



## La médecine aux frontières de l'addiction

### Les addictions comportementales

Comptes-rendus des ateliers la Journée CoRoMa du 26 novembre 2009, à Montreux

#### Editorial

Fidèle à son mandat, cette 13<sup>e</sup> édition de Flash addiction reste centrée sur les intérêts et préoccupations des médecins de premier recours, pierre angulaire du traitement des dépendances en Suisse.

Axée sur le thème des nouvelles addictions, il reprend les contributions des différents conférenciers et animateurs d'atelier de la Journée CoRoMa 2009.

Les conduites addictives sans substance, loin de n'être qu'un effet de mode, se développent et nous interrogent : intervenants, patients et proches.

Sujet à la mode d'une part et sujet paradoxal de l'autre : si les addictions s'inscrivent de longue date dans les sociétés humaines, on relève actuellement une tendance sociétale à désigner comme pathologique toutes les composantes de la vie moderne. Ainsi devient-on « accro » au portable ; on développe une « cyberaddiction » ; ou encore on souffre de problèmes d'achats compulsifs... Nous courrons un risque de surmédicaliser tout un pan de notre existence, tant la frontière entre un comportement normal et pathologique s'effrite lorsque le manque à être se traduit par le manque à avoir.

L'addiction existe en tant que concept unificateur qui réunit la pluralité des problèmes de dépendance dans leur dimension de souffrances liées aux demandes d'aide et de soins. Mais alors comment définir ces nouvelles addictions ? Que peut faire le médecin de premiers recours ?

Nous remercions l'ensemble des animateurs d'ateliers qui ont contribué au présent numéro. Nous saisissons également l'opportunité de remercier les orateurs intervenus aux sessions plénières : Michel Reynaud de l'hôpital universitaire Paul Brousse à Paris, Marc-Henry Soulet de la Chaire de Sociologie, politiques sociales et travail social de l'Université de Fribourg et Jean-Daniel Barman de la Ligue valaisanne contre les toxicomanies. Vous retrouvez leurs contributions sous <http://www.romandieaddiction.ch/>. Enfin, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance envers l'ensemble des collaborateurs et partenaires intentionnels qui ont permis la réussite de cette rencontre.

Bonne lecture, et rendez-vous à tous pour la prochaine journée CoRoMA au printemps 2011 à Fribourg !

Isabelle Gothuey, organisatrice de la journée  
Secteur Psychiatrique de l'Est Vaudois, Fondation de Nant

Caroline Dunand, collaboratrice scientifique  
Service de psychiatrie communautaire, DP/CHUV

Olivier Simon, responsable du dicastère, appui logistique/scientifique  
Collège Romand de Médecine de l'Addiction

# Troubles du comportement alimentaire

Nevena Vlajic

Unités de dépendances, Secteur psychiatrique de l'Est vaudois, Fondation de Nant

Sandra Gebhard

Service de Psychiatrie de Liaison, Département de Psychiatrie, CHUV

## Vignette clinique

“ Il s'agit d'un patient de 33 ans, célibataire, né en Suisse et d'origine sicilienne. Il est le cadet d'une fratrie de deux. Son père est décédé quand il avait 17 ans. Il décrit un lien très proche avec sa mère, chez laquelle il va manger chaque jour. Il évoque une famille dysfonctionnelle avec un père violent. Le patient n'a aucune formation professionnelle et n'a jamais travaillé. Il bénéficie d'un revenu du patronage suite à des incarcérations et doit encore purger une peine d'un an de prison. L'anamnèse des dépendances débute à l'adolescence avec la consommation de cannabis. Rapidement, il est passé à l'héroïne en intraveineuse puis à la cocaïne. Depuis 2005, il est sous traitement de substitution à la méthadone délivrée par son médecin généraliste. A l'âge de 28 ans, il bénéficie d'un by-pass gastrique pour cause d'une obésité morbide de 240 kg. Depuis son enfance, il souffrait de boulimie sans comportement compensatoire (hyperphagie boulimique) avec comme conséquence un surpoids. Grâce à cette opération, il a perdu 150 kg et la résection chirurgicale d'un tablier graisseux abdominal est en prévision. Dans les suites du by-pass, il a développé des épisodes de décompensation psychotique nécessitant plusieurs hospitalisations psychiatriques sous contrainte. Pendant la dernière hospitalisation, un traitement neuroleptique a été introduit et il a été adressé à une unité spécialisée de traitement des dépendances. Progressivement, il s'est inscrit dans le traitement ambulatoire intégré, caractérisé par des entretiens mensuels en binôme médico-éducatif, des passages dans l'unité toutes les trois semaines pour son traitement neuroleptique dépôt, des passages quotidiens en pharmacie pour la prise de son traitement de substitution à la méthadone et des prises urinaires hebdomadaires pour la recherche de toxiques. Des entretiens de réseau ont lieu trimestriellement. Pendant les 3 ans de suivi, il a passé une année en prison. Au niveau alimentaire, il a progressivement repris environ 40 kg. Il décrit une hyperphagie, mais sa famille signale la reprise d'un comportement boulimique sans manœuvre compensatoire, comme avant son opération. Au niveau psychiatrique, son trouble psychotique est stabilisé, caractérisé essentiellement par une symptomatologie négative. Sur le plan addictologique, il est totalement abstinent à l'héroïne et à la cocaïne, par contre, il consomme régulièrement du cannabis. ”

## Diagnostic

Dans la situation clinique évoquée ci-dessus, le trouble alimentaire est-il ou non une addiction ?

Oui, il s'agit d'une addiction car il répond à la définition du syndrome de dépendance selon l'ICD-10 (WHO, 2007) avec trois manifestations présentes en même temps au cours de la dernière année :

- désir puissant ou compulsif de reproduire le comportement (en l'occurrence une hyperphagie boulimique)
- difficulté à contrôler le comportement
- poursuite du comportement malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

## Traitement et évolution

Le symptôme alimentaire a été la première manifestation de sa psychopathologie. Le traitement de ce symptôme par le by-pass chirurgical a eu comme conséquence immédiate de grandement limiter ses accès boulimiques. Ce faisant, le patient a été privé de ce qui constituait sans doute, et avec sa toxicomanie, une défense efficace contre des angoisses de morcellement. En outre, la vertigineuse perte de poids qui en a résulté a également généré un bouleversement de son schéma corporel. C'est dans ce contexte que ce patient a présenté sa première décompensation psychotique.

---

## Synthèse

Rétrospectivement, il est aisé de se dire qu'il aurait fallu mieux interroger le sens de ce comportement boulimique et imaginer des mesures thérapeutiques moins drastiques pour le diminuer.

Ce patient présente donc une forte tendance addictive, se manifestant par la conjonction d'un

trouble du comportement alimentaire et d'une dépendance à des substances psychoactives multiples. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces addictions ont un temps contribué à contenir une psychose sous-jacente (schizophrénie). En effet, les addictions peuvent permettre de minimiser au moins temporairement les effets dévastateurs d'une structuration défailante du Moi.

## Références

Corcos, M., Girardon, N., Nezelof, S., Bizouard, P., Venisse, J.-L., Loas, G., Lang, F., Halfon, O., Flament, M., & Jeammet, P. (2000). Pertinence du concept d'addiction dans les troubles des conduites alimentaires. *Annales de Médecine Interne, suppl. B*, 53-60.

World Health Organization. (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: WHO.

---

# Addiction aux jeux d'argent

Olivier Simon

Centre du jeu excessif, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, CHUV

Jean-Marie Coste

Drop-in, Fondation Neuchâtel Addictions

## Vignette clinique

“ Madame V., 46 ans, est suivie à votre cabinet médical pour une hypertension artérielle et présente par ailleurs un état anxio-dépressif évoluant depuis une dizaine d'années. Elle est peu sensible aux différentes pharmacothérapies proposées. Divorcée, Madame V. élève ses deux filles de 10 et 14 ans, avec l'aide de sa belle-mère et dirige une petite entreprise de nettoyage. Ce jour, elle vous informe qu'elle s'est décidée à consulter une adresse spécialisée dans l'aide au jeu excessif. Elle l'a trouvée dans un dépliant mis à disposition par le casino où elle joue habituellement. De fait, elle a contracté des dettes qui l'auraient conduite avec une amie à abuser de la confiance d'un fournisseur, qui vient de porter plainte contre elle. Madame V. dit n'avoir jamais osé parler de son problème de jeu, par peur de vous décevoir. Elle sollicite le strict respect du secret médical, car son entourage n'est pas informé de ses difficultés.

”

## Diagnostic

Le jeu pathologique est actuellement défini par les classifications internationales comme un trouble du contrôle des impulsions. On y inclut uniquement les jeux impliquant une mise d'argent (ou objet de valeur) et dont l'issue dépend du hasard. Parmi la liste des dix critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994), on retient

un élément très spécifique, qui est la tendance à retourner au jeu « pour se refaire » (en anglais *chasing*), des éléments moins spécifiques de compulsion (pensées envahissantes, évitement d'un état dysphorique), des éléments d'impulsivité (perte de contrôle, conséquences psycho-sociales négatives) et des éléments de dépendance (tendance à augmenter les mises, dysphorie en cas de tentative d'arrêt) (voir Tableau 1.).

Tableau 1.

*Eléments du diagnostic de jeu pathologique et réponses thérapeutiques (modifié d'après Moreyra, Ibanez, Saiz-Ruiz & Blanco, 2004).*

	Chasing	Compulsion	Impulsion	Dépendance
Phénoménologie	- Retourne au jeu pour se refaire - Conviction de gain crescendo à mesures des pertes enregistrées au cours du jeu	- Pensées obsédantes - Craving - Comportement « antidépresseur »	- Passage à l'acte - Perte de contrôle - Poursuite malgré les conséquences	- Tentatives d'arrêt - Tolérance - Sevrage - Dimension très égo-syntonique <sup>3</sup>
Comorbidité	- Pas de comorbidité particulière, élément idiosyncrasique	- Troubles anxieux - Troubles dépressifs - Suicidalité	- Présence fréquente d'autres troubles du contrôle des impulsions	- Co-addiction substance très élevée - Prédominance masculine - Antécédent de THADA <sup>2</sup>
Réponses thérapeutiques	- Thérapie cognitive spécifique - Thérapies introspectives classiques	- ISRS <sup>1</sup> - Lithium - Carbamazépine - Thérapie troubles anxieux exposition-relaxation, hypnose	- Naltrexone - Psycho-éducation, techniques de gestion des émotions	- Naltrexone - Modèle des douze étapes - Prévention de la rechute

<sup>1</sup> ISRS : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

<sup>2</sup> THADA : trouble hyperactivité avec déficit de l'attention.

<sup>3</sup> On oppose égo-syntonique pour caractériser les troubles perçus par le sujet comme congruents à la perception qu'il se fait de lui-même, et égo-dystonique, pour caractériser les troubles perçus comme décalés par rapport à cette perception de soi. Si l'expérience subjective de la dépendance est typiquement égo-syntone, par exemple, l'expérience subjective d'un trouble obsessionnel compulsif est au contraire typiquement égo-dystone.

## Approches thérapeutiques

A chacun de ces éléments correspondent différentes théorisations, appuyant différentes réponses thérapeutiques potentielles. A ce jour, seules les thérapies cognitives (Bondolfi, Osiek, Aufrère & Ferrero, 2000 ; Gooding & Tarrier, 2009) et certaines pharmacothérapies (Hollander et al., 2005 ; Pallesen et al., 2007) comme les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ainsi que les antagonistes opiacés à longue durée d'action ont fait l'objet d'essais contrôlés, dont les résultats préliminaires sont encourageants. De nombreuses autres approches ont été en quelque sorte « extrapolées » à partir de thérapies validées pour des troubles présentant certaines similitudes avec le jeu excessif (Marlatt & Donovan, 2008). En concertation étroite avec le patient, son entourage personnel et familial ainsi que d'autres professionnels impliqués, il convient donc de déterminer un plan d'intervention

personnalisé, en tenant compte de manière pragmatique des compétences réunies par l'intervenant, et de la possibilité de solliciter un lieu d'aide spécialisé de proximité (adresses mise à jour régulièrement sur le site [www.sos-jeu.ch](http://www.sos-jeu.ch)).

Quelle que soit l'approche médicale retenue, il est prioritaire d'aider la personne consultante à envisager toutes les mesures financières qui pourraient être prises avec l'aide de son entourage pour canaliser l'accès à l'argent (renoncer à la carte bancaire, compte à double signature avec le conjoint, gestion de l'argent de poche). Il s'agit également d'aborder les stratégies d'auto-exclusion quand elles sont possibles (jeux de casino). Souvent, un accompagnement spécialisé en matière de désendettement sera indiqué. Rarement, des mesures tutélaires pourront se justifier.

## Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- Bondolfi, G., Osiek, C., Aufrère, L., & Ferrero, F. (2000). Diagnostic et traitement du jeu pathologique. Genève : Médecine et hygiène.
- Gooding, P. & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592-607.
- Hollander, E., Sood, E., Pallanti, S., Baldini-Rossi, N., & Baker, B. (2005). Pharmacological treatments of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 99-108.
- Marlatt, G.A., & Donovan, D.M. (Eds.). (2008). *Prévention de la rechute : stratégie de maintien en thérapie des conduites addictives*. Genève : Editions Médecine et Hygiène.
- Moreyra, P., Ibanez, A., Saiz-Ruiz, J., Blanco, C. (2004). Categorization. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Eds.), *Pathological Gambling: a clinical guide to treatment* (pp. 55-68). Washington, DC/London: American Psychiatric Publishing.
- Pallesen, S., Møldé, H., Arnestad, H.M., Laberg, J.C., Skutle, A., Iversen, E., Stoylen, I.J., Kvale, G., & Holsten, F. (2007). Outcome of Pharmacological Treatments of Pathological Gambling: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(4), 357-364.

# Troubles liés aux médias électroniques

Philippe Stephan

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Département de psychiatrie, CHUV

Gabriel Thorens

Service d'abus de substances, Département de Psychiatrie, HUG

## Vignette clinique

“ M. A. est âgé de 29 ans, espagnol d'origine, cadet d'une fratrie de deux enfants. Son enfance est marquée par un conflit de couple entre ses parents qui divorcent lorsqu'il a 12 ans. Sa scolarité enfantine et primaire en Espagne s'est déroulée sans difficulté. L'entrée au cycle d'orientation est très mal vécue. Venant d'Espagne, il commence le programme en retard. Il est rapidement mis à l'écart de la classe et subi des brimades et humiliations de ses camarades. Il développe alors un important sentiment de manque de confiance en lui et s'isole. C'est lorsqu'il entre au collège qu'il est mieux accepté dans la classe, il noue des amitiés avec des camarades et est bien intégré. Il décrit néanmoins une timidité importante surtout en dehors du cadre scolaire. Il commence des études de lettres à l'université qu'il peine à terminer. Actuellement, il habite seul dans un appartement payé par ses parents. Il a dû demander plusieurs délais pour terminer sa formation universitaire. Il maintient avec difficulté une petite activité professionnelle comme professeur remplaçant.

Le patient décrit toujours avoir été attiré par les jeux vidéo mais que leur utilisation était intégrée dans ses activités. Il y a deux ans à Noël, il se procure le dernier Final Fantasy. Il constate alors que le jeu est un MMORPG (jeu de rôle en ligne massivement multijoueurs) auquel il n'avait pas encore joué. Il décrit une première phase de découverte du jeu avec un sentiment d'excitation face à la nouveauté que présente l'aspect de jouer à plusieurs et face aux multiples possibilités du jeu, qui n'a pas de fin en soi et où la progression en niveaux est continue. Rapidement, il consacre un temps important à jouer. Durant ces deux ans, le jeu va prendre une place croissante dans sa vie. Lorsqu'il consulte, il dit jouer en moyenne 10 à 14 heures par jour, quotidiennement. Il n'arrive pas à s'arrêter malgré plusieurs tentatives. Il n'a plus de contacts sociaux et présente une thymie triste avec idées suicidaires.

”

4

## Diagnostic

L'addiction à Internet n'est pas un trouble mental répertorié par les classifications internationales (DSM ou ICD). Il n'existe donc pas à ce jour de définition consensuelle du trouble. Les tentatives de mesurer sa prévalence, ses symptômes, ses comorbidités et ses traitements sont de ce fait plus compliquées.

La définition la plus couramment admise est celle de Young (1998a, 1998b). Elle est basée sur les critères du DSM-IV (APA, 1994) du jeu pathologique. Elle se focalise sur l'utilisation problématique d'Internet en dehors d'un usage professionnel ou institutionnel et considère que le diagnostic est posé si 5 sur 8 critères (comme la perte de contrôle, des signes de manque, des pensées obsédantes liées à l'utilisation...) sont présents durant les six derniers mois. De plus, elle subdivise l'addiction à Internet en cinq catégories : *cybersexual addiction* (recherche et visionnage de matériel pornographique), *cyber-relational addiction* (relations interpersonnelles uniquement ou majoritairement en ligne),

*netcompulsions* (gambling, achats compulsifs, spéculation boursière), *information overload* (surfing et recherche d'information) et *computer addiction* (jeux en ligne).

De ces critères est issu l'IAT (Internet Addiction Test) qui est actuellement l'échelle psychométrique qui a fait l'objet du plus d'études de validation, dont une en français (Khazaal et al., 2008). Elle est composée de 20 items qui mesurent le degré de préoccupation liée à Internet, l'utilisation compulsive, les troubles du comportement associés, les modifications émotionnelles et l'impact de l'utilisation d'Internet sur le fonctionnement global.

Les études épidémiologiques montrent des taux de prévalence pouvant varier de 0.9% à 38% (voir Byun et al., 2009). L'étude la plus rigoureuse sur le plan méthodologique réalisée sur un échantillon de 2513 personnes âgées de plus de 18 ans en 2006 aux USA montre qu'entre 0,3 et 0,7% (Aboujaoude et al., 2006) de la population ayant accès à Internet remplit les critères de Young (1998a, 1998b) de l'addiction à Internet.

## Approches thérapeutiques

Le traitement est essentiellement psychothérapeutique avec notamment des

approches classiques qui ont fait leurs preuves dans le domaine des addictions (approche motivationnelles, prévention de rechute...). Un travail plus important est nécessaire sur le double aspect du « produit » Internet qui est à la fois indispensable dans notre société et en même temps facteur d'addiction pour certain.

## Références

- Aboujaoude, E., Koran, L.M., Gamel, N., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2006), Potential markers for problematic Internet use: a telephone survey of 2513 adults. *CNS Spectrums*, 11, 750-755.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- Byun, S., Ruffini, C., Mills, J.E., Douglas, A.C., Niang, M., Stepchenkova, S., Lee, S.K., Loutfi, J., Lee, J.K., Atallah, M., & Blanton, M. (2009). Internet Addiction: Metasynthesis of 1996–2006 quantitative research. *CyberPsychology & Behavior*, 12(2), 203-207.
- Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., Theintz, F., Lederrey, J., Van Der Linden, M., & Zullino, D. (2008). French validation of the internet addiction test. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 703-706.
- World Health Organization. (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: WHO.
- Young, K. (1998a). Internet addiction : the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 237-44.
- Young, K. (1998b). *Caught in the net : how to recognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York : John Wiley & Sons.

# De la prescription médicale à l'automédication, les médecins sont-ils complices de l'addiction ?

Isabelle Philippe  
Fondation Dépendances, Delémont

Roland Stiouhl  
Médecine générale, Clarens

## Vignette clinique

“ Pierre (1973). Il se sèvre des opiacés à sec en 1995 mais commence une consommation de benzodiazépines dont il augmente les doses progressivement et notamment en 2005 lors du décès d'une amie toxicomane. Il est sans emploi stable. Domicilié à Fribourg, il cherche un prescripteur dans la région de Montreux car il réside souvent chez sa mère qui y habite. De plus, son ancien médecin traitant serait décédé. Le médecin généraliste accepte de faire une prescription qui correspond à sa consommation (90 mg/jour), un suivi à quinzaine, avec baisse par paliers sous couverture Rivotril.

Dans les faits, la baisse n'a jamais été obtenue. Lors de deux expulsions de suite en Italie, il arrive à obtenir des prescriptions à emporter. Il est enfin incarcéré avec tous ses médicaments et le médecin traitant apprend alors qu'il n'est pas le seul prescripteur...

“ Danièle (1975). Elle consomme de l'héroïne depuis 1991. Fille unique, milieu familial complexe avec co-dépendance. A changé plusieurs fois de médecin entre 1991 et 1997. Elle vient demander au médecin généraliste de reprendre sa cure de méthadone. Elle veut une prescription de Rohypnol... qu'elle dit consommer au noir pour des crises d'angoisse et pour ne pas reprendre de l'héroïne.

S'en suivent différentes tentatives de prise en charge systématiquement avortées par la patiente et/ou disqualifiées par la mère. Séro-conversion HIV (injection et prostitution), accident de la route avec trauma crânien et fracture faciale, abcès successifs avec nécroses cutanées, chantage au suicide avec passages à l'acte (overdoses). Les difficultés s'amoncellent. Non compliant au traitement neuroleptique et antidépresseur, elle met en échec des tentatives de prescription contrôlée et dégressive de Dormicum, et s'en fait remettre par ses parents. En attente d'une hospitalisation psychiatrique pour stabilisation, personne ne veut d'elle en post-cure ou en résidentiel dans les conditions actuelles.

Quelle autre attitude avoir que de prescrire Dormicum et Seresta, même sous un chantage inacceptable, dans cette impasse actuelle, sans avoir la désagréable impression de jouer un rôle de dealer... ?!

## Prescription problématique

Le problème posé au médecin généraliste, comme il pourrait l'être au médecin addictologue, est complexe dans ce type de situations et sa place en tant que médecin prescripteur périlleuse. Nous nous trouvons ici dans les deux cas dans des problématiques clairement addictives posant la question de la prescription de Dormicum, une substance actuellement identifiée pour son mésusage, son détournement d'usage, sa valeur au marché noir et ses effets secondaires redoutables. Il existe bien sûr des situations moins évidentes avec d'autres produits (Halcion, Ritaline, Xanax, antitussifs, produits dopants sportifs, ...) où les difficultés sont de même type mais pas toujours aussi bien identifiables.

La prescription de médicaments psychotropes n'est jamais un geste anodin et simple. Elle questionne notre humanité, notre conscience professionnelle, se heurte à notre disponibilité réduite, met à mal notre patience et notre envie de bonté, flirte avec nos tendances co-dépendantes quand elle ne nous renvoie pas simplement à nos propres dépendances.

## Optimiser la prise en charge

Il est important de tenir compte d'un certain nombre d'éléments en vue d'optimiser notre prise en charge (pour plus de détails, voir Philippe, 2009).

Premièrement, les patients qui souffrent de problèmes de dépendance ont souvent une personnalité mal construite, mal structurée, un entourage familial chaotique, une histoire en lambeaux, de grandes difficultés relationnelles, une faible tolérance à la frustration. Offrir à la fois du lien et de la structure peut leur permettre de mettre de la cohérence dans leur existence. Placer un cadre clair autour de la prescription médicamenteuse est une mesure structurante nécessaire.

## Références

Philippe, I. (avril 2009). Prescription de médicaments psychotropes: jusqu'où ne pas aller trop loin? *Revue Dépendances*, 37.

Deuxièmement, la prise en charge doit être médico-psycho-sociale, coordonnée et cohérente. Elle nécessite un véritable travail de réseau.

Troisièmement, la prescription médicamenteuse et substitutive devrait être considérée comme un outil parmi d'autres, en principe transitoire, permettant à la personne dépendante de pallier aux difficultés psychologiques, relationnelles et sociales, qu'elle a tenté de résoudre en s'automédiquant, légalement ou illégalement. Cet outil ne peut pas fonctionner correctement s'il n'est pas accompagné de mesures psychosociales et thérapeutiques.

Enfin, nous devrions réfléchir très sérieusement avant de prescrire des produits pour lesquels un mésusage est bien connu. Certains produits répondent à des effets de mode qui nécessitent une bonne connaissance des pratiques et une adaptation constante. Les addictologues sont les mieux placés pour informer leurs collègues via, notamment, les réseaux MédRoTox (Médecine-drogues – toxicomanies : ressources pour les professionnels) ou les médecins cantonaux. Certains produits, comme les benzodiazépines à courte durée d'action type Dormicum, la Ritaline, les antitussifs contenant de la codéine, devraient être prescrits avec une prudence toute particulière.

## Questions en perspective

Est-il suffisant d'en appeler à la responsabilité et à la conscience personnelle de chaque praticien ? Les pressions amenant à la prescription de ces produits ne sont-elles pas trop fortes pour le praticien ? Ne nous faudrait-il pas une réglementation plus stricte de la part des médecins cantonaux afin d'épauler notre difficile pratique ? Ce ne sont en tout cas pas les restrictions arbitraires fondées sur les raisons économiques invoquées par les caisses maladies et leurs médecins conseils qui peuvent servir de garde-fou. Nous ne devons pas non plus leur laisser cette place.

# Existe-t-il une addiction au sexe ?

Lakshmi Waber

Service d'addictologie, Département de psychiatrie, HUG

Christian Rollini

Service de Psychiatrie de Liaison, Département de Psychiatrie, CHUV

## Vignette clinique

“ Un homme de 37 ans en bonne santé habituellement, marié, père d'un garçon de 5 ans, vous consulte. Il est embarrassé car sa femme a appris qu'il a reçu un blâme au travail pour avoir surfé sur des sites érotiques. Tous deux pensent qu'il est « sex-addict » et aimeraient savoir s'il y a un traitement. Lors de l'entretien (seul), il vous avoue qu'il fréquente aussi les saunas gays, malgré son envie d'arrêter. Son épouse ne le sait pas. Par ailleurs, ils voient ensemble un conseiller conjugal de leur église. ”

## Diagnostic

Les classifications actuelles ne mentionnent pas d'addiction sexuelle, pourtant, 3-6% de la population générale souffre de cette difficulté. Nous devons donc les considérer comme ayant une "activité sexuelle excessive" (F52.7/ICD-10 – WHO, 2007). Cela concerne les pensées et comportements focalisés sur la sexualité au détriment du reste des activités quotidiennes. Il existe un manque d'information et des réticences le plus souvent irrationnelles qui expliquent que ce trouble soit sous-diagnostiqué.

Bien que la dépendance soit caractéristique de la condition humaine et que l'addiction au sexe puisse paraître aux yeux du profane un trouble presque enviable au regard des autres addictions, il en va tout autrement dans la réalité. Dans la pratique clinique, les patients, le plus souvent masculins, et les couples rencontrés, sont en grande souffrance par rapport à ce comportement qui ne doit pas être considéré comme déviant mais comme une compulsion ou une véritable addiction.

## Approche thérapeutique

Il est essentiel d'évaluer la cinétique de la problématique (primaire, secondaire, réactionnelle, temps passé, etc.) et le (ou les) moyens utilisés, en détails. De la même manière, il sera essentiel d'évaluer le patient sur le plan psychiatrique (trouble anxieux et trouble de l'humeur) et relationnel, ainsi que le lien de ces

éventuels troubles avec l'activité sexuelle.

Ensuite, il est important d'aborder quelques points sexologiques dans les domaines de l'excitation (érection/lubrification), de l'orgasme (éjaculation/orgasme), de l'identité (se sent homme/femme/autre), et de l'orientation (attiré par les hommes/femmes/autres).

Il est nécessaire d'être attentif à l'incongruence habituelle entre les différentes normes<sup>o</sup>: légales, sociales, celles du patients ainsi que les nôtres.

Du point de vue de la prise en charge, il s'agit en premier lieu d'évaluer l'impact fonctionnel de la problématique (légal, relationnel, travail, argent, conduites à risques) puis d'élaborer des stratégies simples permettant de minimiser cet impact. Dans le même temps, une prise en charge addictologique habituelle peut être entamée s'il y a lieu.

Par la suite, selon l'évolution et les troubles psychiatriques ou sexologiques détectés, nous évaluons la nécessité d'une prise en charge spécialisée. Le psychothérapeute pourra par exemple travailler avec le patient le fonctionnement de personnalité (dépendant) qui souvent peut être un facteur limitant pour le processus thérapeutique.

Enfin, il est à noter qu'il semble de plus en plus fréquent que des patients passent tout simplement par le symptôme sexuel, et en particulier de « l'addiction au sexe », pour exprimer leur souffrance psychique, relationnelle ou morale. Il faudra alors simplement réintégrer cette demande dans une psychothérapie conventionnelle.

## Références

- Stephens, E. (n.d.). *Understanding sexual addiction*. Retrieved May 18, 2010, from <http://www.csa-addictions.ie/images/Understanding%20Sexual%20Addictions.pdf>
- Carnes, P., Green, B., & Carnes, S. (2004). *The same yet different : refocusing the sexual addiction screening test (SAST) to reflect orientation and gender*. Retrieved May 18, 2010, from <http://www.iitap.com/documents/SDI-R%20The%20Same%20Yet%20Different.pdf>
- World Health Organization. (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva:



# Dopage et addiction au sport

Barbara Broers

Département de Médecine Communautaire, HUG

Thomas Bischoff

Médecine interne, Bussigny

A travers deux vignettes cliniques, nous aborderons, dans un premier temps, la question de la prescription de médicaments

chez des sportifs d'élite, puis nous verrons dans quelle mesure le sport peut être considéré comme une addiction.

## Vignette clinique

“ Peter a 19 ans, vous le connaissez depuis 15 ans. Garçon en excellente santé, très sportif et ambitieux, il a passé une scolarité et croissance normales. Il fait du vélo de course à un très bon niveau, est membre du club de vélo local et dans la sélection romande, il se prépare pour le championnat suisse. Comme enfant, il a eu un peu d'eczéma et d'allergies. Il vous consulte avec une demande de bronchodilatateur car dit souffrir de difficultés à respirer après un effort intense, selon lui c'est de l'asthme.

”

## Diagnostic et prescription

Evidemment, nous commencerons par l'investigation de la demande du patient : Pourquoi ce jeune vient-il chez vous à ce moment précis ?, avec une demande de médicament qui précède chronologiquement la description de sa plainte actuelle ? L'anamnèse abordera la symptomatologie respiratoire, l'anamnèse par système, la prise de médicaments et de substances psycho-actives, la santé psychique, les relations avec l'école, la famille, les ami(e)s, et les prises de risques. Il semble nécessaire d'aborder le sujet d'une éventuelle demande cachée d'une substance pour améliorer ses performances de cycliste.

Il s'agit d'un sportif d'élite; pour une éventuelle prescription ; il convient donc de connaître la liste des médicaments interdits élaborée par l'Agence

mondiale antidopage ([www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)). Celle-ci, mise à jour chaque année, est le Standard international identifiant les substances et méthodes interdites en et hors compétition, de même que dans des sports spécifiques. Elle définit au fond ce qui est considéré à un certain moment comme du « dopage ». L'utilisation d'une substance interdite par un sportif pour des raisons médicales peut être admise par une Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT). La demande d'AUT doit se faire un mois avant une épreuve, par le biais d'un formulaire standard que vous trouverez sur le site.

Selon la pathologie, des examens complémentaires sont exigés. Dans le cas de Peter, une spirométrie devrait montrer une obstruction chronique (VEMS pathologique) réversible après administration d'un beta-2-agoniste de courte durée d'action.

8

“ Le lendemain, vous voyez sa maman pour un suivi d'hypertension. Elle profite de la consultation pour vous demander : « Vous ne pensez pas que mon fils pourrait devenir addict au sport avec tous ces entraînements intenses » ?

”

## Addiction au sport ? Que répondez-vous ?

La définition de l'addiction au sport, voire de l'addiction à l'exercice, est peu claire, et pas retenue dans l'ICD-10 (WHO, 2007). Pour les personnes qui semblent avoir perdu le contrôle de leurs habitudes sportives, on pourrait le considérer comme un trouble des habitudes et

des impulsions (F63 « autres »/ICD-10 - WHO, 2007). En effet, une corrélation a été trouvée avec les troubles alimentaires et d'image du corps (troubles dysmorphophobiques, « complexe d'Adonis ») (voir notamment Ruffolo, Phillips, Menard, Fay & Weisberg, 2006). Le terme d'addiction « positive » est utilisé, reflétant peut-être l'ambiguïté sur ce qui est la norme pour

l'activité sportive, sachant que les recommandations actuelles en matière de santé sont d'avoir une activité physique quotidienne de 30-40 minutes. Ce qui peut être considéré par des inactifs comme une addiction !

Le sport inclut des activités très diversifiées : du billard au parapente, aux sports d'endurance comme le cyclisme, et peut se pratiquer en équipe ou en individuel. La pratique sportive peut induire des changements au niveau de certaines hormones et de certains neurotransmetteurs. Tel est le cas pour les sports d'endurance pour lesquels on observe une augmentation des endorphines endogènes et des endocannabinoides. Dans le cas des sports extrêmes, c'est l'adrénaline qui est libérée en plus grande quantité. D'autres substances comme la noradrénaline, l'IL-6 ou le cortisol subissent également des changements, mais la recherche dans ce domaine est difficile et leur rôle encore mal identifié.

Nous observons par contre que les consommateurs de substances et les personnes pratiquant des sports comportant des risques ou avec un fort degré de compétition ont des scores élevés sur des questionnaires d'évaluation de recherche de sensations fortes et de prise en risque (échelle de Zuckermann, Eysenck & Eysenck, 1978), ce qui pourrait expliquer le lien entre addiction et sport extrême (sans qu'il soit clarifié à ce jour si c'est en lien avec l'adrénaline). Pour répondre à la mère, vous pourriez rappeler ces informations générales, de l'importance des résultats sportifs pour elle ; lui conseiller d'encourager son fils à avoir des activités (sociales et autres) en dehors du sport, et de parler avec lui ouvertement de comment gérer la pression pour prendre des produits dopants. Ce tout en restant ouvert à une discussion à trois.

## Références

- Ruffolo, J.S., Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R.B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *The International Journal of Eating Disorders*, 39, 11-9.
- World Health Organization. (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva: WHO.
- Zuckerman, M., Eysenck, S., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.

# Addiction au travail : liens avec le *burn out*

Brigitta Danuser

Institut de Santé au Travail, Département de médecine et santé communautaires, CHUV

Jean-Pierre Voegeli

Médecine générale, Yverdon-les-Bains

« Workaholisme » (ou « addiction au travail ») est un slogan (néologisme introduit par Oates en 1968) et non un diagnostic utilisé en médecine et psychologie du travail. Dans la médecine du travail, c'est la notion de surengagement qui a été introduite dans les modèles de stress (par exemple, Le modèle « déséquilibre : effort/récompense » de Siegrist, 1996) et qui désigne une prédisposition au développement d'un *burn out*.

Le syndrome du *burn out* est caractérisé par trois symptômes dominants (Maslach & Jackson, 1986) :

1. Un épuisement physique autant que psychique.
2. Un cynisme qui se caractérise par une attitude de distanciation et d'indifférence vis-à-vis du travail, des clients et des collaborateurs.

3. Une inefficacité liée à un sentiment d'échec professionnel et la perte de confiance en ses propres capacités.

Ces trois symptômes principaux sont généralement associés au travail et se fondent sur un surengagement et des attentes disproportionnées au travail.

## Le surengagement est-il une addiction ?

La liste des similitudes est sensiblement plus grande et plus facile à établir que les différences qui paraissent plus quantitatives que structurelles. A la nuance près que le surengagement est valorisé par la société et l'économie, et se traduit

dans l'image dominante d'un travail par lequel on se réalise soi-même. Nos attentes envers le travail sur le plan du sentiment d'importance, des chances de promotion, du développement personnel et d'un traitement correct et respectueux augmentent d'autant plus (Boltanski & Chiapello, 1999). Le succès professionnel constitue aujourd'hui à la fois une valeur sociale essentielle et une source de motivation personnelle.

De plus en plus de patients se disent victimes d'un épuisement lorsqu'ils viennent chez leur médecin. Pourtant, le *burn out* n'est pas un diagnostic officiel selon DSM-IV (APA, 1994) ou l'ICD-10 (WHO, 2007). Dans la pratique quotidienne, les questions du diagnostic différentiel et les options d'interventions se posent (Tableau 1). Théoriquement, l'association entre le travail et le surengagement permet cette différenciation par rapport à la dépression. Se pose alors la question de savoir si le surengagement est l'expression d'un syndrome bipolaire, d'une phase maniaque, ou d'autres syndromes psychiatriques, par un phénomène de mimétisme du fait que le *burn out* est tellement médiatisé.

L'évolution progressive est un élément-clé du diagnostic du *burn out* et permet dans de nombreux cas d'établir un diagnostic différentiel. Les facteurs organisationnels du travail jouent de plus un rôle important dans le développement d'un *burn out* : la surcharge de travail, des objectifs difficiles à atteindre, des rôles mal

définis, contradictoires ou ambigus, l'insécurité de l'emploi, la pression quant au rythme de travail, les horaires atypiques ou imprévisibles, le manque de contrôle sur l'activité, et le conflit vie familiale - vie professionnelle. Ceci qui souligne l'importance d'agir sur les ressources au travail en parallèle à l'action sur les facteurs de stress.

## Intervention

Le Tableau 2 montre les pistes pour analyser la situation et cibler l'intervention. Dans la compréhension que le *burn out* trouve son origine dans des déterminants individuels, et dans les exigences et l'organisation du travail, l'approche thérapeutique doit être intégrative. Celui-ci se soigne sensiblement comme une dépression : selon les besoins, une médication (antidépresseurs) peut être recommandée sur une période minimum de trois à six mois, jumelée à une psychothérapie. Une thérapie comportementale avec un travail sur le respect de soi et de ses limites, et des réponses à donner à ses propres besoins, est recommandée, ainsi qu'une évaluation de la situation de travail avec des éventuelles adaptations.

Comme le surengagement est un symptôme social plutôt qu'individuel, le *burn out* est plus une pathologie d'ordre social mais cela peut aussi être le cas pour d'autres addictions.

Tableau 1.

*Questions pour un diagnostic de burn out.*

- Evolution, durée.
- Sens, valeur du travail y compris leur évolution.
- Mécanisme de compensation : vacances raccourcies, supprimées, travail à la maison, médicaments, drogues, distanciation, baisse d'efficacité - équilibre vie familiale - vie professionnelle.
- Charge, rythme, heures de travail, rôle, marge de manœuvre au travail, relation entre collègues.
- Faire attention aux signes de distanciation, cynisme, perte de l'empathie et sentiments de dette.

Tableau 2.

*Analyse de la situation pour cibler les interventions*

- Quelles conditions environnementales sont importantes ?
- Quels besoins et buts de l'individu sont compromis ?
- Quelles capacités sont sous-développées ?
- Idées, images, représentations normatives ?
- Valeurs, croyances qui sont dysfonctionnelles. Quelles informations sont manquantes ?
- Comment intervenir pour regagner une partie de l'autonomie individuelle ?

## Références

- Boltanski, L., & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.
- Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin : Berlin-Verlag.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory* (2<sup>e</sup>ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychology Press.
- Oates, W.E. (1968). On being a 'workaholic' (A serious jest). *Pastoral Psychology*, 19, 16-20.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

# Les achats compulsifs

Yasser Khazaal

Service d'abus de substances, Département de Psychiatrie, HUG

Philippe Beytrison

Fondation Phénix, Genève

## Diagnostic

Les achats compulsifs sont actuellement classés dans les « troubles du contrôle des impulsions non spécifiés ailleurs » (DSM IV – APA, 1994). Ils se caractérisent par un comportement d'achat incontrôlé et une tendance répétitive aux dépenses provoquant des conséquences négatives. En ce sens, ce trouble s'apparente aux « dépendances » telles que définies par le DSM-IV, répondant à au moins trois des critères diagnostics, à savoir : la perte de contrôle, le désir persistant de consommer et des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation, et la poursuite de celle-ci malgré les effets négatifs. Avant de considérer les achats comme une manifestation d'un « trouble des achats compulsifs », il faudra exclure que la manifestation soit mieux expliquée par un autre trouble, en particulier, un trouble de l'humeur.

Quelques études ont tenté de caractériser la clinique des achats compulsifs. Les consommations semblent parfois préparées et, surtout, souvent associées à une réactivité à des stimuli contextuels externes ou internes. Une forte excitation et des émotions plaisantes s'associent à la consommation. Ces achats sont maintenus par des phénomènes de renforcement positifs et négatifs. Le produit acheté n'est pas forcément très utilisé, c'est l'achat plus que l'objet qui est le produit de consommation.

## Vignette clinique



*Madame, une trentaine d'année, mariée sans enfant, consulte car ses problèmes d'achats génèrent de plus en plus de difficultés dans son couple. La situation économique des deux conjoints est aisée. Madame achète essentiellement des vêtements, des chaussures et des bijoux. Elle ment à son mari, en minimisant, voire en cachant ses achats. Les dettes s'accumulent. La jubilation ressentie lors des achats est liée, selon les termes de Madame, à la « transgression d'un interdit ».*



Le premier entretien a eu lieu uniquement avec Madame. Les six suivants ont été faits en couple. La thérapie s'est déroulée en sept entretiens, répartis sur dix mois, avec un écart de six mois entre l'avant-dernier et le dernier entretien. L'essentiel du travail a consisté à :

- mettre en lumière le rôle de chacun des conjoints, dans le cadre d'une relation de complémentarité rigide : Madame « fait les bêtises », Monsieur « répare les pots cassés » ;
- explorer les risques de changement ;
- identifier les tentatives de solution infructueuses, après avoir défini le problème et l'objectif de la thérapie ;

## Références

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.

Lejoyeux, M. (2007). Compulsive buying: psychological and biological treatment. *L'Encéphale*, 33(3), 873-875.

Dell'Osso, B., Allen, A., Altamura, A.C., Buoli, M., & Hollander, E. (2008). Impulsive-compulsive buying disorder: clinical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 259-266.

## Dépistage

En l'absence de traitement, l'évolution semble souvent chronique, émaillée de périodes de rémission. La latence avant le diagnostic est de plus de dix ans, d'où l'importance de mieux dépister cette problématique. Les questions suivantes peuvent vous y aider : « Avez-vous déjà été préoccupé par vos achats et dépenses ? Avez-vous déjà eu le sentiment que vos achats pouvaient être excessifs, inappropriés ou incontrôlés ? Avez-vous déjà eu des problèmes financiers ou des difficultés avec votre entourage en lien avec vos achats ou des envies d'achats ? ».

## Approches thérapeutiques

Les approches thérapeutiques proposées sont essentiellement de type psychothérapeutique, incluant notamment le contrôle des stimuli. Il n'existe pas de traitement pharmacologique validé du trouble, ce dernier étant lui-même appelé à être révisité dans les prochaines classifications diagnostiques.

---

## Lu pour vous

Tan, K.R., Brown, M., Labouèbe, G., Yvon, C., Creton, C., Fritschy, J.M., Rudolph, U., & Lüscher, C. (2010). Neural bases for addictive properties of benzodiazepines. *Nature*, 463, 769-775.

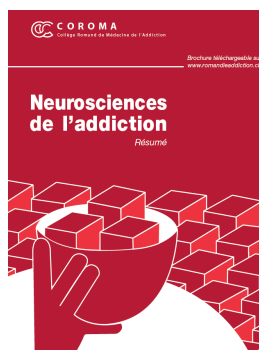
*Les auteurs ont réalisé une étude portant sur les bases neurobiologiques de la nature addictive des benzodiazépines. Ils expliquent, dans un premier temps, que les benzodiazépines augmentent le niveau de dopamine et déclenchent également des adaptations synaptiques de longue durée dans le système de récompense mésolimbique, ce qui engendre la conduite addictive. Ils reviennent ensuite sur le fait que les bases neurales du potentiel addictif des benzodiazépines restent difficiles à identifier. Les résultats de leur recherche sur des souris montrent que les benzodiazépines augmentent les décharges des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale par modulation positive des récepteurs GABAA (acide  $\gamma$ -aminobutyrique type A) des interneurons impliqués. Une telle désinhibition, qui repose sur les récepteurs GABAA  $\alpha 1$  de ces cellules, entraîne une plasticité synaptique des neurones excitateurs afférents à la dopamine et sous-tendrait le caractère renforçateur de la substance. Les données de Tan et ses collaborateurs montrent que les benzodiazépines partagent des caractéristiques pharmacologiques communes avec d'autres substances psychoactives à travers l'expression des récepteurs GABAA  $\alpha 1$  de certaines cellules de l'aire tegmentale ventrale. L'utilisation de sous-groupes de benzodiazépines dont l'action est limitée à  $\alpha 1$  pourrait être dépourvue du potentiel addictif.*

Coroma (2009). Neurosciences de l'addiction. 32 pages. Téléchargeable sous : [http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Professionnel/Neurosciences/COROMA\\_broch\\_definitive.pdf](http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Professionnel/Neurosciences/COROMA_broch_definitive.pdf)

La Brochure existe également en langue allemande

12

*Les progrès en neurosciences ont permis de comprendre les mécanismes de l'addiction, au niveau moléculaire et cellulaire, mais également au niveau cognitif et comportemental. Différentes études ont ainsi pu mettre en évidence les modifications du fonctionnement cérébral lors de l'usage ponctuel ou chronique de psychotropes, et de différencier les mécanismes de dépendance et d'addiction. Les données de la neuropsychologie, de la neurobiologie et de l'imagerie cérébrale démontrent que la dépendance vis-à-vis des substances psychoactives est le produit de mécanismes adaptatifs du cerveau face à l'action des psychotropes, et que l'addiction n'est pas due à une absence de volonté mais à une altération des mécanismes d'apprentissage cérébraux qui vont influencer les processus de motivation et de prise de décision. Ceci explique la difficulté que les personnes concernées ont à contrôler ou à interrompre leurs comportements de consommation. Toutefois, les déterminants ne sont pas uniquement biologiques mais également psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels. La diffusion des connaissances des neurosciences de l'addiction dans la société est l'occasion de corriger certains stéréotypes préjudiciables qui conduisent à la stigmatisation de la toxicomanie et à des décisions thérapeutiques et administratives erronées.*



---

# Annonces

## Formation

**formationaddiction.ch** : le portail suisse bilingue d'informations sur les formations continues du domaine des addictions. Un projet de la Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances fordd et de la Centrale nationale de coordination des addictions Infodrog.

**fordd** : Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances  
<http://www.fordd.ch/>

**Infodrog** – coordination intervention suisse : Centrale nationale de coordination des addictions  
<http://www.infodrog.ch/>

**form@tox** : Formation à distance dans le domaine des addictions <http://www2.unil.ch/formatox/>

**GREA** (Groupement Romand d'Etudes des Addictions) : Association romande des professionnels du domaine des addictions qui travaille à promouvoir la prise en compte des problèmes de dépendances dans la société (alcool, drogues, comportements) et à améliorer la qualité des interventions. <http://www.grea.ch/>

*Les journées de formations du GREA :*

Jeudi 24 juin 2010 - Académie des dépendances: Intégrer dans notre travail l'évolution des normes sociales. Influencer les choix sociétaux

Mardi 17 septembre 2010 - Le secret professionnel : enjeux éthiques et juridiques

Jeudi 30 septembre 2010 - Quelle insertion pour les personnes dépendantes ?

Jeudi 7 octobre 2010 - Case management dans le champ des addictions : spécificités, enjeux, ambivalences

Mercredi 13 octobre 2010 : Troubles de l'attention et de l'hyperactivité et addictions

Jeudi 11 novembre 2010 - Usage des écrans : un risque de cyberaddiction ?

Vendredi 26 novembre 2010 - Les neurosciences et leurs implications dans le champ des addictions

Lundi 13 décembre 2010 - Parentalité, grossesse et accueil de l'enfant pour les parents dépendants.

---

13

## Conférences

Pour plus d'info, voir le site de la S.S.A.M. (Société Suisse de Médecine de l'Addiction) :  
<http://www.ssam.ch/SSAM/fr>

16 juin 2010 Zurich/ Online, Sex und Sucht (Info sur <http://www.clubhealthconference.com/>)

24 juin 2010 Lausanne/ Académie des dépendances : Intégrer dans notre travail l'évolution des normes sociales. Influencer les choix sociétaux (Info sur <http://www.clubhealthconference.com/>)

22 – 25 septembre 2010 Tübingen (D)/ Deutscher Suchtkongress 2010 (Info sur <http://www.suchtkongress2010.de/>)

3 – 7 octobre 2010 Milan/ ISAM Annual Meeting 2010: Bridging the gap between science and clinical practice in the addiction field (Info sur <http://www.isamweb.org>)

6 – 8 octobre 2010 Congrès international francophone d'addictologie – Nantes. Prévenir et traiter les addictions sans drogue : un défi sociétal (Info sur [http://www.crje.fr/congres\\_2010\\_annonce.html](http://www.crje.fr/congres_2010_annonce.html))

4 – 7 octobre 2011 Vienne/ 13th Congress of ESBRA (European Society for Biomedical Research on Alcoholism) (Info sur [http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Esbra\\_Folder\\_040909.pdf](http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Esbra_Folder_040909.pdf)).