

PRISE DE POIDS APRÈS UN SEVRAGE EN ALCOOL ET TABAC

Pertinence d'une approche addictologique



Carole Tastet¹, Dr Élisabeth Monthieux¹, Dr Mélina Fatseas^{1,2}

Le transfert d'addiction d'une substance (alcool, cannabis, nicotine, cocaïne) vers l'alimentation doit être pris en compte dans la prise en charge des patients. Il s'agit notamment de modifier le rapport à l'alimentation et de réguler le *craving*, cette envie irrésistible de consommer.

INTRODUCTION

Plusieurs études ont mis en évidence le caractère déstructuré de l'alimentation chez les individus ayant une addiction aux substances (alcool, cannabis, nicotine, cocaïne) [1]. Des répercussions diverses de ces troubles alimentaires ont ainsi été rapportées avec notamment un risque de malnutrition qui entrave la rémission de l'addiction. Les liens entre addiction et comportements alimentaires semblent sous-tendus par des processus cérébraux et comportementaux similaires qui interagissent entre eux. Ainsi, la prise alimentaire et l'ingestion d'alcool s'associent à une augmentation de la sécrétion de dopamine dans le noyau accumbens et une activation des systèmes cérébraux dits de récompense jouant un rôle majeur dans le développement des comportements addictifs. L'une des conséquences observées est

le *craving* (envie irrésistible de consommer) envers la substance, mais aussi envers la nourriture, surtout sucrée, lors des tentatives de diminution ou d'arrêt des consommations. Ces phénomènes favorisent ainsi le "transfert d'addiction" de la substance vers l'alimentation. Ces constats doivent avoir des répercussions sur la façon de penser la prise en charge des patients qui prennent du poids après un sevrage en alcool ou en tabac. La première cible sera de modifier le rapport à l'alimentation et la seconde, de repérer et réguler le *craving*.

L'ADDICTION : CONCEPTION ACTUELLE

Depuis de nombreuses années, l'observation de convergences entre les addictions, et surtout leurs mécanismes, a contribué à l'émergence d'une approche globale et intégrative de l'addiction et de sa prise en charge. L'addiction est un trouble psychiatrique sévère et chronique qui fait partie

depuis la publication du DSM-V en 2013 [2], des troubles liés à l'utilisation d'une substance (ou trouble de l'usage). Au niveau symptomatique, elle se caractérise par une perte de contrôle de la consommation, le maintien de cette consommation malgré l'accumulation de dommages liés à celle-ci et à de multiples tentatives d'arrêt infructueuses. Le *craving* est un des symptômes de l'addiction, et est désormais intégré aux critères diagnostiques du DSM-5 (5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié par l'*American psychiatric association*). Défini comme l'envie irrésistible de consommer et/ou la survenue de pensées obsédantes centrées sur l'objet d'usage, il est aujourd'hui désigné comme un facteur majeur du maintien de l'usage et de la rechute chez les sujets présentant une addiction et souhaitant être abstinents [3-5]. Au-delà de ces symptômes, nous retrouvons des convergences sociologiques, psychopathologiques, neurobio-

¹Unité de soins complexes en addictologie, CHU de Bordeaux
²SANPSY CNRS USR 3413, Université de Bordeaux

.....
La conceptualisation actuelle met l'accent sur la notion de socle commun aux différentes pratiques addictives.
.....

logiques mais aussi épidémiologiques (plusieurs addictions coexistent fréquemment chez un même individu) (6).

La conceptualisation actuelle met l'accent sur la notion de socle commun aux différentes pratiques addictives, quelle que soit la substance consommée, relativisant ainsi l'intérêt de l'approche ciblée sur le produit. **Dès lors, certains auteurs (7-9) ont plus récemment souligné l'importance d'étendre le champ des addictions avec substances aux addictions sans substances**, comme notamment le jeu pathologique, ou certains troubles alimentaires, sur la base de similitudes cliniques et thérapeutiques entre ces troubles. Cette approche permet donc de mieux appréhender la question du transfert d'addiction d'un produit à un comportement.

ADDICTOLOGIE CLINIQUE : QUELLE PRISE EN CHARGE ?

■ **LE SEVRAGE, ET APRÈS ?**

La conception actuelle de l'addictologie met l'accent sur le fait que la dépendance physique (tolérance et syndrome de sevrage liés à l'intoxication aiguë récurrente), ne représente plus qu'un processus annexe, adaptatif lié à l'exposition chronique à une substance, et non spécifique de l'addiction. L'addiction, au-delà du sevrage,

est une maladie chronique qui se caractérise par la tendance au retour involontaire à la consommation : la rechute. L'accompagnement en addictologie aura pour objectif de permettre au patient de développer des compétences lui permettant de maintenir l'arrêt des consommations le plus longtemps possible. **Le sevrage ne représente donc pas à lui seul le soin en addictologie**, mais correspond à une période spécifique de la prise en charge propice à l'organisation d'un soin addictologique plus global, stable et pluridisciplinaire (6).

La période d'arrêt des consommations est une étape particulière de vulnérabilité chez le patient qui expérimente une nouvelle façon de vivre sans l'objet d'addiction, tout en prenant conscience des dommages accumulés. En effet, au-delà de l'accompagnement dans la rémission la plus stable possible, le soin pluridisciplinaire en addictologie aura également pour vocation d'accompagner un changement de mode vie global durant la phase de maintien et permettra d'être vigilant au transfert d'addiction (6).

L'enjeu de l'accompagnement au maintien de l'arrêt sera la prise en charge du *craving*. Cette envie irrésistible de consommer qui persiste après le sevrage. Comme le soulignent Auriacombe et al., dans un chapitre de livre en 2016 « (le *craving*) doit être une cible privilégiée des traitements de l'addiction : que ce soit la psychothérapie ou la pharmacothérapie » (10). En effet, selon ces mêmes auteurs, « le *craving* pourrait représenter un candidat idéal » pour prédire la rechute et donc identifier les patients les plus à risque (11, 12). Le *craving* s'est donc imposé depuis

quelques années comme un indice à la fois diagnostique et pronostique de la rechute, mais aussi du transfert d'un trouble de l'usage vers un autre.

■ **UNE CIBLE THÉRAPEUTIQUE : LE CRAVING**

Le terme *craving* est un mot anglais dont on ne trouve pas d'équivalent en langue française. En addictologie, ce terme désigne une envie irrésistible de consommer, alors qu'on ne le veut pas. C'est une expérience déroutante et pour beaucoup de personnes, indicible. Il est en effet perturbant de désirer fortement et au même moment, deux choses totalement opposées : consommer et être abstinent. Ceci signe le caractère egodystonique du *craving*, qui est donc une expérience involontaire et stressante pour la personne en démarche de soin.

L'incompréhension et la détresse éprouvées par les personnes expérimentant le *craving* peuvent en partie s'expliquer par le fait que le *craving* se distingue de la phase aiguë du sevrage. Son expression clinique, mais aussi les mécanismes physiopathologiques et sa persistance, souvent des mois, voire des années, après l'arrêt des consommations le distinguent fondamentalement du syndrome de sevrage, essentiellement physique et surtout transitoire. Les consommateurs s'attendent au sevrage physique et s'y préparent, ils connaissent les symptômes et ceux-ci sont bien apaisés par les traitements médicamenteux. Ils demeurent en revanche peu préparés au *craving*, qu'ils ne connaissent pas et n'ont souvent jamais repéré. Le *craving* est un phénomène complexe et

multidimensionnel, qui reflète une séquence d'expériences diverses chez l'individu (émotionnelle, corporelle, cognitive).

Pour Marlatt (13), le *craving* correspond au désir subjectif de ressentir les effets de la substance. Si l'on se réfère à la définition amenée plus haut et à l'approche de Marlatt, on comprend que le *craving* représente un moteur du transfert d'addiction. La personne, désirant ressentir l'effet du produit tout en restant abstinente, pourra trouver dans d'autres comportements une résolution de son état.

PRISE DE POIDS POST-SEVRAGE

■ EXEMPLE DU TRANSFERT D'ADDICTION DE L'ALCOOL VERS LES ALIMENTS : COMMENT PREND-ON DU POIDS APRÈS UN SEVRAGE ALCOOL ?

S'il est communément admis que la consommation chronique d'alcool favorise la prise de poids en raison de son caractère calorique et sucré, la prise de poids suite à l'arrêt des consommations est souvent mal comprise et peu anticipée. Des études mettent en effet en avant une hyperphagie en post-sevrage alcool et tabac qui concordent avec l'expérience clinique de prises alimentaires souvent compulsives et sucrées à l'arrêt des consommations. Cette attirance pour les produits sucrés est maximale en début de prise en charge (14-16), et occasionne une souffrance chez les patients qui prennent du poids (16) et doivent faire des efforts pour le perdre (15). Une étude de 2000 met en avant que 78 % des personnes

avec addiction à l'alcool décrivent une augmentation des consommations de café, cigarettes, chocolat et bonbons avec notamment une augmentation significative des aliments sucrés, durant la phase d'arrêt (17). Les patients avec un TDU alcool décrivent des taux plus élevés, que le groupe contrôle, de recours à des produits sucrés hautement plaisants. L'intensité maximale est relevée après 24 jours de traitement (14, 18, 19). **Pour limiter cette hyperphagie, de nombreux programmes ont intégré des consultations diététiques et de l'activité sportive** (20).

■ EXEMPLE DU TRANSFERT D'ADDICTION DE LA NICOTINE VERS LES ALIMENTS : COMMENT PREND-ON DU POIDS APRÈS UN SEVRAGE TABAC ?

Contrairement à l'alcool, la prise de poids à l'arrêt des consommations de tabac est anticipée, voire même redoutée, par les patients et particulièrement les patientes. L'augmentation de l'appétit et la prise de poids constituent le principal frein aux tentatives d'arrêt chez les femmes (21). En effet, la consommation de cigarettes est associée à une diminution de l'appétit, une diminution de l'alimentation et une perte de poids alors que l'arrêt est associé à une hyperphagie et une prise de poids (20, 22) avec un attrait particulier pour les aliments gras et salés (23). **L'augmentation de l'appétit fait partie des symptômes de sevrage à la nicotine et la nicotine en elle-même agit comme un coupe-faim et augmente les dépenses énergétiques.** La levée de cet effet, le sevrage et le *craving*, vont donc stimuler à la fois l'appé-

.....
En addictologie, le terme *craving* désigne une envie irrésistible de consommer, alors qu'on ne le veut pas.

tit et l'envie de manger et donc favoriser la prise de poids. Selon une méta-analyse de 2012, cette prise de poids serait d'environ 5 kg après 12 mois d'abstinence, la majeure partie de la prise de poids intervenant dans les 3 mois suivant l'arrêt (24). Les variations restent néanmoins importantes avec 16 % des individus qui perdraient du poids et 13 % qui prendraient plus de 10 kg (24). En 2010, Leaman et al. (25) ont évalué la rechute après arrêt des consommations de cigarettes chez deux groupes de sujets : groupe sans nicotine et sans alimentation hédonique versus groupe sans nicotine seulement. Les sujets privés de nicotine et de nourriture hédonique re-consommaient plus tôt et plus de cigarettes que le groupe seulement privé de nicotine. **Ces résultats suggèrent que la prise alimentaire pourrait constituer une tentative de régulation du *craving*.**

La prise de poids suite au sevrage tabac est donc avérée et ne doit pas être sous-estimée, celle-ci pouvant atteindre 9 kg à 5 ans d'arrêt (26). Ces résultats mettent en avant l'importance de la compréhension du lien entre arrêt du tabac et prise de poids. Le tabac est souvent considéré comme anorexigène et les fumeurs ont un poids inférieur, même s'ils mangent comme ou plus que les non-fumeurs. Cependant, fumer peut augmenter le renforcement

fourni par la nourriture et ce renforcement persiste après l'arrêt. Ainsi, le gain de poids observé après l'arrêt peut être plus qu'un rebond et correspondre à une attirance accrue pour la nourriture [16, 27, 28].

COMMENT EXPLIQUER LE TRANSFERT D'ADDICTION ?

■ CIRCUITS NEURONAUX

Il a été mis en évidence des similitudes comportementales et neurobiologiques entre addiction à une substance, hyperphagie et *binge eating disorder* [29]. Ces comportements alimentaires concerneraient essentiellement les aliments palatables (gras, sucrés et salés) et certains aliments raffinés de types industriels [30-32]. Ceux-ci présenteraient en effet certaines propriétés addictogènes comparables à l'alcool, au tabac ou à la cocaïne [32, 33]. **Des études neurophysiologiques et comportementales suggèrent que les personnes obèses répondent à la nourriture de façon similaire à la façon dont les individus ayant un trouble de l'usage répondent à la substance d'addiction.** Il existe en effet des mécanismes cérébraux communs, responsables du renforcement lors de la consommation d'aliments palatables et de substances psychoactives, mais aussi impliqués dans la motivation et le contrôle des impulsions [16, 30, 34]. Dans ce sens, des auteurs ont proposé que l'addiction aux produits salés ou sucrés pourrait expliquer l'épidémie grandissante d'obésité dans nos sociétés occidentales [26] et que l'addiction à l'alimentation peut contribuer à l'épidémie d'obésité [33, 35, 36].

■ ADDICTION À L'ALIMENTATION

Lorsque nous nous interrogeons sur le "transfert d'addiction" d'une substance vers l'alimentation, nous posons implicitement la question de l'addiction à l'alimentation. Bien que ce concept soit encore largement débattu, il est également de plus en plus étudié et reconnu dans le champ de l'addictologie. Ce concept vient en effet répondre au constat clinique des difficultés que rencontrent les patients dans leur relation à l'alimentation : **perte de contrôle, poursuite malgré les dommages entraînés, tentatives de modulation infructueuses et souffrance ressentie.** Une première équipe s'est intéressée à l'addiction à l'alimentation en proposant son opérationnalisation à travers un outil : la *yale food addiction scale* [37]. Cet auto-questionnaire est aujourd'hui la référence qui permet, dans sa version courte de 2015 (traduite en français et libre de droits d'auteurs) [38], d'évaluer les critères du DSM-IV du trouble de l'usage, adaptés à l'évaluation de l'addiction à l'alimentation et particulièrement les aliments gras, salés ou sucrés pouvant avoir des propriétés addictives. Une version longue (35 items) a récemment été validée pour évaluer les critères DSM-V [39]. À partir de cet outil, différentes mesures de prévalences ont pu être effectuées et montrent une prévalence 5 à 10 % d'addiction à l'alimentation en population non clinique [40] alors qu'elle atteint 15 à 25 % chez les échantillons de patients obèses et plus de 50 % chez les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire (essentiellement *binge eating disorder* et boulimie ner-

.....
La prise de poids suite au sevrage tabac est donc avérée et ne doit pas être sous-estimée, celle-ci pouvant atteindre 9 kg à 5 ans d'arrêt.

veuse) [41]. Il semblerait que les critères qui cotent le plus en population générale et clinique (obésité) soient « *le désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation* » [42], la poursuite de la consommation en dépit des dommages et la tolérance [43]. L'addiction à l'alimentation, bien que retrouvée de façon significative en population clinique, ne permet évidemment pas d'expliquer l'obésité ou les troubles du comportement alimentaire dans leur ensemble. Elle peut néanmoins expliquer une partie de la prise de poids après le sevrage alcool ou tabac, notamment par le biais de l'activation de *craving* à l'alimentation, souvent rapporté après l'arrêt des consommations [3]. Le *craving* à l'alimentation est un symptôme qui permet de discriminer les personnes avec et sans addiction à l'alimentation, et qui semble impliqué dans la perte de contrôle de la prise alimentaire puis dans la prise de poids [39, 44].

■ LE CRAVING

C'est en s'intéressant aux mécanismes de l'addiction que l'on peut expliquer la prise de poids suite au sevrage alcool ou tabac. **L'addiction est une maladie chronique qui, une fois développée, existe indépendamment de l'objet sur lequel elle se fixe.** Les patients ont

donc développé un mode général de satisfaction d'une envie de ressentir un effet particulier. Que ce soit un plaisir ou un soulagement, il s'agit d'une tentative de régulation de l'expérience émotionnelle et affective. À l'arrêt des consommations, la source de renforcement disparaît, mais l'envie subjective de ressentir l'effet persiste (*craving*). Le patient se retrouve donc de façon non consciente (ou automatique) à la recherche d'une nouvelle source de plaisir/soulagement intense et immédiate. Nous savons depuis peu que l'alimentation se trouve être un candidat idéal, notamment les aliments palatables (gras, salés, sucrés, solides et liquides) [45, 46]. Le concept d'alimentation émotionnelle reprend ce phénomène. Il s'agit de « *moduler sa consommation alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel* » et non en se référant à ses sensations internes de faim et de satiété [47], ce qui favorise la prise de poids. La période de sevrage étant une période transitoire caractérisée par une augmentation du stress et la présence du *craving*, la tendance à recourir à l'alimentation émotionnelle peut en être accrue [48, 49].

Les études suggèrent que l'hyperphagie peut remplacer l'usage de substances pendant que l'usage de substance peut modifier la consommation alimentaire. Selon cette "théorie de la compétition", la consommation alimentaire augmente lorsque les substances ne sont plus consommées pour poursuivre l'activation du circuit de récompense (1). **Cependant, au-delà de la théorie de remplacement, il est probable qu'il s'agisse d'une recherche d'apaisement du *craving*** (i.e. obtention des effets recherchés) [23].

QUELLE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ET DIÉTÉTIQUE ?

Les relations entre alimentation et addiction à l'alcool ou au tabac prennent donc bien deux directions :

- la consommation excessive de tabac [23, 35, 36] et d'alcool [1] modifie l'alimentation ;
- l'arrêt des consommations de tabac [31, 33] et d'alcool [21, 22, 48, 49] favorise le *craving* envers les aliments palatables, l'hyperphagie et la prise de poids.

■ PSYCHOÉDUCATION : L'ALIMENTATION EST UN SOIN

Une large revue de littérature datant de 2018 [1] met en évidence l'importance d'une approche globale et d'une attention portée à l'alimentation chez les patients ayant une addiction à une substance. En effet, en raison de leur addiction, les patients ont souvent une alimentation déstructurée entraînant des carences et facteurs de risques cardiovasculaires. Notamment car, comme nous l'avons vu, les substances modifient l'appétit, chez des personnes qui utilisent souvent le produit pour se couper des états internes désagréables. Les consultations auprès de diététiciens et médecins nutritionnistes permettent un dépistage nécessaire des comportements alimentaires compensatoires, mais ne permettent pas leur prise en charge. L'accompagnement de la prise alimentaire devra d'abord passer par une éducation à l'importance de l'alimentation en tant que soin et source de plaisir. Il sera nécessaire d'accompagner le patient dans le repérage de ses habitudes alimentaires pour mettre à jour la

.....
Les études suggèrent que l'hyperphagie peut remplacer l'usage de substances pendant que l'usage de substance peut modifier la consommation alimentaire.

fonction de l'alimentation et les éventuelles fausses croyances. **L'idée sera que le patient ne soit pas en guerre contre son alimentation ou dans la restriction ou surveillance, mais que ce comportement soit associé à un plaisir et un moment pour soi, sans être dans la compulsion.** Il est aujourd'hui reconnu que les programmes de soin en addictologie doivent intégrer un accompagnement diététique et nutritionnel [1, 22, 33, 50]. En 2013, une large étude sur trois structures résidentielles de soins en addictologie aux États-Unis permettait de mettre en évidence l'efficacité d'un programme nutritionnel de 6 semaines sur l'IMC, le périmètre abdominal et la diminution de la prise d'aliments riches en sucres [50]. Ce programme expliquait aux patients l'intérêt pour leur santé d'une alimentation variée, leur permettait de développer leurs compétences en cuisine et leur sentiment d'efficacité personnelle dans une meilleure prise alimentaire ; le tout sans restriction.

■ REPÉRAGE DES SENSATIONS ALIMENTAIRES

Après le repérage des comportements alimentaires compensatoires et la réconciliation avec la fonction de l'alimentation, il sera

nécessaire de travailler sur le repérage des sensations alimentaires. L'objectif sera de permettre au patient de vivre, d'expérimenter et de ressentir les sensations liées à l'alimentation pour que celle-ci soit en adéquation avec ses besoins et envies. **Le repérage des sensations alimentaires concerne la prise de conscience de la faim, qui doit être différenciée de l'envie de manger et de la satiété qui correspond à une lassitude alimentaire.** Le message de satiété n'intervenant qu'au bout de 30 minutes, il sera important de travailler également sur la lenteur de la prise alimentaire. Cette lenteur nécessite la mastication des aliments, et permettra la prise de conscience des goûts, odeurs et textures alimentaires, mais aussi des sensations, pensées et émotions survenant durant le repas et donc, d'augmenter le plaisir. Repérer ses sensations permet également de savoir de quoi nous avons besoin, quand et en quelle quantité. En effet, lorsque nous avons faim (gargouillis, creux dans l'estomac), nous brûlons des calories et pouvons donc manger sachant que souvent, une grande faim est apaisée par une petite prise alimentaire, contrairement à la croyance largement partagée : « plus j'ai faim, plus je dois manger vite et beaucoup ». Cette approche intégrative bio-psycho-sensorielle consiste en des exercices de prise alimentaire en pleine conscience qui permettent de manger moins sans être frustré. La pleine conscience a un impact bénéfique dans la prise en charge des TCA car elle permet d'améliorer la conscience corporelle (51) et la régulation émotionnelle qui font partie des cibles des PEC actuelles (52, 53). Les théories actuelles considèrent que les TCA

résultent d'une recherche de régulation émotionnelle en mettant au premier plan les sensations, au détriment des émotions (54). Des études ont montré la diminution des TCA après une PEC en pleine conscience (53, 56) et le maintien de cette réduction à la fin du programme, lorsque les personnes continuent la pleine conscience (57). L'avantage d'un repas lent (donc long) et plaisant est également le plaisir et la motivation accrues à la préparation du repas. Les programmes de méditation encouragent l'alimentation en pleine conscience, y compris des aliments que les patients considéraient "interdits". En effet, la restriction entraîne toujours un risque d'hyperphagie incontrôlée (58, 59). **Car, plus on se retient, plus le besoin se fait sentir de manière intense.** Il est montré que les programmes incluant une diète des carbohydrates en post-sevrage ne permettent pas une perte de poids et sont associés au maintien du *craving* (49). Des programmes de pleine conscience ont été développés avec succès dans les TCA (51, 56, 57) et la régulation du *craving* alcool (60, 61) et tabac (62, 63). En 2017, le Dr Brunault (39) proposait que l'addiction à l'alimentation et l'alimentation émotionnelle fassent partie du spectre des troubles du comportement alimentaire et ouvrirait donc sur des prises en charge récemment développées et dites "trans-diagnostiques". C'est le cas de la remédiation cognitive et du programme qui a pour but d'améliorer la régulation de l'attention et des émotions et la flexibilité mentale. Les innovations thérapeutiques concernent aujourd'hui les approches émotionnelles et corporelles visant l'acceptation et la conscience des

émotions et sensations corporelles (pleine conscience, thérapie ACT, psychologie positive).

■ UN ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ EN ADDICTOLOGIE

Nous l'avons vu, l'hyperphagie post-sevrage et le transfert d'addiction peuvent également relever d'une alimentation émotionnelle ou addiction alimentaire. Ceci nécessite une évaluation addictologique auprès d'un spécialiste et un accompagnement dans la compréhension et le repérage du *craving*. Qu'il s'agisse d'un arrêt des consommations d'alcool ou de tabac, une prise en charge en addictologie sera nécessaire pour évaluer le patient et l'accompagner dans le maintien de l'arrêt des consommations.

Pour limiter le phénomène d'emballage alimentaire et de prise de poids après le sevrage alcool et tabac, plusieurs outils sont disponibles :

- traitements addictolytiques dit "anti-*craving*" pour l'alcool et pour le tabac (patchs de nicotine, varenicline, naltrexone, baclofène...),
- approches psychothérapeutiques,
- psychoéducation,
- et une prise en charge centrée sur l'alimentation.

Les patchs de nicotine permettent un effet à la fois sur les symptômes de sevrage et sur le *craving*. L'adaptation posologique jusqu'à obtention d'une réduction significative du *craving* est un élément essentiel pour éviter la rechute et limiter les transferts d'addiction et ainsi la prise de poids. En prenant en charge le *craving* envers la substance de "prédilection", nous pourrions obtenir un effet sur le *craving* envers le comportement compensatoire.

■ COMMENT ACCÉDER À DES PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS EN ADDICTOLOGIE ?

Des équipes spécialisées existent en centre hospitalier (consultation hospitalière d'addictologie, unités

d'hospitalisation de jour ou temps plein, ELSA) ou en extra-hospitalier avec le dispositif médico-social et les CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Une liste non exhaustive est disponible sur le

site www.addictoclic.fr. ■

✳ Les auteurs déclarent avoir des liens d'intérêt avec....

MOTS-CLÉS

Transfert d'addiction, Alcool, Tabac, Troubles alimentaires, Craving, Sevrage

Bibliographie

- Jeynes KD, Gibson EL. The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug Alcohol Depend* 2017 ; 179 : 229-39.
- Crocq MA, Gueffi JD, Boyer P. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Publishing, 2013.
- Sinha R, Fox HC, Hong KI et al. Effects of adrenal sensitivity, stress- and cue-induced craving, and anxiety on subsequent alcohol relapse and treatment outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2011 ; 68 : 942-52.
- Morissette A, Ouellet-Plamondon C, Jutras-Aswad D. Le craving comme symptôme central de la toxicomanie : de ses fondements neurobiologiques à sa pertinence clinique. *Santé Mentale Québec*, 2014 ; 39 : 21-37.
- Fatseas M, Serre F, Alexandre et al. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues: Cues, craving and substance use. *Addiction* 2015 ; 110 : 1035-42.
- Fatseas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. In : Abrégé d'addictologie. Paris : Masson, 2009 : 62-8.
- Petry NM. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction* 2006 ; 101 : 152-60.
- Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* 2008 ; 363 : 3181-9.
- Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR. Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: Carving addiction at a new joint? Nonsubstance addictions. *Ann N Y Acad Sci* 2010 ; 1187 : 294-315.
- Auriacombe M, Fatseas M, Serre F. Le Craving ; marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? In : Traité d'addictologie, 2e Éd. Paris : Lavoisier, 2016 : p. 78.
- Fatseas M, Denis C, Massida Z et al. Cue-induced reactivity, cortisol response and substance use outcome in treated heroin dependent individuals. *Biol Psychiatry* 2011 ; 70 : 720-7.
- Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving: Tiffany & Wray. *Ann N Y Acad Sci* 2012 ; 1248 : 1-17.
- Marlatt GA. Craving notes. *Addiction* 1987 ; 82 : 42-4.
- Krahn D, Grossman J, Henk H et al. Sweet intake, sweet-liking, urges to eat, and weight change: Relationship to alcohol dependence and abstinence. *Addict Behav* 2006 ; 31 : 622-31.
- Cowan J, Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite* 2008 ; 50 : 33-42.
- Nolan LJ. Shared urges? The links between drugs of abuse, eating, and body weight. *Curr Obes Rep* 2013 ; 2 : 150-6.
- Jungmann K, Veltrup C, Wetterling T. Craving shift in chronic alcoholics. *Eur Addict Res* 2000 ; 6 : 64-70.
- Kampov-Polevoy AB, Tsoi MV, Zvartau EE et al. Sweet liking and family history of alcoholism in hospitalized alcoholic and non-alcoholic patients. *Alcohol Alcohol* 2011 ; 36 : 165-70.
- Kampov-Polevoy AB, Eick C, Boland G et al. Sweet liking, novelty seeking, and gender predict alcoholic status. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 ; 28 : 1291-8.
- Shriner RL. Smoking cessation and the risk for type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2010 ; 152 : 755.
- Barry D, Petry NM. Associations between body mass index and substance use disorders differ by gender: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addict Behav* 2009 ; 34 : 51-60.
- Hodgkins CC, Cahill KS, Seraphine AE et al. Adolescent drug addiction treatment and weight gain. *J Addict Dis* 2004 ; 23 : 55-65.
- Cocores JA, Gold MS. The Salted Food Addiction Hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Med Hypotheses* 2009 ; 73 : 892-9.
- Aubin HJ, Farley A, Lycett D et al. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012 ; 345 : e4439.
- Leeman RF, O'Malley SS, White MA, McKee SA. Nicotine and food deprivation decrease the ability to resist smoking. *Psychopharmacology* 2010 ; 212 : 25-32.
- Eisenberg D, Quinn BC. Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2006 ; 41 : 2255-66.
- Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev* 2004 ; 5 : 95-103.
- Donny EC, Caggiola AR, Weaver MT et al. The reinforcement-enhancing effects of nicotine: Implications for the relationship between smoking, eating and weight. *Physiol Behav* 2011 ; 104 : 143-8.
- Meule A, Gearhardt AN. Five years of the Yale Food Addiction Scale: Taking stock and moving forward. *Curr Addict Rep* 2014 ; 1 : 193-205.
- Ahmed SH. Sucres, addiction et obésité. *Obésité* 2012 ; 7 : 3-9.
- Meule A, Kubler A. Food cravings in food addiction: The distinct role of positive reinforcement. *Eat Behav* 2012 ; 13 : 252-5.
- Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neurosci Biobehav Rev* 2008 ; 32 : 20-39.
- Schulte EM, Grilo CM, Gearhardt AN. Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clin Psychol Rev* 2016 ; 44 : 125-39.
- Gearhardt AN. Neural correlates of food addiction. *Arch Gen Psychiatry* 2011 ; 68 : 808-16.
- Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. The addictive dimensionality of obesity. *Biol Psychiatry* 2013 ; 73 : 811-8.
- Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. Obesity and addiction: neurobiological overlaps: Overlaps between drug and food addiction. *Obes Rev* 2013 ; 14 : 2-18.
- Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 2009 ; 52 : 430-6.
- Brunault P, Ballon N, Gaillard P et al. Validation of the french version of the yale food addiction scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. *Can J Psychiatry* 2014 ; 59 : 276-84.
- Brunault P, Courtois R, Gearhardt AN et al. (2017). Validation of the french version of the DSM-5 yale food addiction scale in a nonclinical sample. *Can J Psychiatry* 2017 ; 62 : 199-210.
- Lent MR, Eichen DM, Goldbacher E et al. Relationship of food addiction to weight loss and attrition during obesity treatment. *Obesity* 2014 ; 22 : 52-5.
- Pursey K, Stanwell P, Gearhardt A et al. The prevalence of food addiction as assessed by the yale food addiction scale: a systematic review. *Nutrients* 2014 ; 6 : 4552-90.
- Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR et al. Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *Am J Clin Nutr* 2014 ; 99 : 578-86.
- Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry* 2013 ; 54 : 500-5.
- Verzijl CL, Ahlich E, Schlauch RC, Rancourt D. The role of craving in emotional and uncontrolled eating. *Appetite* 2018 ; 123 : 146-51.
- Warren MW, Gold MS. The relationship between obesity and drug use. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 : 1268.
- Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite* 2008 ; 50 : 1-11.
- Bourdier L, Orri M, Carre A et al. Are emotionally driven and addictive-like eating behaviors the missing links between psychological distress and greater body weight? *Appetite* 2018 ; 120 : 536-46.
- Jungmann K, Backhaus J, Tietz U et al. The consumption of cigarettes, coffee and sweets in detoxified alcoholics and its association with relapse and a family history of alcoholism. *Eur Psychiatry* 2005 ; 20 : 451-5.
- Moorhouse M, Loh E, Lockett D et al. Carbohydrate craving by alcohol-dependent men during sobriety: relationship to nutrition and serotonergic function. *Alcohol Clin Exp Res* 2000 ; 24 : 635-43.
- Cowan JA, Devine CM. Diet and body composition outcomes of an environmental and educational intervention among men in treatment for substance addiction. *J Nutr Educ Behav* 2013 ; 45 : 154-8.
- Kristeller JL, Hallett CB. An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *J Health Psychol* 1999 ; 4 : 357-63.
- Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2005 ; 37 : 321-29.
- Corstorphine E. Cognitive-Emotional-Behavioural Therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *Eur Eat Disord Rev* 2006 ; 14 : 448-61.
- Pinaquy S, Chabrol H, Simon C et al. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes Res* 2003 ; 11 : 195-201.
- Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite* 2012 ; 58 : 847-51.
- Kristeller JL, Baer RA, Quillian-Wolever R. Mindfulness-based approaches to eating disorders. In : Mindfulness-based treatment approaches. Elsevier, 2006 : 75-91.
- Kristeller J, Wolever RQ, Sheets V. Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: a randomized clinical trial. *Mindfulness* 2014 ; 5 : 282-97.
- Stice E, Shaw H, Becker CB, Rohde P. Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. *Prev Science* 2008 ; 9 : 114-28.
- Desmurget M. L'anti-régime. Paris : Belin, 2015.
- Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Marlatt GA. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addict Behav* 2007 ; 32 : 2324-8.
- Carpentier D, Romo L, Bouthillon-Heitzmann P, Limosin F. Résultats préliminaires d'un groupe de pleine conscience (Mindfulness) chez des patients alcoolodépendants. *Encéphale* 2015 ; 41 : 521-6.
- Etwaf HM, Witkiewitz K, Mallik S et al. Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug Alcohol Depend* 2013 ; 130 : 222-9.
- Maglione MA, Maher AR, Ewing B et al. Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav* 2017 ; 69 : 27-34.