

A large, bright flame from a matchstick is the central visual element, set against a dark red background. Below the flame, several unlit matchsticks with red tips are visible. The overall image conveys a sense of danger and addiction.

LES ADDICTIONS

- **Pr saidene kamel**
- **Professeur Hospitalo-universitaire A La Faculté De Medecine Taleb Mourab Sidi Bel Abbes**
- **Chef De Service A Ehs Benzaidi Abdelkader Sidi Bel Abbes**

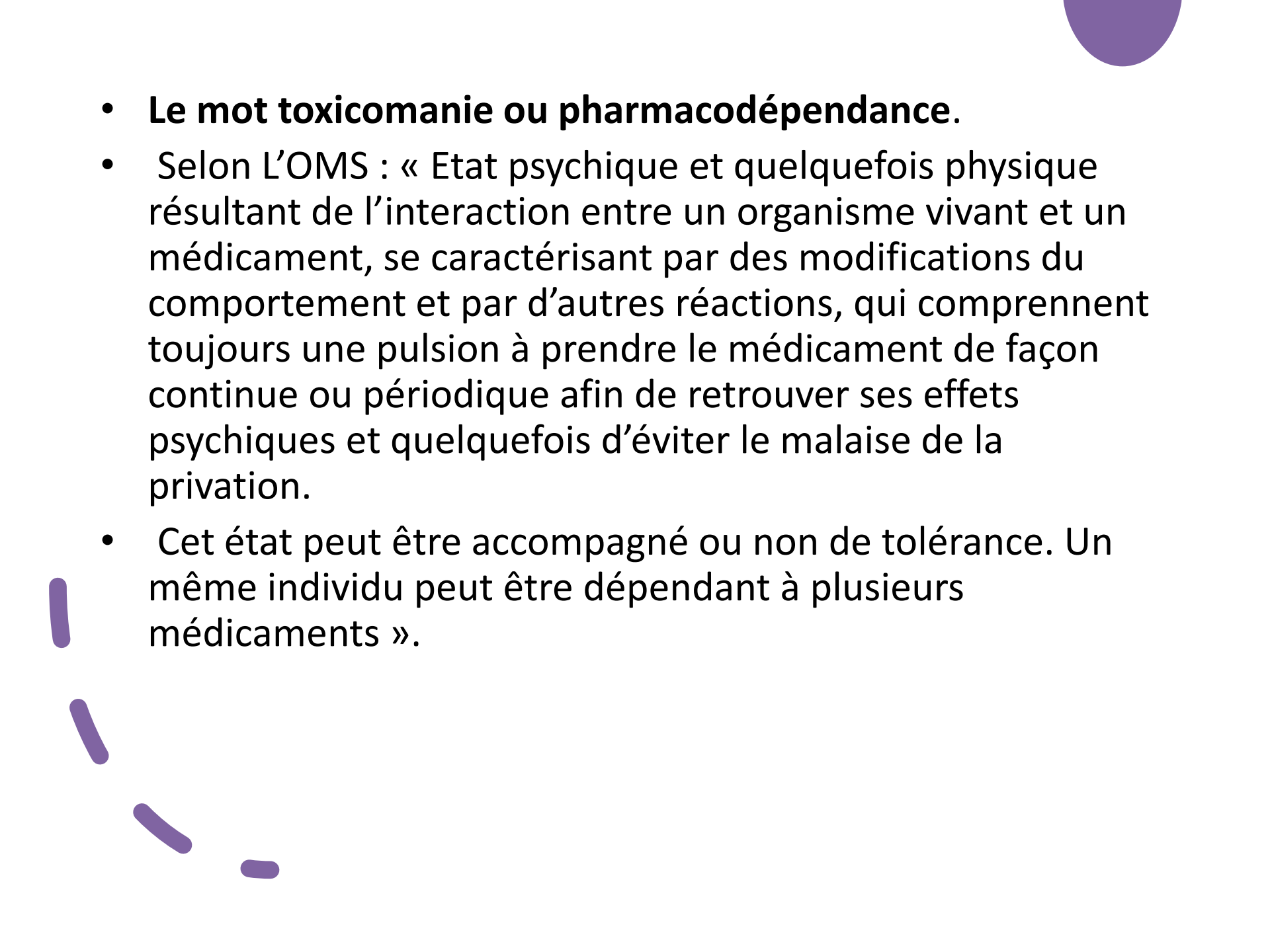
INTRODUCTION / GÉNÉRALITÉS

La toxicomanie n'est pas une intoxication (phénomène passif) et le sevrage ou la désintoxication n'est donc pas le traitement

Il existe une parenté historique entre médicaments et drogues, et la façon de prendre la substance

La toxicomanie est un phénomène social évolutif



- 
- **Le mot toxicomanie ou pharmacodépendance.**
 - Selon L'OMS : « Etat psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation.
 - Cet état peut être accompagné ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant à plusieurs médicaments ».

Accoutumance : Etat de la consommation répétée d'une drogue, provoquant le désir de la renouveler en entraînant donc une certaine dépendance psychique.

Dépendance : La toxicomanie repose sur l'invincible désir (psychologique) et besoin (physiologique) de continuer à consommer de la drogue et à la procurer par tous les moyens, La dépendance est fonction : De la drogue utilisée, De la personnalité du sujet et Du contexte.

Les troubles du syndrome d'abstinence (le manque) sont de nature psychique ou physique.

Tolérance : La tolérance est un état d'adaptation pharmacologique qui nécessite d'accroître la dose de drogue afin d'obtenir l'effet psychologique initial.

Asséutude : C'est l'asservissement à une drogue, avec une dépendance psychique et souvent physique

- **Définition de la drogue**
- « produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non ».



Motifs de consommation :

1.Satisfaire la curiosité, le désir d'expérimentation afin de connaître l'effet du produit.

2.Recherche l'évasion, l'effet réputé, l'euphorie, le bien-être.

3.Répondre aux pressions du groupe : (le monde de la musique rock).

4.Besoin d'assurance et de confiance en soi, pour faire face aux problèmes.

5.Réduire l'angoisse, oublier une peine ou un échec et augmenter l'appétit sexuel.

Classification des drogues

- **Juridique** « licite ; tabac,café..- illicite; cannabis, cocaïne »
- **Selon la dangerosité** « douce; cannabis(pas de décès) – dure; héroïne(mort) »
- **Selon l'origine** « naturelle ; cannabis..- de synthèse; ecstasy,.. »
- **Selon les effets** (Thuilier et Pelicier 1991) :
 - **1.Les stimulants** : Tabac, Cocaïne, Crack, Mdts stimulants (Amphétamines et autres dopants), Ecstasy.
 - **2.Les hallucinogènes ou perturbateurs** : Cannabis et produits dérivés, Produits volatils (colles et solvants, anesthésiques volatils), Kétamine, LSD, champignons hallucinogènes.....
 - **3.Les dépresseurs** : Alcool, Mdts tranquillisants et somnifères (Barbituriques, Benzodiazépines...), Opiacés (Héroïne, Méthadone, Codéine, Morphine...).

CONCEPT D'addiction

- Un regroupement descriptif, théorique, thérapeutique et institutionnel
- Un modèle qui, à ce jour, n'est pas encore pleinement opérationnel: problèmes de définitions, de compatibilité des théories...
- Mais des intérêts indéniables: un modèle non stigmatisant, un intérêt renouvelé pour la compréhension du passage à l'acte, de la dépendance et du plaisir, la mise en commun des expériences et des pratiques.....

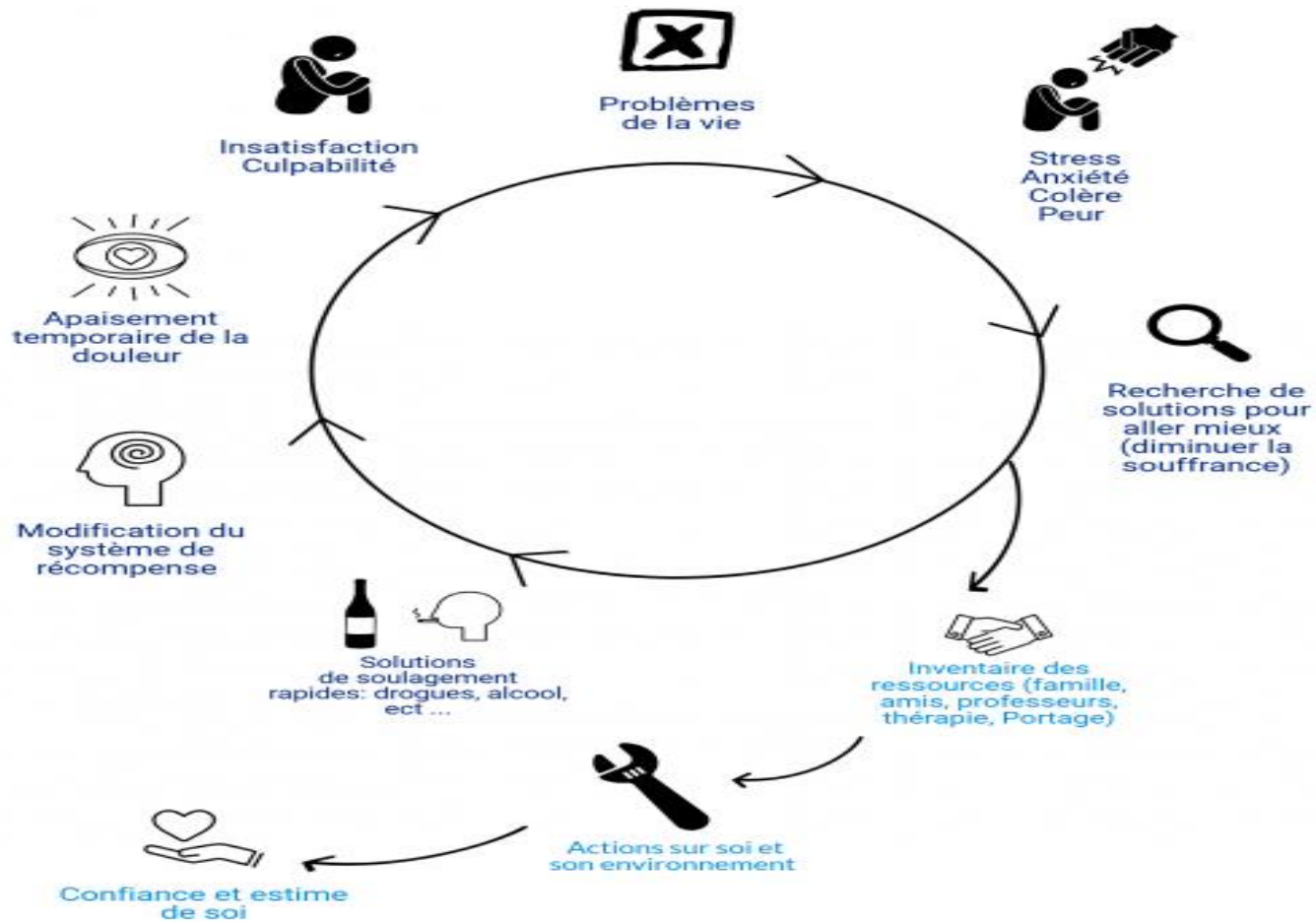
Définition

- **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 ».

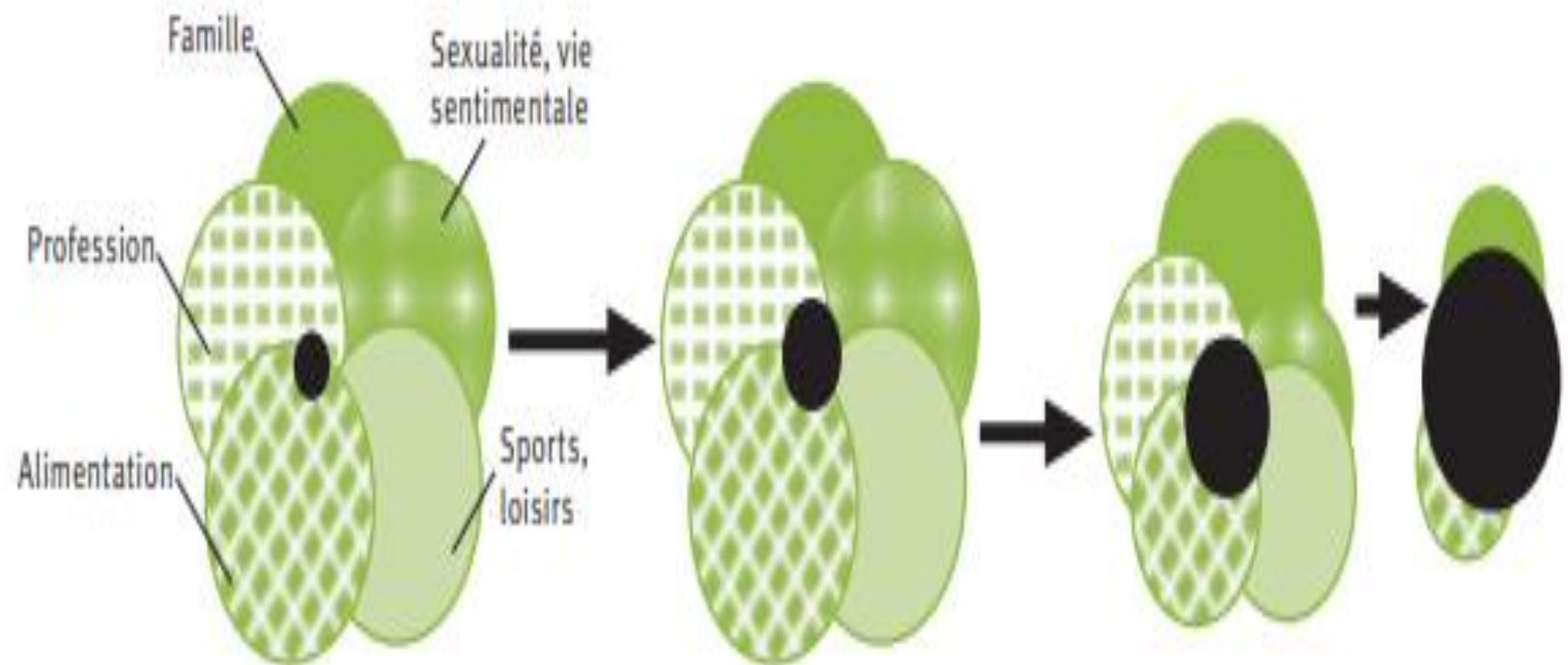
Définition

- 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

Le CYCLE de la dépendance



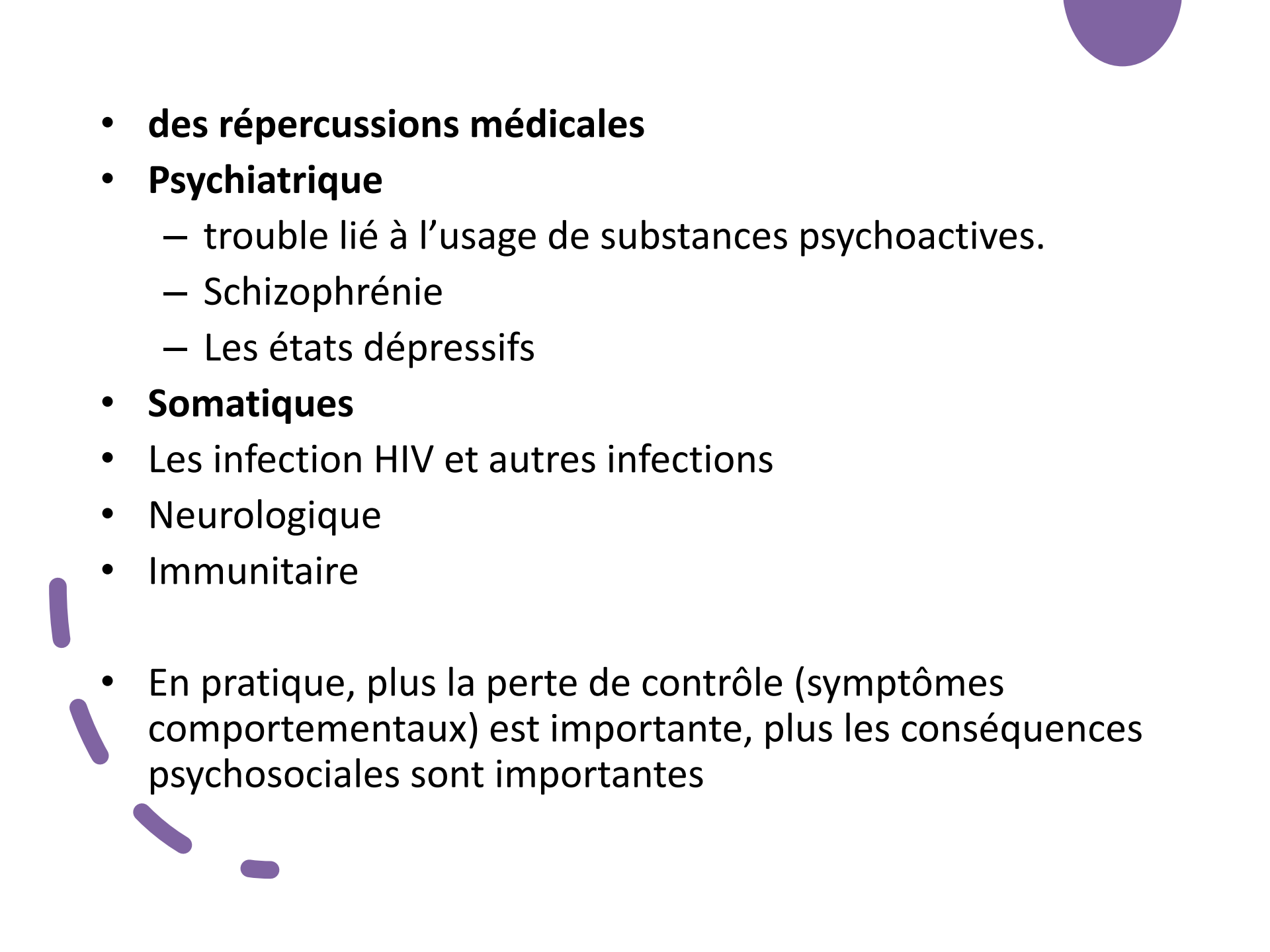
EVOLUTION DE LA TOXICOMANIE

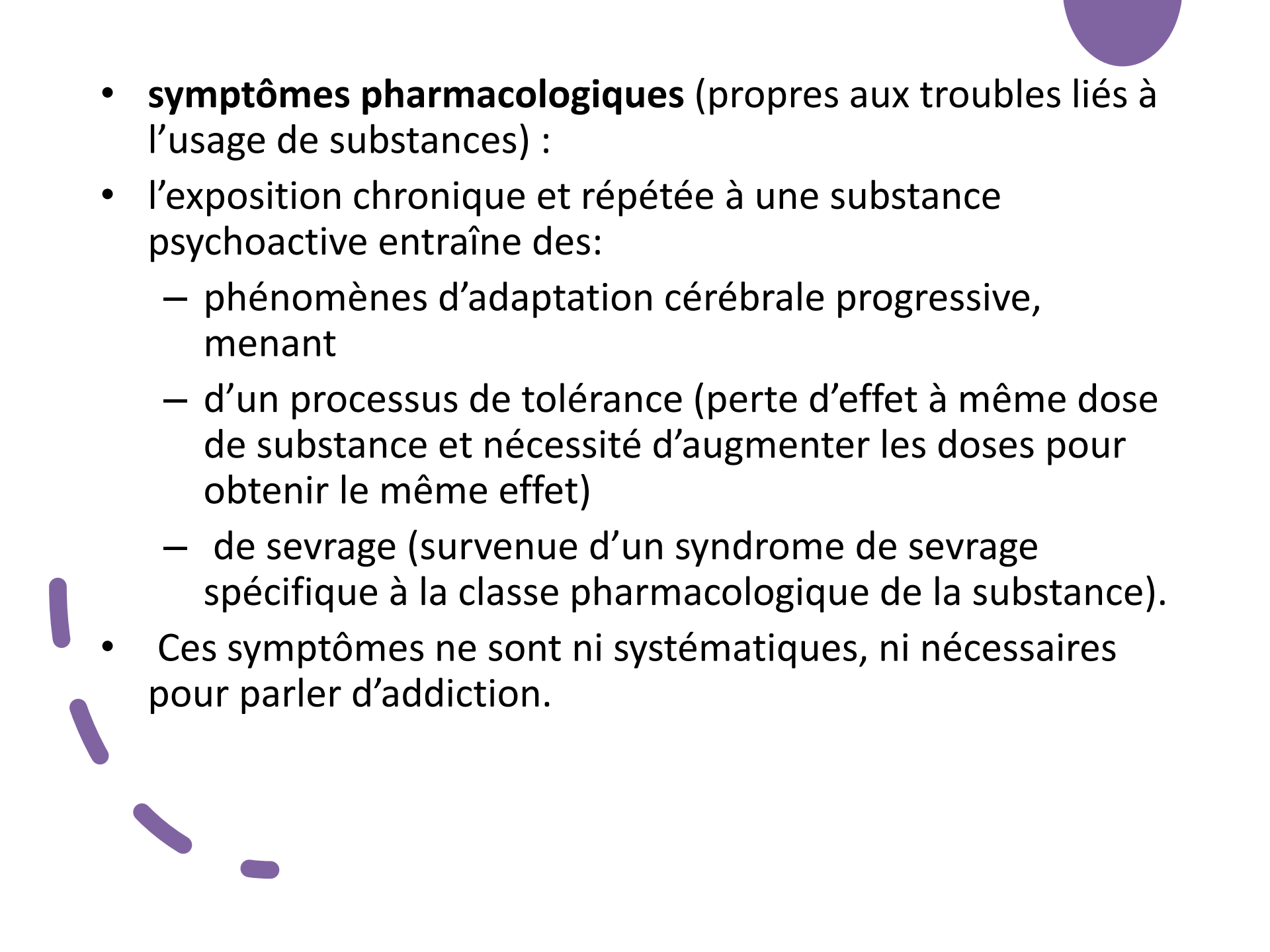


CLINIQUE

- En pratique, on peut séparer trois grands ensembles de symptômes participant aux troubles addictifs :
- **un ensemble de symptômes comportementaux :**
- 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,
 - l'envie irrépressible (« craving ») de réaliser sans cesse les comportements addictifs ;

- **conséquences sociales et/ou médicales** : par définition, les addictions doivent entraîner des **conséquences durables et significatives dans la vie du sujet** . Il existe
- **des conséquences sociales:**
 - isolement,
 - marginalisation,
 - stigmatisation,
 - perte d'emploi,
 - séparation,
 - problèmes financiers...)
- ;

- 
- **des répercussions médicales**
 - **Psychiatrique**
 - trouble lié à l'usage de substances psychoactives.
 - Schizophrénie
 - Les états dépressifs
 - **Somatiques**
 - Les infection HIV et autres infections
 - Neurologique
 - Immunitaire
 - En pratique, plus la perte de contrôle (symptômes comportementaux) est importante, plus les conséquences psychosociales sont importantes

- 
- **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
 - d'un processus de tolérance (perte d'effet à même dose de substance et nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet)
 - 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.

Classification

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
 - le mésusage.

Non-usage

Absence de consommation

Usage simple

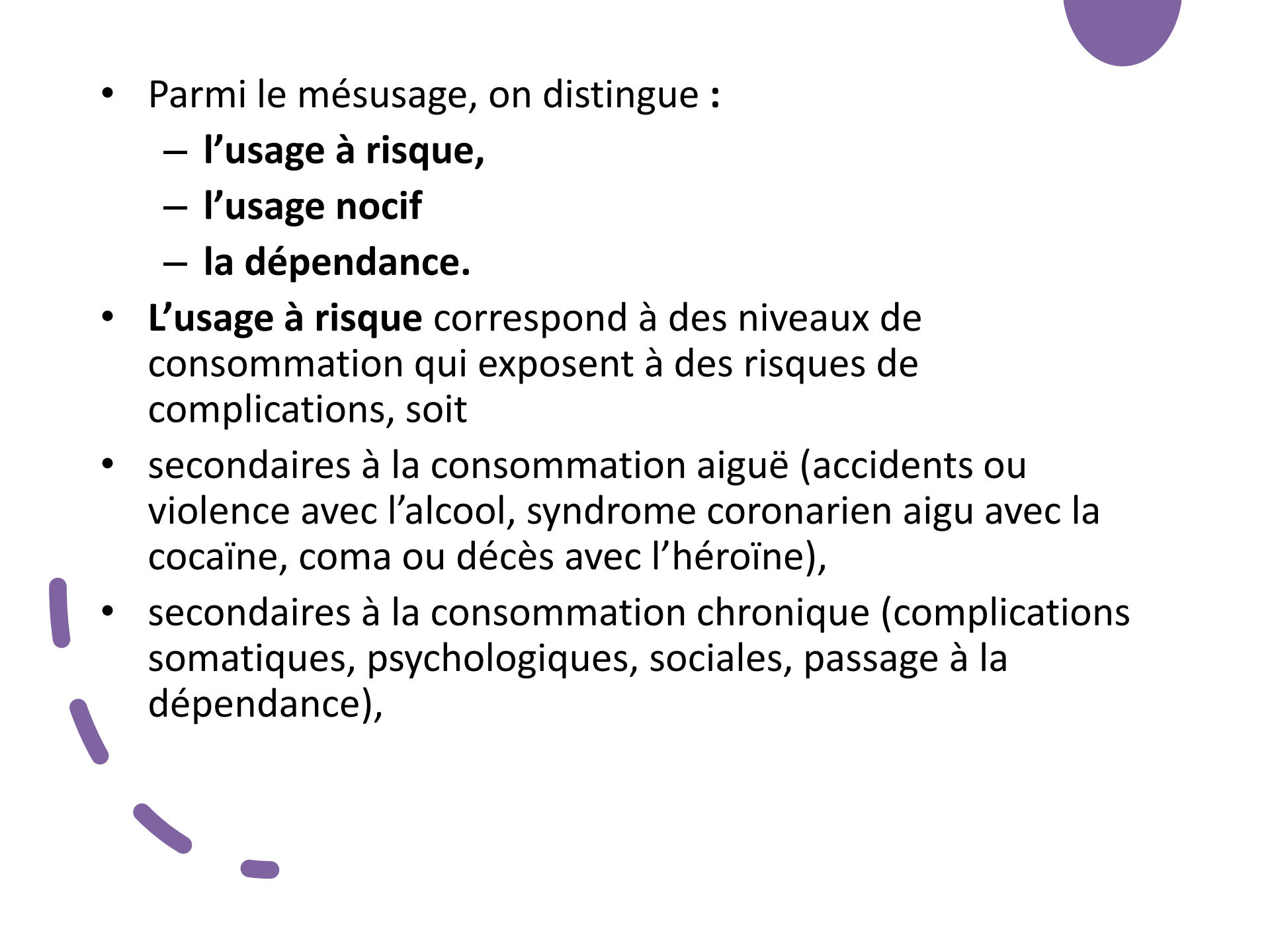
Consommation usuelle d'une substance (alcool) ou réalisation d'un comportement sans qu'il ne présente de caractère pathologique.

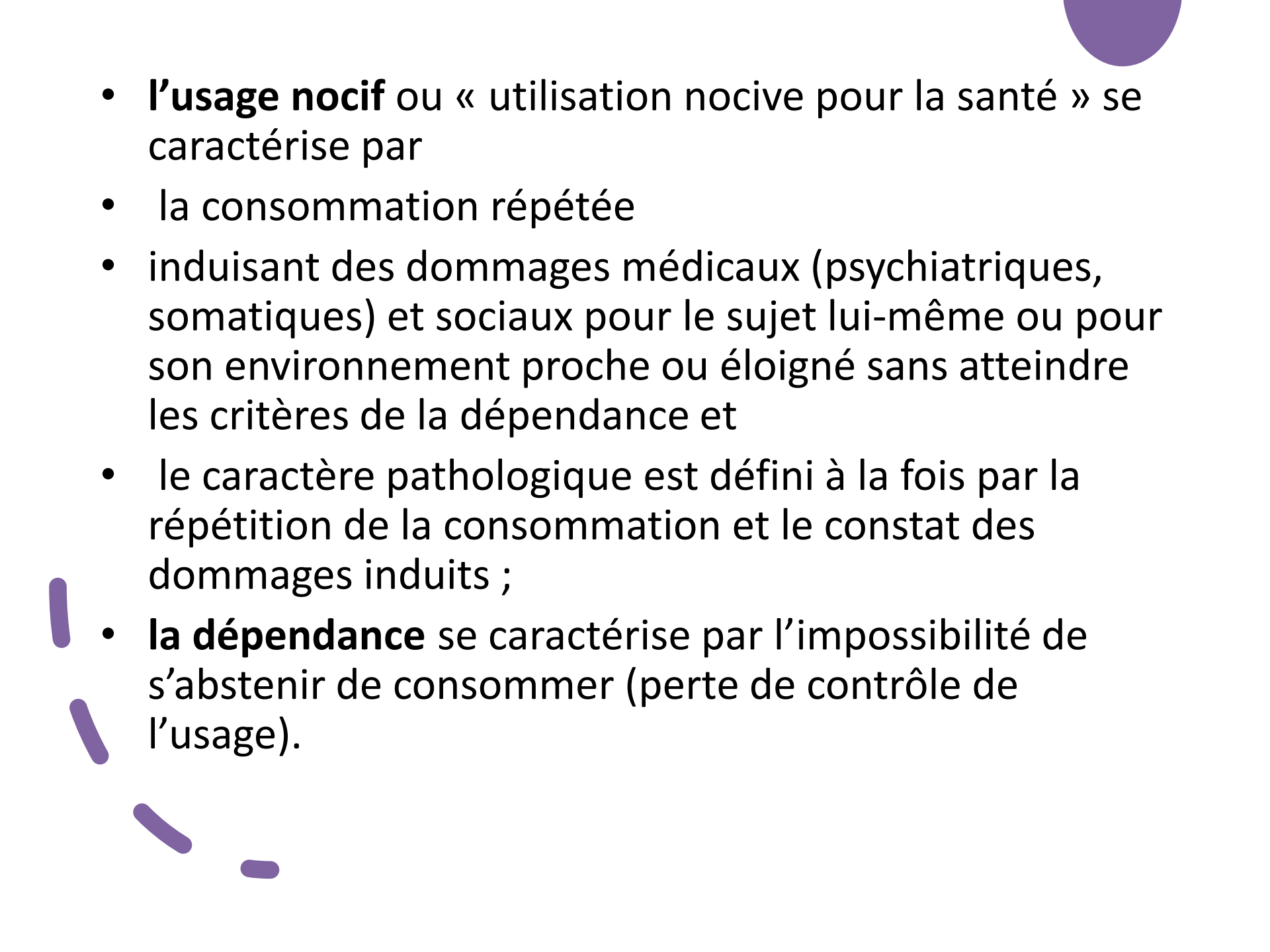
Modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou des envies, des effets négatifs, de la disponibilité de la substance
ATTENTION : L'usage simple n'est défini que pour l'alcool

Mésusage

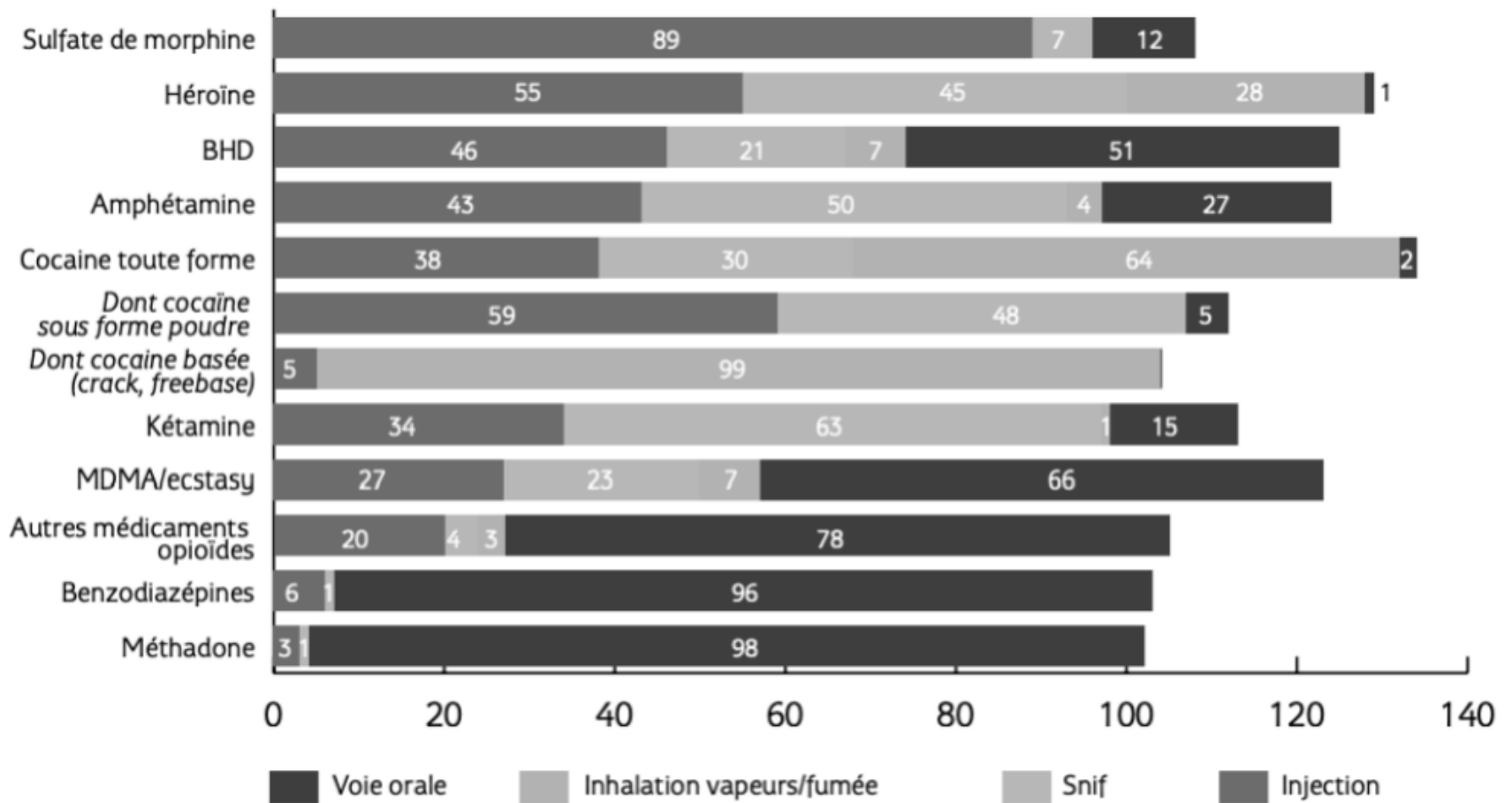
Toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance.

Pour toutes les substances psychoactives décrites 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**
 - **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),
 - secondaires à la consommation chronique (complications somatiques, psychologiques, sociales, passage à la dépendance),

- 
- **l'usage nocif** ou « utilisation nocive pour la santé » se caractérise par
 - la consommation répétée
 - induisant des dommages médicaux (psychiatriques, somatiques) et sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement proche ou éloigné sans atteindre les critères de la dépendance et
 - 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).

Mode de consommation



Le cannabis

- Fumer 1 joint correspond à fumer 5 cigarettes (toxicité)
- **Les effets :**
 - Euphorie et détente...
 - MAIS AUSSI : Perturbations sensorielles, psychologiques, cognitives.
- Répercussions physiques (plus de cancers que par la fumée de tabac).
- Les effets persistent de 2 à 10 heures mais le produit reste détectable plusieurs semaines.
- Incompatibilité avec la réalisation de tâches complexes ou précises : conduite d'engins, postes de sécurité...

Cannabis

- Le cannabis : environ 10 joints ou plus au cours des 30 derniers jours
- Effets psychiques :
 - Concentration, mémoire, motivation.
 - Capacités d'apprentissage, de jugement.
 - Troubles anxio dépressifs.
 - Recherche du produit, isolement social, échec scolaire ou professionnel.
- .

- A forte dose (bang, huile... 80 % de THC) : distorsions sensorielles, hallucinations, erreur d'appréciation de l'espace et du temps, troubles psychiatriques.
- La durée des effets est différente selon les usagers et la consommation, elle varie entre 2 et 7 heures.
- Il reste présent dans l'organisme pendant de longues périodes, de quelques heures à 3 mois selon la consommation.
- Les mélanges (alcool, médicaments, ecstasy...) augmentent les risques

Incompatibilité avec la conduite automobile, l'utilisation de machines outils, le travail sur poste de sécurité.

En particulier, le risque d'accident routier mortel est augmenté dans l'association alcool-cannabis.

Cocaïne

- Syndrome d'intoxication aiguë à la cocaïne;
- Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.
- On observe différents effets rappelant une symptomatologie maniaque :
 - * euphorie ;
 - * sensation de bien-être, augmentation de l'énergie ;
 - * idées de grandeur ;
 - * tachypsychie ;
 - * désinhibition ;
 - * hypervigilance ;
 - * amélioration biaisée de la concentration ;
 - * anorexie ;
 - * augmentation de l'intérêt et de l'excitation sexuelle ;
 - * insomnie ;
 - * tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, pâleur cutanée.

cocaïne

- À la suite de la phase d'euphorie succède une phase transitoire (quelques minutes à quelques heures) de dysrégulation hédonique (« descente ») caractérisée par une dysphorie, une asthénie, une irritabilité, une perte de l'estime de soi, une anxiété.
- Les usagers tentent souvent de gérer cette phase par la consommation d'autres psychotropes (alcool, benzodiazépines, opioïdes, cannabis...), pouvant être à l'origine de troubles addictifs secondaires.

Cocaïne

- **Syndrome de sevrage de la cocaïne**
 - Les symptômes de sevrage ressemblent à ceux d'un épisode dépressif :
 - humeur dysphorique,
 - asthénie,
 - hypersomnie,
 - augmentation de l'appétit,
 - ralentissement psychomoteur,
 - agitation.
- Ils apparaissent quelques heures après l'arrêt de la cocaïne et peuvent durer plusieurs semaines

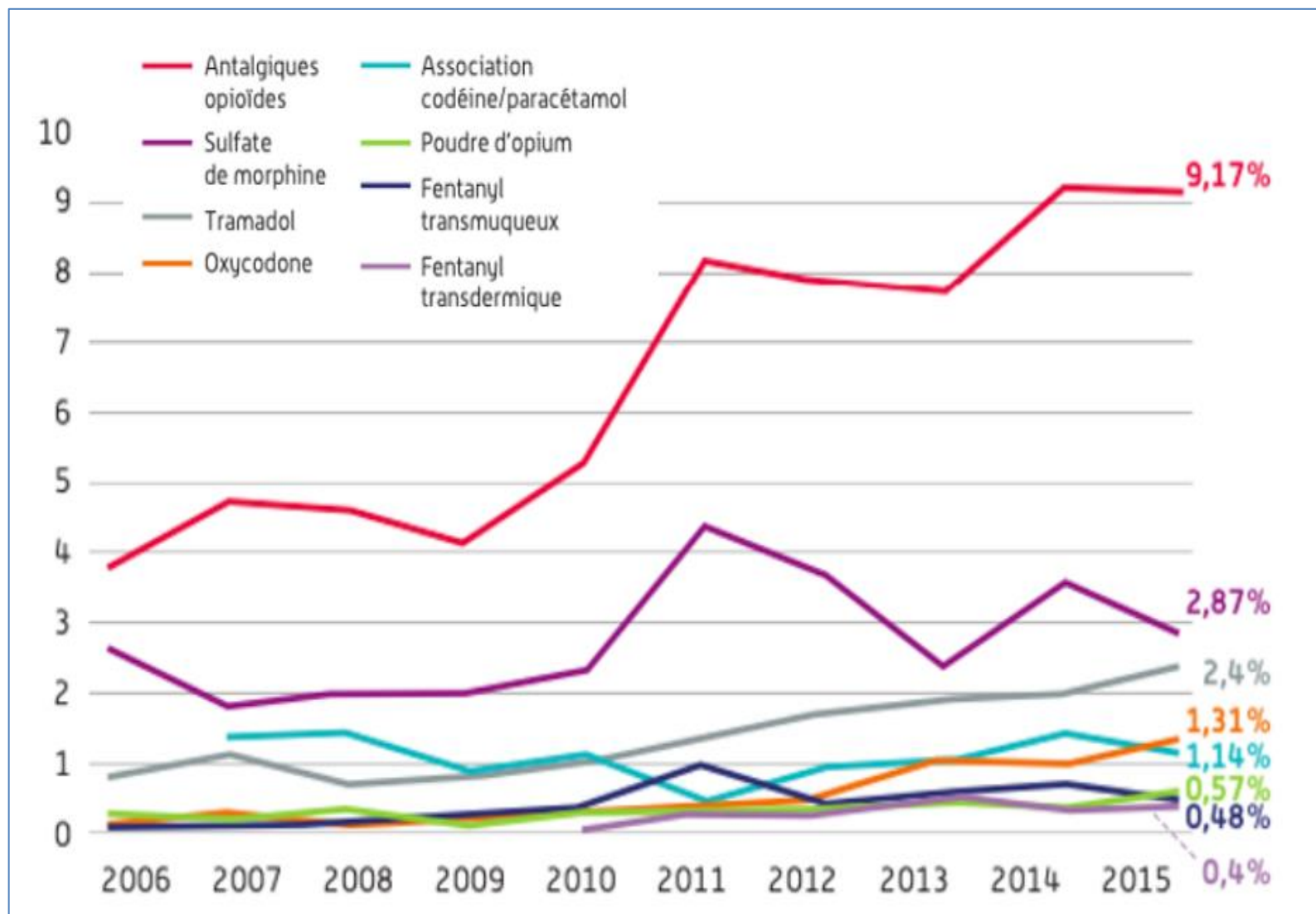
COCAÏNE

- **Complications psychiatriques**
- * Épisode et trouble dépressif caractérisé.
- * Tentatives de suicide.
- * Épisodes délirants aigus induits (pharmacopsychose).
- * Attaques de panique induites.
- * Paranoïa induite par la cocaïne.
- * Syndrome de recherche compulsive de crack (recherche compulsive de cailloux de crack sur le lieu de consommation)

Addiction et prégabaline

- L'utilisation de médicaments de manière détournée, a plusieurs explications :
 - un but de sevrage en limitant la consommation de leur drogue de prédilection,
 - un but de « défonce » trouvé avec une augmentation des doses, une exacerbation des effets en mélangeant plusieurs substances.
- Le détournement de substance tel que les traitements de substitution aux opioïdes ou les dérivés morphiniques est maintenant connu et très documenté dans la littérature.





Histoire

- La Gabapentine et la Prégabaline sont deux molécules de la classe des antiépileptiques, leur efficacité sur la douleur neuropathique a été découverte de façon empirique dès 1965.
- La Gabapentine est commercialisée en France depuis 1994 pour le traitement des crises d'épilepsie partielles et son AMM est étendue depuis 2000 aux douleurs post-zostériennes et neuropathiques.

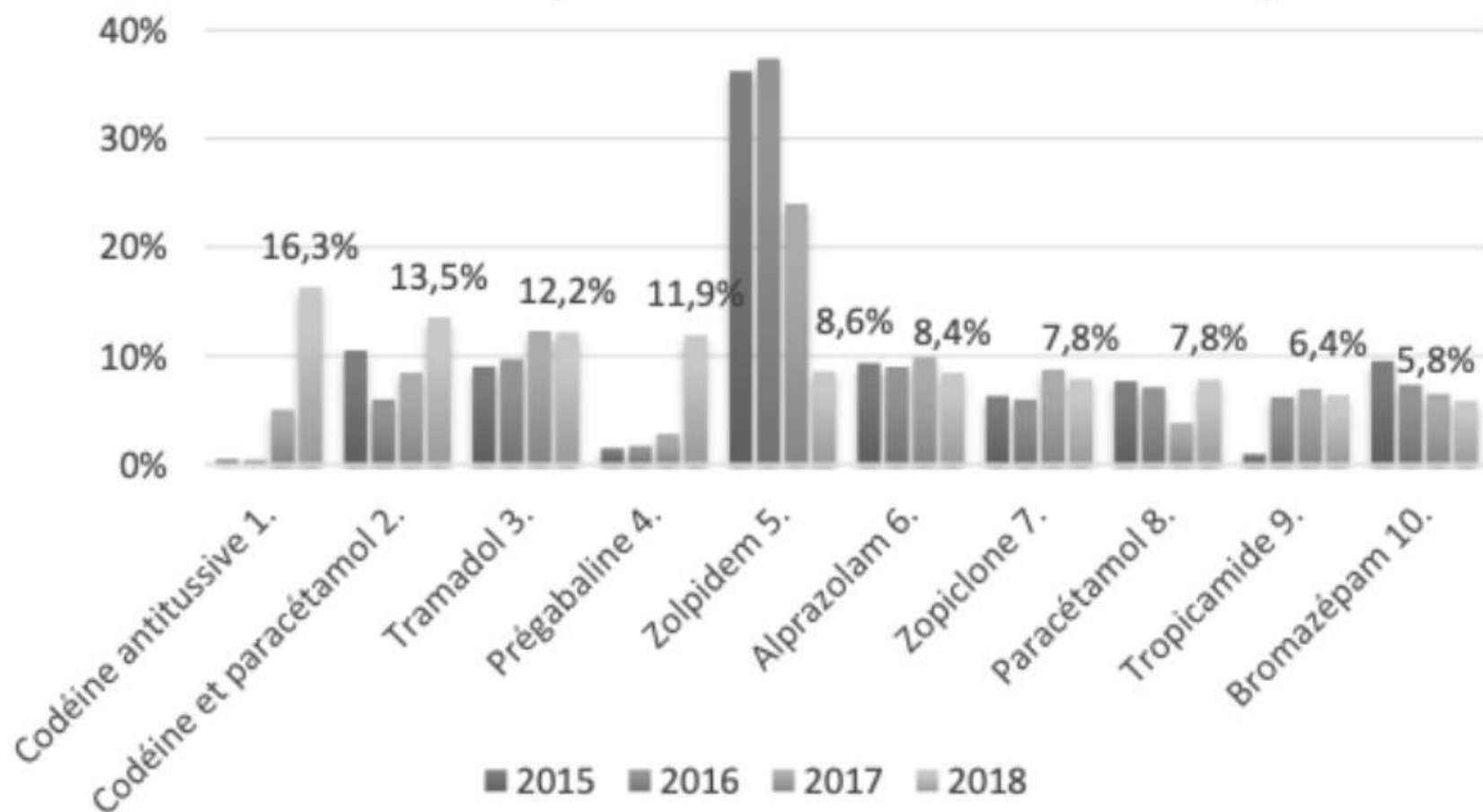
Indications thérapeutiques

- Ces deux médicaments sont indiqués :
 - - Dans les crises d'épilepsie partielles de l'adulte avec ou sans généralisation secondaire, en association.
 - - Dans les douleurs neuropathiques périphériques et centrales de l'adulte telles que la neuropathie diabétique ou les douleurs post-zostérienne.
- La Prégabaline est aussi prescrite dans les troubles généralisés anxieux chez l'adulte
- . La Gabapentine peut dans le cas des épilepsies, être utilisée en monothérapie et chez les enfants de plus de 6 ans.

Effets secondaires

Troubles du métabolisme et de la nutrition :
Augmentation de l'appétit => Possible adaptation du traitement hypoglycémiant chez les diabétiques.
Affections psychiatriques
Humeur euphorique
Irritabilité
Confusion
Désorientation
Insomnie
Diminution de la libido
Affections du système nerveux
Étourdissement
Somnolence
Céphalées
Troubles de la coordination
Tremblements
Troubles de l'attention
Affection gastro-intestinales
Vomissements, nausées , constipation, diarrhée.
Affections musculo -squelettiques et systémiques :
Crampes musculaires, arthralgie, dorsalgie, douleurs des membres, spasmes cervicaux.
Affections oculaires, de l 'oreille et du labyrinthe :
Vision trouble, diplopie, vertiges
Affections cardio-vasculaires
Insuffisance cardiaque congestive
Hématologies
Neutropénie

Evolution du Top 10 des médicaments cités depuis 2015



Effets recherchés

-
- Un effet désinhibant
 - - Une ébriété
 - - L'euphorie
 - - Un effet anxiolytique
 - - Une logorrhée
 - A forte dose, on retrouve des hallucinations visuelles, telles que des déformations du visage, des « petits traits qui volent », ou encore des difficultés de compréhension et d'élocution. On se sent « sortir de son corps ».
 - De plus, la Prégabaline est aussi utilisée en association avec d'autres substances telles que les opioïdes ou le Tramadol pour augmenter les effets euphorisants.

Tolérance et accoutumance



- La tolérance serait d'installation très rapide puisqu'un shoot de 1g de Prégabaline paraîtrait comme 300 mg le lendemain d'après un usager.
- En ce qui concerne l'accoutumance, elle s'installerait très rapidement, avec des symptômes physiques et psychiques qui se manifesteraient pour certains, à peine 6 heures après la dernière prise.

Le sevrage

- Après une consommation répétée sur plusieurs semaines, on peut voir apparaître à l'arrêt, des symptômes de sevrage tels que :
 - - Insomnie
 - - Maux de tête
 - - Anxiété
 - - Nervosité
 - - Dépression
 - - Nausées
 - - Diarrhée
 - - État grippal
 - - Douleurs
 - - Convulsions
 - - Sueurs
- Les symptômes physiques se manifesteraient surtout dans les premières 48h qui suivent l'arrêt.

Les risques liés à la consommation

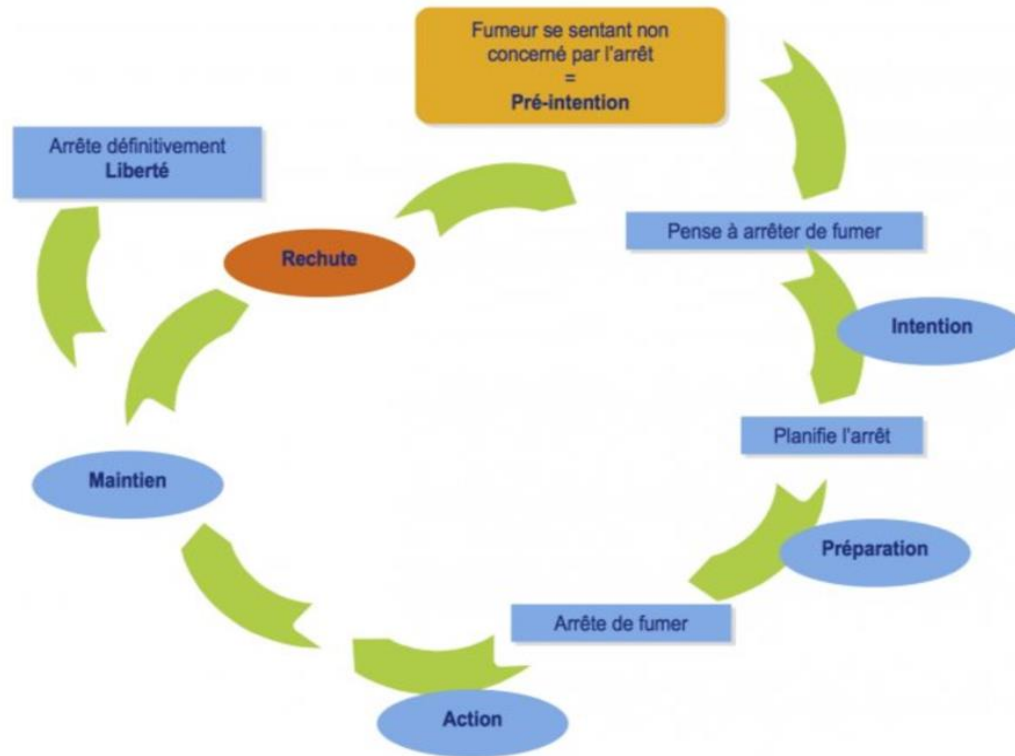
- Les effets secondaires les plus souvent notifiés sont des troubles neuropsychiques tels que :
 - - Somnolences
 - - Sensations vertigineuses
 - - Agitations
 - - Comportements agressifs envers autrui
 - - Confusions
 - - Hallucinations
- A forte dose, on rapporte aussi des anomalies sanguines, telles qu'une **neutropénie** ou **une diminution des globules blancs et des plaquettes**.
- On observe également **des troubles cardiorespiratoires, des œdèmes, des troubles digestifs et rénaux**.
- Une étude récente a aussi montré que l'utilisation de Lyrica serait responsable **d'un risque suicidaire augmenté de 30%** et provoquerait des **accidents de la route liée à l'effet de somnolence**.
- L'utilisation fréquente entraînerait aussi une prise de poids, liée **aux crises de grignotage** engendrées par la consommation du produit.

PRISE EN CHARGE

- Une consultation d'addictologie assurée par un psychiatre et un addictologue



L'entretien motivationnel



Stade	Situation de la personne
Pré-Intention	-Elle n'envisage pas encore de changer de comportement... il ne s'agit pas d'un refus, mais elle vous amène du matériel
Intention	-Elle commence à se poser des questions, à formuler un désir de changement, à en voir les aspects positifs... mais elle est réticente à abandonner les avantages d'une situation donnée, il existe une ambivalence
Détermination	-Elle envisage activement de changer, elle commence à examiner les solutions disponibles y compris les solutions de rechange
Action	-La personne a conduit un certain nombre d'action ayant réussies sur une période allant de 1 à 6 mois, attention action n'est pas égale à changement.
Maintien	-Le comportement d'avant ne fait plus partie de la manière dont elle se définit et organise sa vie, mais elle doit continuer à pouvoir faire face à d'éventuelles situations de relapse
Relapse	-Elle a repris le comportement addictif.

Stimulation Magnétique Transcranienne répétitive (rTMS)



Stimulation magnétique transcrânienne pour la dépendance à la cocaïne (BRAINSWITCH)

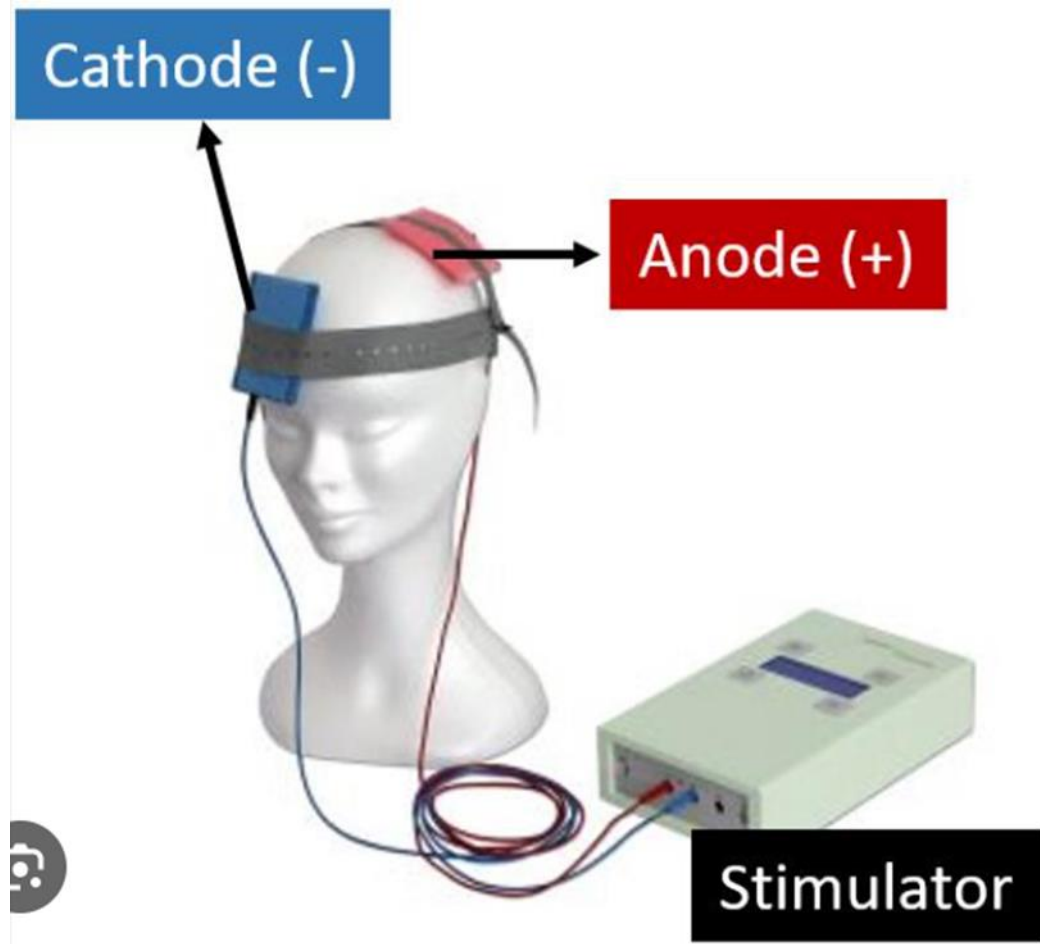
2 novembre 2017 mis à jour par: Giovanni Martinotti, [ITAB - Institute for Advanced Biomedical Technologies](#)


Craquer la dépendance : la neuroplasticité induite par la stimulation du cerveau inverse-t-elle l'hypoactivité du cortex préfrontal dans la cocaïne et la dépendance aux nouveaux stimuli chez l'homme ? (COMMUTATEUR DE CERVEAU)

Expérimental: Comparateur actif : SMTr actif (15 Hz)

L'intervention sera la stimulation magnétique transcrânienne répétitive. Chaque patient recevra une stimulation active ciblant le cortex préfrontal dorsolatéral gauche (IDL PFC) avec une fréquence de 15 Hz et 100 % du seuil moteur individuel au repos, pour un total de 40 trains (60 stimuli par train, intervalle inter-train de 15 secondes , durée totale 13 minutes). Chaque séance sera répétée 2 fois/jour pendant 10 jours consécutifs pendant 2 semaines, pendant la phase de poursuite du traitement. Suite à cela, les participants recevront l'intervention d'entretien de 2 séances par semaine pendant 3 mois (suivi SMTr), aux mêmes paramètres décrits ci-dessus. Appareil : MagPro R30 avec la bobine en huit Cool-B80 (MagVenture, Falun, Danemark).

la stimulation transcrânienne à courant direct (tDCS) ?





Review

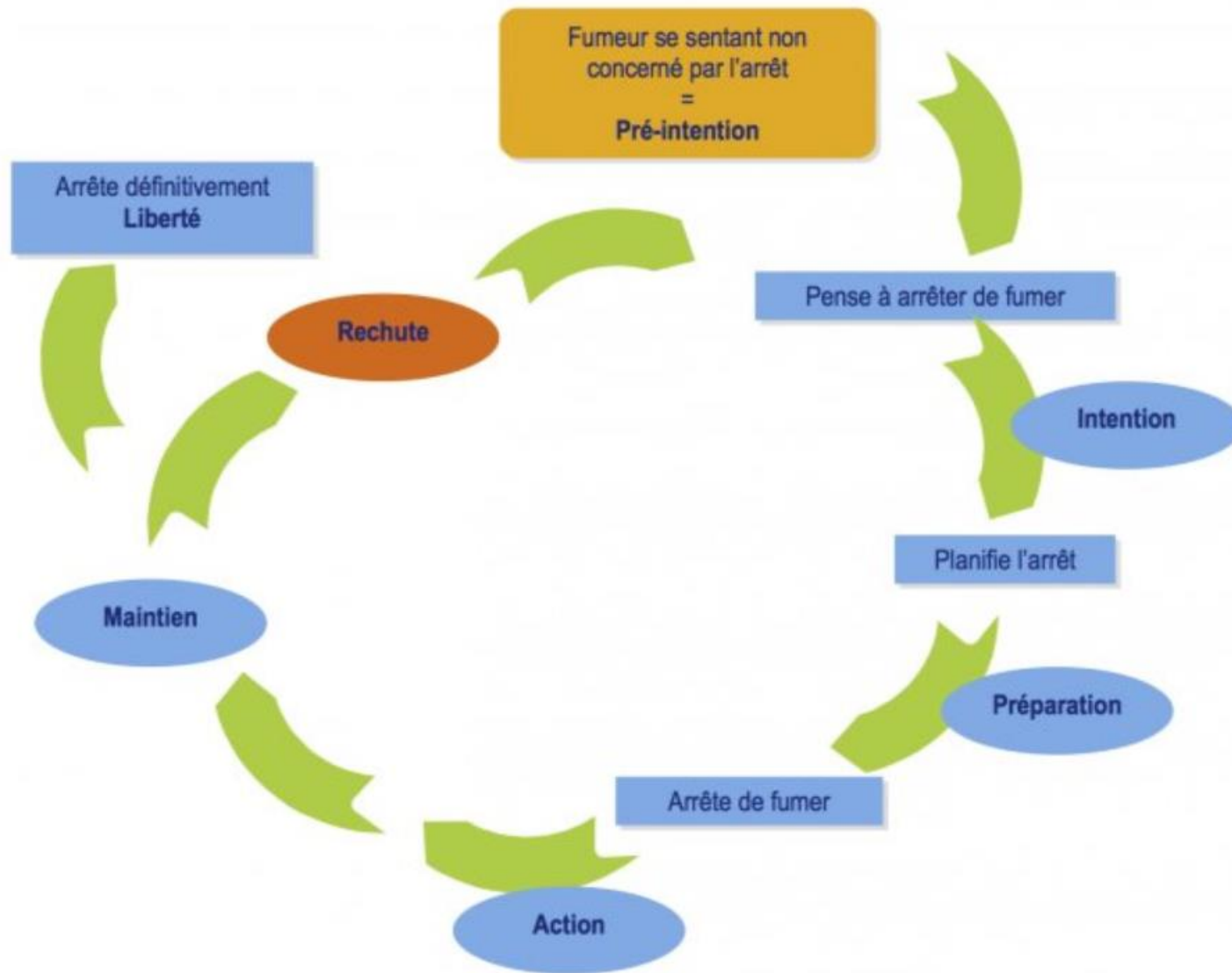
> J ECT. 2018 Sep;34(3):182-192. doi: 10.1097/YCT.0000000000000541.

tDCS in Addiction and Impulse Control Disorders

Olivia M Lapenta, Lucas M Marques, Gabriel G Rego, William E Comfort, Paulo S Boggio

PMID: 30095681 DOI: 10.1097/YCT.0000000000000541







TEST DE FAGERSTRÖM

1 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|-----------------------|---|
| a/ Dans les 5 minutes | 3 |
| b/ 6 à 30 minutes | 2 |
| c/ 31 à 60 minutes | 1 |
| d/ Plus de 60 minutes | 0 |

2 - Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- | | |
|--------|---|
| a/ Oui | 1 |
| b/ Non | 0 |

3 - À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- | | |
|--------------------------------|---|
| a/ À la première de la journée | 1 |
| b/ À une autre | 0 |

4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- | | |
|----------------|---|
| a/ 10 ou moins | 0 |
| b/ 11 à 20 | 1 |
| c/ 21 à 30 | 2 |
| d/ 31 ou plus | 3 |

5 - Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- | | |
|--------|---|
| a/ Oui | 1 |
| b/ Non | 0 |

6 - Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- | | |
|--------|---|
| a/ Oui | 1 |
| b/ Non | 0 |

	Interprétation
Entre 0 et 2	Pas de dépendance
Entre 3 et 4	Dépendance faible
Entre 5 et 6	Dépendance moyenne
Entre 7 et 10	Dépendance forte ou très forte

- **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 prémorbide 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.



Critères diagnostic CIM 10

- 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.



DSM 5

- **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.



Critères d'Aviel Goodman

- Aviel Goodman (1990) a proposé des critères diagnostiques généraux et transversaux des addictions qui sont utilisés 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.



Objectifs de la prise en charge

- 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.

