

**Référentiel des pratiques de soins dans l’addiction aux opiacés**

Ce dossier, suite du supplément 1 au n°4-2018, est l’occasion d’une actualisation des outils d’aide à la pratique et de fournir au praticien une perspective d’"evidence-based practice", pendant de la médecine centrée sur les preuves sur laquelle s’appuie le référentiel des pratiques de soins de l’addiction aux opiacés. Le groupe Perspectives addictions ouvre de nouvelles pistes de réflexion qui enrichissent les articles du supplément 1 paru en 2018 et téléchargeable sur le site [www.edimark.fr](http://www.edimark.fr) en accès libre.

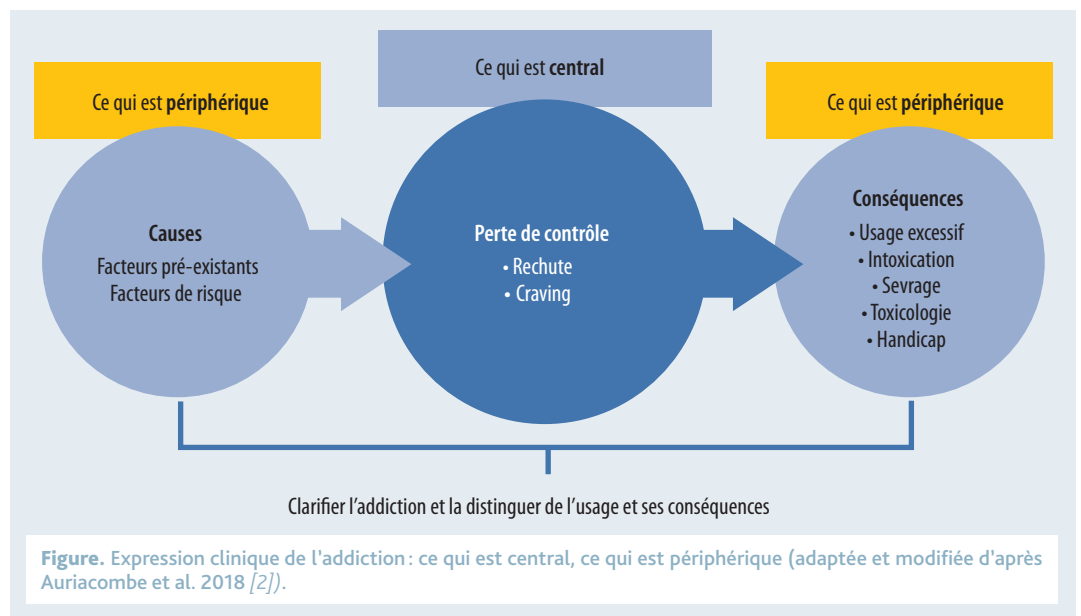
*D. Touzeau (rédacteur en chef du Courier des Addictions).*

# Expression clinique de l’addiction : ce qui est central et ce qui est périphérique

M. Auriacombe\* F. Meroueh\*\*

Pour repérer l’addiction, il est important de bien comprendre ses caractéristiques générales, afin de les retrouver parmi chaque cas particulier et faire la part entre l’addiction, ses manifestations et les autres pathologies associées qui sont indépendantes, mais qui interagissent (comorbidités somatiques et psychiatriques). L’addiction, ou trouble de l’usage, tel qu’actuellement définit dans le DSM-5 (1), est une pathologie

chronique caractérisée par une dérégulation du système de contrôle de l’usage de substances ou d’une source de gratification (2) encore appelée "renforcement positif", qui induit la répétition de l’usage pour le plaisir. À distinguer du mésusage d’une substance dans le cadre de la recherche du soulagement d’une souffrance préexistante, encore appelé "renforcement négatif" (3, 4). Dans le cadre du DSM-IV et de la CIM-10 l’addiction



\*Équipe phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, Sanpsy CNRS USR 3413, université de Bordeaux.

\*\*PH chef de service, unité sanitaire, pôle urgences, centre pénitentiaire de Villeneuve-lès-Maguelone.

était dénommée respectivement "dépendance" et "syndrome de dépendance", et se différenciait de la dépendance physique uniquement caractérisée par une tolérance et/ou un syndrome de sevrage qui ne sont que des reflets de l'addiction et non l'addiction elle-même (2, 5).

Parmi les manifestations cliniques de l'usage de substances, il faut pouvoir distinguer les symptômes spécifiquement liés à la perte de contrôle de l'usage et les symptômes non spécifiques de la perte de contrôle, mais liés directement à la fréquence et à la quantité de l'usage (2). Le phénomène de la rechute qui se définit par des périodes de réduction ou de suspension de l'usage, suivies de la reprise d'un usage qui aboutit involontairement aux mêmes conséquences négatives, est une conséquence de la perte de contrôle de l'usage caractéristique de l'addiction. Dans cette perspective, la rechute est un signe clinique majeure de l'addiction qui exprime sa chronicité. Un autre phénomène qui traduit la perte de contrôle est le *craving*, qui se définit par une envie

irrépressible de consommer une substance alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là (6). Le *craving* est une expression centrale de l'addiction, puisque sa présence et son intensité prédisent l'usage et la rechute. Il a un intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique "cible privilégiée des traitements de l'addiction". Le *craving* présente des expressions cliniques variables telles qu'une irritabilité ou des plaintes anxiodépressives qui sont à distinguer des comorbidités psychiatriques, un manque de quelque chose qui n'est pas le sevrage ou une expression d'avoir à la fois envie et pas envie "une envie non voulue".

De ce fait, afin d'être efficace dans la prise en charge du trouble de l'usage, il est important d'agir non seulement sur les conséquences de l'usage, à savoir l'intoxication, le sevrage et l'atténuation des effets renforçants induits par les opiacés, mais aussi sur les phénomènes moteurs de l'addiction tels que le *craving*, afin d'éviter la rechute qui caractérise l'addiction (7) [figure]. ■

M. Auriacombe et F. Meroueh n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

## Références bibliographiques

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition, DSM-5*. Washington : American Psychiatric Association publishing, 2013.
2. Auriacombe M et al. Chapter 10. *Diagnosis of addictions*. In : Pickard H, Ahmed S, editors. *The Routledge handbook of the philosophy and science of addiction*. London and New York : Routledge, 2018:132-44.
3. George O, Koob GF. *Individual differences in the neu-*

*ropsychopathology of addiction*. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(3):217-29.

4. Gazel C et al. *Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? La lettre du psychiatre* 2014;10(2):50-3.

5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, DSM-IV*. Washington : American Psychiatric Association publishing, 1994; DSM-IV-TR 2000.

6. Auriacombe M et al. *Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? In : Reynaud M et al. Traité d'addictologie (2<sup>e</sup> édition)*. Paris : Lavoisier, 2016:78-83.

7. Auriacombe M et al. *Réduction des risques, gestion des dommages, soins de l'addiction. Comment s'y retrouver et faire au mieux ? Soyons responsables : simplifions ! Alcoolologie et addictologie* 2017;39(2):99-100.

## BRÈVES

### Tabagisme maternel : une vue synthétique des risques pour l'enfant

Cette étude de cohorte écossaise est exceptionnelle de par l'étendue des données qu'elle intègre, qui lui permet d'étudier le lien entre le tabagisme maternel avec un grand nombre de pathologies. Sur près de 700 000 enfants nés entre 1997 et 2009, elle répertorie toutes les admissions hospitalières jusqu'en 2012. Les mères se répartissaient entre non fumeuses (56 %), anciennes fumeuses (9 %) et fumeuses actuelles (23 %) à la suite de leur première visite de suivi de grossesse, le statut tabagique étant inconnu dans 12 % des cas.

À l'analyse multivariée, le tabagisme maternel était associé à une hausse de 32 % du risque de mortalité néonatale (HR ajusté = 1,32 ; IC<sub>95</sub> : 1,17-1,49) et de 118 % du risque de mortalité post-néonatale (HR ajusté = 2,18 ; IC<sub>95</sub> : 1,87-2,53). Les nourrissons de mères fumeuses avaient un risque accru de 167 % de poids faible pour leur âge gestationnel (HR ajusté = 2,67 ; IC<sub>95</sub> : 2,62-2,67) et de 141 % de prématurité (HR ajusté = 1,41 ; IC<sub>95</sub> : 1,37-1,44). Les autres affections favorisées par le tabagisme sont ensuite répertoriées. Lawder et al. *Impact of maternal smoking on early childhood health: a retrospective cohort linked dataset analysis of 697 003 children born in Scotland 1997–2009*. *BMJ Open*, mars 2019. En accès libre [<https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e023213>].

D'après *La Lettre de la SFT* n° 98 – mars 2019