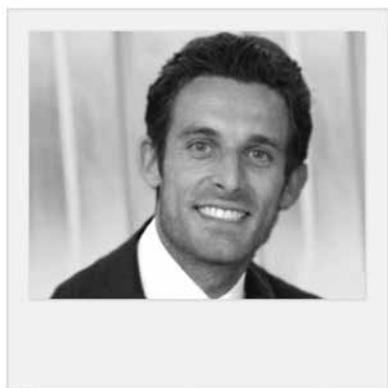


Addiction solaire et cabines de bronzage

RÉSUMÉ : Conduite socialement valorisée, le bronzage peut, comme d'autres comportements, faire l'objet d'une dérive addictive. Cette réflexion fait suite à l'observation de nombreux dermatologues qui rapportent, à propos de leurs patients, des difficultés pour réduire, contrôler ou arrêter leurs séances de bronzage en cabine malgré l'annonce d'un diagnostic de mélanome.

Le bronzage excessif en cabine n'est pas présent dans les classifications internationales de psychiatrie, mais pourrait être rattaché à différents modèles nosographiques.

D'autres études devront être menées sur le plan psychopathologique, neurobiologique et sur la prise en charge de ces sujets afin d'améliorer notre compréhension du bronzage excessif en cabine.



→ A. PETIT
Cabinet de Psychiatrie, PARIS.

Conduite socialement valorisée, le bronzage peut, comme d'autres comportements, faire l'objet d'une dérive addictive. Cette constatation provient de l'observation de nombreux dermatologues qui rapportent, à propos de leurs patients, une relation addictive au bronzage, des difficultés pour réduire, contrôler ou arrêter leurs séances de bronzage en cabine malgré l'annonce d'un diagnostic de mélanome [1].

L'objectif de ce travail est de décrire les différents modèles nosographiques pouvant expliquer ce trouble (et de montrer que le bronzage excessif en cabine peut être rattaché au spectre des addictions comportementales) et d'en présenter les aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques. Nous avons ainsi réalisé une revue de littérature en effectuant une recherche sur Medline à l'aide des mots clés suivants : *Tanning, Addiction, Sunbeds, Skin cancer prevention and Treatment*. Nous avons sélectionné des articles de langue anglaise et française parus entre 1999 et 2014.

Warthan *et al.* sont les premiers à avoir proposé un cadre théorique à la dépen-

dance au bronzage, ainsi que deux grilles d'évaluation permettant de porter le diagnostic et d'apprécier le degré d'addiction [2]. Ces critères diagnostiques décrivent des symptômes rappelant le *craving* ou envie irrésistible, la sensation de perte de contrôle, ou la poursuite du comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives [2]. Le bronzage excessif en cabine n'est pas présent dans les classifications internationales de psychiatrie du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ou de la CIM (Classification internationale des maladies). Il n'existe pas actuellement de consensus sur la définition du concept, ni de recommandations sur la prise en charge de ce trouble bien que certaines pistes psychopathologiques aient été avancées [3].

Clinique et diagnostic du bronzage excessif

Le bronzage excessif en cabine a été décrit chez des utilisateurs réguliers puis excessifs, qui rapportent une envie irrésistible de s'exposer au rayonne-

REVUES GÉNÉRALES

Cancérologie

ment UV et le besoin d'augmenter le nombre et la durée des séances de bronzage pour obtenir le même niveau de plaisir [1]. Bronzer devient une priorité dans la vie de ces sujets, pour lesquels on observe un allongement progressif du temps consacré aux préoccupations liées au bronzage au détriment de la vie socioprofessionnelle [1, 3].

Une étude a évoqué des échecs répétés chez ces usagers excessifs face au désir de résister aux envies de bronzer, en parlant de sensation de tension psychique préalable et d'un sentiment de soulagement au décours [3]. Le comportement est poursuivi malgré la connaissance de l'apparition de problèmes sociaux (absentéisme professionnel), psychologiques (dépression, anxiété) et physiques (vieillesse de la peau, taches pigmentaires, mélanome) induits par cette pratique [1-3]. En effet, une majorité de dépendants (91 %) déclarent connaître les risques et les conséquences négatives liés à une telle pratique (comme les coups de soleil, le vieillissement de la peau et le mélanome), mais rapportent une perte de liberté par rapport à ce comportement [4].

Afin d'évaluer le bronzage excessif en cabine, Warthan *et al.* ont utilisé des échelles habituellement utilisées dans le diagnostic des troubles addictifs, notamment l'alcoolodépendance (CAGE et DSM-IV-TR), en les adaptant afin de les adapter à la problématique du bronzage excessif [5]. Ces deux échelles diagnostiques, qui n'ont pas fait l'objet de validation en français, sont le m CAGE et le m DSM IV [1-3].

Épidémiologie

1. Prévalence

Peu d'études ont évalué la prévalence du bronzage excessif en cabine en population générale [1]. Ces enquêtes épidémiologiques suscitent de nom-

breuses réserves quant à la méthodologie employée (pertinence des deux échelles) et le faible effectif de ces travaux. Aucune étude de prévalence de grande échelle n'a été menée en France. Les réticences, voire les refus de l'industrie du bronzage face aux demandes d'enquêtes de prévalence, peuvent en partie expliquer le faible nombre de données épidémiologiques sur ce sujet.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Le bronzage excessif en cabine est majoritairement retrouvé chez les femmes, avec un rapport de 5,3 ou 6,2 femmes pour 1 homme selon les travaux [1-5]. Toutes les tranches d'âge sont touchées par ce comportement, mais l'adulte jeune entre 17 et 30 ans constitue la catégorie la plus concernée [6]. Le bronzage excessif en cabine est retrouvé principalement parmi les catégories socioprofessionnelles aux revenus les plus bas et les inactifs [6], bien que cette tendance n'ait pas été confirmée par d'autres travaux [7].

Comorbidités

1. Comorbidités psychiatriques

Une étude a comparé la prévalence du trouble anxieux chez les bronzes excessifs en cabine par rapport à la population générale [8]. L'utilisation de l'échelle de Beck (échelle diagnostique de dépression et de trouble anxieux) a permis de montrer que cette population présentait deux fois plus de troubles anxieux que les bronzes en cabine sans signe d'addiction [8]. Cependant, aucune corrélation significative n'a été montrée entre le bronzage excessif en cabine et la présence d'un syndrome dépressif [8]. L'étude n'a pas permis de conclure sur un lien entre la dépression saisonnière et le risque d'apparition d'un bronzage excessif en cabine, même si ce lien peut être évoqué [8].

2. Comorbidités addictives

La codépendance bronzage excessif en cabine/alcool est fréquente selon une étude réalisée sur un campus de Virginie aux États-Unis, qui l'évalue autour de 18 % [5]. Un important biais de recrutement lié à l'étude de populations jeunes et universitaires, dans lesquelles l'alcool occupe une place importante, nous pousse à critiquer ce chiffre. En effet, ce même biais peut être évoqué dans une autre étude réalisée auprès de 145 plagistes issus du Spring Break américain, qui a même avancé le chiffre de 91,7 % [5].

La co-addiction bronzage en cabine/tabac est fréquente (16 % [5] à 35,8 % [6]), tandis que celle avec le cannabis est retrouvée chez 1/3 d'entre eux [5]. La codépendance avec des produits illicites, comme la cocaïne ou les amphétamines, apparaît anecdotique, variant de 0,4 à 6 % [5]. Ces chiffres sont à relativiser compte tenu de la méthodologie souvent discutée de ces travaux.

Facteurs de risque

L'influence des pairs constitue un facteur de risque d'apparition d'une dépendance au bronzage en cabine à l'adolescence, qui constitue une période sensible au développement des comportements de dépendance [5]. Ces adolescents cherchent à s'inscrire dans la société, au milieu de leurs pairs, afin de s'affirmer et de pouvoir s'identifier au groupe. C'est le temps de la découverte des relations amoureuses et de la sexualité, on cherche à plaire et à séduire.

Les adolescents dont les parents autorisent cette activité de bronzage en cabine ont 5,6 fois plus de risques de devenir dépendants au bronzage [5]. La présence d'une addiction au bronzage chez les parents constitue un facteur de risque de dépendance au bronzage en cabine chez leurs enfants (risque relatif à 3) [5].

La présence de coups de soleil l'année précédente, le nombre d'heures passées à bronzer en cabine chaque semaine, ainsi que le bronzage en cabine par beau temps constituent des facteurs de risque d'apparition de la dépendance au bronzage [5]. La pratique d'une activité sportive de type anaérobie (*fitness*, musculation) ou de type aérobie (course à pied) et le fait de s'astreindre à un régime alimentaire suggèrent un lien de causalité [5]. Ces deux dimensions s'inscrivent dans des stratégies de contrôle de l'indice de masse corporelle dans un intervalle allant de 20 à 25 [5]. L'obésité représente ici un facteur de protection [2]. Dans ce schéma, les personnes obèses (IMC > 30) sont moins à risque de développer une addiction au bronzage en cabine que ceux ayant un IMC normal entre 18 et 25 [5].

Classification nosographique

1. Addiction

Le bronzage excessif en cabine pourrait être rattaché au spectre des addictions comportementales. En effet, un faisceau d'éléments nous oriente vers cette hypothèse. Les similitudes cliniques figurant dans la classification DSM-IV de la dépendance – comme la perte de contrôle, la tolérance, le sentiment de tension et de soulagement au décours, les échecs répétés de résister à l'impulsion, les efforts réitérés pour réduire ou contrôler ce comportement, ou la poursuite du comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives – sont retrouvées. Les données épidémiologiques, l'évolution fluctuante et progressive des troubles, et l'importance des comorbidités addictives nous orientent vers le diagnostic de comportement addictif [1]. Le comportement est répété car il est source de plaisir grâce à une revalorisation de l'image de soi à travers l'esthétisme [1].

Dans notre volonté d'intégrer le bronzage excessif en cabine au champ noso-

graphique de l'addiction, nous citons des travaux ayant développé l'idée qu'un substrat organique pourrait être à l'origine de la dépendance au bronzage [9], ainsi que des études ayant montré l'apparition d'un syndrome de sevrage chez ces sujets en cas de privation du comportement [10]. En effet, des travaux soulignent l'importance du système opioïde dans les processus addictifs à l'origine du renforcement positif [10]. Lors du contact avec la peau, le rayonnement UV active au niveau neurobiologique des récepteurs qui libèrent des opioïdes endogènes. Ceux-ci améliorent l'humeur, entraînent une sensation d'euphorie, atténuent la douleur et exercent un effet relaxant et anxiolytique.

Dans une étude réalisée en double insu, Kaur *et al.* ont comparé 2 cohortes de 16 sujets volontaires âgés de 18 à 34 ans, 8 pratiquant régulièrement le bronzage (8 à 15 séances/mois) et 8 rarement (moins de 12 séances/an) [10]. Chaque groupe était soumis, de manière randomisée, à un rayonnement chargé soit en lumière blanche, soit en lumière UV. Les clients occasionnels de salons de bronzage ne distinguaient aucune différence entre les deux types de rayonnement. Dans le cas d'une pratique fréquente, les clients décrivaient une préférence pour la lumière UV.

L'administration d'un antagoniste opioïde, la naltrexone, déclenche un syndrome de sevrage chez la moitié des personnes fréquentant régulièrement les cabines contre zéro chez les clients occasionnels. Ces résultats suggèrent que le bronzage excessif pourrait impliquer des circuits neurobiologiques communs avec d'autres addictions, avec apparition d'un syndrome de sevrage sous antagoniste des récepteurs aux opiacés. Cette étude est la seule qui tente de dépasser l'aspect descriptif pour suggérer une explication neurobiologique au comportement du bronzage excessif. Elle repose cependant sur un échantillon de très petite taille et le mécanisme reste

hypothétique. Nous retrouvons également, parmi ces personnes dépendantes au bronzage en cabine, certains traits de personnalité prédisposant aux addictions, comme la recherche de sensations et de nouveauté [1]. Il s'agit de facteurs psychologiques susceptibles de favoriser l'initiation des pratiques addictives ou l'installation de la dépendance.

2. Trouble du contrôle des impulsions

Les troubles du contrôle des impulsions sont définis par des désordres se caractérisant essentiellement par la non-résistance à l'impulsion ou à la tentation de commettre un acte dangereux, alors que le passage à l'acte est nuisible à l'individu ou à l'entourage [11]. Le bronzage excessif en cabine pourrait constituer un équivalent des troubles du contrôle des impulsions [11]. Les personnes éprouvent un sentiment d'excitation, de tension croissante et de plaisir avant la séance de bronzage en cabine, puis une satisfaction, une sensation de plaisir et de détente au moment de l'accomplissement de l'acte. En effet, ce comportement de bronzage à forte composante hédonique, marqué d'un désir impérieux et répété de manière excessive, interfère avec le fonctionnement habituel. Après avoir agi par impulsion, le sujet est envahi par un sentiment d'impuissance, de honte et de culpabilité [1].

3. Trouble obsessionnel compulsif

Cet autre modèle nosographique peut être envisagé. Les pensées intrusives ou obsessions, ou pensées obsédantes (recherche d'un lieu pour bronzer ou désir constant de bronzer) font intrusion dans la conscience du sujet et sont sources d'angoisse. Elles sont à l'origine de compulsions ou rituels qui sont des comportements répétitifs (séances répétées de bronzage en cabine) que le sujet se sent obligé d'accomplir en réponse à une obsession (recherche d'un lieu pour bronzer ou désir constant de bronzer), bien que reconnue comme excessive,

REVUES GÉNÉRALES

Cancérologie

POINTS FORTS

- ➔ L'addiction aux cabines de bronzage est définie par la perte de contrôle par rapport à ce comportement.
- ➔ L'addiction est une maladie et non un manque de volonté ou un vice.
- ➔ Le traitement de la dépendance aux cabines de bronzage repose essentiellement sur certaines techniques de psychothérapie appelées les thérapies cognitives et comportementales.
- ➔ Plusieurs modèles nosographiques peuvent expliquer ce comportement.
- ➔ Il n'existe pas de contre-indication à consulter en addictologie.

pour diminuer l'anxiété et soulager le sujet [11]. D'après le DSM-IV-TR, les obsessions et les compulsions sont à l'origine de sentiments de détresse, d'une perte de temps considérable, et interfèrent avec les activités quotidiennes du sujet [11]. Les troubles obsessionnels compulsifs débutent chez les adolescents et l'adulte jeune, tranche d'âge d'apparition du bronzage excessif.

4. L'anorexie mentale

On retrouve dans l'anorexie mentale une préoccupation excessive concernant un défaut dans l'apparence, ainsi qu'une image déformée du corps à cause de l'interprétation faite de l'apparence. Dans l'anorexie mentale, le contrôle des calories constitue un comportement répété dans un objectif de maintien et de maîtrise qui n'est pas à l'origine de plaisir. Cet aspect constitue une différence avec le modèle addictif, dans lequel le comportement est répété car source de plaisirs premiers temps (renforcement positif). Le plaisir initial dans le bronzage en cabine s'oppose aux conduites de restriction et de privation de l'anorexie mentale. Ces sujets tentent de contrôler l'image de leur corps à travers le bronzage en s'astreignant à un comportement répété, comme l'anorexique s'astreint au contrôle répété des calories. Ces "accros" au bronzage restent persuadés que leur

corps musclé et bronzé contribuera à attirer le regard des autres [11]. De même, l'activité physique est devenue une véritable obligation, elle contraint et abîme le corps. Il ne s'agit pas de pratiquer une partie de tennis entre amis, mais de souffrir dans un effort solitaire, en élevant le niveau de difficulté pour éprouver de nouvelles sensations. Cette activité sportive (course à pied, musculation) ne détend pas, mais est pratiquée dans l'angoisse de grossir, de ne pas parvenir à maintenir cette belle plastique et donc de perdre ce pouvoir de séduction. Cet entretien permanent du corps devient une nécessité absolue qui ne mène pas au plaisir, mais à l'asservissement du corps et du quotidien par le miroir.

5. La dysmorphophobie

La dysmorphophobie, ou *Body Dysmorphic Disorder*, fait référence à une préoccupation excessive concernant un défaut imaginaire ou très léger de l'apparence physique (acné, cheveux, nez) [13]. En cas de défaut physique apparent, la préoccupation est démesurée, et se trouve à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération importante du fonctionnement social et professionnel [13]. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (une anorexie mentale où il existe une insatisfaction concernant

les formes et les dimensions du corps) [13]. Phillips *et al.* ont étudié la relation entre bronzage excessif en cabine et dysmorphophobie [14]. Parmi 200 sujets bronzeurs excessifs, 25 % présentaient les critères cliniques du DSM-IV de la dysmorphophobie corporelle [14]. Une préoccupation excessive centrée sur leur peau pâle ou claire à l'origine d'une perception d'un défaut de leur apparence était retrouvée chez 84 % d'entre eux [14]. La répétition des séances de bronzage a pour but de camoufler des rides, de l'acné ou des cicatrices ou de faire disparaître une peau jugée trop blanche [14]. Malgré cet aspect toujours plus bronzé, la personne se voit pâle, image jugée insupportable et à l'origine d'une importante souffrance psychique. Selon Phillips *et al.*, le bronzage excessif peut s'expliquer par la volonté de changer et d'améliorer un défaut perçu par le sujet [14]. Ces résultats offrent une explication alternative au bronzage excessif en cabine, en insistant sur l'esthétisme qui constitue la principale motivation chez les plus jeunes, pour lesquels les campagnes de prévention ont montré leurs limites [3].

Pistes thérapeutiques

L'information sur les dangers des ultraviolets n'a pas permis d'altérer le goût de ces sujets pour le bronzage en cabine, malgré des mises en garde répétées auprès des plus jeunes et des campagnes de sensibilisation. Les promesses d'un bronzage rapide chez ces patients, dont le comportement est motivé essentiellement par des raisons esthétiques, occultent trop souvent les risques induits [15]. Des actions de prévention sur les risques de ces excès ne sont en aucun cas une assurance de modification de ces pratiques, les sujets les plus informés étant souvent ceux qui adoptent les comportements les plus à risque en matière d'exposition solaire. L'utilisation de crèmes autobronzantes constitue un apport dans la prise en charge de ces patients en maintenant

l'aspect bronzé à l'origine de la sensation de beauté, mais reste insuffisante sur l'effet euphorisant et relaxant du bronzage.

Il n'existe pas de recommandations concernant la prise en charge de ces sujets. Aucune étude sur l'apport d'une pharmacothérapie dans l'addiction au bronzage en cabine n'a été retrouvée dans la littérature. Lorsqu'elles sont présentes, les comorbidités psychiatriques peuvent constituer un motif de consultation chez ces patients, qui ne sont pas demandeurs de soins auprès des psychiatres et des addictologues. Le diagnostic est le plus souvent posé par le dermatologue, qui apparaît comme un maillon essentiel dans la prise en charge de ces sujets.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) pourraient être utilisées afin d'identifier et de corriger les pensées erronées liées au bronzage, et de proposer des stratégies de réduction progressive du temps d'exposition dans le but d'amener le patient vers un comportement solaire plus responsable [15].

Conclusion

La question du bronzage excessif en cabine illustre combien le concept d'addiction est appliqué à une variété croissante de comportements jugés dangereux dans une optique de prévention. De nombreux indices en faveur d'une dimension addictive de la recherche excessive de bronzage en cabine ont été retrouvés chez certaines personnes : le comportement entraîne un fort sentiment de plaisir, puis est à l'origine d'une perte de contrôle et d'une souffrance

psychique. Cependant, la méthodologie des travaux réalisés nous pousse à émettre certaines réserves en raison du faible effectif des études, des nombreux biais de recrutement et de sélection, de la validité supposée des échelles diagnostiques (m CAGE et m DSM IV-TR), de la pertinence de certaines questions posées et de l'absence de questionnement autour du syndrome de sevrage. La nosographie psychiatrique actuelle ne reconnaît pas ce trouble en tant qu'entité clinique, et il n'existe pas de recommandations concernant le traitement de ces patients. L'addiction constitue un concept de mieux en mieux accepté par le grand public et consensuel auprès des professionnels de santé. Pourtant, le bronzage excessif en cabine de bronzage pourrait être également évalué à partir de notions proches mais distinctes, comme le trouble des contrôles de l'impulsion, le trouble obsessionnel compulsif, l'anorexie ou la dysmorphophobie, catégories reconnues par la nosographie descriptive du DSM IV-TR.

Des approches plus qualitatives, explorant la signification du mécanisme du comportement, aussi bien sur le plan psychopathologique que neurobiologique, sont nécessaires afin d'améliorer notre compréhension du phénomène et la prise en charge de ces patients.

Bibliographie

- PETTIT A, LEJOYEUX M, REYNAUD M *et al.* Excessive indoor tanning as a Behavioral Addiction: a Literature Review. *Curr Pharm Des.* 2014;20:4070-4075.
- WARTHAN MM, UCHIDA T, WAGNER RF. UV light tanning as a type of substance-related disorder. *Arch Dermatol.* 2005;141:963-966.
- PETTIT A, KARILA L, CHALMIN F *et al.* Phenomenology and Psychopathology of excessive tanning. *Int J Dermatol.* 2014;53:664-672.
- HECKMAN CJ, EGLESTON BL, WILSON DB *et al.* A preliminary investigation of the predictors of tanning dependence. *Am J Health Behav.* 2008;32:451-464.
- MAYFIELD D, MCLEOD G, HALL P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974;131:1121-1123.
- ZELLER S, LAZOVICH D, FORSTER J *et al.* Do adolescent indoor tanners exhibit dependency? *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:589-596.
- SCHNEIDER S, KRÄMER H. Who uses sunbeds? A systematic literature review of risk groups in developed countries. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010;24:639-648.
- MOSHER CE, DANOFF-BURG S. Addiction to Indoor Tanning: relation to anxiety, depression, and substance use. *Arch Dermatol.* 2010;146:412-417.
- LEVINS PC, CARR DB, FISHER JE *et al.* Plasma beta-endorphin and beta-lipoprotein response to ultraviolet radiation. *Lancet.* 1983;2:166.
- KAUR M, LIGUORI A, FLEISCHER AB *et al.* Side effects of naltrexone observed in frequent tanners: could frequent tanners have ultraviolet-induced high opioid levels? *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:916.
- PETTIT A, KARILA L, LEJOYEUX M. Quel cadre nosographique pour le bronzage excessif? *Encephale.* 2014;40:174-179.
- GERRITS MA, WIEGANT VM, VAN REE JM. Endogenous opioids implicated in the dynamics of experimental drug addiction: an in vivo autoradiographic analysis. *Neuroscience.* 1999;89:1219-1227.
- NOLAN B, TAYLOR SL, LIGUORI A *et al.* Tanning as an addictive behavior: a literature review. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2009;25:12-19.
- PHILLIPS KA, CONROY M, DUFRESNE RG *et al.* Tanning in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q.* 2006;77:129-138.
- PETTIT A, MOUREAUX P, BONNET-BIDEAU JM *et al.* Le Soleil dans la peau. Robert Laffont, Paris, 2012

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.