



# La dépendance aux achats, diagnostic et traitements

## Compulsive buying disorders, diagnosis and treatments

Lucia Romo\*

Les achats pathologiques ou achats compulsifs représentent, sur le plan clinique, un type d'addiction sans substance que les manuels diagnostiques ne reconnaissent pas encore. Néanmoins, les similarités avec d'autres conduites addictives, comme le jeu pathologique ou les troubles du comportement alimentaire, ainsi qu'avec des addictions avec substance comme l'alcool ou le tabac, font penser à des mécanismes communs de mise en place et de développement. Les facteurs impliqués dans ces comportements addictifs sont nombreux : dimensions psychopathologiques (anxiété, dépression), vulnérabilité génétique, dimension de personnalité, événements de vie traumatiques, types d'attachement pendant l'enfance... Par ailleurs, des pistes thérapeutiques de ce trouble sont similaires à celles des autres conduites addictives, entre autres les thérapies motivationnelles et cognitivo-comportementales (voir notre Entretien avec Jean Adès).

### LES CRITÈRES DE DÉFINITION

Le concept d'addiction élargie, qui concerne les addictions avec et sans substances, recouvre des comportements qui ont une base neurobiologique similaire (stimulation des voies de la récompense et du plaisir...). Elles se caractérisent par le passage d'une addiction à une autre durant la vie (alcool, achats pathologiques, jeu pathologique, etc.), des polyconsommations (tabac alcool, achats, troubles du comportement alimentaire, etc.) et des interventions thérapeutiques qui sont souvent très proches.

Cependant, parmi ces comportements de dépendance, les achats compulsifs n'apparaissent pas comme un trouble à part entière dans la dernière version du DSM. Ils sont considérés comme tels par certains auteurs, comme **McElroy et al.** (1) pour qui les critères de cette addiction sont les suivants : des pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou des comportements d'achats inadaptés, des pulsions d'achats vécues comme irrésistibles et intrusives, des achats fréquents et supérieurs aux capacités financières d'objets inutiles, et qui monopolisent plus de temps que nécessaire. Ces pensées et comportements provoquent une gêne marquée sur le plan social, familial, financier, etc. Les comportements excessifs d'achat n'ont pas lieu dans un contexte d'épisode maniaque ou d'hypomanie.

Pour **Aviel Goodman** (2), les critères qui définissent les addictions comportementales, dont les achats pathologiques font partie, sont les suivants :

- impossibilité de résister aux impulsions à réaliser un type de comportement ;
- sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement ;
- palier ou soulagement pendant le comportement ;
- sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;
- présence d'au moins cinq des neuf critères suivants : la préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation ; l'intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine, tentatives répétées pour le réduire et le contrôler ; un temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre ; la survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou autres ; des activités sociales, professionnelles ou de loisir sacrifiées ; une tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou une diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité et l'agitation ou l'irritabilité en cas d'impossibilité de s'y adonner. Le problème doit durer depuis plus d'un mois.

Pour **Jean Adès** et **Michel Lejoyeux** (3), qui ont contribué largement à faire connaître en France cette critériologie (voir notre Entretien), les acheteurs compulsifs, véritables boulimiques de la dépense, n'en sont jamais rassasiés. Ils recherchent un objet idéal, avec des vertus symboliques. Ils passent, de dépense en dépense, de l'illusion à la déception, de l'émotion forte de l'achat au remords du gaspillage, en pure perte. La différence entre un achat pathologique et un achat normal peut paraître sou-

**Mots-clés :** Achats pathologiques, Dépendances, Psychopathologie, Addictions sans substances, Psychothérapie.

**Keywords :** Compulsive buying disorders, Addictions, Psychopathology, Addictions without drugs, Psychotherapy.

vent difficile à déterminer, mais en général les achats pathologiques "ciblent" des objets non nécessaires, que, la plupart du temps, l'on ne porte ni n'utilise. On les cache parce qu'ils provoquent des sentiments de honte et de culpabilité. À noter : les achats pathologiques se caractérisent surtout par une tension intense qui peut devenir une obsession si la personne ne peut pas acheter.

### LES QUESTIONNAIRES ET ÉCHELLES POUR LE DIAGNOSTIC

Quoi qu'il en soit, pour les dépister lors de nos entretiens cliniques, nous recourons à des questionnaires de dépistage, parmi lesquels les **cinq questions de Faber et O'Guin** (4) : Tout l'argent est-il dépensé au moment de la paye ? Achetez-vous des choses même si vous n'en avez pas les moyens ? Vous arrive-t-il de faire délibérément des chèques sans provision ? Faites-vous des achats pour vous sentir mieux ? Sentez-vous anxieux ou nerveux si vous ne pouvez pas acheter ? Avec trois réponses positives, on en conclut que la personne peut présenter un problème d'achat compulsif qu'il faut approfondir par une évaluation clinique à partir d'un entretien exhaustif.

En France, **Jean Adès** et **Michel Lejoyeux** (3) ont traduit le **questionnaire de l'équipe de Christenson**, un autoquestionnaire à 19 items, auxquels il faut répondre par *oui* ou par *non*. Il aborde les envies irrésistibles d'aller acheter, le fait de cacher ses achats aux proches, de se mettre en difficulté financière, d'acheter sans réfléchir, sur un coup de tête... Un score de 10 réponses positives signe un probable problème d'achats pathologiques.

D'autres instruments d'évaluation existent comme la **Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Shopping YBOCS-Shopping** de **Monahan et al.** (5), le **Saving Inventory Revised** de **Frost et al.** (6). Dans les consultations d'addictions comportementales, d'autres instruments peuvent être intéressants à utiliser pour l'évaluation des aspects psychologiques de nos patientes : **l'échelle d'impulsivité de Barratt** (7), car l'impulsivité est au premier plan dans ces achats pathologiques, l'échelle **Sensation Seeking Scale (SSS)** de **Zuckerman** (8), ou des questionnaires d'évaluation dimensionnelle de la personnalité comme **l'inventaire de per-**

\* Maître de conférences, université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, psychologue clinicienne, CHU Louis-Mourier, Colombes.



## ÉPIDÉMIOLOGIE : PEU DE DONNÉES

- En France, il n'existe pas d'étude épidémiologique concernant la prévalence des achats compulsifs en population générale. Parmi les femmes fréquentant un magasin parisien, **Michel Lejoyeux et al.** (9) ont trouvé, dans le questionnaire "achats compulsifs" de l'équipe de Christenson (3), 32,5% qui présentaient des scores significatifs.
- Dans le *British Journal of Psychiatry*, Dittmar (10) parle de 1 à 10% de personnes touchées par ce problème dans les sociétés occidentales.
- Aux États-Unis, Faber et O'Guinn, concepteur d'un questionnaire spécifique (4), ont montré, pour leur part, que 5,9% de la population générale présentait les critères d'achats pathologiques.

sonnalité NEO PI-R de Costa et McCrae (11), sur le modèle des cinq grands facteurs.

## LA PSYCHOPATHOLOGIE DES ACHETEURS COMPULSIFS

La plupart des auteurs insistent sur les facteurs psychologiques comme les comorbidités psychiatriques (troubles de l'humeur, de la personnalité, anxieux) [12], mais également sur des facteurs socio-économiques comme la facilité pour obtenir des crédits, l'incapacité à gérer ses finances, le manque d'information adaptée pour les consommateurs. Ces facteurs peuvent compliquer le dépistage de ce trouble. Or, il est important de mieux cerner, chez ces sujets, la signification psychologique de ces comportements d'achat : a-t-on affaire à "un consommateur émotionnel", attaché à la valeur de l'objet ? À un impulsif ou à "un fanatique" ? Ou bien l'achat traduit-il une lutte contre des tensions intérieures ou des angoisses ? (13). Par ailleurs, dans 80% des cas, ce trouble touche les femmes, lesquelles vont acheter surtout des vêtements, chaussures, bijoux, produits de beauté, tandis que les hommes vont surtout se tourner vers des objets technologiques, ou pour la voiture. Les achats se produisent souvent dans des contextes de tristesse, de colère, d'ennui, de culpabilité. L'achat pathologique est un comportement solitaire.

Les achats pathologiques sont associés souvent à des troubles de l'humeur, en particulier les bipolaires (1) et on retrouve fréquemment une pathologie psychiatrique familiale (14), et la co-occurrence d'autres addictions, comme le tabagisme, l'addiction à l'exercice physique et/ou au sport, le jeu pathologique, un trouble de conduites alimentaires... Facteurs d'aggravation, certaines personnes, acheteuses pathologiques,

amassent de façon compulsive et, dans ce cas, il faut leur adapter une prise en charge spécifique, car elles semblent plus résistantes aux programmes thérapeutiques (15). Justement, la prise en charge des achats pathologiques doit être pluridisciplinaire, avec une aide médicamenteuse en cas de comorbidités, comme la dépression, son amélioration favorisant celle de la pathologie des achats compulsifs. Elle associe la psychothérapie, une aide sur le plan social, des groupes thérapeutiques et un accompagnement familial, car il n'est pas rare que ces comportements provoquent des situations dramatiques. Les thérapies de soutien s'efforcent d'établir une relation de confiance, abordent les problématiques de culpabilité ou de honte. Cette prise en charge initiale peut évoluer vers une psychothérapie cognitivo-comportementale (16), voire psychanalytique.

## LES ENTRETIENS MOTIVATIONNELS

Les entretiens motivationnels (17) sont une approche très adaptée, car la plupart de nos patients se trouvent dans un stade de pré-intention et d'intention selon le **modèle de Prochaska et DiClemente** (18). Dans le stade d'intention, les personnes présentent encore une ambivalence très importante, et ont du mal à trouver plus d'avantages que d'inconvénients à arrêter le comportement d'achats pathologiques ou à le réduire.

Le travail lors de ces entretiens motivationnels consiste à aider la personne à prendre conscience des conséquences de son problème, à court, moyen et long terme (par exemple, envisager le remboursement des dettes qui va devoir s'étaler parfois durant plusieurs années), à travailler l'ambivalence, avec une réflexion sur les conséquences positives à court terme, et des conséquences négatives à moyen et long terme. On accompagne nos patients à comparer la situation actuelle avec celle d'avant le début de ses achats (ou celle envisagée dans l'avenir), la balance décisionnelle (techniques dans laquelle les avantages et les inconvénients de changement ou non du comportement sont envisagés, avec tous les arguments et le "poids" de chacun d'eux). Les entretiens de motivation utilisent les principes d'empathie, d'acceptation, de recours à une palette de possibilités thérapeutiques, de diminution des obstacles

pour un meilleur accès aux soins. Le thérapeute ne se met pas en position d'expert. Le but est de parvenir à envisager le changement comme possible, avec optimisme.

## LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Une fois la prise de décision consolidée, on peut utiliser la **thérapie cognitivo-comportementale**. Les techniques de cette approche consistent essentiellement en l'utilisation des registres d'achats (avec les jours, l'argent dépensé, les objets achetés, les pensées et émotions et la situation avant, pendant et après ces achats) ; la réalisation de listes de situation à risque d'achats (et des techniques possibles pour gérer ces envies d'achats) ; des techniques cognitives pour "intégrer" la valeur de l'agent ou le sens des objets achetés (19).

**Kyrios et al.** (20) ont mis en place un programme cognitivo-comportemental en 12 séances avec un travail comportemental (gestion des revenus et des envies d'achats, travail sur les réponses émotionnelles négatives) et aussi restructuration cognitive, exposition avec prévention de la réponse, travail sur l'estime de soi et sur la réduction du stress. À la fin du programme, l'amélioration de la dépression et de la qualité de vie étaient significatives.

**Rodriguez Villarino et al.** (15) ont élaboré un programme en 11 séances de groupe. Tous les patients bénéficient d'une évaluation complète à travers des autoquestionnaires et un entretien d'anamnèse et d'évaluation psychopathologique : le début des troubles, l'évolution, les dettes, la réaction de l'entourage... On analyse également leurs attentes envers la thérapie et les croyances sur le changement. Le programme comporte de la relaxation, la visualisation des situations à risque avec élaboration des réponses à leur apporter, des techniques de restructuration cognitive, d'amélioration de l'affirmation de soi, la tenue de registres des achats, émotions et pensées associées, leur planification... En complément, il propose des prises en charge familiales et en groupes d'entraide, comme **Débiteurs Anonymes**. Les groupes d'entraide ont des principes proches de ceux que défendent les **Alcooliques Anonymes** : l'acceptation de la situation d'endettement, sa non-dissimulation, la prise de conscience de ses dangers, la réalisation de registres journaliers et la planification des dépenses, le remboursement des dettes qui précèdent le traitement... Pour **Dell'Osso et al.** (22), les approches qui ont montré la plus grande efficacité sont les techniques de désensibilisation, l'exposition, la gestion des envies, l'utilisation de manuels d'entraide et les groupes thérapeutiques comme **Débiteurs Anonymes**. Les programmes qui intègrent une thérapie motivationnelle ou une thérapie de soutien, et, par la suite, une thérapie cognitivo-comporte-





mentale ou psychodynamique, sont nécessaires et peuvent s'adapter aux besoins de nos patients qui peuvent évoluer avec le temps.

## Références bibliographiques

1. McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994;55,6:242-8.
2. Goodman A. Addiction: definition and Implications. *Br J Addict* 1990;85:1403-8.
3. Adès J, Lejoyeux M. *Encore plus ! Jeu, sexe, travail, argent.* Paris : Odile Jacob, 2001.
4. Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consumer Research* 1992;19:459-69.
5. Monahan P, Black DW, Gabel J. Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiat Research* 1996;64:59-67.
6. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther* 2004;42:1163-82.
7. Baylé FJ, Bourdel MC, Caci H et al. Factor analysis of french translation of the Barratt impulsivity scale (BIS-10). *Can J Psychiat* 2000;45,2:156-65.
8. Carton S, Lacour C, Jouvent R, Widlocher D. Le

concept de recherche de sensation : traduction et validation de l'échelle de Zuckerman. *Psychiatr Psychobiol* 1990;5:39-44.

9. Lejoyeux M, Mathieu K, Embouazza H, Huet F, Lequen V. Prevalence of compulsive buying among customers of a Parisian general store. *Compr Psychiatry* 2007;48:42-6.
10. Dittmar H. Compulsive buying, a growing concern? An examination of gender, age and endorsement of materialistic values as predictor. *Br J Psychol* 2005;96:467-91.
11. Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R Inventaire de personnalité révisé. Adaptation JP Rolland. Paris : ECPA, 2005.
12. Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiat* 2000;155,7:960-3.
13. Valence G, D'Astous A, Forher L. Compulsive buying: concepts and measurement. *J Consumer Policy* 1998;11:419-33.
14. Black DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry* 2007;6:14-8.16.
15. Villarino R, Otero-Lopez JM, Castro RR. *Adicción a la compra. Análisis, evaluación y tratamiento.* Madrid: Pirámide, 2001.

16. Adès J, Lejoyeux M. *La fièvre des achats. Le syndrome des achats compulsifs.* Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 1999.

17. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people for change. Second Edition.* New York : The Guilford Press, 2000.
18. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consul Clin Psychol* 1983;51: 390-5.
19. Romo L, Aubry C, Djordjian J, Legauffre C, Adès J. Approche cognitivo-comportementale des achats compulsifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2007;vol.17,1:8-13.
20. Kyrios M, Frost, R.O., Steketee, G. Cognitions in compulsive buying and acquisition. *Cognitive Therapy and Research* 2004;28:241-58.
21. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T et al. Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiat* 2002;63:21-7.
22. Dell'Osso B, Allen A, Atamura C, Buoli M, Hollander E. *Impulse-compulsive buying disorders: Clinical overview.* Australian and New Zealand J Psychiat 2008;42:259-66.

## Brèves

### ANNE COPPEL SUR LE NET. MERCI !

Anne Coppel, sociologue, parfois baptisée avec affection "la Papesse de la réduction des risques" – il n'est pas sûr qu'elle se sente investie d'une telle lourdeur ecclésiastique ! – vient de nous faire un cadeau : la mise en ligne sur [www.annecoppel.fr](http://www.annecoppel.fr) de 130 articles qu'elle a rédigés au cours d'une riche vie professionnelle et militante.



Anne est une scientifique, une militante, une pionnière, une amie. Elle a été l'une des conceptrices, avec Aimé Charles-Nicolas et Didier

Touzeau, du programme *Action Méthadone Insertion* (AMI), au Centre Pierre-Nicolas à Paris, fondatrice avec Didier Touzeau et Jeannine Baillif de la clinique Liberté à Bagneux puis du *Centre Émergence* à Paris. Elle a lutté pour la défense et l'accès aux soins des femmes et plus particulièrement des prostituées en créant le *Bus des Femmes*. Elle été l'une des chevilles ouvrières de l'association *Limitez la Casse*. Elle est actuellement présidente d'honneur de l'Association française de réduction des risques. Elle est, enfin, partie prenante de notre comité scientifique.

### ET ROULE LE TABAC...

En 2008, les ventes de cigarettes ont baissé de 2,5% (soit 1,3 milliards de cigarettes de moins) par rapport à 2007, mais la vente de tabac à rouler a augmenté de 2,6% sur la même période (le tabac à rouler ne représentant plus que 11,4% du tabac vendu en 2008).  
Source : *Inpes*.

### LE TABAC SOUS SURVEILLANCE AUX STATES

Une nouvelle loi, ratifiée par le **Président Barack Obama**, permet aux autorités sanitaires américaines d'exercer un droit de regard sur la commercialisation des produits de l'industrie du tabac, donc sur leur composition. Ce *Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act*, voté par une large majorité des parlementaires, donne désormais la possibilité à la *Food and Drug Administration* (FDA) de limiter le taux de nicotine dans tous les produits du tabac, de contrôler que les fabricants n'ajoutent plus d'arômes destinés à adoucir le goût et cessent de recourir aux mentions fallacieuses de "cigarettes légères" ou à "faible teneur en goudrons". Enfin, tout nouveau produit devra recevoir l'agrément de la FDA, et les ventes à distance ainsi que la publicité aux abords des établissements scolaires seront interdites.

### INTOXICATION AUX CHEWING-GUMS À LA CAFÉINE

Il faut s'attendre à tout ! Un adolescent napolitain de 13 ans a été intoxiqué il y a plusieurs mois par un abus de chewing-gums à la caféine. Très agité, agressif, il avait dû être conduit aux urgences. Les médecins qui ont publié un article dans le *Lancet* sur ce cas rappellent que la caféine absorbée par ce support, très bien et rapidement absorbée, est susceptible de stimuler les glandes endocrines et exocrines, le système nerveux central, les muscles cardiaque et squelettiques, et de provoquer une diurèse. Ils concluent en incitant les médecins à penser désormais à ce mode inhabituel d'intoxication à la caféine.

Natale F. et al. *The Lancet*, 30 mai 2009.

P. de Postis