Catégories diagnostiques, types de consommation
Comment définir le mésusage d'alcool?

Docteur Thomas ORBAN

JOURNEE ASMA-Ulg Liège 2017

Liens d'intérêt

Le travail de la commission alcoologie a été soutenu par:

- SPF Santé Publique (2012)
- Lundbeck (2011- 2013)
- Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ) (2013)
- COFOF, RW (2014-16)

Enquête alcool-SSMG

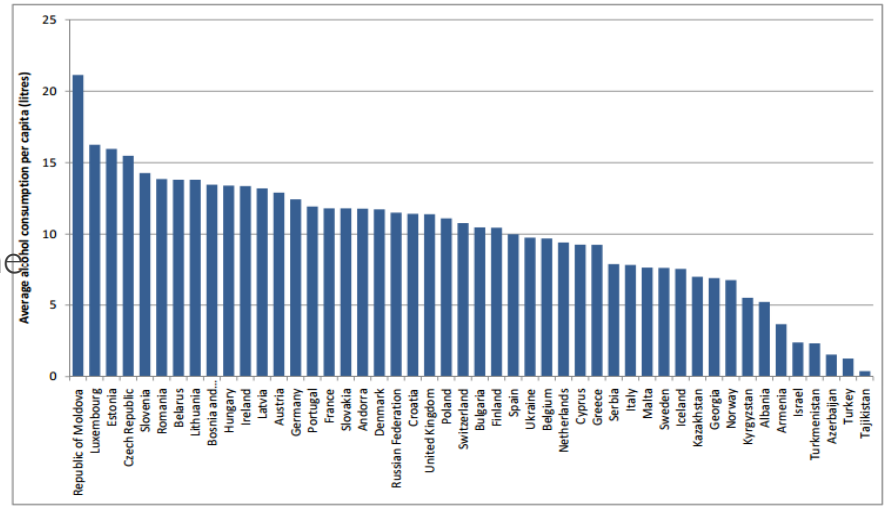
- ✓ Intérêt pour le sujet: taux de réponse important (plus particulièrement chez les jeunes médecins)
- ✓ Sous-estimation de l'incidence des problèmes liés à la consommation d'alcool
- ✓ Inertie diagnostique (près d'un médecin sur 2 ne pose pas la question de la consommation d'alcool)
- ✓ Déficit cognitif (indicateur: test Audit)
- ✓ Un médecin sur 2 considère n'être ni bien formé ni à l'aise avec la consommation problématique d'alcool
- ✓ Quatre médecins sur 5 n'ont pas bénéficié d'une séance de FC au cours des 24 derniers mois

Enquête alcool SSMG. Commission alcoologie. Oct-Nov 2011
http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/IMP_Alcool_Enquete2012.pdf

Epidemiology (ALCOHOL)

- European Region: 10.6L per person on average
- 45% of the world population are lifetime abstainers (55% women vs 34.9% men)
- 11.5% had a weekly heavy episodic drinking (>50g) in the past 12 months

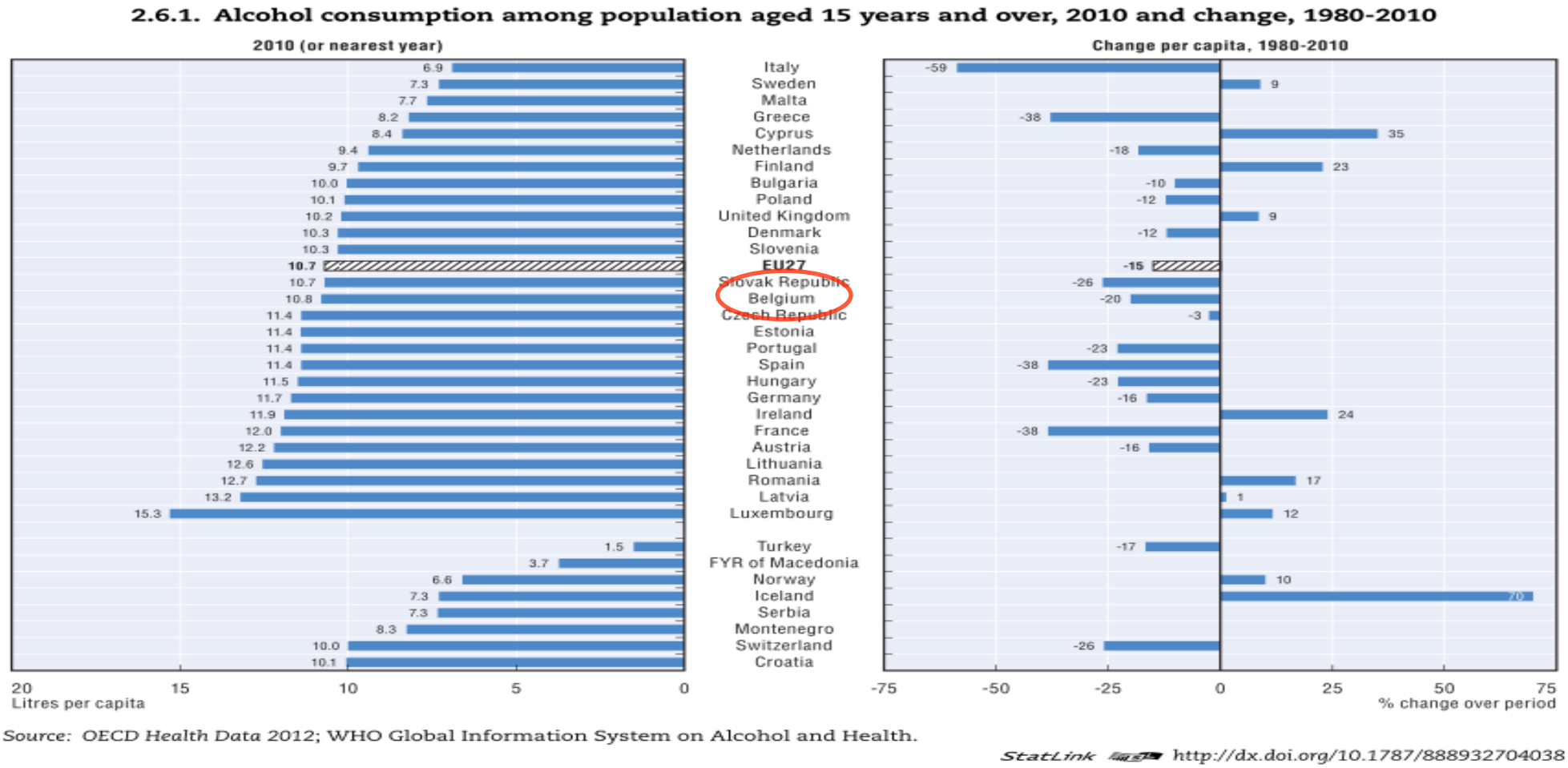
Fig. 54. Average alcohol consumption per capita among the population aged 15 years and over in countries in the European Region, last reported data, 2006–2010



Source: European Health for All database *(6)*.

The European health report 2012

Consommation en Europe



OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en

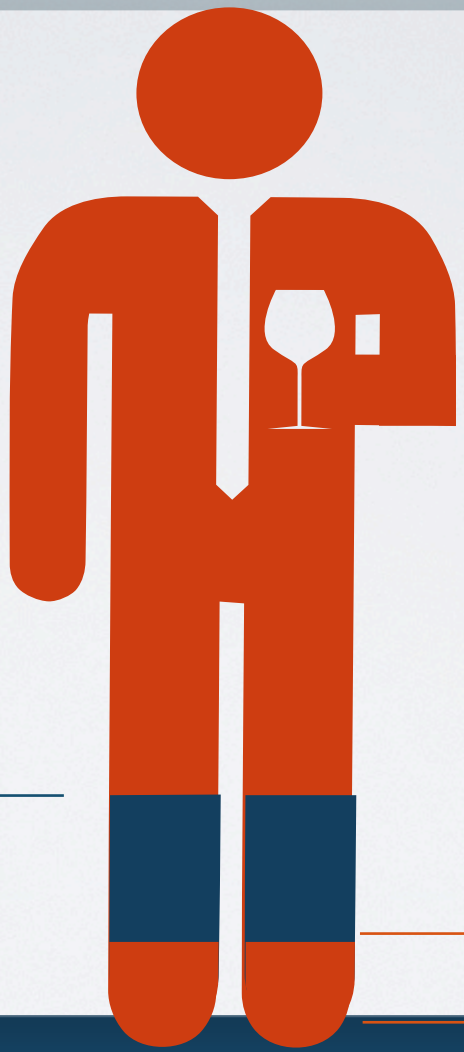
LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL EST FRÉQUENTE MAIS ELLE EST RAREMENT DIAGNOSTIQUÉE

En 2001, environ

228.900

BELGES (18-64 ans) ONT UNE DÉPENDANCE à l'ALCOOL[10]

Hommes 5,4 %
Femmes 1,9 %



15%

SONT DIAGNOSTIQUÉS[11]

8%

SONT EFFECTIVEMENT TRAITÉS[12] THÉRAPEUTIQUE

10. Rehm 2012
11. Mukherjee 2010
12. Kohn 2004

Treatment Gap

Poser la question?

- ✓ Pourquoi : « Le repérage du mésusage d'alcool est efficace et pertinent en médecine générale (Niveau de preuve 1) https://vimeo.com/157996762
- ✓ « Consommez-vous…..? Prenez vous de l'alcool? Buvez-vous? Quelle est LA bonne question?
- ✓ Quel objectif: item complété en UA/sem = La CDA
- ✓ Déterminer le type d'usage

L'alcoologie en 2015: de l'Europe à la France. Craplet M, Paille F, Rigaud A. Alcoologie et Addictologie:37;1 mars 2015 https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf

Verre standard ou unité de consommation
importance du support visuel

- Une unité de boisson **au bistro :** 10 g d 'alcool pur

- **A la maison :** un verre, deux unités de boisson ? plus ?
  - **Savoir convertir les bouteilles en verres ou en grammes**

L'Unité en support visuel

Tableau des équivalences en verres

Il y a autant d'alcool pur, 8 à 12 g, dans tous les verres habituellement servis dans les cafés, c'est à dire une unité

un verre de vin rouge ou blanc | un verre de bière 25 cl | un whisky | un porto | un digestif

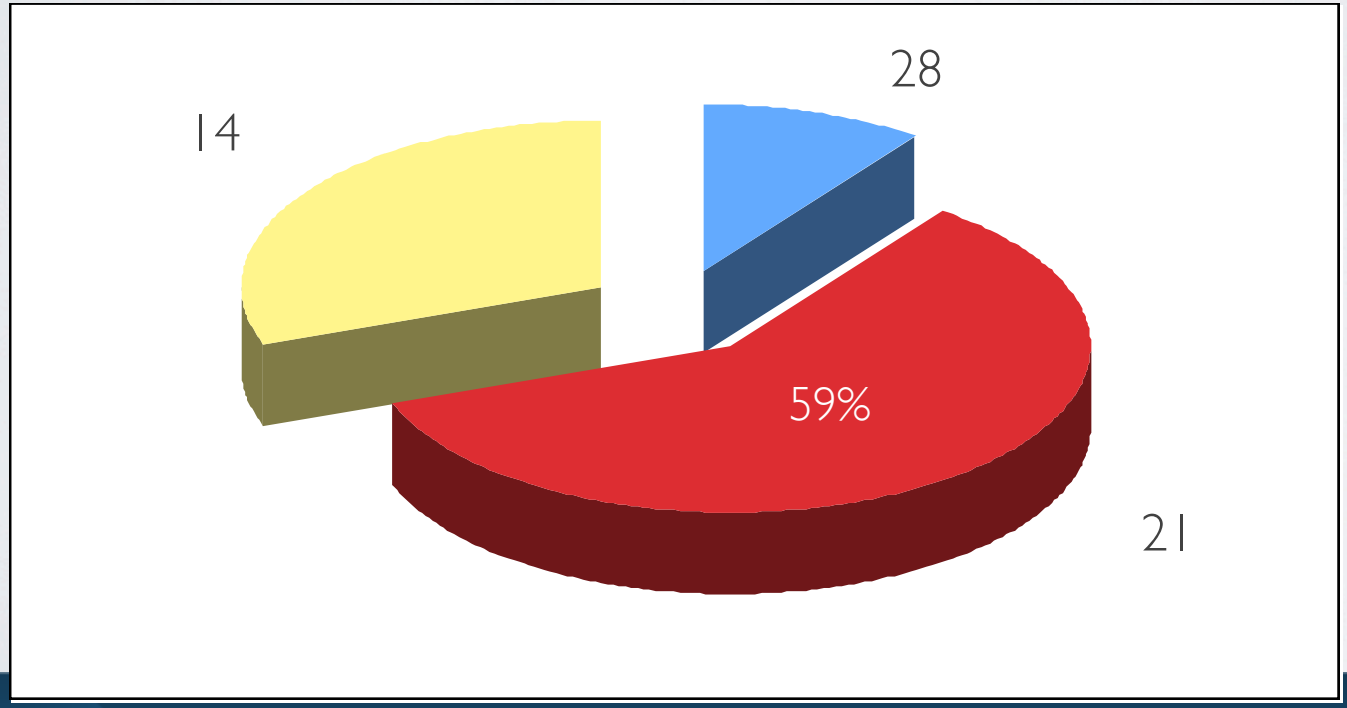
Tableau des équivalences en bouteilles

une bouteille de vin à 12°(75 cl) = 7 unités	une petite bouteille de bière à 5°(25 cl) = 1 unité	une canette de bière à 5°(33 cl) = 1,5 unité	une canette de bière à 10°(50 cl) = 4 unités	une bouteille de champagne à 12°(75 cl) = 7 unités	une bouteille de porto à 20°(75 cl) = 12 unités	une bouteille de whisky à 40°(70 cl) = 22 unités	une bouteille de pastis à 45°(70 cl) = 25 unités	une bouteille de digestif à 40°(70 cl) = 22 unités

I http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/IMP_Alcool_Fiches.pdf

- Selon vous, le seuil quantitatif de consommation **à** risques pour u homme, selon l'OMS, exprim**ée** en verres standard/semaine est de

28 verres	133	10%
21 verres	257	59%
14 verres	133	31%

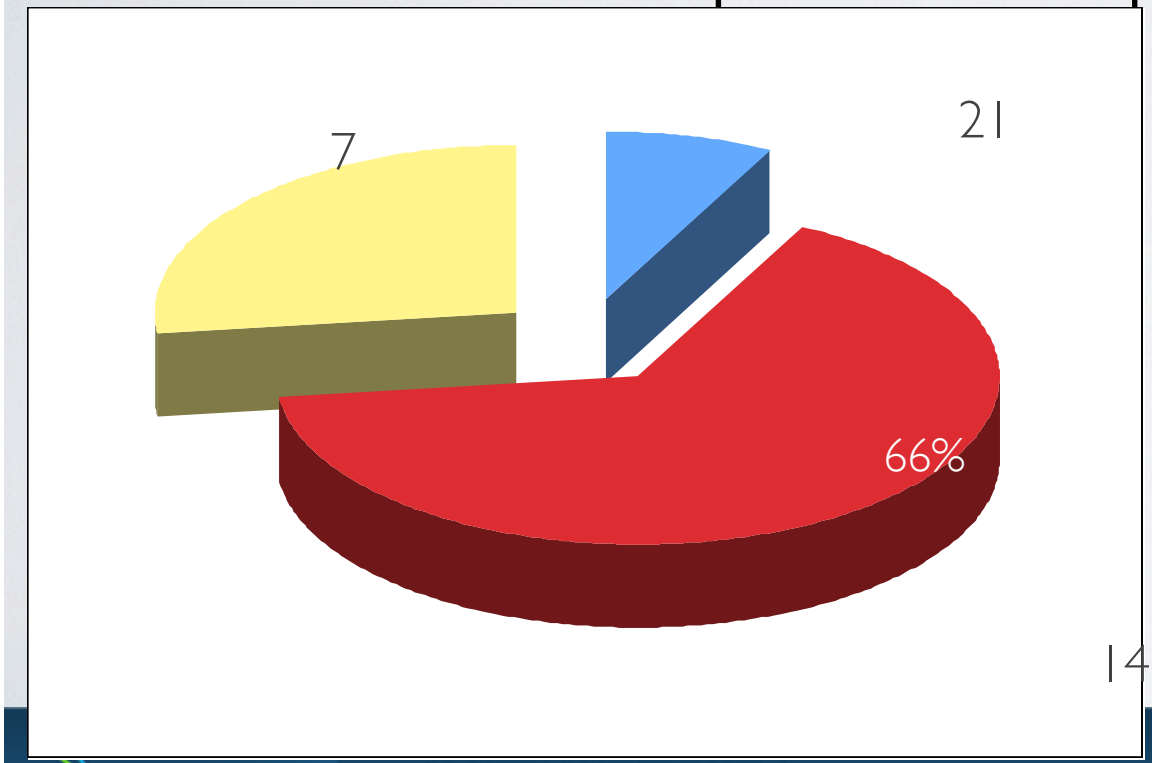


21 verres

Enquête alcool SSMG. Commission alcoologie. Oct-Nov 2011
http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/IMP_Alcool_Enquete2012.pdf

- Selon vous, le seuil quantitatif de consommation **à** risques pour femme, selon l'OMS, exprim**ée** en verres standard/semaine est de

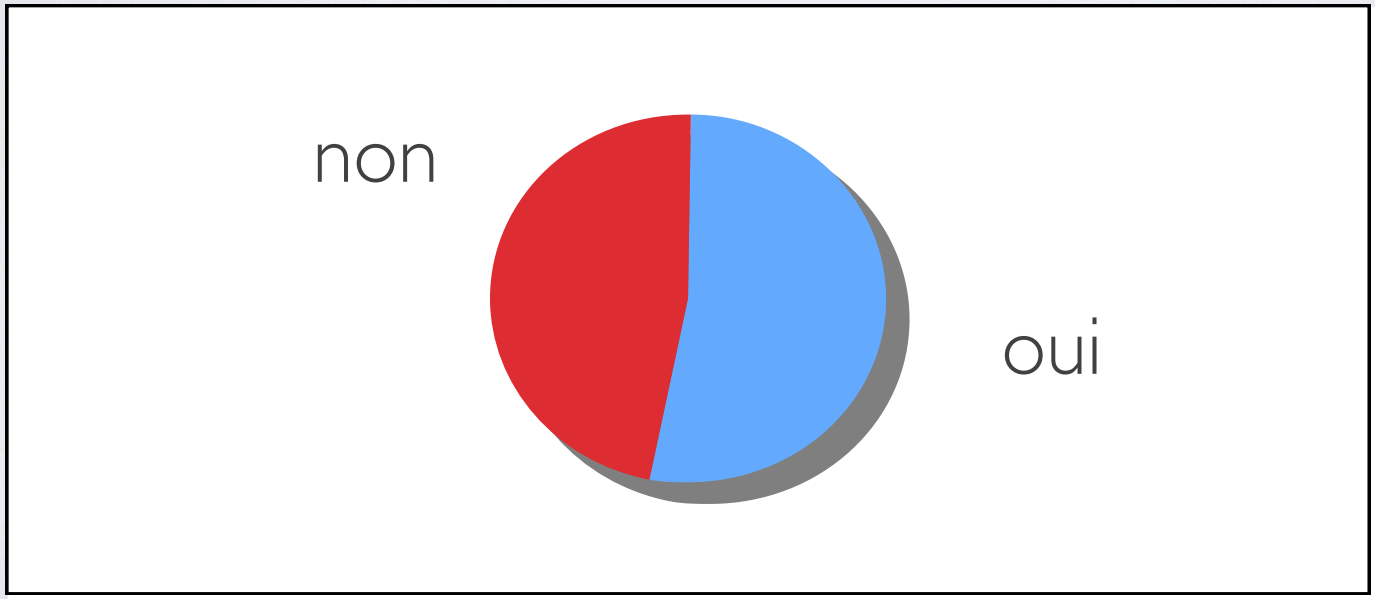
21 verres	32	7%
14 verres	285	66%
7 verres	117	27%



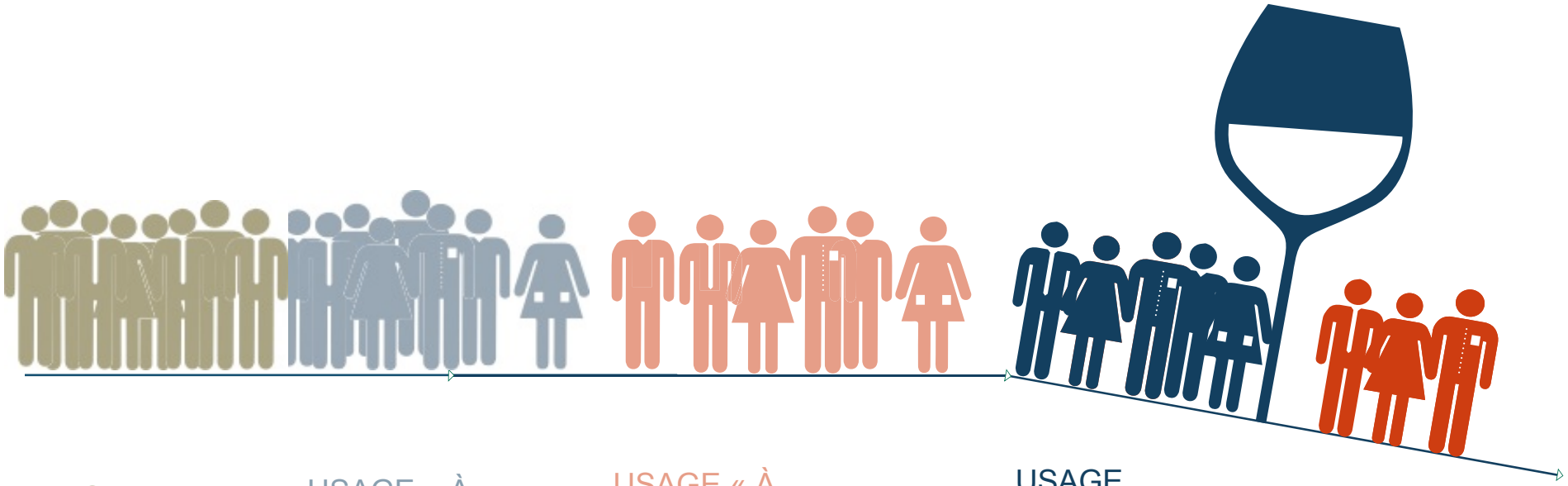
14 verres

- Lorsque vous remettez le dossier du patient à jour (p.e. à l'occasion d'une consultation quelconque, lors de l'établissement d'un DMG+), posez-vous systématiquement la question de la consommation d'alcool dans votre anamnèse ?

oui	232	53%
non	202	47%



CONTINUUM DE USAGES D'ALCOOL[1,2]



L'ABSTINENT
(primaire ou secondaire)

USAGE « À FAIBLE RISQUE »

USAGE « À RISQUE »

USAGE « NOCIF »

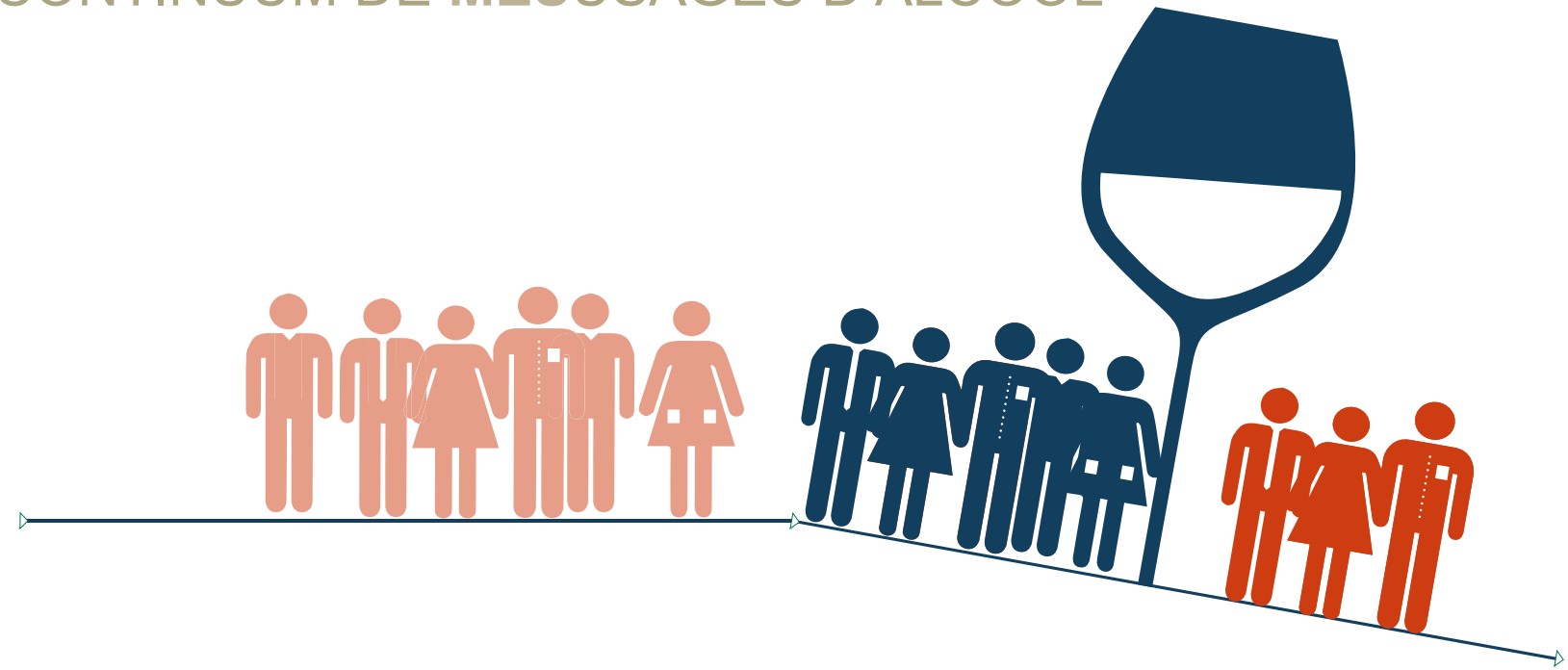
USAGE AVEC DÉPENDANCE

USAGE « excessif »

Aucune → *Fortes consommations d'alcool*

1. PROBEX 2004; 2. SFA 2003.

CONTINUUM DE **MÉS**USAGES D'ALCOOL[1,2]



USAGE « À RISQUE »

- Drinking Risk Level (DRL) Selon l'OMS[3]:
  - Hommes: 21 verres par semaine
  - Femmes: 14 verres par semaine

DRL selon l'OMS

- Risque situationnel
  - Grossesse
  - Conduite

USAGE « NOCIF »

- Pas dépendant, ni physiquement, ni psychologiquement
- L'alcool est responsable de problèmes, quelle que soit la quantité:
  - Physiques
  - Psychiques
  - Psychosociaux

USAGE AVEC DÉPENDANCE

- La perte de la liberté de s'abstenir d'alcool (définition Fouquet[5])
- Trois ou plus des critères de DSM-IV
  Deux ou plus des critères de DSM-V[4]

DSM-IV vs DSM-V

1. PROBEX 2004; 2. SFA 2003; 3. WHO 2000; 4. APA 2013; 5. Fouquet 1951.

La dépendance: késaké?

Est dépendant le patient qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire (Dr Fouquet- «père» de l'alcoologie française)

DSM-V vs DSM-IV[4]

Critères	DSM-IV L'abus d'alcool	DSM-IV Dépendance à l'alcool	DSM-V Troubles de l'usage de la substance X
~~Problèmes légaux récurrents~~	✔		
Incapacité de remplir des obligations importantes	✔		✔
Usage lorsque physiquement dangereux	✔		✔
Continuer malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux	✔		✔
Tolérance		✔	✔
Sevrage		✔	✔
Perte de contrôle sur quantité et temps dédié		✔	✔
Désir ou efforts persistants pour diminuer		✔	✔
Beaucoup de temps consacré		✔	✔
Activités réduites au profit de la consommation		✔	✔
Consommation persistante en dépit des effets néfastes physiques ou psychiques		✔	✔
Craving (NOUVEAU!!!)			✔

4. APA 2013.

DSM-V vs DSM-IV[4]

Critères	DSM-IV L'abus d'alcool	DSM-IV Dépendance à l'alcool	DSM-V Troubles de l'usage de la substance X
~~Problèmes légaux récurrents~~	✔		
Incapacité de remplir des obligations importantes	✔		✔
Usage lorsque physiquement dangereux	✔		✔
Continuer malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux	✔		✔
Tolérance			✔
Sevrage			✔
Perte de contrôle sur quantité et temps dédié			✔
Désir ou efforts persistants pour diminuer			✔
Beaucoup de temps consacré		✔	✔
Activités réduites au profit de la consommation		✔	✔
Consommation persistante en dépit des effets néfastes physiques ou psychiques		✔	✔
Craving (NOUVEAU!!!)			✔

DSM-V
Problème d'alcool avec une gradation:
- 2-3: mild
- 4-5: moderate
- ≥6: severe

4. APA 2013.

Directives pour le diagnostic CIM-10

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**:

•**désir puissant ou compulsif** d'utiliser une substance psychoactive;

•**difficultés à contrôler** l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation);

•**syndrome de sevrage physiologique** quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;

•mise en évidence d'une **tolérance** aux effets de la substance psychoactive: le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants);

•**abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts** au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets;

•**poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives** (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

L'alcoologie en 2015: de l'Europe à la France. Craplet M, Paille F, Rigaud A. Alcoologie et Addictologie:37;1 mars 2015 https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf

NIVEAU DE RISQUE SELON L'OMS[3]

DRL (DRINKING RISK LEVEL – NIVEAU DE RISQUE DE LA CONSOMMATION) selon l'organisation mondiale de la santé (OMS)	PERTINENCE CLINIQUE	CONSOMMATION D'ALCOOL (VERRES STANDARD/JOUR*)	
		Hommes	Femmes
Très élevé	Consommation nocive, nocive pour la santé mentale, physique ou psychosociale	>10	>6
Élevé		>6 à 10	>4 à 6
Moyen	Consommation à risque Risque de conséquences néfastes à l'avenir.	>4 à 6	>2 à 4
Faible	Consommation à faible risque	1 à 4	1 à 2

1 VERRE STANDARD CONTIENT 10 G D'ALCOOL PUR:[6]

100 ml
Verre de VIN
(12.5% alc.)

250 ml
Verre de BIÈRE
(5% alc.)

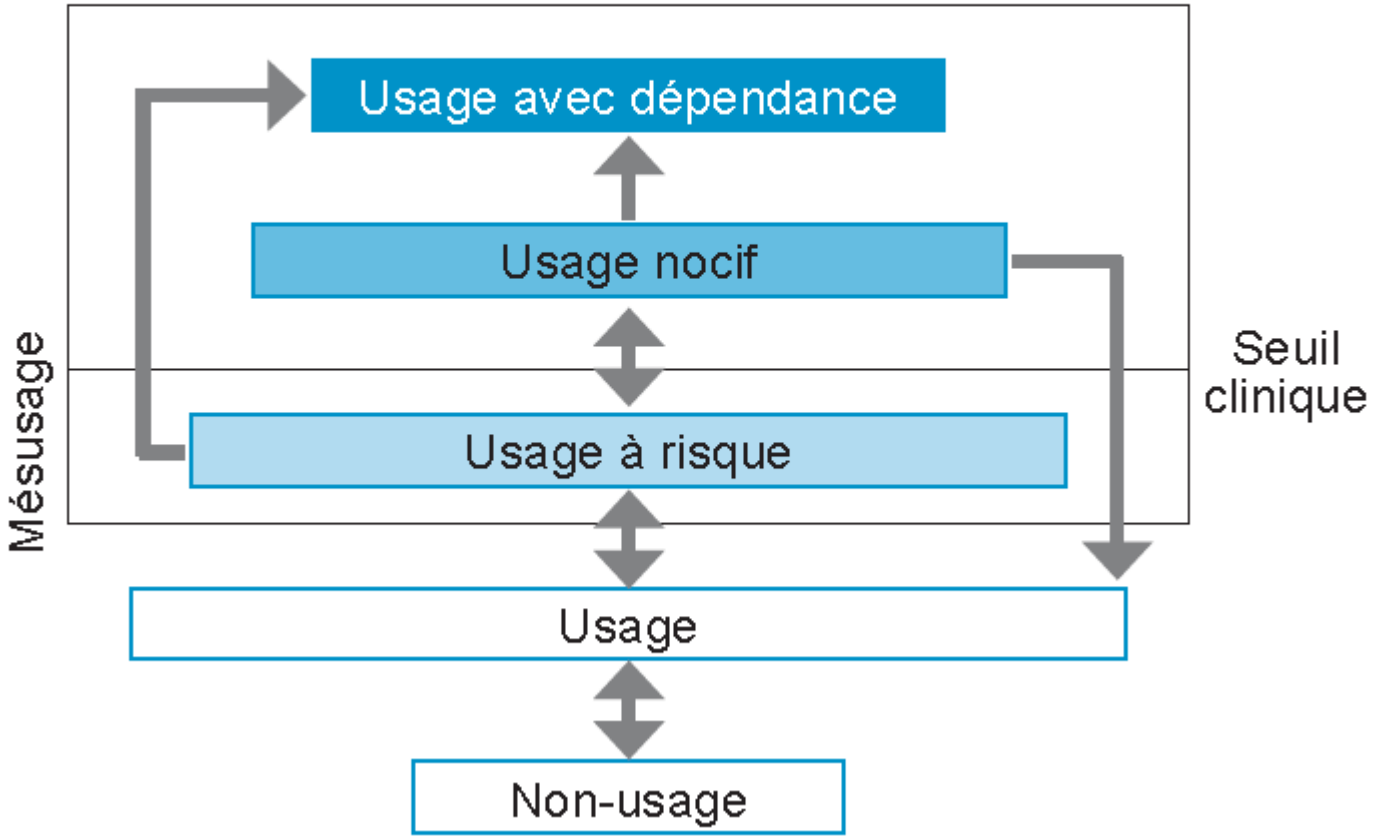
30 ml
SPIRITUEUX
(40% alc.)

Volume en ml x % volume d'alcool x 0.789/100 = ….. grammes d'alcool pur

3. WHO 2000; 6. VAD 2009.

Quel usage?

Encadré 1. – Les catégories d'usage.



http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Mesusage_ref.pdf?PHPSESSID=297d18be0bc612d07cb409bc64488091

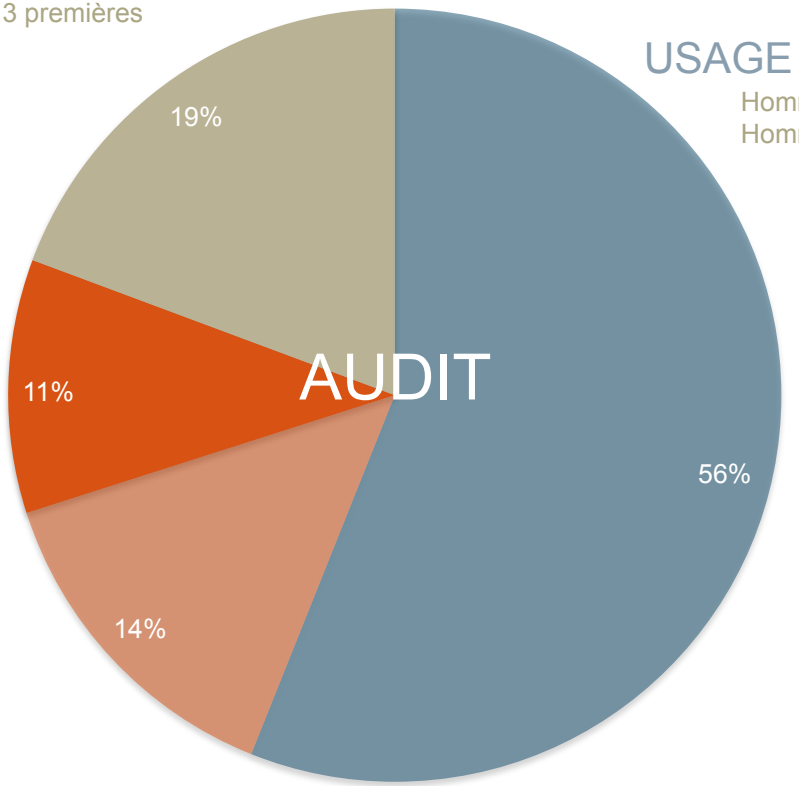
LES CHIFFRES WALLONIE-BRUXELLES (AUDIT+)[1]

25% des AUDIT questionnaires valides étaient positifs*

L'ABSTINENT
(primaire ou secondaire)
Hommes/femmes: 0 score AUDIT pour 3 premières questions

USAGE « À FAIBLE RISQUE »
Hommes/femmes: <4/<2 unités par jour
Hommes/femmes: <7/<6 score AUDIT

USAGE AVEC DÉPENDANCE
Hommes/femmes: >12 score AUDIT



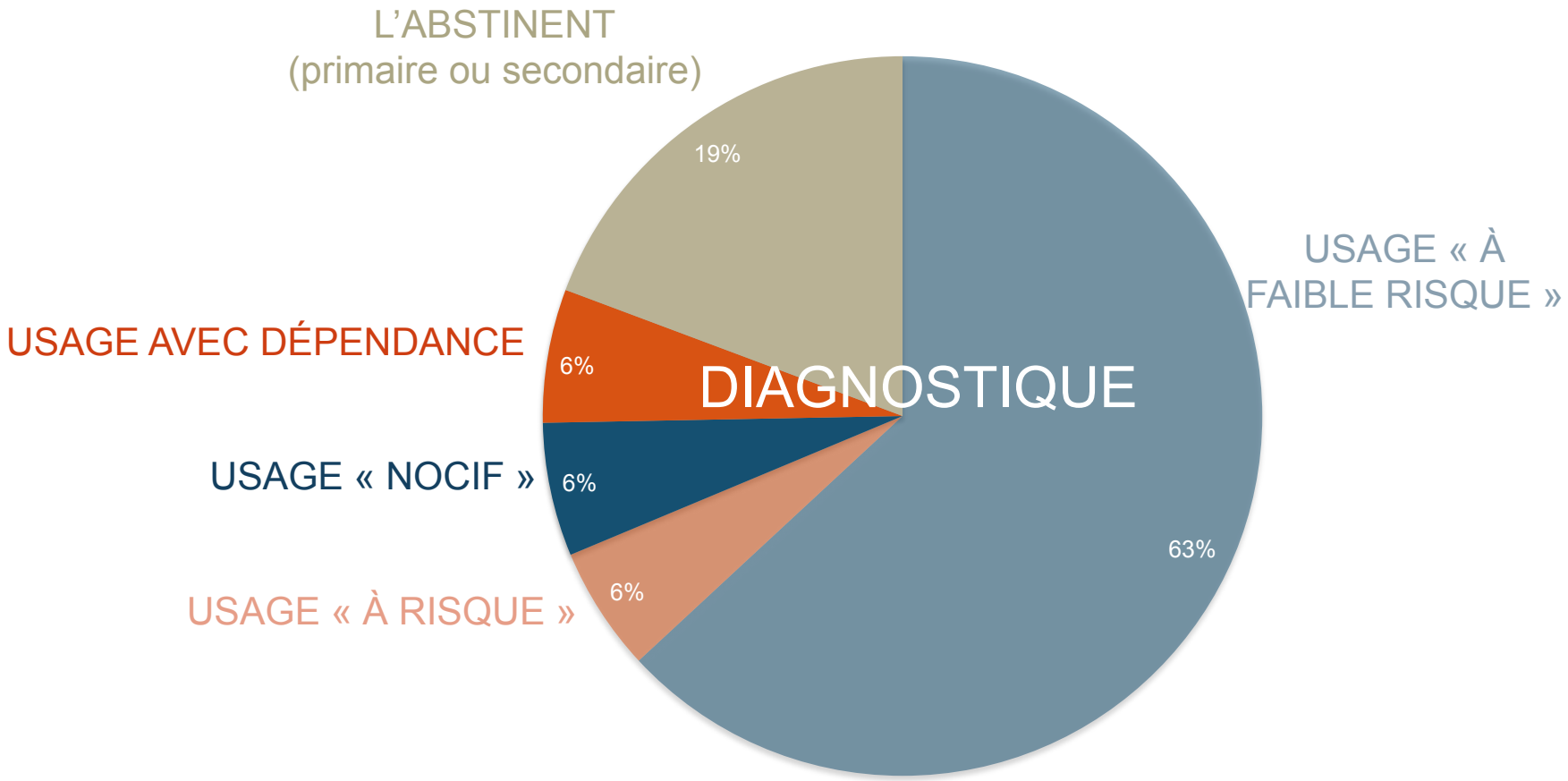
USAGE « EXCESSIF »
Hommes/femmes: ≥4/≥2 unités par jour
Hommes/femmes: ≥7/≥6 score AUDIT

*Catégories diagnostiques présumées selon scores AUDIT.
AUDIT Positifs: ≥7 hommes/ ≥6 femmes
Étude Probex (2002): AVANT dépistage (N=2079)

1. PROBEX 2004

LES CHIFFRES WALLONIE-BRUXELLES (DIAGNOSTIQUE)[1]

Le calcul sous-estime la population des buveurs excessif: faux négatifs (parmi les AUDIT-)

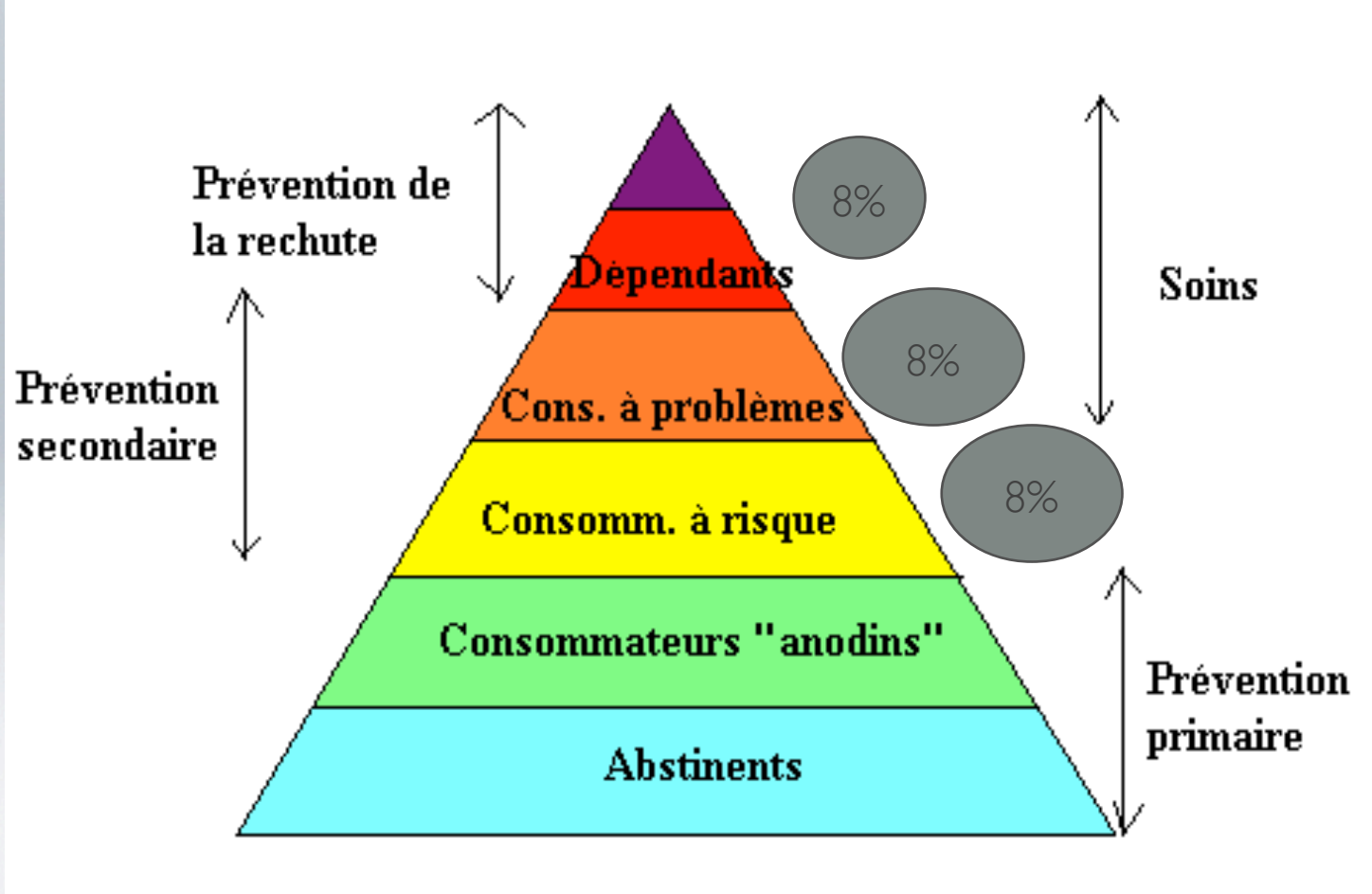


Catégories de consommation après diagnostique médicl reposant sur un trépied: anamnèse + examen clinique + biologie

Étude Probex (2002): Après dépistage + diagnostique (N=2096)

1. PROBEX 2004

Pyramide de Skinner: le risque alcool : résultats PROBEX (SSMG-SPE)



RBP méthode de gradation des niveaux de preuve

- « A », preuve scientifique établie.

  Niveau de preuve 1: essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur; meta-analyse d'essais comparatifs randomisés;analyse de décision sur des études bien menées.

- « B », présomption scientifique.

  Niveau de preuve 2 : essais comparatifs randomisés de faible puissance; études comparatives non randomisées, bien menées ;études de cohorte.

- « C », faible niveau de preuve.

  Niveau de preuve 3 : études de cas-témoins.

  Niveau de preuve 4 : études retrospectives, série de cas, études comparatives avec biais +.

- « AE » : Accord d'experts: accord entre experts du groupe de travail des RPC

RPC, méthode de gradationdes niveaux de preuve

- « A », preuve scientifique établie.
  Niveau de preuve 1: essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur; meta-analyse d'essais comparatifs randomisés;analyse de décision sur des études bien menées.

- « B », présomption scientifique.
  Niveau de preuve 2 : essais comparatifs randomisés de faible puissance; études comparatives non randomisées, bien menées ;études de cohorte.

- « C », faible niveau de preuve.
  Niveau de preuve 3 : études de cas-témoins.
  Niveau de preuve 4 : études retrospectives, série de cas, études comparatives avec biais +.

- « AE » : Accord d'experts: accord entre experts du groupe de travail des RPC

TAKE HOME MESSAGE

- ✓ Un rappel? https://vimeo.com/159472254
- ✓ POSER LA QUESTION
- ✓ ETABLIR LA CDA EN UA/SEM
- ✓ LES CATEGORIES DIAGNOSTIQUES
  non-usage, usage à faible risque, usage à risque, usage nocif, dépendance
- ✓ Vidéo : https://vimeo.com/160335898 (catégories)
- ✓ DEPENDANCE: Fouquet, DSM5, CIM10
- ✓ LE NOTER AU DOSSIER!

Troubles neuro-psycho-cognitifs

- ✓ Impulsivité et Trouble de la régulation des émotions
- ✓ Troubles dysexécutifs:
- ✓ Altération des capacités d'inhibition, de planification, de manipulation en mémoire de travail, de conceptualisation.
- ✓ Altération des facultés de prise de décision
- ✓ Déficit d'empathie émotionnelle et alexithymie (identifier, différencier, exprimer émotions)
- ✓ Dépression, troubles anxieux, risque suicidaire

Un peu de lecture?

- HUAS D, RUEFF B. Alcool et Médecine Générale. Gmsanté 2010.CNGE
- KIRITZE-TOPOR P, BENARD J-Y. Le malade alcoolique. Masson 2001
- DESCOMBEY J-P. Précis d'alcoologie clinique. Dunod. 1994
- ADES J, LEJOYEUX M. Alcoolisme et psychiatrie. Masson 1997
- DAEPPEN J-B. La dépendance à l'alcool. Guide de traitement combiné. Médecine-Sciences Flammarion 2009
- REYNAUD M. Traité d'addictologie. Médecine-Sciences Flammarion 2006
- AMEISEN O. Le dernier verre. Denoël 2008
- CUNY L, JOUSSAUME B. Indifférence. Le publieur 2012.