

Les addictions sans drogue(s)

Marc Valleur*, Dan Velea**

La définition du concept d'addiction apparaît de plus en plus difficile à cerner.

Des toxicomanies à l'alcoolisme et au tabagisme, en passant par le jeu pathologique, les achats compulsifs, la sexualité et certains troubles du comportement... jusqu'à l'addiction, pourtant si peu virtuelle des cyberdépendants, on peut se demander quel est le point commun des addictions sans drogue et tout d'abord s'il existe.

Ce questionnement est incontournable pour bâtir des stratégies de prévention et d'intervention médico-sociale adaptées.

Il a également pour conséquence de penser les addictions en terme de conduite des sujets plutôt qu'une approche à partir des produits psychotropes.

Ce thema de Toxibase propose d'entamer le débat à partir d'une vision conceptuelle des addictions sans drogue et d'une description nosographique et sociale de chacune d'entre elles.

L'UN DES INTÉRÊTS de recourir au mot *addiction* plutôt qu'à *toxicomanie* est de prendre acte de la parenté entre dépendance aux drogues interdites, alcoolisme, tabagisme, abus de médicaments...

Un autre intérêt, qui devrait être plus décisif encore, est de relativiser la place des produits dans les dépendances en faisant une place importante aux *toxicomanies sans drogue*, aussi appelées *addictions comportementales*, dont le jeu pathologique est l'exemple le plus connu et le moins discuté.

Alors qu'en France, malgré les évolutions récentes, le terme d'addiction est encore aujourd'hui plus ou moins réservé aux spécialistes, en Amérique du Nord, *dépendance* reste le terme spécialisé, *addiction* faisant partie du langage populaire, et manquant de précision...

On pourrait craindre que nos addictions ne soient qu'un artifice, représentant en médecine populaire, ce que le *challenge* est devenu en économie ou en sport : une variante un peu snob du défi, le mot étant simplement anobli par son américanisation. Mais l'emploi du terme est en fait synonyme d'élargissement de la notion de dépendance, et les arguments en faveur de ce regroupement des addictions sont nombreux.

Citons simplement :

- La parenté entre les divers troubles qui s'y trouvent regroupés, 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.
- Ensuite, l'importance des *recoupements (overlaps)* entre les diverses addictions :

* Marc Valleur, Médecin-Chef
 ** Dan Velea, Médecin-Assistant
 Centre Médical MARMOTTAN
 19, rue d'Armaillé
 75017 Paris

nous connaissons par exemple la fréquence de l'alcoolisme, du tabagisme, des toxicomanies, voire des troubles des conduites alimentaires, chez les joueurs pathologiques.

- Aussi, le passage, fréquemment rencontré, d'une addiction à une autre, un toxicomane pouvant par exemple devenir alcoolique, puis joueur, puis acheteur compulsif...

- Enfin, la parenté dans les propositions thérapeutiques. Particulièrement importante est ici l'existence des groupes d'entraide, basés sur les *traitements en douze étapes*, de type Alcooliques Anonymes. Ce sont en effet exactement les mêmes principes de traitements de conversion et de rédemption morale qui sont proposés aux alcooliques, aux toxicomanes, aux joueurs, et acceptés par nombre d'entre eux.

Cette multiplication des groupes d'entraide en douze étapes pour toutes sortes de conduites, de la dépendance à Internet aux achats compulsifs, mais aussi pour les *codépendances* ou les dépendances affectives est probablement le signe le plus important de la place que prennent les dépendances dans la société actuelle.

L'addiction devient en fait une notion courante, et déjà les publicitaires en ont compris l'ambiguïté, (c'est une maladie, mais si l'on devient *addict*, c'est que l'objet de dépendance est source d'un plaisir intense) et proposent par exemple *le jeu le plus addictif du monde* comme ils ont pu promouvoir une boisson alcoolique avec le slogan paradoxal *ne commencez jamais...*

Un concept difficile à définir

Passer d'approches centrées sur les produits à des approches centrées sur les conduites des sujets est donc aujourd'hui une façon de se mettre en accord avec une évolution sociologique de la place des dépendances dans les discours et les représentations. Mais les scientifiques hésitent à entériner ce mouvement, et les *toxicomanies sans drogue* ou *addictions comportementales* sont encore l'objet de controverses où se retrouvent, de façon à peine décalée, les débats qui continuent d'opposer, en matière de toxicomanie, les tenants d'approches biomédicales aux défenseurs d'approches psychosociales. Un récent article de la revue *Science*¹ résume ainsi le problème : *Behavioral addiction do they exist ? Aided by brain imaging advances, scientists are looking for evidence that compulsive non-drug behaviors lead to long-term changes in reward circuitry*².

Nombre d'auteurs se placent en effet dans une position d'attente, partant du principe que ces *nouvelles pathologies* ne méritent un réel droit de cité que lorsque des marqueurs biologiques - l'hypersensibilité acquise des circuits dopaminergiques par exemple - en démontreront l'existence au plus profond des mécanismes vitaux. La volonté scientifique de marquer le primat de données supposées *dures*, issues de la biologie par rapport à des données supposées *molles*, de psychologie ou de sociologie, risque d'entraîner un retard dans la prise en compte de causes de souffrances réelles, qui, par définition, sont du registre de la subjectivité et préexistent à toute objectivation.

Une forme de dépendance aussi peu discutée cliniquement et phénoménologiquement que le jeu pathologique souffre ainsi d'une difficulté à s'inscrire dans un cadre *scientifique*.

La dépendance à une substance psychoactive est en effet évaluée expérimentalement assez facilement, notamment par des épreuves d'auto-administration chez l'animal, alors qu'en matière de jeu, comme pour toutes les addictions sans drogue, il n'existe guère de dispositif expérimental permettant les mêmes mesures. L'éthologie doit encore progresser pour nous proposer des équivalents, chez le rat,

de la dépendance aux machines à sous, au sport, au travail, ou aux relations amoureuses passionnelles et destructrices.

Ne doutons pas que les recherches vont se multiplier, qui finiront par prouver que l'intensité des sensations éprouvées dans les séquences de jeux de casino, mais aussi de jeux vidéo, sans parler des transports amoureux, se traduisent par des modifications tangibles, et possiblement durables, des circuits de récompense. Mais il convient, de toute façon, de prendre acte de l'émergence de quantité de *nouvelles addictions* qui constituent indéniablement, aux côtés de la dépression, les maladies emblématiques de la modernité. La question épistémologique de leur statut, maladies ou simples habitudes envahissantes, socialement ou sanitaires *non correctes*, repose sur celle des formes prises, en fonction de la culture, par les expressions de la souffrance psychique.

Rappelons que Thomas Szasz³ avait pu dénoncer la *chimie sacramentelle* et la construction des toxicomanies comme fabrication de victimes émissaires d'une société qui promeut la prescription médicale comme unique mode de régulation de l'usage de substances psychoactives. Mais ce même auteur avait aussi dénoncé, non sans arguments, le *mythe de la maladie mentale*⁴, assimilation de toutes les formes de souffrance psychique à des maladies somatiques...

En matière d'addictions sans drogue, plus encore que de toxicomanies, voire de maladies mentales, se posent les questions des frontières entre normal et pathologique, des déterminants sociologiques et culturels des troubles, autant que de leurs assises biologiques. Les repères ici nécessaires sont d'abord descriptifs, phénoménologiques, et ne doivent pas être subordonnés à la découverte de fondements biologiques démontrés.

La pathologie, la maladie, est d'abord une notion subjective, liée au sentiment intime d'aliénation vécu par le sujet, qui, à travers une dépendance, s'éprouve comme aux prises avec un processus qui le dépasse, qui échappe à sa volonté, qui n'apparaît pas réductible, de façon symptomatique, à son histoire et son univers psychique pré-existant.

Mais la notion de maladie amène aussi naturellement à reposer celle de la responsabilité, dans un domaine où la *faiblesse de la volonté* a souvent pu être mise en avant comme élément explicatif.

L'extension de la notion d'addiction à certaines formes de criminalité montrera que cette question, ancienne en matière d'usage de substances ou de toxicomanies, reste d'une actualité aiguë. Elle montre aussi pourquoi les addictions, avec ou sans drogue, ne seront jamais des maladies tout à fait comme les autres.

Avec Julia Sissa⁵, il est en effet permis de remarquer que les champs de ces *nouvelles addictions* ne sont autres que les champs de l'activité humaine qui, de tout temps, ont relevé du sacré et de la religion, avant de fonder la morale des anciens : la nourriture, le sexe, l'alcool et les drogues, l'argent et le hasard : objets de cultes et de rites, donc de prescriptions et d'interdits religieux, puis d'exercice du contrôle de soi, puisque pouvant devenir l'objet d'un désir sans frein, de passions impossibles à assouvir.

Il faut attendre la fin du XVIII^e siècle pour que, parallèlement à la séparation de la médecine et de la religion, des conduites aussi anciennes que l'ivrognerie ou l'abus du jeu deviennent des maladies, et que les médecins humanistes tentent d'infléchir le regard de la société envers des sacrilèges, des profanateurs, des vicieux⁶ :

¹ "Behavioral" addictions: do they exist ? *Science*, vol.294, 2 Novembre 2001.

² *Les addictions comportementales existent-elles ? soutenus par les techniques d'imagerie médicale, les scientifiques recherchent la preuve que les comportements compulsifs sans produit psychotrope conduisent à des changements à long terme des circuits de récompense.*

³ SZASZ T., trad. de l'anglais (États-Unis) M. Manin-Burke. *La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps : le contrôle d'État de la pharmacopée.* Paris : Éditions du Léopard, 1994, 293 p. Éd. revue et augmentée. Trad. de *Ceremonial chemistry* (1974), 1994,

⁴ SZASZ T. *Le mythe de la drogue.* Paris, Esprit Frappeur, 1998, 93p.

⁵ SISSA J. *Le plaisir et le mal.* Paris, Odile Jacob, 1997

⁶ BING F. *La théorie de la dégénérescence.* In : Postel J., Quétel C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie.* Paris, Dunod, 1994, p.233-238

c'est à 1785 que remonte le texte que la plupart des auteurs nord-américains considèrent comme fondateur du champ médical des addictions, *An inquiry on the effects of ardent spirits upon the human body and mind* de Benjamin Rush⁷. En 1850, Magnus Huss introduit la notion d'alcoolisme, considérée comme intoxication chronique et remplaçant celle de l'ivrognerie.

À la suite des travaux de Morel (1857), les alcooliques, les toxicomanes, avec les tuberculeux et les syphilitiques vont entrer dans la vaste catégorie des *dégénérés*, qui, pour évidemment malades, n'en restèrent pas moins pervers, vicieux, et relevant de traitements aussi durs que des criminels. Toutes les questions les plus actuelles sur les addictions montrent que le partage des champs de la justice et de la morale, de la médecine et de la maladie est toujours en refonte, et que les frontières entre normalité, crime, et pathologie ne peuvent simplement dépendre de vérifications scientifiques de facteurs biologiques.

De nos jours, les pathologies du trop agir peuvent être considérées comme l'envers du *trop de refoulement* névrotique qui avait conduit, à la fin du XIX^e siècle, à une reformulation radicale des façons de penser la souffrance psychique, avec les inventions de la psychanalyse et de l'inconscient. Il convient d'ailleurs de rappeler que c'est de l'intérieur de la psychanalyse que provient la notion de *toxicomanies sans drogue*, introduite par Otto Fenichel en 1945⁸, dans sa *Théorie psychanalytique des névroses*. S'interrogeant sur les différences entre les troubles impulsifs, commis par le sujet de façon *egosyntone* et les obsessions, qui s'imposent à un sujet qui tente d'y résister, cet auteur est probablement à l'origine du découpage actuel de la classification du DSM qui fait une place aux troubles du contrôle des impulsions, avec les dépendances à une substance, les paraphilies (perversions sexuelles), le jeu pathologique, et quelques troubles comme la pyromanie, la kleptomanie, la trichotillomanie...

Parmi les psychanalystes, le pionnier fut sans doute Edward Glover, qui, dès 1932 remarquait⁹ : *Il n'y a maintenant plus de doute que les effets pharmacologiques des drogues n'ont pas, dans les addictions dangereuses, une part aussi spécifique qu'on peut le supposer dans les cercles extérieurs à la psychologie. Dans certains cas d'addiction, où un substitut inoffensif*

était choisi (dans un cas le sucre était utilisé en ce sens), j'ai observé que la même compulsion servile s'attachait au substitut et que la privation du substitut libérait des charges massives d'angoisse.

Le psychiatre et psychanalyste français J. Bergeret¹⁰, soulignant son étymologie, avait proposé un emploi particulier du terme *addiction* : dérivé du latin *addictus*, il désignait en ancien français *la contrainte par corps*. Cet auteur proposait donc de l'employer dans le cadre d'un abord psychanalytique, où la dépendance corporelle aurait valeur pour le sujet de tentative inconsciente de régler une dette. Le terme désigne alors métaphoriquement la toxicomanie, dans une conception psychologique qui ferait de la dépendance physique l'équivalent d'une peine auto-infligée. La clef de la dépendance serait à chercher dans la source de ce sentiment de dette dans le vécu du sujet : *il s'agit de considérer à la suite de quelles carences affectives le sujet dépendant est amené à payer par son corps les engagements non tenus et contractés par ailleurs.*

L'un des auteurs ayant contribué le plus à l'élargissement des conduites addictives aux toxicomanies sans drogue est sans doute le psychosociologue Stanton Peele, qui, en 1975¹¹ tenta de démontrer l'équivalence (et non la simple ressemblance) entre certaines formes de relations amoureuses et la toxicomanie.

Selon Peele, c'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants, et non d'une substance chimique. Le caractère agréable de l'expérience initiale n'est pas, dans cette optique, d'une importance primordiale. Le recours répétitif à la conduite addictive aurait une fonction d'évitement de situations anxiogènes, en substituant à l'incertitude des relations humaines le déroulement prévisible d'une séquence comportementale maintes fois vécue.

Sa visée était sans doute iconoclaste et, à la suite de Thomas Szasz, il tendait surtout à montrer que la toxicomanie ou l'alcoolisme n'étaient pas des *maladies* méritant obligatoirement des soins médicaux, mais relevaient aussi du choix personnel, de la responsabilité individuelle. Mais aujourd'hui, après notamment le succès de travaux comme ceux de Robin Norwood¹², la toxicomanie est toujours considérée comme une maladie sérieuse, alors que certains conjoints tentent de

régler leurs difficultés de couple par l'engagement dans des traitements en douze étapes : *nous avons admis que nous étions impuissants devant les relations, et que nous avons perdu le contrôle de nos vies...* Il est remarquable que la forme la plus répandue de traitement de ces maladies de la modernité, représentant la condition d'individus-individualistes en quelque sorte autoréférés, dans un monde désenchanté, soit une forme de conversion, un engagement dans une démarche ouvertement religieuse.

Plus prosaïquement, il est nécessaire de tenir compte de la diversité des expériences pouvant conduire à une problématique addictive, mais nous risquons aujourd'hui de voir se multiplier à l'infini les *nouvelles maladies* comme les propositions de groupes de traitement : à côté de l'addiction au jeu, ne voit-on pas se développer des formes de dépendances aux jeux vidéo et à Internet ? N'est-il pas légitime de parler d'addiction pour désigner les engagements répétitifs dans des relations amoureuses aliénantes et destructrices ? Mais était-il légitime de construire une grille d'évaluation de la dépendance au procès d'O.J. Simpson ? Peut-on sérieusement croire en l'efficacité d'un traitement de conversion dans lequel le *cyber addict* adresse une prière au *grand webmaster* représentant la *Puissance Supérieure* des Alcooliques Anonymes ?

⁷ RUSH Benjamin Dr., *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*. In : HENDERSON Y. - *A new deal in liquor a plea for dilution*. p.185-228. New York : Doubleday, Doran & Company, Inc, 1935. Reprinting., 1814,

⁸ FENICHEL O, avant-propos M. Fain, Trad. de l'anglais M. Fain et al. *La théorie psychanalytique des névroses. Tome 1 : Introduction. Le développement mental. Les névroses traumatiques et les psychonévroses*. Paris : PUF, 1979 (3^e éd.), 392 p. (Coll. Bibliothèque de psychanalyse). Trad. de *The psychoanalytic theory of neurosis* (1945), 1979,

⁹ E. GLOVER, *A psychoanalytic approach to the classification of mental disorders*. J. of. Mental science, 161-186. 1932. Cité dans : *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*, dir. J.L. Chassaing, Editions de l'Association freudienne internationale, Paris, 1998.

¹⁰ J. BERGERET, *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 1981.

¹¹ PEELE S., BRODSKY A. *Love and addiction*. New-York, NY : Taplinger, 1975. - 284 p., 1975, Norwood R. *Women who love too much: when you keep wishing and hoping he'll change.*; Mass Market Paperback, 1991

La définition de Goodman

Le besoin de définir des critères non exclusivement liés à un objet précis de dépendance, mais excluant les simples habitudes quelque peu originales a conduit A. Goodman¹³ en 1990 à proposer une définition regroupant des critères du jeu pathologique et de la dépendance à une substance.

Si les critères de Goodman sont aujourd'hui bien connus, et souvent utilisés comme base de définition des addictions avec ou sans drogues, il faut constater qu'ils n'ont pas de valeur officielle, la catégorie des addictions au sens large n'ayant pas - ou pas encore - intégré les manuels internationaux de classifications des maladies.

Il existe donc nombre de ces nouvelles addictions qui doivent être contrôlées comme des candidats à la reconnaissance en tant que telles. Les grilles d'évaluation fleurissent, qui sont censées servir d'instruments de mesure objective de ces addictions. Aujourd'hui toutefois, seules sont reconnues celles du jeu pathologique et des achats compulsifs qui ont été validées par les milieux scientifiques.

La définition 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.

D'après Aviel Goodman, 1990

Les addictions, selon les données cliniques, les classifications officielles, et les critères de Goodman	Trouble du contrôle des impulsions (DSM, CIM)	Addictions cliniquement identifiées	Critères de Goodman
- Dépendance à une substance - Abus, usage nocif	+ +	+ -	+ -
- Anorexie mentale - Boulimie	- -	+ +	? +
- Paraphilies (perversions sexuelles)	+	-	
- Kleptomanie - Jeu pathologique - Pyromanie - Trichotillomanie	+ + + +	+ / - + - -	+ + + / - -
- Tabagisme - Sexualité compulsive - Tentatives de suicide - Achats compulsifs - Conduite de risque - Efforts intensifs - Workaholics (bourreaux de travail)	- ? ? ? ? ? ?	+ + + + + +	+ / - + / - + / - + / - + / - + / - + / -

D'après M. M. Jacquet et A. Rigaud, 2000

Ces critères sont objectivants et conformes à la perspective *athéorique* du DSM¹⁴. Ils présentent toutefois, comme ceux du jeu pathologique ou de la dépendance à une substance, l'intérêt de tenter de faire une place à la subjectivité de la personne concernée : le sujet estime lui-même que cette conduite lui pose des problèmes et il tente, sans succès, d'y mettre fin.

Ce dernier point est à rapprocher de la classique définition de l'alcoolisme par Pierre Fouquet, comme *perte de la liberté de s'abstenir* et constitue la condition nécessaire et suffisante pour justifier une proposition d'accompagnement thérapeutique.

Marie-Madeleine Jacquet et Alain Rigaud¹⁵ proposent le tableau suivant, qui compare les critères du DSM IV, de la CIM (Classification Internationale des Maladies) et les addictions *communément identifiées* en clinique.

¹³ A. Goodman, *Addiction: definition and implications* British Journal of Addiction, 1990, 85, 1403-1408

¹⁴ American Psychiatric Association, trad. de l'anglais J. D. Guelfi et al. *DSM IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1996, 1008 p., 4^e éd. version internationale. Avec les codes, CIM-10, 1996,

¹⁵ M. M. Jacquet et A. Rigaud, *Émergence de la notion d'addiction*. In : Le Poulichet (dir.) : *Les addictions*, Paris, PUF, 2000.

Alors que la science médicale, prônée par Claude Bernard, pourrait parfois conduire à une médecine sans malades (Canguilhem)¹⁶, il convient toujours de fonder les conditions de l'intervention thérapeutique sur la demande du sujet, la définition de la maladie et sur sa souffrance. Dans le cas des addictions, le sentiment subjectif d'aliénation, l'impression qu'a le sujet d'être la proie d'un processus qui lui échappe sont aussi importants que les modifications objectives des mécanismes biologiques.

La position scientifique d'attente ne doit pas conduire à l'abstention thérapeutique,

ni au désintérêt des états pour des troubles très répandus, susceptibles de constituer des *fléaux* aussi importants, en terme de souffrance, de dépressions, de marginalisation, que *les toxicomanies aux drogues*.

Sur le plan des modèles explicatifs, il est permis de penser que les débats qui opposent les tenants de la biologie, pour lesquels les addictions avérées sont une maladie chronique du cerveau, et les partisans d'approches psychosociales, qui relativisent les divers *modèles de maladie* condensent toutes les controverses désormais traditionnelles en matière de psychiatrie.

Plutôt que se cantonner dans leurs chapelles respectives, les chercheurs des champs les plus divers pourraient aussi aider les cliniciens à affiner leurs modèles qui tentent d'intégrer les approches symptomatiques, psychologiques ou sociales, et les approches processuelles, qui intègrent les éléments des modèles de maladie.

C'est toute la façon d'aborder la souffrance psychique, entre symptôme et maladie mentale, qui pourrait en être renouvelée.

Le jeu pathologique

La place singulière du jeu, longtemps considéré comme sacrilège, puis légalisé, et aujourd'hui largement répandu, encouragé, dans tous les pays, en fait un champ particulièrement éclairant pour l'ensemble des *nouvelles addictions*.

Il existe des arguments très forts en faveur de l'inclusion du jeu pathologique dans cette notion d'addictions au sens large, qui dépasse la dépendance aux substances psychoactives pour s'étendre aux *addictions comportementales* (les toxicomanies sans drogue).

Tant au niveau des définitions ou modèles explicatifs, que des propositions d'action thérapeutique ou préventive, il n'existe actuellement pas de consensus en matière de jeu pathologique.

Il ne s'agit pas ici d'une simple opposition entre des écoles différentes de techniciens du psychisme, qui débattraient du meilleur moyen de comprendre et de soigner une maladie ou un symptôme (les psychanalystes qui s'opposeraient aux comportementalistes, aux systémistes, aux biologistes...).

La frontière est plutôt entre une conception spécifique, tendant à faire du jeu pathologique une entité, une forme pathologique en soi, et d'autre part un abord de ce problème comme simple artefact, labile, et sans grand intérêt, du jeu en soi.

Descriptions du jeu pathologique

Pour qualifier quelqu'un de joueur, il faut qu'il s'adonne à cette activité avec une certaine fréquence, voire qu'il en ait fait une

habitude. Selon le sociologue J. P. G. Martignoni-Hutin, le joueur serait, non celui qui joue, mais celui qui rejoue : cette définition peut être considérée comme le minimum requis... Avec Igor Kusyszyn¹⁷, (professeur de psychologie à Toronto), il est possible de distinguer plusieurs grandes catégories de joueurs. :

- Les *joueurs sociaux* : ce sont des personnes qui jouent soit occasionnellement, soit régulièrement, mais dans la vie desquelles le jeu garde une place limitée, celle d'un loisir.

- Les *joueurs professionnels*.

- Les *joueurs pathologiques*, *addicts*, seraient donc une catégorie à part. À la dépendance, s'ajoute dans leur cas la démesure, le fait que le jeu est devenu centre de l'existence, au détriment d'autres investissements affectifs et sociaux.

Il existe de fait, dans ce genre de classification, un déséquilibre, une mise en exergue du jeu pathologique, du simple fait qu'il se retrouve sur le même plan que le jeu *social*, toléré ou encouragé, et qui ne pose pas de problèmes aux usagers. Des sociologues ou des anthropologues regrettent que l'étude d'un phénomène quantitativement marginal puisse servir de grille principale d'analyse, ou de base pour des décisions politiques, en s'appliquant de fait alors à un ensemble beaucoup plus vaste : les joueurs dans leur ensemble pourraient être pénalisés, ou stigmatisés, par des analyses basées sur le jeu pathologique.

Le psychanalyste Edmund Bergler propose, en 1957¹⁸ une description systématique du *gambler*, du joueur pathologique, qu'il oppose au *joueur du dimanche* (not everyone who gambles is a gambler, écrit-il).

Le jeu pathologique selon le DSM

L'apparition *officielle* du jeu pathologique comme entité individualisée dans la littérature à visée médicale et scientifique, remonte seulement à 1980, avec son introduction dans le DSM-III.

Selon le DSM-IV (1994), le jeu pathologique est défini comme : *pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes* :

1. Préoccupation par le jeu (par exemple par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré...
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).

¹⁶ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF, 1998, 224 p. (Quadrige ; 65). 1ère éd., 1966. (Textes de 1943, 1963-1966), 1998,

¹⁷ I. Kusyszyn, *The gambling addict versus the gambling professional*. The International Journal of Addiction, 17, (2), 387-393, 1972

¹⁸ E. Bergler, *The psychology of gambling*. International University Press, Inc, 1985, 244 p., Reprint. Originally, published : Hill and Wang, 1957, 1985

6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se *refaire*).

7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.

8. Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu.

9. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.

10. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

Ces critères reprennent en grande partie ceux qui ont été proposés pour la définition de la dépendance aux substances psychoactives.

Ils font du jeu pathologique un ensemble équivalent aux toxicomanies dans une vision aujourd'hui traditionnelle où elles sont abordées comme entité morbide.

D'autres grilles ou questionnaires ont été élaborées dans un esprit proche, celui de servir de base diagnostique, ainsi que d'outil d'évaluation statistique, ou d'appréhension de l'évolution d'un cas.

Ainsi du *South Oaks Gambling Screen*, de Lesieur et Blume (1987). Cette grille comporte des questions essentiellement centrées sur le jeu et l'argent, et est considérée comme un outil statistique fiable par la plupart des auteurs.

L'association *Gamblers Anonymous*, Joueurs Anonymes, propose aussi un questionnaire, à visée essentielle d'auto-évaluation, destiné à aider le futur membre à prendre conscience de ses difficultés.

Il existe une adéquation et une parenté entre les critères diagnostiques du DSM, et les questions du *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) : ce dernier apparaît donc un outil adapté, dans la mesure où l'on accepte les définitions du premier. Sur les différentes grilles et échelles d'évaluation, cf. Lejoyeux (Neuropsychy, 1999).

La trajectoire du joueur

Cette trajectoire est aussi souvent mise en avant comme élément descriptif : avec Custer, et après Dupouy et Chatagnon

(1929), il est généralement admis que le joueur pathologique passe par une série de phases stéréotypées :

- Phase de gain (*winning phase*) : c'est l'engagement dans le monde du jeu, avec peut-être la croyance que les gains vont pouvoir résoudre toutes les difficultés existentielles préexistantes. Mais il est aussi possible de faire l'hypothèse que le gain, la rencontre avec la chance, a sinon le rôle traumatique d'une *rencontre avec le réel*, du moins celui d'une déstabilisation, d'une perte des repères antérieurs...

- Phase de perte (*loosing phase*) : le joueur va rejouer pour tenter de *se refaire*. Avec Dupouy et Chatagnon, on pourrait souligner ici l'apparition d'une dimension de besoin : besoin d'abord d'argent, reporté sur l'idée de gagner à nouveau, besoin ensuite simplement de rejouer...

- Phase de désespoir (*desperation phase*). Longtemps, c'est dans le jeu que le sujet cherche la solution de difficultés qui s'accumulent.

L'ensemble de ces phases s'étend sur plusieurs années, de 10 à 15 ans, favorisant l'assimilation métaphorique du jeu pathologique à une maladie physique progressive.

Pour Custer, il n'y aurait alors que quatre types d'issues à cette situation : le suicide, la délinquance et l'incarcération, la fuite, ou l'appel à l'aide.

La discussion autour du statut du jeu excessif, compulsif, addictif, recoupe donc toutes les querelles qui ont au fil des ans agité le champ de la toxicomanie, de l'alcoolisme, des addictions.

Il n'en reste pas moins la réalité humaine d'un phénomène quantitativement au moins aussi important que les toxicomanies aux drogues illicites.

Épidémiologie, profils sociologiques

Les études en population générale tendent à démontrer que le jeu pathologique est relativement répandu : le DSM-IV en estime la prévalence entre 1% et 3% de la population adulte, note que le trouble est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et souligne que 20% des sujets concernés ont fait des tentatives de suicide.

Aux États-Unis (Lesieur), comme au Canada (Ladouceur), des études mettent en évidence que cette prévalence est de l'ordre de 1 à 2%, plus si l'on inclut dans la recherche les *joueurs à problème*. Ces chiffres

sont l'objet de débats, et pour d'autres auteurs ils seraient plus près de 0,5%...

Les études indiquent aussi qu'il s'agit d'une problématique surtout masculine, jeune (sur-représentation des étudiants), et qui touche particulièrement les couches socialement défavorisées ou minoritaires de la population.

Il semble d'ailleurs que jeunes, pauvres, et femmes, soient sous-représentés dans la population admise en traitement, donc dans certaines études.

Le jeu pathologique en France

Une étude menée en France auprès des personnes consultant le service téléphonique SOS. Joueurs (A. Achour-Gaillard¹⁹) donne un aperçu de la population française des joueurs dépendants.

Ce travail met en évidence une très forte sur-représentation des hommes (plus de 90% des sujets), un âge de 25 à 44 ans, la tranche la plus représentée étant les 40- 44 ans.

Une majorité de ces joueurs sont mariés, et ont des enfants.

La plupart ne jouent qu'à un seul jeu, les femmes surtout aux machines à sous.

Une majorité de ces joueurs sont surendettés, et l'altération des relations conjugales est une conséquence fréquente.

Près de 20% des joueurs ont commis des délits.

L'auteur remarque à la fois que cette étude n'est qu'exploratoire, mais qu'elle semble en accord avec les résultats des recherches nord-américaines : les différences de culture, quant au jeu, comme les différences de conception quant à l'abord de ce problème, n'empêchent donc pas une convergence, dans l'appréciation globale du phénomène ou le profil des joueurs pathologiques.

¹⁹ A. Achour-Gaillard, Les joueurs dépendants : une population méconnue en France. CREDOC, 1993

Les achats compulsifs

On ne peut pas traiter le sujet des achats compulsifs et la frénésie des acheteurs sans faire référence aux comportements ayant rapport à l'argent ! Il existe un nombre important de personnes dont ce rapport leur rend la vie difficile - des dépenseurs frénétiques, des avarés, des économes rigoureux, des jouisseurs. Aux États-Unis les achats compulsifs sont à l'origine d'un nouveau concept concernant les acheteurs pathologiques, le *buying spree*, phénomène de plus en plus amplifié avec le développement des ventes par correspondance et des achats sur Internet.

L'achat compulsif apparaît dans la nosographie dans la deuxième moitié du XIX^e siècle. Pour Kraepelin et Bleuler, les acheteurs maniaques - oniomanes - font partie des monomaniaques. Cette notion d'achat compulsif apparaît dans le Manuel alphabétique de Psychiatrie (1960) sous le terme de prodigalité.

On décrit plusieurs types d'acheteurs, en fonction d'un rapport plus ou moins normal aux achats. Valence²⁰, prends en compte

quatre dimensions : l'importance de la sensation de manque ou de besoin, l'implication dans la situation d'achat, la fréquentation des magasins et les relations avec les vendeurs, la signification psychologique de la dépense et de la possession.

1. **Le consommateur émotionnel** est très attaché au symbolisme et la valeur sentimentale de l'objet acheté. L'achat apparaît comme une auto-thérapie anxiolytique et/ou antidépressive.

2. **Le consommateur impulsif** est envahi par un désir soudain et spontané d'acheter. L'acheteur présente un fort sentiment de culpabilité après l'acte et les dépenses engagées.

3. **Le consommateur fanatique** véritable collectionneur - achète le même objet ou type d'objet de manière répétée.

4. **L'acheteur compulsif** accomplit son acte comme une manière de lutte contre des tensions internes, des angoisses incontrôlables. Il éprouve souvent un fort sentiment de frustration en cas d'empêchement (contrainte de prix, familiale).

La classification de Mc Elroy²¹ est intéressante :

A. Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou comportements d'achats inadapté ou impulsion d'achat correspondant à au moins une des propositions suivantes :

1. Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou impulsions d'achats vécues comme irrépressibles, intrusives et dépourvues de sens.

2. Achats fréquents supérieurs aux capacités financières, achats fréquents d'objets inutiles ou achats d'une durée plus longue que prévu.

B. Les pensées, les impulsions ou le comportement provoquent une gêne marquée, font perdre du temps ou perturbent sensiblement le fonctionnement social ou les loisirs, ils entraînent des difficultés financières (dettes, interdits bancaires).

C. Le comportement excessif d'achat n'apparaît pas uniquement pendant les périodes de manie ou d'hypomanie.

Le test de la Compulsive Buying Scale de Faber et O'Guinn

Faber et O'Guinn²² ont décrit les achats compulsifs à l'aide de la **Compulsive Buying Scale**. Ils estiment que la prévalence des achats compulsifs touche environ 6% de la population générale.

Réponse par oui ou non pour chaque question

1. Vous arrive-t-il d'être saisi(e) d'une irrésistible envie d'aller dépenser votre argent pour faire un achat quel qu'il soit ?
2. Vous arrive-t-il d'acheter des objets qui vous paraissent inutiles ensuite ?
3. Vous est-il arrivé de vous sentir énervé(e), agité(e) ou irritable quand vous n'avez pas réalisé un achat ?
4. Vous arrive-t-il d'éviter certains magasins de crainte d'acheter trop ?

5. Proposez-vous à quelqu'un de vous accompagner dans vos courses seulement pour éviter d'acheter trop ?
6. Avez-vous déjà caché des achats à votre entourage ?
7. Une irrésistible envie d'acheter peut-elle vous amener à manquer une sortie avec des amis ?
8. Vous êtes-vous déjà absenté(e) de votre travail pour faire des achats ?
9. Un ou plusieurs achats ont-ils pu provoquer des reproches de votre entourage ?
10. Un ou plusieurs achats ont-ils pu provoquer une mésentente prolongée ou une séparation ?
11. Est-il arrivé qu'un achat soit responsable de difficultés bancaires ?
12. L'un de vos achats a-t-il été responsable de poursuites judiciaires ?

13. Avez-vous continué à faire des achats malgré les difficultés (familiales ou financières) qu'ils provoquaient ?
14. Regrettez-vous régulièrement vos achats ?
15. Vos achats sont-ils précédés d'une impression de tension et de nervosité ?
16. La réalisation de vos achats apaise-t-elle la tension ou la nervosité ?
17. Existe-t-il des périodes d'achats multiples, excessifs, accompagnés d'un sentiment de générosité ?
18. Vous arrive-t-il d'acheter quelque chose sur un *coup de tête*, sans l'avoir prévu à l'avance, au moins une fois par mois ?
19. Les achats *coup de tête* ou excessifs, s'ils existent, représentent-ils au moins un quart de vos revenus ?

²⁰ G. Valence, A. d'Astous, L. Fortier, *Compulsive buying: concept and measurement*. J. Consumer Policy, 11, 419-433

²¹ S. L. McElroy, P. E. Jr Keck, K. A. Phillips, *Kleptomania, compulsive buying and binge-eating disorder*. J. Clin Psychiatry 1995, 56 (Suppl 4), 14-26

²² R. J. Faber, T. C. O'Guinn, *A clinical screener for compulsive buying*. J. Consumer Res., 1992, 19, 459-469

L'addiction au sport et à l'exercice physique

La pratique excessive du sport apparaît comme une récente forme d'addiction sans drogue. Comme pour d'autres comportements addictifs on peut considérer qu'elle commence par des excès, par la recherche de sensations de plaisirs et de désinhibition à travers la pratique sportive qui va aboutir à l'installation d'un besoin irrépressible et, dans certains cas des signes de sevrage.

Être sportif de haut niveau nécessite un investissement maximum et l'acceptation d'un processus intra-psychique lié à la transformation corporelle, résultat d'une pratique intense et de longue durée. Combien de sportifs de haut niveau ont-ils sacrifié leur jeunesse (au moins au sens que les non-pratiquants peuvent donner au terme sacrifice). La reconnaissance de leurs efforts, des années de galère et de sueur arrivent sous forme de médailles, d'applaudissements et malheureusement d'un enjeu au niveau de la *pub* et de contrats mirobolants.

La maîtrise et la programmation de la transformation corporelle confrontent souvent l'individu aux limites de ses compétences psychomotrices. Selon Birouste ²³ *le sportif est un tacticien / praticien de la limite*. Le sportif cherche sans cesse l'idéal de la perfection, de l'harmonie, le sportif est un *jusqu'au boutiste*. Le sportif acquiert une reconnaissance individuelle et sociale, ses efforts sont applaudis et évalués par un public de plus en plus exigeant. Cette situation peut expliquer les difficultés que les sportifs éprouvent de manière régulière dans leur pratique quotidienne ou la nécessité pour certains d'avoir recours aux tuteurs d'accompagnement à la manière dont les toxicomanes peuvent investir leur produit ?

Pour certains sportifs, la répétition d'entraînements, l'accoutumance du corps au mouvement, la ritualisation et la répétition obsessionnelle des gestes peuvent prendre une dimension compulsive voire d'addiction au geste. Ces sportifs ressentent la nécessité de remplir un vide de la pensée ou un vide affectif, et dans ce cas l'objet investi est le sport et le mouvement. Ce besoin compulsif, qu'on pourrait décrire comme un lien addictif, se manifeste souvent par la nécessité de pratiquer sans relâche son sport, de contrôler sans cesse

son image dans la glace et dans le regard des autres. Cette conduite addictive, nommée *bigorexie* est actuellement étudiée (surtout aux USA).

Pour une partie de sportifs de haut niveau, le sport interviendrait de la même manière qu'un stupéfiant comme remède à la souffrance corporelle ou psychique. Ainsi, le sport, pratiqué au quotidien de manière répétitive, empêcherait *la pensée douloureuse* et l'anesthésierait comme peut le faire l'héroïne.

Dans le cas des body-builders, la fixation au niveau d'une recherche de sensations est intriquée avec la valorisation des états douloureux consécutifs de la contraction musculaire répétitive en anaérobie. Pour certains sportifs, *la phobie de la passivité, décrite par Claire Carrier²⁴, amène une demande d'auto-excitation avec parfois prise de produits dopants ou même de drogues*. Dans le cas des body-builders, on sait que des substances comme l'acide gamma-hydroxybutyrique (ou le GHB), voire actuellement le bêta-hydroxy bêta-méthylbutyrate (ou le HMB), ont été et sont même aujourd'hui largement employés. Ces substances dont le potentiel addictif est reconnu, apportent un état de bien-être par désinhibition et effet antal-

gique puissant. Au niveau kinesthésique, cet effet aide à surmonter des douleurs parfois insupportables, mais celui qui est le plus recherché est la maîtrise d'un effet de type orgasmique.

Si on consulte des revues spécialisées, celles-ci foisonnent de publicités pour les produits réputés dopants, ayant des effets sur la prise de masse musculaire ou sur l'accentuation d'un effet anabolisant qui favorise la prise de masse. Ces revues sont de véritables vitrines pour des corps exhibés et montrés sous la meilleure lumière. Certains sportifs avouent que leur objectif est de pouvoir un jour s'exhiber dans les pages d'une revue ou d'un calendrier. Dans une d'entre elles, un article consacré au vieillissement portait comme sous-titre *La qualité de la vie ne se trouve pas dans une pilule²⁵*. Cet article signé par Joe Weider, fondateur d'une prestigieuse école de fitness, essaye de démontrer que... *la pratique régulière de l'exercice et une hygiène alimentaire n'ont pas leur pareil pour rétablir et préserver les processus physiologiques de l'organisme*. Dans ce numéro, on constate que sur 120 pages du magazine, plus de la moitié sont des pubs directes pour des produits et que la grande majorité des articles évoquent une pra-

Critères de la dépendance à l'exercice (D. Veale, 1991²⁶)

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

²³ J. Birouste, *Économie pulsionnelle des goûts des sportifs*, Sport et psychologie, Revue EPS Dossiers EPS n° 10, 367-372

²⁴ C. Carrier, *Modèle de l'investissement sportif de haut niveau et risque de lien addictif au mouvement*, Annales de Médecine Interne, vol. 151, avril 2000, A60-A64

²⁵ J. Weider, *Lutter contre le vieillissement*, Muscle et Fitness, nov. 1998, n° 133, 8

²⁶ D. M. Veale, *Psychological aspects of staleness and dependence on exercise*, International Journal of Sports and Medicine, 1991, 12 (Suppl 1), 19-22

tique sportive et des résultats extraordinaires obtenus grâce à ceux ci. Comment dans ces conditions ne pas tomber dans le piège ?

Après avoir étudié les marathoniens et découvert la poursuite de l'activité physique malgré un état de fatigue et de routine, William Glasser a créé en 1976²⁷ le concept d'*addiction positive*, concept qui mettait en opposition une dépendance ayant des conséquences bénéfiques, visibles immédiatement avec les addictions dites négatives (toxicomanies, alcoolisme). On ne s'attardera pas sur le bien fondé d'un tel concept qui crée en quelque sorte des addicts nobles et des pauvres addicts, mais il faut mentionner que de telles dérives sont possibles.

Critères de dépendance au body-building (D. Smith, 1998)²⁸

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Je m'entraîne même quand je suis malade ou grippé. 2. Il m'est arrivé de continuer l'entraînement malgré une blessure. 3. Je ne raterais jamais une séance d'entraînement, même si je ne me sens pas en forme. 4. Je me sens coupable si je rate une séance d'entraînement. 5. Si je rate une séance, j'ai l'impression | <ol style="list-style-type: none"> 6. Ma famille et/ou mes amis se plaignent du temps que je passe à l'entraînement. 7. Le body-building a complètement changé mon style de vie. 8. J'organise mes activités professionnelles en fonction de mon entraînement. 9. Si je dois choisir entre m'entraîner et travailler, je choisis toujours l'entraînement. |
|--|---|

Le principe de l'addiction à l'exercice physique tient dans l'usage d'une situation routinière (la pratique d'un geste répétitif, sans satisfaction immédiate), afin d'obtenir une augmentation de l'estime de soi, à travers une multitude d'effets physiques et psychiques. Dans le cas des coureurs de fond, le remplacement de la dépendance au tabac est immédiatement bénéfique. Dans le cas des dépendants aux exercices physiques de type body-building, stretching, l'essentiel réside dans l'appropriation de ce style de vie sportif qui devient la seule manière de vivre (la plupart de pratiquants intensifs du body-building en font souvent leur métier).

Il existe à l'heure actuelle plusieurs échelles d'évaluation de cette nouvelle addiction et nous présentons ci-contre celles qui s'adressent aux coureurs de fond et aux body-builders.

Running Addiction Scale (échelle des coureurs) (Chapman et Castro, 1990)²⁹

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Je cours très souvent et régulièrement (+ 1) 2. Si le temps est froid, trop chaud, s'il y a du vent, je ne cours pas (- 1) 3. Je n'annule pas mes activités avec les amis pour courir (- 1) 4. J'ai arrêté de courir pendant au moins une semaine pour des raisons autres que des blessures (- 1) 5. Je cours même quand j'ai très mal (+ 1) 6. Je n'ai jamais dépensé d'argent pour | <ol style="list-style-type: none"> courir, pour acheter des livres sur la course, pour m'équiper (- 1) 7. Si je trouvais une autre façon de rester en forme physique je ne courrais pas (- 1) 8. Après une course je me sens mieux (+ 1) 9. Je continuerais de courir même si j'étais blessé (-1) 10. Certains jours, même si je n'ai pas le temps, je vais courir (+ 1) 11. J'ai besoin de courir au moins une fois par jour (+ 1) |
|--|--|

L'addiction sexuelle

Décrites dans les années 1980, les addictions sexuelles regroupent des comportements sexuels compulsifs, l'hypersexualité et les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des impulsions. On retrouve dans cette classification des symptômes comportementaux (rapports sexuels fréquents, masturbation compulsive, instabilité relationnelle, recours à la pornographie - magazines érotiques, fréquentation des boutiques spécialisées, consultation des sites Internet pornographique et des salles cinématographiques spécialisées - baisse des relations affectives de longue durée et émotionnelles (pensées obsédantes, culpabilité concernant la ou le partenaire, sentiment de dévalorisation, d'impuissance face à l'acte sexuel, honte). Les addicts sexuels présentent au moins deux des entités suivantes (Coleman³⁰) :

- La drague compulsive avec partenaires multiples, avec une recherche de gestion du stress et de l'anxiété.

- 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.

- 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 voire apparaître des véritables délires de jalousie (complexe d'Othello), voire des passages à l'acte agressifs orientés vers la personne aimée.

- Les rapports compulsifs amoureux multiples, avec une insatisfaction des relations amoureuses et la quête perpétuelle de l'amour idéal.

- La sexualité compulsive, avec de nombreux rapports sexuels, vécus de manière insatisfaisante, besoin interminable d'actes

sexuels, d'expression amoureuse et d'attention.

Il faut mentionner l'existence des relations affectives addictives - dans le cadre d'un même couple ou dans la consommation affective de partenaires, avec toujours une recherche de sensations fortes et nouvelles.

²⁷ W. Glasser, *Addiction Positive: Positive Addiction*. Binding: Paperback Harper Trade, 1976, 176p.

²⁸ Smith DK, Hale BD, Collins D, *Measurement of exercise dependence in bodybuilders*. Journal Sports Medical Physical Fitness, 1996, 9(2), 18-21

²⁹ Chapman CL, Castro JM, *Running addiction : measurement and associated psychological characteristics*. Journal Sports Medical Physical Fitness, 1990, 30(3), 283-29

³⁰ Coleman E, *The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior*. Am J Prev Psychiatr Neurol 1990;2(3):9-14

Test de dépistage de l'addiction sexuelle, (TDAS - Carnes)³¹

- | | | |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. A-t-on abusé de vous sexuellement, pendant l'enfance et l'adolescence ? 2. Êtes-vous abonné(e) ou achetez-vous régulièrement des revues érotiques (Playboy ou Penthouse) ? 3. Vos parents ont-ils eu des problèmes sexuels ? 4. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées sexuelles ? 5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal ? 6. Est-ce que votre conjoint(e) s'inquiète ou se plaint de votre comportement sexuel ? 7. Avez-vous du mal à arrêter votre conduite sexuelle, lorsque vous savez qu'elle est inappropriée ? 8. Vous sentez-vous mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ? | <ol style="list-style-type: none"> 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 | <ol style="list-style-type: none"> comportements sexuels ? 17. Avez-vous essayé de cesser certains comportements sexuels ? 18. Pensez-vous que certains de vos comportements sexuels ont été dégradants ? 19. Le sexe a-t-il été pour vous une manière d'échapper à vos problèmes ? 20. Êtes-vous déprimé(e) après un rapport sexuel ? 21. Avez-vous senti le besoin de cesser certaines formes d'activité sexuelle ? 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 ? |
|---|---|--|

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. Ce nouveau phénomène que les Américains appelle *workaholism* est décrit par les spécialistes comme la plus *clean* des addictions. La pression sociale fait de celle-ci un des meilleurs exemples d'addiction *positive*.

Parmi les critères spécifiques du travail pathologique on peut citer les suivants :

- hyperactivité
- esprit de compétition et de défi
- forte personnalité d'entreprise
- désir illimité de satisfaction professionnelle
- culte de l'entreprise et du travail
- relation difficile avec les loisirs
- détente difficile pendant les vacances et les week-ends (ramener du travail sur le lieu même des vacances)
- négligence de la vie familiale
- existence des manifestations de stress au travail

Les spécialistes décrivent trois étapes caractéristiques de ce type de trouble :

1. Au premier stade, le travailleur est débordant d'énergie et ses capacités sont augmentées, il fait souvent un nombre impressionnant d'heures supplémentaires.
2. Ce deuxième stade correspond à l'apparition des difficultés dans la vie familiale et sociale.

Test le plus usité: WART (Work Addiction Risk Test, de B. Robinson)³²

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide. 2. Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps. 3. J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre. 4. Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité. 5. J'ai plusieurs fers au feu. Je suis tout le temps occupé. 6. Je fais plusieurs choses en même temps (manger, lire, répondre au téléphone). 7. Je m'implique trop dans mon travail. Je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail. 8. Je me sens coupable quand je ne travaille pas. 9. Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais. 10. Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver. 11. Les choses ne vont jamais assez vite pour moi. 12. Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient. 13. Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà reçu une réponse. 14. Je passe beaucoup de temps à orga- | <ol style="list-style-type: none"> niser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler. 15. Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau. 16. Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elles. 17. Je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler. 18. J'ai tendance à <i>me mettre la pression</i> en m'imposant des délais quand je travaille. 19. Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas. 20. Je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis, ou aux activités de loisir. 21. J'aime préparer mon travail pour <i>prendre de l'avance</i>. 22. Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines. 23. Je consacre plus d'énergie et de temps à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille. 24. J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales 25. Je prends des décisions importantes, avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion. |
|---|--|

Les réponses sont cotées de 1 à 4 : 1. Jamais, 2. Parfois, 3. Souvent, 4. Toujours. Entre 57 et 66 points les personnes sont en danger, de 67 à 100 points, il existe une addiction au travail.

³¹ P. J. Carnes, *Out of the Shadows. Understanding sexual addiction*. Second Edition, Center City, Minnesota, Hazelden, 1992

³² B. E. Robinson, B. Phillips, *Measuring workaholism: content validity of the Work Addiction Risk Test-Wart* Psychological Report, 1996, 79, 1313-1314

3. Cet ultime stade est caractérisé par une forte diminution des capacités de travail, l'apparition de troubles psycho-somatiques (troubles du sommeil, lombalgies, hypertension artérielle, syndrome de fatigue

chronique, céphalées persistantes, problèmes cardio-vasculaires, ulcère gastro-duodéal).

Au stade final de cette addiction il faut mentionner les complications majeures liées

au stress - troubles anxio-dépressifs et le syndrome de *burn-out*. Le *burn-out* représente un syndrome caractérisé par une fatigue et un épuisement physique et psychique extrême.

La cyberdépendance

La cyberaddiction - cyberdépendance, fait partie des nouvelles *toxicomanies sans drogue* (Fenichel). Cette nouvelle forme de dépendance (les premiers écrits datent de 1994 - Goldberg, 1995 - Young³³, Caught³⁴, Véléa³⁵), s'inscrit comme une addiction silencieuse. Elle englobe des formes de dépendance à l'outil informatique, à la sexualité sur Internet, aux achats compulsifs on-line, aux formes de communication synchrones et asynchrones par e-mail ou dans les groupes de discussion.

Les cyberdépendants sont des personnes qui dans leurs efforts de combler un vide identificatoire, se heurtent à des obstacles souvent imaginaires, à des combats qu'ils estiment perdus d'avance ou sans intérêt, situations qui vont engendrer inévitablement des frustrations, des phénomènes anxieux, des troubles du comportement. C'est à cause de la recherche d'un refuge, d'une échappatoire à la réalité, que cette tendance à s'extraire du contexte réel pourrait devenir l'une des motivations intimes des cyberdépendants. Le remplacement du réel par le virtuel est leur seule manière concevable de vivre. Selon Ivan K. Goldberg³⁶ : *L'Addiction Internet, peut déterminer la négation ou l'évitement d'autres problèmes de la vie courante*. Le plus fascinant, reste le développement du monde virtuel, qui se mélange avec le monde réel avec la représentation du monde de l'imaginaire. La question se pose de savoir s'il y a complémentarité entre les deux mondes, plus précisément si le monde virtuel n'est pas en train de se substituer à l'autre et d'apparaître effectivement plus disponible, plus facile à vivre pour supporter le monde réel. Comme le dit l'écrivain de science-fiction J. G. Ballard : *Cela représente le plus grand événement dans l'évolution de l'humanité. Pour la première fois, l'espèce humaine sera capable de nier la réalité et de substituer sa vision préférée.*

L'avènement de ce nouveau monde virtuel, ne traduit pas simplement une crise profonde de la représentation, mais il touche à l'image de soi-même, modifie le sens de la finalité existentielle. Les représentations virtuelles amènent avec elles la contrainte de vivre - parfois de survivre - parmi les représentations de la réalité plutôt que dans la réalité elle-même. L'Internet, offre tous les attraits d'un monde lissé, parfaitement poli, idéalisé, d'un cadre de vie stable, protecteur. Pourtant, ce cadre de vie est en permanence, dans un mouvement entropique, source de dynamisme et de mobilisation.

L'activité quotidienne, communicationnelle, ludique, se déroule dans le cadre d'une communauté d'initiés, possédant leur propre bagage de connaissance, leur langage et les mêmes représentations du monde, leur trait commun étant cette nouvelle *normalité virtuelle*. Les échanges et les contacts sont habituellement réalisés par l'intermédiaire des groupes de paroles virtuelles ou dans un proche avenir, à l'aide des outils à fort potentiel virtuel, comme les gants, les combinaisons et les lunettes.

On peut décrire quelques traits de caractère des cyberaccros :

- Immaturité socio-affective
- Vide identificatoire
- Frustration et incapacité de surmonter celle-ci
- Anxiété
- Troubles du comportement et dépendance affective
- Sentiment de non-valeur et de non-reconnaissance
- Sentiment d'isolement et caractère solitaire
- Vide émotionnel

Le phénomène d'appartenance groupale, est un facteur de renforcement positif. Il existe un réel fluide émotionnel et fantas-

matique entre les membres du groupe, qui recherchent en permanence un leader pour remplacer l'image paternelle ou simplement pour être déchargés de toute responsabilité. La place de leader est objet de convoitise, mais la force de celui-ci peut aller jusqu'à bannir les intrus qui mettraient en cause son statut. Le groupe contribue à la construction d'un imaginaire collectif, authentifiant les vérités virtuelles. Un exemple de ces refuges est celui des groupes gothiques, qui ont créé de véritables forteresses virtuelles, accessibles à travers des codes et des rites initiatiques, les célèbres *underground Internet - undernet*.

La dépendance au Web apparaît plutôt comme une conduite polyaddictive à travers les comportements suivants :

- **Les ergomanes ou les workaholics**, représentent la catégorie assez répandue des dépendants au travail. Pour une grande partie des internautes, le travail sur ordinateur, en connexion sur le Web, offre la possibilité d'accomplir et de rencontrer l'objet de leur dépendance. Ces travailleurs compulsifs privilégient le travail au détriment des loisirs et des relations interpersonnelles. Afin de garder les mêmes performances, la plupart des ergomanes recourent aux substances excitantes, les *uppers* (ex. la cocaïne).
- **La Conversation Assistée par Ordinateur et l'addiction communicationnelle**, s'expriment par de longues heures passées en connexion, l'image type des cyberdépendants, étant celle de personnes

³³ Young <http://www.netaddiction.com/>

³⁴ Caught. *In the Net, how to recognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery*, John Wiley & Sons, 2000

³⁵ D. Véléa, M. Hautefeuille, G. Vazeille, C. Lantran-Davoux, D. Maire : *La toxicomanie au Web*, Synapse, 1998, 144: 21-28

³⁶ I. K. Goldberg

<http://www.cybernothing.org/jdfalk/media-coverage/archive/msg01305.html>

qui ont des difficultés de communication, une notion spatio-temporelle altérée et qui cherchent sans cesse un moyen pour exprimer leur mal de vivre. Le courrier électronique *e-mail* est un autre aspect de l'addiction communicationnelle : le désir intense d'en recevoir, la déception quand on en a pas reçu. Le développement des IRC (Internet Relay Chat) et de l'ICQ (I seek You = je te recherche), groupes de discussion en direct avec de multiples partenaires montre cet engouement pour de nouveaux outils de communication et pour la richesse communicationnelle sans contrainte offerte par le Web.

• **Les grands cyberaccros internautes**, répondent aux critères d'inclusion DSM IV dans la catégorie **des joueurs pathologiques**. Certains de leurs comportements présentent ces caractères addictifs : avidité, extrême plaisir tiré de l'acte, dépendance, répétition et surtout perte de contrôle.

Les jeux en réseau, apparus depuis longtemps aux États-Unis, mêlant la fiction, la virtualité, le ludique, ont déjà créé des inconditionnels qui vivent dans cet espace, qui ne communiquent que dans le cadre de discussions - IRC - qui leur sont dédiés, leur mode de vie étant conditionné par le jeu qui les occupe la plupart du temps. Il en va de même pour les joueurs compulsifs : ils peuvent parier en utilisant les transactions électroniques, jouer dans Internet en se procurant des logiciels et des CD-Rom qu'ils sont anxieux d'acquérir dès leur sortie sur le marché. Ils sont obnubilés par l'écran de l'ordinateur et l'activité ludique qui se déroule sous leurs yeux. Une seule ombre au tableau : l'ordinateur, contrairement au casino, ne rend pas de monnaie...

• **La Sexualité Assistée par Ordinateur**. Pour le cybernaute présentant un comportement addictif sexuel, l'univers sans barrières et sans limites de l'Internet, lui offre le choix et la possibilité d'accéder à ses pulsions et à ses fantasmes les plus intimes. P. Virilio³⁷ utilise ainsi le terme de cybersexualité. On pense aux sites dédiés

à la pornographie, à l'érotisme et à la pédophilie, où les dépendants du sexe (sexolices/sexaddicts) peuvent s'adonner librement à leur comportement déviant et l'entretenir.

• **L'achat compulsif**. La place de ce comportement addictif dans la présentation de la cyberaddiction, semble justifiée par le fait que l'Internet offre une facilité immense pour effectuer des achats, avec une composante nouvelle : l'achat en direct. Cela a engendré aux États-Unis un véritable fléau social, appelé *buying spree* - frénésie d'acheter. Récemment on a vu apparaître une catégorie nouvelle d'acheteurs compulsifs, les boursicotiers en ligne, certains arrivant à accumuler pendant la fièvre boursière des fortunes qui se sont évaporées, suscitant une prise de conscience du caractère fluctuant des marchés et donc de ces investissements. On a connu de véritables banqueroutes chez ces nouveaux millionnaires, très doués pour les spéculations on-line, mais totalement dépourvus du sens de la réalité du monde des finances.

On pourrait proposer les critères, signes et symptômes suivants pour évaluer la cyberdépendance : *si vous présentez ces signes et symptômes, il y a des fortes chances que vous soyez netaddicté* :

1. Avez-vous observé un déclin dans votre vie sociale ?
2. Vous arrive-t-il de passer plus d'heures

que d'habitude devant votre terminal Internet ?

3. Passez-vous sans compter des heures et des heures sur Internet ?
4. Vous arrive-t-il de vous trouver en conversation dans les Internet Relay Chat à des heures matinales ?

Si votre réponse est positive à l'une de ces questions, il serait temps de contacter Internet Anonymous.

Signes et symptômes :

1. Privation de sommeil (en moyenne moins de 5 heures de sommeil par nuit), afin de passer le maximum de temps en connexion.
2. Négliger d'autres activités importantes - familiales ou sociales, travail ou état de santé, mais passer des heures entières sur Internet.
3. Une personne très proche vous a fait la remarque concernant votre utilisation démesurée de l'Internet : votre chef, ami proche, compagne...
4. Penser constamment au Web, même sans être on-line.
5. Se dire souvent qu'il faut débrancher son modem, mais être incapable de le faire.
6. Se dire souvent qu'on va passer seulement un temps limité en connexion, et constater quelques heures plus tard qu'on est toujours on-line.

Internet Stress Scale (Test d'Orman)³⁸

Réponse par oui ou non pour chaque question

1. Passez-vous plus de temps connecté sur l'Internet que vous l'auriez pensé initialement ?
2. Cela vous dérange-t-il ?
3. Des amis ou des membres de votre famille se sont-ils plaints ?
4. Trouvez-vous difficile de ne pas être connecté pendant plusieurs jours ?
5. Votre rendement, la qualité de votre travail professionnel ou vos

relations personnelles ont-ils souffert ?

6. Y a-t-il des zones de l'Internet, des sites particuliers, que vous ne pouvez pas éviter ?
7. Avez-vous du mal à contrôler l'impulsion d'acheter des produits voire des services à partir d'Internet ?
8. Avez-vous essayé, sans succès, d'écourter l'usage de l'Internet ?
9. Perdez-vous beaucoup d'investissement et de satisfaction personnelle, à cause de l'Internet ?

► De 0 à 3 réponses positives, il y a une petite tendance à devenir addictif à Internet.

► Entre 4 à 6 réponses positives, il y a une chance de développer cette conduite addictive.

► Enfin, entre 7 à 9 réponses positives, il y a une forte tendance à devenir dépendant.

³⁷ P. Spoljar, *Nouvelles technologies, nouvelles toxicomanies ?*, Le Journal des psychologues, févr. 1997, 144, p. 42-48

³⁸ M. Orman,

<http://www.stresscure.com/hrn/addiction.html>

Addiction au crime

Certains auteurs décrivent une forme de dépendance aux crimes et actes violents (viol, vol, bagarres à répétition...). Les études faites par des anglo-saxons³⁹ montrent que certains actes criminels sont produits de manière répétitive, les auteurs étant dans une véritable recherche de sensations. Ces auteurs (violeurs, voleurs, criminels) présentent dans certains cas des traits en commun : immaturité affective, troubles de la personnalité de type psychopathiques, des antécédents d'abus et agressions sexuels pendant leur enfance, certains présentent des signes de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

À ce titre, des études actuelles (Vélé⁴⁰) montrent l'importance du stress dans les addictions - dans le cadre du modèle adaptatif de la toxicomanie mais aussi au niveau de la neuropharmacologie (implication des circuits dopaminergiques, des similitudes au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysio-corticosurrénalien, de la libération des endorphines...). De ce fait le rôle du PTSD dans les agressions et crimes à répétition est très sérieusement envisagé. Pour rappel, le PTSD découle, selon le DSM-IV, de l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par une réminiscence de l'événement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, par un émoussement de la réactivité générale et par un état d'hyperactivité neurovégétative.

Quoi de commun entre des criminels en série comme Ted Bundy, James Gacy, David Berkowitz ? L'horreur de leurs crimes, le retentissement médiatique, leur mégalomanie, sont quelques facteurs plus ou moins partagés⁴¹. Tous ont rapporté avoir une obsession à tuer, dans le sens d'une préoccupation persistante et sadiques. Tous ont décrit une compulsion au meurtre et avoir agi sous l'emprise d'une force intérieure incontrôlable. Dans certains cas on constate de véritables rituels - préparation et mise en scène, déroulement du crime.

Une autre catégorie de tueurs et agresseurs en série est celle des anciens combattants (surtout Vietnam et Guerre du Golf). Ces personnes présentent dans la plupart des cas des PTSD et passent souvent à l'acte afin d'apaiser des tensions internes insurmontables.

³⁹ J. E. Hodge, M. McMurrin, C. R. Hollin, *Addicted to crime*, Wiley, 1994

⁴⁰ D. Vélé, *Stress et addiction : usage des psychostimulants et des drogues dans les situations de stress*, Congrès Mondial de Psychiatrie, Barcelone, 2002

⁴¹ K. R. Ressler, *Chasseur de tueurs*, Presses de la Cité, 1993

FRANCE

▶ Du 2 au 7 septembre 2002, Montpellier

16^e Congrès de l'International Association of Forensic Sciences
E-mail : algcsi@mnet.fr

▶ Le 19 septembre 2002, Douai
6^{es} rencontres de l'USID

Addictions et migrations
Secrétariat de l'Unité de soins et d'informations sur les drogues, Centre hospitalier de Douai, 91 rue du Président Wagon, 59500 Douai. Tél. 03 27 97 67 94
Fax 03 27 98 01 71 / E-mail : algcsi@mnet.fr

▶ Du 26 au 27 septembre 2002, Paris
2^e conférence européenne sur le trafic des drogues et l'application de la loi
Web : www.drugscope.co.uk/events

▶ Du 3 au 4 octobre 2002, Paris
Prévention des toxicomanies - Niveau 1 : Les pratiques de prévention
Secrétariat de l'ANIT, 8 rue de l'Haye 69230 St-Genis-Laval. Tél. 04 78 56 46 00
Fax 04 72 39 97 58 / Web : www.anit.asso.fr

▶ Du 10 au 11 octobre 2002, Paris
Recommandations pour la pratique clinique. Conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Addictologie clinique et communications libres
Société Française d'Alcoologie
Tél. 03 83 85 24 21 / Fax 03 83 85 24 14
E-mail : sfa1@free.fr

ÉTRANGER

▶ Du 4 au 9 août 2002, Montréal, Canada

16^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière
ICADTS-T2002, Opus 3 Inc., 417 rue Saint-Pierre, Suite 203 Montréal (QC) H2Y 2MA, Canada
Tél. 1 514 395 1808 / Fax 1 514 395 1801
Web : www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/index_a.html

▶ Du 9 au 10 août 2002, Washington, États-Unis

2nd National conference on drug abuse prevention research
Tél. 001 301 468 6008 (ext 431)
Web : www.nida.nih.gov

▶ Du 4 au 6 septembre 2002, Zurich, Suisse

Paradigms in the addiction treatment system and economic implications 14th International congress of Addiction Research
ISF, Addiction Research Institute
E-mail : isf@isf.unizh.ch
Web : www.suchtforschung.ch

agenda

▶ Du 15 au 17 septembre 2002, Eindhoven, Pays-Bas

Addictions 2002 : integrating substance abuse treatment and prevention in the community
Addictions 2002 conference secretariat
Joanne Walton, Elsevier Science
The Boulevard, Langford Lane, Kidlington OX5 1GB Oxford, Royaume-Uni
E-mail : j.walton@elsevier.co.uk

▶ Du 22 au 27 septembre 2002, Montréal, Canada

Forum mondial. Drogues et dépendances. Enjeux pour la société
Bureau des Congrès Universitaires, 3333 chemin Queen-Mary, Bureau R-320 Montréal (QC), H3V 1A2 Canada
Tél. +1 514 340 4550 / Fax +1 514 340 4440 / E-mail : secretariat@worldforum-drugs-dependencies.com
Web : www.forummondialdrogues-dependances.com

▶ Du 3 au 5 octobre 2002, Santander, Espagne

Increasing the knowledge on nicotine addiction. IV^e European conference on the Society for Research on Nicotine and Tobacco
Javier Ayesta. Fax 942 20 18 83
E-mail : tabaquismo@unican.es

▶ Du 10 au 12 octobre 2002, Vienne, Autriche

6^e conférence européenne sur les services d'aide à la toxicomanie et au HIV/SIDA en prison. S'engager pour un changement : Exemples de mise en œuvre des connaissances
Secretariat : Edoardo Spacca, ENDSP Cranstoun Drug Services, 4th floor Broadway House, 112-134 The Broadway London SW19 1RL, Royaume-Uni
Tél. +44 208 543 8333
Fax +44 208 543 4348
E-mail : espacca@cranstoun.org.uk
Web : www.cranstoun.org

▶ Du 10 au 12 octobre 2002
Bremen, Allemagne

14^e meeting annuel d'Elisad
(Association européenne des centres de documentation et services d'information sur l'alcool et les autres drogues)
Les bases de données et ressources documentaires sur Internet
Organisé par Archido, Université de Bremen
Contact : Mme Gunnel Larsson
Tél: +46 8 412 46 12
Fax: +46 8 10 46 41
E-mail: gunnel.larsson@can.se
Web: www.elisad.org

Nathalie Grumel

Biblio plus Toxibase

**Conduites addictives
Dépendances comportementales : généralités**

*** - **Les folies ordinaires : Peur de l'avion, obsession de la propreté, frénésie érotique, collectionnisme, passion du jeu, conduites à risque, boulimie, fièvre des achats...** Sciences et Avenir, n° hors-série, avril-mai 2000, 99 p.

*** - **Nouvelles addictions.** Pratiques psychologiques, 1997, (4), publié sur internet. http://perso.wanadoo.fr/sfpsy/pp_19974.htm

*** - **Les pathologies addictives.** Séminaire de recherche IRÉMA des 11,12 et 13 décembre 1997, Paris, IRÉMA, 1997, 97 p. Document Toxibase n° 101782

*** - **Mythes et addictions.** Séminaire de recherche des 27 et 28 nov. 1998, IRÉMA, INSTITUT RECHERCHE ENSEIGNEMENT MALADIES ADDICTIVES, Paris, 27 et 28 novembre 1998, Paris, IRÉMA, 1999, 102 p. Document Toxibase n° 1100568

*** - **Sensorialités et addictions.** Séminaire de recherche des 8 et 9 décembre 2000. Paris, IRÉMA, 2001, 146 p.

ADES J. ; LEJOYEUX M. - **Dépendances comportementales : achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie.** Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1999, (37-396-A-20), 1-11 Document Toxibase n° 504751

ADES J. ; LEJOYEUX M. - **Encore plus ! Jeu, sexe, travail, argent.** Paris, Éd. Odile Jacob, 2001, 298 p. Document Toxibase n° 700616

ATGER F. ; CORCOS M. ; PERDEREAU F. ; JEAMMET P. - **Attachement et conduites addictives.** Annales de Médecine Interne, 2001, 152, (Suppl. au n°3), 1S67-1S72 Document Toxibase n° 505217

BAILLY D. ; VENISSE J.L. - **Dépendance et conduites de dépendance.** Paris, Masson, 1994, 231 p. Document Toxibase n° 700264

BAUDRY ; BLAYA ; CHOQUET ; DEBARBIEUX ; POMMEREAU - **Souffrances et violences à l'adolescence. Qu'en penser ? Que faire ?** Rapport à Claude Bartolone, ministre délégué à la ville, Issy-les-Moulineaux, ESF Éditeur, 2000, (coll. actions sociales / confrontations), 161 p.

CHAMBAT P. - **Modes de consommation : mesure et démesure.** Paris, Descartes, 1992, 276 p. Document Toxibase n° 302046

BERGERET J. - **Les conduites addictives.** Approche clinique et thérapeutique, 1991

CUNGI C. - **Faire face aux dépendances : alcool, tabac, drogues, jeu....** Paris, Éd. Retz, 2000, (Coll. Faire Face), 239 p., fig. Document Toxibase n° 700542

EHRENBERG A. - **L'homme compulsif.** Communication à la 8^e Conférence Internationale de Réduction des risques, Paris, 1997, 8 p.

GRÉCO ; GROUPE RECHERCHES ÉTUDES CONDUITES ORDALIQUES ; VALLEUR M. ;

SUEUR C. - **Toxicomanie et mort : addictions et conduites de risque.** Rapport de Recherche au Min. Enseignement Sup. Rech., Paris, GRÉCO, 1994, 182 p. Document Toxibase n° 503168

HACHET P. - **L'addiction au risque à l'adolescence.** Alcoologie et Addictologie, 2001, 23, (4), 551-557 Document Toxibase n° 205835

MALEK K. - **Les passions dangereuses : addiction et conduites de dépendance.** Paris, Flammarion, 1998, 70 p. Document Toxibase n° 303238

NAKKEN - **Caractère dépendant. Pour mieux comprendre la dynamique de la dépendance et les compulsions.** Montréal, Éd. sciences et culture, 2000, (Hazelden-cheminement), 215 p.

LE POULICHET S. ; BRUSSET B. ; CYSSAU C. ; DAYAN M. ; JACQUET M. M. ; JEAMMET P. ; PEDINIELLI J. L. ; RIGAUD A. ; ROUAN G. ; SCHNEIDER M. ; WAINTRATER R. - **Les addictions.** Paris, PUF, 2000, (Monographies de psychopathologie), 219 p. Document Toxibase n° 504916

LEJOYEUX M. ; ADES J. ; CARTON S. ; MICHEL M. ; VALLEUR M. - **Les conduites de risque.** In : 6^e Salon International Psychiatrie et Système Nerveux Central, Recueil abstract, Psychiatrie et Système Nerveux Central, Paris, 8-12 décembre 1998, Paris, Synapse, 1998, 34-35 Document Toxibase n° 504805

LOONIS E. ; APTER M. J. - **Théorie générale de l'addiction : introduction à l'hédonologie.** CREDES, 2001, 422 p.

ORSEL C. - **Dépendances humaines.** In: CARO G., MORIN E., De l'alcoolisme au bien boire, Vol. 1, p. 89-93, Paris, L'Harmattan, 1990 Document Toxibase n° 501093

PEDINIELLI J. ; ROUAN G. ; BERTAGNE P. - **Psychopathologie des addictions.** Paris, PUF, 1997, 126 p. Document Toxibase n° 303060

PEELE S. - **The meaning of addiction : compulsive experience and its interpretation.** 1985, Lexington, Mass. Lexington Books

PERETTI-WATEL - **Sociologie du risque.** Paris, Armand Colin, 2000, (coll. U.), 286 p.

VALLEUR M. ; MATYSIAK J. C. - **Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique.** Paris, Armand Colin, 2002, (Coll. U), 271 p., graph., ill.

VENISSE J. L. - **Les nouvelles addictions.** Paris, Masson, 1991

VERLANT G. - **Les vertus du vice. Sexe, tabac, alcool : l'anthologie littéraire des jouisseurs.** Paris, Albin Michel, 2000, 258 p.

SOLAL J.F. - **Apesanteur du corps et parole suspendue : clinique de la vacuité narcissique** Cliniques Méditerranéennes, 1995, (47-48), 59-70 Document Toxibase n° 1000039

WESTPHAL C. - **Addictions : la psychanalyse face aux troubles de notre temps.** Journal des Psychologues, 1997, (144), 45-48 Document Toxibase n° 101621

WIENER N. - **The Human Use of Human Beings.** 2nd Edition, 1954, New York, Da Capo Press.

ZAFIROPOULOS M. ; CONDAMIN C. ; NICOLLE O. - **L'inconscient toxique.** Paris, Anthropos, 2001, 229 p. Document Toxibase n° 102220

Jeu pathologique

*** - **Impair et gagne ...Le jeu pathologique pose-t-il problème ?** Dépendances, 2001, (13)

*** - **Toxicomanie : jeux interdits.** Actes des XI^{es} journées départementales de réflexion sur les toxicomanies, Association Imagine, CPAM Val d'Oise (en collaboration avec), Sarcelles, 15 et 16 octobre 1998, Soisy-sous-Montmorency, Imagine, 1999, 106p. Document Toxibase n° 504821

ACHOUR-GAILLARD A. - **Les joueurs dépendants : une population méconnue en France. Étude exploratoire.** Paris, CREDOC, (Collection des Rapports, N° 134), 1993, 49 p., graph. Document Toxibase n° 403407

LADOUCEUR R., SYLVAIN C., BOUTIN C., DOUCET C. - **Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling.** Ivry, Les Éditions de l'Homme, 2000, 261p., ann., tabl.

LEJOYEUX M. ; ADES J. ; TEHERANI M. ; KESSELER V. ; DEFRANCE C. - **Le jeu pathologique (I).** Neuro-Psy, 1999, 14, (1), 7-21 Document Toxibase n° 303557

VALLEUR M. - **Le jeu pathologique : jouer pour rejouer ou pour risquer de tout perdre ?** Courrier des Addictions (Le), 2000, 2, (4), 141-146 Document Toxibase n° 803406

VALLEUR M. ; BUCHER C. - **Le jeu pathologique.** Paris, PUF, 1997, 127 p.

VALLEUR M. ; BUCHER C. - **Le jeu pathologique.** Revue Documentaire Toxibase, 1999, (3), 1-23 Document Toxibase n° 205141

Cyberaddiction / Addiction à l'internet, au virtuel

COSTA P. ; LAYANI G. ; ALEXANDRE L. - **La cyberdépendance, drogue high-tech.** Publié sur internet http://www.medcost.fr/html/internet_medical_si/si_261000.htm, L'Internet Médical, 2000, 3 p.

DANTEC M. - **Les racines du Mal.** Gallimard. Série Noire

FINKELKRAUT A. - **L'utopie du cybermonde.** Emission France Culture avec Joël de Rosnay et Paul Virilio (4/12/1995), article interne.

GOLSE B. ; VELEA D. ; MARTY F. - **L'internet dépendance : une nouvelle forme de toxicomanie ?** APPI, Association pour la Promotion de la Psychologie sur Internet, Saint-Vincent de Paul, 25 juin 1998, Carnet Psy, 1998, (40), 25-33 Document Toxibase n° 402941

GARNEAU J. - **Satisfaction ou compulsion : comment vaincre la cyberdépendance ?** La Lettre du Psy, 1999, 3, (11), aussi publié sur internet <http://www.redpsy.com/infopsy/cyberdependance2.html>, 10 p.

GURY C. - **Symptômes cliniques : la cyberaddiction.** Le Moniteur hospitalier, 2001, (141), 6-9

JOLIVALT B. - **La réalité virtuelle.** 1995, Paris, PUF Leary Timothy, Personal computers / Personal freedom, article internet.

LECOURT D. - **Le savoir en cyberie.** Le Monde de l'Éducation, de la Culture et de la Formation, avr 1997, 247, 30-31

NORMAN SALLY J. - **L'empire des sens.** Le Monde de l'Éducation, de la Culture et de la Formation, avr. 1997, 247, 46-47

PARODY E. - **Fantasmes et démocratie virtuelle.** Planète Internet, avr.1997, 18

QUEAU Ph. - **La galaxie cyber.** Le Monde de l'Éducation, de la Culture et de la Formation, avr. 1997, 247, 20-21

SIMON V. ; FERNANDEZ L. - **Les accros de jeux vidéo ont-ils une addiction aux jeux ou à la virtualité ?** Courrier des Addictions (Le), 2001, 3, (2), 56-59

Document Toxibase n° 803802

VELEA D. - **Internet, multimedia et santé mentale.** Publié sur internet <http://www.carnetpsy.com/Archives/Dossiers/Items/InternetSanteMentale/index.htm>, Carnet Psy, (19)

VELEA D. - **Répertoire des sites Internet concernant la toxicomanie et les conduites addictives.** Mémoire pour la Capacité Inter-Universitaire de Toxicomanie, Alcoologie et Tabacologie, ASITEST, Hôpital F. Widal, Paris, 1997

SCHWAGER C. ; BLIN L. - **Sport, alcool et internet : discussion autour d'une cyberaddiction.** Nervure, 2000, 13, (9), 41-42

Document Toxibase n° 505067

VELEA D. - **L'addiction Internet : nouvelle conduite addictive.** Interventions, 1997, 61, 3-13

Document Toxibase n° 204258

Achats pathologiques

CADES J. ; LEJOYEUX M. - **La fièvre des achats. Le syndrome des achats compulsifs.** Paris, Synthelabo, 1999, 187 p., Tabl.

CRUQUILLON-DOUBLET S. - **Boulimies et achats pathologiques.** Dépendances, 1992, 4, (3), 13-15.

LEJOYEUX M. ; ADES J. - **Thérapie cognitivo-comportementale du jeu et des achats pathologiques.** In : Thérapies cognitivo-comportementales et addictions, SFA, Paris, 8-9 mars 2000, Alcoologie et Addictologie, 2000, 22, (4), 329-336, tabl.

Document Toxibase n° 205399

Addiction au sexe

DEMERS S. - **Les accros au cybersexe.** Publié sur internet : <http://www.100senssurs.com/archives/societe1201.html>, déc. 2001, 3 p.

Addiction au travail (ergomanie)

VOIROL CH. - **Quelques aspects psychologiques de l'ergomanie.** Publié sur internet : <http://apcwww.epfl.ch/Sante/BoulomanieExposeChVoirol.htm>, 2002, 3 p.

Troubles du comportement alimentaire / Anorexie - Boulimie

*** - **Narcissisme et dépendance.** In : GUILLEMOT A. ; LAXENAIRE M. Anorexie mentale et boulimie : le poids de la culture, p. 110-115, Paris, Masson, 1997.

Document Toxibase n° 303175

ALVIN P. ; ARCHAMBEAUD M. P. ; ATHEA N. ; CAFLISCH M. ; GERBER F. ; JACQUIN P. ; LEVY J. M. ; LEVY-LEBLOND E. ; REY C. ; DE TOURNEMIRE R. - **Anorexies et boulimies à l'adolescence.** Rueil-Malmaison, Doin, 2001, (Conduites), 206p., ann., graph.

BAILLY D. - **Anorexie mentale, toxicomanie : aménagements comportementaux d'une même organisation.** Thèse de doctorat de Médecine, Lille, 1984

BAILLY D. ; REGNAUT N. ; DANIEL T. ; PARQUET P. J. - **Troubles du comportement alimentaire : des liens étroits avec la toxicomanie et certaines formes d'alcoolisme** Annales de Psychiatrie, 1991, 6, (1), 41-50

BAILLY D. - **Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance.** Encéphale, 1993, 19, 285-292

Document Toxibase n° 101125

BANGE F. - **Alcoolisme et toxicomanie chez les sujets souffrant d'un trouble du comportement alimentaire, et dans leurs familles : revue des données épidémiologiques.** Thèse méd., Univ. Paris 6, Fac. St Antoine, 1993, 109 p.

Document Toxibase n° 503630

BAPT N. ; AMAR M. - **La boulimie: toxicomanie alimentaire à l'adolescence.** Nervure, 1992, 5, (6), 56-61

Document Toxibase n° 301873

BELLISLE F. - **Dépendances, boulimie, restriction.** Santé de l'Homme (La), 1999, (Dossier Question de poids 340), 25-26

Document Toxibase n° 900849

CASAMATTA M. ; VELEA D. - **Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles de la conduite alimentaire, toxicomaniaques et alcooliques.** Paris, Ellipses, 2000, (Réussir le diplôme d'état, 3), 204 p., tabl.

CHARDIN D. - **Devenir des anorexies de l'adolescence à l'âge adulte.** Courrier des Addictions (Le), 2000, 2, (3), 112-115

Document Toxibase n° 803388

CORCOS M. ; GIRARDON N. ; NEZELOF S. ; BIZOUARD P. ; VENISSE J. L. ; LOAS G. ; LANG F. ; HALFON O. ; FLAMENT M. ; JEAMMET P. - **Pertinence du concept d'addiction dans les troubles des conduites alimentaires.** Annales de Médecine Interne. Médecine des Addictions, 2000, 151, (Suppl. B), B53-B60

EIBER R. ; SAMUEL-LAJEUNESSE B. - **Relations entre addictions et troubles du comportement alimentaire.** Courrier des addictions (Le), 1999, 1, (2), 50-5

Document Toxibase n° 802945

FLAMENT ; JEAMMET - **La boulimie. Réalités et perspectives.** Paris, Masson, 1999, 394 p.

FOULON C. ; AGMAN G. ; GODART N. ; HERMAN B. ; VENISSE J. L. ; COOK-DARZENS S. ; DE VILLARD R. - **L'anorexie.** Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2000, 47, (7-8), 307-357

GUILBERT P. ; CHOQUET M. ; ARWIDSON P. ; GOUBERT A.-C. ; GAUTIER A. ; BAUDIER F. ; JOUGLARD C. - **Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête par téléphone.** Santé Publique, 2001, 13, (2), 113-123

Document Toxibase n° 803863

GROUPEL 7 - **Anorexie et boulimie.** Paris, Éd. Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale, 2000, 187 p., graph.

LAHELY B. - **Contribution à l'étude de la psychopathologie comparée, de l'anorexie mentale et de la toxicomanie en tant que conduites addictives (revue de la littérature).** Thèse de Médecine, Univ. Bordeaux II, 1995, no 186, 143 p.

Document Toxibase n° 101595

MARINOV V. ; MCDUGALL J. ; BRELET-FOULARD F. ; NOAILLE P. ; MENDES PEDRO A. F. ; LANOUZIERE J. ; JACQUET M. M. ; RIGAUD A. - **Anorexie, addictions et fragilités narcissiques.** Paris, PUF, 2001, (Petite Bibliothèque de Psychanalyse), 187 p.

MOSKOWICZ F. ; BONNEVAL G. ; DEFEZ G. ; DESTRIEL Y. - **Soins infirmiers et névroses, troubles des conduites alimentaires, toxicomanie, alcoolisme.** In: GUERINET D., Soins infirmiers en psychiatrie, Paris : Flammarion, 2001, Coll. Pour réussir le DEI, p. 83-104

OLIVIER C. - **J'ai peur d'en mourir. Anorexie - Boulimie - Alcoolisme.** In : OLIVIER C., L'ogre intérieur : de la violence personnelle et familiale, Paris, Fayard, 2000, 109-131

Document Toxibase n° 1100945

PERROUD - **Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie.** Lausanne, Favre, 2000, 176 p.

RIGAUD A. - **Troubles du comportement alimentaire et addictions.** Table ronde APRID / Nervure, Paris, Institut Montsouris, 6 décembre 2001, Alcoologie et Addictologie, 2002, 24, (1), 83-85

Document Toxibase n° 206058

SARRAMON C. ; BAHEUX C. ; CHARITAT H. ; DORSO M. E. ; CADILHAC P. ; SZTULMAN H. ; SCHMITT L. - **Profil psychodynamique de personnalité (KAPP) chez des anorexiques et des consommateurs d'opiacés.** Annales Médico-Psychologiques, 1999, 157, (6), 422-428

Document Toxibase n° 1100555

SINCLAIR - **Anorexie mon amour.** Thoiry, Heures de France, 1999, 187 p.

VINCENT T. - **L'anorexie.** Paris, Éd. Odile Jacob, 2000, 254 p.

WULFF M. - **La boulimie.** Paris, PUF, 1997, (Monographies de la Revue Française de Psychanalyse), 161 p.

Sélection préparée par Marie-Lise Priouret