



Toutes les questions que vous vous êtes toujours posées sur l'alcool

Pr Michel Lejoyeux
Service universitaire de psychiatrie et d'addictologie
Hôpital Bichat-Claude Bernard et Maison Blanche

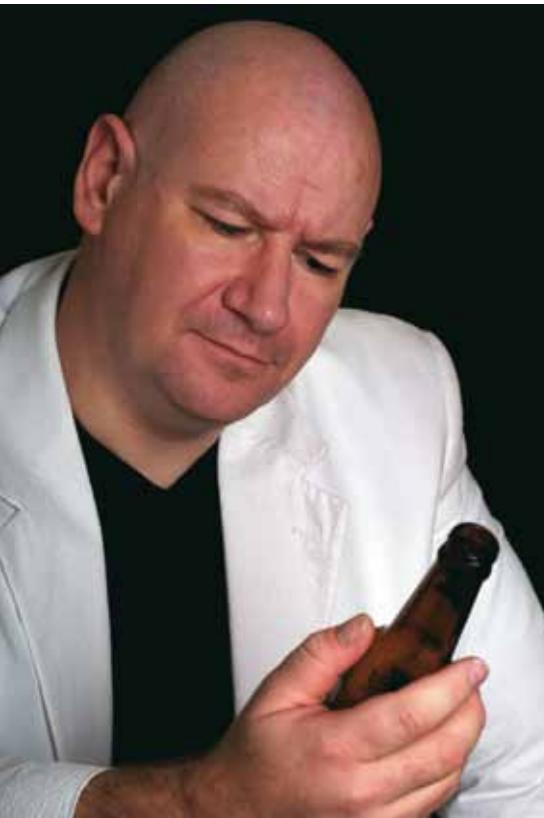
Sommaire

1.	Les doutes de François.....	5
2.	Les fêtes de Clara.....	7
3.	La rechute de Bernard.....	9
4.	Sophie n'aime pas le vin et fuit la police.....	11
5.	Les pots de Vincent.....	13
6.	Le permis de conduire de Marie-Christine.....	15
7.	L'accident de ski d'Anne.....	17
8.	Les désirs de Geoffrey.....	21
9.	Les campagnes électorales de Charles.....	24
10.	Les régimes de Marthe.....	26
11.	Marc veut faire seul le point face à l'alcool et au tabac.....	28
12.	Les groupes d'Alexandre.....	31
13.	Les thérapies de Lucien.....	33
14.	Marie veut savoir si son fils est à risque d'alcoolisme.....	35
15.	Le sevrage de Georges.....	37

Introduction

- Votre médecin traitant vous propose une brochure d'information sur l'alcool. Elle aborde les aspects modernes de la question. Comment définit-on les difficultés avec l'alcool ? Quelles en sont les causes ? Pourquoi les personnes les plus dépendantes ne peuvent-elles pas faire seules la démarche de changer ? Comment aider un membre de son entourage en difficulté ? Comment agissent les nouvelles thérapies et les nouveaux médicaments ?
- Malgré tous les progrès de l'alcoologie, les maladies de l'alcool progressent ainsi dans la honte et dans le silence gêné. C'est à ces réactions de fuite et de déni que cette brochure a l'ambition de s'attaquer. Le premier pas est souvent le plus difficile à faire. C'est pour cela que les textes qui suivent abordent des situations quotidiennes et tirées d'histoires vraies. Ils reprennent les questions les plus souvent posées à propos de l'alcool. A partir de ces premières réponses, vous pourrez interroger votre médecin traitant ou un alcoologue. Les réponses qu'il vous donnera seront personnalisées, adaptées à votre âge et à vos conditions de vie. Les brefs textes qui suivent peuvent vous aider, vous encourager, vous accompagner dans cette démarche d'information tant pour vous-même que pour vos proches. Si ce guide donne quelques réponses, il veut surtout vous inviter à prendre la parole, à vous poser des questions et à en poser à votre entourage.





Question 1 : Est-il utile de savoir combien de verres boit mon mari, mon fils ou ma femme pour savoir s'il est en difficulté avec l'alcool ?

Les doutes de François

Quand on demande à François combien de verres d'alcool il boit, il ne répond jamais précisément. Il dit qu'il ne sait pas bien s'il faut compter dans ses verres la bière et le vin. Il ajoute peu après qu'il ne boit jamais d'alcools forts et complète « ou alors c'est exceptionnel et seulement avec des amis, ou encore à l'apéritif ». Quand les questions se font plus insistantes, François se referme. Il ne peut pas exactement savoir ce qu'il boit. Il ne veut pas non plus se confronter à la réalité de sa consommation. A son médecin généraliste, il dit qu'il a fait beaucoup d'efforts et qu'il boit de toute manière moins que ce qu'il a bu à une certaine époque de sa vie. A son médecin du travail, il explique qu'il ne boit jamais quand l'alcool pourrait le mettre en danger. A sa femme et à ses enfants, il promet de faire des efforts et jure que le mois prochain le problème sera réglé.

Eléments de réponse :

- Le diagnostic de difficulté avec l'alcool et en particulier d'abus ou de dépendance alcoolique n'est pas lié aux quantités consommées. Il n'est pas très utile de poser de manière agressive la question des quantités d'alcool bues à celui qui est en difficulté. Son entourage lui demande assez souvent de se justifier ou de se modérer, niant ainsi la réalité de la dépendance. Le diagnostic de dépendance à l'alcool, d'addiction vis-à-vis de cette substance ne correspond pas au franchissement d'une dose seuil. Pour l'expliquer autrement, il n'y a pas de

quantité d'alcool à partir de laquelle on est malade et de quantité d'alcool au-dessous de laquelle on a une relation normale. La notion d'addiction ou de dépendance traduit une obligation de comportement. On est dépendant en fonction de la relation que l'on entretient avec l'alcool.

- Malgré tout l'alcool exerce une toxicité certaine. L'état de santé dépend de la quantité d'alcool que l'on consomme. L'Organisation Mondiale de la Santé définit régulièrement des seuils de consommation sans danger. Ces seuils ne doivent pas être utilisés pour savoir si l'on est ou non « malade de l'alcool », mais plutôt pour

savoir si sa consommation personnelle ou celle de son entourage risque ou non d'altérer la santé. Au-delà de ces seuils autorisés, la consommation d'alcool augmente le risque de cancer, de maladies du foie, d'accidents et de bien d'autres maladies. La dose considérée comme inoffensive pour la santé se réduit au fil du temps. Il a été longtemps considéré que les hommes pouvaient boire sans danger deux verres d'alcool par jour et les femmes un verre par jour. Cette dose est revue à la baisse maintenant que sont connus les effets de l'alcool sur le risque de cancer. La consommation de boisson alcoolique augmente en effet fortement le risque de cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). La consommation de boisson alcoolique augmente aussi le risque de cancer du foie. Les études récentes montrent une association entre la consommation d'alcool et le risque de cancer du sein chez la femme, ainsi que le risque de cancer du colon et du rectum dans les deux sexes.

- Un dernier point doit être précisé. A peu près toutes les boissons alcooliques contiennent, par verre, la même quantité d'alcool. On retrouve environ 10 g d'alcool dans un verre de bière, un verre de vin ou un verre d'alcool fort. L'absorption d'alcool est augmentée par le fait d'avoir un estomac vide. A quantité d'alcool égale, l'alcoolémie augmente plus si l'on consomme des boissons ayant un fort degré alcooliques ou si l'on boit chaud ou tiède. Les boissons comportant des bulles comme la bière ou le champagne feraient, à quantité d'alcool égale, davantage monter l'alcoolémie. Ces modifications en fonction des circonstances sont cependant minimes. Le principal déterminant de l'alcoolémie est la quantité de boisson alcoolique consommée.

Les chiffres actuels de l'alcool en France

En France, la consommation d'alcool diminue depuis les années 1960. En 2006, elle était estimée à 12,9 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans. La boisson alcoolique la plus consommée est le vin. La consommation d'alcool française est au sixième rang mondial et au quatrième rang européen.

En France, la consommation d'alcool concerne 13,7 % des individus âgés de 12 à 75 ans. Elle est trois fois plus fréquente chez les hommes (20,3 %) que chez les femmes (7,3 %). Les personnes de 65 à 75 ans consomment dans 42 % des cas.

Chez les jeunes de 17 ans, les buveurs quotidiens sont rares (1 %), l'usage régulier d'alcool, au moins 10 consommations au cours du dernier mois, concerne 18 % des garçons et 6 % des filles.

Les ivresses sont de plus en plus fréquentes. 26 % des adolescents de 17 ans ont été ivres au moins 3 fois dans l'année 2005 contre 20 % en 2003. 9,7 % des adolescents de 17 ans ont été ivres au moins 10 fois. Avant 25 ans, la population active a un usage régulier plus fréquent d'alcool que les étudiants et les chômeurs. Après 25 ans, l'alcoolisation régulière et l'ivresse augmentent chez les chômeurs. Parmi les actifs, les agriculteurs ont un risque multiplié par 1,7 de consommer de l'alcool régulièrement comparé à celui des ouvriers. Les employés consomment moins souvent que les ouvriers.

Référence :

Alcool et risque de cancer. Institut National du Cancer. Novembre 2007. Document en ligne sur www.e-cancer.fr

Question 2 :

Peut-on vraiment être en difficulté avec l'alcool si on ne boit pas tous les jours ?

Les fêtes de Clara

Clara n'imaginerait pas être en difficulté avec l'alcool. Agée de 17 ans, Clara se définit avant tout comme une boute-en-train. Elle travaille bien dans sa classe de terminale. Elle se destine à une école de commerce. Elle a, malgré tout, depuis un an, une étrange habitude. Tous les vendredis soirs et tous les samedis soirs, elle est ivre. Elle se prépare à la fête en buvant chez elle quelques verres de Vodka. Ensuite, elle boit du Champagne et elle termine la soirée avec des alcools forts. Le lundi matin, elle est un peu fatiguée par les alcoolisations de la fin de semaine. Elle n'en passe pas moins toute une semaine sans boire. Elle est sûre qu'elle n'est pas dépendante parce qu'elle n'a pas besoin de boire tous les jours. Les résultats d'un bilan biologique qu'elle a pratiqué de manière systématique l'ont beaucoup étonnée. Elle y a vu des modifications provoquées par l'alcool. Elle s'aperçoit également qu'elle ne peut pas du tout se passer de fête ou de fin de semaine sans alcool. En rediscutant avec l'une de ses amies, elle convient du fait suivant : elle choisit les occasions de sorties en fonction de l'alcool qu'elles lui permettent de boire.

Éléments de réponse :

- Les nouveaux critères diagnostiques de la dépendance n'imposent pas une consommation quotidienne. Il est possible d'entretenir une relation de sujétion* vis-à-vis de l'alcool même quand on n'en consomme pas tous les jours. Une nouvelle relation à l'alcool est en train d'apparaître. Celle-ci est particulièrement fréquente chez les adolescents. Elle consiste en une recherche répétée d'ivresses et plutôt en fin de semaine. Celles-ci sont de véritables shoots conduisant à une perte de contrôle, une désinhibition et des troubles du comportement. Les jeunes concernés utilisent l'alcool comme une véritable

drogue, peu chère et légale. Ils sont aussi dépendants que leurs aînés qui buvaient tous les jours. Ils ont autant de mal à arrêter leur alcool de fin de semaine que les autres dépendants.

- Zaje Harrell, psychologue dans le Michigan, a étudié les déterminants de la consommation d'alcool chez les collégiennes. Il est apparu que les adolescentes qui buvaient le plus d'alcool au collège étaient celles qui avaient des antécédents familiaux d'alcoolisme. Zaje Harrell a aussi retrouvé une association entre les symptômes de dépression, les troubles du comportement alimentaire et la tendance à s'alcooliser au collège.

* Dépendance, assujettissement, asservissement, chaînes. Le sujet est incapable de s'abstenir.



Il existe donc chez la jeune fille une association significative entre la recherche d'ivresse en fin de semaine, le besoin d'ingérer de manière brutale de grandes quantités d'aliments et la tendance à être déprimée. Ces résultats confirment le fait que la relation à l'alcool est déterminée tout à la fois par des facteurs biologiques comme les antécédents familiaux et le patrimoine génétique, l'environnement et les facteurs psychologiques internes comme la tristesse, la recherche de sensation et l'impulsivité.

Référence :

Zaje A.T. Harrell, Jennifer D. Slane, Kelly L. Klump.

Predictors of alcohol problems in college women: the role of depressive symptoms, disordered eating, and family history of alcoholism. *Addictive Behaviors* 34 (2009) 252-257

Question 3 : Comment expliquer la perte de contrôle face à l'alcool ?

La rechute de Bernard

Bernard est sevré complètement de l'alcool depuis maintenant deux ans. Il a été hospitalisé pendant quelques jours pour arrêter plus facilement l'alcool. Il a ensuite séjourné pendant trois mois dans un centre de post-cure. Il a ainsi pu repérer en lui les principaux signes d'une dépendance à l'alcool et en particulier :

- une tendance à boire plus que prévu,
- une poursuite de l'alcoolisation en dépit de ses conséquences négatives,
- un déni des conséquences de ses alcoolisations.

Les alcoologues et addictologues qui l'ont pris en charge lui ont conseillé un arrêt complet de l'alcool. Ils justifiaient ces arrêts complets par le fait que la dépendance, même après une longue période de sevrage, continue à se manifester par une tendance à la perte de contrôle. Bernard avait bien connu cette perte de contrôle quand il était en difficulté avec l'alcool. Dès qu'il commençait à boire un verre, il ne pouvait plus s'arrêter. Il était obligé de finir la bouteille ou d'aller jusqu'à l'ivresse. Il avait l'impression que toute prise d'alcool levait chez lui des barrières comportementales et lui faisait perdre sa maîtrise. Il regrettait de ne pouvoir, comme bien de ses amis, prendre un ou deux verres et s'arrêter. Depuis qu'il a terminé avec succès son sevrage, Bernard reste vigilant face à toute prise d'alcool. Il sait que la perte de contrôle est un trait de son caractère dont il ne peut facilement venir à bout.

Éléments de réponse :

- La plupart des anciens dépendants conservent une perte de contrôle qui les empêche de profiter normalement de l'alcool et d'avoir une consommation socialement intégrée. L'objectif des traitements addictologiques est l'arrêt complet de l'alcool. Il est souvent plus difficile d'essayer de réduire sa consommation que de l'interrompre complètement. Certains travaux suggèrent que 20 % des anciens dépendants arrivent à boire modérément. Les dernières études dans le domaine, selon Marc Schuckit, sont plus pessimistes. Elles ne retrouvent que 10 % d'anciens dépendants capables de consommer d'une manière socialement intégrée.

- Aviel Goodman, qui travaille à l'institut de psychiatrie du Minnesota, fait de la perte de contrôle l'une des caractéristiques de l'addiction. Elle ne correspond pas à un manque de volonté. Elle n'est pas un signe de « faiblesse » psychologique. Elle est la principale cause ou conséquence de l'addiction. Cette caractéristique se retrouve chez presque toutes les personnes en difficulté avec l'alcool. Elle se retrouve aussi dans toutes les autres formes de dépendance. Les tabagiques le savent bien. Quand ils commencent à fumer, ils ne peuvent s'arrêter. On retrouve aussi une perte de contrôle chez les consommateurs de drogues illicites comme les opiacés, la cocaïne ou le cannabis. On décrit aujourd'hui des dépendances à des comportements et en particulier le



jeu pathologique qui consiste à jouer de manière répétée et excessive de l'argent. Là encore, existe une perte de contrôle, empêchant le joueur pathologique de sortir du casino avant d'avoir joué trop. Pour Aviel Goodman, l'autre caractéristique de la dépendance, avec la perte de contrôle, est la poursuite d'un comportement dangereux en dépit de ses conséquences négatives.

- Il existe des modifications de la biologie du cerveau pouvant expliquer en partie cette perte de contrôle. Certains mécanismes d'inhibition du comportement sont probablement perturbés chez les dépendants. On

retrouve aussi une incapacité à résister aux substances qui rassurent, font plaisir et sont dites gratifiantes. Les molécules les plus impliquées dans le déterminisme biologique de la dépendance et de la perte de contrôle sont la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline. Il n'existe cependant pas de dosage biologique permettant de faire la différence entre une personne souffrant ou non d'une perte de contrôle. La plupart des médicaments prescrits à long terme en tant qu'aide au maintien de l'abstinence agissent sur cette tendance à la perte de contrôle.

Référence :
Marc A. Schuckit MD. Alcohol-use disorders. The Lancet. Février 2009;373: 492-501.

Référence :
Aviel Goodman. Neurobiology of addiction. An integrative review. Biochemical pharmacology. Juillet 2007; 75 (2008) 266-322.

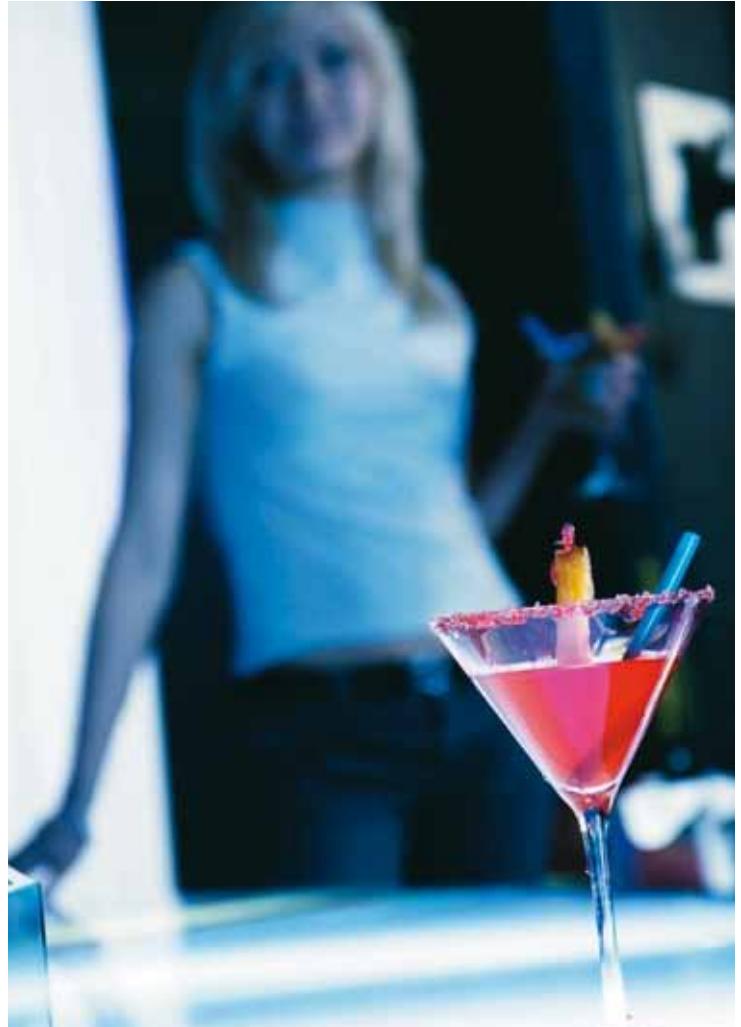
Question 4 : Comment peut-on définir le binge drinking ? Quelle est sa fréquence ?

Sophie n'aime pas le vin et fuit la police

Sophie n'aime pas ce qu'elle appelle l'alcool « classique ». Elle ne comprend pas comment on peut boire du vin à chaque repas. Elle s'est éloignée de ce modèle de consommation qu'avaient adopté ses parents. Pourtant, il lui arrive, environ une fois par mois, d'avoir envie de faire la fête. Elle boit seule ou en groupe. Elle cherche à être ivre. Elle veut oublier ce qu'elle est, ses pensées, ses angoisses. Elle avait, avant l'alcool, essayé la cocaïne. Elle trouve que l'alcool est une drogue encore plus forte et que le Gin lui procure des sensations qu'elle ne trouve pas avec les autres substances. Elle se rend bien compte qu'elle est devenue une droguée du Gin. Elle n'avait malgré tout pas envie de se faire soigner tant elle trouve agréable cette consommation. Son attitude vis-à-vis de l'alcool a changé depuis quelques jours. Elle a été arrêtée par la Police en état d'ivresse. Elle est sous le coup d'un retrait de permis. Elle doit suivre un stage organisé par la Préfecture de Police lui rappelant les dangers de l'alcool.

Éléments de réponse :

- Le binge drinking peut se définir comme le fait de boire plus de cinq verres en une occasion chez



l'homme et plus de quatre verres en une occasion chez la femme. Il provoque des troubles du comportement et des troubles de la vigilance. Certains se sentent euphoriques. Ils prennent des risques, se montrent trop familiers avec les personnes qu'ils ne connaissent pas. D'autres s'endorment. Les dommages du binge drinking sont multiples. On retrouve aussi les accidents de voiture et les crises d'angoisse. Certaines personnes, sous l'effet de l'alcool, ont des relations sexuelles non protégées. Il peut en résulter une contamination vénérienne par le virus du SIDA ou d'autres agents infectieux. Le binge drinking est enfin impliqué dans les grossesses non désirées de l'adolescence. Chez la femme enceinte, le binge drinking est particulièrement dangereux. Il expose au syndrome d'alcoolisme fœtal*. En cas de dépression, le binge drinking n'aide pas à retrouver une bonne humeur. Il réduit l'action des traitements de la dépression et peut même déclencher un passage à l'acte suicidaire. Quand on assume un métier impliquant des conduites de sécurité ou une forte productivité, le binge drinking altère l'adaptation professionnelle.

- Mandy Stahre a recherché le binge drinking chez les soldats américains. Elle a fait passer des questionnaires à 16 037 hommes et femmes travaillant pour l'armée

américaine. La fréquence du binge drinking chez les militaires américains est impressionnante. Mandy Stahre a retrouvé des épisodes d'alcoolisation aiguë avec des troubles du comportement chez 43,2 % des militaires. Les épisodes de binge drinking étaient en moyenne de 29,7 par an. 67 % des ces épisodes de binge drinking étaient le fait des plus jeunes, âgés de 17 à 25 ans. 71 % des cas de binge drinking sont le fait de personnes en difficulté avec l'alcool, étant considérées soit comme des gros buveurs, soit comme des buveurs à problème ou dépendants. Quand on regarde de près les chiffres du binge drinking, il apparaît que ceux qui consomment de manière paroxystique sont aussi ceux qui ont tendance à boire le plus de verres par an. Les dépendants travaillant dans l'armée américaine avaient une moyenne de 112 épisodes de binge drinking par an. Les complications de ces alcoolisations aiguës sont, chez les militaires, le manque d'efficacité professionnelle, les comportements relevant de la justice et la conduite en état d'ivresse. Ces chiffres, confirmés par bien d'autres études, rappellent à quel point les adultes jeunes sont exposés à ces alcoolisations paroxystiques. Elles sont souvent banalisées, considérées à tort comme des moments de fête ou de détente sans danger.

* SAF : intoxication alcoolique de l'embryon ou du fœtus dû à la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. Cela entraîne des malformations congénitales.

Référence :

Mandy A. Stahre, MPH ; Robert D. Brewer, MD, MSPH ; Vincent P. Fonseca, MD, MPH ; Timothy SD. Naimi, MD, MPH.
Binge Drinking Among U.S. Active-Duty Military Personnel. American Journal of Preventive Medicine. Mars 2009; 36(3); 208-217.

Question 5 : Quels sont aujourd'hui les signes de la dépendance à l'alcool ?

Les pots de Vincent

Vincent a commencé à boire le soir avec ses collègues de travail. Agent d'entretien dans une entreprise publique, il appréciait beaucoup les temps de détente partagés avec des collègues vite devenus des amis. Chacun paie sa tournée à tour de rôle. Les anecdotes fusent. On refait le monde. On se moque de tous ceux qui considèrent l'alcool comme une drogue ou de ceux qui prêchent la modération. Aucun des amis avec lesquels il termine la journée de travail ne se considère comme dépendant. Pourtant, au fil des années, beaucoup le sont devenus. Le rendez-vous occasionnel au café est maintenant une étape de la journée qu'ils ne peuvent plus manquer. La dépendance est apparue subrepticement. Sans le vouloir, sans s'en rendre compte, ils ont augmenté le nombre de tournées. Ils ont trouvé des raisons de fêter avec de plus en plus d'alcool les naissances, les anniversaires, les saints du calendrier. Ils se sont lancés des défis, jouant à savoir qui tiendrait le mieux l'alcool. Aux réunions du soir ont fini par s'ajouter les apéritifs. Là encore, l'ambiance est conviviale. L'apéritif est bu en groupe. Les doses augmentent doucement. Ces derniers temps, Vincent tremblait le matin. Il avait besoin, pour démarrer sa journée, d'un petit verre d'alcool fort qu'il diluait dans son café. Son corps s'était « habitué » à l'alcool. Sa consommation a fini par devenir très importante, de l'ordre de 10 à 12 verres de boisson alcoolique par jour. Le passage s'est fait très progressivement en cinq ans. Quand Vincent a voulu essayer d'interrompre sa relation à l'alcool, il s'est aperçu qu'il ne pouvait le faire seul. Il a dû demander l'avis d'un spécialiste pour arrêter complètement ses rendez-vous avec l'alcool.

Éléments de réponse :

- L'usage addictif d'alcool est habituel dans tous les pays dits développés (Marc Schuckit, 2009). Il est plus bas dans les pays méditerranéens comme la Grèce, l'Italie et Israël. Il est plus élevé en Russie et en Scandinavie. 80 % des hommes et 60 % des femmes boivent à un moment de leur vie. Sur une année, entre la moitié et deux tiers des individus consomment de l'alcool. Le risque de difficulté avec l'alcool sur la vie entière est de 20 % chez l'homme avec un risque de 15 % pour l'abus d'alcool et de 10 % pour la dépendance à l'alcool. Seulement un quart des



personnes présentant une difficulté avec l'alcool cherche à se faire aider. Cette proportion est plus élevée chez les femmes. La plupart sont suivies par leur médecin généraliste.

- Les signes de la dépendance à l'alcool sont maintenant bien connus. Ils figurent dans la plupart des Classifications Internationales des Maladies. La classification américaine du DSM (Diagnostic and Statistical Manual) propose comme critères de dépendance :

Signes psychologiques de dépendance

- l'alcool est pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu (ce critère renvoie à la perte de contrôle),
- il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de l'alcool (il est ici fait référence à l'envie irrésistible d'alcool à l'origine de la dépendance),
- beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir l'alcool, l'utiliser ou récupérer de ses effets,
- les activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de l'alcool (comme toute autre dépendance, la dépendance à l'alcool opère une redistribution des centres d'intérêt au profit d'un produit),
- la consommation d'alcool est poursuivie bien que la personne dépendante sache avoir un problème psychologique ou physique persistant qui a pu être provoqué ou aggravé par l'alcool (c'est ainsi que certains continuent à boire alors que l'alcool a déjà provoqué chez eux une maladie du pancréas ou du foie).

Référence :
Marc A. Schuckit MD. Alcohol-use disorders.
The Lancet. Février 2009; 373 : 492-501.

Référence :
DSM-IV-TR. Critères diagnostiques. 2004. Editions MASSON.

Symptômes de dépendance physiologique

En plus de ces symptômes de dépendance psychologiques, peuvent exister des symptômes de dépendance physique que sont :

- le sevrage (induit par l'arrêt de l'alcool)
- et la tolérance (le fait que l'alcool exerce de moins en moins d'effet ou qu'il est nécessaire d'augmenter les doses pour obtenir le même effet).

- Les critères actuels de la dépendance permettent donc de considérer que l'on entretient une relation addictive à cette substance même quand il n'existe pas de sevrage ou de tolérance. Les deux indices de dépendance physiologique signent d'une gravité supplémentaire du syndrome addictif.

- Le mode d'installation de la dépendance varie selon les personnes. Certains consomment très rapidement de grandes quantités d'alcool et deviennent vite dépendants. D'autres voient leur dépendance s'installer insidieusement à la faveur d'habitudes de consommation souvent conviviales qui se révèlent de plus en plus obligatoires et contraignantes.

Question 6 : Qu'est-ce qu'un abus d'alcool ou une consommation nocive pour la santé ?

Le permis de conduire de Marie-Christine

Marie-Christine n'est pas dépendante. Elle le sait. Elle a cherché dans un livre de médecine tous les signes de la dépendance. Elle ne s'y est pas retrouvée. Elle ne boit pas tous les jours. Elle n'est pas obsédée par l'envie de boire. Elle garde le contrôle de sa consommation. Ses alcoolisations n'ont lieu que quelques jours par mois, quand elle est en vacances ou en RTT. Elle tient à ne jamais paraître alcoolisée dans le cabinet de conseil où elle travaille. Marie-Christine, pourtant, ne peut plus conduire sa voiture. Elle a provoqué deux accidents graves alors qu'elle était alcoolisée. Il lui est arrivé une fois d'aller travailler sous l'emprise de l'alcool. Elle a fait l'objet d'un blâme.

Éléments de réponse :

- L'abus d'alcool s'applique aux situations dans lesquelles une personne n'est pas dépendante, mais entretient cependant une relation à l'alcool nocive pour sa santé. Les critères de l'abus de substance figurent dans la classification américaine du DSM. Ils sont les suivants :
 - mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
 - utilisation répétée de l'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de l'alcool, absences, exclusions temporaires ou définitives, négligence des enfants ou des tâches ménagères)

- utilisation répétée de l'alcool dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux (par exemple conduite d'une voiture ou fonctionnement d'une machine sous l'influence de l'alcool)
- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de l'alcool (par exemple arrestation pour comportement anormal en rapport avec la prise d'alcool)
- utilisation de l'alcool malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants causés ou aggravés par les effets de l'alcool (dispute avec le conjoint à propos des conséquences de l'alcool, bagarres)

- l'autre critère est l'absence de symptômes évocateurs d'une dépendance.

- Cette catégorie diagnostique rappelle, s'il en était besoin, qu'il y a plusieurs manières d'entretenir une relation difficile avec l'alcool. La première est la sujétion telle que la définit la dépendance. La deuxième

correspond à l'utilisation nocive et ponctuelle. Chez certaines personnes, elle est la première étape avant la dépendance. Dans d'autres cas, elle constitue une maladie en elle-même qui n'évolue pas vers la dépendance, mais qui altère gravement la qualité de la vie et la santé.

- L'évolution de l'alcoolisme est, selon l'alcoolologue américain Marc Schuckit, prédictible comme la plupart des autres maladies médicales ou psychiatriques. Les femmes ont tendance à rechercher de l'aide plus tôt que les hommes quand elles sont en difficulté avec l'alcool. Les personnes âgées ont plus d'altérations médicales induites par l'alcool. Elles souffrent moins de comportement violent. Les adultes ayant une personnalité impulsive ou antisociale sont plus exposés à l'alcoolisme. L'âge habituel de la première consommation d'alcool est en général de 15 ans. Cet âge n'est pas très différent chez ceux qui vont ou non devenir dépendants. La période de forte consommation se situe habituellement entre 18 et 22 ans. Plus de 60 % des adolescents ont connu une ivresse à l'âge de 18 ans et 30 % ont eu des difficultés à l'école ou au travail à cause de l'alcool. Chez les



personnes à risque, l'abus ou la dépendance à l'alcool apparaissent aux environs de 25 ans. A cet âge là, les personnes sans difficulté avec l'alcool commencent à modérer leur consommation.

Référence :
Marc A. Schuckit MD. Alcohol-use disorders.
The Lancet. Février 2009; 373 : 492-501.

Référence :
DSM-IV-TR. Critères diagnostiques. 2004. Editions MASSON.

Question 7 : Qu'est-ce que le sevrage d'alcool ?

L'accident de ski d'Anne

Anne est partie, comme elle en a l'habitude tous les ans, faire du ski dans les Pyrénées. Elle est heureuse de ce moment de détente qu'elle partage avec sa famille. La fin de ses vacances a malgré tout été gâchée par un accident. Elle a été hospitalisée aux urgences. Les chirurgiens orthopédistes qui se sont occupés d'elle ont posé le diagnostic de fracture de la malléole. Elle a été plâtrée et a passé quelques jours dans le service d'orthopédie le plus proche de sa station. Après deux jours dans le service, Anne a eu l'impression que des serpents traversaient sa chambre. Elle voyait aussi des araignées courir sur son lit. Elle ne savait plus bien où elle était. Ses angoisses et ses visions s'aggravaient la nuit. Il a fallu quelques temps pour que les chirurgiens orthopédistes comprennent la cause de ses hallucinations. Anne buvait tous les jours de l'alcool. Elle prenait dès le matin de la bière. Elle n'a pas osé dire aux orthopédistes qu'elle consommait autant d'alcool. Elle a fait, comme cela est habituel, chez les personnes dépendantes, un sevrage « accidentel » provoqué par l'arrêt de l'alcool qu'a imposé son hospitalisation.

Éléments de réponse :

- Les syndromes de sevrage apparaissent à l'arrêt d'une consommation régulière d'alcool. Les hommes et les femmes ayant une dépendance physique vis-à-vis de l'alcool sont exposés au syndrome de sevrage quand ils arrêtent de boire. Deux situations peuvent s'observer. Dans certains cas le sevrage est programmé. C'est le cas des dépendants qui décident d'arrêter dans un milieu médical spécialisé. Ils reçoivent des traitements qui évitent les formes les plus graves de sevrage. Dans d'autres cas, le sevrage est accidentel quand l'alcool vient à manquer ou quand un autre motif impose une hospitalisation (Anne est hospitalisée en urgence après un accident de ski). Les signes du sevrage d'alcool sont bien décrits, là encore dans les classifications diagnostiques.

On retrouve :

- l'arrêt ou la réduction d'une utilisation d'alcool qui a été massive et prolongée et à l'origine d'une dépendance physique
- au moins deux des manifestations suivantes, apparaissant de quelques heures à quelques jours plus tard :
 - hyperactivité neurovégétative (par exemple, transpiration, fréquence cardiaque supérieure à 100),
 - augmentation du tremblement des mains,
 - insomnie,
 - nausées ou vomissements,
 - hallucinations (vision ou voix) ou illusions (impression que les objets de l'environnement sont modifiés),
 - agitation, anxiété et peur,
 - crise d'épilepsie.



- Dans certains cas, les visions ou les voix dominent. Elles peuvent être à l'origine de troubles du comportement. Certains dépendants courent pour échapper aux animaux dont ils ont l'impression qu'ils les poursuivent. D'autres répondent à des voix. Il arrive dans certains sevrages que le dépendant croit être dans son environnement professionnel. Il reproduit les gestes habituels de son activité professionnelle. Certains construisent des murs, d'autres travaillent sur un ordinateur imaginaire et confondent les appareils de surveillance hospitaliers avec des écrans informatiques.

L'échelle de CIWA mesure la sévérité du sevrage d'alcool.
Ses items sont les suivants :

1 – Nausées et vomissements

Pas de nausées – pas de vomissements	0
Nausées légères – pas de vomissements	1
	2
	3
Nausées intermittentes	4
	5
	6
Nausées constantes et vomissements	7

2 – Trouble « tactile » (sensations de piqûres, de brûlures ou de tremblements sous la peau)

Aucun	0
Très légères sensations de piqûres ou de brûlures	1
Légères sensations de piqûres ou de brûlures	2
Sensations modérées de piqûres ou de brûlures	3
Hallucinations d'intensité modérée	4
Hallucinations sévères	5
Hallucinations très sévères	6
Hallucinations continues	7

3 – Tremblements

Pas de tremblements	0
Tremblements non visibles, mais ressentis au contact	1
	2
	3
Tremblements modérés quand les bras sont tendus	4
	5
	6
Tremblements sévères même quand les bras ne sont pas tendus	7

4 – Troubles de l'audition (peur des bruits, hallucinations auditives)

Pas de trouble	0
Très légère inquiétude	1
Légère inquiétude	2
Inquiétude modérée	3
Hallucinations moyennement sévères	4
Hallucinations sévères	5
Hallucinations très sévères	6
Hallucinations continues	7

5 – Sueur

Pas de sueur visible	0
Presque pas de sueur	1
	2
	3
Sueur nette	4
	5
	6
Sueur profuse	7

6 – Trouble visuel (impression que la lumière est trop brillante ou modification des couleurs ou encore douleur dans les yeux)

Pas présent	0
Très léger	1
Léger	2
Modéré	3
Hallucinations (visions moyennement sévères)	4
Hallucinations (visions sévères)	5
Hallucinations très sévères	6
Hallucinations continues	7

7 – Anxiété (sentiment de nervosité)

Pas d'anxiété, détendu	0
Anxiété légère	1
	2
	3
Anxiété modérée, personne sur ses gardes	4
	5
	6
Equivalent d'attaque de panique, anxiété très aiguë	7

8 – Maux de tête (ou impression de tête vide ou pleine)

Pas présents	0
Très légers	1
Légers	2
Modérés	3
Assez sévères	4
Sévères	5
Très sévères	6
Extrêmement sévères	7

9 – Agitation	
Activité normale	0
Un peu plus d'activité que d'habitude	1
	2
	3
Tendance à l'instabilité	4
	5
	6
Bouge en permanence	7

10 – Orientation (connaissance du lieu et de la date)	
Orienté	0
Doute sur la date	1
Désorienté sur la date, mais ne se trompe pas de plus de deux jours	2
Désorienté sur la date et se trompe de plus de deux jours	3
Complètement désorienté	4
	5
	6
	7

TOTAL :	[]
----------------	--------

L'échelle CIWA permet de calculer un score entre 0 et 67. En dessous de 10, il est considéré que la personne dépendante ne présente pas de signes de sevrage.

Référence :

Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM.

Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar).

British Journal of Addiction. 1989, 84:1353-1357.

Question 8 : Qu'est ce que le craving ou l'envie irrésistible d'alcool ?

Les désirs de Geoffrey

Geoffrey est littéralement obsédé par l'alcool. Il y pense toute la journée et surtout quand il ne boit pas. Il a du mal à se concentrer sur son travail de graphiste quand il est victime de l'appel de l'alcool. Il lui arrive d'avoir ce qu'il appelle des visions de bouteilles. Il s'imagine en train de boire. Il pourrait, dans ces moments, se lever au milieu de la nuit ou quitter son travail pour aller boire. Quand il passe devant un café, il s'imagine à quel point il serait agréable de rentrer et de boire un verre. Quand il voit une publicité dans laquelle des personnes consomment de l'alcool, son envie d'alcool augmente encore. Quand il se sent angoissé, énervé, ou contrarié, il ne peut littéralement plus résister. Il se jette sur l'alcool. Son envie d'alcool a été à l'origine de nombreuses rechutes. Geoffrey est bien conscient de sa dépendance. Quand il en parle avec son alcoologue, il accepte le fait que l'alcool est mauvais pour sa santé et qu'il ne peut contrôler sa consommation. Cependant, les envies irrésistibles qui l'envahissent régulièrement lui apparaissent comme des appels auxquels il ne peut résister. Il commence à se connaître et il sait les moments où l'envie d'alcool sera la plus forte.

Éléments de réponse :

- Le craving se définit donc comme l'envie irrésistible d'alcool chez une personne qui en est dépendante. Il traduit l'existence d'un syndrome addictif. Ce craving se retrouve dans toutes les addictions. Il est présent aussi chez les tabagiques, les toxicomanes et en cas de dépendance comportementale. Il est fréquemment à l'origine de rechutes. Cette envie de boire est l'un des symptômes sur lesquels porte en priorité la psychothérapie. Les psychothérapies comportementales apprennent ainsi aux dépendants que le craving évolue selon le modèle de la vague. Il connaît son maximum en une heure ou deux et finit toujours par diminuer. L'objectif de la reconnaissance du craving dans le cadre d'un soin est multiple. La personne dépendante identifie les

situations qui augmentent son craving. Il peut s'agir de circonstances extérieures (voir des amis consommer de l'alcool, être dans un endroit où on boit de l'alcool...). Il peut aussi s'agir de déterminants internes comme une apparition d'euphorie ou une tristesse. Les bases biologiques du craving sont maintenant étudiées. Elles sont probablement en relation avec le système cérébral dit de récompense. Celui-ci est contrôlé par les récepteurs opiacés et par la dopamine.

- Il est possible de mesurer le craving de manière très simple, avec une échelle visuelle analogique. On situe son envie de boire entre 0, pas envie d'alcool et 10, extrêmement envie d'alcool.



- D. Eraldi-Gackiere propose d'analyser et de lutter contre le craving pour aider les personnes en difficulté avec l'alcool. Il rappelle que le craving, suscité par les indices de l'environnement, est considéré comme un phénomène complexe. Il est contrôlé par des processus cognitifs, émotionnels et physiologiques. Le premier temps consiste à analyser le craving. Ensuite, certaines psychothérapies exposent les personnes en difficulté avec l'alcool au craving. Le patient doit se souvenir de situations à risque dans lesquelles il avait particulièrement envie d'alcool.

- D. Eraldi rapporte l'histoire d'un homme de 49 ans, ouvrier, marié, en cure alcoologique après une hospitalisation pour pancréatite. Sa dépendance s'est développée lorsque son épouse, 12 ans plus tôt, a quitté le foyer, le laissant avec trois jeunes enfants. L'alcool, devenu une stratégie d'affrontement de l'angoisse, l'a désinséré socialement. Après 10 ans d'abstinence, le patient s'est senti guéri. Il s'est autorisé au cours d'une fête à reprendre de l'alcool. La dépendance est réapparue rapidement. Son craving est particulièrement fort lors des pots clôturant les réunions syndicales auxquelles il participe activement. Il a peu confiance en lui. M. A. craint particulièrement le repas de la réunion syndicale qui a lieu tous les ans. Il est sûr que lors de ce repas l'envie d'alcool va apparaître de manière brutale et imprévisible, comme un processus automatique, physiologique, déclenché par la seule présence de l'alcool. Sa représentation de l'envie est irrationnelle. Il est sûr qu'il ne pourra pas résister. Il perçoit son craving comme un automatisme d'origine physiologique dont



la convivialité est un déterminant essentiel. M.A., pour mieux affronter son craving, s'imagine dans la situation à risque. Il décrit la salle qu'il connaît, les collègues qui sont face à lui. Chacun discute, un verre à la main. En

quelques secondes, il ressent des tensions musculaires, son cœur s'accélère, l'envie de boire est maximale. Avec le temps, de nombreux aspects de la consommation et du craving deviennent automatiques. Ils rendent difficile la conscience de la présence du risque. Le thérapeute propose à M. A. de faire un arrêt sur image et de revenir au début de la scène. Cette stratégie l'aide à résister. Un nouveau scénario se met en place. Il s'imagine, toujours dans la situation à risque, mais capable de dire non à l'alcool.

- A l'étape suivante, M. A. est exposé à la Vodka, son alcool préféré. Il le regarde, il le sent, il le manipule. Il passe beaucoup de temps devant son verre jusqu'au moment où il résiste mieux. A l'étape suivante, M. A. se concentre sur les changements favorables amenés par l'abstinence et sur les inconvénients d'une réalcoolisation. Il apprend des stratégies comportementales : il s'isole pour se détendre quand l'envie est trop forte. Grâce à cette exposition, M.A. s'étonne. Le scénario ne s'est pas déroulé comme il l'avait imaginé. L'envie ne l'a pas obligatoirement conduit à reboire.

Référence :

Aviel Goodman. Neurobiology of addiction. An integrative review. Biochemical pharmacology. Juillet 2007; 75 (2008) 266-322.

Référence :

D. Eraldi-Gackiere. Apprendre à analyser et à lutter contre le craving par l'exposition : un cas clinique en alcoologie. Journal de thérapie comportementale et cognitive. Avril 2008, 18, 36-40

Question 9 : Pourquoi les dépendants semblent-ils se mentir à eux-mêmes ?

Les campagnes électorales de Charles

Charles n'aime pas parler d'alcool. Il se présente comme un bon vivant qui fait quelques excès mais garde toujours le contrôle de lui-même. Il oublie les périodes de sa vie où l'alcool l'a conduit aux urgences à cause d'un accident. Il entretient un flou sur le nombre de verres qu'il boit chaque jour. Son épouse est particulièrement gênée par ses « mensonges par omission ». Il lui a fallu de longues explications pour accepter le fait que ce déni était un signe de dépendance et pas une tendance à la fuite de ses responsabilités. Elle trouve aussi que la personnalité de Charles a changé depuis qu'il boit. Il passe de moments où rien ne l'intéresse à des accès de colère sans raison. Il se montre jaloux et peu après dit à sa femme et ses enfants qu'il a envie de s'éloigner d'eux pour ne plus subir de reproches. Il recherche tous les prétextes sociaux pour continuer à boire. Il a accepté la présidence de son club de tennis. Il espère devenir maire du village qu'il habite. D'ici là, il conduit une campagne électorale très arrosée. Il partage, le plus souvent possible dans la journée, le verre de l'amitié. Il tient l'alcool comme un composant essentiel de sa réussite en politique. Il lui faudra un peu de temps et quelques mois de sevrage pour accepter l'importance de son déni.

Éléments de réponse

- Les classifications modernes de l'alcoolisme décrivent bien le déni comme un des symptômes de dépendance. Le dépendant minimise ce qu'il boit et les conséquences de ses alcoolisations. L'alcoologue français Pierre Fouquet avait proposé un autre terme rendant compte des effets de l'alcool sur le regard que l'on porte sur soi-même : l'apsychognosie*. Pour Pierre Fouquet, l'apsychognosie désigne un état psychopathologique spécifique résultant de l'action lytique de l'alcool sur le cerveau. Cette organisation psychologique spéciale s'installe lentement à l'insu de l'individu qui ne peut s'en

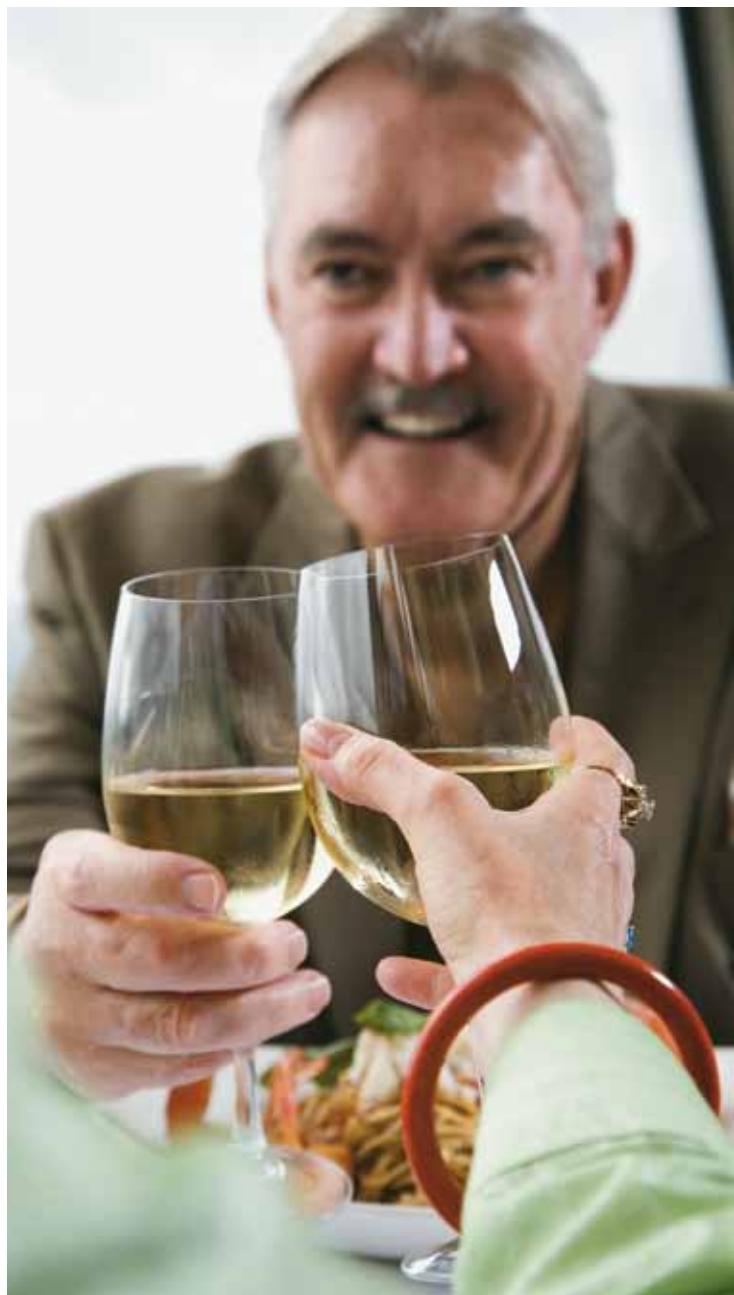
plaindre. Elle est généralement assez discrète pour rester peu perceptible aux autres. Elle demeure compatible avec une apparence de normalité. Elle évolue lentement sur un mode mineur et pour tout dire infra-clinique. L'état d'apsychognosie perturbe la relation de la personne en difficulté avec l'alcool avec lui-même et aussi sa relation à l'autre. L'alcoolodépendant éprouve une véritable désincarnation. Son image du corps est perturbée. Sur le plan psychologique, il ressent un détachement régressif. Sa vie psychique se morcelle et se désorganise. Il n'est plus capable de choix.

* Perte progressive de l'analyse de soi et diminution notable de la qualité des relations sociales, associée à des troubles de la mémoire et de la vigilance.

- Du fait de l'apsychognosie, des fantasmes reviennent. Il s'agit de pulsions incontrôlables. Elles sont libérées par l'action de l'alcool. A l'arrêt de l'alcool, la personne dépendante dit avoir oublié les pulsions qui l'ont envahie.

- L'apsychognosie s'aggrave quand la quantité d'alcool augmente. Elle s'aggrave aussi avec l'évolution de l'alcoolisme. Proche de l'apsychognosie se retrouve la notion d'alexithymie. Elle est issue de la psychiatrie américaine. Elle a été décrite par Sifnéos et par Joyce Mac Dougall. Elle décrit l'incapacité d'une personne à nommer ses états affectifs ou à décrire sa vie émotionnelle. L'alexithymie a une vie imaginaire peu développée. Il a tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits. Il fait un discours détaillé des faits, des événements et des symptômes psychiques. L'alexithymie traduit l'impuissance de la personne alcoolisée à faire face à ses émotions.

Référence :
Isabelle Boulze, Michel Launay, Guy Bruère-Dawson.
Lecture psychanalytique du concept d'apsychognosie défini par Fouquet.
L'évolution psychiatrique 73. Juillet 2008, 475-484.



Question 10 : Quels sont les risques médicaux d'une consommation excessive d'alcool

Les régimes de Marthe

Marthe consulte son médecin généraliste. Perfectionniste quand il s'agit de sa santé, elle veut connaître le régime idéal pour sa santé. Elle souhaite garder ce qu'elle considère comme son poids idéal et se conformer aux recommandations prévenant les cancers. Elle sait qu'elle doit augmenter la quantité de fruits et de légumes qu'elle mange chaque jour. Elle sait bien qu'elle doit aussi faire de l'exercice. Au sujet de l'alcool, elle n'a pas les idées très claires. Elle a entendu dire que l'alcool était bon pour la santé et que le bon vin ne faisait jamais de mal. Elle pose la question à son médecin généraliste. Celui-ci lui rappelle à quel point la question de l'alcool fait l'objet de rumeurs ou de fausses informations. Les effets bénéfiques de l'alcool sont très médiatisés, les effets nocifs pour la santé le sont beaucoup moins. Le médecin généraliste de Marthe lui explique à quel point l'alcool met en danger la santé. Les boissons alcooliques sont caloriques. Elles font prendre du poids très facilement. Elles augmentent aussi le risque de maladie du foie et de cancer. En cas de grossesse, il est conseillé de ne pas boire du tout d'alcool.

Éléments de réponse

- La consommation de boisson alcoolique augmente le risque des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du colon, du rectum, du sein et du foie. Le pourcentage d'augmentation du risque dépend du nombre de verres d'alcool consommé par jour. Il varie entre 9 et 168 %. L'augmentation de risque de cancer de la bouche, du pharynx et du larynx est de 168 % par verre d'alcool consommé par jour. Pour l'œsophage, l'augmentation du risque est de 28 % par verre, pour le colon et le rectum, de 9 % par verre et pour le sein, de 10 % par verre. L'augmentation du risque est significative dès qu'apparaît une consommation moyenne d'un verre par jour.

- Comment l'alcool expose-t-il au cancer ? L'alcool produit des métabolites qui font muter les cellules. L'alcool est métabolisé en acétaldéhyde. Cette molécule modifie l'ADN. Elle induit l'activité des enzymes hépatiques. L'alcool agit aussi comme un solvant. Il augmente la perméabilité de la muqueuse aux autres agents cancérigènes qu'est le tabac. La consommation régulière d'alcool provoque un manque de folates qui lui-même expose au cancer du colon et du rectum.
- La consommation d'alcool augmente les taux d'hormones stéroïdes circulantes. Il agit sur les récepteurs hormonaux et augmente ainsi le risque de cancer du sein. La consommation régulière et élevée d'alcool augmente aussi le risque de cancer du foie. En 2007, la fraction des cancers attribuables à l'alcool en France a été estimée



à 10,8 % chez l'homme et à 4,5 % chez la femme pour l'année 2000. La consommation d'alcool est la deuxième cause évitable de mortalité par cancer après le tabac.

- Ceux qui continuent à boire et ne peuvent s'interrompre multiplient donc leur risque de mortalité précoce par trois ou quatre. Les principales causes de mortalité chez les personnes en difficulté avec l'alcool sont les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les accidents, les suicides et la cirrhose du foie. Malgré tout, 80 % des personnes en difficulté avec l'alcool ne souffrent pas de cirrhose. La mortalité induite par l'alcool est responsable de 2 à 4 % de toutes les causes de mort précoce chez les adultes.

Référence :
Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations.
Institut National du Cancer (INCA). Janvier 2009.

Question 11 : Peut-on mesurer sa dépendance ?

Marc veut faire seul le point face à l'alcool et au tabac

Marc a toujours été un bon vivant. Il a travaillé comme représentant d'une marque d'apéritifs. Il avait l'habitude de repas d'affaires très arrosés. Il terminait tous ses rendez-vous professionnels par le partage d'un bon vin avec son client. Marc est aujourd'hui âgé de 68 ans. Il a pris sa retraite depuis quelques années. Il a arrêté de travailler. Il n'a pas pu arrêter de boire. Il se dit qu'il a gardé son habitude des repas d'affaires, sauf qu'il n'y a maintenant plus d'affaires à négocier. Il supporte de moins en moins l'alcool. Il se sent fatigué après avoir bu. Son médecin traitant lui a trouvé une tension trop élevée. Il lui a aussi expliqué que sa tension augmentée était probablement due à l'alcool. Marc voudrait faire le point lui-même sur sa relation à l'alcool. Il cherche des échelles ou des tests qui l'aideraient à avancer. Il a moins honte de remplir un questionnaire que d'expliquer soit à son médecin traitant, soit à sa famille, la relation qu'il entretient par rapport à l'alcool. Sur les conseils de son médecin généraliste, il commence à tenir un journal de bord sur ses consommations d'alcool. Il note chaque jour ses consommations. Il remplit ensuite quelques questionnaires qui l'aident à mieux se connaître.

Eléments de réponse :

- Les trois principaux questionnaires sont le CAGE et l'AUDIT. Il est aussi utile de mesurer sa consommation de tabac avec le questionnaire de Fagerström.

Le questionnaire CAGE

- Le questionnaire CAGE dont l'acronyme français est DETA comporte 4 questions :
 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation d'alcool ?
 - Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?

- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Une réponse positive à deux de ces quatre questions est évocatrice d'une difficulté avec l'alcool.

- Un autre questionnaire est le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Il comporte 10 questions et peut s'utiliser seul. Il évalue la fréquence des consommations d'alcool, la perte de contrôle face à l'alcool et les conséquences négatives des alcoolisations. Les questions portent aussi sur le sentiment de culpabilité en relation avec l'alcool, les accidents provoqués par l'alcool, les réactions, les conseils et remarques des médecins traitant et de l'entourage.

Questionnaire AUDIT

• Le questionnaire AUDIT est un auto-questionnaire qui s'intéresse aux 12 derniers mois écoulés et qui concerne donc les problèmes d'alcool actuels. Il comprend 10 items, côtés de 0 à 4. Un score ≥ 8 chez l'homme et ≥ 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage d'alcool. Un score > 12 chez l'homme et > 11 chez la femme est en faveur d'une dépendance à l'alcool.

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1 . Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2 . Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3 . Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Mois d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4 . Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5 . Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6 . Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7 . Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8 . Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9 . Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10 . Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
TOTAL						

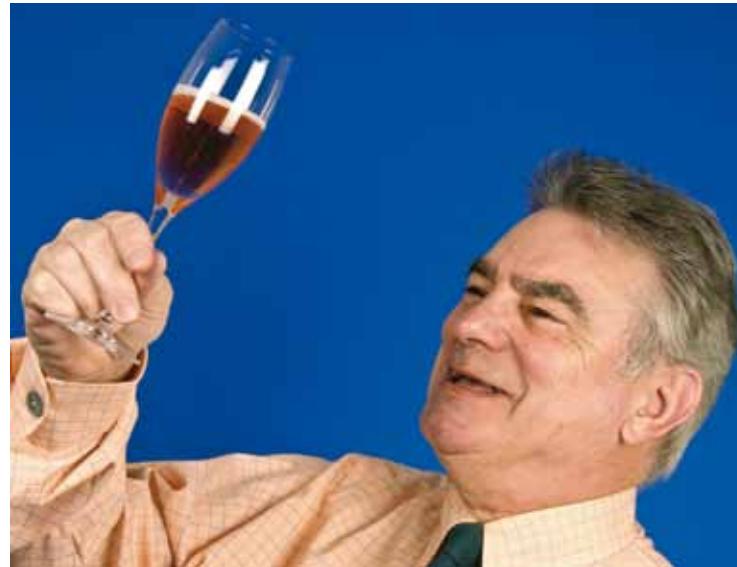
- Le questionnaire de Fagerström mesure la dépendance au tabac. Il permet de suivre l'évolution de son manque et de sa consommation de nicotine :

Questionnaire de Fagerström

1 – Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0
2 – Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinéma, bus...) ?	
Oui	1
Non	0
3 – Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	
La première	1
Une autre	0
4 – Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
5 – Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	
Oui	1
Non	0
6 – Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	
Oui	1
Non	0
TOTAL :	[]

- En plus des questionnaires, existent des marqueurs biologiques d'alcoolisation excessive. Ils sont par exemple utilisés en médecine du travail ou dans les situations dites de dépistage de masse. Ces marqueurs biologiques traduisent les effets sur le corps d'une consommation de 5 verres ou plus par jour. Les principaux marqueurs sont l'enzyme Gamma Glutamyl-Transférase (Gamma GT). Un résultat supérieur à 35 U/l est évocateur d'une

consommation d'alcool. Un autre marqueur est le Volume Globulaire Moyen. En cas de consommation excessive d'alcool, le volume globulaire moyen peut être supérieur à 90 micro-cubes. Les enzymes hépatiques (SGOT – SGPT) sont elles aussi modifiées sous l'effet d'une consommation régulière d'alcool. D'autres enzymes du foie voient leur taux augmenter. C'est le cas des transaminases. Aucun de ces paramètres ne traduit de manière systématique l'existence d'une dépendance à l'alcool. Il existe des faux positifs, c'est à dire des situations dans lesquelles les paramètres biologiques sont modifiés chez une personne qui ne consomme pas d'alcool. Il existe aussi des faux négatifs. Dans ce cas, les paramètres sont normaux en dépit de la présence d'une dépendance à l'alcool.



Question 12 : Comment les groupes agissent-ils sur la dépendance à l'alcool ?

Les groupes d'Alexandre

Alexandre avait toujours refusé d'aller voir un spécialiste de l'alcool. Il pensait pouvoir s'en sortir seul et réduire sa consommation de Whisky le jour où il le déciderait. Il faut dire qu'Alexandre travaille dans un milieu où beaucoup de ses collègues boivent aussi de l'alcool. Il est serveur dans un bar. Il est régulièrement confronté à des clients qui boivent et aussi aux autres serveurs. Il essaye, autant que possible, de moduler sa consommation pour ne pas connaître de difficultés au travail. Quant il sait qu'il va devoir passer sa visite de médecine du travail, il réduit aussi sa prise d'alcool pour que ses gamma GT atteignent un taux normal. Sa relation à l'alcool a changé depuis que l'un de ses collègues l'a invité à participer à une réunion de groupe. Il a été surpris par le « rituel » de cette réunion. Chacun s'appelle par son prénom et se présente. Chacun évoque sa relation à l'alcool et ses objectifs de changement. Alexandre a trouvé l'atmosphère chaleureuse et a eu l'impression que l'on pouvait enfin se parler d'alcool sans se faire de reproches. Il est retourné régulièrement aux réunions de son mouvement d'entraide. Il y trouve un fort encouragement pour changer sa relation à l'alcool.

Éléments de réponse

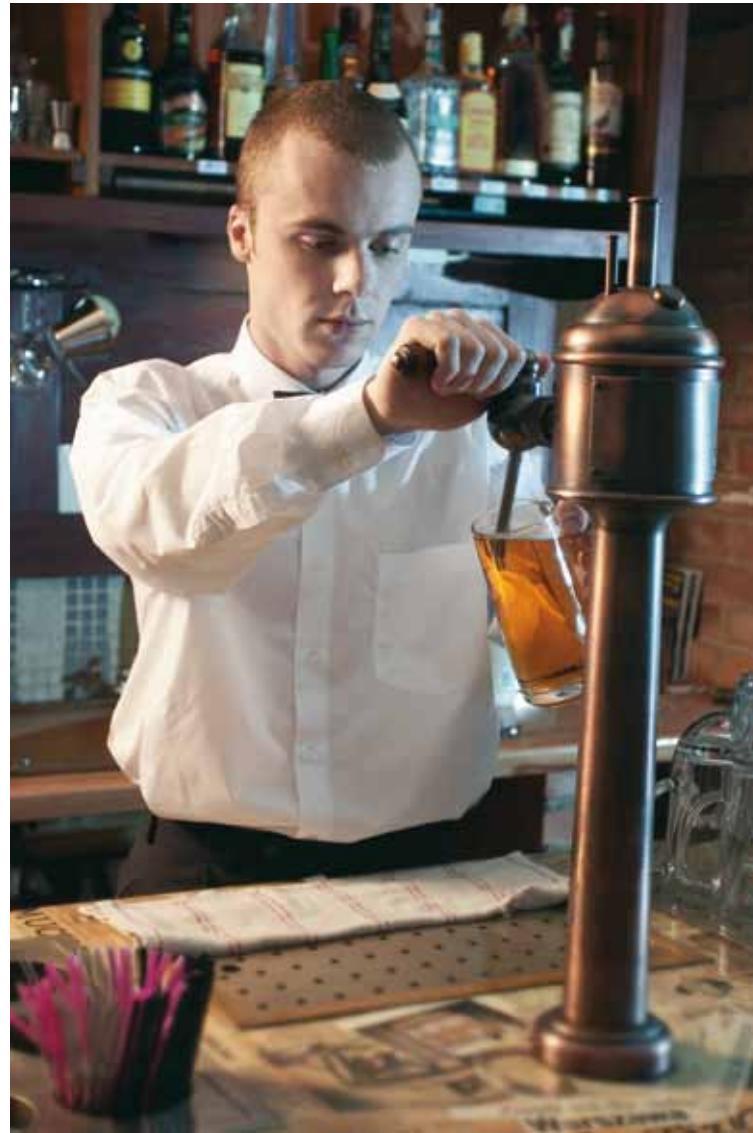
- Les groupes d'entraide sont particulièrement utiles. Ces groupes ont des objectifs spécifiques. Ils sont fondés sur une dynamique d'encouragement collectif. Les nouveaux arrivants s'identifient aux anciens malades guéris qui leurs apparaissent comme des modèles ou des leaders. Le psychanalyste Michaël Balint expliquait : « la thérapie de groupe réussie rend le patient plus mature ».
- Les Alcooliques Anonymes constituent le groupe d'anciens buveurs le plus ancien et probablement le plus répandu dans le monde. Il propose à ses membres une définition de l'alcoolisme caractérisée par une allergie du corps et une obsession de l'esprit vis-à-vis

de l'alcool. Selon cette conception, les personnes qui ont été dépendantes restent allergiques et ne peuvent plus dès lors consommer aucun alcool sans se mettre en danger. Les alcooliques anonymes suggèrent que ceux qui ont été dépendants sont, d'un point de vue biologique et psychologique, différents de ceux qui boivent de l'alcool normalement. Ils ont une incapacité permanente et irréversible à contrôler la consommation d'alcool qu'ils ingèrent. Les Alcooliques Anonymes incitent à une relative modestie vis-à-vis de la dépendance. Pour eux, l'addiction ne peut pas être soignée, mais suspendue par une abstinence vis-à-vis de l'alcool totale et permanente.

- La participation à des réunions de groupe maintient l'abstinence. Elle encourage ceux qui commencent à se

sevrer et elle évite la rechute à ceux qui trouvent dans le groupe un cocon social.

- Il existe certaines étapes dans l'implication d'un ancien dépendant dans le groupe.
- Le premier temps est le stress initial. Il touche le fond. Il fait ensuite son Premier Pas. Il est accueilli chaleureusement dans le groupe. Il est pressé d'accepter le qualificatif soit d'alcoolique, soit de dépendant. Le groupe exerce ensuite sa pression. La personne qui s'y implique devient par son comportement et ses contacts un membre actif. C'est le temps de l'engagement. Le nouveau membre subit ensuite la mortification. Il accepte son problème, il renonce au sentiment de toute puissance et de maîtrise et accepte qu'il n'est pas plus fort que l'alcool. Cette dynamique de groupe incite aussi à se raconter, à raconter sa vie, les causes de son entrée en dépendance et les conséquences de cette dépendance. C'est au terme d'un processus psychologique précis et complexe que l'ancien dépendant acquiert une nouvelle identité qui lui permet de vivre librement sans alcool.



Référence :

DR Groh, LA Jason, CB Keys.

Social network variables in alcoholics anonymous: a literature review. *Clinical Psychology Review* 28 (2008) 430-450.

Question 13 : L'alcool est-il un antidépresseur ou crée-t-il des dépressions ?

Les thérapies de Lucien



Lucien a entrepris trois psychothérapies pour traiter sa dépression. Il a successivement rencontré un psychanalyste, un psychologue comportementaliste et un psychiatre. Il a également reçu de nombreux traitements antidépresseurs. Il peut en égrainer la liste. Il connaît parfaitement les dosages de ses traitements, leurs effets et aussi leurs effets indésirables. Il explique à tous les psychiatres et psychothérapeutes qui le reçoivent qu'il est « obligé » de continuer à boire pour traiter sa dépression. Il ne se résoudra à entreprendre un sevrage d'alcool que quand son moral sera meilleur. Objectivement, Lucien trouve que l'alcool agit de manière positive sur son humeur. Dans les moments où il est le plus découragé et le plus morose, un verre d'alcool le rend euphorique pendant quelques instants. Quand il augmente les doses, il se sent « anesthésié » psychologiquement et il finit par s'endormir. L'alcool lui fait oublier ses soucis. L'alcoologue que vient de rencontrer Lucien lui a proposé d'« inverser la causalité ». Il lui a expliqué que l'alcool était, contrairement à ce qu'il pensait, la cause de sa dépression. Certes, un verre de bière ou un verre de Cognac l'apaise pendant quelques instants, mais la consommation prolongée d'alcool est un facteur connu de dépression. Lucien s'est retourné vers son passé. Il a fini par accepter l'idée selon

laquelle l'alcool était plutôt pour lui un facteur de dépression qu'un traitement de sa dépression. Il a accepté le pari de son alcoologue qui consistait à lui proposer d'arrêter l'alcool pendant trois mois et de s'apercevoir des effets bénéfiques de ce sevrage sur son humeur. Effectivement, après trois mois d'arrêt d'alcool, Lucien a retrouvé une envie de travailler. Il a pu recommencer à se présenter dans les différents cabarets dans lesquels il n'osait plus rentrer. Lucien en effet est magicien. Quand il buvait, il ne pouvait plus faire de tours de cartes et il était trop déprimé pour avoir le courage d'essayer les refus des différents producteurs et propriétaires de cabarets auxquels il se présentait. Depuis quelques temps, Lucien réduit ses traitements antidépresseurs. Il se concentre sur la principale cause de sa dépression : la consommation d'alcool.

Éléments de réponse

- Les buveurs « sociaux » ou normaux font l'expérience d'un effet euphorisant de l'alcool. Au bout de quelques verres, ils se sentent désinhibés, ils rient facilement. Ils racontent en fin de repas des histoires qu'ils n'auraient pas osé raconter en début de repas. Dès que la consommation d'alcool devient régulière, l'effet sur l'humeur s'inverse. L'alcool est alors un agent dépressogène. Il crée, de manière quasi expérimentale, des dépressions graves.
- Le fait de boire de l'alcool augmente de 40 % le risque d'être déprimé. L'alcoolisation augmente aussi les idées de suicide, les tentatives de suicide, les crises d'angoisse et l'insomnie. La plupart de ces symptômes psychologiques ou psychiatriques disparaissent après 2 à 4 semaines d'arrêt de l'alcool.
- Les autres troubles fréquemment associés à la consommation d'alcool sont la toxicomanie, surtout chez les personnes ayant commencé à consommer de l'alcool très tôt et ayant une personnalité de type antisocial. 80 % des dépendants de l'alcool fument régulièrement. Il existe probablement des déterminants biologiques et génétiques communs à la dépendance à l'alcool et au tabac.

Référence :

M. Lejoyeux, H. Embouazza. Troubles psychiatriques et addictions. Abrégé d'Addictologie. Editions Masson. 2008

Référence :

Kenneth R. Conner, Martin Pinquart, Stephanie A. Gamble. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment. (sous presse).

Référence :

Benjamin I. Goldstein, Anthony J. Levitt. Is current alcohol consumption associated with increased lifetime prevalence of major depression and suicidality ? results from a pilot community survey. Comprehensive Psychiatry 47 (2006) 330-333.

- Les travaux sur la biologie du cerveau confirment l'effet biphasique de l'alcool sur l'humeur. A faibles doses et si l'on boit modérément, l'alcool augmente la sérotonine et indirectement le niveau d'euphorie. Dès que la consommation d'alcool devient régulière, elle provoque une baisse du taux de sérotonine cérébrale et indirectement une dépression.
- La plupart des personnes en difficulté avec l'alcool continuent pourtant à présenter leur consommation comme une « automédication » imposée par la dépression. Ils reculent le moment où ils vont devoir s'arrêter de boire, persuadés qu'ils ont le devoir d'abord améliorer leur humeur. L'expérience clinique montre exactement l'inverse. Le sevrage est le traitement le plus efficace sur la dépression chez l'alcoolique.
- Quelques difficultés avec l'alcool, malgré tout, sont provoquées par la dépression. Il s'agit plus souvent de consommation d'alcool survenant chez des femmes dans des situations de deuil, d'isolement et de repli. Les différentes conférences de consensus dans le domaine incitent à ne pas donner d'antidépresseurs aux personnes qui s'alcoolisent et à commencer par un traitement de la dépendance à l'alcool.

Question 14 : Quelles sont les causes biologiques de l'addiction à l'alcool ?

Marie veut savoir si son fils est à risque d'alcoolisme

Marie s'inquiète beaucoup du comportement de son fils Kevin. Il rentre de plus en plus tard et, bien qu'il soit mineur, ne tient pas compte des mises en garde de sa mère. Il est régulièrement exclu de son collège pour des troubles du comportement. Il peut s'endormir en classe. Il peut aussi lui arriver de s'absenter du collège sans raison. Depuis peu, Marie s'est aperçue que son fils consommait de l'alcool. Elle a pu lui en parler. Elle en a aussi parlé à son médecin généraliste. Kevin a intégré et appliqué les conseils de modération de son médecin et de sa mère. Celle-ci reste inquiète. Elle retourne consulter son médecin traitant pour savoir si son fils est ou non à risque de dépendance. Le médecin de Marie recherche les antécédents familiaux d'alcoolisme. Il lui demande si dans les ascendants, c'est-à-dire chez ses parents ou les parents de son mari, existent des cas d'addiction ou de dépression. Il lui explique que l'un des déterminants de l'addiction est effectivement la présence d'antécédents familiaux. Une personne dépendante sur trois a au moins un parent alcoolique. Ce déterminisme n'est jamais une fatalité précise le médecin généraliste. C'est un risque qui peut toujours être contrôlé par une influence favorable de l'environnement, c'est à dire des conseils éducatifs adaptés et une vigilance des parents.

Éléments de réponse

- Les études d'adoption prouvent le poids des facteurs génétiques. Elles comparent des enfants séparés à la naissance et adoptés dans des familles alcooliques et non alcooliques. Ces études permettent de faire la part entre l'environnement (l'alcoolisme de la famille qui élève l'enfant) et le patrimoine génétique. La plupart de ces études montrent que le poids de la génétique est important mais que celui-ci ne se révèle que dans un environnement favorisant l'addiction. Toutes les études sur les causes de l'alcoolisme soulignent donc le poids de plusieurs facteurs en même temps : la famille, l'éducation et la génétique.

- On a longtemps recherché une personnalité pré-alcoolique qui exposerait à l'addiction. Le seul trait de personnalité retrouvé de manière régulière chez les personnes en difficulté avec l'alcool est l'impulsivité et la recherche de sensations. Les chercheurs de sensations ont besoin de nouveautés. Ils ont peur de l'ennui et de la monotonie. Ils ont recours à des comportements dangereux ou à risque pour se stimuler. Ils recherchent l'ivresse ou l'excitation induite par l'alcool. Dans d'autres cas, les difficultés avec l'alcool sont provoquées par une tendance à la dépression, l'angoisse ou les difficultés en société, appelée phobie sociale. Les trois principaux déterminants du risque de difficulté avec l'alcool sont : les antécédents familiaux, la tendance à



bien résister à l'alcool, la recherche de sensations ou l'impulsivité.

- Selon Marc Schuckit, 40 à 60 % du risque de dépendance à l'alcool est expliqué par les gènes, le reste du risque dépend d'une association gènes environnement. Les facteurs d'environnement sont la disponibilité de l'alcool, l'attitude face à l'alcool, l'exemple de l'entourage,

le niveau de stress, l'encadrement légal et réglementaire. Les gènes contrôlent tout d'abord la tolérance à l'alcool. Les personnes qui ont, génétiquement, une incapacité à métaboliser l'alcool sont moins souvent en difficulté avec cette substance. D'autres gènes conditionnent l'impulsivité, la désinhibition et la recherche de sensations. Un niveau élevé de tous ces facteurs de personnalité augmente là encore le risque d'alcool. Un autre déterminant du risque d'alcoolisme contrôlé par les gènes est la résistance aux effets de l'alcool. Les personnes qui sont des bons vivants, c'est à dire qui supportent bien l'alcool, ont un risque augmenté de difficulté avec l'alcool. De nombreux gènes sont impliqués dans ce déterminisme. On peut citer les gènes contrôlant l'enzyme aldéhyde déshydrogénase, les gènes contrôlant les récepteurs o-gaba aux transporteurs de la sérotonine et les gènes du récepteur au glutamate.

- La consommation d'alcool dépend aussi de la biologie cérébrale. L'alcool exerce ses effets de détente par une stimulation du gaba. Il en résulte une relaxation musculaire et une somnolence. L'alcool augmente l'activité des neurones à la dopamine, en particulier dans le nucleus accumbens. La consommation d'alcool augmente aussi le relargage des endorphines qui sont des morphines cérébrales. Elles stimulent enfin le système sérotoninergique et la noradrénaline.

Références :

Marc A. Schuckit MD. Alcohol-use disorders.
The Lancet. Février 2009;373: 492-501.

Question 15 : Comment agissent les traitements en alcoologie ?

Le sevrage de Georges

Georges a fini par se laisser convaincre. Il se rendait bien compte que finalement il buvait trop. Il s'est demandé auprès de quel soignant il devait faire une démarche pour régler son problème face à l'alcool. Il s'est tout d'abord renseigné auprès de son médecin généraliste. Celui-ci lui a expliqué qu'il était disposé à l'accompagner dans son sevrage. Il pouvait aussi engagé un sevrage auprès d'un spécialiste addictologue. Georges a voulu savoir combien de temps il allait arrêter de travailler et au bout de combien de temps il pourrait reprendre son emploi de chauffeur routier. Il tenait surtout à ne pas être hospitalisé. Georges voulait que ses soins se réalisent uniquement en consultation. Le médecin généraliste qu'a rencontré Georges lui a dit qu'il était parfaitement d'accord avec cette proposition. Habituellement, les sevrages se font d'abord en consultation. L'hospitalisation est réservée au cas où plusieurs consultations ont échoué ou aux situations d'urgence médicale ou sociale. Le médecin généraliste de Georges a d'abord passé du temps à lui expliquer sa maladie. Il a réalisé une information. Il l'a ensuite accompagné vers un changement et a mis en place un suivi à long terme. Les aides proposées à Georges étaient multiples : une psychothérapie, un soutien social, une surveillance médicale. Les médicaments ont également aidé Georges à rester abstinents vis-à-vis de l'alcool. En France, deux médicaments sont proposés pour l'aide au maintien de l'abstinence. Son médecin généraliste lui en a décrit les effets. Grâce à toutes ces techniques de soins, Georges est maintenant abstinents vis-à-vis de l'alcool. Il a amélioré la qualité de sa vie.

Éléments de réponse

- En dépit d'une perception négative de ces traitements, il apparaît que la plupart des patients sont améliorés par une prise en charge. 50 à 60 % des hommes et des femmes traités réussissent à s'arrêter ou se sentent significativement améliorés dans leur fonctionnement un an après traitement. Cette amélioration initiale prédit la poursuite de l'amélioration à trois et cinq ans. Les traitements les plus intensifs (consultations rapprochées, hospitalisation, intégration de plusieurs techniques) sont les plus efficaces. Les patients ayant un problème d'alcool moins sévère

bénéficient plus de ces traitements. Le fait d'avoir une mémoire conservée, une bonne confiance en soi et peu d'anxiété ou de dépression améliore aussi le pronostic.

- L'évolution des difficultés avec l'alcool est souvent épisodique. Les dépendants peuvent arrêter après une crise, rester sobres quelques mois et recommencer à boire. Ils peuvent même, pour un temps, réussir à adopter un comportement d'alcoolisation contrôlée. En l'absence de traitement, 20 à 30 % des dépendants parviennent à interrompre l'alcool seuls. Les motifs d'interruption sont multiples. Certains arrêtent de boire parce que leur santé



se détériore. D'autres changent de comportement quand ils changent de vie. Les motifs de sevrage spontané peuvent être un nouveau compagnon, un nouveau mari, le fait de devenir père ou mère, un nouveau travail.

- Les différents temps du traitement sont :
 - l'identification d'une difficulté
 - l'information du patient
 - l'intervention brève
 - et la prise en charge à long terme.

- Dans la plupart des cas, l'objectif est l'arrêt complet de l'alcool. Chez les personnes consommant trop d'alcool sans en être dépendants (par exemple plus de 3 verres et demi par jour) une information peut inciter à réduire cette consommation.

- L'information peut être délivrée par tous les soignants. Elle motive celui qui est en difficulté avec l'alcool à changer de comportement. Elle expose les risques sans culpabiliser. Elle encourage au changement. Elle propose des conseils

et une série de solutions. Les bons thérapeutes font preuve d'empathie. Ils soutiennent ceux qu'ils rencontrent et les aident à prendre leurs responsabilités.

- L'intervention motivationnelle complète l'information. Elle s'appuie sur des séances de 15 à 30 minutes. Elle informe une nouvelle fois le patient des dangers de sa consommation et lui fait trouver lui-même les bénéfices qu'il aura à changer. Il est parfois utile de proposer un carnet pour relever son comportement et les étapes du changement.
- Le suivi à long terme permet d'éviter les rechutes. Il aide à rester motivé. Il encourage le changement d'attitude. Les psychothérapies agissent sur les croyances concernant l'alcool et sur le comportement. La personne en difficulté avec l'alcool apprend de nouveaux comportements pour maintenir l'abstinence et éviter les rechutes. Les réunions de groupes facilitent ce changement de croyances et de

comportements. Elles incitent celui qui est en difficulté à partager son expérience avec d'autres. Il identifie les situations l'exposant à un risque de rechute. Il apprend à les éviter et à rester sobre. Dans les formes les plus graves de dépendance, l'hospitalisation permet une intervention intense sur la motivation.

- Les traitements médicamenteux de l'appétence pour l'alcool. Trois molécules disposent d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Elles aident à résister à l'envie de boire et augmentent la durée du sevrage. Cela permet d'améliorer le suivi à long terme et de favoriser le blocage des états d'excitation ou de perte de contrôle induits par la consommation d'alcool. Une autre molécule est également employée. Il s'agit d'un traitement aversif provoquant un effet antabuse.

Références :
Marc A. Schuckit MD. Alcohol-use disorders.
The Lancet. Février 2009;373: 492-501.

La nouvelle thérapie de la dépendance : la thérapie motivationnelle

réalisation effective d'un sevrage. La motivation peut se réaliser en urgence, chez des personnes consultant pour des difficultés en relation ou non avec l'alcool. L'approche motivationnelle représente un nouveau modèle psychothérapeutique. Le thérapeute n'attend pas une éventuelle demande mais anticipe celle-ci ou plutôt aide le patient à la formuler.

Les stades de motivation de Prochaska permettent de déterminer la situation vis à vis de la dépendance. A chacun des stades, une réponse relationnelle personnalisée peut être proposée.

– **Stade initial de pré-contemplation.** A ce stade le consultant n'envisage pas d'interrompre sa dépendance. L'action préconisée est un conseil minimal.

– **Stade de contemplation.** Le consultant envisage la possibilité d'un sevrage sans s'y être réellement engagé. L'action à proposer est un conseil minimal suivi d'une discussion plus approfondie et de la remise éventuelle d'une brochure ou de conseils personnalisés.

– **Stade de préparation.** A ce stade, l'idée du sevrage a fait son chemin. Le consultant envisage la possibilité d'arrêter. Il faut proposer un rendez-vous soit avec le même praticien, soit avec un autre plus spécialisé pour la mise en place d'un sevrage.

– **Stade d'action.** Le consultant avance vers le soin. Il s'engage effectivement sur un sevrage. Il doit être encouragé et renforcé dans sa démarche.

– **Stade de maintien.** Il a réussi à interrompre l'alcool. Il doit être aidé dans sa démarche de maintien de l'abstinence. Des stratégies de prévention sont mises en place. L'échec, s'il survient, est compris comme une étape de la trajectoire de l'alcoolique. Il ne fait pas l'objet de reproches, d'incompréhension ou de culpabilisation. Il est une incitation à reprendre la démarche de sevrage.

Le conseil minimal est destiné à ceux qui ne demandent pas d'aide bien qu'ils présentent une conduite de dépendance. Ce conseil minimal de l'ordre de la psychothérapie renforce la motivation. Au-delà de l'intervention minimale, la motivation peut être

renforcée par des entretiens dits motivationnels. Ces entretiens peuvent être pratiqués par des spécialistes ou des généralistes. Ils aident à changer de comportement et à trouver des solutions aux problèmes qui apparaissent insolubles. Le psychologue s'adapte au stade de motivation et conduit celui qui le suit vers le changement.

L'entretien motivationnel, développé dans les années 1980 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick, dont le but est d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en aidant à explorer et résoudre son ambivalence. Plus qu'une technique, l'entretien motivationnel est également un style relationnel ou un état d'esprit, qui s'oppose au style « confrontationnel ». La motivation au changement va dépendre de la qualité des échanges. Le consultant se sentira prêt à changer s'il perçoit l'importance du problème, en l'occurrence les conséquences de sa consommation, et s'il a une confiance suffisante en sa capacité à mettre en œuvre le changement.

Les principes des interventions motivationnelles sont :

- Manifester de l'empathie : montrer au patient qu'on parvient à se figurer ce que l'interlocuteur pense et ressent, qu'on lui reconnaît ce droit, qu'on l'accepte, sans nécessairement approuver.
- Développer la divergence.
- Eviter l'affrontement.
- Ne pas forcer la résistance. La résistance peut se repérer essentiellement par quatre types d'attitude : rejet de l'expertise du thérapeute, interruption défensive du discours du thérapeute, déni du problème, désintérêt face au discours du thérapeute.
- Renforcer le sentiment de liberté de choix. La « réactance » psychologique se traduit par le fait qu'entraver le sentiment de liberté de choix et d'actions entraîne un état de motivation particulier qui pousse à rétablir cette liberté.
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, qui est la confiance en sa capacité à gérer correctement certaines situations.

Pour en savoir plus :

Abrégé d'addictologie. Editions Masson, 2008

Michel Lejoyeux : Du plaisir à la dépendance. Nouvelles addictions, nouvelles thérapies.

Editions de la Martinière 2008. Réédition Points Seuil 2009.

Merck Serono
37 rue Saint-Romain
F-69379 Lyon cedex 08
www.merckserono.fr
s.a.s. au capital de 16 398 285 euros
955 504 923 rcs Lyon
Information médicale/Pharmacovigilance :
Tél. (N° vert) 0 800 888 024
E-mail : infoqualit@merck.fr