

des séquences imaginatives. . .) ; « permettre au patient de repérer ses capacités à choisir d'utiliser ou non son symptôme addictif » ; – travailler sur les compétences de changement à long terme par une action sur l'estime de soi, les ressources et les compétences de changement. . . (groupe d'entraînement à l'affirmation de soi, groupe de restructuration cognitive, groupe à médiation corporelle, thérapie de couple, groupe de prévention de rechute. . .) ; « permettre au patient d'exister avec de nouvelles solutions de changement ».

L'intégration de modalités thérapeutiques spécifiques (comme la prescription de symptômes, la restructuration cognitive en groupe, la gestion émotionnelle, l'élaboration fantasmatique, les thérapies sexuelles de couple) rend compte de la nécessité, à des moments précis de la thérapie, d'ouvrir le champ des possibles non pas seulement à différentes thérapies mais aussi à différents thérapeutes. Le cadre de l'ordre d'utilisation des thérapies, dans le cas de notre patient, sera examiné notamment la place du travail de groupe à côté d'une thérapie conjugale et d'une psychothérapie de soutien.

**Mots clés** TCC ; Cognition ; Émotion ; Groupe ; Addiction

**Déclaration d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.399>

## S8B

### Quelle place pour les thérapies systémiques brèves dans l'abord thérapeutique des addictions ?

O. Cottencin

Service d'addictologie, hôpital Fontan, Lille, France

Adresse e-mail : [olivier.cottencin@chru-lille.fr](mailto:olivier.cottencin@chru-lille.fr)

En addictologie, nous sommes régulièrement confrontés au paradoxe d'aider des patients qui ne le demandent pas. En effet, un nombre important de patients nous consulte sous la contrainte. Qu'il s'agisse de celle d'un tiers (conjoint, médecin traitant, injonction thérapeutique) ou qu'il s'agisse de leur propre contrainte (se soigner pour sa santé, se soigner pour les autres, pour sa famille) la contrainte semble omniprésente et souvent vécue comme un obstacle insurmontable au changement. Certains même considèrent qu'il n'est pas possible d'obliger les patients à faire une thérapie. Pourtant, il est commun de travailler en psychiatrie avec des patients qui refusent des soins. En effet, les patients atteints de troubles ne leur permettant plus d'appréhender la réalité en sont l'exemple et sont régulièrement hospitalisés (ou soignés en ambulatoire) malgré leur impossibilité à donner leur consentement aux soins. Ainsi, nous sommes capables de penser qu'il est impossible de faire une thérapie sous contrainte, tout en s'appuyant sur une loi qui l'autorise. . . au risque de remettre en cause les concepts fondamentaux de toute thérapie : le travail avec la demande, la motivation, l'alliance thérapeutique, le libre arbitre, le principe de bienfaisance, le respect de l'autonomie de la personne, etc. En réalité, les thérapies sous contrainte peuvent être une chance pour l'individu mais elles prennent le risque de placer le thérapeute lui-même dans un double lien, désigné à la fois par le corps social (ou familial) autant comme un aidant que comme un outil de coercition. Nous pensons qu'en la circonstance, les thérapies brèves systémiques peuvent avoir un intérêt pour ces patients en raison de leur abord anthropologique qui semble permettre un renforcement de l'approche motivationnelle tout en intégrant le caractère obligé de la demande. Après un court rappel sur les évaluations des psychothérapies dans les addictions, nous expliciterons au moyen des concepts fondamentaux de la thérapie systémique brève comment un thérapeute peut se libérer de cette double contrainte et aider le patient à devenir acteur d'un changement qui lui a été le plus souvent imposé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.400>

## S8C

### Conceptions étiopathogéniques des addictions et implications thérapeutiques en termes d'approches complémentaires

P. Jeammet

13, rue Gay-Lussac, Paris, France

Adresse e-mail : [philippe.jeammet124@orange.fr](mailto:philippe.jeammet124@orange.fr)

Les conduites addictives comme l'ensemble des troubles psychiatriques peuvent être vue comme des réponses adaptatives à ce qui est perçu comme une menace sur l'homéostasie psychique de l'individu. Menaces que le vécu d'impuissance et/ou de débordement résumant pour l'essentiel. À ce vécu émotionnel que le sentiment de solitude, incompréhension, d'absence de valeurs vient aggraver, répond pour le sujet la nécessité physiologique avant même d'être psychique de retrouver un rôle actif, de ce percevoir à nouveau agent de sa vie. Ces réponses peuvent être considérées comme pathogènes, sinon pathologiques, dans la mesure où elles ne sont pas choisies mais répondent à des contraintes émotionnelles et qu'elles ont des conséquences négatives sur le développement du sujet. Elles le privent à terme des échanges nécessaires à son épanouissement dans au moins un des trois domaines clés que sont : prendre soin de son corps, développer ses compétences et sa sociabilité. De pathogènes les conduites deviennent pathologiques quand le sujet s'enferme dans ces comportements dont il est prisonnier même si par le soulagement qu'ils apportent il peut croire qu'il les a choisis librement. Tout ce qui limite cet enfermement et redonne au sujet envie de prendre soin de lui peut être considéré comme thérapeutique. On conçoit que les approches thérapeutiques puissent être multiples et complémentaires qu'elles reposent toujours sur des rencontres privilégiées, celles qui autorisent un retour de la confiance en soi et dans les autres, condition de cette envie de prendre soin de soi.

**Déclaration d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.401>

## S16

### « Ces français qui jouent, du plaisir à l'excès »

M. Grall-Bronnec

CHU de Nantes, EA 4275 (université de Nantes), service

d'addictologie, institut fédératif des addictions comportementales, Nantes, France

Adresse e-mail : [marie.bronnec@chu-nantes.fr](mailto:marie.bronnec@chu-nantes.fr)

En France, la loi du 12 mai 2010 a encadré l'ouverture à la concurrence et à la régulation du marché des jeux de hasard et d'argent (JHA) sur Internet. Seuls trois types de jeux ont été autorisés : les paris sportifs, les paris hippiques et le poker. Une récente enquête épidémiologique nationale a indiqué que 3,7% de la population générale adulte déclaraient avoir joué à un JHA en ligne au cours de l'année écoulée, soit environ deux millions d'individus [1]. Se basant sur l'Indice canadien du Jeu Excessif [2] pour l'évaluation des pratiques de jeu, cette même enquête identifiait 17% de joueurs « problématiques » parmi les joueurs dans l'année. Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux retrouvés avec l'offre de jeu traditionnelle hors ligne, confirmant que jouer sur Internet est un facteur de risque considérable de perdre le contrôle. Le poker est sans aucun doute le JHA qui a le plus « bénéficié » de la légalisation des jeux en ligne en France, représentant à lui seul plus de 80% des mises sur l'ensemble des jeux en ligne. Au troisième trimestre 2013, le nombre moyen de comptes joueurs actifs en poker était ainsi de 244 000 comptes/semaine [3]. Il existe encore peu de données épidémiologiques disponibles sur la prévalence du jeu excessif dans le cadre précis du poker, ni sur les caractéristiques des joueurs de poker en ligne, problématiques ou non. Pourtant, il apparaît aux