

Peut on encore être alcoolique en 2016?

DR AF HIRSCH-VANHOENACKER

MÉDECIN COORDINATRICE DU CSAPA LA TRAME DE L'ANPAA 59

MÉDECIN GÉNÉRALISTE PENDANT 26 ANS

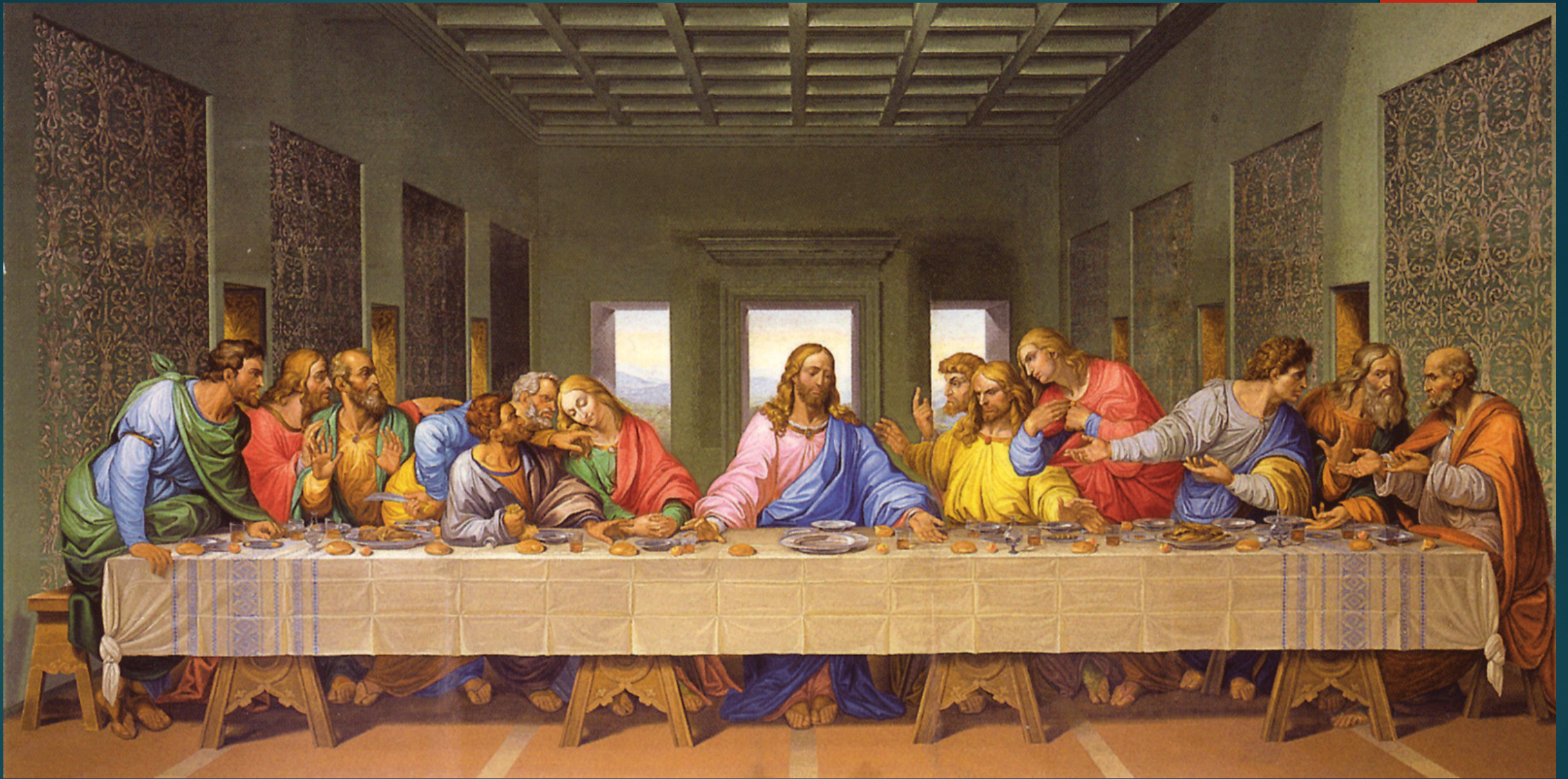
PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION G ET T 59/62

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

CONTRIBUTRICE DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

Qu'est ce qu'un alcoolique?

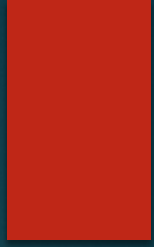
- ▶ Le terme alcoolisme a été utilisé pour la première fois en 1848 par le médecin suédois Magnus Huss dans une description clinique et nosographique de l'intoxication éthylique.
- ▶ "L'alcoolisme est toute forme d'absorption d'alcool qui excède la consommation alimentaire traditionnelle et courante, ou qui dépasse le cadre des habitudes sociales."
(Dictionnaire de Médecine Flammarion, 7ème édition, 2001)
- ▶ En fait: chacun d'entre nous a sa propre représentation de l'alcoolique.
- ▶ Et pour vous: un alcoolique c'est quoi?



« Prenez et buvez en tous: ceci est mon sang »



Archibald J Motley
Vie nocturne 1943



Carences dans les représentations de l'usage nocif

Représentations positives



Symbole de plaisir



Symbole de fête



Symbole de sociabilité



Marqueur culturel et identitaire

Pas de représentation sociale de l'usage nocif

Représentation négative

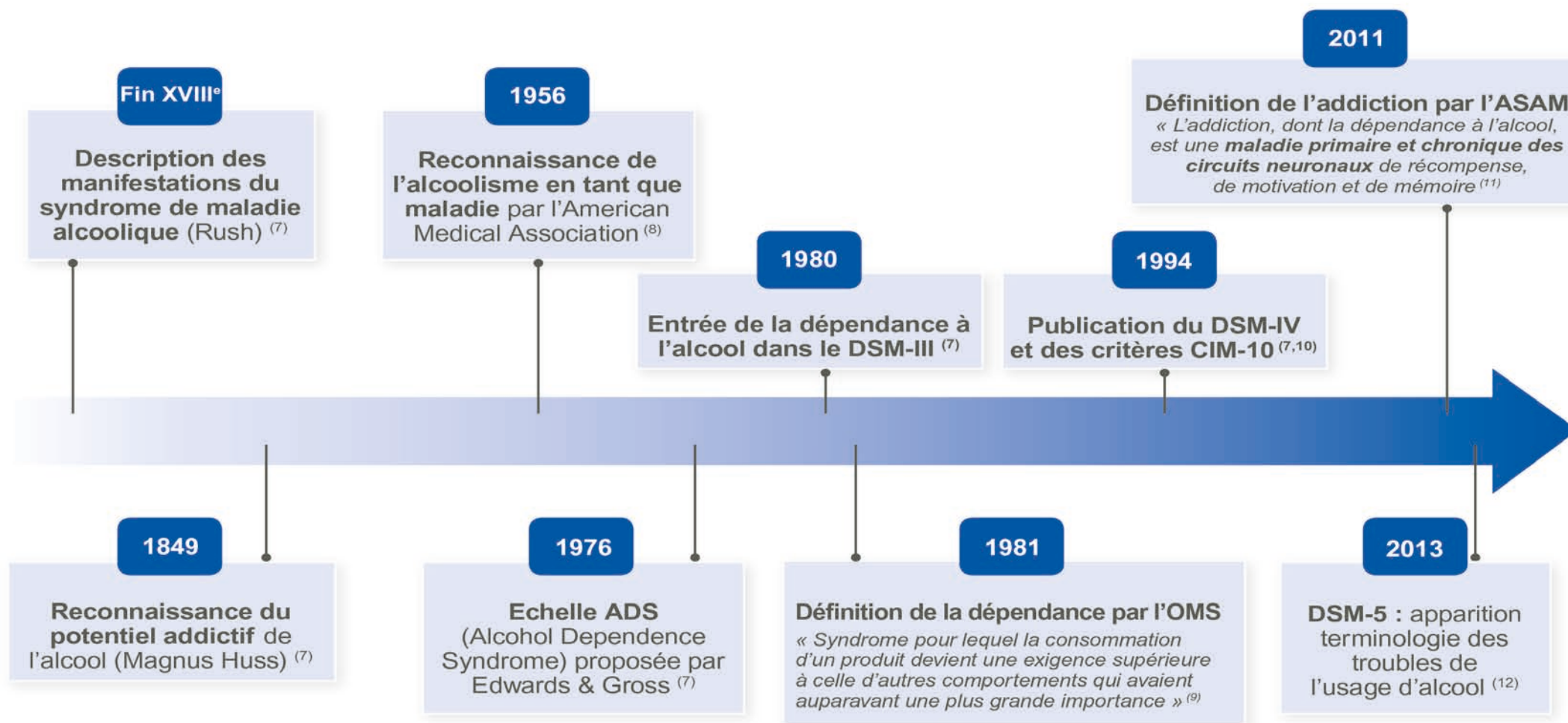


La dépendance :
l'alcoolisme
La toxicomanie

Etre alcoolique c'est quoi?

- ▶ Alcoolique: qui boit avec excès des boissons alcooliques
- ▶ Ivrogne: quelqu'un qui a l'habitude de s'enivrer
- ▶ Malade alcoolique: porteur d'une maladie chronique liée à la consommation d'alcool
- ▶ Alcoolisme: ou éthylisme: addiction à l'alcool éthylique =troubles mentaux et troubles du comportements liés à l'ingestion fréquente d'alcool éthylique
- ▶ L'alcoolisme aigue se manifeste par une consommation occasionnelle (cf binge drinking ou API)

La dépendance à l'alcool au cours de l'histoire : Grandes avancées sur la définition clinique...



7. Li TK, Hewitt BG and Grant BF. The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. The 2006 H. David Archibald lecture. *Addiction* 2007;102:1522-30.

8. Carr GD. Alcoholism: a modern look at an ancient illness. *Prim Care Clin Office Pract* 2011;38:9-21.

9. Tassin JP. Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique* 2007;83:91-7.

10. WHO. International Classification of Diseases (ICD). <http://www.who.int/classifications/icd/en/> Acces le 28/02/14.

11. Public Policy Statement: definition of addiction. ASAM. 15 août 2011.

12. DSM- 5. Substance-Related and Addictive Disorders, Fact Sheet.2013.

Addiction ou Dépendance

Addiction: conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire

Le sujet addict risque de se tourner vers un .autre produit si on se contente de le sevrer sans faire un travail sur ses rituels et habitudes

Maladie primaire et chronique des circuits neuronaux de récompense de motivation et de mémoire

L'addiction est une maladie et doit être perçue comme telle.

En 2016: on n'est plus alcoolique mais...

- ▶ On a des troubles liés à l'usage d'alcool
- ▶ Le repérage du mésusage d'alcool est tardif et encore tabou pour les professionnels de santé
- ▶ La consommation d'alcool est souvent associée à un autre produit (tabac+++ , cannabis +) et il s'agit d'un comportement addictif qui met en cause le circuit de la récompense
- ▶ On ne doit pas forcément arrêter l'alcool définitivement si on fait une démarche de soins: on commence par boire mieux ou moins .
- ▶ Le soin vise un mieux être et ne peut pas se concevoir sans la participation du patient.
- ▶ Il ne faut pas attendre les dommages sanitaires pour mener une réflexion sur son comportement quand on s'interroge sur sa consommation d'alcool.

Deux paramètres sont mesurés chez les patients dépendants à l'alcool :

- **TAC*** : Consommation totale d'alcool en g/jour
- **HDD**** : Jours de forte consommation
(> 60 g/jour pour un homme, > 40 g/jour pour une femme)



Niveaux de risque	TAC* (g/jour) - femmes	TAC* (g/jour) - hommes
Risque « très élevé »	> 60 g	> 100 g
Risque « élevé »	40 - 60 g	60 - 100 g
Risque « moyen »	20 - 40 g	40 - 60 g
Risque « faible »	1 - 20 g	1 - 40 g

* Total Alcohol Consumption

** Heavy Drinking Days



Organisation
mondiale de la Santé

Critères de la dépendance à l'alcool

▶ Critères diagnostiques de la dépendance à l'alcool : **CIM 10** ⁽¹³⁾

AGIR Avancée
en alcoologie
pratique

CIM -10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (10^{ème} révision)

- ▶ Ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho-active spécifique (ici l'alcool) ou d'une catégorie de substances entraîne un **désinvestissement progressif des autres activités**. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un **désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool**.
- ▶ Pour un diagnostic de certitude, **au moins trois des manifestations suivantes** doivent habituellement avoir été **présentes en même temps au cours de la dernière année**.

1	Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active
2	Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début / interruption de consommation, ou niveaux de consommation)
3	Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation
4	Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active
5	Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
6	Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives



- ▶ La réduction de la variété des modes de consommation a également été décrite comme étant caractéristique d'un syndrome de dépendance.

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux


- Mode d'utilisation inadapté d'une substance (ici l'alcool) conduisant à une **altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative**, caractérisée par la **présence de trois (ou plus) des manifestations** suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

1	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin d'une quantité d'alcool notablement plus forte pour atteindre l'intoxication (ivresse) ou l'effet désiré b. un effet notablement diminué pour une quantité d'alcool inchangée
2	Syndrome de sevrage
3	Consommation plus prolongée et plus importante que prévu
4	Désir persistant et efforts infructueux pour réduire ou arrêter la consommation d'alcool
5	Temps considérable consacré à chercher de l'alcool, à en boire ou à se remettre de ses effets
6	Nombreuses activités, familiales, sociales, professionnelles ou de loisir, abandonnées ou réduites à cause de l'alcool
7	Consommation de l'alcool poursuivie malgré la connaissance des problèmes physiques ou psychologiques persistants et récurrents, dus à l'alcool



Critères diagnostiques		DSM-IV		DSM-5
		Abus d'alcool (présence d'au moins 1 critère)	Dépendance à l'alcool (présence d'au moins 3 critères)	Troubles de l'usage d'alcool (présence de : - 2 à 3 critères : trouble léger ; - 4 à 5 critères : trouble modéré ; - 6 critères ou plus : trouble sévère)
1	Consommation plus prolongée et plus importante que prévu		X	X
2	Désir persistant et efforts infructueux pour réduire ou arrêter la consommation d'alcool		X	X
3	Temps considérable consacré à chercher de l'alcool, à en boire ou à se remettre de ses effets		X	X
4	Craving ou un fort désir de consommation d'alcool	NOUVEAU		X
5	Problèmes sociaux/interpersonnels liés à l'abus d'alcool	X		X
6	Consommation d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool	X		X
7	Nombreuses activités, familiales, sociales, professionnelles ou de loisir, abandonnées ou réduites à cause de l'alcool		X	X
8	Consommation d'alcool dans des situations à risque (conduite de voiture ou manipulation de machines)	X		X
9	Consommation de l'alcool poursuivie malgré la connaissance des problèmes physiques ou psychologiques persistants et récurrents, dus à l'alcool		X	X
10	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin d'une quantité d'alcool notablement plus forte pour atteindre l'intoxication (ivresse) ou l'effet désiré b. un effet notablement diminué pour une quantité d'alcool inchangée		X	X
11	Syndrome de sevrage		X	X
-	Problèmes légaux liés à l'abus d'alcool	X		-

15. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *NIH Publication No. 13-7999*. November 2013. www.niaaa.nih.gov.



Quelles définitions? De l'alcoolique Ou de l'alcoolisme?

- L'approche comportementale permet de ne pas passer à côté de la dimension physio pathologique de la maladie qui génère des conduites addictives.
- L'approche par produit ne doit pas faire oublier la coconsommation fréquente en particulier de tabac ou de cannabis mais également la pratique des jeux en ligne ou les troubles du comportement alimentaires
- La toxicité de l'alcool n'est pas uniquement hépatique...

Les conséquences du mésusage d'alcool:

Dangerosité des drogues/méfais individuellement et société
D. NUTT (Courrier des Addictions 2013 vol15)

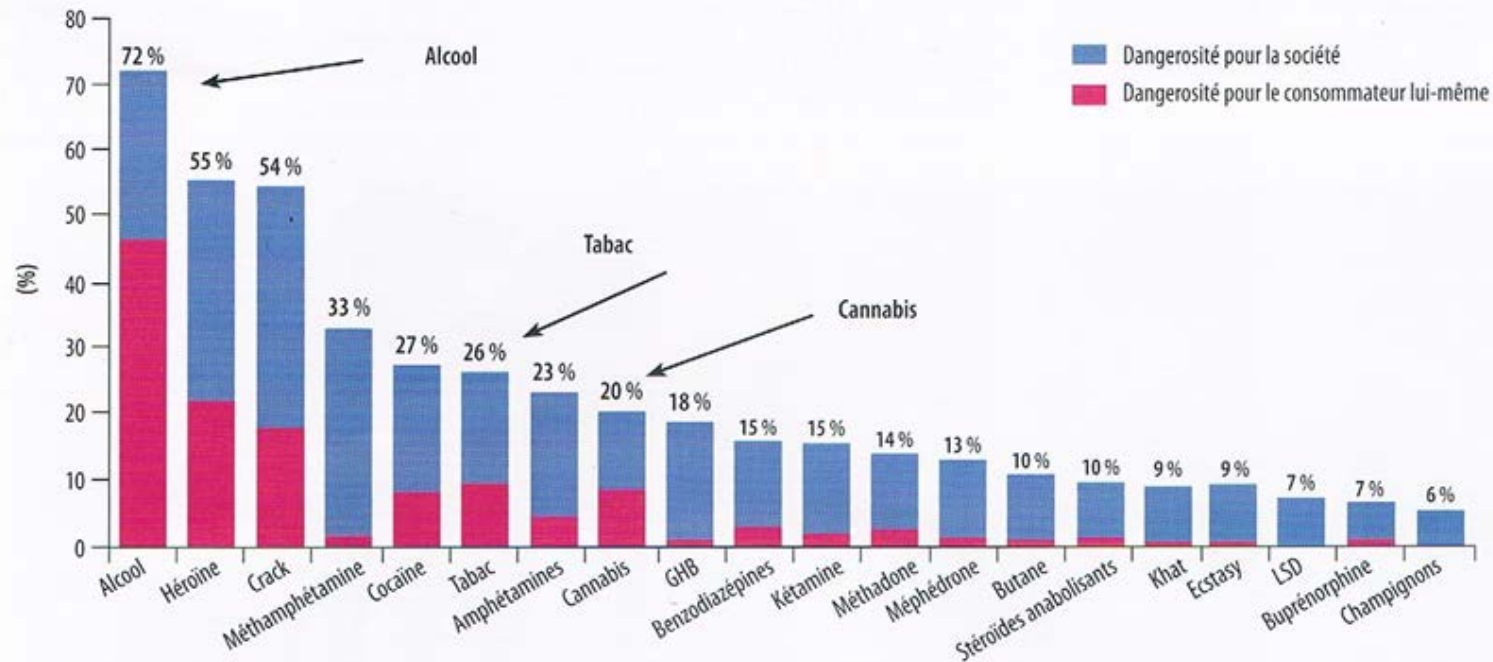


Figure. Classification de la dangerosité des drogues (d'après [2]).

- ▶ Modèle MCDA :
- ▶ 9 critères de nocivité pour le consommateur
- ▶ 7 critères de nocivité pour la société
- ▶ Echelle de dangerosité de 0 à 100

Typologie des dommages

➤ Les types d'impact d'un mésusage d'alcool sur l'individu et son entourage

Individuel

- ✓ Diminution des capacités liées à la consommation
- ✓ Altération de la santé
- ✓ Perte de relations sociales
- ✓ Stigmatisation

Famille/ Conjoint/ Amis

- ✓ Problèmes pour assumer le rôle parental
- ✓ Problèmes de relation avec conjoint
- ✓ Problèmes dans le soutien des proches (enfants, parents)

Travail

- ✓ Difficulté de travail en équipe
- ✓ Compensation par les autres du manque de productivité

Société

- ✓ Coûts sociaux de l'alcool
- ✓ Vandalisme

Typologie des dommages

➤ Évaluation des risques et des dommages d'un mésusage d'alcool

Risques immédiats
=
Effets sur le comportement

- ✓ Accidents routiers
- ✓ Violences à autrui
- ✓ Suicides
- ✓ Comas

Risques retardés (délai important)
=
Conséquences organiques

- ✓ Cancers
- ✓ Maladies du Foie
- ✓ Maladies cardio-vasculaires
- ✓ Atteintes du SNC et périphérique

Moller L. BEH 2013

L'alcool peut jouer un rôle (1)

- ▶ Dans des affections somatiques fréquentes en médecine générale :
 - ▶ Hypertension artérielle,
 - ▶ Asthénie,
 - ▶ Prise de poids,
 - ▶ Troubles digestifs,
 - ▶ Diabète

L'alcool peut jouer un rôle (2)

- ▶ Dans des affections psychocomportementales fréquentes en médecine générale:
 - ▶ Anxiété,
 - ▶ dépression,
 - ▶ troubles du sommeil,
 - ▶ agressivité,
 - ▶ troubles sexuels

L'alcool peut jouer un rôle (3)

- ▶ **Dans des situations environnementales:**
 - ▶ Recours plus fréquent aux soins
 - ▶ Problèmes conjugaux, difficultés familiales
 - ▶ Demande d'un membre de la famille concernant un mésusage d'alcool d'une autre personne de cette famille
- ▶ **Dans des situations socioprofessionnelles:**
 - ▶ Difficultés au travail
 - ▶ Absentéisme
 - ▶ Accidents de travail , de trajet...
 - ▶ Instabilité professionnelle

L'alcool peut jouer un rôle (4)

Dans d'autres situations fréquentes en
Médecine Générale ou du Travail :

- ▶ **Association à une autre addiction:**
 - ▶ Tabac, cannabis...
- ▶ **Accidents et traumatismes:**
 - ▶ particulièrement si répétitifs
- ▶ **Résultats biologiques perturbés:**
 - ▶ GGT, VGM, triglycérides

Les examens complémentaires:

recommandations de la SFA

- ▶ La recherche d'une maladie alcoolique du foie doit être réalisée par des examens biologiques
- ▶ (NFS, TP, ASAT, ALAT, GGT)
- ▶ chez tout sujet présentant un mésusage d'alcool, initialement puis au moins tous les ans lors d'un suivi ambulatoire .
- ▶ En cas d'anomalies, le bilan est complété (examen clinique, électrophorèse des protéines, échographie hépatique) à la recherche d'une cirrhose compensée . En cas de cirrhose connue, la survenue d'un ictère et d'autres signes de décompensation (ascite, hémorragie, infection, encéphalopathie) imposent une hospitalisation en urgence .

Quel marqueur?

- ▶ Le dosage des CDT, est un marqueur de consommation chronique régulière et excessive d'alcool.
- ▶ Un taux de gamma GT augmenté peut être lié à de nombreux facteurs comme par exemple la prise de certains médicaments ou de maladies hépatiques. Un taux de CDT est positif après une consommation d'alcool d'au moins 50 à 80 g d'alcool par jour.
- ▶ Les valeurs de la CDT redeviennent normales entre 2 et 4 semaines après l'arrêt de la consommation de l'alcool.

Les troubles cognitifs liés à l'alcool: TCLA

- **La cognition**: ensemble des processus mentaux qui se rapporte à la fonction de connaissance. Ils se distinguent des processus mentaux qui se rapportent à la fonction affective.
- L'alcool perturbe, à des degrés variables, les processus suivants:
 - Attention
 - Fonctions exécutives
 - Mémoire épisodique
 - Méta mémoire
 - Traitement des informations visuo-spatiales et émotionnelles
 - Coordination visuo-motrice
 - Il n'y a souvent pas de plainte de l'utilisateur

Leur dépistage est important

► Conséquences:

- Interprétation psychogénique erronée:
 - contre attitudes dans l'entourage
 - accompagnement inadéquat des professionnels
- Préjudiciables à l'accompagnement: frein
- Non pris en compte dans l'accompagnement: échec
- Aggravation des difficultés des usagers: chronicisation
- *Le dépistage des troubles neuropsychologiques peut être effectué par le clinicien non spécialisé en neuropsychologie à l'aide du test d'évaluation cognitive de Montréal (MoCA) en dehors d'une consommation d'alcool et après arrêt des benzodiazépines .*
- *En cas de suspicion d'un trouble neuropsychologique il est recommandé que l'évaluation neuropsychologique soit réalisée par des professionnels spécialisés*

Les comorbidités

Co addiction alcool tabac

Nécessite une consultation ORL

Comorbidités psychiatriques

- ▶ Plus d'un tiers des sujets avec un mésusage d'alcool présente au cours de leur vie une comorbidité psychiatrique, en particulier une dépression, un trouble anxieux, un risque suicidaire accru.
- ▶ A l'inverse, la comorbidité psychiatrique est associée à un risque de mésusage d'alcool plus sévère et le mésusage d'alcool aggrave la symptomatologie psychiatrique.
- ▶ Suivi conjoint si possible
 - Fréquence de la bipolarité et des psychoses
 - Problème d'observance++



Les objectifs de l'intervention thérapeutique

- ▶ Une véritable amélioration de la situation du sujet passe par un changement important de la consommation d'alcool, que ce soit vers l'abstinence ou une réduction de la consommation
- ▶ **Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet**

Le rôle du médecin

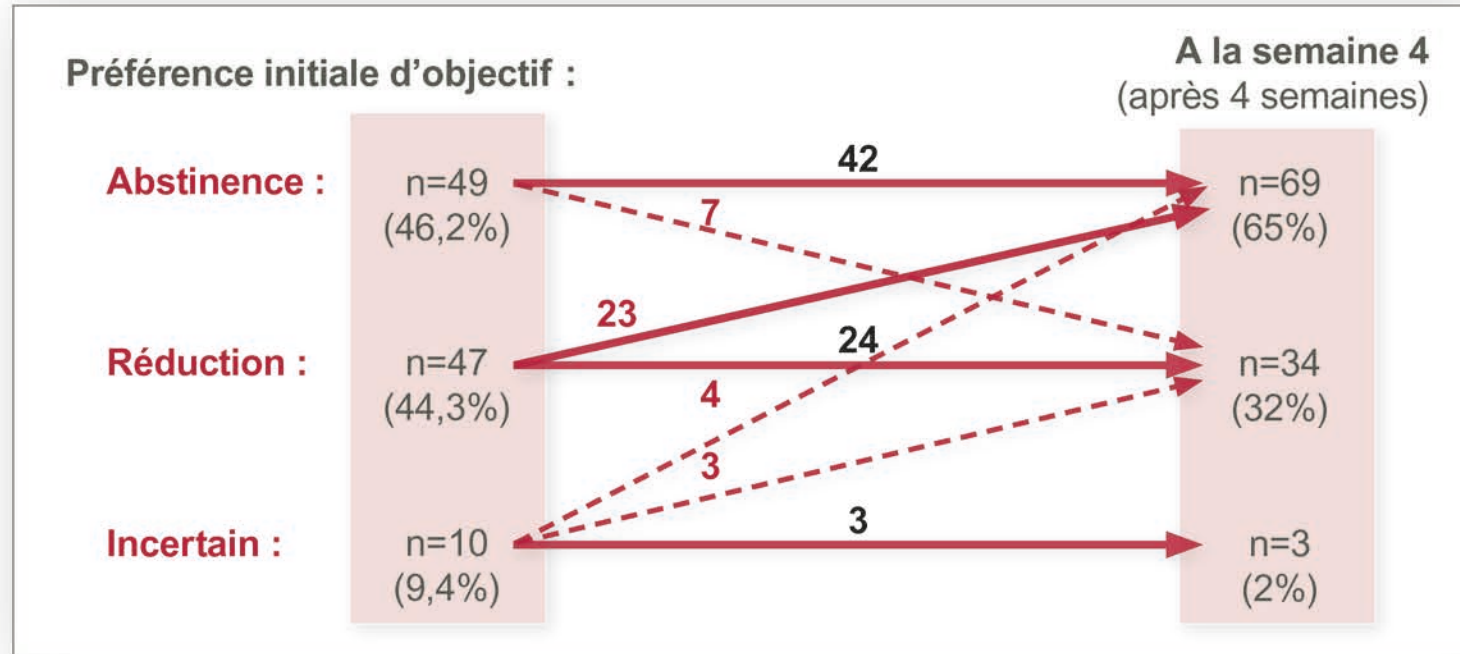
- ▶ Les objectifs principaux de la prise en charge du mésusage d'alcool sont d'éviter l'évolution vers des complications et de réduire les dommages consécutifs à ce comportement, diminuant ainsi la mortalité due à ces troubles, leur importante morbidité, qu'elle soit somatique, psychologique ou sociale et d'améliorer la qualité de vie des patients.
- ▶ L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, et pour celles ayant un mésusage d'alcool associé à une comorbidité physique ou psychiatrique significative (par exemple une dépression ou une maladie du foie liée à l'alcool) .
- ▶ **Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages**

Les modèles d'intervention actuels

- Ancien modèle standard d'intervention basé sur la **prescription**
 - Abstinance « totale et définitive »
- Nouveaux modèles basés sur la **collaboration** vers des objectifs définis en fonction des besoins du patient:
 - Abstention, expérience
 - Contrôle de la consommation
 - Réduction des dommages
 - Réduction des risques

Réduction de la consommation : une étape intermédiaire menant à la décision thérapeutique de l'abstinence ⁽⁵⁰⁾

› Préférences d'objectif thérapeutique initial et changements au bout de 4 semaines



› **49%** des patients qui ont d'abord comme objectif thérapeutique la réduction choisissent de devenir abstinentes après cette première expérience de réduction

› **14%** des patients qui ont d'abord comme objectif thérapeutique l'abstinence choisissent de réduire leur consommation après cette première expérience d'abstinence

Extrait des recommandations de la Fédération Française d'addictologie
publiées le 17 Mai 2016

Certains dommages, bien que connus, ne sont que très insuffisamment pris en compte, comme le syndrome d'alcoolisation foétale (SAF), faute d'une réelle prise de conscience des enjeux.

En tout état de cause, les axes possibles d'accompagnement doivent aujourd'hui permettre, en prenant en compte les attentes des consommateurs :

1°

L'arrêt au moyen du sevrage (médicalisé ou non, résidentiel ou ambulatoire...).

2°

Le réaménagement des consommations en vue d'en réduire les dommages. Il peut s'agir d'une modification quantitative (réduction des consommations, consommation contrôlée...) médicalisée ou non, d'une modification qualitative (rythme de consommations, modalités, contexte ou environnement, type d'alcool consommé...).

3°

L'accompagnement des consommations telles qu'elles existent, sans perspective immédiate d'un changement des pratiques avec pour priorité la sécurisation des personnes et de leurs usages (mise à l'abri, accès aux soins, aux droits et à la reconnaissance...).

Peut on encore parler de cure?

Le séjour en milieu résidentiel peut être vu comme une parenthèse dans la trajectoire de la personne, un lieu de protection propice à la réflexion et à l'élaboration d'un projet de soin au long terme voire d'un projet de vie à un moment donné. Complémentaire et articulé avec la prise en charge ambulatoire, il doit pouvoir accompagner la personne, que son objectif soit de l'ordre de la RdRD dans le contrôle des consommations, dans l'abstinence, ou de leur combinaison chez les personnes présentant plusieurs addictions.

L'intégration de la RdRD au sein de ces structures, classiquement positionnées sur un objectif unique d'abstinence, nécessite une ré-interrogation de l'ensemble de leurs programmes thérapeutiques, de l'accueil des personnes, du fonctionnement interne et une évolution du positionnement des soignants, centrés désormais davantage sur l'accompagnement vers un « choix libre et éclairé » que sur la transposition d'un programme de soin monolithique.

La consommation contrôlée

- ▶ Auparavant: après le sevrage: abstinence obligatoire (cf AA)
- ▶ Actuellement: après l'abstinence : consommation à plus faible risque possible
- ▶ Après consommation contrôlée: taux d'abstinence augmente avec le temps
- ▶ L'idée de l'abstinence totale fait fuir des patients nécessitant une aide

Les techniques de gestion

- ▶ Horaires
- ▶ Fréquences
- ▶ Occasions

Consommer moins et s'abstenir dans des situations particulières

Se faire aider et signaler à son entourage la démarche

› **De nettes améliorations sur :**

- Les blessures et accidents
- Les problèmes de poids
- La tension artérielle
- La dépression

› **Les dommages aigus dus à l'alcool peuvent être évités
si la consommation d'alcool est réduite**

26. Anderson & Baumberg. Alcohol in Europe : A public health perspective. Juin 2006.

58. Gual A *et al.* Five-year outcome in alcohol dependence. Alcohol & Alcoholism Vol. 34, No. 2, pp. 183–192, 1999.

59. Barbosa *et al.* Modelling lifetime QALYs and health care costs from different drinking patterns over time: a Markov model. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 19(2): 97–109 (2010).

Pourquoi boire?

- La soif?
- La recherche de
défonce?
- Le gout?
- L'habitude?
- Les copains?



Quels conseils? qq exemples

Boire moins c'est mieux!

- ▶ Alternier avec un verre de boisson sans alcool
- ▶ Période alcool free
- ▶ Eviter de consommer avant d'aller travailler.
- ▶ Alcool et route: passez le volant si vous dépassez la limite
- ▶ Pas d'arrêt brutal si dépendance
- ▶ Attention aux rapports sexuels non protégés...

La place de la molécule

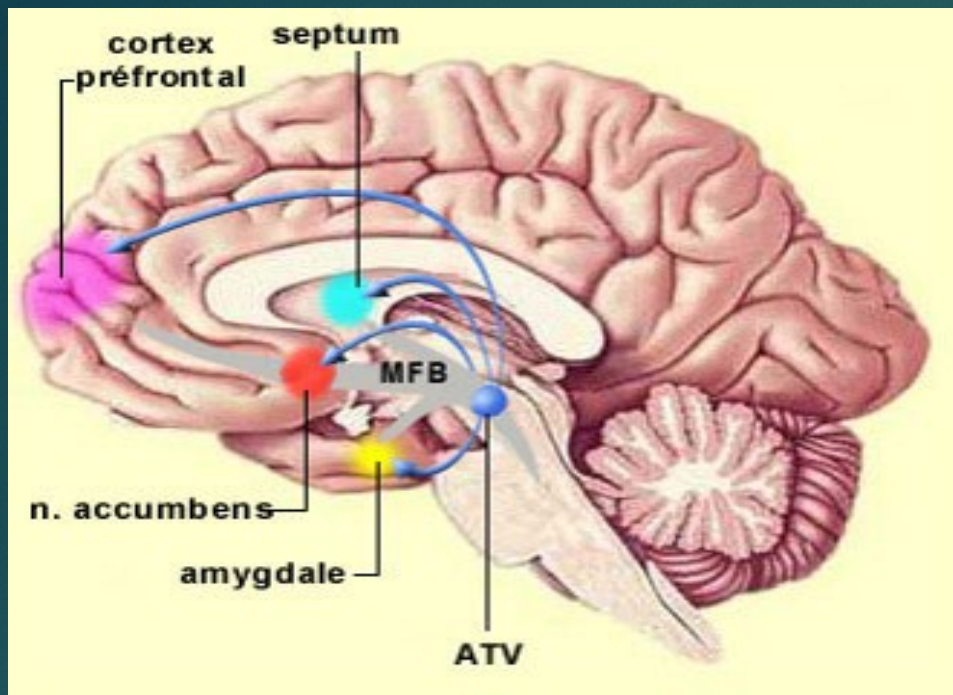
- ▶ Quelle que soit le traitement proposé: le travail de motivation est essentiel
- ▶ La réalisation d'un calendrier de consommation est thérapeutique en soi
- ▶ Il n'y a pas d'urgence à commencer un traitement: c'est le patient qui décide du moment où il le prend;
- ▶ La démarche de consommation contrôlée doit être expliquée aux proches
- ▶ Ne pas prescrire trop vite d'anti dépresseurs ou d'anxiolytiques
- ▶ Donner du temps au temps...

Les traitements médicamenteux

TABEAU 2 MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'ALCOOLODÉPENDANCE

Médicaments	Mécanisme d'action	Indication	Posologie	Durée de traitement recommandée	Principaux effets indésirables
Acamprosate (Aotal)	Agoniste GABAergique et antagoniste des acides aminés excitateurs (glutamate)	Aide au maintien de l'abstinence	< 60 kg : 4 cp/j ≥ 60 kg : 6 cp/j	1 an	Diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissements, prurit, rash cutané
Naltrexone (Revia)	Antagoniste des récepteurs μ et δ des opiacés	Aide au maintien de l'abstinence	1 cp/j	3 mois	Troubles digestifs, céphalées, insomnie, anxiété, nervosité, modification des tests hépatiques
Disulfirame (Espéral)	Inhibiteur de l'acétaldéhyde déshydrogénase (effet antabuse)	Prévention de la rechute	1/2 à 1 cp/j	Pas de durée recommandée En général, quelques mois	Troubles digestifs, augmentation des transaminases, hépatites rares, parfois graves, troubles neurologiques
Nalmefène (Selincro)	Antagoniste des récepteurs μ et δ des opiacés, agoniste partiel des récepteurs κ	Réduction de consommation chez les patients alcoolodépendants	1 cp si besoin (exposition au risque de boire)	Pas de durée recommandée Variable selon résultat	Malaises, nausées, vomissements, fatigue, troubles du sommeil
Baclofène (Lioréal, Baclofène zentiva)	Agoniste GABA-B	Aide au maintien de l'abstinence Réduction de la consommation	Variable en fonction de l'efficacité et de la tolérance*	Pas de durée recommandée Variable selon résultat	Sédation, somnolence, asthénie, confusion, convulsions, vertiges, céphalées, dépression, insomnie, euphorie, troubles sensitifs et sensoriels, sécheresse de bouche

* Débuté à 15 mg/j, ensuite augmenté de façon très progressive si besoin (max 300 mg/j). À partir de 120 mg/j, l'avis d'un collègue expert en alcoolodépendance doit être sollicité. Pour toute posologie > 180 mg/j, un avis collégial est requis (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie ou service hospitalier spécialisé en addictologie). Il est nécessaire d'inscrire le patient sur le site de la RTU : www.rtuabaclofene.org.



Le circuit de la récompense: la recherche de plaisir

aire tegmentale ventrale (ATV),
amygdale,
noyau accumbens,
septum et
cortex préfrontal.
le long du faisceau médian du télencéphale (MFB)

3 composantes

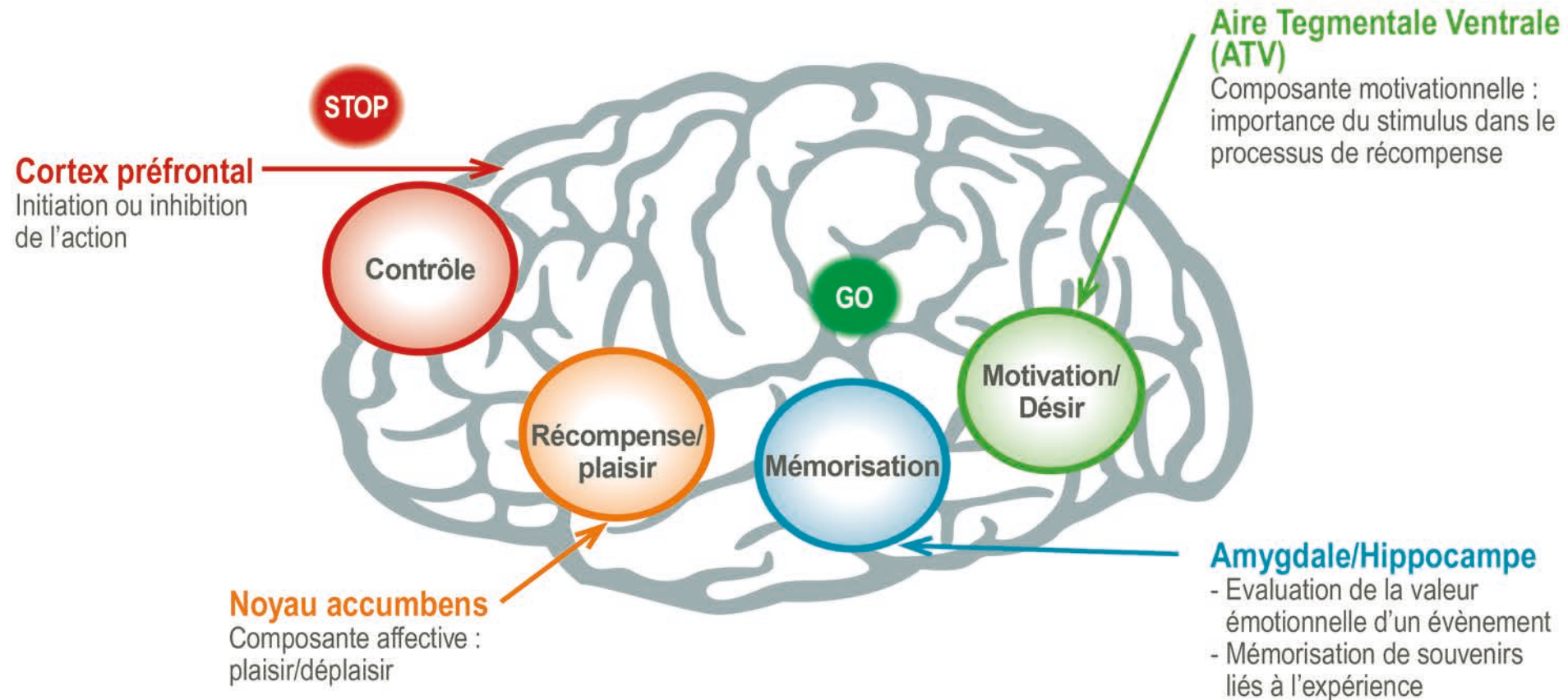
- *affective, correspondant au plaisir provoqué par la "récompense", ou au déplaisir provoqué par la "punition" ;*
- *motivationnelle, correspondant à la stimulation à obtenir la "récompense" ou à éviter la "punition« **
- *cognitive, correspondant aux apprentissages généralement réalisés par conditionnement.*

L'activation du circuit de la récompense augmente la libération de dopamine dans le cerveau limbique

Les 4 mécanismes cérébraux impliqués dans le mécanisme addictif (4,6)

> Système de la récompense :

un système correspondant anatomiquement au système **méso-cortico-limbique**.



4. Volkow ND, Fowler JS and Wang GJ. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest* 2003;111:1444-51.

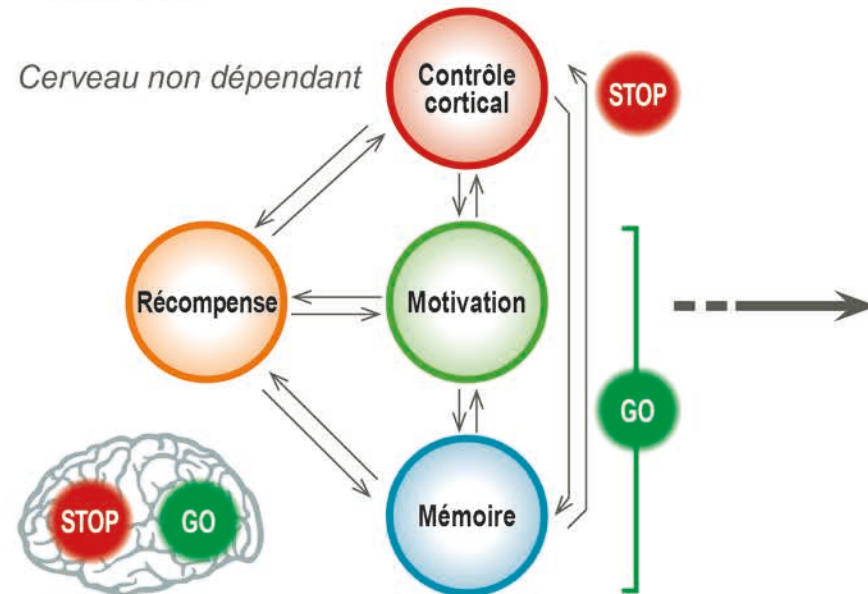
6. Reynaud M. Traité d'addictologie. Médecine Sciences Flammarion 2006.

Les 4 mécanismes cérébraux impliqués dans le mécanisme addictif (4,6)

Sujet non dépendant :

Quatre circuits interagissent lors de la prise de décision :

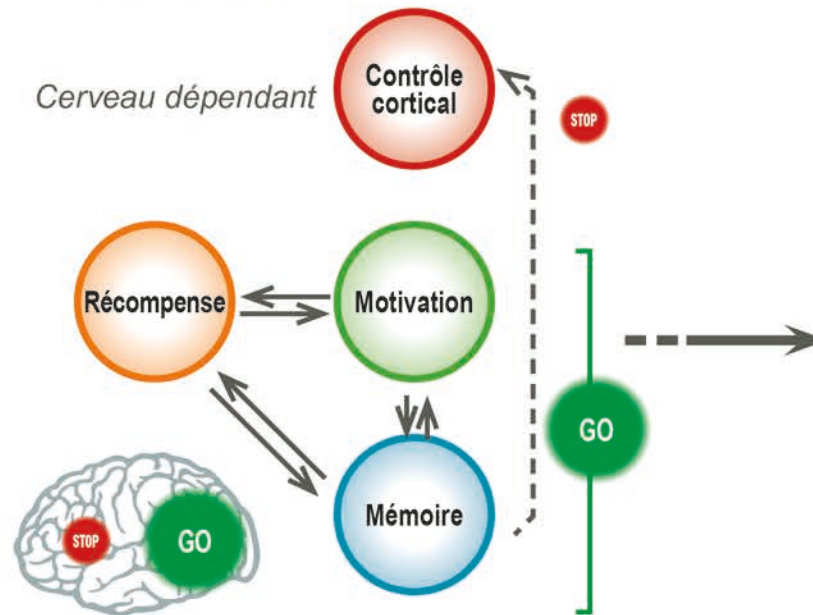
- Circuit de la **RÉCOMPENSE** : importance d'un besoin
- Circuit de la **MOTIVATION** et du sens : réponse aux états internes
- Voies de la **MÉMOIRE** : mise en jeu des apprentissages
- **CONTRÔLE** cortical : résolution des conflits.



- **Équilibre** entre ces circuits qui permet d'**agir de façon adaptée** à une situation émotionnelle ou de besoin.
- Les signaux « **GO** » qui poussent à l'action sont **contre-balançés** par des signaux « **STOP** ».

Sujet dépendant :

Souvenir de la récompense attendue dû à une suractivation des circuits de la récompense et de la motivation, alors que le contrôle cortical est lui affaibli



- **Cerveau hypersensibilisé** à la drogue et aux stimuli environnementaux qui lui sont associés, besoin obsédant
- **Beaucoup moins d'importance aux autres intérêts**, besoins secondaires
- Le signal « **GO** » **surpasse** en effet le signal « **STOP** », faisant **perdre le contrôle de la consommation**

4. Volkow ND, Fowler JS and Wang GJ. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest* 2003;111:1444-51.

6. Reynaud M. Traité d'addictologie. Médecine Sciences Flammarion 2006.

Nouvelles molécules

Nalméfène: bloque les récepteurs opioïdes (cf Naltrexone) et de la dynorphine

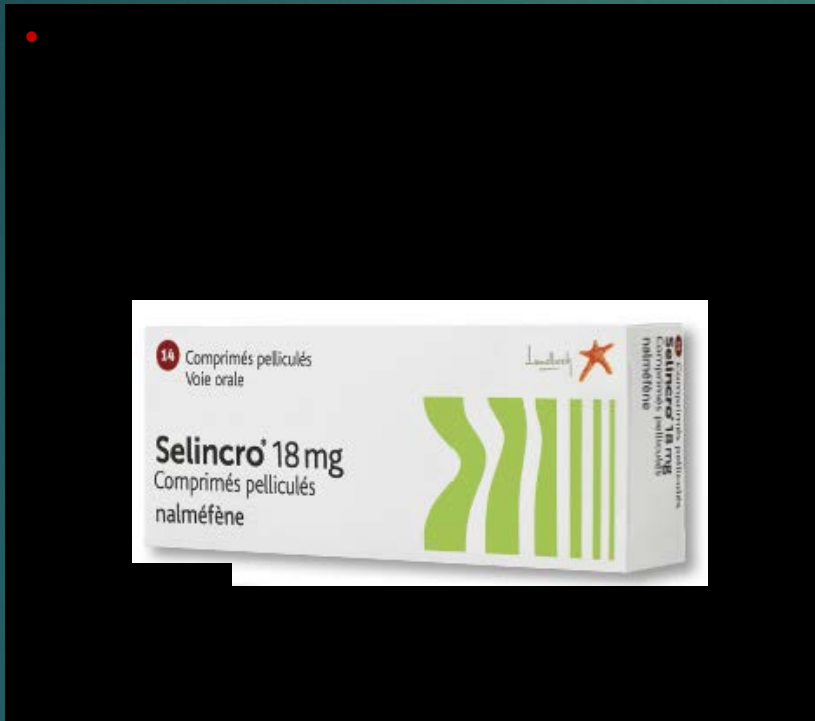
Baclofène: activation des récepteurs GABA

Objectifs:

Réduire l'appétence et la motivation pour l'alcool

L'abstinence n'est plus le dogme de l'accompagnement

Selincro® : 1^{er} traitement indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool



1. Résumé des Caractéristiques du Produit Selincro®.

6. Avis de la Commission de la Transparence du 4 décembre 2013 du produit Selincro®.

7. Mann K *et al.* Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as needed nalmefene. *Biol Psychiatry* 2013;73:706-13. (étude ESENSE 1 retenue lors de l'évaluation du dossier d'AMM).

8. Gual A *et al.* A randomised, double blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013;23:1432-1442. (étude ESENSE 2 retenue lors de l'évaluation du dossier d'AMM).

9. Van der Brink W *et al.* Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: a 1-year, randomised controlled study. *Journal of Psychopharmacology* 2014;1-12. (étude SENSE retenue lors de l'évaluation du dossier d'AMM).

Posologie de Selincro®

- ▶ **1 comprimé par jour** ⁽¹⁾
chaque jour où le patient perçoit le risque de boire de l'alcool
- ▶ De préférence 1 à 2 heures avant le moment où le patient anticipe une consommation d'alcool
- ▶ Dose maximale : 1 comprimé par jour



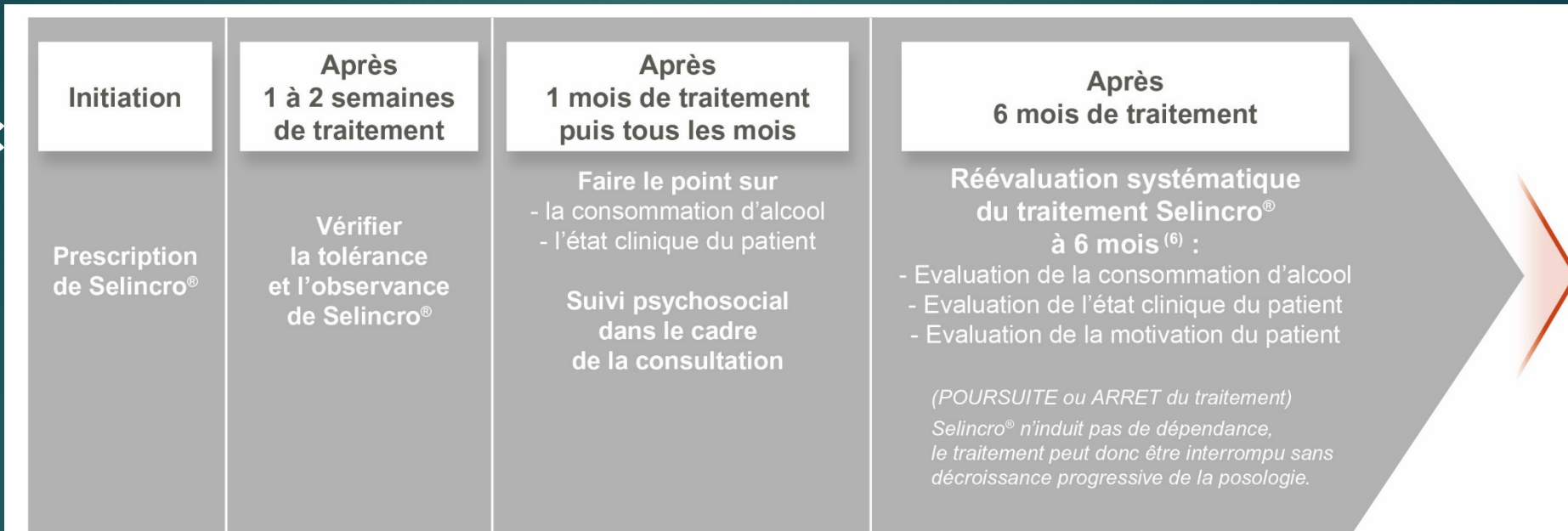
**En association avec un suivi psychosocial continu
axé sur l'observance thérapeutique et la
réduction de la consommation d'alcool**

Selincro® doit être initié uniquement chez les patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque élevé persiste 2 semaines après l'évaluation initiale

Contre-indications de Selincro®

- ▶ Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- ▶ Patients présentant une insuffisance hépatique sévère (classification de Child-Pugh)
- ▶ Patients présentant une insuffisance rénale sévère (taux de filtration glomérulaire estimée (TFGe) < 30 mL/min par 1,73 m²)
- ▶ Patients prenant des analgésiques opioïdes, ayant des antécédents récents de dépendance aux opioïdes ou présentant des symptômes aigus de sevrage aux opioïdes, ou pour lesquels une consommation récente d'opioïdes est suspectée
- ▶ Patients ayant un antécédent récent de syndrome de sevrage aigu à l'alcool (incluant hallucinations, convulsions et *delirium tremens*)

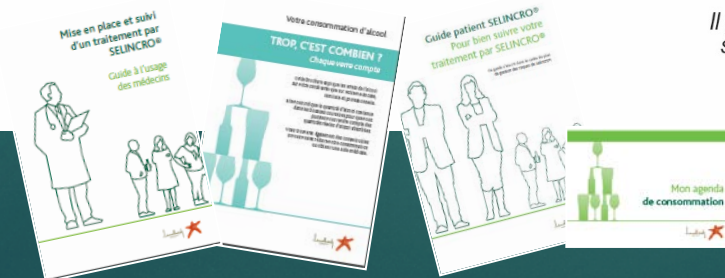
Suivi du patient Selincro®



Si aucune réduction de la consommation n'est constatée après un mois de traitement, le traitement doit être réévalué.

Le programme de développement clinique de Selincro® comprenait deux études d'une durée de 6 mois et une étude d'une durée de 1 an.⁽¹⁾
L'opportunité de poursuivre le traitement au-delà de 6 mois, si le patient en tire toujours un bénéfice, doit être évaluée au cas par cas.

Il pourra être tenu compte notamment de la fréquence de prise de Selincro® : si le patient ne ressent plus le besoin de le prendre que quelques jours par mois et se sent donc moins à risque de boire, un arrêt sera envisagé.



1. Résumé des Caractéristiques du Produit Selincro®.

6. Avis de la Commission de la Transparence du 4 décembre 2013 du produit Selincro®.

LE BACLOFENE

SON ACTION DANS
L'ALCOOLO-DEPENDANCE



En France: l'histoire d'Olivier AMEISEN

- Publication livre grand-public
- Médiatisation intensive du produit





Le patient demandeur de Baclofène a tout lu sur Internet...

Il veut retrouver les capacités de décider des orientations de sa vie... son MG est là pour accompagner sa démarche.

Il vient nous demander de l'aide car il admet être en difficulté

La prescription est encadrée par une RTU: recommandation temporaire d'utilisation

Qu'est ce que c'est?

- ▶ Baclofène : ancienne molécule (1974) sous le nom de Liorésal.
- ▶ Analogue structural du GABA, agoniste du récepteur GABA-B.
- ▶ possède
 - une action antispastique (point d'impact médullaire).
 - une action antinociceptive
 - un effet anxiolytique
- ▶ **AMM actuelle :**
 - Indications : contractures spastiques de la SEP, des affections médullaires, d'origine cérébrale
 - posologie recommandée : 30 à 75 mg/jour en trois prises. (100 à 120 mg en milieu hospitalier)

Les modalités de la RTU baclofène

- ▶ Prescription: après échec des autres traitements disponibles chez les patients alcoolo-dépendants dans les deux indications suivantes
 - ▲ Aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez des patients dépendants à l'alcool
 - ▲ Réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de consommation tel que défini par l'OMS chez des patients alcoolo-dépendants à haut risque.

Posologie

- ▶ Quotidienne
- ▶ initiale : 15 mg par jour
- ▶ augmentation très progressive (+5 mg , puis +10 mg) par paliers de 2-3 jours jusqu'à obtention d'une éventuelle réponse clinique (effet attendu).
- ▶ réponse et délai d'apparition très variables d'un patient à l'autre suivi rapproché.
- ▶ Si effets indésirables: posologie stabilisée ou diminuée progressivement.

Indications du baclofène sous RTU

- > 18 ans
- Échec préalable des traitements autorisés pour maintien d'abstinence ou réduction de consommation
- Information orale + remise de la note d'information sur la nature hors-AMM du baclofène et les risques qui en découlent, et sur l'interdiction de conduire en phase de titration
- Contraception efficace pour les femmes

Contre-indications du baclofène sous RTU

- **Mineurs**
- **Femmes enceintes**
- Situation sociale rendant le suivi aléatoire
- **Conducteurs** de machine ou voiture pendant la phase de titration
- Certaines **comorbidités psychiatriques**:
 - « *psychose, notamment schizophrénie, psychose maniaco-dépressive et dépression d'intensité sévère* » = contre-indication absolue
 - « *les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux jugés d'intensité modérée ne constituent pas un critère de non prescription mais nécessitent une consultation psychiatrique avant et pendant le traitement* »
- « **Addiction** à d'autres substances addictives que le tabac et l'alcool »
- Insuffisance hépatique sévère
- Epilepsie ou crise convulsive
- Autres: Maladie de Parkinson, Porphyrisme, Intolérance au baclofène

Chaque patient est différent

- ▶ Au cours de la phase de titration de la posologie: réévaluer régulièrement l'efficacité et la tolérance afin de déterminer la dose la plus faible permettant d'obtenir une réponse optimale et une bonne tolérance
- ▶ Si effets indésirables: progression posologique ralentie: « plateau » jusqu'à une semaine

Le médecin et son patient doivent trouver le meilleur
équilibre entre vitesse et effets secondaires
L'évaluation ne se fait qu'à partir des éléments
déclarés par le patient
Nécessité d'une confiance mutuelle+++

La baguette magique n'existe pas
L'éducation thérapeutique est notre meilleure atout.

A partir de 120 mg/jour: un deuxième avis par un collègue expérimenté dans la prise en charge de l'alcoolodépendance doit être sollicité.

Pour toute posologie supérieure à 180 mg/j[4] un avis collégial au sein d'un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou d'un service hospitalier spécialisé en addictologie est requis.


Dans le cadre de cette RTU, la posologie de 300 mg/jour ne devra jamais être dépassée.



Une fois l'objectif atteint : diminution de posologie envisagée et régulièrement réévaluée

Chaque patient doit bénéficier de la posologie minimale efficace adaptée.

Chez les patients pour lesquels aucune réponse clinique n'est observée, le traitement devra être **arrêté de manière progressive afin d'éviter un syndrome de sevrage.**



Protocole de suivi de la RTU propose un cadre d'utilisation sécurisé qui permettra de recueillir des données d'efficacité et de sécurité dans les conditions réelles d'utilisation.

Données collectées seront transmises par le prescripteur via un portail électronique spécifique

(<https://www.rtubaclofene.org>)

COMMENT
S'INSCRIRE SUR
rtubaclofene.org ?

Visites de suivi jusqu'à l'arrêt du traitement

Pendant la phase de progression posologique, une consultation classique ou téléphonique sera effectuée tous les 15 jours afin d'adapter la posologie en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Si nécessaire, des consultations supplémentaires pourront être programmées.

Ensuite, les consultations de suivi seront effectuées au moins mensuellement jusqu'à l'arrêt du traitement.

Chaque mois, si le médecin prescripteur souhaite poursuivre le traitement, il doit :

- vérifier l'absence de l'apparition d'une nouvelle contre-indication au traitement,
- remplir une fiche de suivi du traitement,
- rédiger une nouvelle ordonnance pour 1 mois maximum et remettre au patient l'attestation mensuelle de traitement imprimable depuis le portail.

L'intervision

- ▶ Vous avez des patients sous Baclofène
- ▶ Vous ne savez pas comment faire avec une situation complexe autour d'une problématique de mésusage d'alcool ou d'un autre produit:
- ▶ L'intervision est un moyen de vous enrichir de l'avis de l'ensemble des professionnels concernés par la situation
- ▶ Il est nécessaire d'avoir l'accord du patient

Pour les situations complexes

ou pour un dosage supérieur à 180 mg en lien avec les structures
d'addictologie

► Association G et T 59/62

Nouvelles pratiques en médecine générale

267 rue Solférino à Lille

Tél: 0320523525

Financée par l'Agence Régionale de santé

RdR et/ou RdD

- ▶ La **réduction des risques** vise à limiter ce qui serait susceptible de provoquer des dommages par l'usage (probabilité)
- ▶ La **réduction des dommages** (harm reduction) vise à limiter les conséquences manifestes de l'usage (constat)
- ▶ Dans tous les cas: « adapter « l'épreuve » à la capacité de celui qui devra la traverser »
 - ▶ Accompagnement de l'usage à moindre risque
 - ▶ Prévention des complications sanitaires
 - ▶ Accompagnement du sevrage, apprentissage du contrôle et de la maîtrise

La dépendance à l'alcool : maladie cérébrale chronique (1)

68

- ▶ **Hypodopaminergie** au niveau du circuit de la récompense (*noyau accumbens*)



1. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. The addicted human brain: insights from imaging studies. J Clin Invest. 2003 May;111(10):1444-51

2. Volkow ND, et al. Effects of alcohol detoxification on dopamine D2 receptors in alcoholics: a preliminary study. Psychiatry Research: Neuroimaging. 2002. 116:163-172.