

NOUVELLES FORMES DE L'ADDICTION

Pascal Semaille, D.M.G.-ULB

D'après l'article publié dans *Rev Med Brux* 2009 ; 30 : 335-57

RESUME

L'addiction se caractérise par l'impossibilité de contrôler sa consommation de produit ou de contrôler certains comportements, et par la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses effets négatifs. Les addictions aux substances comme l'héroïne, la cocaïne, etc., sont bien connues. Il apparaît cependant en Belgique de "nouvelles" substances (MDMA, GHB/GBL, Cristal, etc.) à utilisation en général festive mais à potentiel addictif bien connu pour certaines d'entre elles. On reconnaît depuis peu l'existence d'addictions sans substance (ou addiction comportementale) : l'addiction au jeu semble être la plus fréquente et est reconnue comme maladie par l'O.M.S., mais on peut observer la cyberdépendance, la dépendance au sexe, les "workaholics" - dépendants au travail, etc. Le dépistage des polyconsommations et de l'addiction à une seule substance ou à un comportement devrait être systématisé dans l'anamnèse de tout patient. Ce dépistage devrait être facilité par l'élaboration et la validation d'une échelle transversale. Une attention toute particulière sera portée auprès de certains groupes, tant au niveau de la prévention primaire que du dépistage : les hommes, les adolescents et jeunes adultes, les étudiants universitaires ou des écoles supérieures, les clubbers et personnes du milieu festif, les sportifs, les prisonniers, les minorités ethniques, les personnes présentant des troubles psychiques comme une dépression. Les intervenants de première ligne, et tout particulièrement les médecins généralistes, sont à la première place pour dépister ces différentes formes d'addiction, pour proposer une prise en charge adaptée en fonction des caractéristiques du patient et du type d'addiction, et pour identifier les situations à risque élevé de rechute.

INTRODUCTION

Dépendance ? Addiction ?

La dépendance est définie comme un asservissement à un produit nocif, à une drogue, dont l'absorption répétée a créé un besoin impérieux (dictionnaire de l'Académie Française). Les définitions du DSM IV (tableau 1) et de l'O.M.S. dans sa *Classification internationale des maladies CIM-10* (tableau 2) sont largement reconnues mais tiennent compte principalement de dépendances envers les substances et peu voire pas du tout des dépendances comportementales, même si à l'heure actuelle seules sont reconnues celles du jeu pathologique et des achats compulsifs. Signalons que ces définitions utilisent le mot "dépendance" et non le terme "addiction", ce dernier terme prenant en compte les dépendances sans drogue et la parenté entre ces différentes formes de dépendance. Une définition plus large de l'addiction et prenant mieux en compte les différents aspects des dépendances est celle de Goodman (tableau 3). En résumé, Goodman définit l'addiction comme un comportement qui, tout en procurant le plaisir recherché ou l'apaisement des tensions internes, se caractérise par une impossibilité

d'autocontrôle et de limitation en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Il faudra cependant probablement adapter cette définition (datant de 1990) en tenant compte des nouvelles formes d'addiction (Internet, etc.).

Tableau 1 : Critères DSM IV -psychiatriques -de dépendance.

La dépendance à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de **trois (ou plus)** des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de **douze mois** :

1. tolérance, définie par l'un ou l'autre des symptômes suivants :

- besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.

2. sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
- la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

4. Il y a désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.

6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs, importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Tableau 2 : Définition de la dépendance selon l'O.M.S. dans sa Classification internationale des maladies CIM-102

Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée. **Au moins trois** des manifestations suivantes **sont présentes en même temps au cours de la dernière année** :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Tableau 3 : Définitions des addictions selon Goodman

A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E/ Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Goodman décrit un “ **processus addictif de base sous-jacent** ”, commun à toutes les addictions ouvrant la porte vers une classification hédonique des addictions (stimulations psychopharmacologiques, stimulations psychiques endogènes et exogènes, stimulations somatiques, stimulations motrices, stimulations sociales, stimulations contextuelles). Cette classification a l'avantage d'intégrer les addictions envers des substances et les addictions comportementales (comportements destinés à la régulation hédonique des états psychologiques et émotionnels de l'individu pouvant conduire à un processus addictif).

MECANISMES DES ADDICTIONS

Cette classification des addictions sur une base hédonique (et donc avec ou sans substance) permet également de mieux intégrer le fait que les mécanismes neurobiologiques et psychopathologiques sont similaires dans la majorité des formes d'addiction, et que au cours d'une trajectoire addictive, il y a interaction entre différentes addictions, alternances, polyaddictions, etc.

Approche des facteurs neurobiologiques (et génétiques) impliqués dans les addictions

Les mécanismes neurobiologiques impliqués dans les addictions sont de mieux en mieux connus. Toute expérience agréable (par la prise de substances ou des comportements) induit la libération de dopamine dans le noyau accumbens (système limbique) et dans le cortex frontal à partir de l'aire tegmentale ventrale (ATV). Ces zones, appartenant au "circuit de la récompense", provoquent une sensation de satisfaction physique et psychique recherchée par les personnes. Il existe un rétro-contrôle limitant en temps "normal" la sécrétion de dopamine via les neurotransmetteurs que sont la sérotonine (au niveau du raphé dorsal et du noyau accumbens) et la noradrénaline (locus coeruleus). Ce couplage noradrénaline-sérotonine est sur-activé par la substance/le comportement addictif avec surstimulation du cortex préfrontal et sécrétion accrue de dopamine. L'hyperactivité noradrénergique qui s'ensuit peut induire une sensation d'inconfort et de souffrance psychique, mécanisme pouvant induire la reconsommation de la substance ou la répétition du comportement (avec installation de l'addiction) et entretenant ainsi le déséquilibre entre les neurotransmetteurs. Reprendre la substance addictive permettrait un recouplage artificiel des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques avec un soulagement temporaire.

De plus, au niveau de la jonction neuronale, la sur-stimulation des neurones induit une diminution du nombre de récepteurs à la surface. Des doses plus fréquentes et plus fortes sont nécessaires pour créer le même effet (phénomène de tolérance).

Les substances à potentiel addictif ont des propriétés pharmacologiques différentes :

- **le tabac** : la nicotine augmente la libération de dopamine en activant les neurones dopaminergiques;
- **le cannabis** : stimulation des neurones GABA (via les récepteurs cannabinoïdes CB1) produisant une augmentation de libération de dopamine ;
- **l'amphétamine** libère des catécholamines, et augmente la libération de dopamine, sérotonine et noradrénaline en bloquant leur dégradation et en augmentant leur libération dans la fente présynaptique ;
- **la cocaïne** bloque la recapture de sérotonine, noradrénaline et dopamine et amplifie donc leurs actions ;
- **les opioïdes** se fixent sur les récepteurs opioïdes des neurones (les récepteurs $\mu 1$ et $\mu 2$ agissant au niveau de la douleur/ la constipation/ la respiration, les récepteurs κ ayant une action hormonale, les récepteurs Σ provoquant dysphorie et hallucinations, les récepteurs Δ à action d'analgésie). De plus, les opioïdes inhibent l'activité des neurones noradrénergiques et désinhibent les activités électriques des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques ;
- **l'éthanol**, agit sur les différentes voies (activation des neurones inhibiteurs GABA, inhibition des neurones activateurs glutamate et nicotine), augmente les taux extra-cellulaires de dopamine et de sérotonine dans le noyau *accumbens*.

L'hypocrétine-1 et -2 (Hcr t-1 et Hcr t-2 ou orexine-A et -B) semblent intervenir dans la motivation et l'addiction et être impliqués dans la régulation de la fonction de récompense hypothalamique. Ces deux neuropeptides sont synthétisés par des neurones localisés dans l'hypothalamus latéral LH. Ils agiraient en stimulant le système dopaminergique mais également en abaissant le seuil d'autostimulation et détérioration de la fonction de récompense cérébrale. Ce système pourrait être impliqué dans le phénomène de *craving* (envie irrésistible de se procurer et de consommer une substance), l'administration d'antagonistes des récepteurs à Hcr t provoquant chez le rat un désintérêt comportemental pour la gratification proposée. Une altération de ce système pourrait représenter un facteur de vulnérabilité au risque de rechute chez des toxicomanes abstinents et les alcooliques.

Signalons que la sensibilisation du système de récompense par un produit consommé le met d'emblée en état de sensibilisation à un autre produit non consommé.

L'hippocampe interviendrait dans les processus mnésiques liés à la consommation.

Le système dopaminergique ne semble donc pas être le seul à être impliqué dans les addictions et les mécanismes neurobiologiques sont de mieux en mieux connus.

Un certain nombre de gènes interviendraient en interaction avec des facteurs environnementaux dans la susceptibilité individuelle au risque d'addiction.

Approche des facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions

“ La toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'une circonstance ou d'un moment culturel ”, C. Olievenstein.

Du renforcement positif en cas de prise/comportement unique, aux renforcements négatifs associés à l'activation des circuits du stress, les mécanismes impliqués dans les addictions sont complexes. En fonction des substances ou du comportement, différentes étiologies psychanalytiques, systémiques et/ou cognitivo-comportementales sont proposées. Cependant quel que soit le type d'addiction, il existe un mécanisme commun. Les **facteurs de vulnérabilités** les plus souvent décrits sont une fragilité narcissique (principalement par carence affective de l'investissement parental) et une dépressivité (disponibilité à ressentir l'affect dépressif). Divers **facteurs déclenchants** semblent intervenir : l'adolescence, une rencontre initiatique avec l'objet d'addiction, le rôle désinhibiteur de substances dans l'appartenance à un groupe, un fonctionnement transgressif. Bien souvent, les **conduites addictives s'auto-entretiennent** et s'auto-renforcent, la personne aura en effet tendance à répéter un comportement pour favoriser ses conséquences positives, agréables (renforcement positif), et/ou pour supprimer des conséquences négatives, désagréables (renforcement négatif). Mais la répétition de la conduite addictive peut également servir de régulation narcissique ou de “prothèse” identitaire. Les **facteurs de maintien** impliquent tant le renforcement négatif que les stimuli conditionnels (liés à l'environnement ou au contexte – amis, lieux, ambiance, etc.) entraînant l'envie compulsive de reproduire le comportement et exposant au risque de rechute. Le modèle cognitif de Beck et al. , mettant en jeu des pensées automatiques anticipatoires, soulageantes et permissives (figure 1), semble pouvoir être généralisé aux autres conduites addictives.

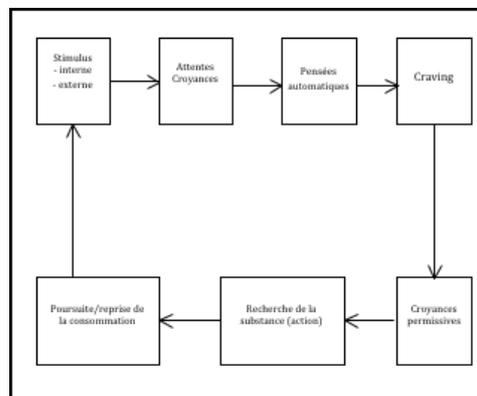


Figure 1 : Modèle cognitif de Beck et al.4.

Diverses situations peuvent être à l'origine de **rechute** : les états émotionnels désagréables, les conflits interpersonnels, les pressions sociales, mais parfois même l'état émotionnel agréable.

LES ADDICTIONS AUX JEUX

“ L'Agon a beau être par définition une lutte dont l'intelligence ou la force décide, l'Alea s'y mêle par mille impondérables qui échappent aux prévisions humaines. L'Alea et l'Agon tous deux côtoient le vertige, que ce soit celui du sportif emporté par l'action et outrepassant ses forces, ou du joueur sentant venir sa ruine qui dépassera la durée du jeu ”. Extrait du discours de réception à l'Académie Française le 22 janvier 1981 de Marguerite Yourcenar.

Le jeu sous toutes ses formes est une activité “ nécessaire ” ; il relève des loisirs, de la récréation. Se soumettre aux règles du jeu apporte un sentiment de liberté, pouvoir s'échapper un moment des obligations et des responsabilités de la vie quotidienne. La frontière entre jeu social et jeu pathologique n'est pas toujours facile à délimiter.

Dans son ouvrage “ les Jeux et les Hommes ”, Roger Caillois présente l'édifice du jeu sous ses quatre faces ; ces différentes faces communiquant les unes avec les autres :

- *L'Agon* : la compétition (que ce soit par rapport aux autres ou pour battre son propre record). On y retrouve les jeux de compétition comme le sport (football, athlétisme, etc.), les échecs, certains jeux vidéo.
- *L'Alea* : le hasard. On y retrouve la roulette, la loterie, les machines électroniques à sous, etc.
- *La Mimicry* : l'imitation, le déguisement. On y retrouve les jeux de rôle mais Caillois y range le carnaval, le théâtre, etc.
- *L'Illinx* : le vertige, la sensation pure. Caillois y place tant les parachutistes que les jeux comme les montagnes russes, etc.

Différents mécanismes peuvent “ corrompre ” ces différentes faces jusqu'à provoquer une addiction. La “ corruption ” de *L'Alea* est bien connue ; il s'agit du jeu pathologique, encore parfois appelé “ jeu dostoïevskien ”.

Définition

Le jeu pathologique est défini comme la pratique inadaptée, persistante et répétée de jeux (jeux d'argent “ *gambling* ” ou jeux de console/virtuels) qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel. Il faut le distinguer du jeu professionnel.

Le jeu pathologique est classé par le DSM IV TR parmi les “ troubles du contrôle des impulsions ” (tableau 4), bien que le jeu pathologique soit plus de l'ordre d'une addiction comportementale (*craving*, tolérance avec tendance à l'augmentation des enjeux, sevrage, etc.).

Tableau 4 : Critères DSM IV du jeu pathologique

1. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
 - a. Préoccupation par le jeu.
 - b. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
 - c. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
 - d. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
 - e. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique.
 - f. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes.
 - g. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
 - h. Commet des actes illégaux pour financer la pratique du jeu.
 - i. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu.
 - j. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

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

Cependant, certaines personnes ne rencontrent pas ces critères de définition. Diverses autres classifications sont donc retrouvées dans la littérature :

- Classification d'après "*the Gambling Impact and Behavior Study*" :

- joueur à bas risque : joueur ne rencontrant pas les critères DSM IV et qui a perdu plus de 100 dollars en un jour ou une année, ou ayant perdu moins de 100 dollars en 1 jour ou une année;
- joueur à risque : joueur ayant perdu plus de 100 dollars en un jour ou une année et qui rencontre 1 des critères DSM IV ;
- joueur " à problème " : joueur ayant perdu plus de 100 dollars en un jour ou une année et qui rencontre 3 ou 4 des critères DSM IV.

- Stades évolutifs des conduites de jeu selon *Shaffer et al.* :

- niveau zéro : ne joue pas ;
- niveau 1 : personne jouant de façon occasionnelle, sans conséquences négatives ;
- niveau 2 : personne dont les conduites de jeu ont une ou plusieurs conséquences néfastes (abus de jeu ou jeu excessif) ;
- niveau 3 : personne dont le comportement de jeu est suffisamment grave pour satisfaire aux critères DSM ;
- niveau 4 : un joueur sollicite une aide thérapeutique, quelles que soient les conséquences néfastes de son comportement.

Prévalence

Si des données existent aux Etats-Unis, il est plus difficile de trouver des statistiques européennes.

La méta-analyse de Shaffer portant sur 119 études de prévalence aux Etats-Unis et au Canada a montré que la prévalence chez les adultes est de l'ordre de 1,6 à 3,85 %, chez les adolescents de 9,45 % et chez les enfants 3,88 %.

L'étude de Cunningham et al. portant sur des interviews téléphoniques aux Etats-Unis a montré que parmi une population de joueur (n = 312), 57 % présentaient un jeu non pathologique, alors que 6 % de la population de l'étude montraient une dépendance aux jeux.

Une autre méta-analyse (Stucki et al., 59 études internationales) a montré une prévalence de jeu problématique entre 1,2 et 1,9 et une prévalence du jeu pathologique entre 1,2 et 1,8.

En France, les seules données retrouvées sont celles concernant le montant global des enjeux qui montrent une nette augmentation de ceux-ci : les Français ont consacré 18 milliards d'euros en 2002 et 34 milliards d'euros en 2004⁴.

En Belgique, le CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organisations des Consommateurs) a récemment mené une enquête par interviews auprès de 1.538 jeunes de 10 à 17 ans dans les écoles. Les résultats de cette enquête ont récemment été publiés et montrent que:

- 1 jeune sur 4 déclare avoir déjà joué pour de l'argent ;
- l'âge moyen auquel ils commencent à jouer pour de l'argent est 13 ans et 5 mois ;
- les jeunes joueurs jouent en moyenne 1,3 fois par semaine ;
- ils consacrent en moyenne 33,20€ par mois à des jeux de hasard ;
- 1 jeune sur 3 met en avant les billets à gratter comme jeu préféré. Un jeune sur 7 dit que son préféré est le jeu de cartes pour de l'argent. Les autres jeux populaires sont la loterie et le poker, ce dernier étant de plus en plus populaire chez les jeunes ces dernières années ;
- les jeux de hasard gratuits en ligne sont les plus prisés par les joueurs. Ils y jouent en moyenne 4 fois par semaine ;
- près de 10 % des jeunes joueurs semblent être dépendants aux jeux.

Toujours selon cette étude, le profil des jeunes jouant le plus pour de l'argent est le suivant : enseignement technique (30 %) et professionnel (37 %), 5-6ème année du secondaire (41 %), Bruxellois (45 %), groupes sociaux "inférieurs" (33 %) et fumeurs dépendants (33 %).

Une autre étude du CRIOC portant sur les personnes de plus de 18 ans a été menée par téléphone en janvier 2009 (n = 758). Les résultats de cette enquête ont récemment été publiés⁸ et montrent que :

- plus d'un consommateur sur cinq a déjà joué pour de l'argent ;
- les joueurs consacrent en moyenne 46,8€ par mois à cette activité (18,1€ en 2007) ;
- l'âge moyen pour commencer à jouer est de 29 ans, mais 4 % des joueurs avaient commencé avant 18 ans et 3 % avant 16 ans ;
- plus de quatre joueurs sur dix préfèrent les billets à gratter et quasi quatre joueurs sur dix préfèrent les loteries comme le Lotto, Joker, Keno, Euromillions ;
- moins d'un joueur sur vingt cite le poker, les jeux de cartes, dans les cafés. Les autres activités demeurent marginales en termes de préférence : les salles de jeux, bowling, billard, SMS, paris, etc.

Selon cette étude, le profil des personnes jouant le plus pour de l'argent est le suivant : Bruxelles (32 %), homme (28 %), ménage composé de 4 personnes (32 %), 40-49 ans (31 %), 30-39 ans (25 %), groupes sociaux " supérieurs " (25 %), groupes sociaux " inférieurs " (25 %). La dépendance aux jeux n'a malheureusement pas été évaluée.

Etiopathogénicité

Comme pour la plupart des addictions, les mécanismes étiopathogéniques en jeu semblent intriqués.

Aspects neurobiologiques et génétiques

Le système dopaminergique limbique mésocortical est le plus souvent incriminé dans le développement de l'addiction aux jeux et le jeu compulsif : la libération de dopamine dans le nucleus accumbens paraît déterminante dans la genèse de l'appétence pour le jeu.

Le système noradrénergique et le système opioïdes μ (régulant les sensations de plaisir, de récompense, de douleur) semblent également être incriminés. Un article de Tamminga et Nestler parle " d'addiction naturelle " impliquant la libération dans l'aire tegmentale ventrale du tronc cérébral de peptides opioïdes endogènes comme les enképhalines.

La vulnérabilité génétique au jeu pathologique semble également être bien démontrée : 20 % des joueurs ont un ou plusieurs parents du 1er degré présentant un problème de jeu ; une étude sur les jumeaux montre le fait que 54 % des variabilités dans la présence de 4 symptômes de jeu pathologique chez le co-jumeau est expliqué par des facteurs génétiques.

Signalons par ailleurs, et ceci permettant d'étayer les thèses neurobiologiques du jeu pathologique, que les médicaments anti-parkinsoniens peuvent induire chez le patient des comportements de dépendance aux jeux.

Aspects psychanalytiques et comportementaux

Dans son livre " Dostoïveski et le parricide ", Freud considère le jeu comme une conduite autopunitive liée au désir culpabilisé de la mort du père. Par après, d'autres auteurs ont considéré le jeu comme une conduite ordalique (comportement motivé par un besoin de jouer avec la mort ou de revitaliser son existence), voire une tentative de restauration narcissique par l'affrontement au hasard, au risque, à la mort.

Le modèle cognitif de Beck peut être appliqué au jeu pathologique (figure 2).

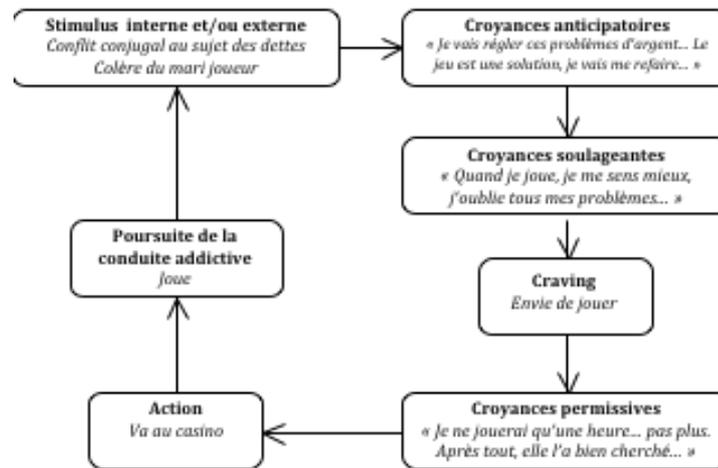


Figure 2 : Modèle cognitif de Beck appliqué au jeu pathologique.

Les renforcements positifs comprennent le gain (en termes d'argent et d'euphorie liée au gain modifiant un état de stress, d'anxiété, de dépression ou d'ennui), l'ambiance du lieu où se déroule le jeu, les contacts avec les autres joueurs, ... Le principal renforcement négatif est l'anxiété. Signalons également diverses cognitions erronées comme l'illusion de contrôle (le joueur pense pouvoir influencer des phénomènes de hasard), l'illusion de prédictibilité, les croyances irrationnelles (gain après une série de pertes, etc.). Le joueur pourrait même développer une dépendance à ces distorsions cognitives.

La catégorie des jeux vidéo rassemble des pratiques ludiques variées et peut être classée en jeux d'action, jeux de réflexion et jeux de simulation. A chaque catégorie correspond un objet d'attraction particulier, et donc une forme d'addiction potentielle :

- les jeux d'action : forme douce de *l'Ilinx*, " anesthésiant " progressivement le joueur et lui permettant de faire le vide, de décompresser. La dépendance au long terme (dépendance à l'oubli, au vide) semble peu fréquente avec ce type de jeu, tout au plus peut-on observer des abus périodiques (pouvant, chez les enfants, être le signe d'un dysfonctionnement au sein du cercle familial) ;
- les jeux de réflexion et d'aventure : de même que pour les jeux d'action, peu de dépendance est retrouvée ;
- les jeux de simulation.

Schématiquement, deux catégories de dépendants aux jeux non dostoïevskiens peuvent s'observer :

- les personnes y trouvant une échappatoire à leur vraie vie (phobie sociale, timidité extrême, crainte de la compétition, conflits familiaux chez les adolescents) ;
- les personnes y trouvant un exutoire à des pulsions qui seraient dans la réalité considérées comme dangereuses.

Groupes à risque

Les principaux groupes à risque retrouvés dans la littérature sont :

- l'âge : le jeu pathologique semble être plus fréquent chez les adolescents et jeunes adultes ;
- le sexe : les hommes semblent présenter plus fréquemment une addiction aux jeux que les femmes ;
- le tabagisme actif ;

- l'utilisation de substances comme l'alcool, la marijuana, etc. ;
- l'histoire familiale (1er degré) ;
- le statut socio-économique bas.

Risques liés au jeu pathologique

Les risques et conséquences du jeu pathologique sont de différents niveaux :

- au niveau socio-économique :
 - les pertes financières peuvent être importantes, avec ses compensations "légales" (le joueur joue pour essayer de compenser ses pertes, contacte des proches, emprunte de l'argent à une institution financière) ou illégales (fraude fiscale, vols et petites délinquances, etc.) ;
 - perte d'emploi ;
 - ...
- au niveau relationnel : difficultés conjugales, désinvestissement social, etc. ;
- le risque d'épilepsie dans le cadre de jeux vidéo est maintenant bien démontré ;
- tentative de suicide.

Comorbidité

Les troubles les plus souvent associés au jeu pathologique sont :

- les abus de substances (retrouvés chez près de 80 % des joueurs) : l'alcool, le tabac, les drogues ;
- les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ;
- les troubles de la personnalité : la personnalité antisociale est présente chez 15 à 40 % des joueurs.

Dépistage – évaluation

En plus des critères du DSM IV permettant de poser le diagnostic (cf. *supra*), il existe diverses échelles validées pour le dépistage et l'évaluation du jeu pathologique :

- L'échelle **SOGS South Oaks Gambling Screen** est un questionnaire comprenant 20 questions (tableau 5) et concerne principalement les jeux d'argent. Ce questionnaire a une sensibilité et une spécificité supérieures à 95 %.
- Le questionnaire **LIE/BET** est composé de 2 questions et est par ce fait plus adapté comme outil de screening :
 - avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent ?
 - avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent ?
 La sensibilité est de 99 %, la spécificité de 91 %, avec des valeurs prédictives positives de 99 %, et des valeurs prédictives négatives de 92 %. Le champ investigué par ces 2 questions concerne également les jeux d'argent.
- Le **Eight-test de Sullivan** est un questionnaire comprenant 8 questions (tableau 6) avec une sensibilité de 85 % et une spécificité de 93 %.

Avec l'évolution rapide et des types de jeux d'argent et du profil des joueurs, ces questionnaires pourraient être reformulés et adaptés aux jeux pathologiques non "dostoïevskiens".

Tableau 5 L'échelle SOGS South Oaks Gambling Screen.

1. Quel est le plus gros montant que vous avez joué ou parié en une seule journée ?
 2. Est-ce que vos parents ont ou ont eu un problème de jeu ?
 Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop.
 Mon père joue (ou jouait) trop.
 Ma mère joue (ou jouait) trop.
 Aucun des deux ne joue (ou ne jouait) trop.
 3. Lorsque vous avez joué au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous retourné(e) au jeu un autre jour pour vous refaire, c'est-à-dire pour regagner l'argent perdu auparavant ?
 Jamais.
 Quelques fois (moins de la moitié des fois ou j'ai perdu).
 La plupart des fois où j'ai perdu.
 Chaque fois que j'ai perdu.
 4. Avez-vous prétendu, au cours des 12 derniers mois, avoir gagné de l'argent en jouant alors qu'en réalité vous en aviez perdu ?
 Jamais (ou je n'ai jamais joué).
 Oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu.
 Oui, la plupart du temps.
 5. Pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des 12 derniers mois ?
 Non Oui Oui, il y a quelques mois, mais pas actuellement.
 6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention ? Oui Non.
 7. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu au cours des 12 derniers mois ? Oui Non.
 8. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous déjà senti(e) coupable de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez ? Oui Non.
 9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous envisagé d'arrêter de jouer tout en pensant que vous en étiez incapable ?
 Oui Non.
 10. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous caché des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes de jeu loin de votre conjoint(e), de vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie ? Oui Non.
 11. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent ? Oui Non.
 12. (Si vous avez répondu oui à la question 11) : Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu ? Oui Non.
 13. Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous emprunté de l'argent sans le rembourser à cause du jeu ? Oui Non.
 14. Au cours de ces 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté de votre travail (ou de l'école) en raison du jeu ? Oui Non.
 15. Avez-vous emprunté de l'argent au cours des 12 derniers mois pour jouer ou pour payer des dettes de jeu ? Oui Non.
- Si OUI, d'où provenait cet argent ?
- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a) De votre budget familial | Oui | Non |
| b) De votre conjoint(e), ou ami(e) | Oui | Non |
| c) De membres de votre famille ou de votre belle-famille | Oui | Non |
| d) De banques, sociétés de crédits ou institution de prêt | Oui | Non |
| e) De cartes de crédit | Oui | Non |
| f) De prêts usuriers | Oui | Non |
| g) De vente d'actions, de bons d'épargne ou d'autres valeurs | Oui | Non |
| h) De vente de propriétés personnelles ou familiales | Oui | Non |
| i) Vous avez fait des chèques sans fonds | Oui | Non |
| j) Vous avez une marge de crédit avec un casino | Oui | Non |

TOTAL :**/20**

Tableau 6 : Le Eight-test de Sullivan.

1. Je me sens quelquefois mal ou angoissé après avoir joué : oui - non.
2. Je me sens quelquefois coupable de la manière dont je joue : oui - non.
3. Le jeu m'a déjà occasionné des problèmes : oui - non.
4. Je trouve quelquefois préférable de taire aux autres, surtout à ma famille, la somme d'argent que j'ai perdue au jeu : oui - non.
5. Je n'arrête souvent de jouer que lorsque j'ai tout dépensé : oui non.
6. Je retourne quelquefois jouer pour récupérer l'argent que j'ai perdu : oui - non.
7. Oui, j'ai déjà eu par le passé des commentaires sur mon comportement de jeu : oui - non.
8. Oui, j'ai essayé de gagner de l'argent pour payer mes dettes : oui - non.

Rôles du médecin généraliste

Le médecin généraliste a une place importante tant au niveau du dépistage que de l'évaluation, de la prise en charge et de la prévention de la rechute.

Peut-on réellement parler de dépendance, d'abus certainement, quand le temps passé dans le monde virtuel est plus élevé que celui passé dans le monde réel avec interférence sur les obligations quotidiennes ? On parle de dépendance quand l'individu ne parvient plus à limiter le temps qu'il passe sur la toile. Les phénomènes de *craving* peuvent également être observés chez ces patients.

Internet est et reste un outil formidable à différents niveaux. On retrouve sur la toile des sites d'information, mais également des sites de jeux *on line* (payants et non payants), des sites de rencontres, des sites de discussion, etc. Diverses formes d'abus et d'addiction peuvent dès lors être rencontrées, mais *Internet* semble plutôt favoriser les conduites addictives qu'être une forme spécifique d'addiction. Kimberly Young a proposé une classification des différentes formes d'addiction rencontrées par " le vecteur *Internet* " :

Etiopathogénicité

Comme d'autres addictions comportementales, la cyberaddiction serait **l'exacerbation des mécanismes naturels du plaisir**. L'activation des systèmes de stress, et principalement la sécrétion de corticoïdes, créerait un déséquilibre entre les circuits neuronaux que seule la répétition du comportement parviendrait à compenser.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus ni de recommandation pour la prise en charge adéquate des différentes formes d'addiction à *Internet* : peu d'études, concernant peu de patients, et de méthodologie discutable.

L'ADDICTION AU SEXE

“ Tout part du corps, tout ramène au corps ”, Jean Dufaux, janvier 2001.

Introduction - définitions

C'est en 1975 que l'on voit apparaître pour la première fois le terme “ d'addiction à l'amour ”. En 1983, le premier livre parlant des souffrances liées au sexe est publié. Dans cet ouvrage, Carnes nous propose un test de dépistage de l'addiction sexuelle (tableau 9) repris dans diverses publications comme méthode de dépistage.

Cependant ce type de comportement reste encore peu étudié à l'heure actuelle. Divers freins peuvent être relevés, expliquant la non-reconnaissance par certains de l'existence même d'une addiction liée au sexe :

- le frein sociétal : la sexualité est toujours, à notre époque, un sujet tabou (même si d'aucuns disent qu'elle dirige le monde) et la fausse croyance qu'il n'existe pas de souffrance dans une sexualité où l'on agit trop. Comment par ailleurs définir un niveau “normal” de pulsions sexuelles, variant d'une époque et d'une société à l'autre ;
- le frein religieux : l'acte sexuel est avant tout un acte pour la procréation ;
- le frein scientifique : non reconnaissance de l'addiction au sexe comme une maladie sauf en Amérique du Nord ; études épidémiologiques sur la sexualité ne reprenant pas une évaluation des comportements d'addiction sexuelle, etc.

Peut-on dès lors réellement parler d'une addiction au sexe ? Diverses tentatives de définitions et de classifications sont retrouvées dans la littérature.

Tableau 9 : Test de dépistage de l'addiction sexuelle de Carnes.

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

D'après Coleman, les personnes "addicts" au sexe doivent répondre à au moins 2 des critères suivants :

1. La drague compulsive avec partenaires multiples, dans un contexte de gestion du stress et de l'anxiété.
2. L'auto-érotisme compulsif - masturbation, comporte l'auto-stimulation obsessive et compulsive des parties génitales. Les spécialistes rapportent une moyenne de 5 à 15 actes masturbatoires par jour, avec une cohorte de blessures, de fatigue.
3. La fixation compulsive, sur un ou des partenaires inaccessibles. Des fantasmes, nombreux alimentent la vie affective et les émotions du sujet. L'objet de l'amour est hyper-idéalisé, et il n'est pas rare, en cas de déception, de voir apparaître des véritables délires de jalousie (complexe d'Othello), voire des passages à l'acte agressifs orientés vers la personne aimée.
4. Les rapports compulsifs amoureux multiples, avec une insatisfaction des relations amoureuses et la quête perpétuelle de l'amour idéal.
5. La sexualité compulsive, avec de nombreux rapports sexuels, vécus de manière insatisfaisante, besoin interminable d'actes sexuels, d'expression amoureuse et d'attention.

D'après Goodman, déjà à l'origine de la définition de l'addiction, l'addiction sexuelle répond aux critères tels que la perte de contrôle et la poursuite du comportement pathologique malgré la connaissance de ses conséquences négatives pour l'individu.

On retrouve donc, dans ces différentes définitions/classification des comportements sexuels compulsifs, l'hypersexualité (recherche continue et persistante du plaisir sexuel, concepts de nymphomanie et de satyriasis) et les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des impulsions.

Il faut bien évidemment faire la distinction entre l'addiction sexuelle et les perversions "classiques" ou les troubles névrotiques de la sexualité. L'addiction sexuelle n'implique pas une déviation dans le choix de l'objet ou dans le mode des pratiques sexuelles (comme la perversion à l'objet dans la zoophilie, nécrophilie, etc., ou au but dans le sadisme, etc.) mais constitue plutôt une dépendance compulsive à l'acte sexuel.

Le DSM IV propose la définition d'un "trouble sexuel non spécifié" (tableau 10). Le point 2 semble répondre aux différentes définitions reprises ci-dessus mais le DSM IV reste malgré tout assez vague dans son approche.

<p>Tableau 10 : Critères DSM IV "trouble sexuel non spécifié" .</p> <p>Perturbation ne répondant pas aux critères d'aucun trouble sexuel spécifique et qui n'est ni une dysfonction sexuelle ni une paraphilie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sentiments prononcés d'inadéquation par rapport à la performance sexuelle ou à d'autres traits liés aux représentations personnelles des normes de masculinité ou de féminité ; 2. désarroi découlant d'un mode de relations sexuelles répétitives impliquant une succession de partenaires sexuels que l'individu ne perçoit que comme des objets dont on se sert ; 3. souffrance marquée et persistante relative à l'orientation sexuelle.

Bien sûr toute personne ayant une consommation sexuelle importante ne tombe pas sous la définition du DSM IV des troubles sexuels non spécifiés et plus particulièrement du point 2 : il existe des phases d'usage non addictif ne posant aucun problème à l'individu. Mais c'est bien quand une souffrance est exprimée face à un comportement où l'individu perd le contrôle de son existence et qu'il a conscience de ne pouvoir s'en sortir seul que le terme d'addiction au sexe peut réellement être utilisé.

Cybersex, addiction à Internet et addiction au sexe

Près d'un cyberaddict sur 5 semble pratiquer du cybersex, que ce soit le téléchargement de films pornographiques, la discussion sur des sites de rencontres, la masturbation par webcam interposée, etc. Il semble par ailleurs que les personnes adeptes du cybersex sont peu enclines à avoir des comportements du même type dans la vie "réelle" : se rendre dans un sexshop pour acheter des films, etc. Parfois classé comme un sous-type d'addiction à *Internet*, l'addiction au cybersex semble être en progression mais il n'existe pas, à l'heure actuelle, de statistique fiable. Kingsley a développé un test de dépistage de l'addiction au cybersex (tableau 11).

Tableau 11 : Test de dépistage de l'addiction au cybersex - traduction libre.

1. Passez-vous régulièrement du temps dans les salles de discussion orientée vers le sexe, ou sur une messagerie instantanée dans le seul but de trouver du cybersexe ?
2. Vous sentez-vous préoccupé par l'utilisation d'Internet pour le cybersexe ?
3. Utilisez-vous fréquemment des discussions anonymes afin d'assouvir des fantasmes sexuels qui ne sont pas en général effectuées dans votre vie réelle ?
4. Anticipez-vous votre prochaine session Internet avec l'attente que vous trouverez de l'excitation sexuelle ou de la satisfaction sexuelle ?
5. Passez-vous du cybersex au sexe par téléphone ou à des rencontres réelles ?
6. Cachez-vous à vos proches vos interactions/discussions sur le net ?
7. Vous sentez-vous coupable de votre utilisation d'Internet ?
8. Avez-vous été " accidentellement " intéressé par le cybersexe au début, et maintenant vous le recherchez activement lorsque vous vous connectez en ligne ?
9. Vous masturbez-vous en ayant du cybersexe ou en regardant de la pornographie en ligne ?
10. Avez-vous moins d'intérêt pour votre partenaire sexuel réel jusqu'à préférer le cybersexe comme une forme de satisfaction sexuelle ?

Interprétation : une réponse positive serait suggestive d'une cybersex addiction.

Il n'existe pas de réelles données européennes sur la prévalence de l'addiction au sexe. Tout au plus peut-on relever, dans les récentes études sur la sexualité en Belgique ou en France, certains éléments pertinents sur les pratiques sexuelles :

Enquête TNS Dimarso du Vif l'Express :

499 personnes interrogées entre le 5 et le 12 juin 2008 par téléphone :

- 72 % des répondants (homme : 81,2 %, femme : 63,3 %) disent ne pas pouvoir se passer de relations sexuelles pendant plusieurs années.
- 13,5 % des personnes interrogées mentionnent une souffrance lors de périodes d'abstinence sexuelle de plus d'un an, majoritairement le groupe des 55- 65 ans (20,1 %).

Enquête sexualité 2008 des Mutualités Socialistes :

Questionnaire auprès de 1.008 jeunes âgés entre 15 et 25 ans :

- 70 % des jeunes ont déjà eu des rapports sexuels.
- L'âge du premier rapport est en moyenne de 16 ans. L'âge n'est pas l'unique variable dont dépend l'activité sexuelle : les consommateurs d'alcool sont un peu plus nombreux à avoir déjà connu leur première expérience sexuelle.
- Sans parler de viol, de nombreux jeunes (et plus particulièrement les jeunes filles) ont déjà eu, avec leur partenaire, des pratiques sexuelles qu'ils ne désiraient pas.

Enquête " La sexualité en France " 2006 : enquête téléphonique auprès 12.364 individus âgés de 18 à 69 ans :

- En un demi-siècle, l'âge médian des hommes au premier rapport sexuel s'est abaissé d'un an et demi (de 18,8 ans pour les générations âgées aujourd'hui de 65 à 69 ans, à 17,2 ans pour les plus jeunes), alors que celui des femmes, initialement beaucoup plus élevé (20,6 ans), a chuté de trois ans (17,6 ans pour les femmes âgées de 18 ou 19 ans).
- Les nombres médians de partenaires sexuels au cours de la vie s'élèvent à 1,8 pour les femmes et 4,8 pour les hommes.
- Le nombre mensuel moyen de rapports est de 8,7 pour les deux sexes. La fréquence des rapports sexuels diminue progressivement à partir de 25 ans chez les femmes et dès 20 ans chez les hommes. Chez les hommes de plus de 50 ans, la fréquence des rapports sexuels ne change pas par rapport à des hommes plus jeunes, alors que chez les femmes de plus de 50 ans, la fréquence des rapports sexuels augmente.

Enquête la sexualité des français - avril 2009 : questionnaire auprès de 1.000 individus âgés de 18 ans et plus :

- 74 % des personnes déclarent que la sexualité joue un rôle important dans la vie (78 % des hommes, 71 % des femmes).
- Concernant le sens donné à la sexualité :
 - dans 75 % des cas, la sexualité est un besoin naturel qu'il faut satisfaire (79 % des hommes, 71 % des femmes) ;
 - dans 59 % des cas, la sexualité est avant tout la recherche de jouissance (65 % des hommes, 53 % des femmes).
- 31 % des personnes déclarent pouvoir avoir des rapports sexuels avec une personne sans l'aimer (45 % des hommes, 19 % des femmes).
- 62 % ont déjà regardé un film pornographique (75 % des hommes, 50 % des femmes).
- 20 % ont déjà été dans un sex-shop (27 % des hommes, 14 % des femmes).

L'enquête réalisée en 2009 montre que 23 % des personnes ont déjà surfé sur un site *Internet* pornographique (38 % des hommes, 8 % des femmes) et que 4 % ont déjà été sur un site *Internet* pour rencontrer des partenaires sexuels (6 % des hommes, 3 % des femmes).

Les questionnaires *on line* sont de méthodologie discutable mais donnent une idée de la prévalence du cybersex. Citons à titre informatif l'enquête de la chaîne américaine MSNBC : sur plus de 70.000 questionnaires *on line* complétés, il s'avère que 7 % des participants auraient déjà eu des pratiques de type cybersex.

Etiopathogénicité

Aspects neuro-biologiques et génétiques

Le désir et le plaisir sexuel ne seraient pas uniquement liés aux organes génitaux ou à des aspects purement psychologiques mais dépendraient également de processus neurobiologiques. Au commencement, il y a désir, caractérisé par l'activation du système dopaminergique au niveau de l'ATV (voir détail dans l'introduction) et chez la femme production de GNRH par l'hypothalamus stimulant la production de LH et FSH stimulant à leur tour les ovaires avec production de testostérone entretenant la boucle dopaminergique. Le désir activerait également des zones cérébrales cognitives supérieures impliquées dans l'estime de soi, la représentation mentale de soi, etc., différentes selon le sexe.

Des comportements de type hypersexualisme ont d'ailleurs été retrouvés chez les parkinsoniens traités par dopaminergiques.

Le désir aurait également une composante génétique, comme le montre l'étude de Ben Zion. Il existerait une corrélation entre les variations du gène du récepteur de la dopamine D4 et le désir sexuel : plus ces récepteurs sont nombreux, plus le niveau de désir et l'excitation sont élevés. Des stimulations de ce récepteur D4 par des agonistes chez le rat provoquent par ailleurs une érection. Le polymorphisme du récepteur D4 serait par ailleurs associé à diverses pathologies comme l'anorexie, la schizophrénie, l'ADHD, les troubles bipolaires, etc., mais également la recherche de nouveauté et l'impulsivité.

Les mécanismes neurobiologiques menant à l'orgasme commencent également à être mieux connus : implication du nerf vague par stimulation des organes génitaux externes entraînant un état quasi épileptique du cerveau. La libération de dopamine conditionne des réactions neuro-endocriniennes et végétatives liées à l'acte sexuel. L'approche hormonale est également en pleine évolution :

- la dopamine stimulerait la libération d'ocytocine et de vasopressine, ces hormones ayant des effets reconnus au niveau du comportement amoureux ;

- la testotérone expliquerait le coup de foudre, l'excitation sexuelle, l'initiation comportementale ;
- l'hyperprolactinémie due à l'épuisement de la dopamine expliquerait la période réfractaire postcoïtale chez l'homme.

Ces mécanismes neuro-endocriniens sont donc complexes, et il n'existe pas, à l'heure actuelle, de théories concrètes expliquant l'addiction au sexe. Mais, comme nous l'avons vu, le système dopaminergique joue un rôle important, et l'on peut dès lors penser que les théories neuro-biologiques expliquant l'addiction au jeu et les addictions aux substances sont également valables pour l'addiction au sexe.

Les processus repris pour les autres formes d'addiction sont d'ailleurs fréquemment rencontrés dans l'addiction au sexe : l'expérimentation, le comportement répété et " contrôlé " ; le comportement devient une réponse à des difficultés existentielles, le comportement provoque de la souffrance.

L'agir sexuel, la répétition compulsive ou impulsive des aventures sexuelles, etc., semblent très fréquents chez les personnes souffrant de troubles dépressifs, de troubles anxieux, de troubles des conduites alimentaires, d'alcoolisme.

Bien que l'addiction au sexe soit reconnue dans les pays anglo-saxons comme une maladie, la littérature européenne tend plus à la classer en tant que symptôme parmi les difficultés qui se posent à un sujet névrosé en matière de choix de l'objet. Transgression ? Quête des limites ? Refoulement hystérique ? Ce type de dépendance comportementale, tant au niveau des critères diagnostiques que de l'approche thérapeutique, devrait dès lors être mieux étudié dans les années à venir.

AUTRES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Il semble que tout comportement à l'origine de plaisir puisse être à l'origine d'addiction. On retrouve dans la littérature d'autres aspects de ces addictions comportementales, comme l'addiction au travail (les *workaholics*), à l'exercice physique et au sport de haute compétition, les achats compulsifs, l'addiction à la nourriture, etc. Une fois de plus, on retrouve la parenté entre les divers troubles, et qui sont définis par la répétition d'une conduite, supposée par le sujet prévisible, maîtrisable, s'opposant à l'incertitude des rapports de désir, ou simplement existentiels, interhumains.

Le travail pathologique

L'addiction au travail peut être définie comme une relation pathologique d'un sujet à son travail, caractérisée par une compulsion à lui consacrer de plus en plus de temps et d'énergie et ce, en dépit des conséquences négatives sur sa santé et sur sa vie personnelle affective et familiale. Trois étapes sont souvent décrites dans la littérature:

- au premier stade, le travailleur déborde d'énergie, il fait souvent beaucoup d'heures supplémentaires ;
- au deuxième stade, les difficultés sociales et familiales apparaissent ;
- au troisième stade, on observe une forte diminution des capacités de travail et l'apparition de problèmes psycho-médicaux comme les troubles du sommeil, les lombalgies chroniques, l'hypertension artérielle, un syndrome de fatigue chronique, des céphalées persistantes, des troubles anxio-dépressifs et du *burn-out*.

L'addiction au sport et à l'exercice physique

Débutant bien souvent comme les autres addictions, la recherche de plaisir, l'excès peuvent conduire vers un besoin irrésistible de la pratique sportive. La stimulation dopaminergique, mais encore probablement plus la libération d'endomorphine liée à la pratique sportive verrait chez certains individus s'instaurer une addiction, avec même dans certains cas des signes de sevrage. Mentionnons également l'utilisation de substances chez certains sportifs, comme les stéroïdes mais également le GHB (acide gamma hydroxybutyrique).

LES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES

L'addiction au tabac, à l'héroïne, à la cocaïne, à la marijuana, etc., sont bien connues et ne seront pas développées dans ce chapitre. Nous parlerons cependant des " nouvelles " formes de prise de cocaïne, et de l'utilisation de substances à usage festif (comme le GHB/GBL, le MDMA, la kétamine, etc.) à pouvoir addictif non négligeable.

Prévalence et ampleur du problème

Données du Belgian National Report on drugs 2008

Le récent rapport de l'Institut de Santé Publique "*Belgian National Report on drugs 2008*"²⁰ donne principalement des données en Flandres :

a. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

L'ESPAD a mené d'octobre 2007 à novembre 2007 une enquête auprès des jeunes de 11 à 19 ans en école secondaire (7.736 questionnaires) :

- 19,9 % ont déjà fumé du cannabis (garçon : 23,9 %, filles : 15,8 %) et 12,5 % l'ont combiné avec de l'alcool ;
- 9,9 % ont abusé du cannabis les 12 derniers mois (garçon : 12,3 %, filles : 6,1 %) ;
- au moins une fois dans leur vie, les jeunes mentionnent dans 2,6 % l'usage d'anxiolytiques ou de calmants non prescrits, dans 2,6 % les psychostimulants, dans 2,6 % la prise de " champignons magiques " (*magic mushrooms*), dans 3,4 % la cocaïne, dans 2,5 % le LSD, dans 2,7 % les amphétamines et dans 1,4 % le GHB.

b. Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen (VAD)

Le VAD mène depuis 1999 auprès des élèves âgés de 11 en 22 ans des enquêtes dans les écoles secondaires en Flandres. Entre le 1er janvier et le 30 juin 2008, 22.086 élèves ont été questionnés et un échantillon représentatif (selon l'âge, le sexe et le type d'éducation) de 1.589 questionnaires ont été analysés :

- 18,8 % ont déjà fumé du cannabis (garçon : 24,5 %, filles : 13 %). L'âge du premier joint correspond à 15 ans tant chez les garçons que chez les filles ;
- 6,4 % mentionnent dans leur vie l'usage d'autres substances que le cannabis (4,6 % les 12 derniers mois et 2,6 % le dernier mois).

c. Association of University and Colleges Antwerp

Enquête menée en 2005 auprès des étudiants universitaires ou en école supérieure sur l'usage de drogues. Un total de 5.530 questionnaires ont été analysés :

- 10 % des étudiants masculins rapportent une consommation problématique d'alcool (entre 2 et 6 % pour les femmes) ;
- 22 % ont consommé du cannabis les 12 derniers mois (2/3 ne considérant pas leur consommation comme à problème) ;

- 3 % mentionnent l'usage de " *party drugs* " (cocaïne, XTC, amphétamine) les 12 derniers mois ;
- la prise d'alcool et de substances illicites est plus importante en dehors de la période des examens, moment où les stimulants, les sédatifs ou les tranquillisants sont les plus utilisés ;
- 2 groupes à risque pour l'usage de substances ont été relevés :
 1. les étudiants responsables d'une organisation estudiantine : consommation plus importante d'alcool ;
 2. les étudiants vivant en *kot* : plus de consommation de bière, de vin, de cannabis et d'autres substances que ceux vivant chez leurs parents.

d. BELSPO project

En 2007, sous l'égide de la K.U.L. et de l'U.L.B., la police fédérale scientifique a mené une enquête sur la consommation de drogues dans les minorités ethniques en Belgique. Ce groupe étant très hétérogène, les résultats doivent être interprétés avec prudence :

- 12 à 20 % des personnes avec prise en charge thérapeutique sont d'origine non belge : cela concerne des sujets plus âgés et moins de femme chez les belges ;
- les substances problématiques sont l'héroïne, la cocaïne et la méthadone (chez les belges : l'alcool, l'XTC et les amphétamines).

e. En milieu carcéral

Une étude dans toutes les prisons belges a été réalisée entre octobre et novembre 2006. Les résultats proviennent de l'analyse des données d'un échantillon représentatif de 902 prisonniers :

- 60 % des prisonniers ont consommé au moins une fois dans leur vie une substance illicite ;
- 29,5 % déclarent avoir utilisé une drogue en prison : 92,5 % du cannabis, 40,6 % de l'héroïne et 39,5 % des somnifères ou des tranquillisants non prescrits.

Données Eurotox sur l'usage de drogues en Communauté française

Dans le rapport 2007 d'Eurotox sur l'usage de drogues en Communauté française²¹, les données concernent principalement deux groupes spécifiques :

a. En milieu festif

De 2003 à 2006, parmi les personnes rencontrées à l'occasion d'actions de réduction de risques en milieu festif, on constate une augmentation de 9 % d'usagers de drogues (en ce compris l'alcool). A l'analyse de l'évolution des produits, on constate une diminution de la consommation (au cours de l'événement) du cannabis et de l'ecstasy et une augmentation de la consommation du *speed*, des amphétamines et de l'alcool. En 2006, hormis l'alcool et le tabac, le produit le plus consommé est le cannabis (28 % des personnes rencontrées). Les usagers de drogues par injection représentent moins de 3 % des personnes rencontrées.

Le rapport de l'ISP²⁰ mentionne des données non publiées sur l'usage en milieu festif durant l'année 2007 : lors de 59 événements, 2.444 personnes furent interrogées : 48% mentionnent l'usage de substances illicites le dernier mois dont 17 % par le *sniff* et 1 % par injection.

b. En rue

On constate une très légère diminution d'usagers de drogues (en ce compris l'alcool) de 2003 à 2006. La consommation du cannabis, de la cocaïne, de l'héroïne et de la méthadone illégale est relativement stable depuis 2003, contrairement aux autres produits, dont la consommation

historique tend à diminuer. En 2006, le produit le plus consommé est le cannabis (75 % des personnes rencontrées). Les injecteurs représentent 53 % des personnes rencontrées.

Rappelons que les données concernant les usages de substances non problématiques et sous contrôle, les sujets âgés, les femmes enceintes ou les personnes issues de milieu précaire sont quasi inexistantes mais que ces groupes ne doivent pas être pour autant négligés.

La nicotine

Aujourd'hui, on estime que le nombre de fumeurs atteint les 2,2 millions. Bien que la quantité de tabac vendue en Belgique ait diminué en 2007 par rapport aux autres années, bien que la consommation soit en diminution chez les jeunes, elle reste problématique : le nombre de très jeunes fumeurs reste limité avant 15 ans. Ce taux augmente rapidement pour concerner un jeune sur trois à 17 ans, soit un taux supérieur à la consommation des adultes (24 %).

Fait nouveau dans les pays européens : l'usage de la chicha (mélange de tabac et de mélasse déposé dans un narguilé puis allumé) qui semble en augmentation. Quasi confiné à un usage communautaire il y a cinq ans, l'usage de la chicha s'est largement répandu dans les villes. A Paris, plus de mille bars à chicha se sont ouverts. Selon une enquête menée dans la capitale française, la moitié des jeunes de 16 ans et 70 % des jeunes gens de 18 ans y ont déjà goûté. Il n'existe pas de données belges à ce sujet. La problématique vient du fait qu'une séance de narguilé équivaldrait à 2 paquets et demi de cigarettes. De plus, la plupart du temps, le tabac à chicha est vendu sous le manteau, dans des épiceries ou des night-shops ou directement dans les bars à chicha.

La cocaïne

La consommation de cocaïne est en nette augmentation en Europe ces dernières années. D'après l'*European monitoring center for drugs and drug addiction* (EMCDDA) : près de 12 millions de citoyens européens ont consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie (soit 3,6 % des adultes européens âgés de 15-64 ans avec des disparités selon les pays, l'Espagne et l'Angleterre semblant présenter une prévalence des consommateurs la plus importante). La cocaïne reste la deuxième substance la plus utilisée après le cannabis.

Modes de consommation

- *Voie orale* : feuilles en boulettes chiquées, infusion dans eau chaude. On voit cependant actuellement en Belgique une utilisation de la cocaïne ingérée dans un petit paquet (" *body-packers* ") fait à base de feuille de tabac à rouler. Ce mode de consommation est cependant celui le moins à risque de dépendance (pas de «rituel» de préparation, action très lente prenant jusqu'à ± 4 heures).
- *Voie nasale* : poudre sniffée en lignes, absorption en 3 minutes, action endéans les 15-20 minutes pendant ± 1 h.
- *Voie injectable* : cocaïne HCl dissous dans eau en IV. Absorption immédiate, action à 10', pendant 30'. Risque : stérilité et *overdose*.
- *Voie pulmonaire* : cocaïne fumée directement sur ou dans une cigarette, ou encore " nettoyée " avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude (*freebasing* ou *cracking*). Cette voie de consommation est de plus en plus rapportée chez les consommateurs. Le risque d'addiction est le plus important : rituel de préparation élevé, montée très rapide et action brève incitant le consommateur à reconsommer rapidement. Attention, la cocaïne ainsi nettoyée n'est rien d'autre que le crack, dont on retrouve principalement la vente directement sous cette forme aux Etats-Unis mais que l'on voit apparaître en Belgique depuis peu.

Signalons que la cocaïne vendue sous forme de poudre blanche est bien souvent coupée avec d'autres substances parfois nocives pour l'individu (alerte Eurotox du 3 mars 2009 : circulation de cocaïne coupée à de l'hydroxyzine).

Amphétamines et dérivés

Ces substances psycho-stimulantes de synthèse sont retrouvées sous différentes formes :

- le **speed** : poudre blanche (parfois rosée ou jaunâtre) de fabrication clandestine et de composition souvent incertaine ;
- l'**ecstasy** (ou XTC, X, exta, xeu, taz, etc.) : amphétamine modifiée (méthylène-dioxyméthylamphétamine MDMA), retrouvée sous forme de comprimés de différentes couleurs contenant une dose de substances psycho-actives fort variables mais également d'autres substances parfois nocives pour l'individu ;
- le **MDMA pur**, " nouvelle " forme d'ecstasy, vendu sous forme de poudre plus concentrée en substance active (et donc moins coupée que dans les comprimés d'XTC) ;
- le **Crystal** (méthamphétamine) encore appelé " *ice* " est probablement la forme la plus addictive de par la décharge importante de dopamine qu'elle provoque.

De nouvelles formes d'amphétamines apparaissent en Europe : **PMA** (4-méthoxyamphétamine), **PMMA**, **MDEA**, etc. Ces nouvelles formes sont vendues également sous forme de comprimés (et parfois sous l'appellation d'XTC), et le risque d'*overdose* par hyperthermie semble plus important qu'avec l'XTC " classique ".

Mentionnons également le risque de développer une addiction à la cocaïne : en effet, pour diminuer la descente liée à l'XTC (suite à la diminution de dopamine et de sérotonine), les usagers utilisent fréquemment la cocaïne.

Les inhibiteurs des récepteurs NMDA

Substances concernées : la **kétamine**, la **phéncyclidine** (ou **PCP**).

Mécanisme d'action et effets

Ces substances sont des antagonistes non compétitifs des récepteurs au glutamate de type N-méthyl-D-Aspartate NMDA, principalement au niveau de l'hippocampe et du cortex préfrontal, ce qui explique les effets importants sur la mémoire et la conscience. L'effet anesthésique (ou à faible dose un sentiment d'apaisement) dure 10 à 40 minutes et est suivi d'une phase hallucinatoire qui affecte les sens, le jugement et la coordination motrice pendant 4 à 6 heures.

La **kétamine** est un anesthésiant dissociatif utilisé en médecine humaine et animale comme anesthésiant. Elle fait partie de la famille des cycloalkylarylamines. Dans sa forme chlorhydrate, elle se présente comme une poudre cristalline soluble dans l'eau et l'alcool. On peut retrouver également des ampoules de kétamine, le contenu liquide devant alors être évaporé par chauffage lent pour obtenir de la poudre que l'on inhale ensuite sous forme de *sniff*. Sous l'effet de la kétamine, tout l'environnement est déformé, distordu, courbé, provoquant ainsi un état de conscience modifié avec hallucinations, expériences mystiques et spirituelles, etc. La kétamine est principalement utilisée dans les soirées, les *raves*, ... mais certains usagers décrivent avec cette substance un potentiel et un plaisir sexuel augmenté. Il ne semble pas y avoir de cas d'addiction décrit actuellement dans la littérature, cependant on note le pouvoir addictif de cette substance : effet de " déconnexion " avec la réalité, d'apaisement (renforcement positif), etc. De structure chimique proche du LSD, pouvoir addictif démontré, la kétamine est une substance nécessitant une surveillance plus approfondie dans notre pays.

Acide gamma hydroxybutirique GHB / acide Gamma butyrolactone GBL

Propriétés pharmacologiques

Le **GHB** est un acide gras à courte chaîne existant de façon endogène dans divers tissus des mammifères. C'est un métabolite et précurseur de l'acide aminobutyrique GABA. Le GHB se fixe au niveau des GHB-récepteurs et est également un agoniste des récepteurs GABA-B. A forte dose, le GHB affecte différents systèmes neurotransmetteurs comme ceux des opioïdes, de la dopamine, de la sérotonine, du glutamate et de l'acétylcholine.

Le GHB a été utilisé comme anesthésique mais cette indication est rapidement disparue (dû aux effets secondaires de type myoclonie et *delirium*). Le GHB existe cependant encore comme médicament dans certains pays pour le traitement de la catalepsie chez les patients narcoleptiques. Il est également utilisé dans le traitement des symptômes de désintoxication alcoolique et comme sédatif à durée d'action prolongée.

Le **GBL** (et le 1,4 butanediol **BD**) est un analogue du GHB et est rapidement métabolisé en GHB après ingestion. Le GBL est une lactone endogène métabolisée par une lactonase périphérique. Son absorption est plus rapide que celle du GHB, et il possède par rapport à ce dernier une meilleure solubilité lipidique et des concentrations sériques plus importantes.

Modes d'utilisation

En dehors de l'indication pharmacologique de traitement de la cataplexie, le GHB est utilisé dans diverses circonstances :

- comme substance récréative lors de soirée, vu les effets euphoriques, relaxant et de bien-être qu'il procure à faible dose (effet " alcool/XTC like ") ;
- chez les sportifs et bodybuilders comme anorexigène mais ses effets anesthésiants au niveau de la douleur sont également recherchés pour diminuer les douleurs liées à une pratique intensive de sport comme le fitness ;
- comme solvant utilisé entre autres dans des décapants pour peinture, mais le GHB est retrouvé dans des produits nettoyeurs, des cosmétiques, etc.

Au niveau légal en Belgique, le GHB est considéré comme un stupéfiant illicite, le GBL ne l'est pas.

Le GHB est acheté au marché noir sous forme de liquide à boire (le plus fréquent), mais également sous forme de poudre ou de capsule solide. Le GHB sous forme liquide est inodore, incolore et a un goût légèrement salé (bien que dans la majorité des cas les utilisateurs mentionnent un goût désagréable, probablement dû aux solvants retrouvés dans le GHB de rue). Le GBL et le BD ont un goût chimique prononcé.

L'association GHB/GBL/BD et alcool est fortement déconseillée dû à leur compétition avec l'alcool déshydrogénase. A forte prise de GHB, le risque est une concentration sérique plus importante de ce dernier et un allongement de son temps de demi-vie, augmentant les effets secondaires toxiques (voir ci-dessous).

Effets recherchés et toxicité

Les effets sont doses-dépendants et corrélés à la concentration plasmatique. Ils sont également variables selon les individus. Le GHB a une courbe dose-réponse raide ; une petite augmentation de la dose peut avoir pour conséquence un effet sédatif. Les usagers ayant présenté une intoxication aiguë signalent bien souvent une difficulté importante pour doser correctement le GHB. Les effets observés sont :

- à faible dose (\pm 2,5 g), le GHB/GBL/BD a un effet alcool/XTC-like : on observe en général dans la 1ère heure de prise un effet psychostimulant, suivi d'un effet sédatif. Les effets sont variables d'un individu à l'autre, et durent en général entre 1 h 30 et 2 h 30 ;
- à dose plus élevée (12,5-25 mg/kg), on observe de la confusion, des étourdissements, de la somnolence voire un endormissement de 3 à 4 heures, une diminution du contrôle verbal et moteur, etc. Des troubles digestifs peuvent survenir : nausée, vomissement, incontinence urinaire et fécale (troubles observés à des doses plus faibles également) ;
- une dose importante (50 mg/kg) provoque une altération de la mémoire ;
- pour des doses supérieures à 50 mg/kg, la perte de conscience et un coma surviennent, le rythme cardiaque ralentit, la tension artérielle diminue, le rythme respiratoire diminue (une respiration de type Cheyne-Stokes peut être observée).

L'intoxication aiguë consiste en de l'agitation (avec délire), suivie d'une diminution de l'état de conscience avec de l'amnésie, un coma pouvant survenir rapidement, altérations des signes vitaux (bradycardie, hypotension, bradypnée, hypothermie parfois sévère). Il n'existe pas à l'heure actuelle d'antidote.

Les effets sur le système nerveux central sont souvent utilisés à des fins criminelles : le GHB/GBL est parfois appelé "drogue du viol", l'amnésie et l'état de conscience altéré suite à la prise à l'insu de ces substances permettant à l'agresseur d'abuser de sa victime.

Addiction au GHB/GBL

Les phénomènes de *craving*, d'abus et de dépendance sont décrits dans la littérature. Tout comme pour d'autres addictions aux substances, une histoire de l'abus de drogues et l'escalade dans la fréquence de la prise et le dosage semblent constituer des facteurs de risque.

Les co-dépendances avec d'autres substances semblent très fréquentes.

Usages de substances et infections sexuellement transmissibles par le sexe ou par le sang

Il a été démontré que sous l'influence de substances comme l'alcool, l'XTC, le *poppers*, le GHB, la méthamphétamine, on pense d'autant moins à se protéger lors des rapports sexuels, avec un risque accru d'acquérir ou de transmettre une I.S.T. La relation entre l'usage de ces substances et les rapports sexuels à risque a été tout particulièrement étudiée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Les autres substances ont été peu étudiées mais le risque est probablement semblable.

Mentionnons également les risques liés au partage de matériel pour l'usage de drogues injectables (seringues ; les risques liés au partage du coton, cuillers, etc. ont été peu évalués) et/ou festives (risque également très peu évalué lors du partage des pailles, des *bumpers* pour sniffer la cocaïne, la kétamine, etc.).

Le médecin généraliste:

Le questionnaire CAGE, utilisé pour les problèmes liés à l'alcool, a été modifié pour en faire un questionnaire adapté incluant les drogues : le CAGEAID (tableau 12).

Tableau 12 : CAGE-AID.

1. Avez-vous jamais senti que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ?

2. Est-ce que des personnes vous ont importuné en vous critiquant au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues ?

3. Avez-vous jamais éprouvé du remords ou de la culpabilité au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues ?

4. Avez-vous déjà commencé la journée en buvant ou en prenant des drogues pour vous donner de l'aplomb ou pour vous débarrasser de la sensation de gueule de bois ?

Un score de **deux réponses** affirmatives ou plus indique que la personne pourrait présenter une consommation nuisible ou dangereuse et nécessite une évaluation plus complète

POLYCONSOMMATION / POLYADDICTION

La polyconsommation est définie comme l'usage régulier et concomitant de plusieurs substances psychoactives. Les effets néfastes de chaque produit s'additionnent.

Les associations les plus souvent rencontrées sont le tabac + l'alcool, l'alcool + tabac + cannabis et l'alcool + médicaments. Mais la parentalité des addictions comportementales et aux substances font qu'un individu peut passer d'une addiction à une autre, ou cumuler des addictions aux substances et/ou comportementales (le consommateur d'XTC coupant la descente avec de la cocaïne, le cyberaddict fumant devant son écran d'ordinateur, le sexaddict recherchant de nouvelles rencontres via *Internet* et devenant cyberaddict, etc.).

Cette parentalité des addictions explique les polyconsommations. Une autre origine peut également être retrouvée dans la quête de la drogue idéale.

Dans son rapport " Abus, dépendances et polyconsommations " de mai 2007, la Haute Ecole de Santé HAS française insiste sur le rôle primordial des intervenants de première ligne :

- Le dépistage (ou repérage) : tous les intervenants de première ligne devraient rechercher de façon systématique les polyconsommations, sensibilisant le patient sur le caractère pathologique de ses consommations et susciter une prise de conscience des risques et une ébauche de motivation. Une attention toute particulière sera portée envers les adolescents (l'échelle ADOSPA pouvant être utilisée à cette fin - tableau 13), les femmes enceintes, la population carcérale, les patients en situation de précarité, les sportifs. L'élaboration et la validation d'une échelle transversale est en cours.
- L'évaluation mettant en évidence la motivation, des facteurs de gravité, des altérations du fonctionnement psychique et physique, des comorbidités psychiatriques. L'entretien standardisé IGT ou ASI102, présenté précédemment, peut être utilisé à cette fin.
- La prise en charge dans un cadre multidisciplinaire avec des interventions psychothérapeutiques, chimiothérapeutiques associées à un accompagnement socioéducatif et à l'intervention d'associations d'entraide.

Tableau 13 : Echelle ADOSPA.

1. Etes-vous déjà monté dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez diminuer votre consommation de boisson alcoolisées ou d'autres drogues ?

Interprétation : un score égal à 2 « oui » indique un risque modéré, un score de 3 ou plus indique un risque élevé

CONCLUSION

L'addiction se caractérise par l'impossibilité de contrôler sa consommation de produit ou de contrôler certains comportements, et par la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses effets négatifs.

Pathologie du trop agir ou de l'excès ? Recherche à l'excès du plaisir sous toutes ses formes ? Envers du trop de refoulement névrotique ? Evolution sociétale ?

Quels que soient les termes utilisés pour parler de ces nouvelles formes d'addiction, force est de constater qu'il apparaît en Belgique de " nouvelles " substances (MDMA, GHB/GBL, Cristal,...) à utilisation en général festive mais à potentiel addictif bien connu pour certaines d'entre elles.

On reconnaît depuis peu l'existence d'addictions sans substance (ou addiction comportementale) : l'addiction au jeu semble être la plus fréquente et est reconnue comme maladie par l'O.M.S., mais on peut observer la cyberdépendance, la dépendance au sexe, les " *workaholics* " ou dépendants au travail, etc.

Comme le propose l'HAS en France, le dépistage des polyconsommations, mais également le dépistage de l'addiction à une seule substance ou à un comportement, devrait être systématisé dans l'anamnèse de tout patient. Ce dépistage devrait être facilité par l'élaboration et la validation d'une échelle transversale.

Pour la pratique, nous retiendrons qu'une attention toute particulière sera portée auprès de certains groupes, tant au niveau de la prévention primaire que du dépistage :

- les hommes : prévalence de diverses addictions plus importante que chez les femmes ;
- les adolescents et jeunes adultes : prévalence plus importante du jeu pathologique, de consommation de cannabis, de nicotine (via la chicha) ;
- les étudiants universitaires ou des hautes écoles, et plus particulièrement les responsables de cercles estudiantins ou ceux vivant en *kot* : prévalence de consommation d'alcool voire de cannabis ou autres substances ;
- les *clubbers* et personnes du milieu festif : la prévalence de consommation des nouvelles drogues de synthèse est importante ;
- les sportifs, cumulant parfois polyconsommation et pratiques dopantes ;
- les prisonniers : prévalence d'usage de drogue importante ;

- les minorités ethniques : peu étudiées mais on constate que près de 20 % des personnes avec prise en charge thérapeutique sont d'origine non belge ;
- les personnes présentant des troubles psychiques comme une dépression.

Rappelons que les données concernant les usages de substances non problématiques et sous contrôle, les sujets âgés, les femmes enceintes ou les personnes issues de milieu précaire sont quasi inexistantes mais que ces groupes ne doivent pas être pour autant négligés.

Les intervenants de première ligne, et tout particulièrement les médecins généralistes, sont à la première place pour dépister ces différentes formes d'addiction, proposer une prise en charge adaptée en fonction des caractéristiques du patient et du type d'addiction, et identifier les situations à risque élevé de rechute.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association : Mini DSM-IV. Critères diagnostiques. Washington DC, 1994. Traduction française par J.-D Guelfi et al. Paris, Masson, 1996, 384 pages
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision. Version for 2007 (version téléchargeable sur le site de l'O.M.S. : <http://www.who.int/classifications/icd/en/>)
3. Qu'est-ce qu'une addiction ? Psychotropes. De Boeck, 2008 ; 14 : 3-4
4. Addictologie. Abrégés Masson, 2009
5. Gutton P : Dépressivité et stratégies dépressives. Adolescence 1986; 4 : 171-8
6. Valleux M, Matysiak JC : Les pathologies de l'excès. Edition JC Lattès, 2006
7. CRIOC : Jeunes et jeux de hasard. Mars 2009. <http://www.crioc.be>
8. CRIOC : Jeux d'argent, jeux de hasard. Avril 2009
9. Valleux, Matysiak : Les nouvelles formes d'addiction. Flammarion, 2004
10. Valleux M, Velea D : Les addictions sans drogue. Toxibase 2006 : 1-15
11. Enquête " la vie sexuelle des belges ". TNS Dimarso du Vif l'Express - 08/07/2008. <http://www.levif.be/sciences-et-sante/72-86-19647/vie-sexuelle-des-belges—ce-qui-change.html#>
12. Mutualité Socialiste. Enquête sexualité 2008 : Etats des lieux de la sexualité des 15-25 ans. <http://www.mutsoc.be/mutsoc/theme/enquete-sexualite-2008.htm>
14. Enquête " La sexualité en France ". Edition de la Découverte, 2006. <http://csf.kb.inserm.fr/csf/accueil.html>
15. Kruger TH, Hartmann U, Schedlowski M : Prolactinergic and dopaminergic mechanisms underlying sexual arousal and orgasm in humans. World J Urol 2005 ; 23 : 130-8
16. Ben Zion ZI et al. : Polymorphisms in the dopamine D4 receptor gene (DRD4) contribute to individual differences in human sexual behavior : desire, arousal and sexual function. Mol Psychiatry 2006 ; 11 : 782-6
17. Aguirre-Samudio AJ, Nicolini H : DRD4 polymorphism and the association with mental disorders. Rev Invest Clin 2005 ; 57 : 65-75

18. Lopès P, Poudat FX : Manuel de sexologie. Elsevier Masson, 2007
19. Bancroft J : The endocrinology of sexual arousal. J Endocrinol 2005 ; 146 : 411-27
20. Institut National la Santé et de la Recherche Médicale : Psychothérapie. Trois approches évaluées. Editions INSERM, 2004. <http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho.html>
21. Belgian National Report on drugs 2008 : Scientific Institute of Public Health, October 2008 ; 167 p.
22. Eurotox. Sur l'usages de drogues en Communauté française, Mai 2008
23. CRIOC Farde de documentation tabac. Edition 2008. <http://www.oivo-crioc.org/files/fr/3236fr.pdf>
24. Binet A, Soumois F : La guerre à la chicha est déclarée. Le soir, 12 février 2009
25. EMCDDA : Statistical bulletin 2008. <http://www.emcdda.europa.eu>
26. Kohrs R, Durieux ME : Ketamine : Teaching an Old Drug New Tricks. Anesth Analg 1998 ; 87 : 1186
27. Weir E Raves: a review of the culture, the drugs and the prevention of harm. CMAJ 2007 ; 162 : 1843-8
28. Eurotox : Surdoses GHB. Alerte du 02 Décembre 2008. <http://www.eurotox.org/alertes/surdoses-ghb.html>
29. Lacroix S, Denis B : Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanie. Education du Patient et Enjeux de Santé, 2004 ; 22, n° 1
30. Rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec, Octobre 2004.
http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/Role_medecinsVFweb.pdf
31. Indice de gravité d'une toxicomanie, adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan AT, Lubbersky L, O'Brien CP : 1980. Traduit et validé par le RISQ. Bergeron J, Landry M, Brochu S, Guyon L, 1998
32. Haute Ecole de Santé : Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Mai 2007.
<http://www.has-sante.fr>