

item 79

ADDICTIONS COMPORTEMENTALES



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Connaître les principaux types d'addictions comportementales (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique) et les principes de leur prise en charge.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Addiction comportementale
B	Prévalence, épidémiologie	Prévalence du jeu d'argent pathologique
B	Prévalence, épidémiologie	Facteurs de risque, évolution, pronostic
A	Diagnostic positif	Connaître les principaux types d'addiction comportementale
A	Diagnostic positif	Comorbidités psychiatriques et addictives
B	Prise en charge	Principes et objectifs
B	Prise en charge	Principes généraux de la prévention primaire et secondaire
B	Prise en charge	Mesures associées



POINTS CLÉS

- * Les addictions comportementales sont des troubles d'origine multifactorielle (associant des facteurs biologiques, psychologiques, et des facteurs sociaux individuels et environnementaux).
- * Les comorbidités psychiatriques (TDAH, troubles anxieux, troubles de l'humeur de type épisode dépressif caractérisé ou trouble bipolaire, autres addictions) touchent 50 à 75 % des patients avec addictions comportementales.
- * La prise en charge des addictions comportementales est ambulatoire en première intention.
- * Une hospitalisation peut être proposée en deuxième intention si échec ambulatoire, nécessité d'une évaluation des troubles associés ou ajustement thérapeutique.
- * Il faut systématiquement dépister et prendre en charge les conséquences les plus fréquentes de ces comportements (IST, grossesse ou conséquences légales si addiction sexuelle; surendettement et conséquences légales si jeu d'argent pathologique ou achats compulsifs; désinsertion sociale ou professionnelle si trouble du jeu vidéo).

1. INTRODUCTION

Il est possible de développer une addiction comportementale vis-à-vis de différentes activités : pratique des jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, activités sexuelles, usage d'internet, achats, exercice physique.

Deux addictions comportementales peuvent être considérées comme officiellement reconnues comme telles dans les classifications diagnostiques internationales :

- * **le jeu d'argent pathologique** (*gambling disorder*, déjà intégré dans la CIM-10), qui consiste en une addiction vis-à-vis des jeux de hasard et d'argent (jeux de grattage, tirage, paris hippiques, paris sportifs ou poker) ;
- * **le trouble du jeu vidéo**, qui consiste en une addiction aux jeux vidéo, en ligne ou hors ligne (prochainement intégré dans la CIM-11).

La notion d'addiction à internet est à considérer à part car elle est encore discutée. Pour cette raison, nous ne la détaillerons pas comme un trouble addictif à part entière.

2. PHYSIOPATHOLOGIE DES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Les mécanismes de l'addiction comportementale partagent les bases physiopathologiques décrites dans les troubles liés à l'usage de substances. Plusieurs systèmes neurobiologiques sont impliqués, le principal étant le système dopaminergique de la récompense.

Les addictions comportementales sont d'origine multifactorielle (modèle bio-psycho-social). Il existe des facteurs de prédisposition génétiques, mais aussi d'autres facteurs de risque individuels (sexe, âge, traits de personnalité de type recherche de sensations fortes ou impulsivité). Les autres facteurs de risque ou de vulnérabilité sont les comorbidités psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble de la personnalité antisociale), les comorbidités addictives (troubles de l'usage de substances, autres addictions comportementales), ainsi que d'autres facteurs individuels ou environnementaux (début précoce du comportement, forte disponibilité, faible coût, milieu parental et usage par les parents, comportement des pairs, échec scolaire, événements de vie stressants, traumatismes physiques et psychiques, violence familiale).

3. LE JEU D'ARGENT PATHOLOGIQUE

3.1. Définition

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) sont des jeux pour lesquels le sujet mise de façon irréversible un bien (argent ou objet) et dont l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction partiellement ou totalement du hasard. Par définition, il est impossible de prédire ou de contrôler l'issue d'un JHA. Les JHA, qui peuvent être pratiqués en ligne (sur internet) ou hors ligne (dans des lieux de jeu), incluent les « jeux de hasard purs » (loteries, jeux de grattage, machines à sous, roulette), les « jeux de hasard avec quasi-adresse » (paris sportifs et hippiques, black jack) et les « jeux de hasard et d'adresse, mais sans possibilité de gains à long terme » (poker).

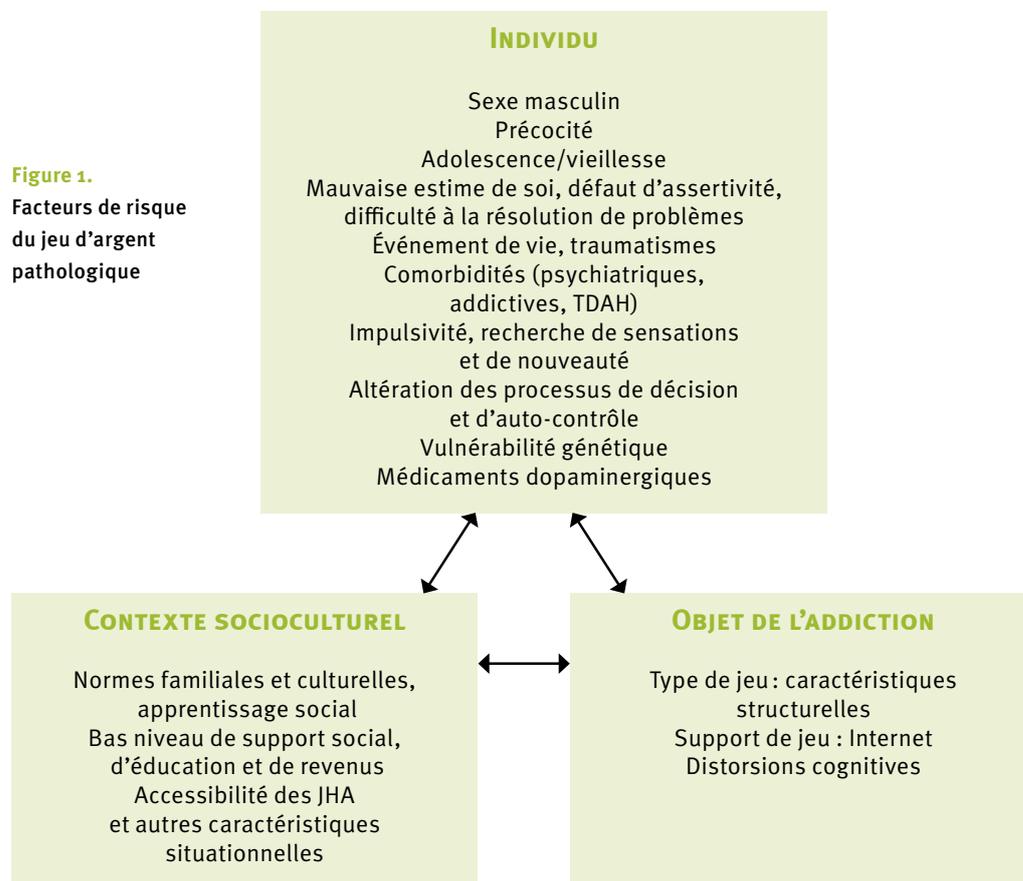
3.2. Épidémiologie

La prévalence du jeu d'argent pathologique en France est de 0,5 %, celle du jeu à risque d'environ 5 %. En France, le chiffre d'affaire des jeux de hasard et d'argent était de 48,1 milliards d'euros en 2017. Environ 40 % de ce chiffre d'affaire est généré par l'activité des « joueurs problématiques » (qui incluent les joueurs pathologiques et les joueurs à risque, soit 5,5 % de la population).

La pratique des JHA est interdite aux moins de 18 ans. Néanmoins, la prévalence du jeu d'argent pathologique chez les mineurs est deux à trois fois plus importante que chez les adultes, et environ un tiers des mineurs ont déjà joué à un JHA avant 18 ans.

3.3. Facteurs de risque

Figure 1.
Facteurs de risque
du jeu d'argent
pathologique



Légendes (définitions). TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ; JHA : jeux de hasard et d'argent ; assertivité : capacité d'une personne à exprimer son opinion, ses sentiments et ses besoins sans empiéter sur ceux des autres (c'est ce que l'on appelle aussi l'affirmation de soi).

Exemples de caractéristiques structurelles de jeu : modes de paiement, niveau et fréquence des gains, délai entre la mise et le gain, part de stratégie dans le jeu.

Distorsions cognitives : pensées erronées sur la place du hasard dans les JHA (p. ex. : aux dés, penser qu'il existe plus de chances de faire un six si on lance le dé plus fort).

Le parcours du joueur pathologique typique comporte trois phases successives :

- * la phase de gain, plus ou moins initiée par un gain important (« *big win* »), durant laquelle le jeu est agréable, rapportant des gains ;
- * la phase de pertes. Les pertes sont vécues comme une attaque et poussent le joueur à rejouer pour tenter de regagner l'argent perdu et de « se refaire » (« *chasing* »). Les conséquences négatives du jeu apparaissent (difficultés financières principalement) ;
- * la phase de désespoir où les dommages sont importants et pendant laquelle le sujet est à fort risque de développer un risque suicidaire (avec ou sans épisode dépressif caractérisé).

3.4. Trouble addictologique

3.4.1. Jeu d'argent pathologique

Cf. **chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.**

3.4.2. Diagnostic différentiel

Épisode maniaque ou hypomaniaque.

3.5. Complications et comorbidités

Le jeu d'argent pathologique est souvent co-occurent :

- * des troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire). Attention, un diagnostic de jeu d'argent pathologique nécessite d'évaluer systématiquement le risque suicidaire, qui peut être élevé et qui n'est pas systématiquement lié à un épisode dépressif caractérisé ;
- * des troubles anxieux ;
- * du TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) ;
- * des troubles de la personnalité ;
- * des troubles de l'usage de substances (tabac et alcool surtout).

Le retentissement de la conduite est à évaluer à différents niveaux : relationnel (couple, enfants, famille, amis), psychique (humeur, anxiété, sommeil), professionnel (licenciement, perte d'efficacité), légal/judiciaire (vols, escroqueries), social (endettement), physique.

3.6. Évolution et pronostic

Le jeu d'argent pathologique est une maladie qui, en l'absence de prise en charge, expose à un risque élevé de rechute.

Une des difficultés de cette addiction réside dans le faible pourcentage de personnes malades qui demandent des soins (10 à 20 % selon les études). Les soins interviennent le plus souvent plusieurs années après le début de la conduite, avec un risque élevé de perdus de vue (entre 15 et 50 %).

3.7. Prévention

Les principes de **prévention primaire** reposent sur **l'information et l'éducation des joueurs**. Ces principes de prévention doivent idéalement impliquer les responsables de casinos, salles de jeux, ou sites de jeux en ligne.

La **prévention secondaire** repose notamment sur la **formation de personnel spécialisé** (psychologues) ou **non spécialisé** (croupiers, personnel de salle...) pouvant repérer directement les individus ayant des comportements évocateurs de jeu d'argent pathologique. Le repérage précoce est capital dans un but de prévention secondaire et afin de limiter l'installation des troubles et l'apparition de dommages trop importants.

3.8. Prise en charge

3.8.1. Principes généraux de prévention et prise en charge

- * Prise en charge préférentiellement ambulatoire, mais une hospitalisation peut être proposée en seconde intention (échec de l'ambulatoire, troubles associés, ajustements thérapeutiques).
- * Prise en charge de type **bio-psycho-sociale** (psychothérapie, pharmacothérapie, dépistage et prise en charge des comorbidités, accompagnement social).
- * Si l'objectif à long terme de toute prise en charge est le **retour durable à une pratique contrôlée de jeu, il est possible d'y arriver soit par un arrêt complet**, soit par une diminution de la fréquence de jeu. Il est important de **laisser le choix de son objectif au patient** (arrêt complet du jeu ou diminution de la fréquence de jeu).

3.8.2. Psychothérapie

Les psychothérapies ayant fait la preuve de leur efficacité dans le jeu d'argent pathologique sont l'**entretien motivationnel** et les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC).

La thérapie cognitivo-comportementale a fait la preuve de son efficacité dans le jeu, tant au niveau individuel que groupal.

Par ailleurs, les **associations de joueurs pathologiques** (p. ex. : *Gamblers Anonymous*), les forums de joueurs et le soutien de pairs sont des moyens thérapeutiques utiles. Les manuels de self-help semblent utiles (sujets peu désireux de s'engager dans des soins, ou trop éloignés d'un lieu de soin, ou en association à un soin avec un professionnel).

3.8.3. Pharmacothérapie

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement médicamenteux ayant une Autorisation de mise sur le marché pour ce trouble.

3.8.4. Prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictologiques

Le dépistage et la prise en charge des troubles psychiatriques et addictologiques associés au jeu d'argent pathologique doivent être systématiques. En cas de trouble co-occurent, une prise en charge conjointe psychiatrique et addictologique est recommandée.

3.8.5. Accompagnement social

Le joueur sera invité, si besoin, à des **mesures d'accompagnements bancaires**, des **mesures d'interdiction de jeu** (en France, les casinos et les sites internet légaux ont l'obligation de proposer ces mesures ; le patient peut faire une démarche d'interdiction d'accès auprès des opérateurs de jeux ou des casinos par inscription sur la liste nationale des interdits de jeu) ou des **mesures de protection des biens (sauvegarde de justice**, voire de **tutelle** ou de **curatelle**) afin de limiter ou éviter les problèmes de dettes et endettement.

3.8.6. Accompagnement et prise en charge de l'entourage

Il est recommandé d'associer l'entourage à la prise en charge (consultations conjointes) car il peut être dans l'incompréhension du caractère pathologique du comportement du sujet, voire éprouver une détresse psychologique importante du fait des conséquences relationnelles et financières du comportement de jeu d'argent pathologique.

4. AUTRES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES (TROUBLE DU JEU VIDÉO, ADDICTION SEXUELLE, ACHATS COMPULSIFS, ADDICTION À L'EXERCICE PHYSIQUE)

4.1. Critères diagnostiques

Cf. **chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel**.

4.2. Comorbidités

Les troubles psychiatriques doivent être recherchés systématiquement (présents chez 50 à 75 % des patients avec addiction comportementale). Ils constituent souvent le motif initial de consultation. Les troubles psychiatriques sont encore plus fréquents en cas de co-addictions (au moins deux troubles addictifs co-occurents) :

- * trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ;
- * troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire) ;
- * troubles anxieux (trouble de stress post-traumatique, trouble anxieté généralisée, trouble panique, TOC, trouble anxieté sociale) ;
- * troubles de l'usage de substance (alcool, tabac, cannabis) et autres addictions comportementales ;
- * troubles de la personnalité.

4.3. Diagnostic différentiel

Épisode maniaque ou hypomaniaque (diagnostic différentiel si l'addiction survient exclusivement durant ces épisodes).

4.3.1. Principes de prise en charge

- * Pharmacologique : pas d'AMM actuelle mais le traitement pharmacologique est toujours indiqué en cas de comorbidités psychiatriques.
- * Non pharmacologique :
 - psychothérapie individuelle (soutien, TCC, systémique, psychodynamique), pour le traitement des comorbidités, diminuer l'impulsivité et améliorer les capacités de régulation émotionnelle ;
 - groupes de soutien par les pairs.
- * Accompagnement de l'entourage.
- * Modification de l'accessibilité et de la disponibilité de l'objet d'addiction.

4.3.2. Spécificités de chaque addiction

	Trouble du jeu vidéo	Addiction sexuelle	Achats compulsifs	Addiction à l'exercice physique
Prévalence	1 à 3 %	0,5 à 5 %	5 %	3 %
Sex ratio	Masculin (80 %)	Masculin (80 %)	Féminin (90 %)	Féminin (66 %)
Comorbidités à rechercher plus spécifiquement	Trouble délirant TDAH	Chemsex et slam*	Trouble bipolaire Boulimie	Trouble des conduites alimentaires (anorexie mentale, boulimie nerveuse)
Diagnostiques différentiels à rechercher en priorité	//	Paraphilies Hypersexualité iatrogénique (agonistes dopaminergiques, notamment en cas de maladie de Parkinson) Hypersexualité neurologique (lésions frontales/temporales, épilepsie, maladie neurodégénérative débutante)	TOC	Hyperactivité liée à un TDAH
Prises en charge spécifiques	Intérêt de la thérapie familiale et de l'accompagnement de l'entourage	Intérêt des antidépresseurs ISRS (hors AMM) Rechercher des infections sexuellement transmissibles	Mesures de protection possibles (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle)	cf. item 71

* *Chemsex* = usage de substance psychoactive en contexte sexuel (la personne peut avoir recours à des substances illicites, surtout les cathinones de synthèse, la méthamphétamine et la gammabutyrolactone). Le sujet peut alors développer une addiction au produit utilisé de façon concomitante à l'addiction au sexe. Lorsque les cathinones de synthèse ou la méthamphétamine sont injectées par voie intraveineuse, on parle de *slam* (qui signifie claquer en anglais et traduit l'intensité des effets ressentis par les usagers).

