

Classifications des conduites addictives

Décembre 2019

Cette fiche Repères vise à saisir l'**essentiel** des deux classifications des conduites addictives en vigueur : DSM-5¹ et CIM-10².

Les conduites addictives³ regroupent l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, car ils présentent, à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive et reposent sur des déterminants communs très hétérogènes : génétiques, neurobiologiques, cognitifs, affectifs psychologiques et surtout culturels, économiques, environnementaux. Les pratiques addictives regroupent l'usage et les mésusages.

Les conduites addictives⁴ constituent un sous-ensemble qui correspond au mésusage.

Ces notions distinctes ont été énoncées dans le rapport dit « Parquet Reynaud » de 1999.

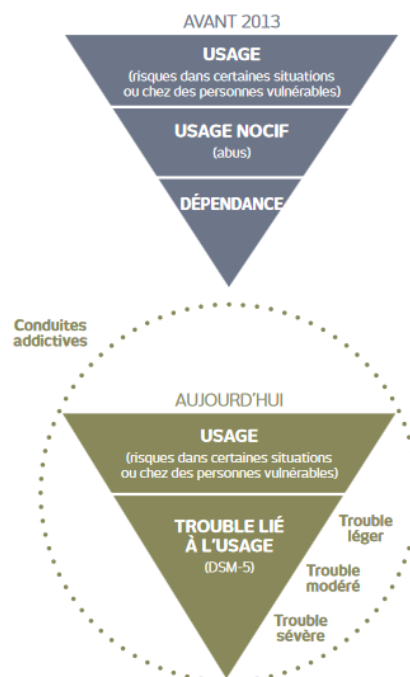
Cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 élaboré par l'American Psychiatric Association), 2013

La classification des conduites addictives dans le DSM a évolué en 2013 :

- Le DSM-IV définissait les concepts d'abus et de dépendance,
- Le DSM-5 a remplacé ces notions par celle de trouble lié à l'usage.

Néanmoins, il convient de rappeler que toute consommation de substances psychoactives comporte des risques quel que soit le produit.

Ainsi, les évolutions de la classification peuvent être synthétisées selon le schéma⁵ suivant :



¹ Abréviation de l'anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), ouvrage de référence publié par l'Association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association* ou APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux

² Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé.

La CIM-11 est en cours de validation et a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019 pour adoption par les États Membres, et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

³ Addictionnaire, Réflexion sémantique en addictologie, ANPAA, 2017

⁴ Idem 1

⁵ INPES, Drogues et conduites addictives, 2014 (schéma page 30) <https://www.drogues-info-service.fr/A-lire-a-voir/Notices/Drogues-et-conduites-addictives#.XeUswXdfw2w>

Apport des modifications suivantes :

- La suppression des notions d'abus et de dépendance présentes dans le DSM-IV ont été regroupées en un seul diagnostic de « troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un « addictif » (comme les addictions sans substance) ».
- Les critères diagnostiques de ces troubles sont presque identiques à ceux de l'usage nocif (abus) et de la dépendance des classifications antérieures combinés en une seule liste, à deux exceptions près : le critère de « problèmes judiciaires récurrents » a été retiré, le critère de « craving ⁶ » a été ajouté.

Il y a « trouble » quand au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. Craving ou désir urgent de consommer.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
6. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
 - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
7. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
8. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
9. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
10. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
11. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés :

- 2-3 critères : **trouble léger**
- 4-5 critères : **trouble modéré**
- 6 critères ou plus : **trouble sévère.**

Le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique mais il n'est souvent pas perçu par l'utilisateur qui pense maîtriser sa consommation⁷.

➤ Aujourd'hui, on parle de « conduites addictives » pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner un trouble.

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10), 1994

⁶ Craving = désir fort, pulsion à consommer une substance psychoactive ou à s'engager dans un comportement addictif.

⁷ Pour les acteurs de la prévention, cela justifie une action le plus en amont possible pour éviter si possible l'entrée en consommation ou éviter l'apparition d'un trouble ou réduire sa sévérité.

Cette classification de l'Organisation Mondiale de la Santé n'est pas limitée aux troubles mentaux comme le DSM, et fait apparaître les concepts d'**usage nocif et de dépendance**.

Le diagnostic de dépendance se base sur 6 critères. Pour faire ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :

1. Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
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'utilisation 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'utilisation 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 ces 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.

La CIM-11 est en cours de validation et a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019 pour adoption par les États Membres, et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Autres nouveautés

La CIM-11 ajoute le **trouble du jeu vidéo** : comportement lié à la pratique des jeux vidéo ou des jeux numériques, qui se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu, une priorité accrue accordée au jeu, au point que celui-ci prenne le pas sur d'autres centres d'intérêt et activités quotidiennes, et par la poursuite ou la pratique croissante du jeu en dépit de répercussions dommageables.

Pour que ce trouble soit diagnostiqué en tant que tel, le comportement doit être d'une sévérité suffisante pour entraîner une altération non négligeable des activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles ou d'autres domaines importants du fonctionnement, et en principe, se manifester clairement sur une période d'au moins 12 mois.

Le DSM-5 a déjà ajouté le **trouble lié au jeu d'argent (jeu pathologique)** :

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, comme en témoigne, chez le sujet, la présence d'au moins quatre des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

1. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour obtenir 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 (remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par des moyens de se procurer de l'argent pour jouer) ;
5. Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal être (par exemple sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, 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 a perdu 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 d'argent n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

- 4-5 critères : **trouble de l'usage léger**
- 6-7 critères : **trouble de l'usage moyen**
- 8-9 critères : **trouble de l'usage grave**

En conclusion, DSM-5 et CIM-10 sont deux outils de classification qui coexistent, à utiliser en fonction des contextes d'intervention (prévention, formation, accompagnement et soins).