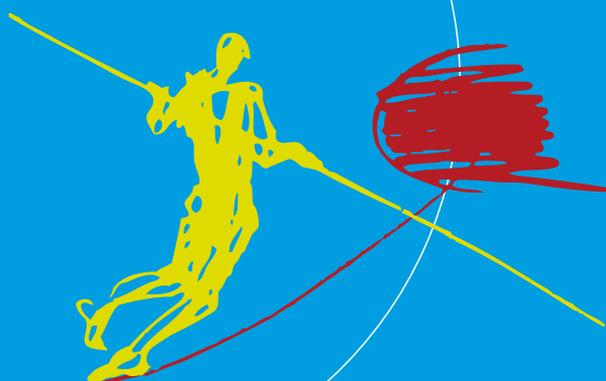


LIVRET DES ABSTRACTS

PRÉVENIR ET TRAITER LES ADDICTIONS SANS DROGUE : un défi sociétal

7/8 octobre 2010

Cité Internationale des Congrès de NANTES



CONGRÈS international francophone d'addictologie

Sous le haut patronage du Ministère de la santé et des sports

Sommaire

| | | |
|--|---|---|
| Président du congrès Jean-Luc VÉNISSE – Nantes | ÉDITO | 3 |
| Comité scientifique Sabine AFFLELOU – Bordeaux Marc AURIACOMBE – Bordeaux Jean-Yves HAYEZ – Louvain/Belgique Robert LADOUCEUR – Montréal/Québec Michel LEJOYEUX – Paris Jean-Claude MAES – Bruxelles/Belgique Raphaële MILJKOVITCH – Paris François-Xavier POUDAT – Nantes Michel REYNAUD – Paris Olivier SIMON – Lausanne/Suisse Marc VALLEUR – Paris Martial VAN DER LINDEN – Genève/Suisse | PREMIÈRE JOURNÉE PREMIÈRE SÉANCE PLÉNIÈRE 9H30 – 10H30 Le concept d'addiction sans drogue : historique – évolution des idées – perspectives 4 PREMIÈRE TABLE RONDE Extension des addictions et société addictive 5 SYMPOSIUM SATELLITE Parkinson et addictions 7 ATELIERS THÉMATIQUES - ASPECT RECHERCHE Jeux de hasard et d'argent 9 Jeux vidéo 12 Anorexie – boulimie 15 Addictions et sport 18 Dépendances affectives, sectaires et sexuelles 21 Thématiques transversales et autres addictions 23 DEUXIÈME SÉANCE PLÉNIÈRE Voies de recherche actuelles dans le champ des addictions sans drogue 26 DEUXIÈME JOURNÉE TROISIÈME SÉANCE PLÉNIÈRE Quel objectif thérapeutique ? Abstinence ou pratique contrôlée ? 28 SECONDE TABLE RONDE Actualités thérapeutiques : Traitements médicamenteux 30 Traitements on line 31 Approches multifamiliales 32 Approches solutionnistes 33 ATELIERS THÉMATIQUES – ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES Jeux de hasard et d'argent 34 Jeux vidéo 36 Anorexie – boulimie 38 Addictions et sport 41 Dépendances affectives, sectaires et sexuelles 43 Thématiques transversales et autres addictions 46 TROISIÈME TABLE RONDE Enjeux et perspectives – aux limites de l'addiction 49 POSTERS 51 NOTES PERSONNELLES 61 | |
| Comité d'organisation Christelle ANDRES Éric BERCHE Daniel BERNIER Marie BRONNEC Anne CHASSEVENT-PAJOT Pascale CHAUVIN Olivier DURETETE Jacky GAUTIER Marie-Claire GUILBAULT Sylvain LAMBERT Yves LE CLAIRE Isabelle MARTINEAU Stéphane PRETAGUT Paule RABILLER Louis-Michel RELIQUET Bruno ROCHER | | |

Les addictions comportementales mises en lumière

Le concept d'addictions sans drogue s'est affirmé surtout depuis qu'à la fin du dernier millénaire une approche par comportement des problématiques de dépendance s'est substituée à l'approche antérieure par produit.

Dès lors que l'objet de l'addiction n'est plus que l'intermédiaire d'un processus global impliquant l'individu avec ses fragilités et l'environnement au niveau de ses sollicitations comme ses défaillances, ce n'est plus l'objet qui définit l'addiction mais le mode de relation qu'un individu entretient avec un comportement répétitif de plus en plus envahissant et dommageable.

Reflet des évolutions socio-culturelles extrêmement rapides de nos sociétés occidentales, les addictions sans drogue interrogent aussi bien l'offre de consommation sans limite qui nous est faite que les conditions dans lesquelles nos capacités d'auto-contrôle se construisent et restent opérationnelles.

L'ambition de ce congrès se situe à la croisée de ces enjeux et de champs disciplinaires multiples associant des approches socio-économiques, historiques et philosophiques, aussi bien que psychologiques et neurobiologiques, avec l'objectif que le soin mais également la prévention de ces conduites problématiques s'en trouvent renforcés.

Nous espérons ainsi poursuivre une démarche initiée il y a vingt ans avec le congrès sur « les nouvelles addictions », avec l'espoir que ces questions complexes continuent de susciter des réflexions et échanges stimulants, à distance des positions les plus réductionnistes et manichéennes.

Pr Jean-Luc VÉNISSE,

*Directeur du Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie du CHU de Nantes
et Directeur médical de l'Institut fédératif des addictions comportementales (IFAC).*

Jeudi 7 octobre

Michel LEJOYEUX

L'application de la notion de dépendance à un ensemble de pathologies aux définitions et critères diagnostiques parfois imprécis permet de proposer un modèle psychopathologique et descriptif commun. Les principales dépendances comportementales sont le jeu pathologique, les achats compulsifs, les addictions sexuelles, la dépendance au travail, la pyromanie, la dépendance aux jeux vidéo et à l'Internet.

Dans tous ces troubles, le sujet accomplit de manière répétitive et « obligatoire » une séquence comportementale précise (jeu d'argent, achats, travail, Internet...). La séquence comportementale altère de manière significative la vie sociale, familiale ou professionnelle. Les sujets présentent de nombreux symptômes classiques de dépendance et notamment : une envie irrésistible du comportement, l'abandon d'autres activités au profit du comportement électivement investi, des conséquences négatives

individuelles, familiales, sociales et professionnelles, une sensation de manque, d'anxiété ou de malaise en cas d'interruption du comportement.

Le modèle de la dépendance oriente les prises en charge vers un abord plus direct du désordre comportemental (recherche des facteurs déclenchants, encouragement de stratégies visant à diminuer la fréquence et la sévérité du « comportement pathologique »), inspiré des techniques de sevrage utilisées dans les cas de dépendance à une substance psycho-active. Cette approche thérapeutique n'est en aucun cas incompatible avec d'autres démarches psychothérapeutiques, notamment d'inspiration analytique. Parallèlement, s'engage une réflexion sur les mécanismes neurobiologiques communs et les traitements médicamenteux communs ou spécifiques.

Service de Psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Bichat (AP-HP) et Maison Blanche
75877 Paris, Cedex 18. France

Marc VALLEUR

Avec ou sans drogue, les addictions se sont construites par l'effet du regard médical porté sur des problématiques aussi anciennes que l'humanité, et peu à peu « naturalisées ». Le terme même de « toxicomanie sans drogue », employé dès 1945, montre toutefois que, dans un premier temps, leur théorisation s'est forgée par transposition des modèles explicatifs de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Un abord global des addictions pourrait, dans les temps à venir, continuer à bénéficier des progrès de la science, mais aussi

questionner la place des « drogues » : ceci au niveau épistémologique, en relativisant la place de la biologie et du modèle médical, et en faisant plus de place aux « sciences douces ».

Mais aussi au niveau politique, en pointant le lien indissociable, entre « problèmes de société » et « problématiques de santé publique ».

Service de soins aux toxicomanes, Hôpital Marmottan, 17/19 rue d'Armaillé, 75017 Paris. France

Jacques BESSON

L'addiction est une pathologie paradigmatique de la modernité : à la fois psychosomatique et psychosociale, elle interpelle nos communautés. Le modèle bio-psycho-social est plus que jamais d'actualité en psychiatrie communautaire. À la suite d'Edgar Morin, dans « Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur », nous devons enseigner la « boucle cerveau/esprit/culture ».

Dans les addictions on ne peut qu'être frappé par l'importance des rémissions spontanées ou sans traitement, au nombre desquels apparaissent des mouvements d'entraide anonymes, où la spiritualité joue un rôle central. Les rapports entre spiritualité et addiction sont surtout étudiés dans la littérature anglo-saxonne mais on ne peut plus éluder l'impact de la spiritualité sur la santé, et notamment sur la santé mentale. Dans nos sociétés laïques, héritées des Lumières, c'est un sujet difficile à aborder, tant le fossé s'est creusé entre la foi et la science.

En psychiatrie, on retiendra l'aube du débat entre psychanalyse et religion dans la

correspondance entre Sigmund Freud et Oskar Pifster, pasteur zurichois, de 1909 à 1939. Plus tard, un sociologue médical, Aaron Antonovsky a développé la notion de « salutogenèse » à la recherche, dans l'avenir des patients, des attracteurs de l'amélioration de leur santé. Il a développé l'échelle du sentiment de cohérence, qui mesure la capacité de comprendre le monde, d'interpréter les événements et de gérer sa vie.

La question de la cohérence peut être reprise dans les recherches les plus récentes en psychologie cognitive du sentiment religieux et en imagerie cérébrale fonctionnelle. Les neurosciences vont permettre d'aborder sous un angle nouveau ce qui pourrait être nommé l'objet ou le champ spirituel. Notre modernité profane oscille entre dépression et addiction. Pathologie de la croyance de la nature du hasard, le jeu pathologique illustre bien l'incertitude quant au sens. Ainsi dans nos sociétés de plus en plus addictives, les addictions sont une figure de proue des pathologies du lien et du sens.

Service de Psychiatrie Communautaire DP-CHUV7
rue Saint-Martin, CH-1003 Lausanne. Suisse

Bernard STIEGLER

La consommation est devenue addictive et a été reconnue comme telle depuis le début du XXI^e siècle.

Cette communication tentera d'établir que le devenir « addicts » des consommateurs est induit par le fait qu'au début du XX^e siècle, la société dite de consommation s'est établie sur la base de la fabrication de toutes pièces, et avec les techniques de ce qui allait devenir le marketing et les industries culturelles, d'une économie libidinale organisée par un psychopouvoir.

Or, celui-ci a peu à peu détruit cette économie du désir en liquidant les appareils de transformation des pulsions en investissements d'objets durables.

Les processus de détournement des buts pulsionnels vers les objets de la libido ayant été court-circuités (et avec eux les processus d'identification, d'idéalisation et de sublimation), la consommation est devenue intrinsèquement pulsionnelle et addictive.

Institut de Recherche et d'Investigation, Centre Pompidou
4 rue Aubry Le Boucher, 75004 Paris. France

Jeudi 7 octobre

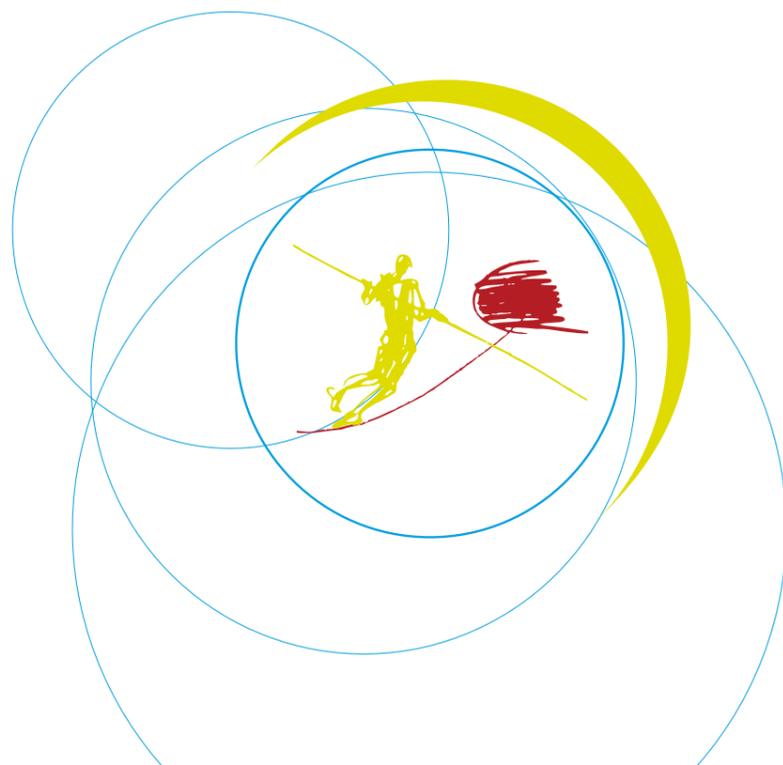
Amnon-Jacob SUISSA

Dans la gestion des problèmes psychosociaux liés aux addictions, plusieurs modalités de contrôle social coexistent. On peut penser à la perspective pénale, thérapeutique, médicale, du laisser-faire, etc. Dans cette mouvance, et devant l'émergence d'addictions nouvelles, la redéfinition actuelle du terme addiction exige une grille d'analyse multifactorielle.

Face au culte de la vitesse, de l'hyper individualisme et de la performance à tout prix (*hurried society*), comment expliquer cette tendance lourde à une surmédicalisation des conditions sociales et à une explosion des catégories et des typologies de dépendants ? Jusqu'à quel point la société contemporaine génère des conditions où les personnes ont le sentiment d'être de moins en moins à la hauteur ? Comment concilier les enjeux de l'intentionnalité et des choix des personnes avec une idéologie de la « santéisation »,

d'une pathologisation de l'existence ? À ces questions, l'auteur suggère de faire un survol des tendances sociales actuelles en analysant la dépendance, non pas uniquement comme le fruit intrapsychique d'une souffrance à saveur individuelle, mais également comme le résultat des discours et des modalités de contrôle qui varient selon les acteurs en présence et la faiblesse/force des liens sociaux. En guise de conclusion, et en se basant sur les dernières données des mouvements d'entraide fondés sur les 12 étapes, l'auteur illustrera le processus par lequel l'idéologie AA, par exemple, contribue à multiplier les étiquetages de la pathologisation au détriment des compétences souvent cachées des personnes et de leur réseau familial et social.

UQAM, École de Travail Social 455, boul. René-Lévesque Est, H2L 4Y2, Montréal. Québec



Pierre-Michel LLORCA

L'incidence des conduites addictives (abus de substances ou addictions comportementales) dans la maladie de Parkinson est estimée à 10 à 15 %. Toutefois, aucune donnée ne compare cette incidence avec celle observée dans la population générale.

Nous avons mené une étude de prévalence des différentes addictions (tabac, alcool, jeux pathologiques et hypersexualité) dans une population de patients souffrant de maladie de Parkinson comparée à une population témoin. Le syndrome de dysrégulation dopaminergique était également recherché chez les patients parkinsoniens.

Nous avons évalué 159 patients et 188 contrôles. Aucune différence n'est observée dans notre population, sur le plan du tabagisme et du jeu pathologique. La dépendance

à l'alcool est significativement plus élevée dans le groupe contrôle. Les patients parkinsoniens montrent un niveau significativement plus élevé d'hypersexualité. 11,5 % des patients parkinsoniens présentent un syndrome de dysrégulation dopaminergique, la survenue est corrélée avec la dose quotidienne d'équivalent lévo-dopa et au niveau d'anxiété.

Le résultat confirme que les patients souffrant de maladie de Parkinson ont un profil particulier en termes de conduites addictives par rapport à la population générale. Les traitements dopaminergiques ont une influence probable sur la survenue du syndrome de dysrégulation dopaminergique, mais également sur l'humeur et l'anxiété.

Service de Psychiatrie, CHU Clermont-Ferrand, Place Henri-Dunand, 63000 Clermont-Ferrand. France

Anne SAUVAGET, P. Derkinderen, J.M. Vanelle

AGONISTE DOPAMINERGIQUE ET ADDICTION COMPORTEMENTALE : À PROPOS D'UN CAS DE TRAVESTISME CHEZ UN PATIENT PARKINSONNIEN

Parmi les traitements anti-parkinsoniens, les agonistes dopaminergiques peuvent entraîner des effets secondaires comportementaux.

Nombre de ces troubles du comportement dits « hyperdopaminergiques » s'apparentent à des conduites addictives : dépenses excessives, jeu pathologique, conduites à risque, hypersexualité. Ont également été décrits une élation de l'humeur, de l'agressivité, le punding. Ces troubles du comportement seraient en lien avec un trouble de l'impulsivité induit par une hyperdopaminergie.

Ils disparaissent normalement à l'arrêt du traitement. Les troubles sexuels induits par les agonistes dopaminergiques sont représentés à la fois par une augmentation de la sexualité (libido, nombre de rapports, activité de masturbation) et par une déviance possible de la sexualité (zoophilie, pédophilie,

exhibitionnisme, travestisme). Le travestisme est un trouble de l'identité de genre qui consiste à porter des vêtements du sexe opposé, sans désir de changer durablement de sexe. Nous décrivons le cas d'un homme parkinsonien de 51 ans, qui a développé des conduites de travestisme ainsi que d'autres troubles du comportement (achats compulsifs, hyperactivité, conduites sexuelles à risque) et une exaltation de l'humeur, suite à l'introduction d'un traitement par agoniste dopaminergique (pramipexole). Ces troubles ont disparus à l'arrêt du traitement, ce qui plaide en faveur d'une origine iatrogène. D'autres hypothèses diagnostiques seront discutées, dont une bipolarité ou un trouble de la personnalité associé. Les principales mesures thérapeutiques consistent à arrêter les traitements en cause, à proposer une mesure de protection et un suivi psychiatrique.

Pôle Universitaire d'Addictologie et Psychiatrie, CHU de Nantes, Hôpital Saint-Jacques
85, rue de Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 1

Jeudi 7 octobre

Dominique DRAPIER

DE L'APATHIE AU JEU PATHOLOGIQUE CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE LA MALADIE DE PARKINSON : EXISTE-T-IL UN CONTINUUM DOPAMINERGIQUE ?

Au-delà des troubles moteurs de la maladie de Parkinson, l'apathie et le syndrome de dysrégulation dopaminergique (SDD) apparaissent comme deux entités cliniques relativement fréquentes et susceptibles d'influencer significativement la qualité de vie des patients atteints de la maladie de Parkinson. L'apathie se définit cliniquement comme un déficit de motivation dans les domaines comportementaux, émotionnels et cognitifs selon une fréquence de 16 à 42% selon les études. À l'inverse, le syndrome de dysrégulation dopaminergique (SDD) se caractérise par une appétence particulière aux comportements répétitifs et compulsifs, tels que le jeu pathologique, l'hypersexualité et les achats compulsifs. Sa prévalence serait de 7% chez les patients sous dopathérapie.

L'hypothèse qui prévaut pour certains est de situer l'apathie et le SDD de part et d'autre d'un seul et même spectre clinique de déterminisme commun : le dysfonctionnement de la voie dopaminergique méso-cortico-limbique. Dans cette hypothèse, l'apathie serait la conséquence d'un défaut de stimulation de la voie cortico-meso-limbique lié aux lésions dégénératives affectant cette structure au cours de la maladie de Parkinson, la perte neuronale pouvant aller de 40 à 86 %. Plusieurs études ont apporté des arguments forts en ce sens, en montrant une amélioration de l'apathie sous agonistes dopaminergiques. Ainsi, l'amélioration de l'apathie passerait par une stimulation par les agonistes D2/D3 au niveau de l'aire tegmentale ventrale, et ses projections vers le striatum et le cortex orbito-frontal, structures connues pour leur implication dans la motivation.

À l'inverse, la perte de contrôle au cours du SDD, et en particulier du jeu pathologique, serait la conséquence d'une stimulation dopaminergique exagérée de la voie méso-cortico-limbique. Le premier argument en

faveur de cette hypothèse est le constat de la disparition des symptômes lors de l'arrêt des agonistes dopaminergiques. Un autre argument repose sur l'observation de troubles identiques dans d'autres pathologies pour lesquelles un traitement dopaminergique a été prescrit (dystonie, adénome hypophysaire).

Certains arguments vont cependant contre un déterminisme commun entre apathie et SDD.

En premier lieu, l'apathie peut être observée dans la maladie de Parkinson sous stimulation cérébrale profonde, indépendamment de la diminution du traitement dopaminergique. Un second argument est l'existence d'une symptomatologie apathique dans d'autres pathologies que la maladie de Parkinson c'est-à-dire en l'absence de dénervation dopaminergique.

Dans un même ordre d'idées, il faut noter que le jeu pathologique et plus généralement le SDD n'est pas systématique au cours d'un traitement dopaminergique, la prévalence n'étant que de l'ordre de 7%. En outre, plusieurs études suggèrent la participation d'autres systèmes neurotransmetteurs tels que la noradrénaline ou la sérotonine.

En conclusion, l'apathie et le SDD au cours de la maladie de Parkinson sont hétérogènes tant dans leurs manifestations cliniques que dans leur déterminisme. Si le tonus dopaminergique méso-cortico-limbique a une influence sur la symptomatologie par défaut ou par excès, leur physiopathologie respective fait intervenir les données prémorbides, en particulier les éléments de personnalité, et les caractéristiques neuropathologiques de chacun des patients.

Centre Hospitalier GUILLAUME REGNIER, Service du Pr MILLET
108 rue du Général-Leclerc, 35700 Rennes. France

Olivier SIMON

RECHERCHE RELATIVE AU JEU EXCESSIF EN SUISSE : QUELLES PRIORITÉS ?

Par rapport à la recherche biomédicale dans le champ alcool-drogues, l'effort de recherche lié au jeu excessif apparaît limité en volume comme en qualité. Le choix des objets d'étude demeure tributaire de la difficulté à mobiliser des fonds indépendants. En Suisse comme dans la plupart des pays industrialisés, les premières publications sont contemporaines de l'émergence d'un dispositif socio-sanitaire spécialisé, consécutivement à la mise sur pied de nouvelles législations relatives aux jeux d'argent. Depuis 1998, la nouvelle loi régulant l'activité des casinos impose des mesures de dépistage en interne, et, selon les termes de la loi, une « collaboration avec un centre de traitement des dépendances ». Depuis 2006, la législation des loteries et paris prévoit une taxe de 0,5% du revenu brut des jeux affectée à la prévention du jeu excessif.

Les publications biopsychosociales relatives aux jeux d'argent réalisées en Suisse depuis 1998 seront passées en revue. Trois registres seront approfondis : (1) la recherche

épidémiologique et le développement d'outils de dépistage ; (2) la recherche évaluative et la recherche clinique ; (3) l'analyse des déterminants structurels du potentiel de risque des différentes offres de jeux.

En matière de développements, la recherche épidémiologique devrait répondre au besoin politique d'analyser la distribution des comportements problématiques liés aux jeux d'argent online, ainsi que la prévalence du jeu excessif dans différentes populations, en particulier chez les 15-25 ans. Un thème défini comme prioritaire est l'étude de la suicidalité liée au jeu, ainsi que des coûts sociaux. En ce qui concerne la recherche évaluative, elle demeure pénalisée par des mécanismes de financements de la prévention qui ne prévoient pas explicitement l'évaluation des actions. Enfin, la recherche relative à l'addictivité des jeux demeure embryonnaire. Elle devrait toutefois pouvoir compter sur l'évolution des bases légales en matière d'homologation et d'exploitation des différentes offres de jeu.

Service de psychiatrie communautaire, Centre du Jeu Excessif, Département de psychiatrie du CHUV
7 rue Saint-Martin, CH-1003 Lausanne. Suisse

Gaëlle BOUJU, M. Grall-Bronnec, V. Quistrebart-Davanne, J.L. Vénisse

ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LES HABILITÉS LIÉES AU POKER TEXAS HOLD'EM

L'essor du Poker Texas Hold'em (PTH) est considérable depuis quelques années, aussi bien sur table qu'en ligne. Certaines pratiques à risque ou pathologiques sont actuellement constatées dans les services de soins, justifiant que des recherches soient entreprises pour mieux appréhender les spécificités de ce jeu de hasard et d'argent (JHA).

Parmi celles-ci, la place de l'habileté au jeu acquise par l'expérience est intéressante à évaluer, comme dans tous les jeux mêlant adresse et hasard, et ce d'autant plus que nombre de joueurs de PTH ont tendance à sous-estimer la part liée au hasard au profit

de la dimension d'adresse.

C'est pourquoi nous avons mené une étude qualitative exploratoire sur les habiletés supposées liées au PTH. 16 entretiens ont été réalisés auprès de joueurs experts de PTH, dont la moitié jouait sur table et l'autre moitié en ligne. Le recrutement a été réalisé de façon à ce qu'après une évaluation référée aux critères du DSM-IV pour le jeu pathologique, la moitié de chacun des groupes corresponde à des joueurs récréatifs (0 à 2 critères positifs) et l'autre moitié à des joueurs à risque ou pathologiques (au moins 3 critères positifs). (Suite page suivante)

Jeudi 7 octobre

(Suite)

L'objectif principal était de comprendre les mécanismes de pensée conduisant aux prises de décisions pendant le jeu (particulièrement la perception, l'évaluation et l'interprétation des indices internes et/ou externes au joueur). L'objectif secondaire était de connaître le parcours des joueurs,

leurs représentations de ce qui définit un bon joueur, leurs motivations et limites à jouer.

Les résultats seront présentés ici et discutés.

C.R.J.E., C.H.U. de Nantes-Hôpital St-Jacques, Bât. Louis Philippe-section o,
85 rue de St-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1
Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

Frédéric MARTINEZ

LA CONNAISSANCE DU GAIN D'AUTRUI DANS UN JEU DE HASARD ET D'ARGENT : UNE INCITATION AU RISQUE ?

Au travers de plus de 40 000 points de ventes, la Française des jeux informe de la possibilité de gagner en affichant des informations du type : « Au Bingo : Ici, un gagnant à 1 500 € le 29.11.2009 ». Sur le site « web » de la Française des jeux, une rubrique « gagnants » permet de voir la liste des gagnants aux divers jeux.

De telles publicités reposent manifestement sur l'hypothèse d'un impact du gain d'autrui sur les conduites de paris. Pourtant, à l'heure actuelle, peu de travaux ont été menés dans cette perspective. Nous présenterons des données expérimentales concordantes avec le modèle causal selon lequel, l'annonce d'un gain d'autrui accentue une perception illusoire de contrôle engendrant alors une hausse de la prise de risque. Les résultats d'une autre expérience indiquent que les

participants exposés à un gain d'autrui, mais qui estiment après une manipulation expérimentale que le bénéficiaire du gain ne contrôlait pas la situation, ne manifestent ni accentuation de leur niveau d'attente de réussite personnelle, ni augmentation de leur perception illusoire de contrôle ; l'accentuation de la prise de risque est alors supprimée. Ce n'est donc pas en soi la connaissance du gain d'autrui qui accentue la prise de risque, mais la croyance que ce gain découle du contrôle d'autrui. Ces résultats mettent en exergue l'intérêt d'inclure certains paramètres sociaux, tels que la connaissance des gains d'autrui, dans l'étude des mécanismes impliqués dans le développement et le maintien des conduites de jeux de hasard et d'argent.

Laboratoire GREPS et Labo, CLLE LTC

Bertrand NALPAS

PRÉVALENCE DU JEU PATHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL : UNE ENQUÊTE NATIONALE

La fréquence du jeu pathologique (JP) est rapportée élevée chez les personnes en difficulté avec l'alcool. Le développement de nouveaux jeux (à gratter, vidéos, en ligne...) pourrait avoir modifié cette prévalence, ainsi que le profil des personnes souffrant de ces addictions.

Méthode : Étude transversale une semaine donnée dans 55 CCAA de l'ANPAA. Remplissage par les consultants d'un questionnaire anonyme comportant : données socio-démographiques, items relatifs à leur addiction, pratique de divers jeux et questionnaire DEBA, outil validé pour le dépistage du JP.

Résultats : 2790 questionnaires collectés. Le sexe ratio était de 2,69 et l'âge moyen $42,6 \pm 11,8$ ans. 40% avaient un emploi, 60% vivaient seul, 71,5% avaient un logement indépendant. Le motif principal de consultation était l'alcool (77%). Un quart de l'échantillon déclarait ne jamais

jouer. Parmi les autres, 35,9% étaient des joueurs réguliers ; 1 fois/semaine). Selon le DEBA, la prévalence de JP était de 6,5%. Le JP concernait tous les âges et était indépendant du type de produit consommé. Le sexe masculin (RR=2.4, $p<0.001$), l'absence de domicile personnel (RR=1.52, $p=0.03$) et d'emploi (RR=1.47, $p=0.04$) étaient associés au risque de JP, mais la signification statistique avait peu de traduction pratique.

Conclusion : le JP apparaît fréquent chez les personnes en difficulté avec l'alcool ou les drogues illicites. En dehors du sexe, aucun paramètre ne permet d'identifier un sous-groupe particulièrement à risque. Aussi, tout sujet consultant pour une addiction devrait être interrogé sur sa relation au jeu et les soignants formés à la prise en charge du JP.

INSERM, Paris. France

Jeudi 7 octobre

Sylvie CRAIPEAU¹, avec R. Koster¹, B. Rocher², J.L Vénisse²

JE(U) CHERCHE L'AUTRE

Cet article compare des discours de joueurs de jeux vidéo (essentiellement massivement multi joueurs), ayant consulté pour être aidés à cesser le jeu (consultants) et de joueurs non consultants.

Seuls trois traits semblent distinguer ces populations : le plaisir du jeu, la capacité à investir successivement les mondes du quotidien et du jeu, la perception et la place du corps.

La sociabilité diffère selon qu'il s'agit de consultants ou non, mais ils participent tous d'un même phénomène social, des modes de sociabilité dans notre société industrielle et technicienne. Le monde social est vécu comme une contrainte, le jeu comme une évocation mais aussi une alternative possible

et un lieu d'expérimentation d'autres modes d'être « ensemble séparément » ou dans une « solitude collective ». Le monde du jeu offre un nouvel espace social où la reconnaissance est enfin possible pour certains, une quête sans fin pour les autres.

Enfin, la plupart des joueurs évitent de s'enfermer entièrement dans le monde numérique du jeu, leur corps réagissant comme un ultime signal d'alerte, signal que ne peuvent entendre les autres.

1 – INTTM, Evry

2 – CRJE, CHU de Nantes et IFAC CHU Nantes

Institut National des Télécommunications, Télécom & Management Sud
Paris 9, rue Charles-Fourier, 91011 Évry. France

Marianne BOURDON^{1,2}, J. Gautier^{1,3}, B. Rocher¹, G. Bouju¹

ÉTUDE DES RÉACTIONS ANXIEUSES À LA DÉCONNEXION D'UN M.M.O.R.P.G.

Bien que la plupart des joueurs ait une pratique des jeux vidéo en ligne contrôlée et récréative, certains développent une pratique excessive. Parmi les conséquences de ces pratiques problématiques, les familles et l'entourage des joueurs témoignent de moments de tension allant parfois jusqu'à de véritables crises clastiques lors d'une déconnexion brutale du jeu imposée par un tiers ou faisant suite à un problème d'ordre technique. Toutefois, en dépit du nombre croissant de témoignages, aucune recherche scientifique n'a étudié à notre connaissance ce phénomène.

Dans le but d'étudier les réactions déclenchées par une déconnexion brutale à un jeu vidéo, seront comparées les réactions anxieuses physiologiques et psychologiques

de deux groupes de 30 joueurs confirmés de World Of Warcraft® (M.M.O.R.P.G.) en fonction de la modalité de déconnexion : soit brutale en cours de partie, soit naturelle au terme de la partie (dans les deux cas en phase de raid). On recueillera pour cela les mesures pré et post-déconnexion du pouls, de la tension artérielle et de la conductance cutanée ; ainsi que le niveau d'anxiété-état et l'état d'humeur pour chaque participant. Ces indicateurs feront l'objet de comparaisons intra et intergroupes.

Les résultats attendus doivent permettre d'affirmer ou de réfuter l'existence de réactions d'anxiété de déconnexion. Ils s'inscrivent dans les objectifs d'une recherche appliquée afin de permettre aux joueurs et aux familles de mieux appréhender les réactions possibles

à une déconnexion imposée d'un jeu vidéo en ligne avec la perspective de mesures et attitudes préventives.

1. C.R.J.E., C.H.U. de Nantes-Hôpital St-Jacques, Bât. Louis Philippe-section 0, 85 rue de St-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1 – France

Institut Fédératif des Addictions Comportementales – CHU Nantes – France

2. LabECD, EA 3259, Université de Nantes, U.F.R. de Psychologie, Chemin de la Censive du Tertre, B.P.81227, 44312 Nantes Cedex 3 – France

3. Centre Hospitalier Montbert, Pôle 44103 – 44140 Montbert – France

C.R.J.E., CHU de Nantes, Institut fédératif des addictions comportementales, CHU Nantes. France
LabECD, EA 3259, Université de Nantes, U.F.R. de Psychologie, Nantes. France
Centre Hospitalier Montbert, Pôle 44103, 44140 Montbert. France

Hugo LENGLET

USAGE D'INTERNET : ÉTUDE DESCRIPTIVE ET CRITÈRES D'ADDICTION CHEZ LES ADOLESCENTS

L'omniprésence d'Internet dans nos vies pourrait être à l'origine d'une nouvelle forme de dépendance : l'addiction à Internet ou cyberdépendance. Ce trouble aux méfaits avérés, dont les caractéristiques restent inconnues, n'a pas encore été réellement défini ni classifié. Cependant, son existence est de moins en moins contestée et des études portant sur cette notion nosologique ont pu être conduites. L'adolescence, quant à elle, constitue une période propice à l'émergence de comportements addictifs, et pourrait faire le lit de cette addiction.

Une étude épidémiologique a donc été réalisée au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation chez 600 adolescents répartis dans 25 classes de 8 collèges différents dont l'âge moyen était de 13,2 ans. Le taux de prévalence des internautes dépendants était de 1,8% et des internautes à risque

de développer une dépendance de 34,7%. Le groupe considéré comme dépendant n'était associé à aucune donnée sociodémographique. En revanche, celui-ci était statistiquement associé à l'absence de logiciel de contrôle parental installé ($p=0,0080$), à la connexion à partir de la bibliothèque ($p=0,0097$), à la sensation d'être « accro » ($p<0,0001$), à la non utilisation d'Internet pour la recherche scolaire ($p=0,0097$), au temps de connexion à Internet ($p<0,0001$), au temps de jeux vidéo ($p<0,0001$) ainsi qu'au score de l'échelle de Peur du Jugement Négatif d'Autrui ($p<0,0001$).

Bien que des études complémentaires soient encore nécessaires pour légitimer et définir cette addiction, ces résultats nous semblent suffisants pour justifier d'une réflexion et de la mise en place d'une campagne de prévention chez les adolescents.

Hôpital Louis Mourier, 178 rue des Renouillers, 92701 Colombes. France

Jeudi 7 octobre

Pierre TAQUET

ADDICTIONS AU JEU VIDÉO : PROCESSUS COGNITIFS ÉMOTIONNELS ET COMPORTEMENTAUX IMPLIQUÉS DANS SON ÉMERGENCE, SON MAINTIEN ET SA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Une expertise collective de l'INSERM en 2008 annonce que les travaux sur les jeux vidéo sont presque inexistantes en France. Pourtant, quelques données cliniques et expérimentales actuelles montrent que le caractère addictif des jeux vidéo est avéré et que sa prévalence augmente (Bastard & Romo, 2007 ; Vaugeois, 2006).

L'analyse de ces rares études dénote un certain nombre de lacunes. Quasiment toutes concernent les jeux sur Internet (Chen & Park, 2005 ; Dongseong & Jinwoo, 2004). Nous proposons dans cette étude d'isoler de manière précise la dépendance au jeu vidéo en contrôlant les effets de l'utilisation d'Internet dans la comparaison des jeux en ligne et hors-ligne.

L'adaptation des critères utilisés pour diagnostiquer la dépendance pose des difficultés (Chio & al., 2005 ; Vaugeois, 2006). Nous pensons que la compréhension de cette addiction aux caractéristiques

particulières passe par la connaissance fondamentale des processus cognitivo-émotionnels pouvant amener à terme à la dépendance.

Nos résultats proviennent d'entretiens standardisés, passés avant, pendant et après le jeu, et de questionnaires ciblant les troubles émotionnels classiquement liés à l'addiction (anxiété état-trait, dépression) chez 33 joueurs de jeux vidéo à fréquence de jeu élevée. Les analyses statistiques confirment certaines données cliniques et expérimentales actuelles, et permettent une compréhension de la dynamique des processus dans le décours du jeu (avant – pendant – après le jeu). Nos données amènent surtout une meilleure compréhension du fonctionnement émotionnel et cognitif des joueurs excessifs de jeux vidéo y compris pour les joueurs de MMORPG en comparaison avec d'autres types de joueurs.

Laboratoire PSITEC, Université Charles de Gaulle, Lille 3
Domaine universitaire du « Pont de Bois » rue du Barreau, BP 60149
59653 Villeneuve d'Ascq Cedex. France

Nathalie GODART

HOSPITALISATION POUR ANOREXIE MENTALE : DONNÉES ACTUELLES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHES

L'hospitalisation fut le premier traitement décrit de l'anorexie mentale (AM), mais la pratique de ce type de soins a considérablement évoluée aussi bien en ce qui concerne les modalités thérapeutiques que les indications : de l'isolement thérapeutique on est passé à une participation active et volontaire aux soins, d'un traitement préférentiel on est passé à une indication marginale, réservée aux situations résistantes et/ou avec un risque vital. Sa pratique et ses indications sont source de controverse (Vandereycken et al, 2003).

L'hospitalisation étant maintenant le plus souvent réservée aux cas extrêmes, elle nécessite des soins particulièrement élaborés et performants. L'évaluation de tels soins est fondamentale. Or les recherches dans ce domaine sont rares. La revue de la littérature

rapporte un taux d'échappements aux soins dans les programmes hospitaliers pouvant aller jusqu'à plus de 50% (Wallier et al 2009, Huas et al, 2010). Les durées d'hospitalisation, classiquement longues, tendent à être menacées par les contraintes économiques, les facteurs liés à ces durées de soins sont mal connus (Striek-livers et al 2009). Le devenir des sujets hospitalisés semble plus mauvais et serait pour certains un argument pour éviter ce type de soins (Gowers et al 2000, 2007). Nous proposons au travers des données de la littérature et de recherches récentes de discuter ces points et de dégager des perspectives sur la question des indications d'hospitalisation et des modalités actuellement recommandées, ainsi que des recherches souhaitables dans ce domaine.

Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris
42 Boulevard Jourdan, 75014 Paris. France
Unité INSERM U 669

Johan VANDERLINDEN

RÉSULTAT D'UN PROTOCOLE TCC – (thérapie comportementale et cognitive) POUR LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ ET HYPERPHAGIE (« binge eating disorder »)

Les résultats d'une thérapie cognitivo-comportementale innovante pour des patients avec crises de boulimie (hyperphagie) et obésité qui se déroule au Centre Universitaire KU Leuven Campus Kortenberg (Belgique), seront présentés.

Depuis 2005, nous avons introduit dans notre centre un nouveau programme cognitivo-comportemental pour le traitement des patients atteints d'obésité et hyperphagie. Le programme se déroule une journée par semaine pendant au moins 24 semaines. Il

est destiné aux hommes et aux femmes ayant un problème d'hyperphagie, souvent en association avec l'obésité. Le traitement consiste en séances de thérapie de groupe structurées (jusqu'à 9 participants) suivant un protocole de traitement par étapes (Vanderlinden, Pieters, Probst & Norre, 2007; Vanderlinden, 2008).

Les objectifs et contenus de ce protocole seront présentés.

Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven Campus Kortenberg
Université Catholique de Louvain, Faculté de Psychologie. Belgique

Jeudi 7 octobre

Marie-Raphaële THIEBAUD**PERFECTIONNISME, OBSESSIONNALITÉ ET RIGIDITÉ COGNITIVE DANS LES FORMES GRAVES D'ANOREXIE MENTALE : FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ OU CONSÉQUENCE DE LA DÉNUTRITION ?**

Parmi les modèles étiopathogéniques actuels de l'AM, plusieurs soulignent le rôle de facteurs cognitivo-affectifs comme le tempérament anxieux, obsessionnel, perfectionniste, et la rigidité cognitive qui seraient des traits (observés après guérison) prédictifs de l'évolution vers des formes plus sévères. Une thérapie de remédiation cognitive, spécialement développée par le Maudsley (Hôpital de Londres) pour cibler ces facteurs, offre des résultats préliminaires prometteurs.

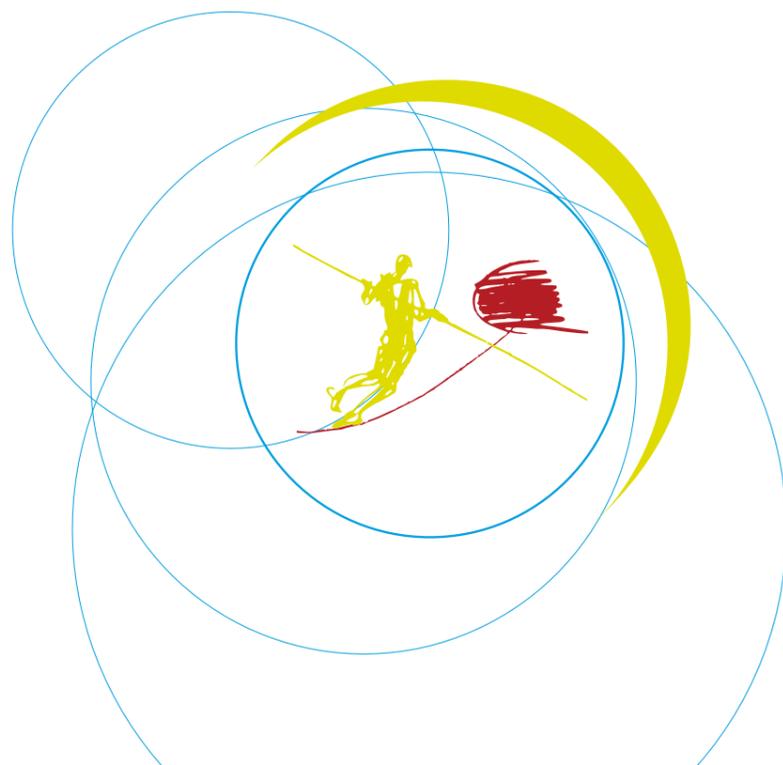
Toutefois, afin de contribuer à la validation de ces modèles, et de déterminer dans quelle mesure ces facteurs peuvent être considérés comme des cibles thérapeutiques, d'autres études sont nécessaires. En plus de la faible taille des échantillons, plusieurs facteurs confondants (sévérité de la symptomatologie, dénutrition, affects anxio-dépressifs, durée d'évolution) n'ont pas été systématiquement pris en compte, et les effets selon les sous-types d'AM peu explorés.

Pour pallier ces limites, nous présenterons les données de 200 patientes (13-55 ans), souffrant d'AM grave, ayant été évaluées en début d'hospitalisation par des autoquestionnaires (HAD, MOCI, Frost-MPS) et une batterie neuropsychologique informatisée (TAP2.1).

Les liens entre tempérament, fonctionnement cognitif, sévérité de la symptomatologie, seront étudiés par des matrices de corrélations partielles entre les scores aux échelles (Frost-MPS, MOCI) et les performances au TAP2.1 (en modélisant les scores à l'HAD, l'IMC et le score d'Alerte Phasique). Les comparaisons intergroupes (AM-R, AM-B/P) seront menées par des ANCOVAs (en modélisant les scores à HAD et la valeur de l'IMC).

Cette clarification sur la rigidité tempéramentale et cognitive en phase aiguë est un pré-requis pour pouvoir rechercher si ces facteurs sont prédictifs de l'issue de l'hospitalisation.

Institut Mutualiste MONTSOURIS, 42 Bd Jourdan, 75014 Paris. France

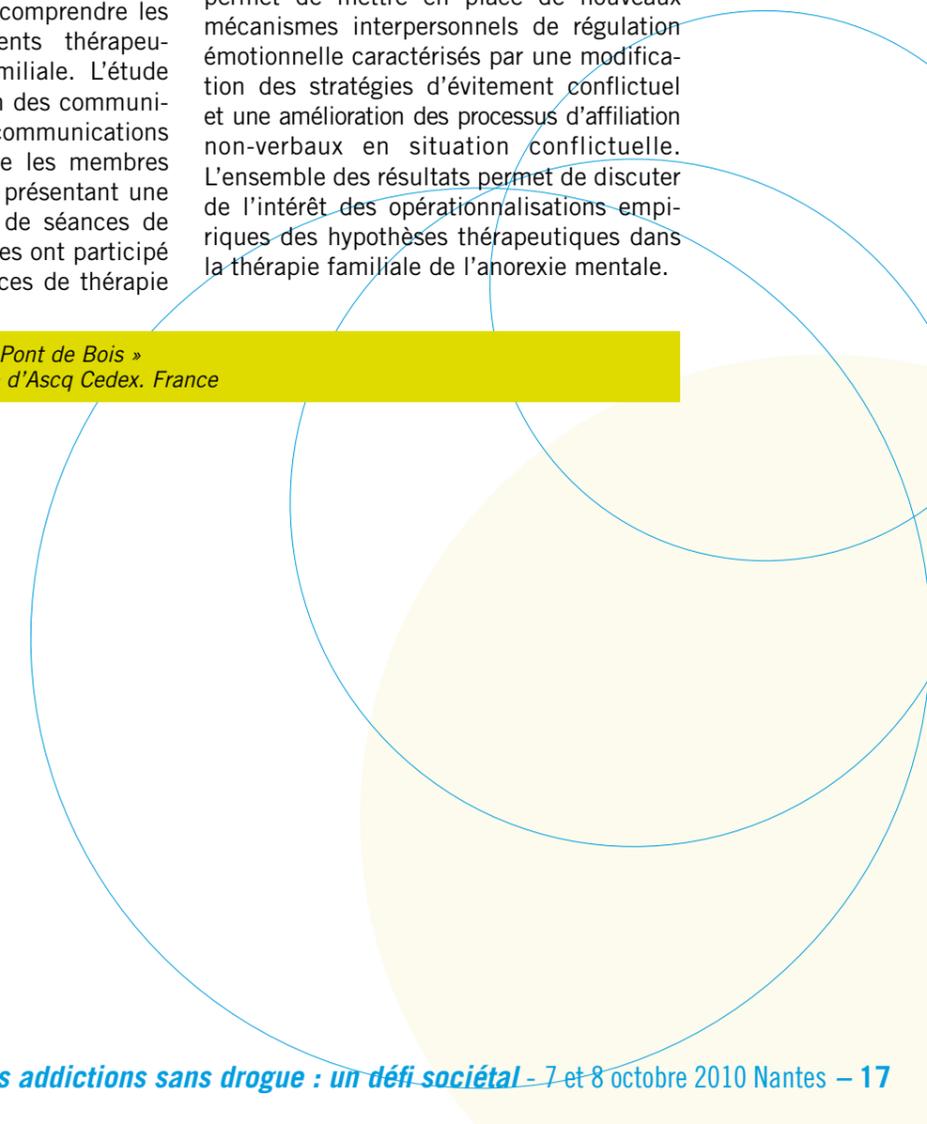
**Karyn DOBA****ÉVOLUTION DES COMMUNICATIONS NON-VERBALES ET VERBALES AU COURS DE LA THÉRAPIE FAMILIALE D'ADOLESCENTES PRÉSENTANT UNE ANOREXIE MENTALE**

Des études ont montré l'efficacité des thérapies familiales sur l'évolution clinique des patientes présentant une anorexie mentale. Cependant, les études sur les mécanismes de changements thérapeutiques sont rares et mettent l'accent sur des mesures auto-évaluatives au détriment des mesures comportementales des processus interpersonnels et émotionnels.

L'étude des processus de régulation des échanges familiaux impliquant les communications émotionnelles verbales et les communications non-verbales représente une étape importante pour comprendre les mécanismes de changements thérapeutiques dans la thérapie familiale. L'étude propose d'évaluer l'évolution des communications non-verbales et des communications émotionnelles verbales entre les membres des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale au cours de séances de thérapie familiale. 20 familles ont participé pendant 6 mois à des séances de thérapie

familiale. Les séances de thérapie familiale ont été filmées et les comportements des membres de la famille ont été codés par des grilles mesurant les comportements non-verbales d'affiliation et les communications conflictuelles. Les résultats montrent une augmentation de la fréquence des contacts oculaires entre les membres de la famille en situation de communication conflictuelle et une diminution des contacts oculaires entre le thérapeute et les membres de la famille en situation conflictuelle et non-conflictuelle. La thérapie familiale dans l'anorexie mentale permet de mettre en place de nouveaux mécanismes interpersonnels de régulation émotionnelle caractérisés par une modification des stratégies d'évitement conflictuel et une amélioration des processus d'affiliation non-verbales en situation conflictuelle. L'ensemble des résultats permet de discuter de l'intérêt des opérationnalisations empiriques des hypothèses thérapeutiques dans la thérapie familiale de l'anorexie mentale.

Université Lille 3, Domaine universitaire du « Pont de Bois »
rue du Barreau, BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex. France



Jeudi 7 octobre

Sabine AFFLELOU

Le concept d'addiction à l'exercice prend sa place au sein des addictions comportementales nouvellement définies. Dans les descriptions cliniques, la frontière est ténue entre « excès » et « dépendance » à la pratique sportive. Si l'adaptation à l'activité physique des critères diagnostiques classiques de l'abus et la dépendance reste réaliste, il est plus difficile de déterminer l'impact pathologique d'une pratique excessive (durée, souffrance, altération du fonctionnement...) pour une activité aussi positivement investie dans la société. Néanmoins, certains auteurs s'y attachent à la lumière d'illustrations cliniques édifiantes.

Au-delà d'une intensité de pratique, la dépendance va plutôt reposer sur le type de relation que le sujet entretient avec l'exercice.

Il s'agirait d'un besoin impérieux à pratiquer qui évolue en véritable obsession, avec apparition d'un phénomène de tolérance

et de sevrage à l'arrêt (irritabilité, tension, humeur dépressive...), et la tendance à poursuivre l'activité malgré les dommages collatéraux qu'elle induit (physiques : blessures ou empiètement professionnel ou familial...). Dans cette centration sportive qui réorganise la vie de l'individu autour de sa pratique, il n'est pas rare que le domaine alimentaire soit affecté. Les liens qui unissent troubles alimentaires et pratique sportive sont complexes et intriqués à plusieurs niveaux, puisqu'au delà d'une comorbidité de troubles, l'hyperactivité compulsive est un des critères retenus parmi les comportements compensatoires du trouble alimentaire. Nous nous interrogerons là encore sur la spécificité sportive des TCA à travers les concepts d'anorexie athlétique, d'anorexie inversée ou dysmorphophobie musculaire et celui plus récemment décrit de « bigorexie » ou complexe d'Adonis.

CAPS, Hôpital Saint André, 1 rue Jean Burguet, 33075 Bordeaux Cedex. France

Bertrand GUERINEAU¹, M. Rousselet¹, S. Prétagut¹

DESCRIPTION ET ÉVALUATION DES TROUBLES ALIMENTAIRES CHEZ LE SPORTIF DE HAUT NIVEAU

Des liens entre les troubles alimentaires et le sport ont été établis dans la littérature scientifique. Les sportifs seraient plus vulnérables car soumis à une pression énorme pour avoir un corps parfait, adapté à la discipline sportive qu'ils exercent. Ils s'astreignent à des régimes alimentaires draconiens et/ou à des exercices physiques intensifs pour atteindre la performance, le corps devenant « l'outil » leur permettant d'aller au bout de leurs limites.

Certaines études explorent les troubles alimentaires typiques définis par le DSM IV alors que d'autres élargissent à des formes subcliniques (anorexie inverse, anorexie athlétique...). En l'absence de critères validés

et de consensus sur leur classification, les formes subcliniques sont difficiles à repérer et par conséquent, largement sous évaluées. Ceci est d'autant plus préoccupant que les formes subcliniques des troubles alimentaires pourraient être des prémices de formes cliniques et constituer un mode d'entrée vers des conduites addictives et/ou dopantes (prise de stéroïdes anabolisants dans l'anorexie inverse par exemple).

Il est donc indispensable de mieux repérer ces troubles alimentaires afin de développer des axes de prévention dans ce domaine.

Dans l'objectif de protéger la santé des sportifs, le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports a instauré depuis 2006, une

évaluation annuelle par un somaticien, un diététicien et un psychologue pour les sportifs de haut niveau. C'est en s'appuyant sur ce dispositif que nous avons pu lancer un travail de recherche multicentrique.

Notre hypothèse principale est que les sportifs, en particulier les sportifs de haut niveau, ont des préoccupations alimentaires et corporelles obsédantes, en lien avec un culte de la performance de plus en plus envahissant, qui aboutissent à des troubles alimentaires

cliniques et subcliniques. Ces troubles alimentaires diffèrent en fonction des disciplines sportives et sont difficiles à repérer chez les sportifs car insuffisamment décrits dans la littérature.

Notre objectif principal est d'estimer la fréquence des troubles alimentaires chez les sportifs de haut niveau et de les décrire au moyen d'évaluations somatiques, diététiques et psychologiques.

(1) Antenne Médicale de Prévention et de Lutte contre le Dopage des Pays de la Loire
Service d'addictologie, Espace Barbara, 9 bis rue Bouillé, 44000 Nantes. France
Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

Laurence KERN

VALIDATION D'UNE ÉCHELLE DE DÉPENDANCE À L'EXERCICE PHYSIQUE : L'EXERCICE DÉPENDANCE QUESTIONNAIRE (EDQ)

Contexte : La pratique régulière d'un exercice physique (EP) peut entraîner chez certains individus et dans certaines conditions des effets négatifs au niveau psychologique et physiologique, que certains auteurs ont défini comme étant des indicateurs d'une dépendance à l'exercice physique (DEP).

Objectif : Ce travail vise à traduire en français et examiner les qualités psychométriques de l'Exercice Dependence Questionnaire (EDQ).

Méthodologie : Cette étude a été réalisée auprès de 160 personnes (étudiants en STAPS ou pratiquants loisirs) ayant effectué deux passations de l'EDQ à trois semaines d'intervalle.

Résultats et discussion : Les dimensions composant l'EDQ ont une consistance interne et un coefficient de confiance satisfaisants. Une analyse confirmatoire (SPSS 16) met en évidence un modèle à huit dimensions corrélées, confirmant la structure

envisagée par Ogden (1997). Les indices d'ajustement sont satisfaisants (RMSEA = 0,048 ; CFI = 0,90 ; IFI = 0,91 ; Chi²/ddl = 1,38). Cette étude montre que l'EDQ adapté en français, manifeste des qualités psychométriques satisfaisantes ainsi qu'une validité convergente de $r = 0,52$ avec l'Exercice Dependence Scale (Hausenblas et Downs, 2002). Nous discuterons de la complémentarité de ces deux échelles.

Implication : Cet instrument peut être utilisé dans le cadre d'études sur la dépendance à l'exercice physique ainsi que dans un cadre clinique. En effet, des sportifs se blessant de manière récurrente, tentent, parfois en vain, de se faire soigner par des professionnels de la santé. Ces blessures à répétition ne sont parfois que le reflet d'autres troubles, entre autres psychologiques, qu'il ne faut pas négliger.

Université Paris X, 6 200 avenue de la République, 92001 Nanterre. France

Jeudi 7 octobre

Jean-Pierre **ESCRIVA****LE TRAITEMENT MÉDIATIQUE ET POLITIQUE DU DOPAGE
ÉCRAN DES ADDICTIONS AU SPORT INTENSIF ?**

Après avoir longtemps occulté l'étendue du dopage sportif, nombre de médias se sont emparés du dossier dans la logique du scoop par la rubrique judiciaire. De son côté, l'État français représente l'un des ressorts internationaux de la lutte contre le dopage, mais peut-être selon une logique analogue où des politiques, affectés par l'extraordinaire, légifèrent en invoquant souvent les dérives de l'argent roi du sport professionnel.

Cette prégnance du sensationnel et la manière d'appréhender le dopage comme dérive d'un sport supposé sain seront soumises à l'interrogation par une approche sociologique attentive aux discours de l'institution sportive articulés à deux cas cliniques qui ne répondent pas à cette logique spectaculaire. Alors que ceux-ci n'ont en effet jamais eu recours au dopage, ils connaîtront cependant des conduites addictives au sport intensif, voire vers l'anorexie mentale pour l'une ou terrain de

nouvelles addictions en fin de carrière sportive pour l'autre. On se demandera donc comment envisager une prévention lucide si ce traitement médiatique et politique du dopage, sous-tendu par des idéologies sportives qui soulignent la rareté des comportements déviants, masque en amont une forme d'addiction au sport intensif, une addiction sans drogue, licite et parfois même encouragée. Problème qui interroge enfin la place et le rôle des recherches sociologiques. Plus libres vis-à-vis des exigences pragmatiques des professionnels de santé et animées par un intérêt de connaissance émancipatoire, leurs analyses pourraient contribuer à ouvrir des brèches salutaires vers l'utopie tout en poursuivant leurs tâches fondamentales de repérage des risques et d'appréhension des inégalités.

GESCO Université de Poitiers
IUFM Université de Poitiers, Bâtiment B20, 5 rue Shirin Ebadi, BP 80213, 86005 Poitiers Cedex. France

Jean-Claude **MAES****LA CODÉPENDANCE SECTAIRE ET SON ABORD THÉRAPEUTIQUE**

L'emprise sectaire ne se limite ni aux comportements pathologiques du gourou qui l'exerce, ni aux relations qui le lient à ses adeptes. Tant les recherches que les consultations menées à SOS-Sectes démontrent que pour bien comprendre ce phénomène et la dépendance qui en résulte, il faut examiner l'ensemble du système entourant le gourou et ses adeptes, qui inclut bien d'autres acteurs. Y compris certains proches qui sont englués dans le paradoxe de contribuer à l'emprise en luttant contre elle.

Ce constat débouche sur la mise en place du concept de co-dépendance sectaire, et d'un modèle d'intervention proposant la thérapie de toute la famille moins l'adepte. Ce modèle est applicable - et a déjà été appliqué - dans d'autres situations de dépendances avec et sans produit.

SOS Sectes, 85 rue Marconi, 1190, Bruxelles. Belgique

Olivier **DURETETE¹**, M. **Rousselet²****FACTEURS FAVORISANT ET LIMITANT LA SORTIE D'UN GROUPE SECTAIRE**

Les dérives sectaires ont connu de multiples développements durant les dernières décennies, tant par leur médiatisation que par l'évolution des lectures possibles de l'engagement des adeptes de sectes, éclairant progressivement des enjeux d'emprise, de dépendance mortifère entre un individu, un groupe et un gourou. En effet, derrière la diversité apparente de ces groupes toujours plus nombreux, des lignes de force communes se révèlent dans la mécanique de l'adhésion des sujets, du maintien d'une forme d'asservissement par une dépendance ainsi créée. Celle-ci relève d'un ensemble de pratiques physiques et psychologiques se succédant en différentes séquences souvent ritualisées, ponctuées par le temps fort de la conversion. L'identification et la compréhension du phénomène, de ses dommages, contribuent à nuancer la dynamique à l'œuvre et à prévenir ses risques individuels et sociaux.

Quelles ressources les ex-adeptes ont-ils mobilisées pour quitter le groupe sectaire, puis quelles entraves ont-ils rencontrées dans leur réadaptation ? Quelles sont leurs caractéristiques socio-psychopathologiques, leur morbidité psychiatrique et addictive ? Des éléments de réponse seront apportés par la présentation de notre étude préliminaire des facteurs favorisant et limitant la sortie d'un groupe sectaire. La dynamique de cette dépendance constitue un modèle étiopathogénique plurifactoriel, qu'il convient d'intégrer dans sa diversité, et on ne peut que souligner la régularité des manœuvres de recrutement auprès de populations ciblées par leur(s) dépendance(s) antérieure(s).

1 - HDJ Belle Fontaine, 116 rue Ferdinand-Buisson, 44600 Saint-Nazaire. France
et Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France
2 - Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

Jeudi 7 octobre

Michel REYNAUD

L'ADDICTION AMOUREUSE EXISTE-T-ELLE ?

Les relations entre l'amour passionnel et l'addiction sont discutées depuis longtemps. Les avancées récentes de la neurobiologie permettent de réexaminer les relations entre ces deux états.

Après avoir précisé les distinctions cliniques entre « la passion amoureuse », « l'addiction amoureuse » et « l'addiction sexuelle », nous avons comparé les données neuropsychologiques, neurobiologiques et celles de l'imagerie dans la passion amoureuse, le jeu pathologique et les dépendances aux produits.

Bien qu'il n'y ait pas de définition validée ou de critères diagnostiques de « l'addiction amoureuse », sa phénoménologie présente des similitudes avec celles des dépendances aux substances : euphorie et désir incoercible en présence de l'objet d'amour ou de stimuli associés, humeur triste, anhédonie, trouble du sommeil en cas de manque de l'objet d'amour, focalisation de l'attention et pensées intrusives vers l'objet d'amour. Et, dans certains cas, comportements amoureux inadaptés ou problématiques amenant à une détresse ou à des altérations cliniquement significatives avec poursuite de ce compor-

tement malgré la connaissance des effets négatifs.

Des études humaines et animales suggèrent que les régions cérébrales (c. a. d. insula, cingulum antérieur, cortex orbitofrontal) et les neurotransmetteurs (en particulier la dopamine) impliqués dans la dépendance aux substances, le sont également dans la passion amoureuse (il en est de même pour le jeu pathologique). L'ocytocine, impliquée dans l'attachement et la mise en couple, est également un facteur des dépendances aux substances.

Les données actuelles sont insuffisantes pour inclure certains cas de « passion amoureuse » destructrice dans une nomenclature diagnostique officielle et la classer comme une addiction comportementale. Des études cliniques et scientifiques sont nécessaires pour améliorer la compréhension et le traitement de ces états. Pour faciliter ces études, nous proposons des critères d'inclusion pour l'addiction amoureuse.

CERTA, Hôpital Paul Brousse, 12 avenue Paul-Vaillant Couturier, 94804 Villejuif Cedex. France

Amine BENYAMINA

DONNÉES SUR LES COMORBIDITÉS

Nancy Petry retrouve, en 2005, parmi les joueurs excessifs en population générale, 73% de troubles liés à l'alcool, 60% de dépendance au tabac et 38% de troubles liés aux substances illicites. De même, elle met en évidence 60% de troubles de la personnalité, 49% de troubles de l'humeur et 41% de troubles anxieux.

Pour le cannabis, Cunningham-Williams et coll, 2000, ont montré que 68% des joueurs sont devenus pathologiques après leur addiction au cannabis, 9% en même temps, et que 23% jouaient avant de fumer du cannabis.

Données génétiques :

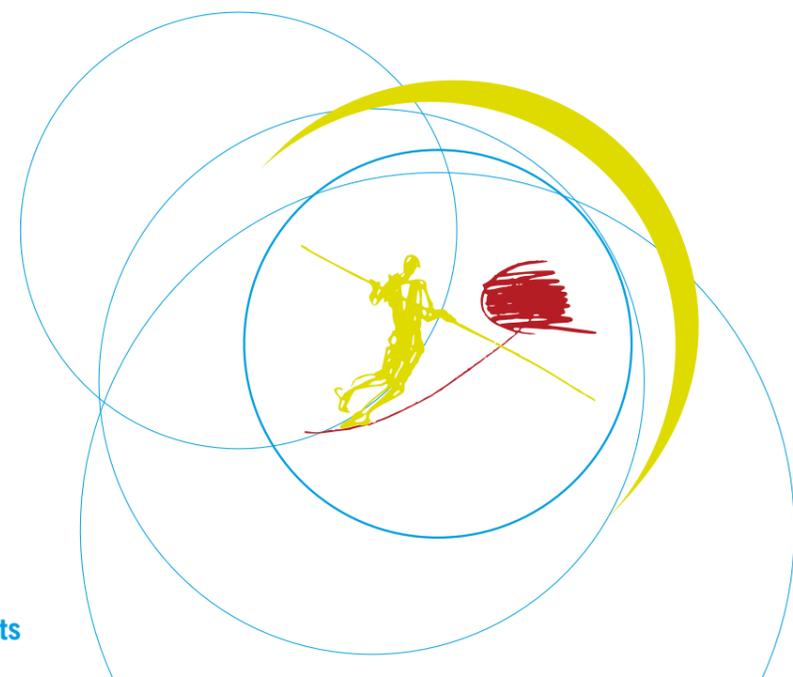
Les études d'épidémiologie génétique indiquent une certaine héritabilité du jeu pathologique. Une étude de jumeaux (Eisen, 98) montre que les facteurs familiaux expliquent 62% de la variance dans le risque de développer une conduite de jeu pathologique. Selon une autre étude (Winter et Rich, 98), les différences entre jumeaux monozygotes et dizygotes s'observent plus pour les hommes que pour les femmes et plus pour les jeux à résultats rapides (cartes, jeux de grattage, machines à sous).

La génétique moléculaire a pu montrer, à travers l'étude de Bloomet coll., 1995, une association de l'allèle Taq- A1 du récepteur dopaminergique D2 avec la présence de jeu pathologique mais également avec celle d'autres addictions associées à des troubles de déficit de l'attention / hyperactivité. Une étude effectuée chez 139 joueurs et 139 témoins montre que les gènes codant pour les récepteurs DRD2, DRD4, et le transporteur de la dopamine DA1 sont associés au jeu pathologique (8% de la variance). Le risque serait accru, en présence de ces gènes et selon leurs interactions avec l'environnement, de développer des troubles impulsifs, un jeu pathologique, des abus de substances (Comings et coll, 2001).

L'exposé sera conclu par un cas clinique illustrant la transversalité des addictions dans la pratique quotidienne.

(Petry, comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. Journal of clinical psychiatry, 2005.)

Centre Enseignement Recherche Traitement Addictions, Hôpital Universitaire Paul Brousse
INSERM U-669 2/14, avenue Paul-Vaillant Couturier, 94804 Villejuif Cedex



Jeudi 7 octobre

Amnon-Jacob SUISSA

**MÉDICALISATION DU CORPS ET LIEN SOCIAL :
L'EXEMPLE DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE**

Le recours à la chirurgie esthétique constitue de plus en plus un moyen de répondre à des critères de beauté de plus en plus socialisés, de plus en plus normalisés.

S'il s'agit à priori de corps physique, il faut parler aussi de corps social, celui-ci étant un facteur déterminant dans le processus de jugement de ce qui est socialement désirable et ce qui l'est moins. Corps « mou » et modifiable, (dont la demande de transformation est revendiquée) et diagnostiquée par le DSM-IV comme un désordre corporel (body dysmorphic disorder), cette

condition reflète, comme disait Freud, un malaise réel de civilisation. Qu'entend-t-on par médicalisation des conditions sociales liées au malaise de l'image et des corps ? Peut-on parler de dépendance à une image de soi et au jeunisme ? À ces questions, l'auteur nous propose un bref rappel du processus de médicalisation du social comme modalité de contrôle suivi d'une analyse des enjeux psychosociaux. En guise de conclusion, le facteur du lien social sera privilégié comme une composante majeure dans la saisie de ce phénomène complexe.

UQAM, École de Travail Social, 455 boul. René-Lévesque Est, H2L 4Y2, Montréal, Québec

Agnès BONNET

**PSYCHOPATHOLOGIE DES CONDUITES À RISQUES :
IDENTIFICATION DU FANTASME ORDALIQUE**

Les conduites à risques sont largement répandues dans notre société post-moderne et il ne saurait être question de les transformer de jure en pathologie.

En revanche, l'utilisation de ces conduites repose, chez certains sujets, sur un mode d'organisation psychique qui leur confère un caractère éminemment destructeur pour leurs auteurs, entraîne une dépendance et s'inscrit dans une stratégie visant à se protéger de l'excitation, par la maîtrise et l'utilisation de la réalité externe.

La recherche du risque qui caractérise ces conduites – qui doit donc être affirmé plutôt que dénié – lui confère de multiples visages qui donnent à la conduite ses significations individuelles.

En effet, le comportement, initialement considéré comme le produit de l'individu,

peut répondre à une fonction sociale à travers la représentation du risque reprise par l'autre. La dimension sociale de la conduite serait ainsi articulée à l'inscription subjective de l'acte. Marquées souvent par la mise en danger de son corps propre, ces conduites peuvent être lues à travers le prisme de l'ordalie qui en souligne les différents aspects : affrontement à la castration dans le Réel, question à la figure que représente le Destin, auto-engendrement, correspondance avec le Moi-idéal dans le regard des autres...

Elles ont aussi une autre composante dans la mesure où elles réduisent le corps à un objet utilisé comme moyen de se poser en sujet là où défont les relations de l'individu aux coordonnées symboliques.

Université de Provence, UFR de Psychologie, 3 place Victor Hugo, 13331 Marseille Cedex 03, France

Flora PASCUTTINI

ADDICTION AUX JEUX VIDÉO ET COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

L'addiction à Internet est une addiction comportementale décrite depuis peu. Les jeux en réseau sont des pratiques ludiques associant virtualité et communication interactive. Ces formes de jeux vidéo sont essentiellement représentées par les MMORPG (Massively Multiplayer Online Role-Playing Game), FPS (First Person Shooter). L'essor de ces pratiques s'accompagne de nouvelles problématiques notamment addictives.

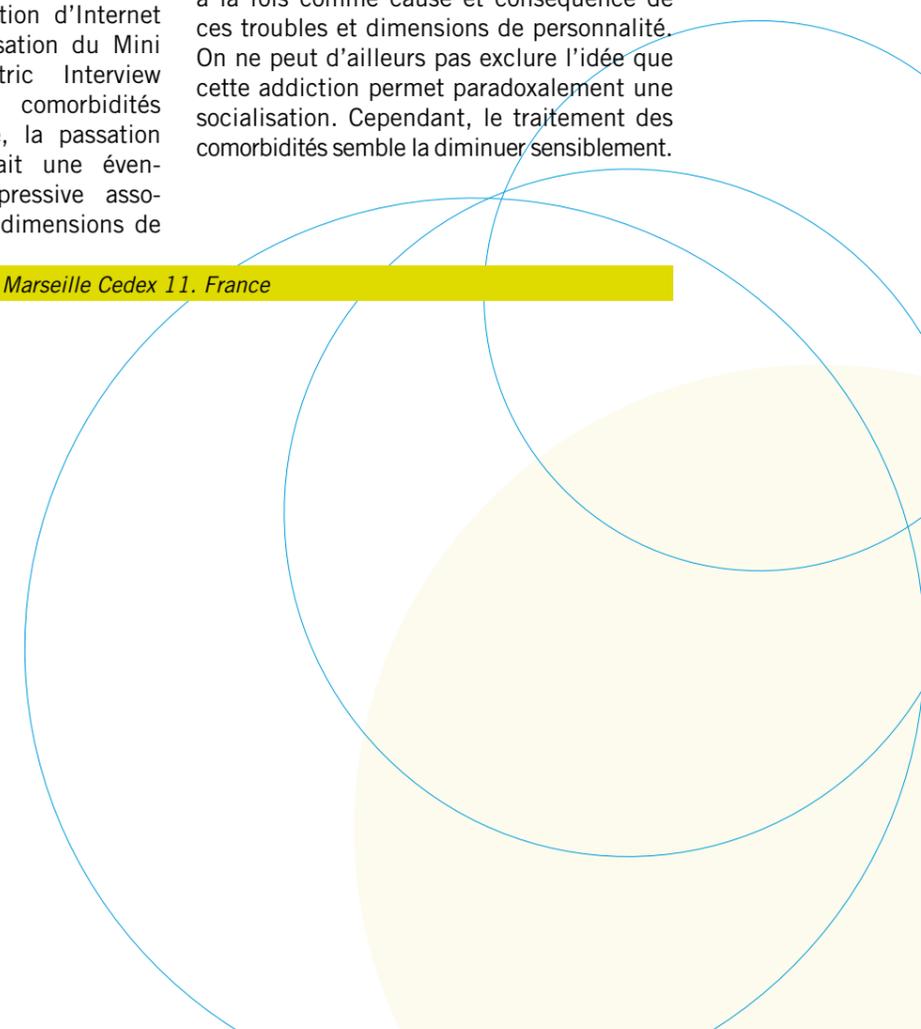
L'objectif de notre travail était de décrire une population de joueurs consultant pour des difficultés liées aux jeux vidéo en réseau. Dans un premier temps, un entretien psychiatrique permettait le recueil de données socio-démographiques, des informations concernant l'utilisation d'Internet et des jeux vidéo avec passation du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) pour dépistage de comorbidités psychiatriques. Par la suite, la passation d'auto-questionnaires évaluait une éventuelle symptomatologie dépressive associée (échelle de Beck), des dimensions de

la personnalité de type impulsivité (échelle de Barrat, BIS 11), recherche de sensations et de nouveauté (échelle de Zuckerman). L'utilisation d'Internet et des jeux vidéo était évaluée par différentes échelles.

Les résultats montrent qu'il s'agissait d'une population jeune, essentiellement masculine, présentant dans la majorité des cas au moins une comorbidité psychiatrique, anxieuse et/ou dépressive, ainsi qu'une tendance à une impulsivité plus importante qu'en population générale.

La nature des liens entre ces différentes problématiques reste à déterminer, la pratique du jeu vidéo pouvant s'interpréter à la fois comme cause et conséquence de ces troubles et dimensions de personnalité. On ne peut d'ailleurs pas exclure l'idée que cette addiction permet paradoxalement une socialisation. Cependant, le traitement des comorbidités semble la diminuer sensiblement.

CHS VALVERT, 78 Bd des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11, France



Jeudi 7 octobre

Philippe GORWOOD

La recherche en génétique est en continuel bouleversement du fait de la rapidité d'évolution de sa technologie. Alors que cela était encore inimaginable quelques années auparavant, on peut maintenant établir une cartographie d'à peu près tous les polymorphismes simples humains de l'ensemble du génome pour une poignée de dollars.

La puissance de repérage de ces variants génétiques a donc considérablement été accrue et a permis de se focaliser sur des pathologies complexes, polyfactorielles, d'héritabilité modeste comme les pathologies addictives... mais avec quels résultats ?

Il se trouve que le premier GWAS (étude d'association cas-témoins pangénomique) a permis de révéler le premier gène clairement impliqué dans les comportements addictifs, c'est-à-dire le gène codant pour le récepteur a3-a5-b4 dans la dépendance au tabac.

Ce résultat est suffisamment majeur, répliqué et solide, c'est-à-dire possède une valeur heuristique bien éclairante pour l'ensemble des comportements addictifs.

En focalisant nos recherches sur le « système de récompense », dans une approche clinique (jeu pathologique) comme neurocognitive (prise de décision), l'équipe 1 du centre de psychiatrie et neurosciences (INSERM U894) a pu montrer trois choses.

Tout d'abord, selon une étude chez 300 joueurs de casino en banlieue parisienne, le jeu pathologique possède une forte agrégation familiale (3 fois plus d'apparentés avec jeu pathologique chez les joueurs pathologiques par rapport aux joueurs non pathologiques), et le spectre phénotypique

considéré ne semble pas inclure les troubles de l'humeur ni anxieux, et semblait relativement spécifique du jeu comme processus addictif.

Ensuite, l'appétence et la préférence au sucre (ou aux aliments à forte teneur en sucre) était fortement associée au niveau de consommation d'alcool dans une série de 3000 adolescents. De manière plus intéressante, le gène codant pour la MOA-A (monoamine oxydase) était associé à la fois à l'abus d'alcool, aux antécédents familiaux d'abus d'alcool et au niveau de consommation de sucre. Les patients alcoolodépendants préférant plus le sucre que les sujets non alcoolodépendants dans la littérature, ce résultat sera discuté.

Enfin, lors du suivi d'une cohorte de 800 patients alcoolodépendants à la recherche de facteurs prédictifs du comportement suicidaire, nous avons montré que l'lowa Gambling Task, qui différencie un renforcement rapide mais à terme délétère versus un renforcement lent mais à terme rentable, permet une forte prédictibilité du risque suicidaire dans les 3 mois qui suivent le sevrage.

En conclusion, que les addictions soient avec ou sans substance, la manière dont le sujet vit le fait d'être exposé à un choix qui requiert une évaluation de la récompense possible qui peut en découler, est au cœur du processus addictif. Cette facette, pour simple qu'elle semble, n'en englobe pas moins de très nombreux aspects, complexes et intriqués, dont une petite partie dépend du capital génétique de chacun.

Hôpital Sainte-Anne, Paris, France
Université Paris-Descartes, INSERM U894

Raphaële MILJKOVITCH

DE L'ATTACHEMENT PRÉCOCE À LA DÉPENDANCE AMOUREUSE

Il arrive que les relations amoureuses prennent la forme d'une addiction lorsqu'une importante dépendance à l'autre apparaît. Peu traitée dans le champ des addictions, la dépendance amoureuse commence tout juste à être définie. Les travaux sur l'attachement apportent néanmoins un éclairage intéressant sur la mise en place d'un tel fonctionnement.

En effet, dès les premiers mois de la vie, les relations d'attachement jouent un rôle essentiel sur le plan de la régulation émotionnelle. La manière dont les parents réagissent aux signaux du bébé va déterminer le sentiment de contrôle qu'il a sur ses états internes. Lorsque les soins reçus sont défaillants ou inadaptés, sa tension n'est

pas apaisée. Il en arrive à ne plus maîtriser ce que fait l'autre et ce qui lui arrive, à l'image de ce qui se passe dans la dépendance amoureuse. C'est donc très précocement qu'un sentiment de manque peut apparaître et prédisposer une personne à une insécurité affective difficile à gérer. Le risque d'un recours à des conduites addictives comme tentative de résolution d'émotions sur lesquelles l'individu a peu de prise est ainsi augmenté. Les modalités transactionnelles spécifiques de la dépendance amoureuse s'inscrivent généralement dans le prolongement des relations d'attachement précoces. Ces hypothèses quant à l'origine du trouble peuvent aider à la définition d'objectifs thérapeutiques adaptés.

Université PARIS X Nanterre, 200 Avenue de la République, 92001 Nanterre, France

Martial VAN DER LINDEN

ADDICTIONS SANS SUBSTANCE ET MÉCANISMES PSYCHOLOGIQUES : POUR UNE APPROCHE DIMENSIONNELLE ET TRANSDIAGNOSTIQUE

L'objectif de cette présentation est de montrer l'intérêt d'une approche psychologique, dimensionnelle et transdiagnostique, des conduites d'addiction sans substance. En particulier, nous indiquerons en quoi il paraît indispensable d'aborder les comportements d'addiction en considérant l'existence d'un continuum au sein de la population générale et en prenant en compte la coexistence fréquente de plusieurs addictions ainsi que d'autres types de manifestations comportementales de type externalisé.

Ensuite, nous illustrerons l'approche dimensionnelle des addictions sans substance en nous focalisant sur les difficultés d'autorégulation, et en particulier sur la dimension d'urgence de l'impulsivité, dans ses liens avec les capacités d'inhibition et de prise de décision (en contexte émotionnel).

Université de Genève, FPSE, 40 Boulevard du Pt-d'Ave, CH 1211, Genève 4, Suisse

Vendredi 8 octobre

Robert LADOUCEUR

La majorité des joueurs pathologiques ne consultent pas un professionnel de la santé mentale pour éradiquer leur problème de jeu.

Les données actuelles montrent que seulement 3% à 10% des joueurs excessifs entreprendront un traitement formel.

Pendant cette présentation, nous exposerons et discuterons les principales raisons de cet état de fait.

Une attention particulière portera sur nos objectifs de traitement. Offrir un traitement basé sur le contrôle de la pratique du jeu plutôt que la cessation complète de cette activité serait-il une partie de la solution?

La réponse à cette question se basera sur des données empiriques récemment colligées par notre groupe de recherche.

École de Psychologie Université, Laval Ste-Foy, Quebec G1K, 7P4. Canada

Pascal DE SUTTER

COMPULSIONS SEXUELLES ET PARAPHILIES, COMPRENDRE ET TRAITER

DÉFINITIONS & DIAGNOSTIC

Les compulsions sexuelles sont des élans irrésistibles à commettre des actes sexuels inappropriés. Ils peuvent être inappropriés par leur fréquence mais non pas par leur objet. On parle alors d'hypersexualité (par exemple : compulsion au cybersexe, à la masturbation, à la pornographie, etc.). Ou ils peuvent être inappropriés par leur objet et on parle alors de paraphilies (pédophilie, scatologie, etc.). Parfois les deux composantes sont présentes (compulsion + paraphilie). Le sujet sain d'esprit reconnaît que ses compulsions sexuelles sont excessives et/ou irraisonnées. Il ne souhaite pas volontairement passer à l'acte mais en éprouve une envie irrésistible et incontrôlable. Le passage à l'acte entraîne un court soulagement mais est généralement suivi de culpabilité (Sauf pour les sujets à tendance psychopathe ou à personnalité antisociale – Nous excluons ce type de sujet des traitements que nous proposons ci-dessous).

Les compulsions sexuelles et la paraphilie sont difficiles à définir car la sexualité dépend fortement de contraintes socioculturelles. Il n'y a pas si longtemps qu'en Occident la fellation ou la masturbation étaient considérées par les médecins comme de graves déviances. Toutefois, le clinicien peut poser le diagnostic de paraphilie et/ou compulsions sexuelles en se basant sur quatre critères :

1. Exclusivité (il n'y a que ça qui excite le sujet)
 2. Compulsion (le sujet y pense ou le fait trop souvent)
 3. Inadaptation sociale (la pratique est considérée par l'immense majorité comme inappropriée)
 4. Souffrance (la pratique fait souffrir autrui ou le sujet lui-même)
- Il n'est pas évident de distinguer clairement hypersexualité et paraphilie. Certains sujets souffrant d'hypersexualité ne présentent aucune pratique déviante mais possèdent seulement la composante compulsive. Comme les hommes qui veulent absolument faire l'amour avec leur partenaire plusieurs fois par jour pendant une longue période. Parfois, ils n'ont pas conscience de leur problème et le projettent sur leur partenaire qui est qualifiée de « frigide ».

TRAITEMENT

Analyse de la motivation

Comme pour d'autres addictions, la première étape du traitement passe par la prise de conscience de la problématique. La plupart des sujets nient d'abord que leur fonctionnement sexuel est problématique. Et même lorsque le patient prétend vouloir « guérir » de son problème, il faut vérifier s'il ne le fait pas par souci de désirabilité sociale ou pour faire plaisir à son entourage et au thérapeute. Dans ce sens, le clinicien peut utiliser la technique de « l'avocat du diable » où il encourage le patient à persévérer dans

sa compulsion sexuelle ou paraphilie. Avec cette approche ce n'est plus le thérapeute qui tente de convaincre le patient qu'il a un problème, mais c'est le patient qui par lui-même réalise les inconvénients de son comportement sexuel socialement et personnellement peu adapté.

Abstinence

En dehors des pratiques illégales ou qui mettent en danger le sujet ou autrui (pédophilie, exhibitionnisme, sado-masochisme extrême, etc.), l'abstinence totale s'avère contre-productive pour les compulsions sexuelles. En effet, le sujet possède déjà une sexualité fragile et défaillante. Et on

lui demande de mettre un terme brusque au peu qui fonctionne encore. Le risque de récurrence est énorme et entretient alors l'impression d'impuissance et d'incontrôlabilité du problème.

Pratique contrôlée

On suggère plutôt au sujet d'être l'acteur actif de sa sexualité plutôt que la victime passive. On commence par inventorier les bénéfices secondaires du comportement : excitation psychique et sexuelle intense, réduction de stress et effet momentanément apaisant, compensation de frustrations, sentiment d'être spécial, différent, rebelle.

Université de Louvain, Wallonie. Belgique

Jean-Yves HAYEZ

QUAND LES ACTIVITÉS HÉDONISTES DES ADOS S'AVÈRENT PROBLÉMATIQUES

Certains ados recherchent du plaisir de façon excessive (ou problématique) aux yeux de la communauté sociale, soit en consommant des produits (alcool, cannabis, etc.), soit par des comportements très variés (p.ex., prise de risques démesurés, être « scotché » à Internet ou aux jeux vidéos).

La quête de plaisir ne se fait parfois que pour lui-même ; ailleurs, il existe d'autres fonctions sous-jacentes (p.ex., anesthésie de souffrances internes, recherche de prestige, etc.).

Le principal de la liberté intérieure de ces ados est parfois perdu dans l'aventure (addiction, dépendance) et parfois pas (simple « hédonisme » gourmand). Mais quoi qu'il en soit, pour ce qui nous occupe dans cette présentation, la communauté sociale (et parfois l'ado lui-même spontanément) estime qu'il y a problème (p. ex., dimension antisociale, dégradante ou dangereuse des plaisirs recherchés, amputation de la vie scolaire ou sociale, dépendance...).

Or, fondamentalement, les adultes ont une responsabilité d'éducation face à ces mineurs

quelque peu à la dérive : pas en attaquant de front leur désir de plaisir mais en les amenant à piloter et à intégrer celui-ci dans un projet d'ensemble, à la fois personnel et sociale.

Avec ceux des ados qui se montrent suffisamment d'accord sur cette intention, rien n'est pourtant gagné tout de suite : il faudra souvent déployer des trésors de dialogue lucide et veiller à mettre en place des attitudes encourageantes et cadrantes pour que se maintienne leur motivation au changement.

Avec les autres, réticents ou hostiles à l'idée de se modérer, se pose le problème de la directivité : si celle-ci ne donne guère de résultats positifs quand elle existe à elle seule, il en va autrement quand elle s'intègre aux attitudes de dialogue, d'encouragement et de respect tout juste évoquées.

Je terminerai cet exposé en discutant des situations minoritaires où l'abstinence semble la seule réorientation potentiellement acceptable ou fructueuse.

Université catholique de Louvain. Belgique

Vendredi 8 octobre

Yasser KHAZAAL

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Le jeu pathologique, classé dans le DSM-IV comme un trouble du contrôle des impulsions, est également conceptualisé dans de nombreux travaux comme une addiction. Des similitudes ont été également décrites avec le trouble obsessionnel compulsif. La diversité des travaux évaluant les approches pharmacologiques du jeu pathologique traduisent ces différences de conceptualisation du phénomène.

Ainsi, le spectre des substances testées inclut notamment des antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs de recapture de la sérotonine, des thymorégulateurs, des anti-psychotiques et des antagonistes opioïdes. Bien que pour certaines substances les données apparaissent prometteuses, au-

cune classe de médicaments et aucune substance ne peut actuellement être considérée comme suffisamment corroborée dans l'indication pour en permettre la recommandation de premier choix.

Les voies de développement à venir pourraient préciser des approches pharmacologiques préférentielles en fonction des sous-types de « joueurs » et valider des pistes de changement ou de potentialisation des traitements en cas de non-réponse. Les approches psychothérapeutiques restent l'élément central du traitement du jeu pathologique. Les possibilités de potentialiser ces approches par une pharmacothérapie restent à préciser.

*Service d'abus de substance, Département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève
24 rue Micheli-du-Crest, CH-1205 Genève, Suisse*

Isabelle CARRARD

TRAITEMENTS ON LINE

Dans l'idée de rendre les moyens de traitement accessibles au plus grand nombre, des auto-traitements ont été développés et évalués pour de nombreuses pathologies psychiatriques. Ces auto-traitements sont souvent basés sur les thérapies comportementales et cognitives, qui peuvent être aisément adaptées en techniques à utiliser par soi-même.

Avec l'avènement des nouvelles technologies, des auto-traitements implémentés sur Internet ont fait leur apparition, dans les domaines de la dépression et du traitement des phobies tout d'abord. À Genève, grâce à un fonds européen nommé Salut, une plateforme pour le traitement de la boulimie a été développée. Elle a été ensuite évaluée dans plusieurs pays européens. Une version améliorée ciblant l'hyperphagie boulimique a suivi. Les études évaluant ces programmes

impliquaient un coaching régulier par e-mail par un psychologue et trois rendez-vous en face à face.

Le programme sur Internet comprend des étapes séquentielles composées de théorie, d'exercices à faire on-line et d'exemples. Des feed-backs automatiques sont générés par le programme à partir des informations fournies par les participants. Les études ont donné des résultats encourageants quant au développement de ces nouveaux outils, tant au niveau des questionnaires de santé psychologique, que de la satisfaction des participants. Plusieurs avantages peuvent être relevés mais également certains inconvénients, comme la difficulté pour le participant à rester motivé. Le lien établi par ce type de traitement pose question et demande des investigations supplémentaires.

*Hôpitaux Universitaires de Genève
4 Rue Gabriel Perret Gentil, CH-1211, Genève 14, Suisse*



Vendredi 8 octobre

Yves SIMON

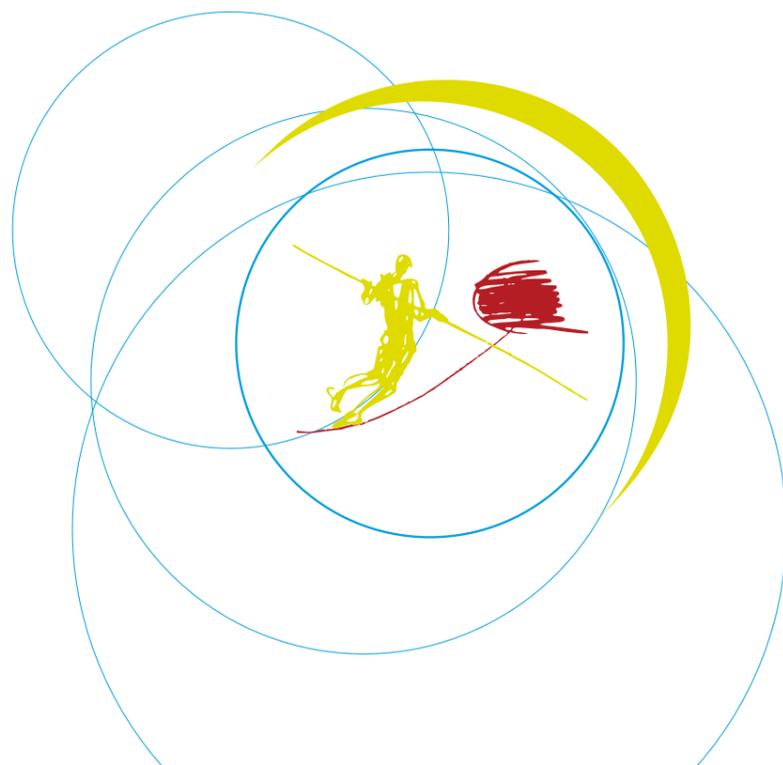
APPROCHES MULTIFAMILIALES

La thérapie multifamiliale (TMF) dans l'anorexie mentale et la boulimie de l'adolescent consiste à rassembler dans un contexte thérapeutique plusieurs familles. La TMF expérimente un soutien intra et interfamilial ; étudie, sous tous les aspects, les situations à risques dans le groupe ; apprend de chacun et enseigne à chacun ; expose les familles aux situations de la vie réelle.

Un des buts de la TMF est l'implication active des parents dans le traitement. Nous expérimentons actuellement un modèle reposant sur les postulats de base suivants : les parents sont compétents ; le thérapeute se centre sur les relations interpersonnelles, intrafamiliales et interfamiliales ; et la durée de la thérapie est d'une année. Diverses techniques sont appliquées : la psychoéducation ; des techniques comportementales ; la dynamique de groupe lors de discussions,

sous la forme de groupes conjoints parents-adolescents ou de groupes disjoints, favorisant la réflexion, le partage, le soutien, l'échange d'informations et la résolution de conflits. La TMF est divisée en 3 phases : la première phase de traitement est orientée sur les symptômes et le principal objectif est de soutenir les parents dans la gestion des problèmes alimentaires spécifiques de l'adolescent ; la deuxième phase est centrée sur l'organisation et le fonctionnement de la famille, des groupes portent sur les questions relationnelles intrafamiliales, mais aussi interfamiliales ; durant la troisième phase sont abordés la construction de la personnalité du jeune, son autonomie personnelle et ses projets de vie. La TMF peut être une alternative au traitement hospitalier.

ULB, Boulevard du Triomphe, 1050 Bruxelles. Belgique



Wilfrid MARTINEAU

APPROCHES SOLUTIONNISTES

LA CONSTRUCTION DE L'OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE EN TBCS

Les TBCS (thérapies brèves centrées sur les solutions) ont comme ligne directrice de chercher à activer les ressources et compétences de chaque individu et à anticiper un futur dégagé des problèmes du présent. Elles utilisent plusieurs types d'outils thérapeutiques : la « question miracle » et le questionnement ouvert d'anticipation, la recherche des exceptions (les ressources du présent et du passé) qu'elles soient inopinées ou provoquées, les questions à échelle, les compliments et les tâches thérapeutiques données en fin de séance et prescrites en fonction de la position du patient (visiteur, plaignant, acheteur et co-thérapeute).

Pour développer ce travail, le thérapeute va créer une alliance thérapeutique avec le patient qui exige un positionnement particulier dans la relation pour amener son interlocuteur à la coopération. Dès lors le patient ou le client pour un changement (ce peut être le conjoint du patient) va construire avec l'aide du thérapeute un objectif qui lui est propre. Les caractéristiques de l'objectif sont les suivantes :

- il est défini par le patient,
 - il est minimaliste, concret, atteignable, décomposable en étapes successives,
 - il est comportemental (objectivable) et interactionnel,
 - il est début et présence de quelque chose.
- La construction d'échelles analogiques qui permettent de mesurer les changements, si minimales soient-ils, en les objectivant, est essentielle à la démarche de soin. Elles font le lien entre les consultations et permettent d'appréhender concrètement ce que veut le patient dans une vision interactionnelle du changement. Celui-ci n'est plus centré sur le symptôme lui-même (le problème addictif) mais sur tous les aspects émotionnels, comportementaux, relationnels qui découleront du plus petit mouvement (la différence qui fait la différence). On crée ainsi un « tricotage » à deux, véritable co-construction, adaptée à l'objectif que le patient s'est assigné, moins centrée sur l'élucidation des problèmes que sur la construction de solutions, propre à chacun et adaptée à la situation du moment.

Psychiatrie 2, Hôpital Saint-Jacques, 85 Rue St-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1. France

Vendredi 8 octobre

Marie GRALL-BRONNEC, L. Wainstein, M. Lagadec, F.X Poudat

« APPROCHES GROUPALES DANS LE TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE »

Le jeu pathologique est défini comme une « pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu » [1] et caractérisé, entre autres, par une perte de contrôle sur la pratique et l'apparition de dommages multiples, affectant les différentes sphères de la vie du joueur. En ce sens, il représente typiquement un modèle d'addiction comportementale, en devenant progressivement le centre de l'existence du sujet, au détriment des autres investissements habituels. À l'instar des autres addictions, l'étiologie du jeu pathologique n'est pas univoque, conjuguant facteurs prédisposants, facteurs précipitants, facteurs de maintien et facteurs de rechute. Les modèles de conditionnement répondant, de conditionnement opérant et d'apprentissage social prennent tout leur sens pour rendre compte de ces différentes étapes du parcours addictif, de façon non spécifique du trouble [2, 3].

De nombreux travaux indiquent par ailleurs que les distorsions cognitives liées au jeu participent spécifiquement à l'initiation et à la poursuite d'une pratique pathologique, et occupent donc à ce titre une place centrale dans l'évaluation clinique du joueur pathologique [4-6]. De ces modèles cognitifs du jeu découlent des traitements codifiés, évalués et efficaces [7-9].

Nous nous proposons de faire une revue de littérature sur le sujet, en précisant en particulier la place des thérapies de groupe [10]. Enfin, nous ferons partager notre expérience de ce type de soins, appliqués aux joueurs pathologiques consultant dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes.

Centre de Référence sur le Jeu Excessif, Hôpital Saint-Jacques
85 Rue St-Jacques, 44095 Nantes. France
Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

Mauro CROCE

REFLETS DE LA SITUATION EN ITALIE

À partir de la moitié des années 90, on assiste en Italie à une offre progressive et intarissable de nouveaux jeux et de lieux où jouer selon des modalités différentes ; parallèlement, les phénomènes d'une problématique sociale liée aux jeux de hasard deviennent de plus en plus évidents, face à un manque d'orientations et d'actions organisées aptes à répondre au phénomène. En effet, il n'existe aucune législation sanitaire nationale indiquant une ligne d'orientation et de réadaptation des services publics pour le diagnostic et les soins, qui soit le fruit d'une recherche épidémiologique et d'une analyse relative à l'impact social (Croce, Lavanco, Varveri, Fiasco, 2009).

Les points principaux permettant d'observer le changement de décor sont :

- l'accroissement de l'offre quantitative ;
- l'intérêt suscité auprès de nouvelles tranches de la société ;
- la typologie des nouveaux jeux ;
- le nécessaire changement de « philosophie » et d'organisation des services, touchant en particulier les services pour les toxicomanies, qui démontrent une attention croissante et le besoin de structurer des interventions et des programmes thérapeutiques pour les patients qui présentent des formes d'addiction sans substances (Croce, Reynaudo, Rascazzo, 2009).

Resp. Educazione Sanitaria l'Azienda Sanitaria Locale
14 Omegna (VB)Abit. Viale S.Giuseppe 23, 28921 Verbania. Italie

Etienne MARIQUE

DEMANDE DE TIERS POUR L'INTERDICTION DE JEUX :
MESURE LÉGALE EN VIGUEUR EN BELGIQUE

La présentation a trait à la législation belge et se rapporte plus précisément à l'interdiction du joueur d'accéder aux jeux de hasard. Cette mesure constitue la meilleure disposition pour protéger le joueur qui ne sait plus résister au désir de jouer. Le législateur belge a choisi de mettre en place un système indépendant de celui des opérateurs. En effet, dans plusieurs pays, lorsque de toute évidence, un joueur se révèle comme ayant un comportement pathologique, un accord intervient entre l'opérateur et son client. Les modalités d'accès sont alors négociées entre eux.

Le monde politique belge a choisi une autre voie. L'interdiction est totale et n'est pas donc modulable au gré des circonstances. Elle a une durée minimum. Le joueur n'a plus accès à un établissement de jeu de casinos ou d'arcades sur tout le territoire. La loi du 10 janvier 2010 prévoit l'exclusion

de l'accès aux jeux de hasard des personnes qui ont un problème de dépendance au jeu. Cette interdiction d'accès peut être prononcée à la demande de toute personne intéressée. La demande comporte les motifs et est introduite auprès de la Commission des jeux de hasard. Celle-ci rend sa décision après avoir invité le joueur concerné à présenter ses moyens de défense.

Après un an, l'interdit de jeu pourra demander la levée de cette exclusion en produisant des pièces qui établissent qu'il maîtrise le comportement de jeu et qu'il dispose des moyens nécessaires pour faire face à sa passion. Plusieurs questions se posent :

- Pourquoi une telle mesure ?
- Quelle est la légalité de cette mesure ?
- S'agit-il d'une limitation contraire au droit de jouer ?
- Pourquoi y a-t-il un nouvel examen lorsque le joueur interdit veut redevenir joueur effectif ?

Commission des Jeux de Hasard, CANTERSTEEN, 47000 Bruxelles. Belgique

Laurence AUFRERE

IMPULSIVITE ET BIAIS D'OPTIMISME DANS LES JHA

L'impulsivité et l'optimisme explicite semblent impliqués dans la persistance aux jeux d'argent. Ces facteurs psychologiques sont étudiés auprès de 44 joueurs et non joueurs sur le continuum des comportements de jeu.

Les facettes de l'impulsivité (UPPS) et l'optimisme explicite (LOT-R) sont supposés être associés au score du SOGS. Une analyse corrélatoire révèle que ce score est positivement lié à l'urgence ($r = .63, p < .001$), au manque de persévérance ($r = .47, p < .01$), au manque de méditation ($r = .41, p < .01$), et à la recherche de sensation ($r = .31, p < .05$), mais nullement au score au LOT-R ($r = -.13, p = n.s.$). Le score au SOGS est également corrélé positivement à la dépression (BDI-2 ; $r = .51,$

$p < .001$) et à l'anxiété Etat et Trait (STAI : $r = .39, p < .01$; $r = .48, p < .01$). Une analyse de régression met en évidence que seule l'urgence demeure un prédicteur significatif du score au SOGS lorsque les effets des autres facettes de l'impulsivité, de l'anxiété et de la dépression sont contrôlés. De plus, l'urgence est corrélée négativement à l'optimisme explicite ($r = -.34, p < .05$) mais il n'existe pas de relation entre le score au SOGS et l'optimisme explicite (LOT-R).

Ainsi, s'il apparaît que l'impulsivité (dans sa dimension d'urgence) est impliquée dans les problèmes de jeu, ceci n'est pas le cas de la disposition générale à l'optimisme. Les implications théoriques cliniques de ces résultats seront discutées.

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, FPSE, Université de Genève. Suisse

Vendredi 8 octobre

Élisabeth ROSSE

COMMENT PEUT-ON COMPRENDRE L'ABUS, LA DÉPENDANCE AUX JEUX VIDÉO ?

Ces comportements concernent pour l'essentiel des jeunes gens, des garçons qui ont plaisir à raconter les exploits de leur avatar dans les mondes persistants. Au décours des entretiens les joueurs rendent compte des raisons qui les ont poussé à choisir le monde virtuel plutôt que la « vraie » vie. Faire des choix réversibles est sans doute l'élément le plus attractif de ces mondes sans fins, certains et prévisibles. Devenir un adulte constitue parfois un défi si difficile que certains préfèrent l'esquiver.

À partir de situations cliniques nous présenterons les possibilités qu'ouvrent l'avatar et les mondes numériques ; de quelle manière l'investissement dans le virtuel répond aux désirs du joueur/individu en devenir ?

Hôpital MARMOTTAN, 17-19 rue d'Armaillé, 75017 Paris. France

Bruno ROCHER, J. Gautier, M. Bourdon

PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX JEUX VIDÉO

Si le débat reste intense sur les critères permettant de valider et définir l'addiction aux jeux vidéo, l'ensemble des cliniciens concernés par ces nouvelles problématiques s'accorde à dire que ces situations révèlent et s'accompagnent de souffrances individuelles et familiales souvent intenses qui nécessitent après une phase d'évaluation une prise en charge adaptée.

À l'instar d'autres situations addictologiques, il importe de faire la part entre des inquiétudes familiales souvent au premier plan et la souffrance individuelle du joueur (plus ou moins reconnue et exprimée).

Nous discuterons lors de cette intervention de l'intérêt, en fonction de la sémiologie repérée, d'approches multidisciplinaires à la fois médicale, psychologique et sociale, ainsi que de cadres et outils thérapeutiques variés, allant de la simple consultation jusqu'à l'hospitalisation, dans un souci d'adaptation à la gravité de la situation et au parcours du joueur.

Une attention particulière sera accordée aux familles et à leur place dans le soin, tant ces nouvelles problématiques semblent s'inscrire dans des enjeux d'autonomisation qui impliquent nécessairement l'ensemble du groupe familial à un niveau transgénérationnel.

Service Addictologie, Hôpital de jour addictologie, 9bis rue de bouillé, 44000 Nantes. France
CRJE CHU NANTES, Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

Abdou BELKAGEM

INTERNET SANS CRAINTE, UN EXEMPLE DE PROGRAMME DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS AUX JEUX VIDÉOS CHEZ LES ADOLESCENTS.

L'essor actuel des addictions aux jeux vidéos reflète l'absence de régulation des pratiques de jeu sur Internet. Les adolescents sont les premiers expérimentateurs et s'exposent au risque de développer une conduite de jeu problématique. Notre travail est d'évaluer une action de prévention de ces addictions auprès des jeunes. Internet Sans Crainte est un programme national de sensibilisation aux risques et enjeux de l'Internet. De nouveaux dispositifs de prévention à destination des adolescents ont été conçus. Le programme, soutenu par la Commission européenne dans le cadre du Safer Internet program propose

des outils et actions d'information sur le terrain à l'attention des jeunes, de leurs parents et de leurs médiateurs éducatifs.

La cible des 12-16 ans est visée à travers un Serious game largement utilisé en contexte éducatif qui couvre l'ensemble des pratiques à risque des jeunes sur Internet. Il comporte un épisode dédié à la pratique raisonnée des jeux vidéos. Seront aussi exposés les mécanismes à l'œuvre dans le jeu, des témoignages d'atelier et les résultats des premières enquêtes utilisateurs.

CERTA-APHP / Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
Hôpital Paul Brousse, 12 avenue Paul-Vaillant Couturier, 94804 Villejuif Cedex. France

Didier ACIER

LA CYBERDÉPENDANCE : POINT DE VUE DES CLINIENS

Malgré un nombre croissant de publications sur l'usage problématique d'Internet, il n'y a pas de consensus sur la nature du phénomène, ses critères constitutifs et sur son seuil clinique (Wood, 2008). La Task Force du DSM V a d'ailleurs refusé son inclusion dans sa prochaine version, bien qu'elle recommande la publication des critères dans les annexes du DSM afin de stimuler les recherches futures.

Cette étude exploratoire s'intéresse aux perceptions de cliniciens ayant réalisé des prises en charge de personnes présentant un usage problématique d'Internet au Québec (Canada). Quatre groupes de discussion ont été réalisés avec 21 cliniciens travaillant dans une dizaine d'établissements publics de réadaptation en dépendances. Ces cliniciens sont de formations diverses (psychologue, travailleur social, psycho-éducateur) et proviennent de plusieurs régions du Québec. Les groupes de discussion

ont été enregistrés numériquement, transcrits dans un traitement de texte et analysés avec N'vivo 8 (Krueger & Casey, 2000).

Les résultats présentent les perceptions des cliniciens par rapport à plusieurs enjeux de la prise en charge, soit les applications problématiques, le tableau clinique, l'évaluation et le traitement. La discussion présente les dangers à considérer le nombre d'heures d'utilisation d'Internet comme critère clinique ainsi que l'adaptation actuelle des critères des dépendances et du jeu pathologique.

Conclusion et implications : Cette adaptation de la culture au monde virtuel est en évolution et oblige une réflexion de la part des cliniciens et chercheurs sur les éléments constitutifs de ce nouveau phénomène avant de penser à le classer comme nouvelle psychopathologie.

Université de Nantes, UFR de Psychologie,
Chemin de la Censive-du-Tertre, BP 81227, 44312 Nantes Cedex 3

Vendredi 8 octobre**Catherine DOYEN, S. Cook-Darzens, C. Blanchard, S. Assaoui, M. Asch, M.C. Mouren****ANOREXIE MENTALE DU SUJET PRÉ-PUBÈRE : UNE CLINIQUE ET UNE THÉRAPEUTIQUE DÉPENDANTES DU DÉVELOPPEMENT**

Les aspects cliniques et thérapeutiques de l'anorexie mentale du sujet pré-pubère sont marqués par un développement somatique, cognitif et affectif qui n'est pas à l'identique des sujets adolescents ou adultes. Les préoccupations corporelles et la peur de grossir s'expriment par une peur de vomir ou d'avoir mal au ventre et le retard statural est le marqueur physique de cette anorexie mentale. Le passage de la pensée concrète à la pensée formelle leur confère un style cognitif qui n'est pas sans rappeler celui décrit par H. Bruch chez les adultes anorexiques mentales : un style concret avec des difficultés d'abstraction.

Enfin dans la plupart des cas, l'attachement aux figures parentales ne peut encore à ce jeune âge être substitué par un attachement à des figures d'attachement extrafamiliales comme des pairs ou d'autres adultes. Aussi est-il nécessaire de conjuguer les moyens thérapeutiques dont les objectifs allient le maintien d'un statut nutritionnel adéquat,

le développement de comportements alimentaires ou sociaux qui ne pérennisent ni n'aggravent la maladie anorexique et l'accompagnement des familles. L'utilisation d'approches cognitives et comportementales adaptées au jeune âge permet d'établir une alliance thérapeutique et de la maintenir sur une durée suffisamment longue, facteur d'évolution positive. Des approches concrètes qui s'inspirent de stratégies destinées aux troubles addictifs et qui mettent « en jeu » les symptômes du trouble aident l'enfant à dépasser la phase de déni et de dénutrition. Il est aussi espéré que de nouvelles stratégies thérapeutiques s'inspirant de la remédiation cognitive aideront les plus jeunes à acquérir la flexibilité mentale qui leur fait souvent défaut. Enfin à l'instar de ce que nous enseigne l'Évidence Based Medicine, les approches familiales sont seules à avoir témoigné de leur efficacité chez les sujets les plus jeunes au sein d'essais contrôlés.

Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent
Unité des troubles des conduites alimentaires, Hôpital Robert Debré, 48 bd Sérurier, 75019 Paris. France

Sylvain LAMBERT**PRISE EN CHARGE DES FAMILLES DANS LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

Dès les premières descriptions de l'anorexie mentale et jusqu'à nos jours, la question de la place des familles, et particulièrement des parents a été au centre des préoccupations des thérapeutes prenant en charge les troubles du comportement alimentaire. Depuis les pratiques d'isolement jusqu'au parents cothérapeutes, des conceptions psychodynamiques de séparation-individuation jusqu'aux notions systémiques de familles enchevêtrées, des contrats de séparation hospitaliers jusqu'aux groupes de thérapies multifamiliales, tous s'accordent sur le fait que la prise en charge des patients anorexiques ou boulimiques ne peut se faire sans l'« aide » de l'entourage, ceci même chez des patients plus âgés et dits autonomes,

que ce soit à travers un travail avec la famille actuelle ou la famille d'origine.

De ce fait, de nombreux abords se sont développés selon une multitude de paramètres : individualisés ou de groupe ? avec quels buts ? avec qui ? notamment quelle place pour la fratrie ? quelle place pour les repas de famille... Quelles spécificités pour les groupes : groupe de parole ? d'information ? de thérapie multifamiliale ? groupe encadré par des soignants ou associations de parents ?

C'est donc aux indications et articulations de ces différentes modalités que nous allons tenter de donner quelques grandes lignes directives.

Service d'Addictologie, Espace Rabelais
Hôpital Saint-Jacques, 85 Rue St-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1. France
Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

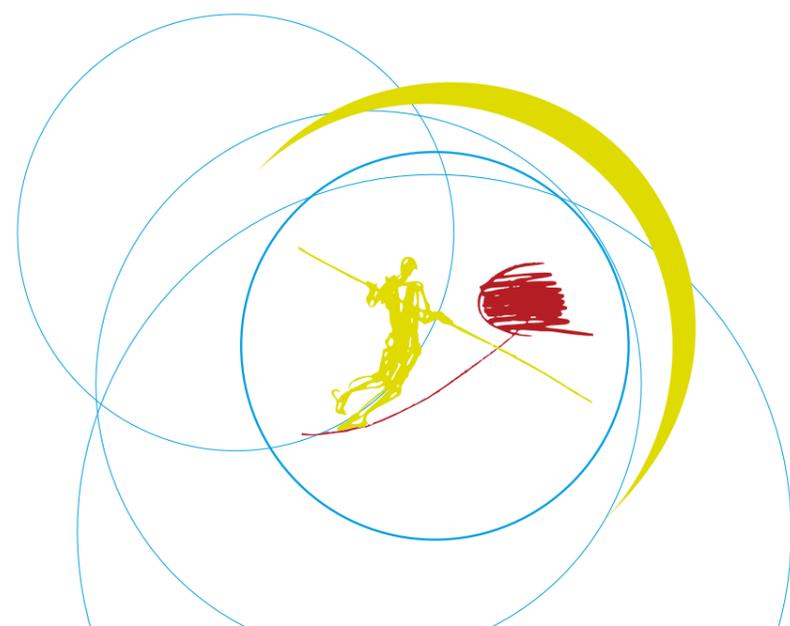
Nicolas SAHUC**STRATÉGIE POUR LUTTER CONTRE LE POIDS, UN AUTRE REGARD SUR L'ADDICTION ALIMENTAIRE**

La première demande que l'on a dans la gestion du poids, c'est un objectif de poids, quelque soit la situation physiologique du patient. Lorsque l'on explore la demande, il apparaît plus certainement que le patient vient chercher de nouvelles stratégies pour lutter contre la sensation de faim. La consultation intervient lorsqu'il a tenté toutes ses stratégies qui se sont soldées par un échec. Cette sensation faisant partie d'une perception corporelle devient un danger pour l'image corporelle qu'il se fait sous l'effet de la pensée : « si je mange je grossis ». Dès lors des stratégies se mettent en place pour lutter contre la faim conduisant à des états psychiques caractérisés par des obsessions

alimentaires calmés par la prise alimentaire. Il s'opère chez lui un phénomène de diminution du stress qui survient dans les premières bouchées après l'abandon de la lutte contre ses pensées obsédantes.

Lors de cette présentation je vous propose d'explorer des observations cliniques expliquant les stratégies de lutte contre les pensées intrusives, mises en place par le patient, tout en expliquant la difficulté de la gestion des pensées intrusives, de l'ambiguïté de la sensation de faim et la place des émotions comme facteur de rechute.

Cabinet diététique, 1570 bd Président Salvador-Allende, 30000 Nîmes. France



Vendredi 8 octobre

Sophie VUST

QU'EN EST-IL DES ASPECTS ADDICTIFS DANS LA RÉALITÉ CLINIQUE DES TROUBLES ALIMENTAIRES ATYPIQUES ?

Cette étude se penche sur le parcours de 24 jeunes filles présentant des troubles alimentaires atypiques, suivies dans le cadre d'un groupe thérapeutique.

Les troubles des conduites alimentaires atypiques (TCAA) représentent une catégorie diagnostique émergente, relativement peu décrite. Ils regroupent des tableaux cliniques ne satisfaisant pas entièrement aux critères des troubles alimentaires typiques anorexie et boulimie. Les TCAA représentent la majorité des demandes de consultations pour troubles alimentaires, concernent une grande proportion de la population non-consultante et constituent un enjeu de santé publique prioritaire.

Les résultats cliniques de cette étude décrivent des troubles importants, induisant une souffrance intense, et non des troubles résiduels.

Le passage d'une catégorie de trouble à une autre se voit confirmé, ainsi que l'existence de formes stables, les troubles atypiques pouvant représenter des moments dans le

parcours de la maladie tout comme des troubles durables.

En terme de classification, il est proposé de parler d'anorexie atypique, de type restrictif ou avec crises, de boulimie atypique, purgative ou non, et d'hyperphagie boulimique.

L'utilité du groupe thérapeutique ressort clairement.

Cette prise en charge thérapeutique convient davantage à des patientes présentant un trouble alimentaire sur le versant boulimique que sur le versant restrictif sans perte de contrôle.

Repérer et prendre en charge ces troubles alimentaires atypiques qui demeurent souvent banalisés s'avère une priorité.

Les aspects ayant trait à l'addiction seront plus particulièrement abordés dans le cadre de cette communication.

Unité multidisciplinaire de santé des adolescents, Centre hospitalier universitaire Vaudois
Av. Beaumont 48, Lausanne. Suisse

Stéphane PRETAGUT, Morgane Rousselet

DE L'EXCÈS À L'ADDICTION : QUEL REPÉRAGE, QUEL ACCOMPAGNEMENT ?

« Les pratiques sportives sont très répandues dans nos sociétés et contribuent à l'épanouissement psychosocial de leurs acteurs. Elles ne sont pas dénuées d'effets sanitaires positifs et sont le plus souvent sources de plaisirs et d'émotions individuels et partagés.

Pour autant, de nombreux auteurs se sont risqués à définir les aspects potentiellement délétères de ces pratiques dès lors qu'elles s'inscrivent dans l'excès voire même qu'elles confinent à l'addiction.

Lorsque la maîtrise émotionnelle et corporelle vise la perfection, que l'enjeu soit de nature esthétique et/ou compétitive, certains comportements tendent à devenir inflexibles voire exclusifs et les espaces sportifs, comme non sportifs, de la vie psychique peuvent se trouver progressivement envahis voire aliénés.

Le clinicien, particulièrement celui qui intervient en médecine du sport (psychologue, médecin du sport, psychiatre...), devra être attentif au repérage précoce des fragilités psychologiques que peuvent présenter certains pratiquants, notamment les plus jeunes qui traversent une période où les enjeux de la séparation-individuation sont omniprésents.

Ce repérage, rendu obligatoire dans le suivi médical longitudinal des sportifs de haut niveau doit permettre à ces jeunes gens d'accéder à un espace de parole où leurs difficultés pourront être abordées, et de favoriser une action préventive permettant de les protéger d'une fixation à certains traits acquis à travers leurs investissements, et d'une exposition à des risques de décompensation actuels ou futurs. »

Service d'Addictologie, Espace Rabelais, Hôpital Saint-Jacques, 85 rue Saint-Jacques, 44000 Nantes. France
Antenne Médicale de Prévention et de Lutte contre le Dopage des Pays de la Loire, Nantes. France
Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

Isabelle MULLER

ADDICTION, SPORT ET DOPAGE

On assiste à un intérêt croissant pour les addictions dites comportementales dans le champ de la psychiatrie. Notre expérience au Centre d'Accompagnement et de Prévention pour les Sportifs (CPAS) à travers la file active de patients sportifs nous a amenés à nous intéresser plus particulièrement à l'addiction à l'activité physique.

Notre propos va donc être de vous présenter un cas clinique d'un patient cycliste amateur depuis 30 ans, âgé de 53 ans, qui présente une addiction à l'activité physique. Nous aborderons les particularités de la symptomatologie et de la prise en charge de cette addiction, notamment le fait que contrairement aux addictions avec substances où les conséquences sont dénoncées comme

délétères, ces types d'addictions et plus particulièrement à l'activité physique, sont qualifiées de positives. Les symptômes et leurs conséquences ne sont pas repérées, voire valorisées par le milieu et l'individu lui-même, la prise en charge en sera donc évidemment affectée.

C'est par une approche cognitivo-comportementale que nous aborderons ce cas en décrivant les différentes étapes de la prise en charge : l'analyse fonctionnelle, l'évaluation et le développement de la motivation à arrêter ou contrôler son addiction, par des techniques comportementales et un travail de restructuration cognitive.

CAPS, Hôpital Saint-André, 1 rue Jean-Burguet, 33075 Bordeaux Cedex. France

Vendredi 8 octobre

Abdel BOUDOUKHA

SPORT, DÉPENDANCE ET TRAUMA

Le sport prend parfois une place si envahissante dans la vie quotidienne que la question d'une dépendance se pose. En effet, certaines personnes se perçoivent trop petites, ou pas assez musclées et en sont constamment inquiètes. Ces préoccupations entraînent des obsessions idéatives liées aux muscles. Pour palier à ce désordre de l'image corporelle elles vont pratiquer une activité physique et sportive -le plus souvent la course à pied ou la musculation- de manière quasi compulsive. Communément appelée « bigorexie », cette forme de dépendance au sport est avancée, depuis maintenant plusieurs années, comme une réalité clinique sous l'angle des addictions sans drogue. Concrètement, une personne qui en souffre affirme ne plus pouvoir se passer de sport, et se sentir mal si elle est

obligée de ne pas pratiquer. Si la bigorexie est une addiction, elle pose de nombreuses questions : Comment le sport peut-il devenir un comportement addictif ? Provoque-t-il un besoin irrésistible, une forme de craving ? L'arrêt du sport génère-t-il des signes de sevrage ? Etc.

Le propos de cette communication vise à discuter de la bigorexie sur le plan clinique et pathologique. Elle s'intéresse également aux questions étiopathogéniques sous l'angle des théories reliant sport, dépendance, trauma et stress. Plus précisément, il s'agit d'illustrer, sur la base d'une rencontre clinique, les grandes hypothèses explicatives relatives à leur comorbidité, à savoir : l'automédication, la prise de risque et la vulnérabilité commune.

Universités de Nantes et de Toulouse. France

Dan VELEA

L'ADDICTION À L'EXERCICE PHYSIQUE

Depuis Glasser, la dimension positive des addictions comportementales (jeu, sexe, sport...) est souvent valorisée par rapport aux dépendances aux produits toxicomanogènes. Pourtant, on rencontre une véritable souffrance physique et psychique parmi ces sujets, identique, voire plus importante en comparaison avec les toxicomanes classiques, notamment du fait de la faible reconnaissance des addictions sans drogues. Il apparaît bien évident que la centration sur la pratique sportive joue un rôle anxiolytique très important.

De même, nous pouvons situer le développement du concept d'addiction à l'exercice dans le contexte culturel de l'image corporelle et du « culte de la performance », dans une

société ou la lutte pour le dépassement de soi, de ses capacités est devenue un mode de vie. Chez les sportifs de haut niveau ou les amateurs pratiquant de manière intensive les exercices physiques, la pratique excessive met en évidence une conduite addictive (bigorexie) liée à des troubles dysmorphophobiques (le Body Dysmorphic Disorder), qui se manifestent dans le cadre d'un véritable syndrome d'Adonis, avec tout le cortège des signes de manque et de souffrance psychique. On peut aussi s'inquiéter du phénomène du dopage, répandu non seulement dans le monde des sportifs de très haut niveau, mais aussi, de plus en plus, chez les sportifs même occasionnels.

Hôpital de Marmottan, 17 rue d'Armaille, 75017 Paris. France

François-Xavier POUDAT

LES DÉPENDANCES AFFECTIVES

Le concept de dépendance affective a été, depuis les années 90, intégré dans son expression comportementale aux « addictions sans drogue » au même titre que les addictions au jeu, au sport, au sexe, au travail, etc... Ces addictions ont comme point commun avec les conduites addictives classiques (addiction au tabac, drogues, aliments, médicaments...) le caractère compulsif, répétitif, incontrôlable dans une logique du tout ou rien, envahissant autant la pensée que le vécu quotidien du patient, créant un véritable syndrome de manque en leur absence.

La clinique des dépendances affectives est encore en quête de consensus. Certains auteurs comme Coleman associent les couples fusionnels, les rapports compulsifs amoureux multiples et la drague compulsive à partenaires multiples ; d'autres auteurs comme Carnes associent les addictions sexuelles aux dépendances affectives, et Charvet intègre dans les dépendances l'attrait vers quelqu'un avec qui la relation ne s'établit pas, l'incapacité à quitter quelqu'un malgré l'effet destructeur et l'incapacité à se détacher longtemps après la fin de la relation.

En analysant toutes ces données et en les recoupant avec notre propre expérience clinique, une classification centrée sur la nature de l'objet addictif spécifiquement concerné s'est dégagée. Il nous a alors paru intéressant de croiser ces hypothèses avec les concepts de la théorie de l'attachement. Ainsi dans cette classification l'objet addictif peut être :

- soit un partenaire à « consommer » (pas forcément sexuellement) comme chez les dragueurs compulsifs (fixation compulsive aux conduites de séduction).
- soit une relation établie avec lui comme dans la relation fusionnelle avec contrôle de l'autre ou soumission à l'autre.
- soit des sentiments et sensations fortes créés avec lui comme dans la dépendance à la passion amoureuse.
- soit des comportements d'évitement compulsif à toute relation affective (partenaire inaccessible, partenaire ou relation anxio-gène).

Nous essaierons de montrer en quoi cette classification nous permet de mettre en place des stratégies thérapeutiques comportementales et cognitives efficaces dans le processus d'attachement/autonomisation.

3 rue Marceau, 44000 Nantes. France
Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes. France

Emmanuel DIET

LE LIEN D'ALIÉNATION ENTRE GOUROU ET ADEPTE : D'UNE EMPRISE, L'AUTRE.

Le lien d'emprise qui asservit l'adepte au gourou ne peut prendre sens et consistance que comme la répétition d'un système de liens qui se trouve redoublé et instrumentalisé dans le groupe sectaire. Le transfert illimité qu'exige et produit le gourou doit donc être pensé non seulement comme emprise du Père archaïque et retour de l'infantile, mais

également et fondamentalement comme exigence de la horde dans une groupalité dominée par les logiques de l'incestualité.

C'est au point d'articulation entre sujet idiosyncrasique et sujet du groupe que s'engrène l'aliénation sectaire. C'est la raison pour laquelle, une fois reconnue la violence perverse subie par l'adepte, l'analyse

Vendredi 8 octobre

du fonctionnement du groupe primaire, de ses secrets et traumatismes peut progressivement permettre au sujet aliéné de se resituer comme sujet de son histoire et donner sens à sa dépendance et à l'idéalisation mortifère, dans la reconnaissance des répétitions

inconscientes à l'œuvre dans le lien au gourou et au groupe, et le réinvestissement de la subjectivité idiosyncrasique résistant à l'emprise.

CRPPC de l'Université Lyon 2

Institut Universitaire de Formation des Maîtres, 56 boulevard des Batignolles, 75017 Nantes. France

Irène CODINA

CYBERADDICTION SEXUELLE : À PROPOS D'UN ÉCHANTILLON CLINIQUE

Depuis 4 ans nous avons reçu environ 75 personnes présentant une demande par rapport à leur cyberaddiction sexuelle.

Sur la base de données chiffrées les concernant et d'un aperçu théorique sur le sujet de l'addiction sexuelle, nous nous proposons de dégager quelques caractéristiques de cette population : Histoire de l'addiction, troubles associés, liens entre leurs relations amoureuses, leurs occupations et leur addiction.

Sera ainsi abordée au passage, la délicate question de l'évaluation à laquelle nous sommes confrontés avant de nous engager dans une prise en charge.

Les différents types d'usages dont ils sont captifs seront envisagés.

Il s'agit principalement d'une boulimie de sites pornographiques et/ou d'une consultation envahissante de sites de rencontres. Le rôle amplificateur de l'outil électronique dans le développement de leur dépendance est évident pour tous les patients.

Qu'il s'agisse du plaisir « mécanique » de la masturbation devant les sites et/ou de la recherche désespérée du partenaire idéal, via les contacts établis par sites de rencontres interposés, domine, nous semble-t-il, une forme de fuite de la relation à l'autre.

Nous finirons sur l'accompagnement thérapeutique pluridisciplinaire qui peut leur être proposé.

La conclusion portera sur les enjeux sociaux de l'accès libre aux sites à caractère sexuel sur le réseau, qui n'a encore fait l'objet d'aucun texte de loi comme c'est le cas maintenant pour les jeux d'argent.

Cet accès libre favorise non seulement la dépendance chez les adultes, mais peut devenir la source principale des représentations sur la sexualité pour les enfants et les adolescents, sans forme de limitation ou d'accompagnement. Il en résulte une inquiétude majeure pour les parents.

double (c'est-à-dire à la fois sur le souvenir traumatique et sur la sensation sensorielle bilatérale), stimuli dont l'utilisation a pour but d'activer le système de traitement de l'information et d'en réaliser les effets thérapeutiques (Shapiro, 2007).

En quelques mots, cette technique permet de reprogrammer le souvenir figé d'un événement traumatisant en utilisant une méthode de stimulation sensorielle (auditive, tactile ou visuelle). Cette stimulation bilatérale permettrait aux deux hémisphères cérébraux de se rééquilibrer et d'ainsi poursuivre le retraitement de l'information. En simplifiant à l'extrême, on peut dire que l'information bloquée et dysfonctionnelle stockée dans l'hémisphère droit est convertie en une nouvelle information corrigée dans l'hémisphère gauche. La stimulation agit en désactivant la charge émotionnelle négative qui est reliée à ces souvenirs. La désensibilisation du traumatisme ne s'expliquerait non pas uniquement par une forme d'exposition mais surtout par le retraitement cognitif des émotions liées au souvenir et des croyances négatives liées au traumatisme. De cette manière, l'expérience est porteuse d'un sens différent et acceptable lorsque l'impact émotionnel diminue ou disparaît. Au niveau scientifique, l'EMDR est surtout connu pour son efficacité en ce qui concerne le traitement des personnes ayant subi de très graves traumatismes et souffrant du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), appelé aussi état de stress post-traumatique (ESPT).

Application aux compulsions sexuelles et paraphilies

L'analyse de l'apparition des compulsions sexuelles et paraphilies nous amène à considérer qu'elles proviennent pratiquement toujours d'une première expérience (sexuelle ou non-sexuelle) vécue comme traumatisante et émotionnellement très forte. Par traumatisante nous n'entendons pas particulièrement un sens négatif mais par

exemple la possibilité d'éprouver, lors de cette première expérience, un plaisir intense, un sentiment très fort de transgression, une peur forte suivie d'une joie immense, etc. De ce fait, dans notre hypothèse, l'addiction serait une tentative du sujet de retrouver cette émotion initiatrice (quelle qu'elle soit). Ne la retrouvant jamais complètement, le sujet répète sans arrêt ses tentatives pour tenter désespérément de s'en approcher. Il est réduit à répéter encore et encore le comportement qui le rapproche de cet empreinte et émoi initial. Ainsi, paradoxalement, certains souvenirs dits « positifs » peuvent tout autant avoir des effets pathologiques que ceux que l'on taxera de « négatifs ».

La difficulté ne réside finalement pas en la valence positive ou négative du souvenir, mais ce qui pose avant tout problème c'est la place et l'importance accordée au souvenir par le sujet, importance qu'il semble possible de modifier par l'utilisation de l'EMDR. Si, grâce à l'EMDR le sujet peut « digérer » le « traumatisme » positif ou négatif, il pourra aussi constater que cette première expérience si intense n'était finalement pas aussi extraordinaire que la construction mentale qu'il a créée. L'expérience vécue sera ainsi modifiée et remplacée par des expériences sexuelles différentes, socialement plus adaptées et plus gratifiantes. Il est certain que pour le moment, nous n'avons pas encore le recul clinique suffisant et qu'au niveau de la validation expérimentale, nous n'en sommes qu'au premier stade de ce type d'exploration. Toutefois, les premières expériences réalisées à l'Université de Louvain la Neuve semblent prometteuses.

D'emblée, il nous semble que cette technique à elle-seule ne sera pas suffisante. Elle devra être combinée avec d'autres approches thérapeutiques telles que la STCC, la thérapie sexofonctionnelle, la mindfulness, l'hypnose, etc.

Hôpital Marmottan, 17 rue d'Armaillé, 75017 Paris. France

Pascale VANHOUTVINCK

EMDR COMME NOUVELLE PISTE DE TRAITEMENT DES ADDICTIONS SEXUELLES

EMDR

L'EMDR (« Eyes Movement Desensitization and Reprocessing »), dont l'appellation française officielle est « intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires »,

est une technique thérapeutique mise au point en 1987. Il est à noter que cette abréviation doit être adoptée en sachant que les mouvements oculaires sont seulement un des stimuli possible de l'attention

Université de Louvain, Wallonie. Belgique

Vendredi 8 octobre

Frédéric LIMOSIN

L'ADDICTION AU TRAVAIL

Depuis une vingtaine d'années, le champ nosographique du concept d'addiction s'est progressivement étendu, interrogeant les mécanismes étiopathogéniques communs aux différents troubles décrits. L'addiction au travail, dénommée « *workaholism* » par les anglo-saxons, appartient au champ des addictions comportementales ou addictions « sans drogues ». Il s'agit d'un investissement excessif dans les activités professionnelles, avec présence abusive sur le lieu de travail et/ou recherche frénétique de la performance ou de la productivité, à l'origine d'une négligence ou d'un désintérêt pour les autres domaines de la vie (famille, repos, loisirs, ...).

Au stade d'épuisement professionnel ou de « burn out », le retentissement est global, social et individuel, avec des répercussions

psychologiques et physiques. Peuvent alors survenir d'authentiques symptômes dépressifs, avec au premier plan un sentiment de dévalorisation, un émoussement des affects, et des troubles du sommeil. Les facteurs de risque sont multiples, qu'ils soient liés au contexte professionnel en lui-même ou aux caractéristiques psychologiques du sujet. Ainsi, les sujets souffrant d'addiction au travail présentent fréquemment une faiblesse de l'estime de soi à l'origine d'une quête de reconnaissance et de succès, le travail pouvant alors constituer un moyen d'y accéder, ainsi que des dimensions de personnalité obsessionnelle. Le traitement de l'addiction au travail repose essentiellement sur une approche cognitivo-comportementale

Service Universitaire de Psychiatrie, Hôpital Corentin Celton (AP-HP)
4 parvis Celton les moulineaux, BP 6692130, Issy les Moulineaux. France

Philippe DECAN

OU S'ARRÊTE L'ADDICTION ?

La réintroduction de la notion d'addiction au début des années 1990 a permis de nombreux constats cliniques nouveaux et a participé au rapprochement et au réaménagement des différents champs qu'elle recouvre. L'addictologie a donc eu d'indéniables effets positifs. La mode de cette notion, en miroir d'une certaine évolution de la société et massivement reprise dans les médias, est cependant telle qu'il est devenu indispensable d'en cerner plus précisément les contours et les limites.

La présentation visera à poser quelques jalons dans cette direction afin de mieux envisager où s'arrête l'addiction.

Unité d'Alcoologie Hôpital Saint-Jacques, 85 Rue St-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1. France
Institut Fédératif des Addictions Comportementale, CHU Nantes. France

Christian BUCHER

ADDICTIONS, ADDICTIONS SANS DROGUE ET PSYCHIATRIE LÉGALE. EXPERTISE. RESPONSABILITÉ

Dépendance, addiction, des termes dont l'étymologie emprunte au Droit. Et l'esclavage, sous-entendu par l'addiction, en se substituant à la « folie pour le poison » de la toxicomanie, concrétise « la poursuite d'un mouvement de transformation en victimes de sujets auparavant considérés comme des coupables » (Valleur). Toxicomanies, addictions : de l'auteur présumé à la victime supposée ?

Cependant, du point de vue du magistrat (Samet), en matière de conduites addictives, c'est la dangerosité qui prime. Dans la perspective des atteintes à la santé publique et à l'ordre public, le drogué serait « donc un délinquant, parce qu'il déroge, met en danger et corrompt ». La problématique de la corrélation entre délinquance et toxicomanie, au-delà des propriétés pharmacologiques des produits, apparaît marquée par la délinquance économique-compulsive (Richard et Senon). Avec, en toile de fond,

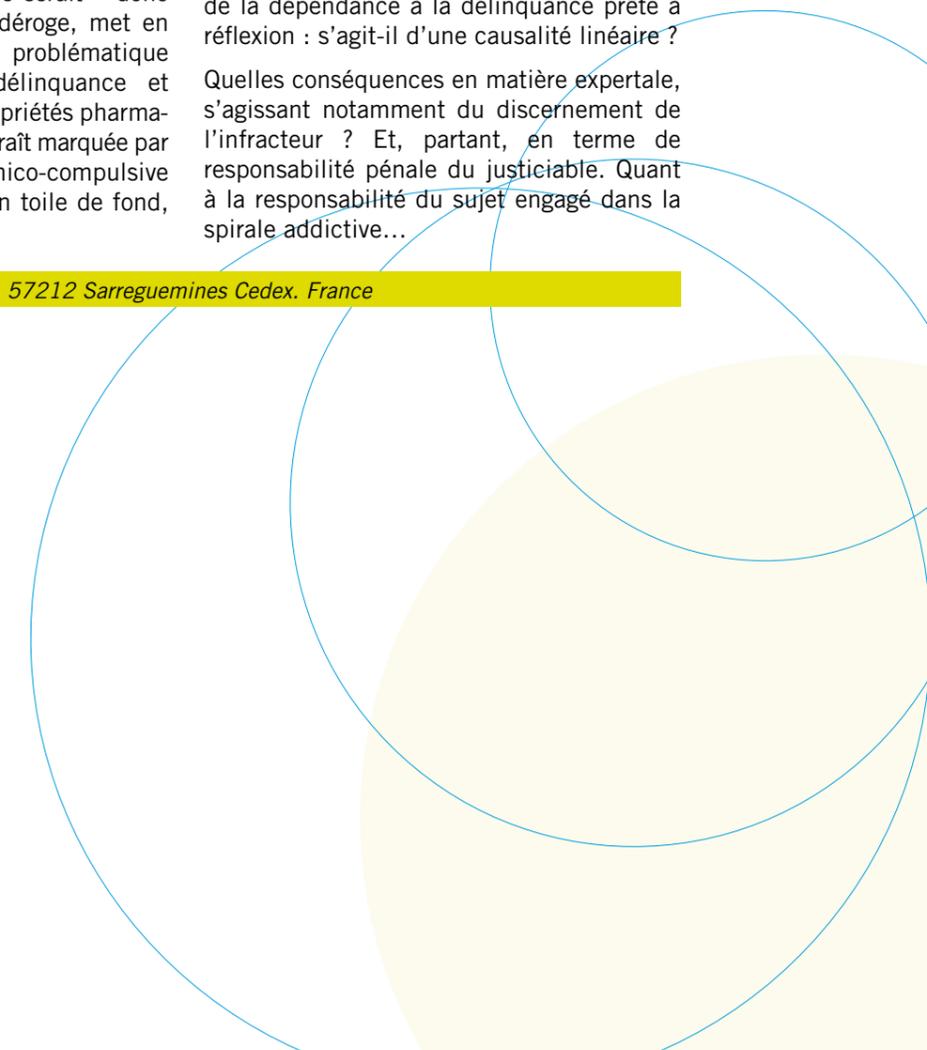
une vision sociologisante, participant d'un style de vie ou d'une « carrière » au sens où l'entendait Becker.

Mais quid en matière d'addictions sans drogues et plus particulièrement, du jeu pathologique : une addiction « licite » (en général), voire affichée dans l'espace social (cf. l'essor des jeux en ligne), mais aux conséquences délétères en matière judiciaire.

À l'instar des toxicomanies aux drogues, l'occurrence de démêlés judiciaires est très fréquente (surendettement abyssal, commission d'infractions afin de se procurer l'argent nécessaire au jeu). Et le « passage » de la dépendance à la délinquance prête à réflexion : s'agit-il d'une causalité linéaire ?

Quelles conséquences en matière expertale, s'agissant notamment du discernement de l'infracteur ? Et, partant, en terme de responsabilité pénale du justiciable. Quant à la responsabilité du sujet engagé dans la spirale addictive...

Centre Hospitalier Spécialisé 1 rue Calmettes, 57212 Sarreguemines Cedex. France



Vendredi 8 octobre

Antonella LUONGO, A. Rossi, C. Ferrari, O. Simon

TROUBLES LIÉS AUX MÉDIAS ÉLECTRONIQUES : Étude de cas

Les premières études qui tendent à endosser la notion de « cyberaddiction » réfèrent à un comportement face au monde virtuel qui regrouperait des symptômes semblables aux toxicodépendances ou au jeu pathologique, sur la base d'analogies sémiologiques, alors que les symptômes rencontrés peuvent aussi rendre compte d'autres troubles mentaux, comme les troubles de l'adaptation. La recherche en épidémiologie psychiatrique relative aux jeux vidéo demeure embryonnaire, et il n'existe pas encore de publications de référence à ce sujet.

Nous nous proposons de décrire les observations cliniques réalisées auprès de 12 personnes venues consulter pour un problème lié aux jeux vidéo online, au Centre du jeu excessif (CJE), à Lausanne.

Nous avons évalué les caractéristiques démographiques, les éléments propres au comportement d'addiction définis, par les dimensions impulsives, compulsives et de dépendance, la présence d'un trouble de l'adaptation et les co-addictions.

À l'appui de la nature addictive des symptômes, on relève les tendances suivantes : sex-ratio similaire à celui observé dans les troubles liés aux jeux d'argent (10 hommes pour 2 femmes), le caractère plutôt égo-syntonique des troubles conforté par la très forte proportion des personnes adressées par un tiers, la présence concomitante de symptômes compulsifs et impulsifs. À contrario, on note l'absence de symptômes de sevrage/tolérance dans presque la moitié des situations (5/12), la durée d'évolution limitée, la présence d'un diagnostic concomitant de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse pour 11 situations, la faible prévalence des co-addictions alcool-tabac-cannabis (4/12). Ces observations recourent d'autres observations et études de cas, et interrogent la terminologie employée par les professionnels. Faut-il parler de conduites addictives liées aux jeux vidéo et à Internet, ou, plus prudemment, de « troubles liés aux médias électroniques » ?

Centre du Jeu Excessif, Service de psychiatrie communautaire
Département de psychiatrie du CHUV, 7 rue Saint-Martin, CH-1003 Lausanne. Suisse

Anne FOURNIER

LA NOTION D'ADDICTION PERMET-ELLE UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DU PHÉNOMÈNE SECTAIRE ?

Jusqu'ici, le concept le plus utilisé en matière sectaire est celui d'emprise.

Ce que cerne l'emprise, c'est la volonté en actes du gourou ou du leader de groupe d'asservir à son projet quelques ou de nombreux adeptes. Ceux-ci sont alors perçus comme des victimes de menées qui les dépassent et que leur faiblesse ne permet pas de cerner, encore moins de surmonter.

Parler d'addiction, c'est renverser la perspective : c'est alors du côté de l'adepte que se posent les questions. Y a-t-il une personnalité addictive, ou « en manque » ? Bref, y a-t-il un « profil » d'adepte de secte ?

L'addiction sectaire, si elle existe, est à interroger.

Psychologue, Agrégée d'Histoire et diplômée de l'IEP Paris, Cassis. France

Louise NADEAU

AUX FRONTIÈRES ENTRE LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

La notion d'addiction intègre sous un même parapluie conceptuel l'alcool, les drogues, les jeux de hasard et d'argent, l'utilisation d'Internet et tout autre style de vie marqué par la dépendance. Une telle conceptualisation fait l'inférence d'expériences subjectives et de comportements communs à toutes les dépendances – sentiment intime de perte de liberté et préoccupations intrusives, incapacité de s'abstenir (dysfonctions motivationnelles), effets délétères dans la vie quotidienne, tentatives infructueuses pour cesser l'activité – tout en postulant une spécificité à chacune des dépendances.

Ce nouveau cadre conceptuel a évolué à travers de petites crises paradigmatiques. Ainsi, la politique de réduction des méfaits, en rupture avec une politique d'abstinence, a entraîné des transformations dans la recherche et la clinique. L'inclusion des jeux de hasard et d'argent est venue remettre en question le rôle clé de la substance dans le processus addictif. La prévalence accrue du jeu de poker, à la fois jeu d'habiletés, de hasard et d'argent, et la grande utilisation

de l'Internet amènent aussi à s'interroger sur les frontières entre le normal et le pathologique, une question qui hante la psychiatrie depuis Canguilhem. Les difficultés cliniques des joueurs pathologiques, notamment leur faible rétention en traitement, forcent cliniciens et chercheurs à faire tabula rasa de certains postulats de la clinique des toxicomanes pour se saisir des processus de deuil et d'échec spécifiques aux joueurs qui ont tout perdu. L'utilisation d'Internet soulève aussi des questions : les joueurs sur Internet ont-ils une identité affectée par le jeu en ligne ? Quel est le seuil clinique et le besoin de traitement pour ces utilisateurs d'Internet, notamment chez les adolescents dont un si grand nombre est rivé à l'écran ? Quel traitement faut-il recommander alors que ce trouble n'est pas inclus dans la taxinomie psychiatrique ? Faut-il mettre en place des traitements en ligne pour ces joueurs ? En bref, une nouvelle conceptualisation intégrée de la dépendance prend forme à travers cette mixité de dépendances à la fois comparables et distinctes.

Université de Montréal, Département de psychologie, C.P. 6128, succursale Centre-Ville, H3C 3J7. Canada

Vendredi 8 octobre

Stéphane PROIA

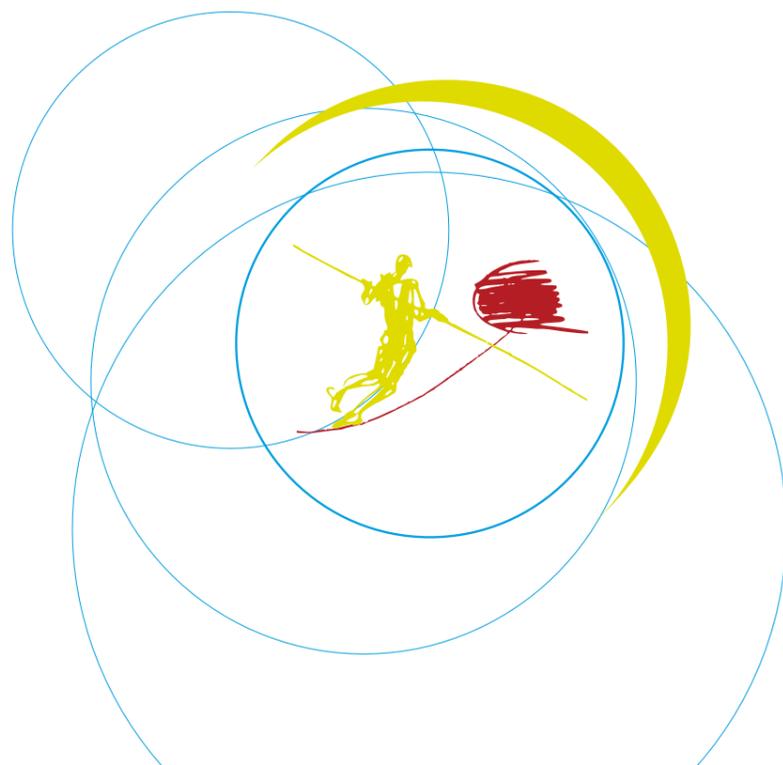
L'ADDICTION À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ENTRE REFUS DU FÉMININ ET SUBLIMATION RATÉE

Parmi la constellation addictive, c'est l'addiction à l'activité physique qui est ici explorée. Envisagée comme une relation de dépendance exclusive et morbide contre laquelle aucun autre type de relation ne peut rivaliser sur l'échelle de la satisfaction, il s'agit d'un mode d'aménagement autoérotique du plaisir qui vient en partie suppléer l'incapacité à pouvoir tisser du lien à l'autre.

Cette addiction singulière, sorte de défoncée physique répétée à l'identique dès qu'émerge l'ombre du conflit psychique ou un quantum d'affect, est une composante à part entière du fonctionnement anorectique dans ses formes les moins graves (névrose hystérique, état-limite aux frontières de l'hystérie). À partir du cas d'une grande adolescente, nous tenterons de démontrer en quoi l'aménagement addictif ainsi décrit,

représente une solution défensive visant à atténuer les avatars du refus du féminin apparu au moment de la poussée pubertaire. Inspirés par les travaux de Jean Laplanche et sa théorisation de l'après-coup, nous considérons en effet le refus du féminin lorsqu'il se développe, comme le résultat du mélange impossible entre surgissement instinctuel (inné) et poussée pulsionnelle (acquise) lors du deuxième temps de la sexualité humaine : le sexuel pubertaire. Dans cette perspective le goût pour l'effort sportif à coloration addictive, ne peut être assimilé à une activité sublimatoire. À l'inverse il signe un échec de la capacité à jouer (au sens de Winnicott), une impossibilité créatrice, et un enfermement dans la compulsion à répéter pour éviter l'effondrement.

Service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle, CHU Carêmeau, Nîmes. France

**ÉTUDE DES TROUBLES DÉPRESSIFS ET DE LA PERSONNALITÉ CHEZ DES JOUEURS PATHOLOGIQUES ONLINE ET OFFLINE**

Servane Barrault et Isabelle Varescon

Le jeu pathologique, comportement répété et persistant de jeu d'argent, semble en constante augmentation. Le développement du jeu en ligne tend à exacerber ces problématiques, leur offrant un nouveau mode d'expression. Cependant, il semble que les joueurs pathologiques présentent des caractéristiques différentes selon le média utilisé.

Cette recherche a pour objectif de comparer des joueurs online (n=15) et des joueurs offline (n=15) en terme de troubles dépressifs (BDI, Beck) et de la personnalité (PDQ4+, Hyler).

L'intensité du problème de jeu est évaluée grâce au SOGS (Lesieur et Blume). L'IAT (Young) est utilisé pour mettre en évidence les liens entre jeu pathologique, cyberdépendance et jeu sur Internet.

Les résultats montrent une prévalence de troubles de la personnalité importante dans les deux groupes, mais le type de trouble semble les différencier, les joueurs offline étant plus représentés dans le Cluster B, et les joueurs online dans le Cluster C. Les troubles de la personnalité semblent majorer la sévérité des problématiques de jeu. Les résultats montrent également un niveau de dépression plus élevé chez les joueurs pathologiques (n=15) que chez les joueurs à problèmes (n=15), quel que soit le type de jeu. Enfin, ils permettent de souligner la spécificité de l'addiction au jeu sur Internet, pathologie en pleine expansion, à la croisée de la cyberdépendance et du jeu pathologique.

Cette étude ouvre de nouvelles perspectives de recherche, notamment quant aux liens entre cyberdépendance et addiction au jeu sur Internet, et aux différences existantes entre les joueurs online et offline.

Laboratoire de psychopathologie et processus de santé EA 4057 Université Paris Descartes
12 r Ecole de Médecine, 75006 Paris

VIVRE SON INCARCÉRATION AVEC UNE DÉPENDANCE AU JEU

Valérie Beauregard, Serge Brochu et Marie-Marthe Cousineau

Plusieurs études montrent que les jeux de hasard et d'argent font partie de la vie de nombreuses personnes incarcérées.

Parmi 253 hommes condamnés à purger une peine dans un pénitencier fédéral du Québec, Beauregard (2007) montre que plus de la moitié (54,5%) s'était adonnée au moins une fois à un jeu de hasard et d'argent et que 4,7% souffraient d'une dépendance au jeu.

En Nouvelle-Zélande, Abbott, McKenna et Giles (2005) évaluent à 84% le taux de participation des détenus masculins au jeu et à 16 % le nombre de joueurs pathologiques. Des études quantitatives confirment la présence de jeux de hasard et d'argent en milieu carcéral (Lahn et Grabosky, 2003 ; Nixon, Leigh et Nowatzki, 2006 ; Williams, Royston et Hagen, 2005).

Toutefois, celles-ci informent peu sur les motivations à s'y adonner, sur les avantages et les conséquences de cette pratique ou encore sur la façon dont les détenus vivent leur dépendance au jeu durant leur incarcération.

Une recherche qualitative en cours, effectuée auprès de plus de 75 hommes incarcérés dans les prisons du Québec (Canada), permettra de répondre à ces questions.

Les premiers résultats, présentés dans le cadre de cette conférence, offriront un portrait de la situation des joueurs à risque et dépendants incarcérés.

Université de Montréal. Québec

ADDICTIONS COMPORTEMENTALES : FONCTIONS ET REPRÉSENTATIONS PHYSIQUES DE L'OBJET

Agnès Bonnet, Lydia Fernandez et Jean-Louis Pedinelli

L'Addiction est un objet d'étude complexe, en raison notamment de l'absence de lien spécifique entre le comportement et la personnalité qui le sous tend. L'abord du phénomène comportemental est soutenu en premier lieu par une approche nosographique, excluant la dimension subjective. En second lieu, les modèles psychologiques permettent une appréhension de l'acte relativement aux conditions de son apparition, à ses conséquences psychologiques et émotionnelles, mais surtout à sa fonction. Le comportement addictif dans ses rapports avec la subjectivité nous semble poser la question de la vulnérabilité psychique et émotionnelle, mais aussi celle de sa valeur (adaptative) et de ses effets subjectifs (modification, régulation). Envisager la fonction de l'addiction implique de questionner non seulement la nature du comportement (addictions classiques vs addictions comportementales), mais aussi l'objet de l'addiction. Les composantes émotionnelles et subjectives inhérentes à la dynamique addictive nous amènent à considérer l'éprouvé de la rencontre avec l'objet, expérimenté ou anticipé, comme pouvant justifier la répétition et participer à la mise en place du processus addictif. La régulation émotionnelle permet d'éclairer l'articulation du comportement et de la dynamique hédonique qui l'accompagne ; elle ouvre également à partir des effets subjectifs à un éclairage complémentaire sur la subjectivité dans l'Addiction. Ces développements prendront appui sur une clinique des addictions comportementales en nous centrant, au delà de la compréhension du processus, sur l'intervention thérapeutique.

*UFR PSYCHOLOGIE Provence, Aix, Marseille
27 bd Jean Moulin, 13005 Marseille*

COMPARAISONS DES PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS AUTO-RAPPORTÉS DES JOUEURS DE POKER PAR INTERNET SELON L'INTENSITÉ DE LEURS PROBLÈMES ASSOCIÉS AU JEU : UNE ÉTAPE VERS L'ADAPTATION DES MÉTHODES DE TRAITEMENTS.

Priscilla Brochu, Serge Sévigny, Isabelle Giroux et Julie Dufour

De récents écrits mettent l'accent sur l'augmentation de la proportion des joueurs de poker qui développent des problèmes associés au jeu. Dues à la composante habileté, les pensées erronées entretenues par les joueurs de poker peuvent différer de celles des joueurs participant à d'autres types de jeux de hasard et d'argent. De ce fait, les traitements cognitifs-comportementaux utilisés auprès des joueurs de ces autres types de jeu, et visant à corriger leurs pensées erronées, ne sont peut-être pas indiqués pour les joueurs de poker. L'objectif de cette étude consiste à examiner les perceptions des joueurs de poker afin de découvrir les différences entre les pensées des joueurs sans problème et celles des joueurs éprouvant des problèmes. En phase 1, les joueurs ont été interviewés lors de la tenue de trois groupes de discussion. En phase 2, les pensées et comportements des joueurs ont été enregistrés pendant qu'ils jouaient au poker. Les résultats montrent des similitudes et des différences entre les groupes. Entre autres choses, les joueurs ont été sondés sur leurs motivations, leur perception de l'habileté et du hasard, leur perception des problèmes reliés au poker, l'indépendance entre les événements, leur contrôle sur leurs pratiques et sur les autres joueurs, leur fréquence de jeu et le montant d'argent dépensé. La discussion met l'accent sur les différences entre les joueurs avec problèmes et les joueurs sans problème. Il ressort des recommandations qui pourront aiguiller les intervenants dans l'élaboration de leurs interventions auprès des joueurs de poker demandant de l'aide.

Université Laval, Québec. Canada

CITIUS-ALTIUS-FORTIUS : DE L'EXCÈS À LA DÉPENDANCE DANS LES ACTIVITÉS SPORTIVES

Nicolas Cazenave et Grégory Michel

Largement valorisées, les activités physiques et sportives sont un vecteur privilégié de la promotion du bien être et de la santé. Pourtant, certaines conduites individuelles peuvent glisser vers le psychopathologique. En effet, des modalités spécifiques de la pratique sportive semblent partager des similitudes avec les toxicomanies sans drogues / les addictions comportementales. Nous ferons le point à partir d'une revue de la littérature internationale actualisée sur les liens entretenus entre le sport et le fonctionnement addictif. Les entraînements intensifs et répétés seront analysés en tant que conduites d'excès voire d'abus (d'une pratique). Nous questionnerons le sur-investissement sportif intensif comme pouvant être le marqueur d'une pratique compulsive voire addictive au travers de l'addiction au mouvement et de l'addiction à la sensation intense. Dans cette présentation, nous ferons aussi le point sur les instruments de mesure existants permettant de caractériser l'addiction sportive. Sur le plan préventif et thérapeutique nous émettrons quelques pistes de réflexions dans la discussion.

Université de Toulouse II, Le Mirail, bureau R35, rez-de-chaussée du Pavillon de la Recherche, 31000 Toulouse

DE CONDUITES À RISQUES AUX ASSUÉTUDES COMPORTEMENTALES : LE TROUBLE ADDICTIF AU DANGER

Nicolas Cazenave

Il est probable que certaines caractéristiques individuelles infracliniques telles que la recherche de sensations, une dysrégulation affectivo-comportementale puissent favoriser l'auto-renforcement des pratiques à enjeu physique voire l'installation d'un fonctionnement addictif. Le risque et la sensation intense sont aussi au cœur des jeux dangereux. Quatre étapes semblent motiver ces pratiques : la prise de risque, la recherche d'un éprouvé intense, la perte de conscience, et le réveil-survie. Il est à noter que les pratiquants se caractérisent par une symptomatologie dépressive plus sévère que les non pratiquants. Certains de ces éléments dépressifs sont sans doute primaires au jeu, mais il est aussi possible que d'autres en soient la conséquence, ceci ayant pour effet de renforcer l'assuétude affectivo-comportementale. En effet, le danger comme moyen d'activation pourrait remplir à la manière d'un toxique une fonction d'auto-régulation émotionnelle et comportementale avec le risque que cette excitation s'auto-entretienne. Certains des « participants » augmentent leur pratique et repoussent le seuil de sécurité en adoptant des comportements de plus en plus risqués pour ressentir des éprouvés encore plus intenses. À cela, s'ajoute une élévation de la tolérance à la souffrance. Lorsque certains indices sémiologiques caractérisent la pratique d'activités à risques comme la répétition d'une situation dangereuse, la perte de contrôle, l'envahissement de la vie psychique, le temps consacré au détriment des activités sociales, familiales, scolaires... Celles-ci peuvent rendre compte d'une réelle dépendance au danger. Il devient donc nécessaire pour le clinicien, le chercheur de repérer tous ces indices critériologiques de l'addiction.

Université de Toulouse II, Le Mirail, bureau R35, rez-de-chaussée du Pavillon de la Recherche, 31000 Toulouse

RELATION DES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES AVEC LA DÉPENDANCE AUX JEUX VIDÉO EN LIGNE

S. Schmit, Emeline Chauchard et Henry Chabrol

Les études sur la cyberdépendance ont montré que les usagers pathologiques d'Internet présentaient des troubles psychopathologiques tels que la dépression (Davis, 2001) ou une faible estime de soi (Niemz, Griffiths et Banyard, 2005). De plus, ils manquent de support social ou souffrent d'isolement social (Davis, 2001).

Notre étude propose une comparaison de ces caractéristiques entre une population non-dépendante et une population dépendante aux jeux vidéo en ligne. La population est constituée de 485 participants âgés de 11 à 26 ans. Dans cette population, 89% (N=431) sont des hommes, 11% (N=54) sont des femmes et 40% (N=192) sont dépendants aux jeux vidéo en ligne. Pour mesurer les caractéristiques, nous avons utilisés les critères de la dépendance du DSM-IV-TR, L'Échelle de sentiment d'appartenance sociale, L'Échelle de qualité des relations interpersonnelles, L'UCLA Loneliness Scale, L'Échelle d'estime de soi de Rosenberg et la CES-D.

Dans la population dépendante aux jeux vidéo en ligne, le nombre d'heures passées à jouer par semaine, les scores d'appartenance sociale dans la vie virtuelle, de solitude et le score obtenu à la CES-D sont plus importants que ceux de la population non-dépendante. De plus, dans la population dépendante, l'âge et les scores d'appartenance à la vie réelle, d'estime de soi, de la qualité des relations familiales, amicales, avec les camarades de classe et avec les gens en général sont plus faibles que ceux de la population non-dépendante.

Ces résultats suggèrent une plus grande attention à porter à cette pratique des jeux vidéo en ligne ainsi qu'une meilleure prévention parentale.

Université de Toulouse, Laboratoire Octogone-CERPP

L'ADDICTION AU VIRTUEL : UNE PRÉSENCE SANS ABSENCE

Bertrand Disarbois

Dans notre travail de recherche, nous nous sommes intéressés à l'addiction aux jeux vidéo en ligne et plus particulièrement aux MMORPG, jeux de rôle sur Internet. Inspirés par les constatations cliniques des centres d'addictologie, nous avons conçu cette nouvelle forme de dépendance en lien avec le processus adolescent et la problématique de séparation qu'il implique.

Ainsi nous avons mené une étude clinique sur un échantillon de quatre joueurs rencontrés en dehors de tout contexte institutionnel en nous aidant d'un entretien semi-directif et de deux tests projectifs (le Rorschach et le TAT).

Notre objectif a été de comprendre la fonction de la dépendance au jeu virtuel dans l'économie psychique du sujet à travers trois axes qui nous ont semblé pertinents : la relation d'objet, la gestion de l'agressivité et la problématique dépressive.

Nos résultats mettent en évidence une socialisation non socialisante (résistance narcissique à l'investissement de l'objet), un jeu sans risque (agressivité non élaborable) et une lutte anti-dépressive (impossibilité d'accepter la perte et la séparation). Nous trouvons également une fragilité narcissique sous-jacente (défaut d'objet interne). Le sujet virtuel devient chez le joueur excessif un objet transitoire (Mc Dougall), objet externe venant lutter contre l'absence et le manque de ressources internes.

Au final, l'addiction aux jeux virtuels vient empêcher le second processus de séparation-individuation (P. Blos) que constitue l'adolescence. Addiction que nous pouvons comprendre comme la conservation des attaches morbides du sujet avec ses objets infantiles, entravant ainsi le processus adolescent et la construction identitaire.

Laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie EA 4056
Institut de psychologie, Université Paris Descartes
71 avenue Edouard-Vaillant, F-92774 Boulogne-Billancourt Cedex

PERCEPTION DES RELATIONS FAMILIALES PAR LES PARENTS ET LEUR ENFANT : COMPARAISON DE DEUX MODALITÉS DE MESURE DANS L'ANOREXIE MENTALE

Jeanne Duclos

Introduction : La mesure de la qualité des relations familiales se fait selon différents concepts, comme celui du lien (bonding) et du climat familial (émotion exprimée - EE). Ces deux concepts seraient théoriquement liés selon leurs auteurs, ce qui a été partiellement vérifié dans des populations de patients schizophrènes. Nous avons testé cette hypothèse en comparant la mesure de la perception des liens familiaux, évaluée par le Parental Bonding Instrument (PBI) à la mesure du climat émotionnel familial avec le Five Minute Speech Sample (FMSS).

Méthodologie : Notre étude a été menée auprès de 60 jeunes filles hospitalisées pour anorexie mentale et leurs parents. Les patientes ont rempli le PBI et leurs parents (N=60 mères et N=59 pères) ont été évalués par le FMSS et une version modifiée du PBI.

Résultats : Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre le PBI des adolescentes et le niveau d'EE de leurs parents. Il existe un lien significatif entre les perceptions des adolescentes et celles de leurs parents au PBI ; les perceptions des liens familiaux au PBI des mères sont liées à leurs niveaux d'EE au FMSS.

Conclusions : Dans un échantillon de sujets anorexiques nous n'avons pas retrouvé de liens significatifs entre les deux mesures des relations familiales FMSS et PBI, ce qui ne plaide pas en faveur de l'existence d'un lien entre le concept du bonding et celui de l'EE. Il reste nécessaire d'évaluer les relations familiales tant du point de vue des parents que de celui de l'enfant dans ce type de population.

Institut Mutualiste Montsouris, Paris

SOMATO-PSYCHOPÉDAGOGIE ET RECONSTRUCTION DE L'IMAGE DE SOI CHEZ LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Emmanuelle Duprat

La somato-psychopédagogie est une discipline appliquée d'une discipline universitaire, la psychopédagogie perceptive, qui appartient aux sciences et pédagogies de la santé. Cette discipline émergente, que l'on peut situer comme une thérapie à médiation perceptive, fait l'objet depuis plusieurs années de formations et d'études en France et à l'étranger (Europe, Québec).

Certaines études (Duprat, 2007) montrent que le toucher de relation de la somato-psychopédagogie est très bien accueilli par les personnes présentant des troubles des conduites alimentaires et qu'elles se sentent respectées et en confiance. Le cadre de pratique (patient habillée, position allongée ou assise, progressivité de l'implication proposée), ainsi que l'expertise des praticiens capables de reconnaître des indicateurs internes précis de la demande non formulée du corps, représentent une voie de passage corporelle fine et bien maîtrisée auprès d'une population délicate. L'approche manuelle peut-être complétée par une pratique gestuelle.

Pour les patientes souffrant de TCA, le cadre de la somato-psychopédagogie peut permettre dans un premier temps un apaisement des tensions corporelles et intrapsychiques sans focalisation morbide de la conscience sur leur propre corps. Elles peuvent ensuite voir se modifier progressivement leur rapport perceptif puis représentationnel à leur corps et à elles-mêmes, comme si l'image corporelle et l'image de soi se reconstruisaient de l'intérieur, en amont des clivages somato-psychiques et même perceptivo-cognitifs.

Les personnes témoignent alors d'une réelle « réappropriation » d'elles-mêmes. « Enfin là, la tête, le corps fonctionnent ensemble. Et on n'est pas là en train de se dire « il faut qu'ils fonctionnent ensemble », non c'est naturel en fait.

Institut Académique Affilié à l'Université Fernando Pessoa
POINT D'APPUI, 71 Bd de Brandbourg, 94200 Ivry sur Seine

JEUX VIDÉO EN LIGNE ET HORS LIGNE, LA QUESTION DE L'ADDICTION

Sophie Gaëtan¹, Agnès Bonnet¹ et Jean-Louis Pardinielli²

Les jeux vidéo correspondent à une problématique actuelle. Il en existe 2 formats: en ligne/ hors ligne. La littérature ne fait pas d'un seul format pouvant donner lieu à une dépendance : les MMORPG (Valleur, M., 2006). Or, l'addiction aux jeux vidéo hors ligne existe.

Chez de jeunes adolescents, 69% utilisent les jeux hors ligne et 43% des sujets présentant une problématique addictive utilisent ces même jeux. L'avatar, représentation virtuelle et alternative de soi (Bessière et coll., 2007), permet de compenser virtuellement des aspects de soi et de sa vie jugés inadaptes.

Notre objectif est de déterminer dans quelle mesure le format de jeu vidéo joue un rôle dans le processus addictif chez de jeunes adolescents (11-14 ans).

La méthodologie quantitative permet d'évaluer l'addiction aux jeux vidéo (GAS, Lemmens et coll., 2007), la perception de soi (PPS, Bouffard et coll., 2002) et la satisfaction de vie (ESV, Blais et coll., 1989). Les joueurs hors ligne perçoivent leur vie comme plus satisfaisante que les joueurs en ligne (p=.034). Cependant à travers le virtuel les joueurs en ligne rehaussent d'autant plus leur satisfaction de vie. Les joueurs hors ligne se perçoivent comme plus compétents et plus adaptés au monde réel et virtuel que les joueurs en ligne (p=.028, p=.032), notamment concernant la dimension sociale.

Nous pensons qu'il existe deux types de processus addictif. Le jeu en ligne et sa composante relationnelle permettrait de satisfaire aux exigences sociales. Le jeu hors ligne permettrait d'exprimer des aspects de soi peu/pas connus dans la vie réelle.

1 : Université de Provence, Aix-Marseille 1, Centre de recherche PsyCLE,

2 : Université de Provence, Aix-Marseille 1, Laboratoire de Psychopathologie clinique et Psychanalyse

SYNDROME MÉTABOLIQUE ET PRATIQUE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Axel Hasenhoeller

Contrairement à la comorbidité psychiatrique, la comorbidité somatique du jeu excessif demeure peu investiguée. La recherche épidémiologique rapporte des symptômes de fatigue, et d'insomnie, des problèmes respiratoires, des problèmes intestinaux, des migraines, de l'obésité, des problèmes cardio-vasculaires, ainsi qu'une pression artérielle élevée associée à une pratique excessive de jeu (Petry et al. 2005 ; Bergh & Kuhlhorn, 1994 ; Leisure, 1998).

Pour mieux comprendre l'association entre pratique régulière des jeux d'argent et symptômes somatiques, nous avons évalué, par analyse secondaire de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2007 réalisée sur la base d'un échantillon représentatif de la population suisse (N=14111), la présence de trois critères diagnostic définissant le syndrome métabolique (tension artérielle et taux de cholestérol élevé ainsi que présence de diabète) selon deux pratiques de jeu : Absence de jeu dans l'année (n = 839 ; 387 H, 452 F) ; Joue 2 fois et plus par semaine (n =644 ; 376 H, 268 F). Toutes les analyses ont été effectuées sur les données pondérées à la population suisse à l'aide de tableaux croisés.

Les résultats préliminaires montrent que les hommes jouant fréquemment présentent une proportion accrue des symptômes définissant le syndrome métabolique, avec un pourcentage de 1,4% pour les non joueurs et de 1,9% pour les joueurs fréquents. Chez les hommes de plus de 55 ans, la proportion observée est de 1.9% pour les non joueurs et de 2,5% pour les joueurs fréquents.

CHUV Centre du Jeu Excessif, Lausanne, Suisse

LES ÉCHELLES DE MESURE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE D'INTERNET REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

Laurence Kern et Didier Acier

Contexte : Depuis 1995, Goldberg pose la question de la définition d'une utilisation normale versus pathologique d'Internet. Cette problématique reçoit alors beaucoup d'attention qui se concrétise dans plusieurs champs théoriques et pratiques (Chou, Hsiao, 2000), ce qui donne lieu à de nombreuses définitions. On assiste ainsi à un glissement vers plusieurs concepts, comme par exemple la passion, la dépendance ou l'usage problématique. Parallèlement, une vingtaine d'échelles tentent de mesurer la « cyberdépendance » et tentent d'opérationnaliser ces concepts en construisant les items à partir d'une symptomatologie variée et appliquée auprès d'échantillon différents. Cette situation crée une situation pour le moins confuse, tant pour le praticien que pour le chercheur. Il apparait donc nécessaire de s'intéresser aux constituants de ces échelles.

Objectif : faire une recension et une analyse critique des différentes échelles s'intéressant à la mesure de l'usage problématique d'Internet.

Méthodologie : Nous avons procédé à une recension exhaustive des articles publiés entre 1995 et avril 2010 dans les bases de données Pub med, PsychInfo, Eric, Francis afin d'identifier l'ensemble des échelles psychométriques existantes et ayant fait l'objet d'une publication scientifique de langue française ou anglaise. Nous avons analysé l'ensemble des échelles en fonction de leur définition, de leurs qualités psychométriques et de leurs conditions d'utilisation (modèle d'analyse de Grégoire et Laveault, 2002).

Discussion et implications : Cette analyse permet de faire ressortir les forces et limites de chacune des échelles. Elle permet ainsi de mettre en évidence les instruments qui paraissent les plus pertinents selon les besoins des cliniciens et chercheurs.

UFR STAPS, Université Paris Ouest, Nanterre. Paris

APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA RELATION À L'AUTRE ET GESTION DES RÉACTIONS DE FRUSTRATION CHEZ DES SUJETS PRÉSENTANT UNE ADDICTION COMPORTEMENTALE

Marthylle Lagadec et Olivier Grondin (2009)

« C'est devenu plus fort que moi » disent ceux qui sont pris au piège...

Une nouvelle clinique des addictions, centrée sur la conduite du sujet, que l'addictologie commence peu à peu à intégrer, suite à un constat socio-contemporain, ouvre une voie vers la prise en compte des addictions comportementales.

L'absence d'un effet pharmacodépendant dans l'addiction comportementale, nous a conduit à nous intéresser à travers cette étude, aux marqueurs psychologiques renforçateurs du processus addictif sans substance. Notre objectif est de montrer, par une approche psychodynamique de la conduite addictive, que chez le sujet dépendant sans substance, une gestion inadaptee de la frustration ainsi qu'une organisation psychique sur un fonctionnement limite, avec failles des assises narcissiques et vécu dépressif, sont en lien avec la conduite de dépendance. Les résultats de notre étude, menée sur une population d'acheteurs compulsifs et de joueurs pathologiques, vont dans le sens de l'existence de cette corrélation.

Centre de Référence sur le Jeu Excessif, CHU Nantes
Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes

IN MEDIAS : AU CŒUR DU DIALOGUE

Yaël Liebkind

In Medias, au cœur du dialogue est un outil spécifique de prévention pour les jeunes visant une autoprotection (individuelle et de groupe) face aux risques d'utilisation excessive des jeux et des écrans.

Par le processus pédagogique et éducatif que représente la pratique du dialogue philosophique en groupe, nous visons à renforcer la promotion d'attitudes protectrices. La valorisation et le renforcement des compétences des jeunes est le levier par lequel nous souhaitons susciter une réflexion critique face aux écrans et à l'offre de jeu dans sa globalité.

La pratique du dialogue philosophique sur des questions liées aux activités accessibles par les écrans favorise :

- le développement d'un jugement raisonnable,
- une meilleure connaissance de soi,
- une capacité à s'interroger, se situer et à se protéger de la manipulation.

Objectifs génériques

- Donner aux jeunes des espaces et de la matière pour construire ensemble une réflexion critique face à un marché du jeu toujours plus attractif
- Mettre à disposition des intervenants scolaires, du matériel, des informations et, le cas échéant, la formation nécessaire à l'utilisation de l'outil

Objectifs individuels

- Apprendre à se questionner et à questionner les sujets liés aux écrans
- Apprendre à se situer et à se positionner, devenir plus critique
- S'ouvrir à d'autres façons de penser

Objectifs collectifs

- Apprendre à penser ensemble et à co-construire en prenant appui sur les idées émises
- Développer des habiletés au dialogue favorisant le respect des différences et la bienveillance

Centre de prévention du jeu excessif, Lausanne. Suisse

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX DU JEU PATHOLOGIQUE UNE RECHERCHE POLONAISE

Bernadeta Lelonek

La nouvelle loi sur les jeux de hasard de 2003 a provoqué une énorme augmentation des appareils de loterie vidéo en Pologne et, en conséquence, des revenus de l'État (de 347 310 PLN à 2004 jusqu'à 2 417 472 PLN à 2006). Conséquemment, des gens dépendants des jeux de hasard sont plus nombreux dans les centres de traitement des dépendances mais les soignants de ces centres en Pologne ne sont pas suffisamment préparés au travail avec ce type de problème (un manque de recherches et de connaissance de cette pathologie).

L'auteur de ce travail a décidé de réaliser une étude des joueurs pathologiques en Pologne. L'échantillon se compose de cent trente et un hommes adultes jouant aux appareils de loterie vidéo, parmi lesquels le pourcentage des joueurs pathologiques est de 54,2% (et 18,3% de joueurs à risque). Le but de cette étude était de trouver des variables psychologiques et sociales reliées à la dépendance aux jeux de hasard. Pour atteindre ce but, on a utilisé cinq questionnaires psychologiques et on a fait des entretiens individuels avec des joueurs.

En résumant on peut dire que les variables psychologiques et sociales reliées à la dépendance aux jeux de hasard sont suivantes (p. ex.) : la fréquence de participation aux jeux ; deux motivations pour jouer (un gain et l'oubli des soucis quotidiens) ; le Névrosisme (élevé), l'Agréabilité (diminué), la Conscience (diminué) ; de spécifiques besoins psychologiques (mesurés par le questionnaire de personnalité l'Adjective Check List (ACL) de Gough); des croyances erronées.

Centre de traitement des dépendances, Lublin. Pologne

SYMPTOMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX EN RELATION AVEC LA RENUTRITION CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'ANOREXIE MENTALE

Lama Mattar

Contexte : Les liens entre les symptômes dépressifs ou anxieux et la dénutrition dans l'anorexie mentale (AM) sont largement mentionnés dans la littérature mais peu d'auteurs ont réalisé des études sur la variation du niveau d'anxiété et de dépression au cours de la renutrition des patients anorexiques (1-4). Il n'est pas clairement établi à ce jour si les symptômes sont uniquement la conséquence de la dénutrition et de la perte de poids ou s'ils préexistent au delà de la dénutrition, et dans quelle mesure (5-8). En effet, la dénutrition peut provoquer des symptômes anxieux ou dépressifs : insomnie, troubles de la concentration, irritabilité, anxiété, obsessions (y compris non alimentaires), retrait social, perte de la libido (5, 9).

Hypothèse : 1) La présence des symptômes anxieux et dépressifs chez les anorexiques dénutris est liée à l'intensité de l'état de dénutrition. 2) Les symptômes anxieux et dépressifs s'améliorent avec l'évolution de l'état nutritionnel.

Méthodologie : 24 patientes ont été recrutées successivement et conjointement sur l'hospitalisation selon les critères du DSM-IV. Elles sont évaluées à l'entrée et à la sortie : l'état de dénutrition est décrit par l'IMC. Les symptômes dépressifs sont évalués par l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD-21) et de la BECK (BDI, auto-questionnaire). Les symptômes anxieux par l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton.

Conclusion : Les résultats à venir de cette étude nous permettront de mieux comprendre les liens entre les symptômes dépressifs/anxieux et la dénutrition dans l'AM et donc de mieux traiter les patients en ciblant éventuellement de prime abord une renutrition efficace.

INSERM U669, Maison de Solenn, 97 Boulevard de Port Royal, 75679 Paris

ADDICTION AUX JEUX, ADDICTIONS MULTIPLES ET SOINS RÉSIDENTIELS

Naira Melieva et Alain Morel

Quelle perspective peut offrir la dynamique des groupes, la rencontre avec d'autres addictions (avec et sans produit) et le continuum temps et lieu, dans l'accompagnement d'un changement pour des personnes addictes au jeu ?

Le centre Kairos propose un programme thérapeutique structuré sur six semaines qui vise quatre axes de changement : l'addiction, le bien-être, la connaissance de soi et les relations sociales.

S'appuyant sur les approches humanistes et de gestion expérientielle, le programme psycho-éducatif et thérapeutique cherche à renforcer la capacité du patient et à lui donner une place active, élément repéré comme primordial dans la mise en œuvre d'un changement de comportement, notamment chez les joueurs.

Concernant les addictions, des ateliers utilisant la technique de prévention de la rechute (modèle proposé par A. Marlatt et repris sur le jeu par R. Ladouceur) permettent de favoriser une restructuration cognitive et un développement des stratégies de coping.

Sur l'axe de la connaissance de soi, le travail sur l'identification et la gestion émotionnelle ainsi que le rapport au réel et à sa transformation par la création permettent de renforcer l'acceptation du principe de réalité et de limiter la recherche de « toute-puissance » active chez le joueur pathologique.

La recherche des éléments du bien-être est un axe prioritaire en particulier lorsque la co-morbidité se situe autour d'un trouble de type dépressif, symptomatologie particulièrement présente.

C'est à partir de notre expérience clinique que nous souhaitons partager nos observations et nos outils afin d'élargir les pistes cliniques dont nous disposons et d'améliorer l'accompagnement des addictions sans produit.

Association Oppedia, Centre Kairos, 111 rue du Général-Leclerc, 78570 Andresy

LA PLACE DU CORPS DANS L'ANOREXIE : CORPS-SOCIAL ET IMAGE DU CORPS

Delphine Rochaix, Sophie Gaëtan*, Agnès Bonnet et Jean-Louis Pardinielli

Nous assistons à l'émergence de troubles liés à l'image du corps et à sa place dans la culture. Il existe un lien entre pressions familiales/sociales/recherche de minceur (Field et al., 2003), entre évolution des standards esthétiques/troubles des conduites alimentaires (Hoek et al., 2003). Ces troubles peuvent être mis en relation avec une activité physique excessive (Afflelou et al., 2004). Nous les envisageons comme témoignant d'un possible refus d'un corps ordinaire renvoyant à des difficultés dans l'appréhension du corps propre voire s'étayant sur un vécu sensoriel particulier. Le corps n'est plus le représentant du sujet, il devient un corps-objet pouvant être l'objet des regards, et dont le sujet peut se saisir. À travers l'alimentation, le sujet peut modeler ce corps. Cette étude a pour objectif de questionner la place du corps dans l'organisation de conduites alimentaires pathologiques chez le jeune adulte (18-25ans). La méthodologie quantitative permet d'évaluer : les troubles des conduites alimentaires (EAT-40, Gardner & Garfinkel, 1979), l'estime corporelle (BES, Mendelson et al., 2001), la dysmorphophobie (BDD-YBOCS, Phillips et al., 1997), la désirabilité sociale (SDS, Crowne & Marlowe, 1960) et la dépendance à l'activité physique (EDS-R, Hausenblas, 2002). Nous pensons que les sujets présentant des troubles de conduites alimentaires présenteront une faible estime de soi corporelle. Les sujets souffrants de troubles alimentaires devraient par ailleurs présenter des scores importants aux échelles de dysmorphophobie, de désirabilité sociale et de dépendance à l'activité physique. Les données obtenues permettront de soutenir la construction d'un modèle explicatif des troubles des conduites alimentaires.

Laboratoire PsyCLE, Université de Provence Aix-Marseille I

PERFECTIONNISME ET RECHERCHE DE SENSATIONS DANS LA MODIFICATION CORPORELLE

Delphine Rochaix, Agnès Bonnet, Moez Bejaoui et Jean-Louis Pardinielli

La répétition semble être un facteur courant dans les modifications corporelles (mc), définie comme l'« altération délibérée (semi) permanente du corps incluant des procédures telles que le tatouage et le piercing » (Featherstone, 1999). Bonnet & Bréjard (2009) questionnent l'origine de l'addiction dans le sport : répétition de mouvement/résultat émotionnel de cette répétition/stimulation physiologiques (douleur/effort)/bien-être. Nous observons cette dimension addictive dans les pratiques de mc où l'implication du corps est centrale.

Objectif : questionner ce phénomène addictif sous l'angle du Perfectionnisme (recherche d'un idéal physique) et de la Recherche de Sensations. Le Perfectionnisme est traité par certains auteurs (attentes morales/physiques/personnelles/parentales, Hewitt et al., 2003 ; Cash & Labarge, 1996), ainsi que la recherche de sensations dans la pratique de sports extrêmes, abordant peu l'éprouvé (Zuckerman, 1964 ; Michel et al., 1999).

Nous interrogeons ces deux dimensions en les rattachant spécifiquement au domaine de la mc. Notre recherche prend appui sur un échantillon de 47 sujets (H/F : 4/43, de 21,78±2,19 ans). La méthodologie est quantitative.

Nous avons élaboré un questionnaire repérant les conduites des sujets (type de modifications/emplacement/nombre), puis une échelle de perception corporelle abordant le Perfectionnisme tourné sur l'apparence et la Recherche de Sensation/détournement de souffrance.

Les analyses statistiques (corrélations/régression simple) effectuées avec le logiciel SPSS18 mettent en avant : une corrélation entre le nombre de mc et la Sensation ($r=,428^{**}p<.05$) ; le nombre de mc et le Perfectionnisme ($r=,311^{*}p<.05$).

La Recherche de sensations comme facteur explicatif du Perfectionnisme ($r=,206^{*}p<.05$). Nous pouvons interroger l'impact de la Recherche de sensations/du Perfectionnisme sur le processus addictif dont relève la mc et questionner une vulnérabilité émotionnelle liée accompagnée de troubles de la perception de soi.

Laboratoire PsyCLE, Université de Provence Aix-Marseille I

AGONISTES DOPAMINERGIQUES ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES : À PROPOS D'UN CAS DE TRAVESTISME CHEZ UN PATIENT PARKINSONNIEN

Anne Sauvaget, P. Derkinderen et J.M. Vanelle

Parmi les traitements anti-parkinsoniens, les agonistes dopaminergiques peuvent entraîner des effets secondaires comportementaux. Nombre de ces troubles du comportement dits « hyperdopaminergiques » s'apparentent à des conduites addictives : dépenses excessives, jeu pathologique, conduites à risque, hypersexualité. Ont également été décrits une élation de l'humeur, de l'agressivité et le punding. Ces troubles du comportement seraient en lien avec un trouble de l'impulsivité induit par une hyperdopaminergie. Ils disparaissent normalement à l'arrêt du traitement. Les troubles sexuels induits par les agonistes dopaminergiques sont représentés à la fois par une augmentation de la sexualité (libido, nombre de rapports, activité de masturbation) et par une déviance possible de la sexualité (zoophilie, pédophilie, exhibitionnisme, travestisme). Le travestisme est un trouble de l'identité de genre qui consiste à porter des vêtements du sexe opposé, sans désir de changer durablement de sexe. Nous décrivons le cas d'un homme parkinsonien de 51 ans, qui a développé des conduites de travestisme ainsi que d'autres troubles du comportement (achats compulsifs, hyperactivité, conduites sexuelles à risque) et une exaltation de l'humeur, suite à l'introduction d'un traitement par agoniste dopaminergique (pramipexole). Ces troubles ont disparu à l'arrêt du traitement, ce qui plaide en faveur d'une origine iatrogène. D'autres hypothèses diagnostiques seront discutées, dont une bipolarité ou un trouble de la personnalité associé. Les principales mesures thérapeutiques consistent à arrêter les traitements en cause, à proposer une mesure de protection et un suivi psychiatrique.

Psychiatrie de Liaison, CHU NANTES

DIFFÉRENCES AU NIVEAU DES PROBLÈMES, COMPORTEMENTS ET PRÉFÉRENCES DES JOUEURS D'APPAREILS DE LOTERIE VIDÉO SELON LE TYPE DE SITE QU'ILS FRÉQUENTENT

Serge Sévigny, Isabelle Giroux, K. Côté, M. Leclerc, C. Jacques, Robert Ladouceur et I. Beaudoin

L'objectif de cette étude consiste à examiner les différences entre les caractéristiques des joueurs de loterie vidéo selon deux types de site de jeu : 66 joueurs, pariant dans un grand salon de jeu contenant 335 appareils de loterie vidéo (ALV), ont été comparés à 143 joueurs préférant jouer dans des petits sites contenant 5 ou 10 ALV. Tous les sites étaient érigés dans un environnement socioéconomique équivalent et les joueurs ont été interviewés dans leur site de jeu. Les résultats montrent que comparativement aux joueurs du grand salon, plus de joueurs des petits sites ont obtenu un score positif au « NORC DSM screen for gambling problems » spécifiquement adapté pour la loterie vidéo. Les participants des petits sites jouaient plus fréquemment, ont joué aux ALV depuis plus longtemps et étaient plus nombreux à avoir visité plus d'un site de jeu que les joueurs du grand salon. De plus, les préférences des joueurs lors du choix d'un site de jeu varient d'un groupe à l'autre. Par exemple, parmi 36 caractéristiques propres au site, la proximité fut la plus citée chez les joueurs des petits sites alors que les joueurs du grand salon préféraient la sécurité. Ces derniers accordaient également plus d'importance au nombre d'appareils disponibles sur le site que les joueurs des petits sites. Un fait intéressant, plusieurs caractéristiques des sites n'influençaient pas les joueurs dans leur choix d'un site de jeu. Bref, cette étude procure des informations récentes sur des facteurs de risque potentiels associés au jeu pathologique.

Université Laval. Québec

JEU PATHOLOGIQUE ET DISPOSITIF DU NORD PAS DE CALAIS : RECHERCHE ACTION - FORMATION

Jacques Yguel

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ont, dans leurs missions, le dépistage et l'information, voire la prise en charge de toutes les addictions dont le jeu pathologique. La prévalence attendue chez les personnes présentant une problématique addictive associée est de 3 à 4 fois supérieure à la population générale (soit 4 à 8% des consultants du dispositif addictologique). Nous devrions nous attendre ainsi à rencontrer un millier de consultants des CSAPA du Nord-Pas-de-Calais répartis sur 22 structures de soins ambulatoires et peut-être autant dans le dispositif résidentiel.

Sur le modèle de ce qui avait été réalisé pour le tabac et via l'Association ECLAT GRAA, nous avons choisi :

- de former l'ensemble de ces structures d'addictologie ambulatoire, réparties sur 4 bassins de vie,
- de proposer dans le même temps, la création d'un outil d'information et de dépistage, en collaboration avec l'Institut Pasteur de Lille et les centres de ressources,
- et via le Réseau de Recherche Clinique en Addictologie de l'Association ECLAT GRAA, de proposer une étude de prévalence sur l'ensemble du dispositif permettant de recueillir des données sociodémographiques ainsi que de valider un outil de dépistage.

Une enquête sera réalisée auprès de professionnels afin d'évaluer la pertinence des connaissances avant et après cette action.

Nous exposerons la réalité et la faisabilité de ces trois actions dont l'objectif est d'accroître les compétences du dispositif addictologique régional, de préciser un profil de population chez les personnes poly-addictives et d'organiser une filière de soin par bassin de vie, coordonnée et raisonnée.

Service Alcoologie, CH du Pays d'Avesnes, 59363 Avesnes-sur-Helpe Cedex

SUICIDALITÉ, ABUS D'ALCOOL ET JEU PATHOLOGIQUE

Coralie Zumwald

Les études internationales mettent en évidence des taux de comorbidité élevés entre le jeu pathologique et les troubles liés aux substances. Crockford et El Guebaly (1998) ont rapporté que 25 à 63% des joueurs pathologiques ont présenté dans leur vie un trouble lié aux substances (alcool principalement). Dans des échantillons cliniques, ces taux varient entre 45 et 75%. D'autre part, plusieurs études ont rapporté des taux élevés de comportements suicidaires dans le jeu pathologique. Dans un échantillon de 36 984 sujets issus de la population générale, Newman et Thompson (2007) ont trouvé que lorsque l'on contrôle la dépression, la dépendance à l'alcool, les soins en santé mentale, le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et le revenu, le risque relatif de tentative de suicide est augmenté de 3,4 chez les joueurs pathologiques. Les études portant sur des joueurs en traitement indiquent quant à elles que 32 à 81% des participants font mention d'idées suicidaires, tandis que 12 à 30% d'entre eux rapportent des antécédents de tentative de suicide.

Cette présentation vise à examiner les taux de prévalence des comportements suicidaires et des abus d'alcool au sein d'une population de joueurs en recherche de traitement dans un centre ambulatoire spécialisé suisse. Les données sont issues des dossiers médicaux de 342 joueurs pathologiques ayant consulté entre 2002 et 2009. Nous avons examiné les relations entre des variables sociodémographiques (genre, état-civil, assurance invalidité, dettes) et deux types de variables cliniques : l'abus ou la dépendance à l'alcool et les comportements suicidaires (idées suicidaires et tentatives de suicide). Les résultats montrent que 24% des patients rapportent des idées suicidaires, tandis que 15% rapportent des antécédents de tentative de suicide. De plus, 31% des patients remplissent les critères d'abus ou de dépendance à l'alcool. Ces données soulignent l'importance d'intégrer un volet de prévention du suicide dans l'agenda de traitement des patients présentant un jeu pathologique.

Centre du Jeu Excessif, Lausanne. Suisse



Un Institut fédératif des addictions comportementales pour développer la recherche sur les addictions sans drogue

En 2008, le CHU de Nantes et deux opérateurs de jeux, La Française des Jeux et le PMU, s'associent pour créer le Centre de référence sur le jeu excessif (CRJE), sous l'égide du Professeur Jean-Luc Vénisse. Premier acte fondateur, le Centre de référence sur le jeu excessif apparaît aujourd'hui comme la composante d'un projet plus vaste : l'Institut fédératif des addictions comportementales (IFAC).

Cet institut comprendra à terme deux autres Centres de référence : le Centre de référence sur les excès sportifs et alimentaires (CRESA) et le Centre de référence sur les dépendances affectives, sexuelles et sectaires (CRDASS).

La création de l'Institut fédératif des addictions comportementales a pour but de développer la recherche sur ces nouvelles conduites problématiques afin de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans les conduites addictives et orienter les programmes de prévention et de soins.

Institut fédératif des addictions comportementales

Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie
CHU de Nantes - Hôpital Saint Jacques
Batiment Louis Philippe section O
85 rue Saint-Jacques
FR-44093 NANTES CEDEX 1
02 40 84 76 04

Retrouvez images et retour sur le congrès sur le site Internet :

www.addiction-congres-nantes2010.fr



URAA
Union régionale d'associations
en addictologie des Pays de la Loire