



par le Dr Thomas ORBAN

Médecin généraliste

1180 Uccle

thomas.orban@ssmg.be

Congrès SFA (Société française d'alcoologie)

La rencontre en alcoologie

Le DSM-5 :
nouveau concept, nouvelle clinique ?

Paris, du 20 au 22 mars 2013

De l'alcoolisme à la maladie du cerveau

Longtemps, les malades de ou avec l'alcool ont été appelés alcooliques. Cependant, depuis la première mention du terme alcoolisme (alcoholismus chronicus) chez le suédois Magnus Huss en 1849, les choses ont bien changé. L'historique du DSM illustre parfaitement l'évolution de l'approche face au problème d'alcool chez les patients. De dégénérescence morale, c'est devenu un trouble social. Ensuite, il s'agissait d'une maladie, puis d'un trouble de l'apprentissage. Aujourd'hui, il y a un consensus pour dire qu'il s'agit d'une maladie du cerveau dont certains circuits seraient dysfonctionnels. On constate une augmentation de la valeur motivationnelle de l'alcool, un déséquilibre qui renforce le pouvoir d'appétence de l'alcool. Sa consommation est de moins en moins inhibée. Des troubles neurocognitifs s'installent et viennent renforcer ce cycle infernal.

D'après l'exposé du Pr Henri-Jean Aubin, Villejuif, France

Mots-clefs: abstinence alcoolique, alcoolisme.



DSM-3, 4, 4R : où était le problème ?

Le DSM III (1980 : description de l'abus d'alcool) présentait les troubles de l'alcool sous une forme biaxiale car elle concernait des critères concernant à la fois les dommages liés au produit mais aussi des critères de dépendances. Ce qui peut poser problème : en effet, on peut avoir une dépendance sans avoir encore de dommages liés à la consommation ou au contraire des dommages liés à une consommation chronique sans dépendance (certaines cirrhoses par exemple, ou certains cancers du sein). La classification du DMS-3 avait comme socle l'abus d'alcool auquel on rajoutait la tolérance et/ou le syndrome de sevrage pour obtenir un diagnostic de dépendance. On est donc dans une description hiérarchisée : abus qui glisse vers le problème plus sévère qu'est la dépendance.

Cela pose problème : celui de la présence, ou non, de la maladie (la dépendance). Il y a ou pas la maladie. On est, ou on n'est pas, malade. Or les cliniciens savent bien qu'il y a un spectre assez large d'une population qui se situe entre les deux dans une sorte de zone grise où elle est tout de même un peu dépendante sans l'être tout à fait. Cette zone grise était mal prise en compte dans les différents DSM qui se sont succédés.

D'après l'exposé du Pr Henri-Jean Aubin, Villejuif, France

Mots-clefs: abstinence alcoolique, alcoolisme, consommation d'alcool.

DSM-5 : le continuum

Il fallait donc modifier l'approche du problème d'alcool en tenant compte de l'existence d'un continuum. Dans le DSM-5, l'approche n'est plus bi-axiale (dommages versus dépendance) mais dimensionnelle.

Cet aspect dimensionnel est mis en évidence par le concept de « trouble lié à l'usage d'alcool » (Alcohol Use Disorder ou AUD). Ce trouble peut présenter une sévérité plus ou moins importante qui rend mieux compte du continuum entre les différents types d'usage d'alcool que l'on rencontre en pratique clinique. Cette sévérité est graduée en fonction du nombre d'items présents. Le DSM-5 présente 11 critères. Le trouble est faible lorsqu'il y a deux-trois critères. Il est modéré en présence de 4 à 6 critères et sévère en présence de 7 à 11 critères. Les 11 critères sont les suivants :

- désir persistant ;
- perte de contrôle ;
- temps passé autour du produit ;
- tolérance ;
- syndrome de sevrage ;
- abandon des activités ;
- poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques ;
- incapacités à remplir les obligations majeures ;
- situations dangereuses ;
- utilisation répétée malgré des problèmes sociaux ;
- craving.

D'après l'exposé du Pr Henri-Jean Aubin, Villejuif, France

Mots-clefs: alcoolisme, consommation d'alcool.



L'alcool-dépendance : une maladie? Les arguments pour

L'orateur a présenté les arguments qui plaident pour ou contre l'hypothèse que la dépendance alcoolique soit une maladie. L'enjeu est important puisqu'il s'agit de 2 millions et demi de décès dans le monde chaque année et de 11% de binge drinking dans la population mondiale. Beaucoup de personnes sont concernées par cette question.

Voici les arguments qui plaident pour :

- l'**héritabilité** (plusieurs études ont montré des liens génétiques) ;
- les **circuits neurobiologiques** qui sont bien identifiés (circuit de la récompense impliquant la dopamine) ;
- la **clinique** qui met en évidence la compulsion, le désir auquel le malade ne sait pas résister ;
- l'**imagerie cérébrale** qui montre que la prise d'alcool précède la libération de la dopamine qui précède elle-même l'apparition de l'euphorie ;
- l'**évolution** qui montre à la fois les rechutes et les grandes difficultés à gérer le comportement ;
- le **traitement** avec l'utilisation de molécules qui agissent sur le circuit de la récompense (acamprosate¹, baclofène², disulfirame³, nalméfène⁴, naloxone⁵, ondansétron⁶).

D'après l'exposé du Pr Pascal Perney, Nîmes, France.

Mots-clefs: abstinence alcoolique, alcoolisme, consommation d'alcool.

1. Campral®
2. Lyoresal®
3. Antabuse®

4. N'existe pas en Belgique
5. Naloxon B®
6. Zofran®, Avessaron®

L'alcool-dépendance : une maladie? Les arguments contre

Certains arguments vont à l'encontre du concept de maladie, les voici :

- l'alcool est utilisé comme **automédication** qui permet de gérer le stress mais aussi les troubles psychologiques, relationnels, économiques et sociaux ;
- la **compulsion**, la dopamine augmentant effectivement après la prise d'alcool (mais est-ce finalement fort différent des désirs de récompenses qui ne sont pas considérés comme irrésistibles ?) ;
- l'**imagerie médicale** peut montrer des images identiques sans doute avec d'autres actions (plaisir de recevoir quelque chose, d'être assis devant un bon match de foot, ..) ;
- l'**évolution**, car il y a un pic des problèmes d'alcool à 20-30 ans qui montre pourtant une résolution spontanée sans qu'il y ait eu d'intervention médicale ou autre ;
- la **génétique**, 50% des japonais et 80% des coréens n'ayant, par exemple, pas le gène codant pour l'alcool déshydrogénase et présentant donc un flush socialement gênant s'ils boivent de l'alcool (n'est-ce pas plutôt l'abstinence qui est une maladie génétiquement transmissible ?).

On observe donc deux conceptions différentes et opposées. D'une part, l'alcool-dépendance est une maladie neurologique incurable, génétiquement favorisée avec des compulsions irrésistibles et des rechutes fréquentes. D'autre part le (més)usage d'alcool est une utilisation secondaire d'alcool en réponse à des troubles psychologiques, relationnels ou



sations ponctuelles importantes et de réduire les risques différés liés à la consommation régulière.

Les stratégies agiront à la fois sur l'offre et sur la demande.

D'après l'exposé du Dr Alain Rigaud, Reims, France.

Mots-clés: alcoolisme, consommation d'alcool.

Le craving

Le craving figure parmi les critères pour les addictions de l'OMS depuis 1994 mais apparaît seulement en 2013 dans le DSM. Il est probablement vécu par la majorité, voire la totalité des individus dépendants.

Les analyses montrent que le craving a un rôle fondamental pour toutes les formes d'addictions. Mais qu'est ce que le craving ? C'est l'expérience subjective d'un désir irrésistible de l'utilisation d'une substance, « Le craving est au désir ce que la panique est à l'anxiété ». Vu son importance, il est la cible des traitements pharmacologiques et psychologiques..

D'après l'exposé du Pr Joel Swendsen, Bordeaux, France.

Mots-clés: alcoolisme, consommation d'alcool, conduite addictive, craving.

Le craving : facteurs prédictifs d'intensité

Vu son importance et son omniprésence dans les addictions, le craving nécessite une étude attentive de ses caractéristiques. En parti-

culier, quels sont les facteurs prédictifs de son intensité. L'équipe de Pr. Joel Swendsen a étudié l'importance du craving en fonction des « cues » (stimuli). La méthode est celle de l'expérience sampling méthod. C'est une méthode moderne qui utilise les smartphones pour interroger les patients 4 fois par jour via SMS, permettant ainsi d'enregistrer sur le vif ce qu'ils ressentent, ce qui se passe, quels sont les stimuli auxquels ils sont soumis et auxquels ils répondent, quelle est l'importance du craving, quelle est leur consommation de substance, quelles sont les émotions ressenties, etc. Le tout prend moins d'une minute et demie. Seules les nouvelles technologies permettent d'obtenir des données d'une telle immédiateté. L'étude ainsi réalisée montre que les cues prédisent le niveau de craving (surtout les cues individuels). Elle montre également que le craving prédit la prise de substance dans un délai de 1, 3, 6 et jusqu'à 9 heures !

Ceci permettra une utilisation personnalisée du traitement, comme cela a d'ailleurs été remarqué de façon empirique pour les patients sous baclofène.

D'après l'exposé du Pr Joel Swendsen, Bordeaux, France.

Mots-clés: alcoolisme, consommation d'alcool, craving.

La rencontre en alcoologie

L'image sociale de l'alcool n'est pas la même que celle des autres produits. Les points de vue qui en découlent peuvent influencer la rencontre avec un patient malade avec l'alcool. Or, tous s'accordent à dire que la rencontre



avec un patient dépendant est capitale. En fonction de différents facteurs, cette rencontre aura ou n'aura pas lieu. Il vaut donc mieux éviter de laisser s'installer des malentendus et être conscient que cette rencontre met en présence un sujet souffrant avec un tiers sur lequel il projette la résolution de son problème. Et combien de malades alcooliques n'ont ils pas eu l'impression de ne pas avoir été entendus ? Bien sûr, « les personnes veulent être écoutées mais ne veulent pas toujours entendre » disait Freud. Ce sont parfois dans les quelques minutes initiales et les premiers échanges qu'un mot, un geste, un regard peut conditionner la suite de ce premier contact ouvrant sur une réelle première rencontre.

D'après l'exposé du Dr Paul Kiritzé-Topor, Angers, France

Mots-clefs: alcoolisme, consommation d'alcool, troubles liés à l'abus d'alcool.

Les cinq premières minutes

Les cinq premières minutes d'une consultation à propos de l'alcool sont fondamentales pour qu'il n'y ait pas de décalages entre la demande du patient et la réponse du praticien. Ce dernier se doit d'être clair dans ses représentations par rapport à l'alcool et à l'alcoolodépendance. Les premiers échanges peuvent avoir lieu sur le ton de l'information :

- la dépendance est une maladie et non un vice ou un problème de volonté ;
- l'alcool est un produit psychotrope et ses effets sont recherchés comme tels (anxiolyse, désinhibition, anesthésie) ;
- il y a une sensibilité individuelle au produit ;

- un événement-charnière de la vie est souvent présent et joue un rôle (souffrance première, ...).

L'ambivalence du patient peut être énoncée et accompagnée. Les bombes de l'imaginaire (une cure sinon rien, l'abstinence comme seule solution, ...) peuvent être désamorçées pour pouvoir avancer en terrain déminé.

D'après l'exposé de Mme Micheline Claudon, psychologue, Paris, France.

Mots-clefs: alcoolisme, consommation d'alcool, troubles liés à l'abus d'alcool.

La difficulté de la rencontre sur le sujet alcool

Il n'est pas évident de parler alcool avec nos patients. Pourquoi ? Peut être d'abord parce qu'il y a un malaise chez le soignant :

- dois-je l'aborder de front ? ;
- comment aborder les choses ? ;
- comment parler avec ce patient ? ;
- comment aborder l'entourage ?

Il peut aussi y avoir un malaise chez le patient :

- doutes quant à sa propre démarche ;
- peurs ;
- limites des thérapeutiques traditionnelles.

Il s'agira donc de créer un climat de confiance et le savoir-faire du praticien est crucial : travail sur ses représentations et ses projections, non-jugement, lâcher prise.

D'après l'exposé du Pr Gérard Osterman, Bordeaux, France.

Mots-clefs: alcoolisme, consommation d'alcool, troubles liés à l'abus d'alcool.