

Approche centrée sur l'addiction : une révolution

Pr Marc Auriacombe – Bordeaux*

Pendant longtemps, l'approche des addictions a été centrée sur les spécificités toxiques de chaque substance addictive et la prise en charge était focalisée sur la détoxification (cure de sevrage) et l'abstinence du produit toxique. L'approche centrée sur l'addiction est un changement radical. L'addiction se définit comme une modalité dérégulée d'utilisation d'une source de gratification comme l'alcool ou le tabac. Du fait de la dérégulation, le patient ne peut plus facilement modifier son usage malgré sa volonté, ce qui se traduit par des rechutes répétées. Nous savons maintenant que le « craving », un besoin de consommer alors qu'on ne le veut pas, prédit l'usage et la rechute. Il est donc la cible privilégiée de la prise en charge de l'addiction par le médecin généraliste, dans une perspective de maladie chronique : éducation thérapeutique, psychothérapie et pharmacothérapie.

Preuves : *Ce que nous savions*

Un modèle centré sur les effets toxiques

Jusqu'à la fin des années 90, le modèle dominant de ce que l'on n'appelait pas encore l'addictologie était un modèle toxicologique. C'est-à-dire que l'intérêt principal était centré sur les effets toxiques des substances. Dans cette perspective il était évident, et c'est bien entendu toujours vrai, que les différentes substances ont des effets toxiques très différents et se distinguent justement des comportements. Alcool et tabac, pour ne citer que les substances les plus répandues, ne peuvent se confondre. Les anciennes spécialités comme l'alcoologie et la tabacologie étaient issues et portées par les spécialités

concernées par les effets toxiques de l'alcool et du tabac, c'est-à-dire respectivement l'hépatogastro-entérologie et la pneumologie.

De nombreuses études épidémiologiques et de santé publique mettaient en évidence une relation entre quantité consommée et effets toxiques¹. Ainsi, il apparaissait que plus les quantités consommées étaient faibles, plus les risques de morbidité et de mortalité étaient faibles. D'où la promotion d'un usage en quantité faible et la mise en avant de l'abstinence, l'usage de produits toxiques n'étant pas nécessaire. Comme la majorité des personnes sont des consommateurs de petites quantités, on a encouragé les médecins généralistes à cibler ces consommateurs modérés pour les amener à consommer moins. C'est le principe du repérage précoce – intervention brève².

Pratiques : *Ce que nous faisons*

Motivations, cures et postcures (et désespoir)

Pour les consommateurs en excès les plus importants, la perspective toxicologique nous encourageait à promouvoir l'arrêt de la prise du toxique (le sevrage, la cure). À la suite de cet arrêt, il n'y avait pas d'autre attente que de rester abstinent. En effet, quel intérêt de reprendre l'usage d'un produit toxique dont on a déjà subi les dommages ? Pour les personnes récalcitrantes, l'idée était qu'elles avaient un manque d'information et/ou de motivation. D'où l'idée de répéter les arrêts par des hospitalisations centrées sur le « sevrage », sous la forme de « cure » et de la consolider par des « postcures »³. Dans cette

perspective, toute reprise d'usage du toxique apparaissait comme un échec. Et essentiellement un échec du patient, pas suffisamment attentif ou motivé à ne pas se réexposer au toxique. Les médecins généralistes étaient découragés de s'occuper de ces patients rechuteurs chroniques que l'on considérait comme responsables de leur comportement. C'était désespérant pour les patients et leur entourage, mais aussi pour les médecins généralistes et les autres professionnels. D'où l'idée répandue qu'il fallait choisir les patients les plus motivés, mais aussi qu'il était nécessaire pour le médecin d'être lui-même poussé par une motivation spéciale, au-delà de la motivation de base nécessaire pour la pratique de la médecine. On incitait ainsi, involontairement, à ne pas considérer le repérage et la prise en charge des personnes avec une addiction à l'alcool, au tabac ou aux autres addictions comme faisant partie du travail ordinaire du médecin généraliste.

Preuves : Ce que nous avons appris : beaucoup

Beaucoup a été appris du début des années 1980 à 2000. L'accumulation de nouvelles connaissances a abouti à la mise en place de l'addictologie comme nouvelle spécialité médicale, transversale à la perspective toxicologique.

Une meilleure compréhension du lien quantités consommées/dommages

Nous avons mieux appréhendé la relation entre quantités consommées et dommages associés, tant en morbidité qu'en mortalité. Il apparaît que cette relation n'est

pas linéaire, mais exponentielle^{4,5}. Ce qui implique qu'une réduction faible, parmi les consommateurs les plus en excès, donc ceux avec le plus de risques et de dommages, pouvait apporter plus de bénéfice individuel et collectif, que de se focaliser uniquement sur les consommateurs nombreux, mais de petites quantités⁶.

Clarification de ce qu'est l'addiction : pas la toxicologie

Ce qui est central et ce qui est périphérique

Les mécanismes d'actions des substances qui peuvent donner lieu à addiction sont différents, et leurs effets toxiques sont différents, mais au-delà de leur diversité, toutes ces substances activent finalement le même système de récompense du cerveau impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs⁷. Ils induisent tous une expérience (plaisir) qui motive légitimement la répétition. Ce système de récompense est régulé ce qui permet à l'individu d'adapter ses usages aux contextes et aux conséquences. Quand ce système se dérégule, cela se traduit

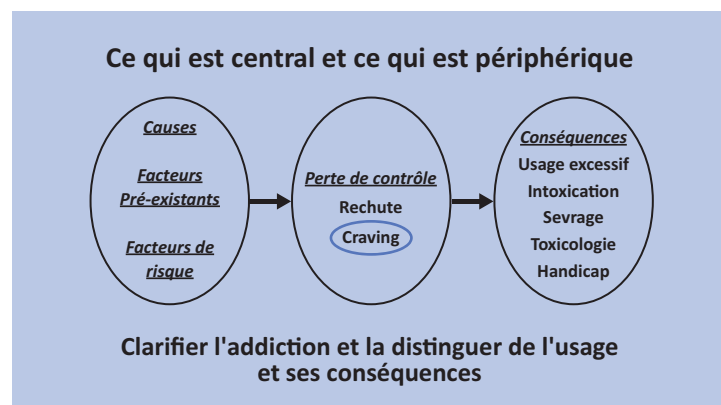
par la perte de contrôle de l'utilisation de la substance, l'addiction^{8,9}. C'est là le noyau central, caractéristique, de l'addiction. La difficulté va être de différencier ce noyau central et spécifique de la constellation environnante des facteurs de risques préexistants (qui ne sont pas des causes) et des conséquences, qu'elles soient toxicologiques, physiques ou environnementales. Une fois installées, toutes ces caractéristiques coexistent chez un même individu. Cette coexistence rend le repérage et la distinction difficiles au premier abord (**Figure 1**). Mais, maintenant que l'on sait ce que l'on recherche, c'est plus facile à trouver : la perte de contrôle de l'usage.

Le craving

Une autre caractéristique importante de l'addiction que nous avons apprise, c'est qu'il s'agit d'une condition stable. Une fois installée, l'addiction persiste au-delà de l'arrêt de l'usage. Il ne suffit pas de suspendre l'usage pour que l'addiction disparaisse. De la même façon qu'il ne suffit pas qu'une crise d'asthme s'arrête, pour qu'une maladie asthmatique disparaisse. Cela s'exprime par les rechutes répétées (c'est-à-dire



Figure 1 : La distinction entre la toxicologie (c'est-à-dire l'usage et ses conséquences) et l'addiction comme pathologie de l'usage lui-même, est un enjeu majeur pour clarifier la cible des interventions thérapeutiques. 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 coll. 2018).



►► le retour à un usage posant les mêmes problèmes). Pendant longtemps, beaucoup ont vu dans la rechute la responsabilité de l'usager, son défaut d'attention ou de motivation. Pourtant les plus observateurs avaient rapporté (et cela est maintenant montré) que les rechutes sont précédées d'expériences douloureuses d'envies involontaires (égodystonique) fluctuantes et qui apparaissent d'autant plus que les personnes tentent de contrôler l'utilisation excessive par la restriction. Cette expérience déroutante la plupart des personnes qui en sont victimes, et les mots pour nous le dire leur manquent. Cette envie pathologique correspond à ce que l'on appelle en français le « craving »¹⁰. C'est une expérience psychologique d'intrusion d'un désir étranger qui contraint à faire contre la volonté.

Le craving est un marqueur spécifique et pronostique de l'addiction. Contrairement aux manifestations du sevrage qui se résorbent rapidement (de quelques jours à quelques semaines), le craving persiste des années malgré l'interruption de l'usage de la substance et prédit fortement la rechute. C'est l'expression de la durabilité de la maladie.

Pratiques : *Ce que nous devrions faire*

Toujours réduire les risques sans condition d'addiction et assurer le soin de l'addiction sans délai, dès que repérée, mais durablement

La réduction des risques et des dommages consiste tout sim-

plement à éduquer l'usager sur le mode d'emploi de ce dont il fait usage. Cette éducation à l'usage va permettre à l'usager de faire un usage éclairé. Il est de l'intérêt général que les usagers soient éclairés, car les dommages individuels dus à l'usage mal éclairé s'étendent le plus souvent à l'entourage et à l'environnement de l'usager. De ce fait, la réduction des risques et des dommages ne doit pas être réservée aux seuls usagers ayant une addiction, mais à tous les usagers, du seul fait qu'ils sont usagers. Par ailleurs, sachant que les dommages sont exponentiels par rapport aux quantités consommées, chez les personnes avec addiction qui sont aussi les consommateurs les plus en excès, une baisse même partielle des consommations va réduire la morbidité et la mortalité. C'est particulièrement vrai pour l'alcool (Figure 2).

Le craving

Dans le domaine de l'addiction, **le craving désigne une envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là**. Ce dernier aspect involontaire du craving est très important. Il s'agit d'une expérience qui entraîne détresse et désarroi chez celui qui l'expérimente et souvent une difficulté pour trouver les mots pour le dire.

De ce fait, le médecin traitant est en position d'apporter au patient les explications et les mots pour permettre au patient de verbaliser cette expérience. Cela va être primordial pour la prise en charge thérapeutique précoce et le pronostic.

Le craving se distingue des phénomènes aigus du sevrage, à la fois par son expression clinique, ainsi que par sa persistance des mois après l'arrêt de la consommation. On peut le rechercher avec des questions comme :

« Vous arrive-t-il parfois d'avoir comme envie, mais malgré vous ? Vous arrive-t-il d'avoir envie, mais pas comme vous voudriez ? ».

Une difficulté de son repérage est que le craving peut varier d'une heure à l'autre.

Une fois repéré et caractérisé pour un patient, le craving va pouvoir être évalué en intensité avec une simple échelle visuelle analogique et en fréquence depuis la dernière consultation.

L'objectif est que le patient lui-même puisse s'automonitorer.

Comme le craving est le marqueur pronostique de l'addiction et de la rechute, son repérage, puis son suivi et son management vont être le cœur du soin thérapeutique de l'addiction. Si le craving est bien le moteur de l'usage et de son excès, il ne s'agit plus de demander à l'usager de s'abstenir et le confronter à l'échec, mais de l'informer et d'intervenir en amont de l'usage, sur le craving, afin de lui permettre de reprendre le contrôle. L'usage se modifiera en conséquence, et l'éventuelle abstinence ou réduction de l'excès d'usage sera la résultante du soin, pas sa condition. C'est un changement radical dans la prise en charge et cela redonne à chacun un rôle actif. Pour repérer le craving, il faut d'abord apporter à l'usager les mots pour le dire. C'est l'essentiel de la psychoéducation.

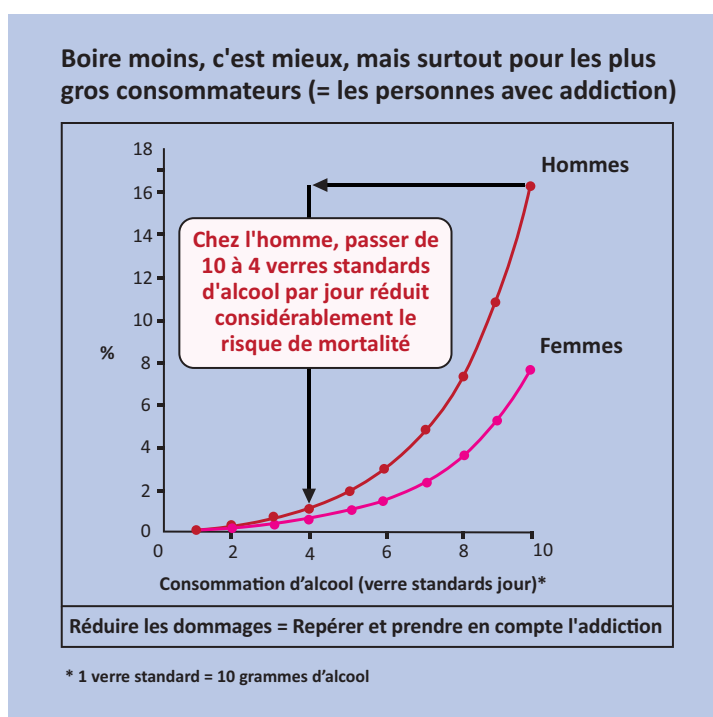
Tableau : Les médicaments pour l'addiction : différences entre médicament du « sevrage » de « remplacement », et médicament « addictolytique ». (Adapté de Auriacombe *et al.* 2016).

	Médicament du sevrage	Médicament de remplacement	Médicament addictolytique
Définition	Réduit ou supprime spécifiquement les manifestations du syndrome de sevrage	Se substitue vraiment afin de réduire les dommages sans toucher immédiatement au comportement addictif	Contribue à induire et maintenir l'abstinence et impose un changement de comportement qui nécessite une collaboration et un accompagnement thérapeutique fort
Implications pour le patient	Variables	Pas d'effort ou de contraintes particulières pour le patient	Engagement et efforts importants pour le patient, nécessite préalablement d'être dans une démarche active de chercher à arrêter ou significativement réduire
Effets sur la conduite addictive	Conduite addictive inchangée	Conduite addictive inchangée	Conduite addictive supprimée
Effets agonistes euphoriques	Variables	Expérience euphorique	Pas d'effet euphorique
Effets en cas de consommation de la substance d'addiction	Potentialisation sédatrice	Compatible avec la consommation de la substance de dépendance, mais risque sédatif	Supprime l'effet renforçant associé à la consommation de la substance de dépendance en cas de consommation, et ainsi évite la rechute (perte de contrôle) en cas de chute (usage)
Effets sur les symptômes de sevrage	Supprime les symptômes de sevrage	Supprime les symptômes de sevrage	N'agit pas toujours sur les symptômes de sevrage
Effets sur le craving	Pas de suppression du craving	Pas de suppression du craving	Supprime le craving
Effets sur les consommations d'autres substances	Ne modifie pas les autres usages de substance ou les augmente	Ne modifie pas les autres usages de substance ou les augmente	Réduit les autres usages de substance
Exemples :			
Addiction au tabac	Substituts nicotiniques à faibles doses et tt. sympt.	Inhalateur et gomme à mâcher de nicotine	Patch de nicotine, varénicline à dose anticraving
Addictions aux opiacés	Substituts opiacés à faible dose et tt. sympt.	Héroïne médicalisée, détournement de la buprénorphine ou de la morphine par voie veineuse	Buprénorphine sublinguale, méthadone orale à dose anticraving
Addiction à l'alcool	Benzodiazépines et tt. sympt.	Mésusages des benzodiazépines	Baclofène, acamprosate, naltrexone*, nalméfène*

tt. sympt. : traitement symptomatique ; *pas d'effet sur les symptômes du sevrage d'alcool.

- Une fois repéré et clarifié pour le patient, le médecin pourra l'inviter à monitorer son craving au quotidien, comme il le fait pour la glycémie d'un patient avec un diabète. Cela peut se faire sur un agenda ou avec une application mobile. Mais les outils pharmacologiques (médicaments addictolytiques ou anticravings), lorsqu'ils existent, doivent être utilisés sans restriction et durablement¹¹ (Tableau). Par contre, les médicaments du sevrage doivent être limités à la durée naturelle du syndrome de sevrage.

Figure 2 : Les dommages sont exponentiels par rapport aux quantités consommées chez les personnes avec addiction qui sont aussi les consommateurs les plus en excès. Ainsi une baisse même partielle des consommations va réduire la morbidité. C'est particulièrement vrai pour l'alcool. (Anderson 2006).



Discussion et conclusion

En passant de la perspective toxicologique à la perspective addictologique, le médecin généraliste va trouver une place centrale. Il assure une intervention diachronique durable typique de la prise en charge des autres maladies chroniques dont l'essentiel se fait en ambulatoire, au plus près de la quotidienneté du patient, pas en hospitalisation³. Il est le professionnel qui peut repérer et intervenir en premier. Cette perspective au long cours permet de se décentrer des variations au quotidien des périodes d'abstinence et de rechute pour mieux appréhender objectivement l'évolution de la maladie et la réponse thérapeutique. La mise en évidence d'une baisse des consommations va se traduire par une réduction de la morbidité. La persévérance thérapeutique va permettre de réduire la fréquence des rechutes et leur durée, et cela doit être l'objectif thérapeutique partagé entre le médecin, le patient et l'entourage. Chaque rechute devient l'occasion de calculer la fréquence actuelle de rechutes, et si cette fréquence est en diminution, de documenter objectivement le succès de la thérapeutique. Dans le passé, en considérant la rechute comme un échec en soi, médecins et patients ont souvent interrompu des prises en charge pourtant efficaces. C'est une erreur que l'on ne peut plus commettre.

*P^r Marc Auriacombe – marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

Equipe phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, Sanpsy CNRS USR 3413, Université de Bordeaux
Filière médico-sociale et sanitaire d'addictologie, CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux, Bordeaux

L'auteur n'a pas de conflit d'intérêts en lien avec la rédaction de cet article, mais mentionne son intervention dans les partenariats de l'Université de Bordeaux et/ou de sa Fondation avec des laboratoires pharmaceutiques ayant des médicaments utilisés en addictologie.

L'auteur assume pleinement la responsabilité de la rédaction de cet article, mais veut reconnaître ce qu'il doit à ses collaborateurs multidisciplinaires de l'Université et des hôpitaux.

Références

- ◆ 1. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, et coll. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol*, 2017; 3: 524-548.
- ◆ 2. Diaz Gomez C et Milhet M. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Avril 2005. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxcdk4.html>
- ◆ 3. Boisrobert S, Jakubiec L, Thevenin J, Diennet P-L, Jacquiez O, Mete D, Maechler-Durand B, Fatséas M, Auriacombe M. Quelles indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction ? Application du modèle des pathologies chroniques. Une étude de validité apparente. *L'Encéphale*, 2020; en cours de publication.
- ◆ 4. Rehm J, Baliunas D et coll. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – An overview. *Addiction*, 2010; 105: 817-843.
- ◆ 5. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research and Health*, 2011; 34: 135-143.
- ◆ 6. Anderson P et Baumberg B. The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug and Alcohol Review*, 2006; 25: 537-551.
- ◆ 7. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*, 2016; 374: 363-371.
- ◆ 8. Auriacombe M, Serre F, Denis C, Fatséas M. Diagnosis of addictions. In Pickard H, Ahmed S. *The Routledge Handbook of the Philosophy and Science of Addiction*. Londres et New York, Routledge, 2018. pp. 132-144.
- ◆ 9. Auriacombe M, Fatséas M, Daulouède JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Ann Med Psychol*. 2018;176:746–749.
- ◆ 10. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M: Le craving : marqueur diagnostique et pronostic des addictions ? In Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin H-J. *Traité d'addictologie* (2^e édition). Paris, Lavoisier; 2016. pp. 78-83.
- ◆ 11. Auriacombe M, Dubernet J, Sarrazin S, Daulouède J-P, Fatséas M: Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin H-J. *Traité d'addictologie* (2^e édition). Paris, Lavoisier; 2016. pp. 307-310.



BULLETIN D'ABONNEMENT À LA REVUE

Nom :

Prénom :

Type exercice de la médecine générale : ☐ Libéral ☐ Hôpital ☐ Mixte ☐ Interne
☐ Salarie ☐ F^o publique ☐ Date de thèse :

Adresse de correspondance indiquée : ☐ Cabinet ☐ Hôpital ☐ Autre :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax : Mobile :

Courriel :

☐ J'accepte de recevoir par courrier électronique les informations ou invitations pour les opérations organisées par Preuves & Pratiques ou ses partenaires.

Abonnement d'1 an à la revue Preuves & Pratiques (trimestrielle, 4 numéros par an)

Version Papier

- ☐ France (Médecins Généralistes) : 35 € TTC
☐ France (Étudiants sur justificatif) : 20 € TTC

Version Numérique

- ☐ France (Médecins Généralistes) : 25 € TTC
☐ France (Étudiants sur justificatif) : 10 € TTC
☐ Étranger : 25 € TTC

- Règlement par chèque, à l'ordre de **CCC**.
- À adresser à : **CCC** - Abonnement Preuves & Pratiques - 24, rue Saint Victor - 75005 Paris.

En place de l'abonnement simple, vous pouvez choisir d'adhérer à l'ARMP, l'association qui porte les projets P&P. Pendant la durée de l'adhésion, vous recevrez la revue trimestrielle **Preuves & Pratiques** et vous pourrez accéder aux services de l'association, à découvrir sur le site www.arpmp-asso.fr

- ☐ Je souhaite **adhérer à l'ARMP** en tant que membre associé : cotisation annuelle de **50 € TTC** à régler par chèque à l'ordre de l'ARMP et retourner à :
 CCC – Adhésion ARMP – 42, rue Monge – 75005 Paris.

cachet

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la société CCC et sont destinées à assurer la gestion de votre abonnement. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour exercer ce droit, merci d'adresser votre demande à : fichier@societccc.fr ou par courrier à CCC – Fichier – 24, rue Saint Victor – 75005 Paris.