

module six

ADDICTOLOGIE

1. POUR COMPRENDRE

1.1. Qu'est qu'une addiction ?

L'addiction a été définie en 1990 comme «un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par **l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement** et **sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives**».

Le comportement peut être la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, opiacés, médicaments, etc.), on parle alors dans ce cas de « **trouble lié à l'usage de substances psychoactives** ».

Mais il existe aussi des « **addictions sans substance** » ou « **addictions comportementales** » (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique). *Les troubles du comportement alimentaire peuvent être considérés comme des addictions comportementales, mais ils seront traités à part du chapitre des addictions dans le référentiel.*

Attention, il est possible d'avoir un comportement de consommation de substance psychoactive ou de jeu qui ne réponde pas aux critères de l'addiction.

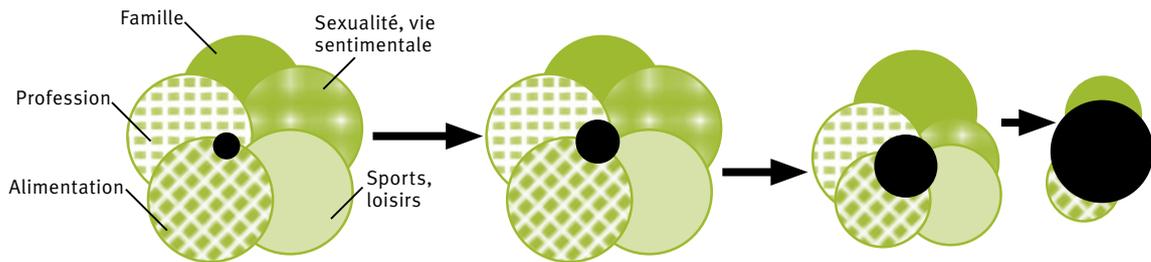


Figure illustrant, ici pour l'usage d'alcool, l'aspect progressivement envahissant d'un trouble addictif sur la vie d'un sujet. Au départ, l'usage d'alcool fait partie de comportements intégrés aux habitudes sociales de l'individu. Au fur et à mesure que le trouble addictif se développe, la perte de contrôle sur le comportement d'usage vient répercuter de manière de plus en plus importante les autres sphères de vie de l'individu. L'usage, et l'augmentation de l'usage, ne caractérisent pas en soi l'addiction. Il faut que des répercussions durables et importantes, en particulier sur le plan social, soient apparues, pour qu'un trouble médical soit défini.

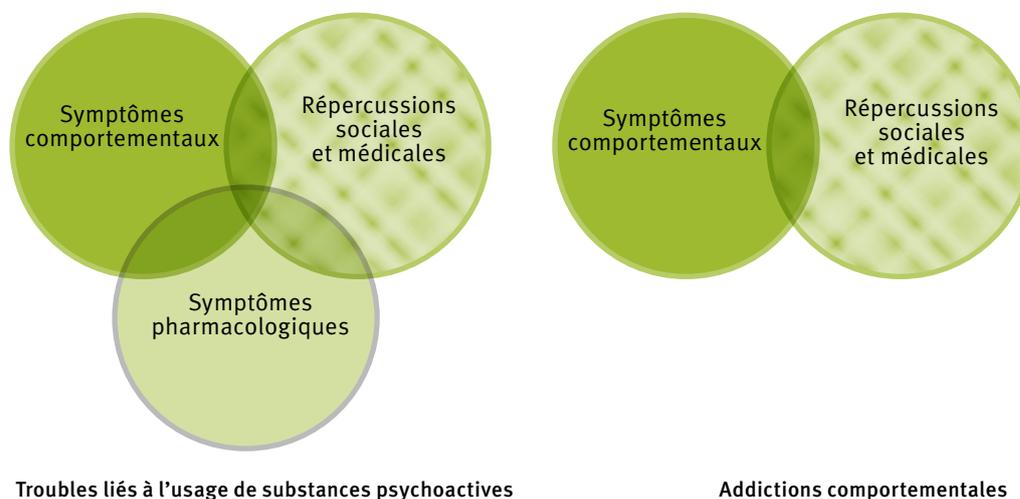
En pratique, on peut séparer trois grands ensembles de symptômes participant aux troubles addictifs :

- * un ensemble de **symptômes comportementaux** : il s'agit de l'envahissement progressif de la vie quotidienne du sujet par les comportements addictifs, au détriment des autres rituels de vie (familiale, professionnelle, etc.). Ces symptômes regroupent la **perte de contrôle progressive**, **l'impossibilité croissante d'arrêter** ou **de réduire** les comportements addictifs, et **l'envie irrésistible (« craving »)** de réaliser sans cesse les comportements addictifs ;
- * un ensemble de **répercussions sociales et/ou médicales** : par définition, les addictions doivent entraîner des **conséquences durables et significatives dans la vie du sujet** pour être qualifiées comme telles. Il existe des **conséquences sociales** qu'on retrouve pour tout type d'addiction (isolement, marginalisation, stigmatisation, perte d'emploi, séparation, problèmes financiers...) ainsi que des **répercussions médicales** qui sont plutôt spécifiques au type de trouble, en particulier lorsqu'il s'agit d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. En effet, l'usage chronique de substances psychoactives a des conséquences médicales propres, en parallèle au processus

addictif lui-même. En pratique, plus la perte de contrôle (symptômes comportementaux) est importante, plus les conséquences psychosociales sont importantes ;

* un ensemble de **symptômes pharmacologiques (propres aux troubles liés à l'usage de substances)** : l'exposition chronique et répétée à une substance psychoactive entraîne des phénomènes d'adaptation cérébrale progressive, menant à l'apparition d'un processus de **tolérance** (perte d'effet à même dose de substance et nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) puis de **sevrage** (survenue d'un syndrome de sevrage spécifique à la classe pharmacologique de la substance). Ces symptômes ne sont ni systématiques, ni nécessaires pour parler d'addiction.

Même si elles sont toutes trois liées, ces dimensions de clinique doivent être considérées spécifiquement pour bien comprendre les troubles addictifs.



1.2. Dans le cadre du référentiel

Pour traiter la question de ces différentes addictions, il est essentiel de bien repérer les signes et symptômes cliniques et les syndromes qui y sont rattachés. De plus, le choix a été fait dans le référentiel, de ne pas systématiquement utiliser le DSM-5. Ainsi, pour les troubles liés à l'usage de substances, c'est la Classification internationale des maladies (**CIM-10**) de l'Organisation mondiale de la santé qui est citée. Le DSM-5 sera en revanche gardé pour le détail des critères du jeu pathologique.

Pour les autres addictions comportementales au programme officiel de l'ECNi (addictions sexuelles, achats compulsifs, addiction aux jeux vidéo sur internet, addiction à l'exercice physique), les critères nosographiques sont encore en débat, et ces troubles n'existent ni dans la CIM-10, ni dans le DSM-5. Il a été décidé de proposer pour ces troubles un cadre nosologique unique. Il s'agit des critères d'Aviel Goodman, publiés en 1990, qui font relativement consensus au niveau international.

Dans la dernière partie de ce chapitre introductif, les structures de prise en charge en addictologie seront présentées.

2. USAGE, MÉSUSAGE, ET TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

On distingue trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives : le non-usage, l'usage simple et le mésusage.

Non-usage	Absence de consommation
Usage simple	Consommation usuelle d'une substance (alcool) ou réalisation d'un comportement sans qu'il ne présente de caractère pathologique. Modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou des envies, des effets négatifs, de la disponibilité de la substance ATTENTION : L'usage simple n'est défini que pour l'alcool
Mésusage	Toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance. Pour toutes les substances psychoactives décrites plus loin à l'exception de l'alcool et des médicaments, tout usage correspond à un mésusage

Parmi le mésusage, on distingue : l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance.

- * **L'usage à risque** correspond à des niveaux de consommation qui exposent à des risques de complications, soit secondaires à la consommation aiguë (accidents ou violence avec l'alcool, syndrome coronarien aigu avec la cocaïne, coma ou décès avec l'héroïne), soit secondaires à la consommation chronique (complications somatiques, psychologiques, sociales, passage à la dépendance), mais ces complications ne sont pas encore présentes (et ne le seront peut-être jamais) ;
- * **L'usage nocif** ou « utilisation nocive pour la santé » se caractérise par la consommation répétée induisant des dommages médicaux (psychiatriques, somatiques) ou sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement proche ou éloigné sans atteindre les critères de la dépendance et dont le caractère pathologique est défini à la fois par la répétition de la consommation et le constat des dommages induits ;
- * **la dépendance** se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer (perte de contrôle de l'usage).

Usage nocif et dépendance constituent les deux types de **troubles liés à l'usage de substance**. Ce sont les deux diagnostics de la CIM-10 pour les troubles addictifs liés aux substances. Au contraire, l'usage à risque n'est pas un diagnostic de la CIM-10. Il ne constitue pas un « trouble » médical mais plutôt un facteur de risque. L'usage à risque est en effet défini par l'OMS comme état pré-morbide avant l'apparition des premières conséquences. Il est donc important de repérer ce type d'usage sur le plan médical, car ce mode de consommation est par définition susceptible d'induire à plus ou moins long terme des dommages pour l'individu ou pour son environnement.

Les objectifs de prise en charge visent idéalement à un **arrêt durable du mésusage**. Pour toutes les substances en dehors de l'alcool, l'arrêt du mésusage équivaut à un **arrêt de l'usage**, car il n'existe pas d'« usage simple » défini en dehors de l'alcool. Par exemple, tout usage, même rare, de cannabis ou de cocaïne, constitue un mésusage.

Le terme d'arrêt d'usage doit être préféré au terme d'**abstinence**, souvent utilisé en pratique mais connoté moralement et donc stigmatisant pour les patients. Pour l'alcool, la reprise durable d'un usage simple (c'est-à-dire un usage sous les seuils de l'usage à risque d'alcool, voir item 74 « Addiction à l'alcool ») est aussi un objectif idéal de prise en charge qui peut être atteint avec certains patients.

En dehors de ces objectifs idéaux de prise en charge, la **réduction partielle de consommation** est une stratégie qui vise à réduire les niveaux globaux d'usage de substance, et ainsi à **réduire les dommages et les risques médicaux et sociaux** liés au mésusage. Il s'agit d'un type de prise en charge par défaut lorsque l'arrêt complet du mésusage ne peut être obtenu à un moment donné avec un sujet. Néanmoins, ce type de prise en charge peut parfois constituer une étape dans le parcours de soins d'un patient, et permet ainsi de fixer des objectifs thérapeutiques intermédiaires avec le sujet, avant éventuellement d'atteindre plus tard une évolution encore plus positive.

Les deux concepts centraux de la prise en charge addictologique sont de **laisser au maximum le sujet fixer lui-même ses objectifs**, afin de **maintenir au maximum le lien thérapeutique** avec lui.



POUR EN SAVOIR PLUS

La CIM-10 décrit l'usage nocif pour la santé et le syndrome de dépendance.

L'usage nocif pour la santé correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'usage d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives.

La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'usage d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines physiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Le syndrome de dépendance consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'usage d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, selon la CIM-10, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'usage de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'usage) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'usage de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'usage de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

3. CRITÈRES DU JEU PATHOLOGIQUE DANS LE DSM-5

POUR EN SAVOIR PLUS

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu entraînant des troubles significatifs cliniquement, comme en témoignent quatre (ou plus) des symptômes suivants sur une période de 12 mois :

1. besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré ;
2. agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu ;
3. efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu ;
4. préoccupation par le jeu (ex: préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer) ;
5. joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (ex.: sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété ou de dépression) ;
6. après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se «refaire») ;
7. ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu ;
8. met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu ;
9. compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Critères de rémission :

- * début de rémission : critères absents depuis plus de 3 mois mais moins de 12 mois ;
- * rémission prolongée/persistante : critères absents depuis plus de 12 mois.

Spécifier la sévérité du trouble :

- * léger : présence de 4 ou 5 critères ;
- * modéré : présence de 6 ou 7 critères ;
- * sévère : présence de 8 ou 9 critères.

4. CRITÈRES D'AVIEL GOODMAN

POUR EN SAVOIR PLUS

Aviel Goodman (1990) a proposé des critères diagnostiques généraux et transversaux des addictions qui sont utilisés dans ce référentiel pour diagnostiquer les addictions sexuelles, les achats compulsifs, l'addiction aux jeux vidéo sur internet et l'addiction à l'exercice physique.

Quatre critères principaux (A, B, C, D):

- A- impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement ;
- B- tension croissante avant d'initier le comportement ;
- C- plaisir ou soulagement au moment de l'action ;
- D- sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;

E. Présence d'au moins cinq des neuf critères secondaires suivants :

- * préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci ;
- * engagement plus intense ou plus long que prévu dans ce comportement ;
- * efforts répétés pour réduire ou arrêter ;
- * temps considérable passé à réaliser ce comportement ;
- * réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement ;
- * l'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles ;
- * poursuite malgré les problèmes sociaux ;
- * tolérance marquée ;
- * agitation ou irritabilité s'il est impossible de mettre en œuvre ou de réduire le comportement ;

F. Pendant plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période.

5. LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

En plus des consultations auprès des médecins généralistes et de la présence d'associations d'entraide, il existe différents types de structures de prise en charge en addictologie.

Des équipes de prévention interviennent :

- * auprès des scolaires et étudiants par la sensibilisation, l'information et le développement des compétences psychosociales, dans une démarche d'éducation et de promotion pour la santé ;
- * auprès des milieux festifs et auprès des populations vulnérables par la réduction des risques ;
- * auprès des entreprises par la formation des personnes relais.

Des **CSAPA** (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) disposent d'équipes pluridisciplinaires composées de médecins, psychologues, professionnels socio-éducatifs. Ils accueillent toute personne en difficulté avec ses consommations (alcool, tabac, cannabis, opiacés et autres) ou ayant une conduite addictive (jeux, internet, etc.) ainsi que leurs proches.

Les **CAARUD** (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) accueillent toute personne en difficulté avec un usage de substances illicites. Ils proposent de l'information, des conseils personnalisés, un soutien dans l'accès aux soins, la mise à disposition de matériel de prévention des risques et de réduction des dommages, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

Les **CJC** (Consultations jeunes consommateurs) s'adressent aux personnes mineures ou jeunes majeures présentant des difficultés en lien avec un comportement avec ou sans substance.

Le dispositif de **prise en charge hospitalière** s'appuie sur différentes structures (l'organisation est plus ou moins complète selon les régions) :

- * les consultations d'addictologie ;
- * les Équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (**ELSA**) ;
- * les structures d'hospitalisation se répartissent selon trois niveaux de complexité :
 - les structures de proximité (niveau I) permettant de réaliser des sevrages simples. Elles comportent une consultation hospitalière d'addictologie et une équipe hospitalière de liaison et parfois des lits d'hospitalisation (souvent situés dans le système de soins généraux) ;
 - les structures de recours (niveau II) sont des services d'addictologie permettant de réaliser des sevrages et des soins résidentiels complexes. Elles comportent une consultation hospitalière d'addictologie, une équipe de liaison, un hôpital de jour et une hospitalisation résidentielle ;
 - les structures hospitalo-universitaires (niveau III) sont des services d'addictologie universitaire (toutes les régions n'en sont pas dotées). C'est un centre régional de ressources et de formation, et un lieu de recherche ;
- * les **Soins de suite et de réadaptation addictologique (SSRA)** sont des structures de post-hospitalisation qui ont pour objectif de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

