



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communications

Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle[☆]

The craving and new clinic of addiction: A simplified and operational perspective

Marc Auriacombe^{a,b,c,d,e,*}, Mélina Fatséas^{a,b,c}, Jean-Pierre Daulouède^{a,b,e}, Jean Tignol^{a,1}

^a Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

^b Équipe addiction, laboratoire de psychiatrie, SANPSY CNRS USR 3413, 33076 Bordeaux, France

^c Filière de soins des addictions, CH de Charles-Perrens (pôle addictologie), CHU de Bordeaux (USCA), 121, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France

^d Center for Studies of Addiction, Department of psychiatry, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, United States of America

^e CH de Bayonne, centre d'addictologie BIZIA, association BIZIA, 64109 Bayonne, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 10 septembre 2018

Mots clés :
Addiction
Craving
Maladie chronique
Prévention
Prise en charge
Rechute
Sevrage thérapeutique

Keywords:
Addiction
Care management
Craving
Chronic disease
Prevention
Relapse
Therapeutic withdrawal

RÉSUMÉ

L'addiction ou trouble de l'usage peut se définir comme une modalité dérégulée d'utilisation d'une source de gratification qui peut-être une substance ou un comportement. Le « craving » peut se définir comme un besoin de consommer alors qu'on ne le veut pas. Cet aspect égodystonique du « craving » le caractérise peut-être mieux que sa seule intensité. C'est une plainte fréquente parmi les personnes ayant une addiction. L'importance de ce phénomène n'a pu être démontrée que depuis une dizaine d'années. Il est maintenant fortement suggéré que le « craving » serait la manifestation la plus caractéristique de l'addiction, puisque sa présence et son intensité prédisent l'usage et la rechute. En conséquence, le « craving » pourrait être une cible privilégiée des traitements de l'addiction : que ce soit la psychothérapie, la pharmacothérapie, mais aussi l'éducation thérapeutique.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Addiction or use disorder can be defined as a deregulated modality of use of a source of gratification that may be a substance or a behavior. The word "craving" in the addictions is used to describe an unusual desire or urge to use that may be better characterized by its unwanted quality than just by its intensity. This unwanted or pathological craving is an egodystonic experience. This is a common complaint among people with addiction. The importance of this phenomenon has only been demonstrated for a decade. It is now strongly suggested that craving is the most characteristic manifestation of addiction, since its presence and intensity predict use and relapse. As a result, "craving" could be a preferred target for addiction treatments: psychotherapy, pharmacotherapy, but also therapeutic education.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Définition de l'addiction comme maladie chronique de la régulation de l'usage : le trouble de l'usage

Le trouble de l'usage, tel qu'il est maintenant nommé dans le DSM-5 [2], est synonyme d'addiction et correspond au syndrome de dépendance de la CIM-10 [1]. C'est une maladie chronique qui appartient au champ des troubles (maladies) psychiatriques. Elle se caractérise par une dérégulation du système de contrôle de l'usage des substances qui donnent de l'agrément. Aujourd'hui, il est proposé d'y associer les comportements gratifiants, comme les jeux d'argent et sur Internet, l'activité physique, mais aussi le

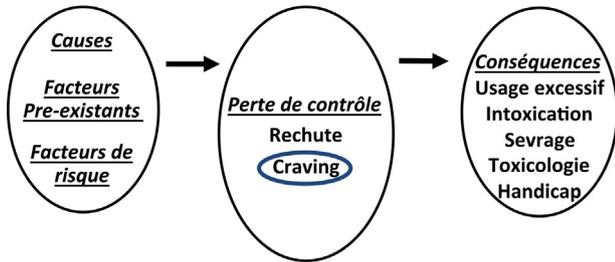
[☆] À l'occasion de cette communication à la SMP, les auteurs souhaitent associer le Pr Jean Tignol (1942–2013), dont chacun des auteurs a été l'élève et dont ils reconnaissent le rôle déterminant pour le développement de leur intérêt pour l'addictologie et tout particulièrement le phénomène du craving.

* Auteur correspondant. CH de Charles-Perrens, 121, rue de la Béchade, 33000 Bordeaux, France.

Adresse e-mail : marc.auriacombe@u-bordeaux.fr (M. Auriacombe).

¹ Auteur décédé.

Ce qui est central et ce qui est périphérique



Clarifier l’addiction et la distinguer de l’usage et ses conséquences

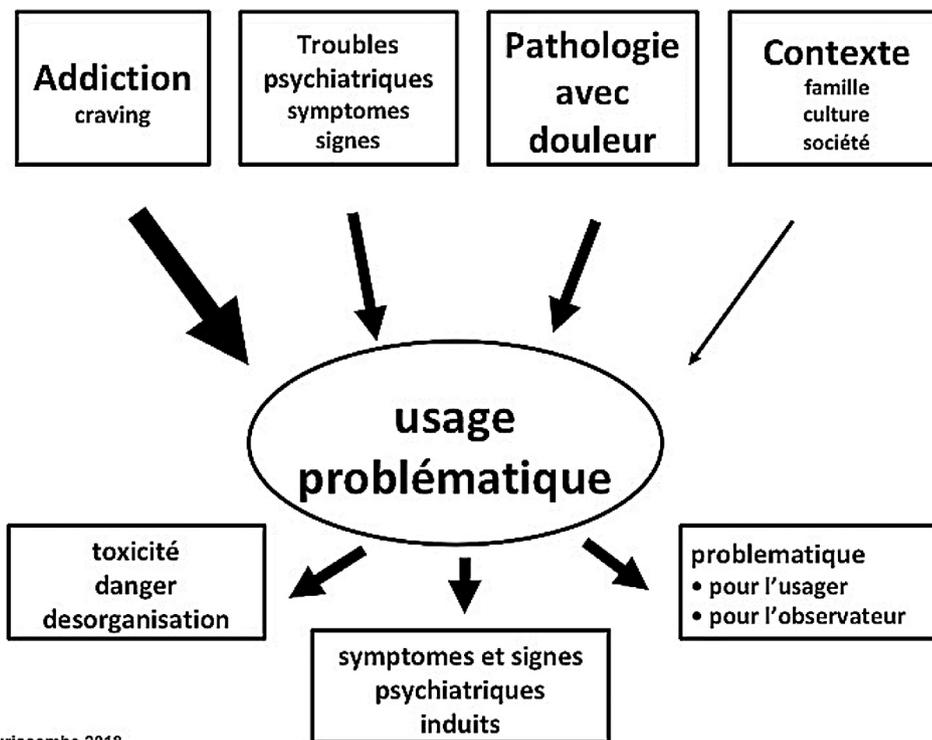
Fig. 1. Le repérage de l’addiction comme pathologie de l’usage est un enjeu majeur pour clarifier la cible des interventions thérapeutiques. Les facteurs de risque d’addiction et les conséquences de l’addiction doivent être distingués de l’addiction elle-même. Certains facteurs de risque des addictions peuvent être des facteurs de risques pour les troubles psychiatriques qui, non traités, sont un facteur de risque de mésusage de nombreuses substances à effets psychotropes. Les progrès récents de la recherche sur le craving ouvrent des perspectives optimistes pour une meilleure utilisation des thérapeutiques existantes. Adapté et modifié de Auriacombe et al., 2018 [6].

comportement alimentaire. On parle ainsi d’addiction avec et sans substances. L’addiction, avec ou sans substance, se caractérise fonctionnellement par la perte de contrôle par l’usager de l’usage d’un objet de gratification [6]. C’est un phénomène involontaire. Qu’il s’agisse de substances ou de comportement, il s’agit d’une seule et même maladie du comportement d’usage qui est devenu pathologique. Certaines manifestations cliniques vont être communes et centrales, elles sont l’expression directe de l’addiction (Fig. 1). Par contre, les conséquences de l’addiction sont très variées et liées aux propriétés toxiques des substances, mais aussi à leur statut légal. Il en est de même pour les addictions sans

substances où les conséquences de l’activité sont variées en fonction du type d’activité (perte d’argent dans les jeux d’argent, excès ou perte de poids dans le comportement alimentaire, épuisement et blessures dans l’activité physique). Il y a parfois de la confusion autour du terme de mésusage (*misuse* en anglais) et il a pu être confondu avec le trouble de l’usage (*use disorder* en anglais) en cas de traduction précipitée [3,11]. Le mésusage désigne simplement une utilisation inappropriée (une mauvaise utilisation) d’un objet, quels que soient l’objet et la nature de la mauvaise utilisation. Le mésusage est un symptôme et non un diagnostic. Il peut être l’expression de plusieurs pathologies psychiatriques, dont l’addiction, mais peut exister sans qu’il y ait d’addiction. Il est légitime de rechercher une addiction, en cas de mésusage, mais il convient aussi de rechercher d’autres causes (Fig. 2), exclusives ou associées à l’addiction, notamment des maladies avec douleur [12]. Si un mésusage pose par définition un problème en soi, il peut cependant ne pas être la conséquence d’une pathologie, mais la conséquence de mauvaises informations, de croyances fausses ou même de mauvaises intentions.

2. Description clinique de l’addiction : place centrale du craving et secondaire du sevrage et de la tolérance

Parmi les symptômes du trouble de l’usage, on distingue des symptômes spécifiques, qui sont liés à la perte de contrôle en elle-même, des symptômes non spécifiques qui sont consécutifs à la fréquence et à la quantité d’usage, et peuvent survenir isolément, sans qu’il y ait addiction (Fig. 1). La perte de contrôle de l’usage a pour conséquences les tentatives répétées de la personne pour réduire ou suspendre son usage, ce qui se traduit en pratique par le phénomène de la rechute, c’est-à-dire, des périodes de réduction ou de suspension de l’usage suivies de la reprise d’un usage qui aboutit involontairement aux mêmes conséquences négatives. Ce phénomène de la rechute est un signe clinique majeur et récurrent



Auriacombe 2018

Fig. 2. Le mésusage désigne une utilisation inappropriée (une mauvaise utilisation) d’un objet, quels que soient l’objet et la nature de la mauvaise utilisation. Le mésusage est un symptôme et non un diagnostic. Il peut être l’expression de pathologies psychiatriques, dont l’addiction, mais peut exister sans qu’il y ait d’addiction. Si un mésusage pose par définition un problème en soi, il peut ne pas être la conséquence d’une pathologie, mais la conséquence de mauvaises informations, de croyances fausses ou d’un contexte social et culturel. Adapté et modifié de Auriacombe et al., 2018 [6] et de Gelot et al., 2018 [12].

de l'addiction qui traduit sa durabilité (chronicité) : elle doit être considérée comme inévitable en l'absence de prise en charge thérapeutique spécifique. La récurrence des rechutes contribue à désespérer les patients et leur entourage. L'éducation thérapeutique du patient sur ce phénomène de la rechute sera un enjeu majeur pour la prévention du désespoir et la démotivation consécutive.

Des recherches menées par plusieurs équipes depuis une dizaine d'années ont permis de mieux caractériser le phénomène qui sous-tend la perte de contrôle et la rechute. Il s'agit du craving qui correspond classiquement à une envie irrésistible de consommer [7]. C'est une plainte ancienne et très fréquemment rapportée dans toutes les addictions, mais dont l'importance avait été négligée [18]. Pendant longtemps, cette plainte a été considérée comme une conséquence de l'usage. La perspective a changé, et les données de la recherche mettent en évidence que le craving a une valeur pronostique et prédictive de l'usage addictif et de la rechute [9,17]. En effet, il a pu être montré que la variation du craving à un moment donné prédit la probabilité d'usage dans les heures suivantes. Ainsi (Fig. 3) l'augmentation du craving prédit un risque accru d'usage et la diminution du craving prédit une probabilité réduite d'usage. Pour de plus en plus d'auteurs, le craving apparaît aujourd'hui comme l'expression centrale de l'addiction, mais aussi, la cible légitime des interventions thérapeutiques [15]. C'est ce qui a motivé son introduction dans le DSM-5 [11]. Plus qu'une envie irrésistible, le craving correspond à une expérience égodystomique [7]. L'envie ressentie est perçue par la personne comme inadéquate, inappropriée, pas au bon moment. De plus, la simple conscience de l'inadéquation de cette envie n'est pas suffisante pour l'atténuer ou la faire disparaître, comme c'est le cas pour les envies normales. C'est là que le craving est bien un phénomène pathologique et pas uniquement une fausse impression du patient qui se trompe lui-même ou cherche à tromper les autres.

Le craving est un symptôme durable, qui va s'exprimer tout au long de la maladie addictive. Il est donc bien différent du syndrome de sevrage qui a une durée limitée de quelques jours à quelques semaines et dont les caractéristiques symptomatiques sont propres à chaque substance [19]. Pour les comportements gratifiants aussi, il est décrit de la tolérance et du sevrage. Ces symptômes de tolérance et de sevrage peuvent être observés sans qu'il y ait d'addiction, c'est-à-dire, sans que le comportement

d'usage de l'objet soit devenu pathologique. Il suffit simplement de consommer une substance de façon régulière et en grande quantité pour observer ces symptômes qui sont des phénomènes d'adaptation physiologique. En effet, les mécanismes biologiques qui sous-tendent ces symptômes sont bien distincts de ceux qui sont liés à l'addiction.

Une caractéristique du craving qui est déroutante pour les patients (et un challenge pour la recherche) est que son expression est très variable d'un moment à l'autre [7]. Il varie dans une temporalité infradienne (d'une semaine ou d'un mois à l'autre), mais surtout dans une temporalité circadienne (d'une heure à l'autre). Les manifestations du craving sont influencées par des stimuli divers, généraux, liés aux substances et individuels, liés à l'histoire personnelle de l'usager [9,16]. Son intensité et son expression sont variables selon les individus et aussi chez un même individu. Certaines personnes pourront décrire une irritabilité ou une tension interne, qui se traduisent par des plaintes anxieuses ou dépressives et peuvent ainsi rendre le repérage du craving plus difficile [10]. Ces plaintes anxio-dépressives peuvent contribuer à un sur-diagnostic de comorbidités psychiatriques et un sous-diagnostic de l'addiction. D'autres vont décrire la sensation « qu'il manque quelque chose ». D'autres encore pourront décrire clairement cette expérience d'avoir « à la fois envie et pas envie » de l'objet d'addiction. Le phénomène de craving permet d'expliquer les phénomènes de compensation observés lors de l'arrêt des substances.

3. Nouveau principe de la prise en charge thérapeutique des addictions : un centrage sur le craving qui facilite la collaboration thérapeute-patient et augmente l'efficacité

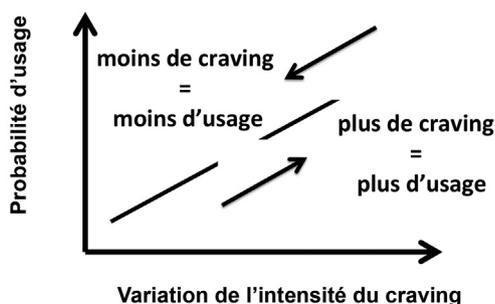
Comme pour les autres maladies chroniques, l'objectif de la prise en charge thérapeutique d'une addiction est d'obtenir une rémission de qualité la meilleure, mais plus important encore, la plus stable possible afin que le patient puisse s'adapter à ce nouvel état. Pour cela nous disposons de moyens thérapeutiques (psychothérapie, pharmacothérapie et éducation thérapeutique) très efficaces, mais qui vont nécessiter une utilisation durable [14]. Si en début de thérapeutique le rôle des thérapeutes (médecins et paramédicaux, psychologues, éducateurs spécialisés, professionnels du social) est majeur, l'enjeu à long terme est de permettre au patient lui-même de prendre la direction des soins. Cette transition est délicate. Elle ne doit pas être trop précoce, et motif d'abandon par méconnaissance, ni trop tardive, aboutissant à des arrêts thérapeutiques secondaires.

L'objectif propre de la prise en charge d'une addiction n'est pas le « sevrage », que ce soit au sens de l'obtention de l'arrêt de l'usage ou au sens du traitement des manifestations du syndrome de sevrage, mais d'agir sur le phénomène caractéristique de l'addiction : la rechute [8]. Classiquement on parle de « prévention de la rechute ». Mais cela doit être bien compris comme « la prévention de l'expression de la maladie chez une personne qui est victime de la maladie » et non au sens de « la prévention de la survenue de la maladie chez une personne qui n'aurait pas ou plus la maladie ». Ainsi la prévention de la rechute dans les addictions correspond à la prévention de la crise d'asthme comme objectif du traitement de la maladie asthmatique ou la prévention des épisodes dépressifs et maniaques récurrents comme l'objectif du traitement du trouble bipolaire de l'humeur.

En pratique, il s'agit de réduire la fréquence des rechutes et/ou l'intensité de la rechute lorsqu'elle survient. Le cumul des périodes d'abstinence ou de réduction de l'usage permet à long terme de réduire les conséquences négatives de l'usage et donc de gagner en termes de qualité de vie et de réduction des dommages.

Pour prévenir la rechute, la prise en charge doit se centrer sur le symptôme moteur et pronostique de celle-ci, c'est-à-dire, sur le

Une relation craving-usage de type dose-réponse



Fatseas 2015, Serre 2015

Fig. 3. Les données récentes de la recherche mettent en évidence que le craving a une valeur pronostique et prédictive de l'usage addictif et de la rechute. Il a pu être montré que la variation du craving à un moment donné prédit la probabilité d'usage dans les heures suivantes. L'augmentation du craving prédit un risque accru d'usage et la diminution du craving prédit une probabilité réduite d'usage. Le craving apparaît ainsi aujourd'hui comme l'expression centrale de l'addiction, mais aussi, la cible légitime des interventions thérapeutiques. Adapté de Fatseas et al., 2015 [9] et Serre et al., 2015, 2018 [16,17].

craving. À l'heure actuelle, si nous ne pouvons pas supprimer totalement ce phénomène, nous pouvons agir sur celui-ci en nous appuyant sur une combinaison d'outils thérapeutiques qui vont permettre de le réduire en intensité et en fréquence. Le préalable est un temps d'éducation du patient autour de la maladie et de ses symptômes, pour en améliorer le repérage et favoriser l'alliance thérapeutique. Le travail psychothérapeutique se poursuit ensuite avec l'élaboration de stratégies de gestion du craving. Pour certaines addictions, des médicaments anti-craving sont aussi disponibles [4,13]. Ils augmentent considérablement l'efficacité générale de la prise en charge et l'autonomisation du patient en renforçant l'*empowerment*. Ce sont la buprénorphine et la méthadone pour l'addiction aux opiacés, l'acamprosate, la naltrexone, le nalmefène et le baclofène pour l'addiction à l'alcool, et enfin les patchs de nicotine, la varénicline et le bupropion pour l'addiction au tabac. La naltrexone est un candidat possible pour l'addiction aux jeux ou à l'alimentation.

Il est bien sûr nécessaire d'agir sur les conséquences de la maladie addictive. Cependant, ce travail sur les conséquences de l'addiction ne doit surtout pas être la cible exclusive de la prise en charge. Si c'était le cas, le cours de la maladie ne serait pas modifié, les rechutes resteraient fréquentes et donc pourvoyeuses de dommages en constante accumulation, et les professionnels ne cesseraient alors de continuer à gérer les conséquences toujours plus nombreuses de l'usage sans prendre le temps d'intervenir sur la causalité immédiate de l'addiction : le craving. C'est ce qui arrive lorsque cette maladie évolue sans prise en charge ciblée. C'était le cas autrefois et cela aboutissait au désespoir des thérapeutes et des patients. C'est pour ces raisons qu'il est important de ne pas focaliser la prise en charge sur l'accompagnement à l'arrêt (le classique accompagnement au sevrage) qui n'est qu'une conséquence de l'addiction, mais plutôt sur la non-reprise (prévention de la rechute).

Ainsi, pour être efficace dans la prise en charge thérapeutique d'une addiction, il est nécessaire de se décentrer des produits et des conséquences de leur usage pour se concentrer sur le phénomène moteur de l'addiction, qui est le même, quels que soient la substance ou le comportement, c'est-à-dire, la rechute et le craving. Cette approche a révolutionné la thérapeutique des addictions et son efficacité [5].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Washington DC: APA; 1994 [trad fr, Masson].
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition – DSM-5, Washington DC: APA; 2013.
- [3] Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoolologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoolologie Addictologie* 2013;35:309–15.
- [4] Auriacombe M, Dubernet J, Sarram S, Daulouède JP, Fatséas M. Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In: Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin H-J, editors. *Traité d'addictologie*. 2e édition, Paris: Lavoisier; 2016. p. 307–10.
- [5] Auriacombe M, Fatséas M, Daulouède JP. Réduction des risques, gestion des dommages, soins de l'addiction. Comment s'y retrouver et faire au mieux ? Soyons responsables : simplifions ! *Alcoolologie Addictologie* 2017;39:99–100.
- [6] Auriacombe M, Serre F, Denis C, Fatséas M. Diagnosis of addictions. In: Pickard H, Ahmed S, editors. *The Routledge handbook of the philosophy and science of addiction*. London and New York: Routledge; 2018. p. 132–44.
- [7] Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostique et pronostic des addictions ? In: Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin HJ, editors. *Traité d'addictologie*. 2e édition, Paris: Lavoisier; 2016. p. 78–83.
- [8] Fatséas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. In: Lejoyeux M, editor. *Abrégé d'addictologie*. Paris: Masson; 2009. p. 62–8.
- [9] Fatséas M, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction* 2015;110:1035–42.
- [10] Fatséas M, Serre F, Swendsen J, Auriacombe M. Effects of anxiety and mood disorders on craving and substance use among patients with substance use disorder: an ecological momentary assessment study. *Drug Alcohol Depend* 2018;187:242–8.
- [11] Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM 5 ? *La Lettre du Psychiatre* 2014;10:50–3.
- [12] Gelot B, Fatséas M, Auriacombe M. Mésusage, addiction et dépendance (douleur et addiction). In: Labreze L, editor. *Les douleurs chez les patients atteints de cancer*. Paris: Editions expression Groupe; 2018. p. 315–35.
- [13] O'Brien CP. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry* 2005;162:1423–31.
- [14] O'Brien CP. Review. Evidence-based treatments of addiction. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B. Biol Sci* 2008;363:3277–86.
- [15] Sayette MA. The role of craving in substance use disorders: theoretical and methodological issues. *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:407–33.
- [16] Serre F, Fatséas M, Denis C, Swendsen J, Auriacombe M. Predictors of craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or opiate addictions: commonalities and specificities across substances. *Addictive behaviors* 2018;83:123–9.
- [17] Serre F, Fatséas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2015;148:1–20.
- [18] Tignol J. Le craving ou la passion torturante du toxicomane aux opiacés. *Humeur* 1992;1:10–1.
- [19] Wax P, Ruha A. Withdrawal syndromes: opioid withdrawal. In: Irwin R, Rippe J, editors. *Irwin & Rippe's intensive care medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.