

77. Addictions comportementales

Objectifs :

Diagnostiquer, évaluer le retentissement des principales addictions comportementales (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique) et les principes de leur prise en charge.

I. Données générales

D'une manière synthétique, les troubles addictifs peuvent se résumer de la façon suivante :

- une envie irrépressible du comportement (*craving*),
- une fréquence excessive, croissante et non contrôlée d'un comportement au détriment d'autres activités,
- la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,
- ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, un manque, une anxiété en cas d'interruption (sevrage).

Les addictions comportementales, ou addictions sans drogue ou sans substance, ont récemment rejoint le champ des addictions avec substance et ont connu un regain d'intérêt ces dernières années avec l'augmentation de l'offre de consommation. Ces 2 types d'addiction partagent des bases physiopathologiques communes avec notamment l'implication du système dopaminergique de la récompense.

En accord avec les données actuelles de la littérature, les addictions comportementales sont multifactorielles impliquant des facteurs génétiques de prédisposition (héritabilité estimée à 40 à 60% pour les troubles addictifs), le rôle du sexe, de l'âge, des comorbidités psychiatriques (dépression, trouble anxieux, trouble bipolaire, trouble hyperactivité avec déficit de l'attention...), addictives, somatiques, des troubles de personnalité, du tempérament (recherche de sensations fortes, impulsivité, faible évitement du danger, faible estime de soi...), de facteurs cérébraux (fonctionnement des circuits cérébraux, métabolisme cérébral, neuroplasticité), du stress environnemental, d'autres facteurs environnementaux (disponibilité du produit, milieu parental et usage par les parents, notion de violence familiale, comportement des pairs, échec scolaire...).

II. Les jeux de hasard et d'argent (JHA)/ Jeu pathologique

- Jeu pathologique : 2% de la population générale.
- Les joueurs intensifs jouent tous les jours, une ou plusieurs fois par jour.
- Le risque de jeu pathologique est 3 fois plus élevé chez les personnes dépendantes à l'alcool ou à d'autres drogues
- Il est 2 fois plus élevé chez les personnes souffrant de dépression ou de pathologies anxieuses.

II.1. Diagnostic

- Profil des joueurs variable avec deux grands types de joueurs :
 - Les joueurs de courses et de PMU qui sont plutôt des hommes, ayant débuté précocement le jeu et de niveau socio-éducatif faible.
 - Les joueurs de machines à sous qui sont plutôt des femmes d'âge moyen présentant de fréquentes comorbidités psychiatriques.
 - Distinction plus récente entre les joueurs en ligne ou en jeu réel.

- Parcours du joueur pathologique typique :
 - Phase de gain initial : un gain important dès les premières expériences de jeu est considéré comme étant de mauvais pronostic pour l'avenir.
 - Phase de perte : tentative pour récupérer l'argent perdu. Apparition des conséquences négatives du jeu (difficultés financières, actes médicolégaux).
 - Phase de désespoir : fort risque de développement d'un épisode dépressif avec risque suicidaire.

- Le jeu pathologique est un diagnostic proposé dans le DSM-5 et dans la CIM-10 dans laquelle il figure dans la catégorie des troubles des impulsions (cf introduction).

- Il s'agit d'« une pratique inadaptée, persistante et répétée de jeux d'argent qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel ».

- Les JHA sont caractérisés par :
 - des préoccupations importantes centrées sur le jeu,
 - un besoin de jouer toujours plus avec une impossibilité de le contrôler malgré des efforts.

Diagnostiques différentiels

- Jeu social : conduite conviviale et occasionnelle, pertes acceptables
- Jeu professionnel (souvent associé au jeu pathologique et dénié),
- Hypomanie et épisode maniaque avec des comportements de jeu par périodes selon l'état thymique
- Cause neurologique (maladie de Parkinson traitée par agonistes dopaminergiques par exemple)

II. 2. Retentissement

- Il existe des troubles du sommeil, du comportement alimentaire.
- Il existe un retentissement social (couple, famille, entourage proche, milieu professionnel)
- Il existe des addictions aux produits : alcool, tabac, drogues illicites (cocaïne, cannabis, amphétamines, opiacés, tranquillisants...)
- Les joueurs qui cumulent d'autres conduites addictives présentent plus de troubles psychiatriques : dépression, risque suicidaire, trouble anxieux, trouble de la personnalité (antisociale, obsessionnelle, évitante, schizoïde), et un retentissement social important.

II.3. Principes de la prise en charge thérapeutique

- Le suivi est ambulatoire le plus souvent
- Il s'agit de méthodes psychothérapeutiques comme :
 - les thérapies cognitives et comportementales (TCC) : structurées autour d'un travail cognitif (éducation, attention portée aux cognitions erronées telles que les « illusions de contrôle ») et comportemental (en situation de jeu, apprentissage d'une approche du hasard)
 - les thérapies de groupe, les thérapies de couple ou familiale, les groupes de soutien par des pairs.
- Il faut traiter les comorbidités psychiatriques (dépression, trouble anxieux...), addictives
- L'accompagnement social, tourné vers la résolution de problèmes, afin de réduire la pression financière liée aux dettes doit être envisagée : mesures d'exclusion des lieux de jeu (casinos) ou des sites de jeu en lignes, mesures de protection des biens (sauvegarde de justice...)

III. Addictions sexuelles

III.1. Diagnostic

- Début fréquent à l'adolescence
- Sex ratio H/F variant de 3/1 à 5/1
- Fréquence plus élevée chez les patients porteurs du virus HIV et les délinquants sexuels

- L'addiction sexuelle correspond à une fréquence excessive, intense, croissante et non contrôlée, de pulsions, de fantasmes, de comportements sexuels physiques ou virtuels, persistant malgré les conséquences négatives possibles et la souffrance du sujet.
- D'autres auteurs parlent plutôt de trouble d'hypersexualité ou de comportement sexuel compulsif.
- L'addiction sexuelle doit être différenciée du trouble des fonctions sexuelles (qui peut être associé dans 50% des cas, en particulier les troubles érectiles) et des paraphilies (comportement sexuel déviant) auxquelles l'hypersexualité peut être associée (en particulier chez les pédophiles et les sadiques sexuels).
- L'addiction sexuelle (ou trouble hypersexualité) doit être systématiquement recherchée à l'occasion d'un épisode dépressif, d'une tentative de suicide, de maladies sexuellement transmissibles.
- Différentes formes cliniques de ce trouble sont décrites : masturbation compulsive, rapports sexuels compulsifs insatisfaisants (recours à des partenaires sexuels multiples payés, relations extra-conjugales compulsives virtuelles (webcams, sites de rencontres) ou réelles, usage compulsif de la pornographie (en ligne, TV, Love Shop...), usage compulsif d'internet à visée sexuelle, relations sexuelles multiples non protégées, séduction compulsive avec partenaires multiples, fixation amoureuse compulsive sur une ou des partenaires inaccessibles.

Diagnosics différentiels

- Causes psychiatriques : trouble bipolaire, trouble délirant persistant de type érotomanie
- Causes somatiques : lésions des lobes temporal et/ou frontal, épilepsie, démence débutante, syndrome de Kleine-Levin, syndrome de Klüver-Bucy
- Causes iatrogènes : hyperandrogénie, parfois favorisée par le dopage, prescription d'agonistes dopaminergiques ou stimulation des noyaux gris centraux chez le patient ayant une maladie de Parkinson
- Causes addictives : consommation d'alcool, de drogues stimulantes (cocaïne, amphétamines, méthamphétamine, nouveaux produits de synthèse comme le 4-MEC ou la MDPV par exemple)

III.2. Retentissement

- Les infections sexuellement transmissibles liés à des rapports sexuels non protégés (VIH, chlamydie, gonococcie, syphilis...)
- Une grossesse non désirée
- Retentissement social : couple, vie de famille, travail
- Sur le plan des comorbidités, d'autres comportements addictifs sont fréquemment associés (alcool, drogues illicites, psychotropes ou autres addictions comportementales). Des troubles de personnalité de tous types sont associés dans 50% des cas. Des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, un trouble hyperactif avec déficit de l'attention sont fréquemment associés.

III.3. Principes de la prise en charge thérapeutique

- Elle repose majoritairement sur la thérapie cognitivo-comportementale (abord des distorsions cognitives, gestion du stress, estime de soi, relations aux autres...) et le traitement des comorbidités psychiatriques et somatiques.
- Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) pourront être utilisés en complément de la TCC si nécessaire à des doses proches de celles prescrites dans les trouble obsessionnel compulsif (TOC) (hors AMM).
- Les groupes d'auto-support comme DASA (dépendants affectifs et sexuels anonymes) peuvent être proposés

IV. Addiction à internet

IV.1. Diagnostic

- Internet est un vecteur de différentes addictions : sexuelles, achats, jeux pathologiques, jeux vidéos, substances dopantes, médicaments, nouveaux produits de synthèse.
- La cyberaddiction est manifeste dans le cas d'une utilisation disproportionnée et mal adaptée d'Internet, sur une période d'au moins 12 mois.
- Les manifestations cliniques sont :
 - o l'utilisation quasi-quotidienne d'Internet, plus longtemps et plus souvent que ce qui est prévu initialement.
 - o un syndrome de sevrage dû à l'arrêt ou à une réduction d'Internet
 - o un phénomène de tolérance
 - o des répercussions sur la vie de famille, de couple, et/ou sur la vie professionnelle
 - o le besoin de réduire, apaiser ou supprimer des symptômes de sevrage
 - o un désir permanent ou la volonté de faire des efforts pour diminuer, contrôler ou interrompre son usage de l'Internet, mais toujours en vain.
 - o une perte importante de temps liée à l'usage de l'Internet.
 - o la réduction voire l'abandon des activités familiales, routinières, quotidiennes, sociales, récréatives.
 - o la persistance de l'usage d'Internet, en dépit de la connaissance des problèmes sociaux, occupationnels, relationnels et psychologiques, occasionnés ou entretenus par une utilisation excessive.

IV.2. Retentissement

- L'addiction à Internet peut s'accompagner de dépression, troubles anxieux (anxiété sociale, crises d'angoisse aiguë, de troubles du sommeil, de burn out (dépression d'épuisement), de problèmes de couple.
- Les conséquences diffèrent selon le type d'addiction relayée par Internet.
 - o pour les achats et le jeu pathologique, les conséquences financières et familiales figurent au premier plan.
 - o pour le sexe, cela peut être l'infidélité, la rupture d'un couple et les infections sexuellement transmissibles.

IV.3. Principes de la prise en charge thérapeutique

- La thérapie cognitive et comportementale est la forme de psychothérapie qui a clairement démontré son efficacité
- Il faut traiter les comorbidités psychiatriques et/ou somatiques

V. Les achats compulsifs

V.1. Diagnostic

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence en population générale estimée entre 1 et 8 % |
|--|

- Sex Ratio H/F : 1/9 avec une surreprésentation féminine (9/10). L'âge de début se situe vers 18 ans avec une moyenne d'âge entre 30 et 40 ans.

- Les achats compulsifs sont caractérisés par :
 - des comportements solitaires, répétitifs d'achats inappropriés associés à :
 - des pensées envahissantes concernant les achats,
 - des impulsions d'achats,
 - un plaisir intense au moment de l'achat, une tension intense au moment de l'achat
 - des achats fréquents supérieurs aux capacités financières,
 - une culpabilité au décours
 - un besoin irrésistible d'acheter
 - l'achat répété d'objets inutiles.
 - une irritabilité quand ne peut se réaliser
 - des émotions négatives : tristesse, sentiment de solitude

Diagnosics différentiels

- l'hypomanie et la manie,
- le trouble obsessionnel compulsif,
- le collectionnisme avec investissement des objets,
- le syndrome d'accumulation d'objets récupérés et non achetés.

- Sur le plan des comorbidités, il existe des troubles de l'humeur (dépression, manie), des conduites addictives, des troubles du comportement alimentaire, des troubles anxieux et des troubles de la personnalité de type borderline (état limite), narcissique, obsessionnelle, et antisociale.

V.2. Retentissement

- Complications dues aux comorbidités psychiatriques
- Complications dues aux comorbidités addictives
- Conséquences sociales : financières, familiales, couple, travail

V.3. Principes de la prise en charge thérapeutique

- Le traitement est principalement composé d'une prise en charge psychothérapeutique comme la thérapie cognitivo-comportementale, les groupes de soutien par les pairs, la thérapie de couple
- Le traitement des comorbidités psychiatriques est nécessaire
- Les thérapeutiques pharmacologiques sont réservées aux formes avec comorbidités.
- les mesures de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) sont à envisager dans les cas sévères.

VI. Addiction à l'exercice physique

VI.1. Diagnostic

- L'addiction à l'exercice physique (bigorexie) se définit comme « un besoin de pratiquer une activité physique qui se traduit par un comportement de pratique excessive, incontrôlée, et par un sevrage à l'arrêt de l'exercice ».
- Elle touche aussi bien les sportifs de haut niveau que les amateurs.
- Les critères diagnostiques les plus communément admis sont les suivants :
 - la tolérance : besoin d'augmenter la quantité d'activité physique pour atteindre les effets désirés ou la diminution de l'effet pour une même quantité d'effort physique,

- symptômes de sevrage (anxiété, troubles du sommeil, sentiment de dévalorisation) lors de l'arrêt, s'atténuant ou disparaissant lors de la reprise de l'exercice,
- l'effet d'intention : pratique de l'activité physique en plus grande quantité ou pendant une durée plus importante que prévu,
- la perte de contrôle : désir persistant ou efforts infructueux pour mettre fin ou contrôler la pratique,
- temps important (> 8h par semaine) consacré à l'activité au détriment des autres activités (sociales, familiales, professionnelles),
- la continuité : malgré les complications persistantes ou récurrentes dans les domaines physiques (blessures) et socio-professionnels.

Diagnostiques différentiels

- l'hypomanie, la manie
- les troubles anxieux
- le Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H).

VI.2. Retentissement

- L'addiction à l'exercice physique est fréquemment associée avec les troubles du comportement alimentaire (40%), les addictions avec substances (alcool, drogues illicites) (15-20%), d'autres addictions comportementales (achats compulsifs, addictions sexuelles...).
- Il existe également des traits de personnalité associés tels que la recherche de nouveauté, l'extraversion, le perfectionnisme.
- Dans le cadre des complications, ce trouble est fréquemment associé au trouble dépressif.

VI.3. Principes de la prise en charge thérapeutique

- L'objectif thérapeutique est le retour vers une activité physique modérée et bénéfique pour la santé.
- La prise en charge thérapeutique repose sur la thérapie cognitive et comportementale
- Les comorbidités psychiatriques doivent être traitées