OUI NON

9. Avez-vous eu de nombreux rapports amoureux courts, intenses et qui ne vous satisfont pas ?

OUI NON

10. Ressentez-vous le besoin constant de rapports sexuels ou d'expression amoureuse de vos rapports sexuels ?

OUI NON

Nombre de critères positifs : / 10

2 critères positifs : comportement sexuel problématique

VIII - L'ADDICTION AU TRAVAIL

1/ INTRODUCTION

Le travail est un élément essentiel de nos vies, il structure nos journées et nous donne un sentiment d'identité en dehors de notre famille et de notre cercle de famille. Mais quand l'engagement envers ce travail devient excessif, jusqu'à entraîner une négligence des autres aspects importants de la vie, on parle d'addiction au travail.

Plusieurs termes sont utilisés pour décrire la même pathologie : **ERGOMANIE** (littéralement : obsession du travail) = **WORKAHOLISM** (terme utilisé la première fois en 1971 par W.E Oates, écrivain américain, connu pour avoir écrit un livre autobiographique intitulé *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction*, dans lequel il témoigne de sa dépendance au travail et des répercussions sur la vie personnelle) = **BOULOMANIE**.

Certains auteurs considèrent le workaholism comme positif (leurs études montrent que les sujets sont satisfaits et productifs ; par exemple Machlowitz en 1980) ; d'autres le considèrent comme négatif (et les sujets seraient malheureux, ne feraient pas bien leur travail et créeraient des problèmes à leurs collègues ; par exemple Oates en 1971, Schaeff & Fassel en 1988). Les premiers l'encouragent, les seconds le dénoncent.

Robinson rappelle le rôle indéniable de la société occidentale comme facteur précipitant de la boulomanie. En effet, les nouvelles technologies—la téléphonie mobile, Internet, les dictaphones—rendent le travail toujours plus accessible et plus présent dans notre quotidien en nous empêchant d'accéder aux sphères extérieures à lui.

2/ DEFINITION

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.

C'est une addiction souvent considérée comme « positive » et encouragée socialement, car elle favorise la productivité ; certaines entreprises recherchent même des employés présentant ces caractéristiques.

3/ PREVALENCE

Des études réalisées aux États-Unis montrent que jusqu'à 27 % à 30 % des Américains sont accros au travail.

Une étude canadienne en entreprise retrouve les éléments suivants : le sex-ratio est de 1 ; la boulomanie n'est pas liée exclusivement aux emplois rémunérés (bien que plus fréquente dans ce cadre) ; les parents d'enfants de 5 à 18 ans sont les plus susceptibles de se considérer comme des bourreaux du travail ; la prévalence est également élevée pour les revenus supérieurs et pour les personnes ayant travaillé plus de 60 heures dans la semaine précédant l'enquête. Les boulomanes pensent que leur santé est moins bonne que celle des autres répondants.

L'addiction au travail toucherait essentiellement les médecins, avocats, juristes, soignants, cadres gestionnaires et hommes d'église.

4/ CLINIQUE

A – Critères cliniques

Parmi les critères rencontrés le plus souvent, on retrouve :

- Hyperactivité
- Esprit de compétition et de défi
- Forte personnalité d'entreprise
- Désir illimité de satisfaction personnelle
- Véritable culte de l'entreprise et du travail
- Relation difficile avec les loisirs
- Détente difficile voire impossible pendant les jours de repos
- Négligence de la vie familiale
- Manifestation de stress au travail

B - Evolution

Fassel décrit 3 stades caractéristiques d'évolution pour ce type de troubles :

- Au début, le sujet **déborde d'énergie**, ses capacités sont augmentées ; son esprit est envahi de pensées concernant son travail ; il termine régulièrement plus tard que prévu ; les premières manifestations du trouble peuvent être de l'ordre du perfectionnisme.
- Ensuite apparaissent des **difficultés dans sa vie familiale et sociale**, avec négligence de la vie personnelle ; les moments de loisirs sont progressivement évités car anxiogènes ; à ce stade apparaissent fatigue, épuisement, troubles du sommeil.
- Enfin, les **capacités finissent par diminuer** et des **troubles psychosomatiques** apparaissent (troubles du sommeil, lombalgies, hypertension artérielle, fatigue chronique, céphalées, ulcère gastro duodénal...) pour aboutir finalement à des troubles anxio dépressifs et au syndrome du *burn out*. La vie familiale est inexistante et l'adaptation professionnelle est perturbée par l'excès de travail.

Le **déni** est très fréquent, le sujet considérant qu'il travaille « autant que les autres », et qu'il ne peut pas s'arrêter parce qu'il est devenu indispensable.

C – Conséquences

Le workaholisme influence, positivement ou négativement, la performance au travail, la vie extraprofessionnelle, les relations avec l'entourage professionnel et familial, la santé physique et psychique du sujet.

Dans le milieu professionnel, les workaholiques peuvent être considérés comme un atout car ils sont plus productifs que les autres salariés, ou à l'inverse comme moins performants et susceptibles de créer des difficultés car ils sont insatisfaits et obsessionnels. L'acharnement au travail devient improductif et a des effets négatifs sur la performance et sur l'épanouissement personnel.

Concernant les conséquences extraprofessionnelles, l'addiction au travail amène les individus à consacrer plus de temps aux activités professionnelles qu'aux autres domaines. L'entourage se sent délaissé et abandonné. Le workaholisme peut être envisagé comme un problème systémique familial car il constitue une atteinte de l'image de soi et de l'estime de soi chez les enfants, qui, plus tard, compensent par la recherche d'une reconnaissance à travers le travail et la reproduction du modèle parental.

L'addiction au travail peut entraîner de nombreux symptômes physiques et psychologiques : diminution de l'estime de soi, fatigue, anxiété, dépression, irritabilité, problèmes somatiques : troubles cardiovasculaires (tels que l'hypertension artérielle, les complications cardiaques et rénales), maladies de l'appareil locomoteur (cervicalgies, douleurs de la ceinture scapulaire, dorso lombalgies), troubles de l'appareil digestif (inflammation chronique du gros intestin), migraines... Il est à noter qu'afin de garder les mêmes performances, certains ergomanes recourent à des substances excitantes.

Le risque majeur de l'addiction au travail est le syndrome d'épuisement professionnel, ou **burn-out syndrome**, qui retentit de manière importante aux niveaux personnel, social et médical.

Ce concept d'épuisement professionnel est apparu en 1974 et peut être défini comme un processus de longue durée, cumulatif, au cours duquel agissent les facteurs de stress les plus variés, dans lequel un professionnel à l'origine engagé se retire de son travail en réaction au stress éprouvé dans l'exécution de ses tâches.

Le burn out associe un épuisement émotionnel (c'est-à-dire un sentiment d'épuisement et de vide intérieur provoqué par le travail, un appauvrissement des ressources émotionnelles et un sentiment de ne plus pouvoir donner à autrui au plan psychologique), la dépersonnalisation (sentiments négatifs et cyniques, déshumanisation progressive) et un faible accomplissement personnel (sentiments d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail). L'épuisement professionnel est aussi à l'origine de problème de comportement et de performance au travail, de problèmes avec les membres de la famille et les amis et de sentiments négatifs envers le travail et la vie en général.

Aucune donnée n'est actuellement disponible concernant une comorbidité avec d'autres pathologies addictives.

D – Catégorisation

Pour **Spence et Robbins**, la dimension du plaisir éprouvé au travail est importante à prendre en considération. Dans leur étude, les boulomanes sont plus enclins au stress professionnel, présentent davantage des tendances perfectionnistes et ont plus de difficultés à déléguer. Ils décrivent 3 types de sujets :

- le boulomane ;
- le travailleur enthousiaste ;
- le boulomane enthousiaste.

Parallèlement à ces trois catégories, ils individualisent trois types de travailleurs non boulomanes : le travailleur non engagé, le travailleur relax et le travailleur désenchanté.

Ces six groupes de patients varient selon trois critères : le plaisir éprouvé au travail, l'investissement et le caractère compulsif au travail.

Selon **Robinson**, on peut classer les boulomanes en 4 types selon la quantité de travail initié en proportion avec la quantité de travail complété :

- le boulomane **infatigable** est avide de travail ; il en initie beaucoup et mène à terme tout ce qu'il a entamé. Il est imprégné dans son travail, il travaille de manière compulsive et ne connaît aucun répit, ne s'autorise aucun repos. Le travail doit être complété rapidement et n'attend aucun délai
- le boulomane **boulimique** initie peu de travail mais s'applique à en terminer beaucoup. Son angoisse réside principalement dans l'initiation d'un projet où il estime ne pas être à la hauteur pour porter une telle responsabilité. Il préfère donc poursuivre un travail déjà commencé par un autre (« procrastination »). Il est volontiers perfectionniste, reflétant ainsi la peur de l'échec
- le boulomane **avec déficit d'attention** recherche la stimulation de manière quasi impulsive. La poursuite d'une activité l'ennuie très vite et il aura tendance à ne jamais mener à terme un projet initié par lui. Il entreprend de nombreux projets sans les terminer. Il existe des troubles de l'attention importants dans la réalisation de son travail
- le boulomane **gourmet** se caractérise par sa lenteur, sa méticulosité et son caractère méthodique. Le perfectionnisme est ici sublimé dans le sens où le travail initié n'est jamais complété du fait de l'addition constante de travail supplémentaire. Tout est minutieusement analysé à tel point qu'il lui est très difficile de respecter un échéancier.

Diane Fassel et al décrivent essentiellement quatre types de boulomanes :

- le travailleur **compulsif** est poussé malgré lui à travailler sans relâche
- le travailleur « **noceur** » concentre l'essentiel de son attention en fin de projet plutôt que de manière constante
- le travailleur « **garde-robe** » a tendance à travailler à l'abri des regards extérieurs, cachant son travail à la manière d'un alcoolique qui dissimule sa bouteille
- le travailleur **anorexique** présente une compulsion tant dans la recherche de travail que dans son évitement.

Scott et al différencient le workaholism positif et le workaholism négatif, et décrivent trois types de boulomanes :

- le boulomane **compulsif-dépendant** travaille plus longtemps que ce qu'il s'était fixé au départ. Il a conscience de ses difficultés à limiter le temps consacré au travail, malgré les répercussions que cela peut avoir dans son quotidien
- le boulomane **perfectionniste** écarte toute source de loisir au profit de la productivité. Il est rigide, inflexible et a le goût du détail et du contrôle
- le boulomane « **réussite** » donne l'image positive du bourreau du travail qui recherche le succès et la réussite. Il est sans cesse en quête de compétition.

5/ AIDE AU DIAGNOSTIC

Le Work Addiction Risk Test, de Robinson *et al* : cette grille permet d'apprécier le degré de dépendance au travail. Elle n'a pas encore fait l'objet d'une validation en français, et sa validité reste encore à examiner.

Elle fait apparaître des items de répercussion négative de la boulomanie sur la vie du patient et peut faire évoquer un comportement qui associe lutte contre le temps, sens de la compétition et engagement dans l'action.

Elle inclue 5 dimensions : tendances compulsives, contrôle, communication faible, incapacité à déléguer, faible estime de soi (voir annexes).

La Dutch Workaholism Scale (DUWAS) de Schaufeli *et al* (2009) : il s'agit d'une échelle de mesure comportant 10 items et ayant des propriétés psychométriques satisfaisantes.

La Workaholism Battery (WorkBAT) de Spence et Robbins (1992) est largement utilisée pour les recherches sur le workaholism.

6/ TRAITEMENTS

La prise en charge du workaholique passe par plusieurs étapes : en premier lieu il faut lutter contre les attitudes de déni et de justification ; c'est probablement l'étape la plus importante et qui est nécessairement préalable à tout autre traitement.

Le sujet doit pouvoir évaluer les conséquences négatives de son comportement.

Ensuite, plusieurs activités lui seront proposées : technique de gestion du stress, restructuration cognitive centrée sur la perception du travail (ne plus considérer les heures de travail comme témoin de l'importance de son poste), développer une activité personnelle...

Le rôle du médecin du travail est ici prépondérant, aussi bien dans le dépistage que dans le suivi de l'évolution du traitement. Le workaholique aura à modifier sa façon de travailler : cesser de comptabiliser ses heures de travail, séparer sa vie professionnelle et sa vie privée, tenir 2 agendas... et surtout découvrir le travail sans crises !

7/ CONCLUSION

Nous sommes actuellement à une période où les exigences au travail deviennent de plus en plus strictes et importantes ; il est important pour chacun de savoir reconnaître ses priorités et d'apprendre à préserver son intimité, au risque de devenir soi-même un workaholique et de se laisser entraîner jusqu'au burn out. L'« abstinence » du travail étant impossible, le médecin devra aider son patient à réapprendre à travailler tout en gardant un espace de vie personnel suffisant pour éviter les dommages familiaux et sociaux.

8/ ANNEXES

WART (Work Addiction Risk Test, de B. Robinson)

1. Je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide.
2. Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps.
3. J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre.
4. Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité.
5. J'ai plusieurs fers au feu. Je suis tout le temps occupé.
6. Je fais plusieurs choses en même temps (manger, lire, répondre au téléphone).
7. Je m'implique trop dans mon travail. Je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail.
8. Je me sens coupable quand je ne travaille pas.
9. Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais.
10. Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver.
11. Les choses ne vont jamais assez vite pour moi.
12. Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient.
13. Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà reçu une réponse.
14. Je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler.
15. Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau.
16. Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elles.
17. Je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler.
18. J'ai tendance à *me mettre la pression* en m'imposant des délais quand je travaille.
19. Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas.
20. Je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis, ou aux activités de loisir.
21. J'aime préparer mon travail pour *prendre de l'avance*.
22. Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines.
23. Je consacre plus d'énergie et de temps à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille.
24. J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales
25. Je prends des décisions importantes, avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion.

Les réponses sont cotées de 1 à 4 : **1.** Jamais, **2.** Parfois, **3.** Souvent, **4.** Toujours

Entre 57 et 66 points les personnes sont en danger, de 67 à 100 points, il existe une addiction au travail.

IV - CONCLUSION

Même si les addictions comportementales peuvent se manifester sous différentes formes comme nous l'avons vu, elles présentent malgré tout des caractéristiques communes, permettant d'envisager des prises en charge similaires : elles sont toutes caractérisées par le côté répétitif d'une activité, une perte de contrôle et des conséquences négatives diverses sur les différents aspects de la vie ; elles ont très probablement des origines communes (environnementales, génétiques, neurobiologiques...) ; il est important de noter pour le dépistage que ces addictions sont rarement isolées, et s'associent fréquemment entre elles ou avec des addictions à des substances. Aucun traitement médicamenteux n'a encore montré d'améliorations franches dans ces indications, seuls les psychothérapies, et notamment les thérapies cognitivo comportementales, semblent avoir des résultats prometteurs.

Le rôle du médecin généraliste sera de savoir dépister ces comportements pathologiques le plus précocement possible, bien avant que les situations ne deviennent pour certaines catastrophiques ; il faut probablement pour cela qu'il apprenne à penser simplement à ces pathologies de façon systématique et pour tout patient se présentant, puisque nous avons vu que les médecins généralistes sous estiment largement ces addictions ; une solution pourrait être d'intégrer la recherche d'addiction comportementale à l'évaluation des risques pour chaque patient, au même titre que l'alcool ou le tabac ; le médecin devra également apprendre à se servir des quelques outils mis à sa disposition pour l'aider dans cette tâche.

Il est enfin important de souligner que la liste des addictions comportementales est à priori loin d'être exhaustive ; d'autres comportements, parfois difficiles à définir, mériteraient probablement d'être qualifiés d'addiction ; prenons pour exemple le cas de l'addiction au pouvoir qui est empiriquement bien connue de la plupart des humains ; un proverbe chinois dit que commander aux hommes est encore plus plaisant que de le plaisir sexuel et Henri Kissinger disait que le pouvoir était l'aphrodisiaque suprême. Elle est malheureusement difficile à étudier chez l'homme pour des raisons évidentes ; elle commence à être bien étudiée chez les animaux (notamment chez les grands singes qui, comme certains hommes, ne semblent pas l'abandonner facilement) et la dominance ainsi que la soumission semblent bien passer chez eux par les mêmes voies neuronales que celles des addictions sans substance chez l'homme avec de nombreux effets physiologiques qui vont bien au-delà du seul cerveau. Ces éléments sont encore bien sûr à explorer, mais pourraient avoir des retombées médicales et sociales à l'avenir.

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Dans le cadre d'un travail de recherche pour ma thèse, intitulée : « ADDICTIONS SANS SUBSTANCE : connaissances utiles au médecin généraliste », pourriez-vous, s'il vous plaît, remplir le questionnaire suivant en fonction de votre expérience personnelle ?

Merci de votre participation.

PARTIE 1 : données vous concernant.

- 1/ Vous êtes : un homme une femme
- 2/ Votre âge : _____
- 3/ Nombre d'années d'exercice : _____
- 4/ Mode d'activité :
 - o Urbain rural mixte
 - o Seul cabinet de groupe maison médicale multidisciplinaire
- 5/ Avez-vous déjà été confronté à une situation d'addiction sans substance : JEU PATHOLOGIQUE, ADDICTION A INTERNET, ADDICTION A L'ACTIVITE PHYSIQUE, ADDICTION AU TRAVAIL, ADDICTION AU SEXE, ACHATS COMPULSIFS ?
 - o oui : merci de remplir les parties 2 et 3
 - o non : merci de remplir la partie 3 uniquement

PARTIE 2 : pour chaque situation que vous avez rencontré, merci de répondre aux différents items.

CAS 1

- 1/ type d'addiction : jeu travail
 internet achats compulsifs
 sexe sport
- 2/ caractéristiques du patient :
 - o sexe homme femme
 - o âge _____
 - o profession : _____
 - o situation familiale : marié avec des enfants
 divorcé autre : précisez _____
 célibataire
 - o comorbidités : autre(s) addiction(s), AVEC substance : précisez _____
 autre(s) addiction(s), SANS substance : précisez _____
 autre(s) pathologie(s) : précisez (psychiatriques :
dépression, troubles bipolaires, anxiété, phobie sociale..., ou non
psychiatriques) _____
- 3/ demande de prise en charge émanant : du patient
 de la famille
 autre : précisez _____
 pas de demande
- 4/ avez-vous utilisé un score diagnostique ? si oui lequel : _____
- 5/ prise en charge : vous avez instauré la prise en charge seul : quel type de
traitement avez-vous mis en place ? _____
 vous avez adressé le patient à un spécialiste

PARTIE 3

- connaissez-vous des outils de dépistage ou scores diagnostiques des addictions sans substance ? Si oui : lesquels ? _____
- connaissez-vous des traitements possibles des addictions sans substance ? si oui : lesquels ? _____
- vous estimez vous suffisamment informé pour ce type de prise en charge ? _____
- souhaiteriez-vous être mieux informé sur cette prise en charge ? _____
- recherchez-vous ces addictions ? _____
- si oui : chez quels patients ? anxieux
 - dépressif
 - usager de drogues
 - autre : précisez _____

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Anne-Gaëlle CHANSIN, interne de médecine générale

BIBLIOGRAPHIE

- 1 – FREIMUTH M, MONIZ S, KIM S.R – Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction – International Journal of Environmental Research and Public Health – 2011 (8) 4069-4081
- 2 – PROIA S, MORHAIN Y, MARTINEAU J.P – Le surinvestissement sportif : une parade contre l'angoisse de la perte et l'intolérance à l'affect – Perspectives Psy – 2006 – 45 (2) 157-165
- 3 – KERN L – Relation entre la dépendance à l'exercice physique et les cinq dimensions de la personnalité – L'encéphale – 2009 – 36 (3) – 212-218
- 4 – KERN L – Dépendance à l'exercice physique et personnalité – Alcoologie et addictologie – 2009 – 31(1) – 41-49
- 5 – VELEA D – L'addiction à l'exercice physique – Psychotropes – 2002 - 8 (3-4) – 39-46
- 6 – KERN L – Dépendance et exercice physique : une échelle de dépendance à l'exercice physique – Psychologie française – 2007 – 52 – 403-416
- 7 – ALLEGRE B, THERME P – Dépendance à l'activité physique : relations entre critères diagnostiques et composantes comportementales – Alcoologie et addictologie – 2007 – 29(3) – 243-248
- 8 – BRENE S et al – Running is rewarding and antidepressive – Physiology and Behavior - 2007 – 92 (1-2) – 136-140
- 9 – LEJOYEUX M – Achats compulsifs : traitements psychologiques et biologiques – L'Encéphale – 2007 – 33 (3) – 873-875
- 10 – ADES J, LEJOYEUX M – Dépendances comportementales : achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie – Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie – 37-396-A-20 – 1999 – 11p
- 11 – DERVAUX A – Les achats compulsifs – Perspectives psy – 2008 – 47 (1) – 22-26
- 12 – DITTMAR H – Compulsive buying: a growing concern ? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors – Bristish Journal of Psychology – 2005 – 96 – 467-491
- 13 – BLACK DW - Compulsive Buying Disorder: Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management - CNS Drugs - 2001 -15 (1) - 17-27
- 14 –LEE S, MYSYK A – The medicalization of compulsive buying - Social Science & Medicine – 2004 - 58 - 1709–1718

- 15 - MITCHELL JE, BURGARD M, FABER R, CROSBY RD, ZWAAN M – Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder - Behaviour Research and Therapy – 2006 - 44 - 1859–1865
- 16 – MARCINKO D, BOLANCA M, RUDAN V - Compulsive buying and binge eating disorder : a case vignettes - Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry – 2006 – 30 1542–1544
- 17 – GRALL-BRONNEC M, GUILLOU-LANDREAT M, VENISSE JL – Les achats compulsifs – Alcoologie et addictologie – 2009 – 31 (3) – 217-223
- 18 – AVRIL M, NIVOLI F, LEJOYEUX M – la dépendance à l'exercice physique – Alcoologie et addictologie – 2007 – 29 (2) – 143-153
- 19 – MUELLER A *et al.* - Depression, materialism, and excessive Internet use in relation to compulsive buying – Comprehensive Psychiatry – 2011 – 52 - 420–424
- 20 – BENOIT E, FARCY F – Prévalence du jeu excessif observée dans un centre de médecine préventive en France – Alcoologie et addictologie – 2010 – 32 (2) – 101-109
- 21 – SHAW M, FORBUSH K, SCHINDER J, ROSENMAN E, BLACK D – The effect of Pathological Gambling on Families, Marriages and Children – CNS Spectrum – 2007 – 12 (8) – 615-622
- 22 – Jeux de hasard et d'argent, contextes et addictions – Expertise collective de l'INSERM – 2008
- 23 – ADES J, LEJOYEUX M – Jeu pathologique – Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie – 2000 – 37-396-A-25 – 14p
- 24 – LEJOYEUX M, ROMO L, ADES J – Addiction à l'internet – Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie – 2003 – 37-396-A-27 – 6p
- 25 – SEIDOWSKY E – Addictions à l'internet – Nervure – 2007 – 5(20) – 3-4
- 26 – RIVIERE CA – Addiction à internet : interrogation sur la dépendance à Internet comme une nouvelle forme d'addiction comportementale à travers un cas clinique – Perspectives Psy – 2008 – 47 (1) – 27-32

- 27 - THORENS G, KHAZAAL Y, ZULLINO D - Traitement par thérapie cognitivo-comportementale d'une addiction Internet spécifique : un apport théorique illustré par une étude de cas d'un patient souffrant d'une addiction à un jeu de rôle en ligne massivement multijoueurs (MMORPG) - Journal de thérapie comportementale et cognitive – 2012 – 8p
- 28 - PETIT A, LEJOYEUX M, ORTHO MP - Les troubles du sommeil dans l'addiction à Internet - Médecine du sommeil – 2011 – 8 - 159—165
- 29 – CARTIERRE N, COULON N, DENERVAL R - Validation d'une version courte en langue française pour adolescents de la Compulsive Internet Use Scale - Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence – 2011 – 59 - 415–419
- 30 – ALLARD C - L'enfant et l'ordinateur : avantages et inconvénients - Journal de pédiatrie et de puériculture – 2008 – 21 - 209—213
- 31 – HAYEZ JY - Cyber gourmandise ou cyberaddiction ? Quand l'ado se visse à son ordinateur... - Archives de pédiatrie – 2009 – 16 - 1080–1084
- 32 – SCHMIT S, CHAUCHARD E, CHABROL H, SEJOURNE N - Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de *coping*, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes - L'Encéphale – 2011 – 37 - 217—223
- 33 - LOUACHENI C, PLANCKE L, ISRAEL M - Les loisirs devant écran des jeunes. Usages et mésusages d'internet, des consoles vidéo et de la télévision – Psychotropes – 2007 – 13 - 153-175
- 34 – TISSERON S - Les dangers des jeux vidéo : diagnostic et conduite à tenir - Archives de pédiatrie – 2009 – 16 - 73–76
- 35 – KO CH *et al* - The Associations Between Aggressive Behaviors and Internet Addiction and Online Activities in Adolescents - Journal of Adolescent Health – 2009 - 44 - 598–605
- 36 - YELLOWLEES PM, MARKS S - Problematic Internet use or Internet addiction? - Computers in Human Behavior – 2007 - 23 - 1447–1453
- 37 – LEJOYEUX M, AVRIL M, RICHOUX C, EMBOUAZZA H, NIVOLI F - Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room - Comprehensive Psychiatry – 2008 - 49 - 353–358

- 38 – BONNAIRE C - Jeux de hasard et d'argent sur Internet : quels risques ? - L'Encéphale – 2012 – 38 - 42—49
- 39 – VELEA D – Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques – Psychotropes – 2005 – 11 (3-4) – 65-84
- 40 – BEHM J, VERNET M, POMMIER C, GISSELMANN A – Les addictions sexuelles – Journal clinique et biologique – 2001 – 13 (9) – 13-16
- 41 - MORELLINI A - Addictions sexuelles : où commence la pathologie ? - Perspectives Psy - 2008 – 47 (1) - 38-44
- 42 - CORDONNIER V - Cybersexe et addiction : quelle thérapie ? - Sexologies – 2006 – 15 - 202–209
- 43 – BOURGEOIS ML - Les addictions sexuelles - Annales Médico-Psychologiques – 2010 - 168 - 533–537
- 44 –ELOWE J – Boulomanie : entre illusion et addiction - L'Encéphale – 2010 – 36 - 285—293
- 45 – BREBOT E - Réflexions sur la notion de workaholisme : pour une approche transactionnelle – Annales médico psychologiques – 2012 – 5p
- 46 - YARKO N, GABRIEL I, HUSSON M, SINTES J, BENARD JY – Alcoolodépendance et jeu pathologique – Alcoologie et addictologie – 2002 – 24 (3) – 225-233
- 47 – GRALL BRONNEC M, WAINSTEIN L, GUILLOU LANDREAT M, VENISSE JL – Et si le jeu pathologique affectait aussi les seniors? – Alcoologie et addictologie – 2009 – 31 (1) – 51-56
- 48 – GRALL BRONNEC M, POU DAT FX, VENISSE JL – Jeu pathologique : exemple de thérapie cognitive centrée sur les pensées dysfonctionnelles – Alcoologie et addictologie – 2009 – 31 (2) – 159-162
- 49 – POENARU L, SIMON O, STUCKI S, PREISIG M, RIHS-MIDDEL M – Dépistage du jeu excessif par les professionnels de santé – Alcoologie et addictologie – 2007 – 29 (2) – 155-160
- 50 – VALOT L – Les mots de l'addiction – Perspectives psy – 2008 – 47 (1) – 10-15
- 51 – DERVAUX A, VALOT L – Les addictions sans drogues – Perspectives Psy – 2008 – 47 (1) – 7-9

- 52 – MCQUOWN S, WOOD M - Epigenetic Regulation in Substance Use Disorders - Current Psychiatry Reports – 2010 – 12 - 145–153
- 53 – NESTLER E, MALENKA R – Les drogues et le cerveau – Pour la science – 2004 – 318 – 42-48
- 54 – THOMAS S, PITERMAN L, JACKSON A – Problem Gambling: what do general practitioners need to know about it ? – MJA – 2008 – 189 (3) – 135-136
- 55 – ZERMATTEN A, JERMANN F, KHAZAAL Y, BONDOLFI G – Programme internet de traitement du jeu excessif – Psychotropes – 2010 – 16 (1) – 35-44
- 56 – SHAW M, BLACK D - Internet Addiction: Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management – CNS Drugs – 2008 – 22 (5) - 353-345
- 57 – WEINSTEIN A, LEJOYEUX M - Internet Addiction or Excessive Internet Use – The American Journal of Drug and Alcohol Abuse – 2010 - 36 - 277–283
- 58 – CHRISTAKIS D - Internet addiction: a 21st century epidemic? - BMC Medicine – 2010 – 8 (61) – 3p
- 59 – PEELE S – L’addiction au XXI^e siècle – Psychotropes – 2009 – 15 – 27-40
- 60 – THIBAUT F, GARCIA FD – Sexual Addictions – The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse – 2010 - 36 (5) - 254-60
- 61 – LEJOYEUX M, ADES J, LAMY S, THIBAUT F – Addictologie – Masson – 2008
- 62 – KENDLER K, CHEN X, DICK D, MAES H, GILLEPSIE N, NEALE C, RILEY B – Recent advances in the genetic epidemiology and molecular genetics of substance use disorders – Nature neuroscience – 2012 – 15(2) – 181-189

RESUME

Les addictions comportementales, telles que le jeu pathologique, les achats compulsifs, l'addiction à internet, au sexe, au sport et au travail, sont des dépendances aujourd'hui largement répandues et pourtant encore peu connues et recherchées par les médecins de première ligne ; elles sont pourtant à l'origine de nombreuses complications pour les patients qui en souffrent.

Pour évaluer la pratique des médecins généralistes dans ce domaine, nous avons réalisé une étude par le biais d'un questionnaire (portant sur les cas rencontrés par les médecins, sur leurs moyens de dépistage et sur les traitements instaurés) auprès des médecins généralistes du Havre.

Les résultats montrent que les médecins généralistes sous estiment largement ces pathologies et se sentent parfois mal informés par rapport à ces addictions.

Nous réalisons dans un second temps une revue de littérature sur ces 6 addictions comportementales, dans le but de pouvoir déterminer quelles sont les connaissances utiles au médecin généraliste pour une prise en charge efficace de ces patients.

Mots clés : addiction comportementale, jeu pathologique, achats compulsifs, internet, sexe, travail, sport, questionnaire, traitement, médecin généraliste.