

Pr Henri-Jean Aubin*, Pr Marc Auriacombe**, Pr Michel Reynaud***, Dr Alain Rigaud****

* Inserm U669, Hôpital Paul Brousse, Université Paris-Sud, 12, avenue Paul-Vaillant Couturier, F-94804 Villejuif Cedex

Tél. : 33 (0)1 45 59 39 51 – Courriel : henri-jean.aubin@pbr.aphp.fr

** Sanpsy, CNRS-USR-3413, Université de Bordeaux, Pôle addictologie, CH Charles-Perrens, Bordeaux, France et University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, États-Unis

*** Hôpital Paul Brousse, Université Paris-Sud, Villejuif, France

**** Intersecteur d'addictologie 51 A01, Établissement public de santé mentale de la Marne, Reims, France

Reçu juillet 2013, accepté septembre 2013

Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie

De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool

Résumé

La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) propose une nouvelle classification des addictions qui va bouleverser l'alcoologie. À ce titre, nous avons souhaité rappeler les évolutions conceptuelles qui ont amené à cette nouvelle classification. On se rappellera que jusque dans les années 1960, l'alcoolisme était classé parmi les troubles de la personnalité et des névroses, et ce n'est qu'en 1972 que les premiers critères diagnostiques ont été publiés avec les travaux de J. Feighner. Dans les années 1970, G. Edwards et M.M. Gross ont proposé une première lecture syndromique de la dépendance, qui a été la base de la définition du diagnostic de la dépendance apparue avec le DSM-III-R. C'est également avec le DSM-III-R qu'est apparue la classification bimodale de l'alcoolisme, avec la distinction des deux dimensions abus et dépendance. Les versions successives du DSM (jusqu'au DSM-IV) retiendront ces deux dimensions, avec une vision hiérarchisée, où l'abus et la dépendance sont exclusifs l'un de l'autre. Avec le DSM-5, cette conception est abandonnée et une seule dimension avec un continuum de degré de sévérité est retenue. Cette nouvelle conception pourrait déboucher sur une approche différente de la prise en charge du sujet alcoolique.

Mots-clés

Addictologie – Alcool – Dépendance – DSM-5.

Summary

Changing concepts in addiction medicine: from alcoholism to alcohol use disorder

The fifth edition of the *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) proposes a new classification for addictive disorders, which is going to revolutionize alcoholism. The authors review the conceptual changes that have led to this new classification. Up until the 1960s, alcoholism was classified among personality disorders and neuroses and it was only in 1972 that the first diagnostic criteria were published with the work by J. Feighner. In the 1970s, G. Edwards and M.M. Gross proposed the first description of the dependence syndrome, which was the basis for the DSM-III-R definition of the diagnosis of dependence. DSM-III-R also introduced the bimodal classification of alcoholism, with the distinction of the two dimensions of abuse and dependence. Successive versions of DSM (up to DSM-IV) adopted these two mutually exclusive dimensions. DSM-5 has abandoned this concept and has adopted a single dimension with a continuum of severity. This new concept could lead to a different approach for the management of alcoholic subjects.

Key words

Addiction medicine – Alcohol – Dependence – DSM-5.

La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA), intitulée DSM-5, vient d'être

publiée. Elle propose une nouvelle définition et classification des addictions et représente un bouleversement conceptuel pour l'alcoolisme par rapport à la quatrième

édition (DSM-IV) en vigueur depuis 1994 (1). Alors que jusqu'à présent on distinguait deux dimensions distinctes que sont dépendance à l'alcool et abus ou mésusage de l'alcool, cette classification catégorielle, bimodale, vient d'être modifiée définitivement par l'APA à travers le groupe de travail sur "les troubles liés aux substances" (The Substance-Related Disorders Work Group) du DSM-5, sous la présidence de Charles P. O'Brien (Université de Philadelphie), auquel a participé l'un de nous (2-6). Ce groupe de travail a proposé de regrouper les critères de dépendance et d'abus en une seule dimension, pouvant prendre plusieurs niveaux de sévérité, avec l'idée d'un continuum, plus proche des réalités cliniques. On ne parlera plus de dépendance ou d'abus, mais d'addiction, et ces changements devraient impacter aussi bien le diagnostic que la prise en charge de la maladie alcoolique, désormais appelée "troubles de l'usage d'alcool".

Ce bouleversement était attendu depuis un certain temps et constitue une nouvelle étape de ce long cheminement nosographique qui remonte aux premières définitions de la maladie et des critères diagnostiques.

L'émergence du concept d'alcoolisme maladie

L'Américain Benjamin Rush est en effet le premier à avoir décrit le concept d'alcoolisme comme une maladie. Il identifie en 1797 le problème de "perte de contrôle", posant ainsi les prémisses de ce que sera la notion de dépendance à l'alcool. À la même époque (1804) en Grande-Bretagne, Thomas Trotter définit clairement la consommation excessive d'alcool, "l'ivrognerie", comme une maladie de l'esprit associée à des troubles physiques et mentaux. On voit rétrospectivement qu'il distingue déjà ces deux dimensions pathologiques que sont la dépendance et les conséquences de la consommation excessive d'alcool (les maladies du foie, du système nerveux central, les cancers ou les maladies cardiovasculaires). Il faut attendre 1849 pour que le Suédois Magnus Huss introduise pour la première fois le terme "alcoolisme", "*alcoholismus chronicus*". Il propose un catalogue de conséquences physiques et mentales de la consommation excessive d'alcool et de l'incapacité à s'abstenir (qu'il appelle "dipsomanie").

Deux axes se dégagent donc dès les premières définitions de la maladie alcoolique : la dépendance et les conséquences de la consommation excessive, avec aux États-Unis "la perte de contrôle" et en Europe "l'incapacité de s'abstenir".

Les premiers critères diagnostiques de l'alcoolisme seront proposés plus tard, à la fin des années 1940, et surtout en 1960 avec la publication du livre de Jellinek, *The disease concept of alcoholism* (7). Celui-ci inclut dans l'alcoolisme "toute consommation induisant un dommage à l'individu et à la société". Bien que cette définition soit extrêmement large et peu précise, il identifie cinq types d'alcoolisme qui feront évoluer les concepts (tableau I) :

- 1 - la dépendance psychologique mais non physique (type alpha) qui se rapproche de la notion de "craving", c'est-à-dire l'envie impérieuse compulsive de consommer de l'alcool ;
- 2 - l'alcoolopathie sans dépendance physique ou psychique (type bêta) : ce sont les maladies somatiques consécutives à la consommation excessive d'alcool ;
- 3 - la dépendance physique impossible à dominer vis-à-vis de l'alcool (type gamma), caractérisée par un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation ;
- 4 - l'incapacité à s'abstenir, sans perte de contrôle (type delta) ;
- 5 - l'alcoolisme épisodique ou "dipsomanie", c'est-à-dire des périodes d'excès d'alcool entrecoupées par des périodes d'arrêt.

L'évolution des concepts

Historiquement (figure 1), la maladie alcoolique a d'abord été considérée comme un défaut de caractère, un vice, une dégénérescence morale et même une dégénérescence héritée (l'hérédodégénérescence de Magnan forgée en 1857 par Bénédicte Augustin-Morel et relayée ensuite par les hygiénistes) contre lesquels on ne pouvait rien faire. Ensuite, au début du XX^{ème} siècle, sont apparus des mouvements de tempérance qui ont abouti à la Prohibition en Amérique du Nord (dès 1900 au Canada, puis en 1919 aux États-Unis) et en Europe (1914 en Russie, 1919 dans les pays scandinaves).

Tableau I : Définition et sous-types d'alcoolisme selon Jellinek (7)

	Alcoolisme : toute consommation induisant un dommage à l'individu ou à la société
Alpha	Dépendance psychologique : soulagement d'émotions désagréables
Bêta	Alcoolopathie, sans dépendance physique ou psychique
Gamma	Dépendance physique impossible à dominer vis-à-vis de l'alcool
Delta	Incapacité de s'abstenir, sans perte de contrôle
Epsilon	Dipsomanie : alcoolisme épisodique

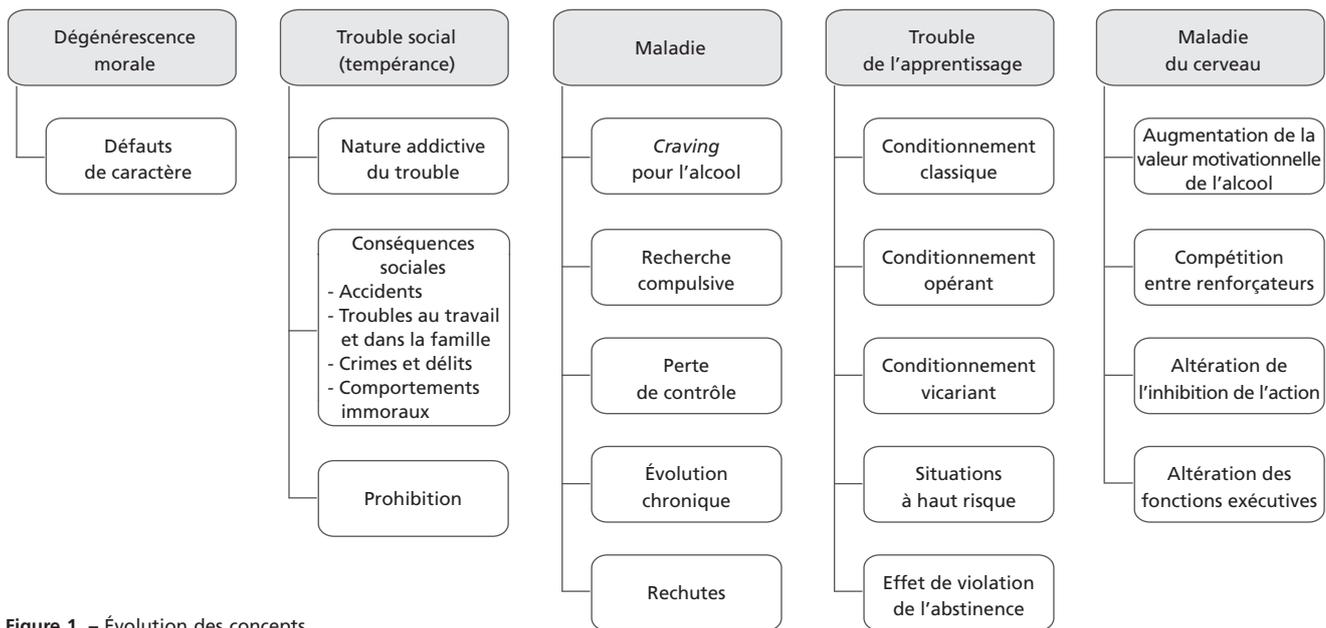


Figure 1. – Évolution des concepts.

Ces mouvements reconnaissent la nature addictive de l'alcoolisme et surtout ses conséquences sociales sur le travail ou la famille, les troubles causés à la société (crimes, délits) et les comportements immoraux qu'ils considéraient comme inacceptables. Les concepts plus médicaux sont apparus avec Jellinek dans les années 1940-60 (8, 9). L'alcoolisme est alors considéré comme une maladie avec ses symptômes, l'envie impérieuse, irrésistible de boire (*craving*), la recherche compulsive d'alcool, la perte de contrôle, sa chronicité, son évolution quasi inéluctable et ses rechutes brutales après abstinence. Un autre concept est proposé par les tenants des thérapies comportementales et cognitives qui expliquent l'alcoolisme comme un trouble de l'apprentissage, se fondant sur les théories du conditionnement classique (10), opérant (11, 12), ou vicariant (13). La consommation d'alcool est conditionnée et contextuelle dans des situations à haut risque. L'effet de violation de l'abstinence est développé par Marlatt en 1985 (14, 15). La dimension psychologique de sa pathogénie et de son évolution a également été soulignée et appelle la composante psychosociale de la prise en charge thérapeutique.

Enfin, et plus récemment, l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) a défini l'alcoolisme comme une maladie primaire et chronique du cerveau caractérisée par le dysfonctionnement d'un certain nombre de circuits neuronaux, en particulier le circuit de la récompense. Ce concept permet d'expliquer : l'augmentation de la valeur motivationnelle de l'alcool ; la compétition entre les renforçateurs, déséquilibrée en faveur de l'alcool ; l'altération

de l'inhibition de l'action ; et l'altération des fonctions exécutives ayant pour conséquence un défaut d'introspection et qui viennent nourrir le déni.

Les critères diagnostiques

Les définitions et classifications des troubles liés à la consommation d'alcool sont décrits par deux systèmes de classification des maladies : le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) de l'APA et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ces classifications sont régulièrement révisées au fur et à mesure de l'évolution des concepts.

Le DSM-1 en 1952, la CIM-8 en 1967 et le DSM-2 en 1968 proposaient jusque-là un unique diagnostic d'alcoolisme sous la bannière des troubles de la personnalité et des névroses, sans autres critères permettant de caractériser précisément la maladie. C'est un groupe mené par Feighner en 1972 qui publie une série de critères diagnostiques pour la recherche (16). Ces critères évolueront en tant que RDC (*Research diagnostic criteria*) et sont à la base du DSM-III en 1980 et du concept bimodal développé dans le DSM-III-R en 1987 et le DSM-IV en 1994.

Le DSM-III est en soi doublement révolutionnaire. D'une part, il est le premier à proposer des critères diagnostiques "génériques" qu'il commence à appliquer à la plupart des substances addictives, ce que le DSM-III-R finira de faire.

D'autre part, il distingue deux troubles liés à la consommation de substances : l'abus et la dépendance, qui s'appliquent pleinement à l'alcool, créant deux diagnostics : abus d'alcool et dépendance à l'alcool. Les critères d'abus du DSM-III incluent virtuellement tous les aspects pathologiques de l'alcoolisme qui occasionnent une souffrance et un dysfonctionnement clinique significatif, à l'exception de la tolérance et du syndrome de sevrage. Dans le DSM-III, la dépendance regroupe tous les critères d'abus auxquels se surajoutaient les notions de tolérance ou de syndrome de sevrage.

Cette conception établit donc clairement un système hiérarchisé bimodal où se manifestent de façon indépendante soit l'abus, soit la dépendance. La question de savoir si l'abus était un pré-diagnostic de la dépendance étant ouvert et débattu entre cliniciens.

Le syndrome de dépendance à l'alcool

Le DSM-III-R en 1987, puis le DSM-IV en 1994 adoptent en la modifiant un peu la description de la dépendance à l'alcool proposée par Edwards et Gross en 1976 (17). En charge d'un groupe de travail sur l'alcoolisme à l'OMS, Edwards et Gross proposent une description de la dépendance alcoolique, tout en admettant que cette description ouvre à réflexion et ne peut être que "provisoire". Ils considèrent en effet sept manifestations du syndrome de dépendance :

- 1 - le rétrécissement du répertoire comportemental (la consommation d'alcool devient complètement indifférente de la situation) ;
- 2 - la saillance du comportement de recherche d'alcool (la recherche de consommation d'alcool devient une priorité avant tout autre comportement) ;
- 3 - l'augmentation de la tolérance ;
- 4 - les symptômes de sevrage répétés (tremblements, anxiété, troubles du sommeil, sueurs profuses, crises comitiales, crises d'épilepsie, voire hallucinations) ;
- 5 - le soulagement ou l'évitement du syndrome de sevrage par la poursuite de la consommation d'alcool (boire pour prévenir les symptômes) ;
- 6 - la compulsion qu'ils définissent comme une envie impérieuse de boire (qui se rapproche du *craving*) avec la notion d'alternance entre lutte et abandon dans la perte de contrôle ;
- 7 - la restauration du syndrome après l'abstinence, caractérisée par une réapparition extrêmement rapide de tous les symptômes après une période d'abstinence, alors que leur première apparition avait été très progressive.

Edwards et Gross soulèvent différentes questions qui seront d'une grande acuité dans le cadre du DSM-5. Faut-il considérer les symptômes de la dépendance à l'alcool comme catégoriels (présents ou absents) ou dimensionnels (différents degrés de sévérité possible) ? Continus ou discontinus ? Peut-on différencier plusieurs sous-types de dépendance à l'alcool en agrégeant certains symptômes ? Autrement dit, l'alcool-dépendance est-elle homogène ou hétérogène ? Ils conviennent également que les modes de consommation (chronique ou épisodique par exemple) mériteraient d'autres recherches afin d'être pris en compte.

Le concept bidimensionnel du syndrome alcoolique

Le concept bidimensionnel ou biaxial est adopté pour la première fois par le DSM-III-R. Cette conception repose sur deux dimensions qui différencient, d'une part, la dépendance, c'est-à-dire le lien qui se noue entre l'individu et l'alcool, et, d'autre part, les dommages, c'est-à-dire les conséquences physiques, psychiques et sociales liées à la consommation excessive d'alcool.

Les deux systèmes en vigueur jusqu'à maintenant, le DSM-IV et la CIM-10, ont gardé cette conception distinguant dépendance d'un côté et abus ou usage nocif de l'autre. Dans ces deux systèmes, les critères de dépendance sont regroupés en trois dimensions : une dimension comportementale, une dimension physiologique et les conséquences de la consommation d'alcool.

Dans le DSM-IV, pour être dépendant, il fallait présenter trois manifestations parmi sept :

- 1 - le désir persistant accompagné d'efforts infructueux pour réduire sa consommation ou s'abstenir ;
- 2 - la perte de contrôle ;
- 3 - le temps passé à chercher, consommer de l'alcool, ou à récupérer des effets de l'alcool ;
- 4 - la tolérance ;
- 5 - le syndrome de sevrage ;
- 6 - l'abandon des activités (loisirs, travail, famille) au profit des seules préoccupations liées à l'alcool ;
- 7 - la poursuite de l'alcoolisation malgré la connaissance de conséquences physiques ou psychologiques.

La CIM-10 requière trois critères de dépendance parmi six et se distingue du DSM-IV dans le sens où la notion de désir persistant, en relation à l'incapacité de réduire la consommation ou de s'abstenir, se rapproche plus du *craving*

(désir puissant vis-à-vis de l'alcool, compulsion), mais la notion de "temps passé" n'a pas été retenue. D'autre part, la poursuite de l'alcoolisation malgré la connaissance des conséquences physiques ou psychologiques est étendue aux conséquences sociales.

Concernant l'abus, une curiosité du DSM-IV était de ne prendre en compte que la dimension sociale avec au moins un critère parmi quatre (incapacité à remplir des obligations majeures, situations dangereuses, problèmes judiciaires et utilisation répétée malgré les problèmes sociaux). De façon plus logique, l'usage nocif était diagnostiqué dans la CIM-10 quel que soit le dommage social, physique ou psychologique.

Du DSM-IV au DSM-5

Autant la validité du diagnostic d'abus du DSM-IV a été régulièrement mise en cause (18, 19), autant le diagnostic de dépendance, qui a connu peu de changements depuis la description clinique d'Edwards et Gross, était peu discuté jusqu'au début des travaux du DSM-5 en 2004-2007.

Dans la conception bimodale, un individu peut présenter des dommages importants dus à la consommation d'alcool sans dépendance (alcoolisme bêta de Jellinek), ou une dépendance très forte sans dommage, et dans la plupart des cas des dommages et une dépendance importante. Cependant, ces deux systèmes de classification ont hiérarchisé le degré de sévérité en considérant trois niveaux : une consommation non pathologique, l'abus/usage nocif, puis la dépendance, ce qui est contradictoire avec la conception bimodale.

Les recherches de terrain et les analyses des grandes bases épidémiologiques, comme la *National comorbidity survey* (NCS) de la National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), ont montré que le diagnostic d'abus avait une faible validité et n'était pas le prodrome de la dépendance, puisque ces manifestations peuvent aussi bien apparaître après celle de la dépendance ou ne pas apparaître du tout (18, 19). Il est clair que la dépendance et les dommages ne sont pas des entités diagnostiques distinctes mais représentent plutôt un continuum de sévérité du trouble de l'usage d'alcool (20, 21).

Ce que propose le DSM-5

L'évolution majeure dans le DSM-5 est la disparition de la distinction hiérarchique entre abus et dépendance au profit d'un continuum de degré de sévérité : le "trouble de l'usage d'une substance". En effet, dans le DSM-IV-TR, le diagnostic d'abus requerrait l'absence du diagnostic de dépendance (donc l'absence d'au moins cinq des sept critères du diagnostic) et la présence d'au moins une manifestation parmi les quatre critères d'abus ; la dépendance requerrait au moins trois manifestations parmi sept, indépendamment du nombre de critères d'abus présents.

Le nouveau diagnostic rassemble les manifestations des anciens diagnostics d'abus et de dépendance, en retirant la troisième manifestation de l'abus : "problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance" (essentiellement, la conduite en état d'alcoolisation) (tableau II). Bien que sa performance en tant que critère soit discutée (22, 23), le *craving* a été rajouté en onzième critère. Ce critère a le mérite d'avoir une forte résonance avec la

Tableau II : Évolution des critères diagnostiques

Critère	DSM-IV Dépendance	DSM-IV Abus	DSM-5 Trouble de l'usage d'alcool
Désir persistant	x	-	x
Perte de contrôle	x	-	x
Temps passé	x	-	x
Tolérance	x	-	x
Syndrome de sevrage	x	-	x
Abandon des activités	x	-	x
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	x	-	x
Incapacité à remplir les obligations majeures	-	x	x
Situations dangereuses	-	x	x
Problèmes judiciaires	-	x	-
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux	-	x	x
<i>Craving</i>	-	-	x

pratique clinique et peut être une cible thérapeutique. La description de ce que l'on nommera désormais "trouble de l'usage d'alcool" (la traduction française officielle du terme "use disorder" n'est cependant pas encore disponible) totalise donc 11 manifestations et il faudra que le sujet satisfasse à deux d'entre elles avec un retentissement significatif sur une période d'au moins un an pour retenir le diagnostic. On distinguera trois niveaux de sévérité du trouble : faible pour deux ou trois critères, modéré pour quatre ou cinq critères et sévère à partir de six critères.

L'un des avantages de cette nouvelle classification est d'éviter les diagnostics orphelins, notamment les cas où seulement deux manifestations de dépendance étaient rencontrées, sans manifestation d'abus associée (24, 25). Il élimine également les individus précédemment diagnostiqués ayant un "trouble d'abus" principalement dû à un seul critère (25).

Dans la nouvelle classification du DSM-5, le chapitre consacré aux "troubles liés aux substances", dans lequel étaient classifiés l'abus et la dépendance alcoolique, a été remplacé par "Troubles liés aux substances et aux addictions" (*Substance-related and addictive disorders*). Ce chapitre regroupe maintenant des troubles de l'usage de substances et des addictions sans substance, le jeu pathologique (le terme anglais du DSM-IV-TR "pathological gambling" a été changé en "gambling disorder"). Ont également été introduits le diagnostic de sevrage au cannabis et à la caféine, qui n'étaient pas présents dans le DSM-IV-TR. D'autres conduites addictives, comme l'addiction au jeu sur internet ("internet gaming", par opposition à "gambling"), sont introduits dans la section 3 des diagnostics à l'étude et nécessitant l'accumulation de données complémentaires avant d'être retenus (3, 4).

Le terme "dépendance" a été supprimé du DSM-5, mais il n'a pas été remplacé par le terme "addiction". C'est le terme "trouble de l'usage de substances" qui a été retenu. Cette sémantique est âprement discutée depuis de nombreuses années (26). Depuis Edwards et Gross en 1976 (17), le terme "dépendance" est utilisé en anglais pour définir le comportement compulsif, non contrôlé, de recherche d'alcool. Cependant, O'Brien insiste sur le fait que le terme "dépendance" réfère le plus souvent aux phénomènes physiologiques adaptatifs de rebond qui se produisent lorsqu'une substance (un médicament) qui agit sur le système nerveux central est brutalement interrompue (27). Les deux notions sont totalement différentes et afin d'éviter toutes confusions qui pourraient conduire à des pratiques cliniques inadaptées, il avait proposé le terme "addiction".

Cependant, les détracteurs du terme "addiction" s'opposent à son utilisation car il est encore aujourd'hui perçu comme stigmatisant, notamment en Amérique du Nord.

Impact du DSM-5 sur l'approche thérapeutique

Le DSM-5, avec l'élargissement du périmètre du diagnostic et l'abaissement du seuil d'entrée, va permettre d'inclure des formes jusque-là orphelines, c'est-à-dire des formes cliniques jusque-là non retenues par le DSM-IV car les sujets ne présentaient qu'un ou deux critères de dépendance sans critère d'abus alors même qu'ils étaient repérés par les cliniciens comme ayant de problèmes nécessitant d'être pris en compte.

Les conférences de consensus françaises (28, 29) sur la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de l'alcool postulaient que l'abstinence était l'unique voie de sortie du trouble quand la dépendance était installée. Ce postulat a été fortement remis en cause, notamment parce qu'il est contraire à une somme significative d'évidences (30-32). En tout état de cause, le diagnostic de dépendance disparaissant, l'équation "dépendance = abstinence" doit être repensée. En quittant le catégoriel pour le dimensionnel, on ne pourra plus proposer une stratégie unique pour un diagnostic donné ; il sera nécessaire d'ouvrir les options thérapeutiques pour permettre aux patients de trouver leur voie en fonction de la sévérité de leur trouble. La réduction de la consommation "sans passer nécessairement par un sevrage préalable mais avec comme objectif de parvenir à l'abstinence dès que possible" est déjà préconisée dans les recommandations européennes (33). La prise en charge pourra être psychosociale ou médicamenteuse grâce à de nouvelles molécules, dont certaines sont déjà sur le marché et d'autres en cours d'enregistrement et de développement. ■

Remerciements. – H.-J. Aubin, M. Auriacombe, M. Reynaud et A. Rigaud remercient la société Grey Healthcare pour son assistance éditoriale.

Contributions des auteurs. – Chacun des auteurs a contribué à la rédaction ou à la révision du manuscrit.

Conflits d'intérêts. – H.-J. Aubin déclare avoir participé au cours des trois dernières années à des interventions ponctuelles (essais cliniques, travaux scientifiques, activités de conseil, conférences, colloques) pour les entreprises Bioprojet, D&A Pharma, Ethypharm, Lundbeck, Merck-Serono, Novartis et Pfizer.

M. Auriacombe – En lien avec la rédaction de cet article :

déclare avoir été membre du groupe de travail (Workgroup) de l'APA pour la révision des troubles liés aux substances et apparenté du DSM-5 (2007-2013). Sans lien avec la rédaction de cet article : déclare que son laboratoire à l'Université de Bordeaux a reçu des financements sans contraintes de RBK Pharmaceutical, Mundipharma, D&A Pharma, Ferrer. M. Reynaud déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (board scientifique et conférences) pour les laboratoires Merck-Serono, Reckitt, Lundbeck, D&A Pharma et Ethypharm et pour la Française des Jeux. A. Rigaud déclare avoir participé au comité scientifique des laboratoires Lundbeck et au comité scientifique de l'essai ALPADIR des laboratoires Ethypharm.

Comment dit-on en français "use disorder" ?

Nous avons fait le choix d'une traduction littérale, directe : "trouble de l'usage d'une substance", et pour ce qui nous concerne ici, "trouble de l'usage d'alcool".

En effet, il s'agit bien d'indiquer sans ambiguïté qu'il s'agit d'une anomalie de l'usage lui-même, en tant que tel, qu'il faut clairement différencier des dommages ou troubles induits par l'usage d'une substance, qui sont bien en ce sens liés à l'usage, mais indépendamment d'une anomalie de l'usage lui-même.

Jusqu'à maintenant, le choix avait été fait par les traducteurs français du DSM de traduire "use disorder" par "trouble lié à l'utilisation". Ce choix introduit une ambiguïté qui doit absolument être levée.

H.-J. Aubin, M. Auriacombe, M. Reynaud, A. Rigaud
Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool
Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (4) : 309-315

Références bibliographiques

- 1 - Aubin HJ. Préparez-vous à entrer dans la cinquième dimension ! *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (1) : 3-4.
- 2 - Petry N, Blanco C, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Crowley T, Grant B, Hasin D, O'Brien C. An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*. 2013. In press.
- 3 - Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Compton WM, Crowley T, Ling W, Petry NM, Schuckit M, Grant BF. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. 2013 ; 170 : 834-51.
- 4 - Hasin DS, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Crowley T, Grant BF, O'Brien C, Petry NM, Schuckit M, Wall MM. The DSM-5 field trials and reliability of alcohol use disorder. *Am J Psychiatry*. 2013 ; 170 : 442-3.
- 5 - Denis C, Fatséas M, Auriacombe M. Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 3. An assessment of Pathological gambling criteria. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012 ; 122 : 22-7.
- 6 - Fatséas F, Guérin A, Auriacombe M. Nouvelle révision du DSM en préparation : quels enjeux pour les addictions ? *Le Courrier des Addictions*. 2008 ; 10 : 3-4.

- 7 - Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Haven : Hillhouse Press ; 1960.
- 8 - Jellinek EM. Alcohol problems dissected. *Soc Action*. 1945 ; 11 (3) : 5-34.
- 9 - Jellinek EM. Phases of alcohol addiction. *Q J Stud Alcohol*. 1952 ; 13 (4) : 673-84.
- 10 - Watson JB. Psychology from the standpoint of a behaviorist. Philadelphia : Lippincott JB ; 1919.
- 11 - Wikler A. Conditioning factors in opiate addiction and relapse. In : Wilner DU, Kassenbaum GG, Editors. *Narcotics*. New York : McGraw-Hill ; 1965.
- 12 - Wikler A. Dynamics of drug dependence. Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1973 ; 28 (5) : 611-6
- 13 - Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall ; 1977.
- 14 - Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York : Guilford Press ; 1985.
- 15 - Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *Am Psychol*. 2004 ; 59 (4) : 224-35.
- 16 - Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. 1972 ; 26 (1) : 57-63.
- 17 - Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J*. 1976 ; 1 (6017) : 1058-61.
- 18 - Hasin D, Paykin A. Alcohol dependence and abuse diagnoses: concurrent validity in a nationally representative sample. *Alcohol Clin Exp Res*. 1999 ; 23 (1) : 144-50.
- 19 - Hasin DS, Grant BF. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 ; 61 (9) : 891-6.
- 20 - Hasin, DS. Combining abuse and dependence in DSM-5. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 ; 73 (4) : 702-4.
- 21 - Li TK, Hewitt BG, Grant BF. The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. The 2006 H. David Archibald lecture. *Addiction*. 2007 ; 102 (10) : 1522-30.
- 22 - Cherpitel CJ, Borges G, Ye Y, Bond J, Cremonte M, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G. Performance of a craving criterion in DSM alcohol use disorders. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010 ; 71 (5) : 674-84.
- 23 - Mewton L, Slade T, McBride O, Grove R, Teesson M. An evaluation of the proposed DSM-5 alcohol use disorder criteria using Australian national data. *Addiction*. 2011 ; 106 (5) : 941-50.
- 24 - Keyes KM, Krueger RF, Grant BF, Hasin DS. Alcohol craving and the dimensionality of alcohol disorders. *Psychol Med*. 2011 ; 41 (3) : 629-40.
- 25 - Agrawal A, Heath AC, Lynskey MT. DSM-IV to DSM-5: the impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders. *Addiction*. 2011 ; 106 (11) : 1935-43.
- 26 - O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*. 2011 ; 106 (5) : 866-7.
- 27 - O'Brien CP. Rationale for changes in DSM-5. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 ; 73 (4) : 705.
- 28 - Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant. *Alcoologie et Addictologie*. 1999 ; 21 (25) : 15-2205.
- 29 - Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (2) : 109-388.
- 30 - Witkiewitz K. "Success" following alcohol treatment: moving beyond abstinence. *Alcohol ClinExp Res*. 2013 ; 37 (Suppl. 1) : E9-13.
- 31 - Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 ; 31 (12) : 2036-45.
- 32 - Sobell MB, Sobell LC. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*. 1995 ; 90 (9) : 1149-53 ; discussion 1157-77.
- 33 - European Medicines Agency. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. Londres : AMA ; 2010.