



Dr med. Tazio Carlevaro, Lic. phil. I Nicolas Bonvin
Gruppo Azzardo Ticino – Prevenzione

Conduites compulsives ("dépendances sans substance") et degré d'alarme pour la santé publique

Condotte compulsive ("dipendenze senza sostanza") e grado di allarme per la salute pubblica

Bellinzona, 2014

Gruppo Azzardo Ticino – Prevenzione. Case Postale 1551, 6501 Bellinzona.
www.giocoresponsabile.com

Istituto di Ricerca sul Gioco d'azzardo IRGA, Case. postale 1627, 6501 Bellinzona
www.irga.ch

Conduites compulsive (“dépendances sans substance”) et degré d’alarme pour la santé publique

Tazio Carlevaro¹, Nicolas Bonvin²

Gruppo Azzardo Ticino – Prevenzione. Cas. Post 1551, 6501 Bellinzona.

www.giocoresponsabile.com; info@giocoresponsabile.com.

Déclaration d'intérêt: Le Gruppo Azzardo Ticino - Prevenzione a un mandat pour la prévention dans le domaine de jeu problématique et pathologique, délivré par le Conseil d'Etat du Canton du Tessin, à travers le Fonds contre le jeu pathologique.

Résumé et conclusions de cette recherche

Les comportements compulsifs, en tant que problème psycho-social, ne s’observent pas que sous forme de jeu pathologique. De nombreux autres comportements, souvent liés les uns aux autres, peuvent conduire aux « multi dépendances » les plus diverses, pouvant se manifester sous de nombreuses formes: *jeu de hasard, sexe compulsif, achats compulsifs, boulimie, travail compulsif (ergomanie)*, etc. Ces comportements se retrouvent, provoquant plus ou moins d’alarme, dans toutes les couches sociales, à différents degrés selon l’âge (adolescents, jeunes adultes, adultes), et dans différents domaines de la vie sociale (famille, école, travail, loisirs). Les nouveaux moyens de communication en facilitent la diffusion et l’intensité, l’informatique étant toujours plus accessible, rapide, bon marché et discrète.

Dans cette étude les auteurs se sont demandés dans quelle mesure ces phénomènes existaient aussi au Tessin. Ils se sont donc adressés à 503 médecins actifs dans le Canton, dont on pouvait présumer qu’ils remplissaient la fonction de médecins de famille: médecins généralistes, pédiatres et médecins internistes (ce dernier groupe comprend en effet un certain nombre de médecins qui travaillent également en tant que médecins de famille). Les auteurs se sont également adressés aux psychiatres pour enfants, adolescents et adultes. Ils n’ont pas demandé aux médecins interviewés de poser des diagnostics, d’autant plus que pour certains de ces comportements nous ne disposons pas d’un diagnostic universellement accepté. Nous voulions seulement savoir s’ils étaient décelables parmi leurs patients.

Un nombre considérable de médecins (131, le 26%) a répondu. Parmi ceux-ci, 35 ont signalé avoir vu 52 cas au cours des 6 derniers mois. 66% de ces consultations étaient sollicitées par des tiers. Il y avait un nombre important d’hommes (83%). Le 52% des personnes signalées avaient entre 30 et 49 ans. Les problématiques signalées dans les réponses concernaient surtout le jeu de hasard (réel, donc non « virtuel », par internet), et le sexe (virtuel, via internet). Parmi les conséquences, on peut remarquer (en ordre décroissant), des conflits en famille, des problèmes d’argent, des difficultés au travail et une diminution du rendement scolaire.

Presque toutes ces signalisations s’accompagnaient d’une alarme importante de la part des demandeurs. Les médecins ont mis en évidence un degré moyen de gravité. La signalisation était donc justifiée, même si l’alarme était plus importante que le degré de gravité constaté.

Les médecins de famille ont affronté ces signalisations avec les moyens à leur disposition, souvent en suivant les règles du bon sens. D’autres ont préféré signaler le patient à un confrère plus compétent. Les psychiatres ont répondu avec les outils propres à leur spécialisation.

Les auteurs concluent qu’il semble n’y avoir encore aucune véritable alarme concernant les conduites compulsives au Tessin, mais rappellent que cette enquête n’inclue pas les écoles, où ce genre de problèmes s’observe généralement parmi les jeunes.

Les auteurs recommandent d’observer attentivement l’évolution de ces phénomènes, car souvent les conduites compulsives se ne se manifestent pas seules, mais en comorbidité, et fréquemment accompagnées

¹ Dr méd. Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Viale Stazione 27, CH-6500 Bellinzona.

² Psychologue, CH-6966 Villa Luganese

de consommation de substances psycho-actives. Ils recommandent la mise sur pied d'un centre de compétence qui soit en gré aussi bien de tenir compte des particularités propres à ces phénomènes, que de développer une vision d'ensemble de celles-ci, en fonctionnant en étroite collaboration avec les centres et les spécialistes qui s'occupent des dépendances de substances psycho-actives.

Les « conduites compulsives »

Certaines conduites se manifestent si souvent qu'elles peuvent alarmer ceux qui les observent. Mais il n'y a qu'une conduite compulsive qui ait le statut d'un trouble reconnu par l'*International Classification of Diseases* : le jeu (de hasard) pathologique. Le jeu pathologique est une maladie connue depuis des millénaires, dont nous parlent soit les Romains soit les Grecs. Mais à l'époque il était considéré plutôt comme un vice, ou un choix maladif.

Il est devenu officiellement une « maladie » lorsqu'en 1984 il a été inclus dans le répertoire américain des maladies psychiatriques (DSM : *Manuel diagnostique et statistique des maladies psychiatriques*), ce qui a ensuite influencé la liste des maladies de l'OMS / WHO (Classification internationale des maladies : CIM, aujourd'hui officielle en Europe (Ladouceur et al., 2003).

Le jeu pathologique a beaucoup de points communs avec la dépendance aux substances. Dans sa forme typique, ses caractéristiques sont la *tolérance* (l'augmentation de la conduite compulsive pour obtenir le même effet psychologique), le syndrome d'*abstinence* (si le sujet arrête son comportement, il souffre d'un état d'agitation qui ne lui permettra pas d'arrêter), et une *pensée insistante et envahissante* par rapport à la recherche de la substance ou du comportement. Enfin, nous remarquons une *persévérance* dans ces comportements qui nuisent au sujet lui-même et à son entourage.

Or, le jeu pathologique n'a rien à voir avec l'utilisation d'une substance psychotrope. Dans le DSM-5, il a été classé dans une catégorie appelée « perte de contrôle sur le comportement », car il s'agit d'un comportement qui devient compulsif.

Le jeu pathologique, cependant, n'est pas la seule situation de « perte de contrôle sur le comportement ». Il en existe d'autres, certaines bien connues, d'autres moins, qui n'ont pas encore été officialisées, mais créent pourtant une alerte sociale. Ces situations de perte de contrôle ne concernent pas que l'argent, mais également avec le sexe, l'exercice d'un pouvoir ou d'une renommée dans une communauté. On sait qu'elles ont un lien avec la dopamine, une substance de transmission cérébrale liée à la perception du plaisir.

Nous savons également que ces comportements sont aussi en relations avec les différences culturelles, générationnelles et sociales. Il y a également une importante comorbidité avec l'alcool, la cocaïne et la nicotine.

Deux facteurs relativement nouveaux, l'*ordinateur* et l'*Internet*, influencent considérablement ces « comportements compulsifs », et permettent de les exprimer à tout moment, n'importe où, et peu importe combien.

Dans le cas des comportements compulsifs, ce qui compte, au delà de l'alarme par rapport à l'utilisation excessive d'internet ou de l'ordinateur, c'est l'activité que l'on exerce grâce à ces nouveaux instruments.

La recherche dans le domaine de la prévention. L'exemple du jeu pathologique

La *Loi fédérale sur les maisons de jeu* de 1998 rend obligatoire une série de mesures préventives que les casinos demandeurs de subvention annuelle doivent appliquer. Le contrôle est exercé par la *Commission fédérale des Maisons de jeu* (Jordan, 2010). Depuis 2005, le *Concordat intercantonal sur les loteries et les paris* prévoit que le 0,5% des revenus de la loterie soit destiné à la prévention du jeu compulsif en dehors des casinos (Jeanmonod, 2010).

Il y a prévention lorsqu'on empêche la propagation d'un comportement jugé comme inadéquat, ou lorsqu'on intervient très tôt, dès les premiers signes qui le révèlent. C'est ce que l'on appelle la « détection précoce », important domaine de recherche.

Une intervention de qualité demande un monitoring des activités de prévention, ainsi que des résultats mesurables.

Enquête faite parmi les médecins de famille et les psychiatres du canton du Tessin

Nous avons pensé vérifier dans quelle mesure les médecins généralistes, les spécialistes en médecine interne générale, les pédiatres et les psychiatres du Canton, étaient confrontés avec des cas de comportements compulsifs dans le cadre de leur pratique professionnelle. Non pas nécessairement des comportements pathologiques, mais plutôt des situations ressenties alarmantes par la population (Valleur, Matsyak, 2004; Caretti, La Barbera, 2009; Guerreschi, 2005; Carlevaro, 2003):

- Le jeu de hasard et d'argent.
- Les achats compulsifs (commercial) dans les magasins ou sur Internet.
- Les jeux de cartes dans des environnements spécifiques (poker ou d'autres jeux de cartes, sur Internet ou dans la vie réelle).
- Autres problèmes: la surcharge de travail, l'exercice physique excessif.
- Les comportements sexuels compulsifs, dans la vie réelle ou sur Internet.

Enfin, nous voulions aussi en savoir davantage sur ce que l'on appelle les «cyber-dépendances», c'est à dire les comportements compulsifs de différents types qui s'exercent « en ligne » :

- L'activité dans les réseaux sociaux, par exemple Facebook, Twitter, ou autres.
- Les jeux de rôle stratégiques online, comme (comme *World of Warcraft*, ou *Second Life*).
- Une gestion compulsive de la correspondance à travers internet.
- Une utilisation « compulsive », ou « exagérée » des téléphones portables.

Dans cette enquête nous n'avons pas utilisé de catégories diagnostiques précises et universellement acceptées, en absence de tout accord sur la définition de ces troubles, et sur le moment où un comportement devient «pathologique». Notre travail n'a donc pas un but épidémiologique. Nous voulions simplement détecter la présence d'éventuels signaux d'alerte dans ce domaine. Il s'agit d'un problème évoqué par les journaux, la télévision et la radio. Il fait certainement aussi écho dans les écoles, mais notre champ d'observation a été le système de santé de base.

Radix de la Suisse italienne a publié en 2011 une recherche menée dans les écoles tessinoises, qui montre non seulement la présence de phénomènes associés à des comportements compulsifs chez les jeunes étudiants, mais aussi la capacité de l'école, en tant que système, ainsi que des élèves eux-mêmes, à les gérer au mieux.

Or, si l'alarme sociale par rapport à un certain événement est élevée, la population tend à y répondre en accédant aux points de consultations qu'elle considère compétents. Il s'agit en général des médecins de base, particulièrement lorsque l'opinion publique en parle comme d'une sorte de « maladie ».

Méthodologie de l'enquête

En mai 2011, nous avons envoyé 503 questionnaires à tous les médecins spécialistes en médecine interne générale, médecine générale, pédiatrie et médecine de l'adolescence, et en psychiatrie (des adultes et / ou en pédopsychiatrie) actifs dans le Canton du Tessin. Nous n'avons pris en considération ni les médecins hospitaliers, ni ceux qui n'ont aucune activité dans le canton. Les médecins interpellés sont donc ceux que la population consulte en première instance, la plupart (72%) sont des médecins de base.

Bien que les psychiatres ne soient pas des médecins de premier recours, nous avons pensé qu'ils pouvaient être consultés, face à une situation qui, aux yeux du public, a à voir avec des comportements et des émotions.

Médecins interviewés	503	Pourcentage N. 503 = 100 %
Internistes	189	38%
Généralistes	172	34%
Pédiatres	89	18%
Psychiatres	53	10%

Le 26% des médecins a renvoyé notre questionnaire, ce qui est beaucoup. Nous pouvons le constater dans la table suivante :

Réponses reçues	131 sur 503	Pourcentage N. 131 = 100%
Internistes	53	40%
Generalistes	38	29%
Pédiatres	18	14%
Psychiatres	22	17%

Il est probable que le non retour du questionnaire soit lié au fait que le médecin n'ait pas eu de signalisations. Le questionnaire suggérerait pourtant son renvoi même en l'absence de cas.

Demandes de consultations pour des comportements compulsifs, sur une période de six mois

La question portait sur le nombre de personnes vues lors des six derniers mois pour des comportements ressentis compulsifs. Nous avons reçu 52 signalisations, en provenance de 35 différents médecins. En six mois il n'y a donc eu que 0,25 cas par médecin sur 131, avec 1,5 cas par médecin ayant signalé.

Médecins	cas signalés (N tot = 52)	Pourcentage (52=100%)
Internistes	signalent 19 cas	36%
Généralistes	signalent 11 cas	21%
Pédiatres	signalent 4 cas	8%
Psychiatres	signalent 18 cas	35%

La majorité des cas a été signalée par des internistes et des psychiatres, les cas signalés par les pédiatres et les médecins généralistes ont été moins nombreux. Il est possible que cette répartition reflète aussi une densité des différentes spécialisations médicale. Cette observation pourrait nous livrer des indications sur les moyens de développer un bon travail de sensibilisation de la population et du personnel soignant.

Autres données relatives aux signalements

Médecins et cas signalés selon le district

Ces données ne nous permettent pas d'aboutir à d'autres conclusions, sinon à une observation par rapport à une certaine stabilité sur l'ensemble du territoire du canton. Nous la présentons sans commentaire, étant donné que nous ne sommes pas certains que tous les patients signalés résident dans le district où travaillent les médecins qui les ont signalés. Cette observation nécessiterait une enquête plus approfondie.

District	Médecins signalants: 35 Cas signalés: 52
Locarno et vallée	7
Lugano et vallées	13
Bellinzona et vallées	9
Mendrisio	6

Nombre de cas par médecin

Il n'y a aucune particularité par rapport au nombre de signalisations par médecin.

Nombre de cas signalés	Médecins qui en ont signalés: 35
Un cas	27
Deux cas	6
Trois cas	1
Plus de trois cas	1

Typologie des cas signalés

Nous sommes alors en mesure d'examiner les particularités des cas signalés (52) par les médecins interviewés.

Signalisation par le demandeur lui-même, ou par un tiers

Les comportements compulsifs ressemblent à ceux qui s'en appellent à des substances provoquant du plaisir. Il n'est donc pas étonnant d'y retrouver des situations semblables. Par exemple, la prévalence des cas signalés par des tiers. Ce n'est pas la personne elle-même qui s'annonce. Ce sont généralement les membres de leur famille qui prennent contact avec le médecin.

Il s'agit d'un aspect important, dont il faut tenir compte dans un projet de sensibilisation et de prise en charge de ce genre de troubles.

	Nombre (N=52)	Pourcentage N. 52 = 100%
Demande par la personne elle-même	23	44%
Demande par des tiers	29	66%

Sexe et demande de consultation

La même observation concerne le sexe des personnes qui se sont annoncées, ou ont été mentionnées par des tiers. Le nombre d'hommes est significativement plus élevé que celui des femmes, autre aspect qui compte dans un programme de sensibilisation.

	Nombre (N=52)	Pourcentage N. 52 = 100%
Homme	43	83%
Femme	9	17%

Classes d'âge des personnes signalées

Les personnes signalées pour des comportements compulsifs se situent essentiellement dans les classes d'âge des jeunes adultes et des personnes mûres. Les deux cas de 70 ans et plus suggèrent des effets de la pharmacothérapie dans des cas de maladie de Parkinson.

Où sont les adolescents? Il se peut que la situation actuelle ne soulève aucune alarme, ou que la demande soit traitée ailleurs, par exemple à l'école. C'est ce que semble indiquer une étude de 2010, rédigée par Radix Tessin.

Si tel était le cas, il ne faudrait pas viser à une médicalisation, mais plutôt à une information approfondie dans le milieu où se présentent ces comportements compulsifs. Il faut se souvenir que ces comportements en jeune âge ne sont souvent qu'un moment de transition, une étape vers la maturité. Le moment décisif a lieu à 25 ans.

Classes d'âge	Sur 52 cas signalés	En%
Moins de 9 ans	0	
10-14	1	2%
15-19	5	10%
20-29	7	13%
30-49	27	52%
50-69	10	19%
70 e au-delà	2	4%

Typologie des « troubles compulsifs » signalés

Nous ne disposons pas (encore) d'une classification officielle des comportements compulsifs. Leur position nosologique n'a pas encore été suffisamment mise au clair. Actuellement ils sont considérés comme des « troubles », et ne sont pas regroupés en un diagnostic défini. Le jeu de hasard pathologique fait exception, puisque, dès 1980, on en trouve une définition et des critères diagnostiques dans le DSM-IV et dans le ICD-10. À ce propos, rappelons que la publication du répertoire DSM-5 a proposé à la nosologie américaine un nouvel instrument de classification des troubles nerveux qui contemple ces aspects et tient compte, implicitement, du fait que certaines pratiques à risque compulsif se trouvent facilitées lorsqu'elles sont exercées « virtuellement », c'est-à-dire en ligne.

Nous nous sommes limités à enregistrer la typologie du ou des comportements signalés, parfois plus d'un par personne : certains admis par les sujets, d'autres niés. Raison pour laquelle l'ensemble des comportements compulsifs dépasse le 100% des cas (56 comportements pour 52 signalisations).

Le comportement le plus fréquent est *le jeu de hasard et d'argent*. Il est nettement plus fréquent dans la réalité (« in vivo ») que virtuellement.

A l'inverse, le *comportement sexuel compulsif* est beaucoup plus fréquent sous forme virtuelle.

Moins fréquents sont les comportements concernant les achats compulsifs, les jeux de cartes et les téléphones mobiles. Aucun autre trouble n'a été signalé.

Typologie	“In vivo”	“Virtuel” (online)	Total	Pourcentage (N. 56 = 100%)
Jeu de hasard et d'argenti	22	2	24	43%
Comportement sexuel compulsif	1	11	12	21%
Social network	-	7	7	12%
Jeux de cartes	2	3	5	9%
Correspondance	-	3	3	6%
Achats compulsifs	3	0	3	6%
Téléphone mobile	2	-	2	3%

Signalisation et niveau d'alerte

Dans notre questionnaire, nous avons demandé dans quelle mesure les cas signalés étaient présentés comme graves et alarmants par les personnes qui avaient pris contact avec le médecin. Nous avons constaté que sur 52 cas signalés, 48 avaient été annoncés comme graves et alarmants (93%).

Conséquences des comportements compulsifs

Les comportements compulsifs, par leur nature spécifique ou par leur fréquence, peuvent être à l'origine de difficultés de toutes sortes.

Nous avons demandé aux médecins interviewés de quel genre étaient les conséquences négatives observées par rapport aux comportements signalés. Évidemment, le total dépasse le nombre des signalisations (52), puisqu'il y a souvent plus d'un genre de conséquences.

Les thèmes de la famille et de l'argent se retrouvent chez ceux qui ont été signalés pour le jeu de hasard. Les thèmes de la famille et du travail se retrouvent chez ceux qui ont un comportement sexuel compulsif. Le domaine du travail devient généralement un problème, du fait que ce comportement est souvent pratiqué sur internet, ce qui le rend visible aux contrôles internes des entreprises.

Domaine où nous trouvons des difficultés	52 cas, avec 94 situations conflictuelles	Pourcentage N. 94 = 100%
Famille	32	34%
Argent	29	31%
Autres	13	14%
Travail	12	13%
École	8	8%

Évaluation du médecin au sujet du degré de gravité

Lorsqu'une situation lui est annoncée comme étant grave ou alarmante, il n'est pas certain que le médecin la juge, lui aussi, grave ou alarmante. Pour chaque cas signalé, nous avons demandé aux médecins d'en évaluer la « gravité » sur une échelle de *Likert* (de 0 à 9). Ces derniers ont mis en évidence un degré moyen de gravité. La signalisation était donc justifiée, même si l'alarme était trop importante par rapport au degré de gravité observé.

Degré de gravité	Nombre des cas	Pourcentage N. 52 = 100%
0-3 degrés	4	8%
4-6 degrés	40	77%
7-9 degrés	8	15%

Types d'intervention

Les données à disposition ne permettent aucune élaboration statistique par rapport à la typologie des interventions dont les médecins qui ont vu des cas nous ont fait part. Mieux vaut décrire l'ensemble des réponses, dont le bien-fondé vient de leur expérience médicale et psycho-sociale.

En général, les médecins de famille ont affronté ces signalisations avec les moyens à leur disposition, souvent en suivant les règles du bon sens. Certains ont préféré signaler le patient à un confrère plus compétent, d'autres à un spécialiste pour un suivi psychiatrique spécialisé.

Dans ce domaine, les psychiatres disposent de connaissances spécifiques, ce qui leur permet de répondre mieux et directement à la question de l'individu. Bien entendu, la plupart des médecins a indiqué plusieurs instruments d'intervention.

Les mesures proposées ou prises, par rapport aux situations signalées

Dans 19 cas, les médecins ont eu des entretiens avec le patient, ainsi qu'avec les membres de la famille (ou avec la famille sans le patient signalé). Parfois, on indique un soutien à la famille en difficulté. Dans 14 cas, une prise en charge psychothérapeutique. Il y a eu cinq exclusion des casinos. Dans un cas, une restructuration de la dette du patient. Dans quatre cas l'utilisation des médicaments (ISRS). Dans quatre autres cas on mentionne une intervention auprès des autorités de tutelle. Le sport, en tant que prise en charge, est mentionné en dans un cas. 15 cas ont été signalés à un spécialiste.

Observations par rapport aux situations signalées

Certains médecins soulignent le refus d'une entrevue par la personne signalée. Dans un cas la personne l'a acceptée, ce qui a permis une discussion sur le jeu, mais n'était par contre pas accessible au sujet de son abus de cannabis. Parfois, le refus d'entretien se manifeste en cas de conflit de couple « clair », ainsi qu'en cas de relation de co-dépendance.

Dans deux cas ont été signalés des troubles de la personnalité. Un médecin a signalé des difficultés dues aux sentiments de honte. Un autre a observé un passage d'une dépendance aux opiacés à une dépendance au jeu pathologique. Certains signalent des problèmes légaux, ou une tendance à développer une pensée magique, qui concerne des possibilités de s'enrichir grâce au jeu de hasard. D'autres encore signalent que bien des joueurs problématiques qui cessent leur activité de jeu retrouvent assez vite une vie mieux organisée, et parviennent à payer leurs dettes.

Un médecin suggère d'apprendre de manière approfondie l'utilisation d'internet pour mieux comprendre son fonctionnement, en évaluer les danger, et mieux comprendre les jeunes. Un autre se plaint de l'absence de feedback par rapport aux mesures qu'il a suggérées à son patient.

Discussion générale et conclusions

Le défi sociétair

Ces données indiquent qu'il n'y pas d'alerte sociale concernant les comportements compulsifs, y compris les dépendances sans substance, du moins au Tessin, ainsi que parmi la clientèle des médecins de base et des psychiatres. Les cas sont relativement rares, sporadiques. L'alerte semble être plutôt culturelle. Il s'agit d'un type de comportement nouveau, peu connu, sujet à des changements rapides et multifformes. Nous avons l'impression qu'il s'agit d'une sorte de *mode* qui se propage, grâce aussi à une technologie qui multiplie des comportements généralement préexistants à l'informatique.

Nous sommes confrontés à un défi sociétair. À une présence nouvelle, plus visible qu'auparavant, qui nécessite une révision de notre vision anthropologique. L'espèce humaine a toujours dû s'adapter aux conditions changeantes de la vie, et l'a fait grâce à ses capacités de se poser des problèmes et de les résoudre. Mais il a toujours fallu du temps, aussi bien pour poser que pour résoudre le problème en question, en l'incluant dans la culture de son temps. Mais cela se complique, étant donné que les transformations qui advenaient sur des décennies, se réalisent aujourd'hui très rapidement.

Ceci dit, nous ne devons pourtant pas sous-estimer les données à disposition. Le fait qu'il s'agisse d'un phénomène peu visible ne doit pas détourner notre attention. Pour deux raisons:

D'une part, bien qu'en minorité, des personnes sont certainement en danger. Surtout depuis l'introduction de l'informatique. D'autre part, même s'il ne s'agit pas de « dépendances », ces « alertes » ont souvent à voir avec des comorbidités psychiatriques d'une certaine importance et des difficultés sociales et familiales, qui doivent être prises en considération. Une alerte se manifeste, (outre que par la presse et la télévision), dans le cadre scolaire et au cabinet médical de base.

A notre époque, les enseignants et les médecins de base sont de bons indicateurs des problèmes sociaux et psycho-éducatifs. Il faut donc que les spécialistes suivent leurs expériences, et mettent à disposition leurs connaissances spécifiques.

Observations concernant un centre de compétence par rapport aux comportements compulsifs

Nous ne savons pas s'il est raisonnable d'envisager la création d'un centre tessinois de compétence par rapport aux troubles compulsifs, dans un canton ne disposant pas d'une université susceptible de s'intéresser à ce domaine, et dont la population n'atteint que 330 mille habitants.

Nous pensons qu'il serait certainement préférable de considérer ces phénomènes de manière globale, aussi bien pour des raisons psychologiques, que purement sociales, car ils sont des annonciateurs de changements et d'inconfort individuel et social. Nous n'avons pas besoin du spécialiste du jeu, de celui qui ne se penche que sur les achats compulsifs, la boulimie sexuelle, la pornophilie, ou sur les jeux online. Nous ne sommes qu'une petite nation, et la compétence découle aussi du nombre d'interventions effectuées dans l'année.

Il faudrait se pencher davantage sur le domaine des addictions (avec ou sans substance), deux aspects très similaires par rapport au diagnostic, à la nosologie, au pronostic, à l'épidémiologique et à la thérapeutique. Comme si l'on pouvait parler d'un domaine unique (Grüsser, Thalemann, 2006).

Les domaines de la recherche et de l'intervention devraient être les suivants.

1. La prévention générale: une tâche qui devrait faire partie des objectifs globaux de la santé publique, et qui devrait proposer une orientation par rapport aux modes de vie et aux comportements qui favorisent la santé (« salutogénèse »).
2. La prévention structurelle, qui comprend les règles et les lois qui protègent les groupes sociaux, et les sanctions en cas de leur non-respect.
3. Sensibilisation orientée sur les problèmes: elle doit prendre en compte les particularités de l'addiction et de ses aspects spécifiques.
4. La détection et l'intervention précoces (outil important pour la réduction des dommages). Une intervention précoce réduit le risque de conséquences à plus long terme.
5. La prise en charge, importante, n'est pas toujours possible. Une bonne introduction à la thérapie et à la collaboration avec la famille, représentée par la *psycho-éducation*. Nous avons de bons programmes par rapport au jeu pathologique, ainsi qu'en ce qui concerne les problèmes de compulsions (Carlevaro, Unida, 2004). La psycho-éducation est centrale par rapport à la réduction du risque de rechute.
6. Il convient également de souligner la diversité des approches par rapport à ces domaines, qui nécessitent une culture de l'attention et de l'écoute, spécialement pour ceux qui ne sont pas spécialistes du domaine en question : dans les écoles, au cabinet médical, au lieu de travail, dans le cadre des relations humaines. Sans oublier les services qui reçoivent des appels de la part de personnes qui ne savent pas comment faire face à ce genre de problèmes.
7. Un centre de compétence devrait être en mesure de former ceux qui veulent se spécialiser dans ce domaine et apprendre à évaluer le résultat des interventions effectuées.
8. Ce centre devrait travailler en étroite collaboration avec d'autres intervenants dans le domaine, ainsi qu'avec des professionnels confrontés à des problèmes similaires: médecins, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, éducateurs, enseignants et autres.

Les limites de cette étude

Cette étude n'a pas un objectif épidémiologique. Elle ne concerne que l'éventuel état d'alarme dans le canton du Tessin. Une lacune importante à ce point de vue est observable dans le domaine scolaire. Pour l'approfondir, cette étude devrait être refaite sur la base d'un autre échantillonnage, et avec plus de précision diagnostique, ce qui permettrait de faire la distinction entre l'utilisation excessive, l'abus et la dépendance.

Références bibliographiques

- Caretti, Vincenzo; La Barbera, Daniele (Red.): Le nuove dipendenze. Diagnosi e clinica. (gioco d'azzardo, dipendenza dalle tecnologie da comunicazione, dipendenza da sesso, da sport, da shopping), Roma 2009: Carocci.
- Carlevaro, Tazio: Disturbo di shopping compulsivo. Bellinzona 2003, ottenibile gratuitamente in formato PDF presso info@giocoresponsabile.com.
- Carlevaro, Tazio; Unida, Manola: Psicoeducazione per giocatori eccessivi e per i loro familiari. Manuale d'istruzione abbreviato per chi conosce bene il tema. Bellinzona 2004: "Hans Dubois".
- Grüsser, Sabine M.; Thalemann, Carolin N.: Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern 2006: Huber Hogrefe.
- Guerreschi, Cesare: New Addictions. Le nuove dipendenze. Internet, lavoro, sesso, cellulare e shopping compulsivo. Cinisello Balsamo 2005: San Paolo.
- Jeanmonod, Alain: Les mesures de prévention contre la dépendance au jeu prévues par la Convention intercantonale sur les loteries et paris en Suisse. . In: Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique. (Réd. Dunand, Rihs-Middel, Simon), Genève 2010 Médecine et Hygiène.
- Jordan, Jean-Marie: La protection sociale dans les maisons de jeu suisses: une attention de tous les instants. In: Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique. (Réd. Dunand, Rihs-Middel, Simon), Genève 2010 Médecine et Hygiène.
- Ladouceur, Robert; Sylvain, C.; Boutin, C.; Doucet C.: Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling. Torino 2003: Centro Scientifico Editore.
- Progetto "New Addiction". Un percorso di prevenzione al gioco d'azzardo tra i giovani. Lugano 2011: Radix della Svizzera Italiana.
- Valleur, Marc; Matsyak, Jean-Claude: Les nouvelles formes d'addiction. L'amour, le sexe, les jeux vidéo. Paris 2006: Flammarion.