

*item 74*

## ADDICTION À L'ALCOOL

- I. Introduction
- II. Épidémiologie
- III. Usage simple, intoxication aiguë, et usage à risque d'alcool
- IV. Troubles addictologiques liés à l'usage d'alcool
- V. Complications des troubles addictologiques liés à l'alcool
- VI. Comorbidités médicales psychiatriques
- VII. Repérage, prévention et intervention en cas d'usage à risque d'alcool
- VIII. Prise en charge addictologique d'un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- \* Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction à l'alcool.
- \* Expliquer les indications et principes du sevrage thérapeutique.
- \* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

#### CAS CLINIQUES SIDES

<http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/74>





## POINTS CLEFS

L'alcool est une substance psychoactive pouvant induire des dommages sociaux et médicaux (aussi bien psychiatriques que non-psychiatriques).

Contrairement à la plupart des autres substances psychoactives, il existe un « usage simple » d'alcool, c'est-à-dire un niveau d'usage n'entraînant pas de risques ou des risques très faibles.

Au-delà des seuils de l'usage simple, on entre dans un « usage à risque » qui peut plus ou moins rapidement évoluer vers des troubles addictologiques constitués (ou « troubles liés à l'usage d'alcool »). Le niveau le plus sévère de ces troubles est la « dépendance à l'alcool »

En cas de dépendance à l'alcool, peut survenir un « syndrome de sevrage d'alcool ». Sa survenue est une urgence médicale car elle expose à des complications potentiellement létales (*delirium tremens*, crises convulsives).

Le repérage systématique de l'usage à risque d'alcool est très important dans toute spécialité médicale, et tout spécialement en médecine générale. L'usage à risque nécessite de réaliser une « intervention brève » à visée de prévention secondaire.

Les troubles liés à l'usage d'alcool nécessitent une prise en charge spécialisée de type médico-psycho-sociale.

Les objectifs de la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool sont soit un arrêt encadré, soit une réduction progressive et encadrée de l'usage d'alcool.

En cas d'arrêt encadré de l'usage d'alcool chez un sujet avec dépendance, le sujet doit bénéficier d'un « sevrage » encadré d'alcool, avec une surveillance et un traitement destiné à prévenir le syndrome de sevrage. Cette procédure peut être réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation.

Avant un sevrage et durant la prise en charge, les motivations et les objectifs du patient sont évalués et renforcés lors d'entretiens motivationnels.

## 1. INTRODUCTION

En France, la consommation de boissons alcoolisées est intégrée aux pratiques culturelles, mais elle est aussi à l'origine de risques sanitaires et sociaux majeurs.

L'alcool est une substance psychoactive dont certains modes d'usage peuvent être à l'origine de dommages sociaux et médicaux (aussi bien psychiatriques que non-psychiatriques).

Il existe un usage simple d'alcool avec des seuils d'usage qui, s'ils sont respectés, n'exposent en théorie pas à un sur-risque ou bien à des risques très faibles de conséquences médicales ou sociales.

Au-delà de ces seuils, on parle de mésusage. L'usage à risque d'alcool est le premier stade du mésusage d'alcool. Les critères d'un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool peuvent alors survenir plus ou moins rapidement par la suite. Le sujet perd alors progressivement le contrôle de son usage d'alcool, malgré la survenue de répercussions médicales et/ou sociales. L'éthanol est une substance neurotoxique et les systèmes de neurotransmission sur lesquels il agit sont nombreux.

L'éthanol, principe actif de l'alcool, joue un rôle dans ces processus addictifs progressifs. Malgré la simplicité chimique de cette molécule, elle exerce des effets et des actions biologiques et comportementales complexes. Les différents systèmes de neurotransmission perturbés sont, entre autres, les systèmes cholinergique, sérotoninergique, dopaminergique, GABAergique, glutamatergique et opioïdurgique. La consommation d'éthanol joue un rôle important dans les phénomènes d'appétence, de motivation et de décision en agissant sur le système de récompense. L'arrivée d'un signal annonçant une récompense, après un traitement sensoriel par le cortex modifie l'activité de certains neurones de l'aire tegmentale ventrale qui libèrent de la dopamine vers le noyau accumbens et vers le cortex préfrontal, renforçant ainsi le comportement-récompense.

Que ce soit en prévention primaire (c'est-à-dire en l'absence antérieure de mésusage), en prévention secondaire (en cas d'usage à risque), ou bien dans une perspective de soins (en cas de trouble

addictologique constitué), l'objectif global en termes de santé publique et de rester ou bien de revenir à un non-usage ou bien un usage simple d'alcool chez le maximum de sujets.

## 2. ÉPIDÉMIOLOGIE

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en population générale adulte et la plus consommée à l'âge de 17 ans.

La quantité moyenne d'alcool consommée a été divisée par deux en 50 ans en France (11,8 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2012, 27,4 en 1960). En revanche, les modes de consommation évoluent, et les alcoolisations ponctuelles importantes augmentent, notamment chez les jeunes.

Dans la population française, la première ivresse a lieu en moyenne à l'âge de 15 ans. En 2014, 13 % des 15-75 ans déclaraient avoir eu au moins un épisode de consommation importante d'alcool dans le but de rechercher l'ivresse au cours de leur vie.

Au niveau national, on estime à 10 millions le nombre de personnes qui consomment de l'alcool au moins à 3 reprises dans la semaine, et à 6 millions le nombre de personnes qui en consomment tous les jours (15 % des adultes). Il existe environ 3,8 millions de consommateurs à risque chronique (consommation régulière d'alcool supérieure aux seuils recommandés qui les exposent à des complications) et 12 millions de consommateurs à risque ponctuel (alcoolisations ponctuelles importantes, qui exposent aux risques de complications aiguës (accidents, violences...)).

Au niveau mondial, l'alcool est le 3<sup>e</sup> facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. En France, la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable, après le tabac. 49 000 décès par an sont liés à la consommation d'alcool dans l'Hexagone, que ce soit de manière directe ou indirecte (cancers, maladies cardio-vasculaires, cirrhoses, accidents, suicides sous l'emprise de l'alcool, accidents domestiques, du travail et de la route...). La mortalité attribuable à l'alcool est particulièrement élevée dans la tranche d'âge 20-39 ans, pour laquelle près de 25 % des décès sont attribuables à l'alcool. Chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool, l'espérance de vie est réduite de 20 ans.

## 3. USAGE SIMPLE, INTOXICATION AIGUË, ET USAGE À RISQUE D'ALCOOL

### 3.1. L'usage simple d'alcool

Pour l'alcool, on estime qu'il existe un type d'usage qui n'entraîne pas de risque ou très peu de risques sur le plan social ou médical.

Sur la base de données internationales, les recommandations nationales de la Société Française d'Alcoologie ont retenu les seuils d'usage suivants comme ceux correspondant à l'usage simple d'alcool :

- \* jamais plus de 4 verres-standard par occasion lors d'un usage ponctuel
- \* pas plus de 21 verres-standard par semaine pour un homme
- \* pas plus de 14 verres-standard par semaine pour une femme

On appelle verre-standard un volume contenant 10 g d'alcool pur, soit environ 10 cl de vin, 25 cl de bière à 4°, ou 3 cl d'un alcool fort type whisky à 40°.



## POUR COMPRENDRE

Contenu d'alcool d'une boisson (en grammes) : degré d'alcool pur dans la boisson x volume (en litre) x 8. Ex. : 1 bouteille de 75 cl de vin à 12,5 degré contient :  $12,5 \times 0,750 \times 8 = 75$  g d'alcool pur.

En dessous de ces seuils, on considère qu'il n'existe pas ou peu de risques de répercussions sociales ou médicales à court ou long terme. Attention, ces seuils ne sont pas valables dans certaines situations (femme enceinte, sujet atteint d'une atteinte hépatique, sujet traité par certains médicaments, etc.).

Sur un plan de santé public, il serait idéal chez tout sujet de maintenir au long cours un non-usage ou un usage simple d'alcool.

### 3.2. L'intoxication alcoolique aiguë (ivresse)

On distingue différents degrés de sévérité de l'intoxication alcoolique aiguë en fonction de l'alcoolémie du patient. À faible dose l'effet désinhibiteur et euphorisant de l'alcool prédomine, à dose plus élevée c'est l'effet déprimeur sur le système nerveux central qui domine. Ainsi, l'intoxication alcoolique aiguë, non compliquée, se caractérise par la présence d'une haleine caractéristique (œnolique), de l'injection des conjonctives, d'une jovialité ou d'une tristesse, d'une logorrhée, d'une désinhibition, d'un comportement pouvant être agressif, d'un temps de réaction allongé, d'une dysarthrie et d'un syndrome cérébelleux avec incoordination motrice, de troubles de l'équilibre.

Les effets déprimeurs sur le système nerveux central de l'intoxication alcoolique aiguë entraînent, entre autres, des perturbations de la perception, du jugement, de l'affect, des facultés cognitives, du comportement ou de la conscience.

Le diagnostic est le plus souvent basé sur des éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il faut savoir y penser devant une chute chez la personne âgée, un accident ou une agression. Le diagnostic est confirmé par l'alcoolémie (sur prise de sang ou grâce à un éthylomètre) et sur l'évolution (régression en quelques heures).

Il existe une grande variabilité individuelle des effets aigus de l'alcool, de sorte qu'à niveau d'alcoolémie égale, les présentations cliniques peuvent être très variables.

La prise en charge immédiate de l'intoxication alcoolique aiguë relève de la médecine d'urgence, et non de la psychiatrie ou de l'addictologie. Par contre, au décours de l'intoxication aiguë, une évaluation addictologique doit déterminer s'il existe un usage à risque voire un trouble lié à l'usage d'alcool et intervenir et orienter le sujet en conséquence. C'est typiquement la mission des ELSA dans les services d'urgences (voir introduction des items d'addictologie).

### 3.3. L'usage à risque d'alcool

Comme précisé dans l'introduction générale des items d'addictologie du référentiel, l'usage à risque n'est pas un trouble addictologique constitué mais un facteur de risque. Il s'agit d'un usage exposant à des risques, chez un sujet qui n'a encore pas de conséquences observables de

son usage, ou alors des conséquences encore trop limitées pour correspondre aux critères d'un trouble lié à l'usage (ici d'alcool).

L'usage à risque d'alcool est le premier stade du mésusage d'alcool. Il est susceptible d'évoluer plus ou moins rapidement selon les sujets vers un trouble lié à l'usage d'alcool.

Indépendamment du risque addictologique, l'usage à risque peut également exposer à des complications de l'intoxication éthylique aiguë (p.ex. : ivresse avec mise en danger comportementale, agression, voire coma), ou bien à des complications chroniques de type médical (par exemple cirrhose du foie) en l'absence même de critères antérieurs de troubles liés à l'usage d'alcool.

Il est donc crucial d'intervenir très précocement avant la survenue de complications, dans une perspective de prévention secondaire. Le repérage de l'usage à risque et l'intervention auprès du sujet (voir plus loin) relèvent de tout médecin, quelle que soit sa spécialité. C'est bien sûr particulièrement important en médecine générale et en soins primaires.

## 4. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'USAGE D'ALCOOL

### 4.1. Usage d'alcool nocif pour la santé (CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

### 4.2. Dépendance à l'alcool (CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

## 5. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'ALCOOL

### 5.1. Syndrome de sevrage à l'alcool

Le syndrome de sevrage de l'alcool ne survient que chez des sujets avec dépendance à l'alcool. Il n'est pas présent chez tous les sujets dépendants puisque près d'un tiers d'entre eux n'a pas de symptôme de sevrage en cas d'arrêt brutal de l'usage d'alcool.

Les premiers symptômes de sevrage surviennent dans les heures qui suivent l'arrêt de l'usage d'alcool. Ils peuvent survenir fréquemment le matin au réveil chez les sujets avec forte dépendance. La survenue des symptômes est maximale au cours des 72 premières heures mais peuvent se voir jusqu'à 7-10 jours après un arrêt de l'alcool.

On peut observer les symptômes suivants (en gras les signes les plus discriminants et les plus fréquents) :

- \* Des troubles psycho-comportementaux : **anxiété**, insomnie, cauchemars, irritabilité, agitation psychomotrice ;
- \* Des troubles neurovégétatifs : **sueurs, tremblements**, tachycardie, hypertension artérielle ;
- \* Des troubles digestifs : **vomissements**, nausées, anorexie, diarrhée.

Les signes disparaissent ou diminuent avec la prise de quelques verres d'alcool ou la prise de benzodiazépines.

En l'absence de prévention ou de traitement adapté, ce tableau peut s'aggraver.

Il peut alors aboutir aux complications suivantes :

#### Les convulsions de sevrage

Elles sont caractérisées par leur début précoce (en général dans les 48 heures suivant la diminution ou l'arrêt de l'alcool), mais peuvent survenir de manière plus retardée en cas de diminution trop rapide des benzodiazépines. Il s'agit le plus souvent de crises généralisées tonico-cloniques. Non traitées, elles risquent de récidiver rapidement voire d'évoluer vers un état de mal épileptique, avec un risque de décès.

Prescrites à doses adaptées, les benzodiazépines en prévention ou en traitement du syndrome de sevrage permettent d'éviter le risque de convulsions.

#### Le *delirium tremens*

Le *delirium tremens* est un état de confusion agitée et délirante qui signe un syndrome de sevrage majeur et en constitue une complication très sévère, avec risque vital engagé.

Sur le plan clinique, on note :

- \* Syndrome confusionnel.
- \* Agitation.
- \* Propos incohérents.
- \* Délire onirique avec vécu délirant intense.
- \* Inversion du rythme nyctéméral.
- \* Hallucinations multiples, surtout visuelles avec zoopsies.
- \* Scènes d'agression qui peuvent être la cause de réactions de frayeur chez le patient (risque de fugue, agressivité...).

Les signes physiques associent fièvre, sueurs profuses, déshydratation, modification de la tension, tachycardie, troubles du rythme. Des crises d'épilepsie, un état de mal peuvent survenir et constitueront des signes de gravité

#### Encéphalopathie de Gayet-Wernicke

Les situations de sevrage d'alcool sont à risque accru de survenue d'un Encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Cette dernière serait favorisée par une carence en vitamines B1. Son mécanisme est donc distinct des symptômes de sevrage habituels de l'alcool.

Elle est caractérisée par un syndrome confusionnel, des signes oculomoteurs, un syndrome cérébelleux statique et une hypertonie oppositionnelle.

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est de survenue rare. Elle aurait un lien évolutif vers la démence de Korsakoff, même si cette association est aujourd'hui controversée sur le plan scientifique.

## 5.2. Complications médicales du mésusage d'alcool

Le mésusage d'alcool, même en dehors de troubles addictologiques liés à l'usage d'alcool, peut entraîner de nombreuses complications médicales.

Pour rapporter une pathologie à l'alcool, il faut 5 arguments :

- \* Le sujet a présenté un mésusage d'alcool prolongé
- \* Il s'agit d'une complication connue du mésusage d'alcool
- \* Le tableau est évocateur de l'étiologie alcoolique : par exemple cytolysse modérée prédominant en ASAT avec GGT très augmentée dans la maladie alcoolique du foie, contrairement au tableau d'hépatite virale
- \* Élimination des autres causes : même chez un buveur très excessif, une maladie donnée n'est pas forcément en rapport avec un mésusage
- \* Le tableau peut s'améliorer (selon le type de complication) avec l'arrêt ou la réduction de l'usage d'alcool

<b>Cancers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Cancer des voies aérodigestives supérieures</li> <li>* Cancer de l'œsophage (cancer épidermoïde)</li> <li>* Carcinome hépatocellulaire (complication d'une cirrhose alcoolique)</li> <li>* Cancer colo-rectal</li> <li>* Cancer du sein</li> </ul>
<b>Système digestif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Maladie alcoolique du foie (stéatose hépatique, hépatite alcoolique aiguë, cirrhose hépatique)</li> <li>* Pancréatite aiguë, pancréatite chronique calcifiante</li> <li>* Œsophagite, gastrite</li> <li>* Diarrhée motrice et/ou par atteinte entérocytaire</li> </ul>
<b>Système nerveux</b>	<p>Troubles cognitifs liés à l'alcool (troubles d'intensité légère à sévère)</p> <p>Démences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Syndrome de Korsakoff (favorisé par une carence en vitamine B1)</li> <li>* Maladie de Marchiafava-Bignami</li> <li>* Démence alcoolique</li> </ul> <p>Encéphalopathies carenciales et métaboliques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (favorisée par une carence en vitamine B1)</li> <li>* Encéphalopathie pellagreuse (carence en vitamine PP)</li> </ul> <p>Encéphalopathie hépatique (confusion mentale, astérisis)</p> <p>Métabolique : Myélinolyse centropontine (correction trop rapide d'une hyponatrémie)</p> <p>Atrophie cérébelleuse</p> <p>Epilepsie, le plus souvent généralisée</p> <p>Polyneuropathies sensitivo-motrices (crampes nocturnes, douleurs, paresthésies, hypoesthésie et aréflexie achilléenne, amyotrophie)</p> <p>Neuropathie optique (névrite optique rétro bulbaire)</p> <p>Traumatismes : Hématomes cérébraux</p> <p>Hémorragies cérébrales ou méningées</p>

<b>Cardiovasculaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hypertension artérielle</li> <li>* Troubles du rythme</li> <li>* Cardiomyopathies non obstructives</li> </ul>
<b>Rhumatologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Nécrose de la tête fémorale</li> <li>* Ostéoporose</li> <li>* Ostéomalacie</li> </ul>
<b>Traumatiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fractures</li> <li>* Traumatismes crâniens</li> </ul>
<b>Hématologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Macrocytose, anémie, thrombopénie, leucopénie</li> <li>* (Par toxicité directe, liées à l'hépatopathie alcoolique ou aux carences nutritionnelles)</li> </ul>
<b>Métaboliques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hypoglycémies, intolérance au glucose</li> <li>* Hypertriglycémie</li> <li>* Dénutrition</li> <li>* Hyperuricémie et goutte</li> </ul>
<b>Dermatologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aggravation d'un psoriasis</li> <li>* Rhynophyma</li> </ul>
<b>Psychiatriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dépression</li> <li>* Trouble anxieux</li> </ul>
<b>Obstétricales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Syndrome d'alcoolisation fœtal (dysmorphie et retard mental)</li> </ul>
<b>Génitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dysfonctions sexuelles</li> </ul>

### 5.3. Répercussions sociales des troubles liés à l'usage d'alcool

Elles peuvent apparaître au stade d'usage à risque mais lorsqu'elles deviennent prolongées et importantes, elles signent l'évolution vers un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool (usage nocif ou dépendance).

- \* Retentissement familial : violences intrafamiliales psychologiques ou physiques, séparations, mise en danger de l'enfance, retentissement sur la santé mentale des proches.
- \* Retentissement professionnel : avertissement, licenciement, absentéisme, chômage.
- \* Retentissement financier : dettes, négligence ou abandon des obligations administratives ou sociales, problème de logement.
- \* Retentissement judiciaire : conduite en état d'ivresse, ivresses publiques manifestes, violence sous l'effet de l'alcool.

## 6. COMORBIDITÉS MÉDICALES PSYCHIATRIQUES

L'association entre un mésusage d'alcool et les troubles psychiatriques est très fréquente. Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles psychiatriques les plus retrouvés chez les patients dépendants à l'alcool.

Le risque de suicide est très fortement augmenté en cas de trouble de l'usage d'alcool. L'association entre alcool et suicide est très forte, en particulier lors des alcoolisations aiguës, mais aussi lors de symptômes dépressifs secondaires ou associés à la consommation d'alcool.

Le trouble bipolaire est 4 fois plus fréquent chez les patients présentant une dépendance à l'alcool par rapport à la population générale mais sous-diagnostiqué car fréquemment masqué par le trouble addictif.

20 à 50 % des patients souffrant de schizophrénie présentent une dépendance ou un usage d'alcool nocif pour la santé.

Ces troubles peuvent être primaires (avant l'installation du mésusage) ou secondaires. En effet, la consommation aiguë ou chronique d'alcool peut être responsable de symptômes voire de troubles psychiatriques (symptômes dépressifs et anxieux en particulier). L'anamnèse ainsi que le sevrage pourront permettre de préciser le caractère de ces troubles.

L'association de l'alcool à d'autres conduites addictives, avec ou sans substances, est également forte. Parmi les patients qui présentent une dépendance à l'alcool, 80 % ont une dépendance au tabac et 5 % présentent une dépendance à une autre substance (cannabis, cocaïne ou héroïne).

## 7. REPÉRAGE, PRÉVENTION ET INTERVENTION EN CAS D'USAGE À RISQUE D'ALCOOL

### 7.1. Repérage du mésusage d'alcool en population générale

Le repérage systématique de l'usage à risque d'alcool en population générale est absolument fondamental sur un plan de santé publique. Il doit impliquer tout soignant, à commencer par les médecins généralistes

Ce repérage précoce devrait être effectué de façon systématique chez tous les patients, par un interrogatoire régulier ou bien orienté par des circonstances évocatrices (HTA, plaintes psychiques ou pour asthénie, troubles du sommeil, altérations de l'état général).

Ce repérage est simple et se fonde sur la consommation déclarée d'alcool (CDA) :

- \* la **quantité** hebdomadaire d'usage d'alcool (nombre moyen de verres-standard consommé chaque semaine) ;
- \* la **fréquence** hebdomadaire d'usage d'alcool (nombre de jours de consommation par semaine) ;
- \* la fréquence hebdomadaire ou mensuelle de **fortes consommations** (plus de 5 verres-standard).

Si la CDA est supérieure aux repères recommandés de l'usage simple (voir début de l'item), c'est qu'il existe un mésusage d'alcool. Il faut alors rechercher des complications et des arguments en faveur d'une perte de contrôle de l'usage d'alcool, ce qui évoque la présence d'un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool.

**Des questionnaires peuvent aider les médecins à repérer un mésusage d'alcool et un trouble lié à l'usage d'alcool.**

Le questionnaire **AUDIT-C** (Alcohol Use Disorders Identification Test court) permet d'établir un score sur la base de 3 questions qui sont les 3 premières questions de l'AUDIT (cf. questionnaire et interprétation des scores ci-dessous). Ce questionnaire permet de différencier un usage simple d'un mésusage.

Le questionnaire **FACE**. Il est composé de 5 questions, deux communes avec l'AUDIT C et trois qui orientent vers une perte de contrôle et donc une dépendance (cf. questionnaire et interprétation des scores ci-dessous).

La mise en évidence d'un mésusage d'alcool doit être associée à une évaluation addictologique complète, intégrant une évaluation médicale psychiatrique et non-psychiatrique (éventuels dommages hépatiques, neurologiques...) et à une évaluation sociale.

## 7.2. Intervention brève en cas d'usage à risque

En cas d'usage à risque, des **interventions brèves** doivent être effectuées. Il s'agit d'interventions de prévention secondaire. Le principe est celui d'une intervention dispensée individuellement, en un temps court, visant à augmenter le niveau de conscience et de connaissance des troubles liés à la consommation d'alcool chez des sujets en usage à risque. Sa durée est en général de 5 à 20 minutes.

Après évaluation de la consommation d'alcool (repérage précoce) et de son retentissement éventuel, des informations sont données à la personne sur :

- \* Les résultats de cette évaluation,
- \* La définition d'un verre-standard et des seuils de consommation à faible risque,
- \* Les risques liés à la consommation d'alcool pertinents pour le patient,
- \* Les éventuelles complications présentes chez le patient,
- \* Les avantages à diminuer sa consommation,
- \* Le choix d'un objectif de consommation si le patient est d'accord pour modifier sa consommation actuelle,
- \* Des méthodes de réduction si demande du patient,
- \* Un document d'information écrit est remis.

Cette intervention est réalisée de façon empathique, avec absence de jugement et en laissant le choix au patient.

L'ensemble constitue le **RPIB : repérage précoce et intervention brève**.

L'objectif est de faire émerger une motivation au changement chez la personne présentant un usage à risque ou un usage nocif pour la santé, avant le développement d'une dépendance. L'efficacité de l'intervention brève a été étayée par de nombreuses études en cas de consommation à risque ou d'usage nocif pour la santé.

## QUESTIONNAIRE AUDIT-C

### 1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

### 2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

**3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?**

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**Interprétation**

Les questions portent sur la consommation des 12 derniers mois.

Un score supérieur ou égal à 4 chez l'homme et à 3 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool.

**QUESTIONNAIRE FACE**

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

**1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
4 fois ou plus par semaine	4

**2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

**3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?**

Non	0
Oui	4

**4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?**

Non	0
Oui	4

**5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?**

Non	0
Oui	4

**Interprétation**

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.
- Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

### 7.3. Place des marqueurs biologiques dans le repérage du mésusage d'alcool

L'intérêt des marqueurs peut être :

- \* à visée d'objectivation du mésusage, uniquement pour rapporter à l'alcool une pathologie (comme une pancréatite) alors que le patient nie sa consommation, et non pour faire le diagnostic de dépendance ;
- \* pour le suivi (pour dépister une reprise d'usage ou de mésusage) ;
- \* à visée éducative et motivationnelle.

Ils ne sont pas recommandés pour le repérage précoce, du fait d'une sensibilité modeste.

On utilise en pratique :

- \* l'alcoolémie : utile en particulier aux urgences devant des chutes, des malaises. Chez un sujet non comateux et non hostile, on utilise l'éthylomètre qui donne une mesure directe ;
- \* la GGT (gamma glutamyl transpeptidase) : enzyme hépatique, marqueur à la fois de consommation d'alcool et de maladie alcoolique du foie. Sa sensibilité est médiocre (la moitié des consommateurs à risque chronique ont une GGT élevée, un peu plus chez les dépendants). Sa spécificité est également médiocre, la GGT étant augmentée dans la plupart des pathologies hépatiques, mais dans la consommation à risque d'alcool, soit elle s'associe à des transaminases et phosphatases alcalines normales, soit typiquement à une augmentation modérée ( $\leq 5N$ ) des transaminases, prédominant sur les ASAT, et contrastant avec des PAL normales. La GGT se normalise en 4 à 10 semaines (fonction du niveau de départ) après arrêt de la consommation. Les principaux faux positifs sont les hépatopathies métaboliques et les inductions enzymatiques par certains médicaments ;
- \* le VGM est le marqueur le moins sensible (un tiers des patients), se normalise en 3 mois après arrêt de la consommation. Il y a peu de faux positifs (anémie carentielle en folates ou en B12, hypothyroïdie, hyper réticulocytose). Il est surtout augmenté en cas de carence en folate, donc de malnutrition associée. Parmi les faux positifs ne pas ignorer les causes iatrogènes dont les traitements par le méthotrexate (antifolate de référence) ;
- \* la CDT (carbohydre déficient transferrin) est très spécifique, se normalise en quelques semaines après arrêt de la consommation. Sa sensibilité est un peu améliorée par rapport à la GGT.

## 8. PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE D'UN TROUBLE ADDICTOLOGIQUE LIÉ À L'USAGE D'ALCOOL

### 8.1. Objectifs et stratégies de prise en charge

#### 8.1.1. Objectif idéal

L'objectif idéal de la prise en charge médicale d'un trouble lié à l'usage d'alcool est la disparition durable du mésusage d'alcool. En pratique, cela signifie l'arrêt prolongé de tout usage (parfois appelé « abstinence » mais ce terme a une connotation morale et devrait être évité), ou bien le retour prolongé à un usage simple lorsque cela est possible et que l'état physique du sujet le permet, en particulier s'il n'existe pas de complication médicale type cirrhose ou neuropathie. La plupart des études montrent que l'arrêt de tout usage d'alcool expose à moins de risques de

retour à des comportements de mésusage, mais ne plus boire définitivement d'alcool peut-être un choix difficile à assumer pour certains sujets qui préféreront tenter de revenir à un usage simple.

Dans le cadre d'un usage d'alcool nocif pour la santé ou d'une dépendance peu sévère, sans comorbidités sévères et si le soutien social est adéquat, l'objectif de retour à un usage simple est réaliste à moins que le patient ne préfère l'arrêt de l'usage ou qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'arrêt de l'usage.

Dans le cadre d'une dépendance sévère associée à une comorbidité médicale psychiatrique ou non-psychiatrique, l'arrêt de l'usage est l'objectif le plus réaliste. Pour les patients qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas s'engager vers l'arrêt de l'usage, il faut envisager un programme de réduction de consommation orienté vers la réduction des dommages (voir ci-dessous). L'objectif ultime de consommation devrait cependant être l'arrêt de l'usage.

En tout les cas, le patient doit définir quel est son objectif idéal, quitte à changer d'avis ultérieurement.

### 8.1.2. Objectifs intermédiaires

En cas de difficultés à atteindre durablement un objectif idéal d'arrêt d'usage ou de retour à un usage simple, la réduction de l'usage et la disparition de certaines complications constituent en soi des formes d'objectifs intermédiaires qui peuvent être visés dans certains cas. Ces objectifs rentrent alors dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques et des dommages.



#### POUR COMPRENDRE

Depuis quelques années, en addictologie, le concept de réduction des risques et des dommages a pris une place centrale au niveau des pratiques thérapeutiques.

Le concept de réduction des consommations d'alcool s'est progressivement imposé dans un contexte de santé publique. De nombreuses études scientifiques ont démontré que le risque de dépendance à l'alcool, les dommages à court et moyen terme ainsi que la mortalité augmentent en fonction du niveau de consommation d'alcool.

La réduction des consommations représente un objectif thérapeutique possible chez les personnes présentant un mésusage d'alcool. Cet objectif permet de réduire les risques et les dommages qu'une consommation élevée d'alcool comporte, permet d'améliorer la santé et les problèmes familiaux et socioprofessionnels de la personne et, plus globalement, la qualité de vie. Cette stratégie peut permettre d'évoluer par étapes vers un arrêt du mésusage d'alcool.

### 8.1.3. Stratégies de prise en charge

L'atteinte d'un objectif d'arrêt d'alcool ou de retour à un usage simple peut se faire par deux stratégies :

- \* arrêt encadré de tout usage d'alcool avec maintien ultérieur d'un arrêt plus ou moins long de tout usage d'alcool. Dans le cas du patient avec dépendance, l'arrêt planifié de l'usage d'alcool est appelé « sevrage » ;
- \* réduction progressive de l'usage pour arriver idéalement à un usage simple voire à un arrêt total de l'usage d'alcool.

### 8.1.4. Travail motivationnel

L'ambivalence du patient vis-à-vis de sa consommation d'alcool est intrinsèque à la dépendance. Le travail sur la motivation du patient est central dans la prise en charge.

L'**entretien motivationnel** est un style d'entretien visant à renforcer la motivation au changement et explorer et à réduire son ambivalence. Elle permet également de renforcer l'adhésion du sujet à la prise en charge médicale.

### 8.1.5. Approche médico-psycho-sociale et prise en charge des répercussions sociales et médicales

La prise en charge de ce type de troubles addictologique doit être holistique et aborder le sujet dans ses dimensions biologiques, psychologiques, et sociales. Les comorbidités psychiatriques, les autres addictions, et les répercussions sociales et médicales du trouble lié à l'usage d'alcool doivent être correctement prises en charge, si nécessaire par des interventions multidisciplinaires intégrant des spécialités médicales différentes, des psychologues, des assistantes sociales, des éducateurs, etc.

**Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes, mais le plus souvent secondaires, c'est-à-dire une conséquence du mésusage d'alcool. C'est le cas en particulier des troubles dépressifs et des troubles anxieux. 80 % des dépressions associées à une dépendance à l'alcool sont ainsi secondaires, c'est-à-dire induites par l'alcool. L'arrêt du mésusage d'alcool est, dans ce cas, le plus souvent suffisant pour permettre une régression des symptômes dépressifs en quelques semaines.**

En termes de soutien et d'accompagnement, le patient peut être orienté vers des **associations et groupes d'entraide** (ex. : Alcooliques Anonymes, Vie Libre...).

## 8.2. Aspects de prise en charge spécifiques de la dépendance à l'alcool

Il existe deux particularités fondamentales dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool, par comparaison à l'usage d'alcool nocif pour la santé : la prise en charge de « sevrage encadré d'alcool » et l'utilisation de traitements médicamenteux pour l'aide au maintien de l'arrêt de l'usage d'alcool ou l'aide à la réduction de consommation.

### 8.2.1. Le sevrage encadré d'alcool

Environ un tiers des patients présentant une dépendance à l'alcool n'ont aucun symptôme de sevrage à l'arrêt de l'alcool et la plupart des sevrages sont d'intensité faible et ne présentent aucune difficulté s'ils sont repérés et traités tôt. Cependant, comme mentionné plus haut, les complications peuvent être graves voire létales. Il est par conséquent indispensable de savoir mesurer les symptômes de sevrage afin d'en repérer les complications graves, et mettre en place la prise en charge adaptée.

#### 8.2.1.1. Modalités de sevrage

Le sevrage de l'alcool est proposé aux patients dépendants qui souhaitent arrêter au moins temporairement leur usage d'alcool.

Le sevrage de l'alcool peut être réalisé **en ambulatoire** ou **lors d'une hospitalisation**. Dans l'idéal, un sevrage d'alcool doit être planifié, et s'inscrire dans le cadre d'un projet addictologique global.

Le sevrage ambulatoire est réalisé le plus souvent sous la surveillance médicale du médecin traitant ou d'une équipe addictologique. Celles-ci sont regroupées au sein des CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ou des consultations hospitalières, présents sur l'ensemble du territoire. En l'absence de contre-indication au sevrage ambulatoire d'alcool, celui-ci devrait être préféré pour des raisons de confort du patient et des raisons de coûts.

Les contre-indications au sevrage ambulatoire sont :

- \* antécédent de complication de sevrage (*delirium tremens* ou convulsions de sevrage) ;
- \* une dépendance sévère (ex : symptômes de sevrage matinaux intenses, CDA > 30 verres-standard par jour) ;
- \* une dépendance aux benzodiazépines associée ;
- \* l'échec des tentatives de sevrage ambulatoire ;
- \* un environnement social défavorable (situation de précarité, conflits familiaux...) ;
- \* un terrain vulnérable (pathologie médicale concomitante, psychiatrique ou non, sujet âgé, femme enceinte).

Les unités de soins addictologiques ont pour but, au-delà du sevrage, d'aider le patient à acquérir les moyens de maintenir son arrêt de l'usage dans de bonnes conditions et à évoluer vers une meilleure qualité de vie. Elles proposent des programmes thérapeutiques allant de quelques semaines jusqu'à quelques mois.

Les équipes sont pluridisciplinaires et sont composées de médecins, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, animateurs, éducateurs,...

Le sevrage comprend :

- \* un arrêt de l'usage d'alcool ;
- \* s'il y a lieu, au vu de l'état clinique du patient et de ses antécédents, utiliser une benzodiazépine à demi-vie longue (diazépam) à dose progressivement décroissante pour diminuer les signes de sevrage et prévenir les crises convulsives, en évitant de dépasser 7 à 10 jours de traitement afin de diminuer le risque de dépendance. En cas de contre-indication aux benzodiazépines (insuffisance hépato-cellulaire, insuffisance respiratoire), le sevrage se fait en hospitalisation, avec administration de benzodiazépine en cas de besoin uniquement, réévaluée à chaque prise ;
- \* une surveillance du contrôle du syndrome de sevrage ;
- \* une hydratation orale (2 à 3 l/24 h) ;
- \* une supplémentation orale systématique en vitamine B<sub>1</sub> ;
- \* une correction des troubles hydro-électrolytiques si besoin.

### 8.2.1.2. Prise en charge des complications de sevrage

#### Le *delirium tremens*

Hospitalisation au mieux en soins intensifs ou continus, surtout si pathologies médicales non-psychiatriques associées, examen clinique.

Chambre éclairée, calme, passage régulier des soignants à visée de réassurance et de surveillance.

Réhydratation intraveineuse et correction des troubles hydro-électrolytiques.

Traitement vitaminique par vitamine B<sub>1</sub> à forte dose avant toute perfusion de sérum glucosé et poly-vitamines,

Benzodiazépine à durée de vie longue (diazepam) à hautes doses par voie intraveineuse jusqu'à sédation.

Surveillance (constante, hydratation, ionogramme sanguin, créatininémie, phosphorémie).

#### Les crises convulsives

Le traitement reste celui du sevrage.

Les crises convulsives de sevrage ne justifient pas un traitement anti-comitial au long cours.

Toute suspicion d'**encéphalopathie de Gayet Wernicke** doit faire réaliser en urgence une supplémentation en vitamine B<sub>1</sub> intraveineuse.

## 8.2.2. Pharmacothérapie de la dépendance à l'alcool

Trois médicaments ont l'AMM pour l'aide au maintien de l'arrêt de l'usage (abstinence) après un sevrage :

- \* L'**acamprosate** agirait sur le système glutamatergique. Il réduit faiblement mais significativement le taux de reprise d'alcool dans les six mois qui suivent un sevrage encadré d'alcool. C'est un traitement bien toléré.
- \* La **naltrexone** est un antagoniste opioïde qui diminuerait les effets de récompense positive (plaisir) de la consommation d'alcool. Ce traitement diminue l'intensité de la reprise d'alcool après un sevrage. Il est formellement contre-indiqué en cas de traitement concomitant par opioïde (ex. analgique) ou d'usage d'opiacés illicites.
- \* Le **disulfirame** est un inhibiteur de l'acétaldéhyde-déshydrogénase, ce qui entraîne une élévation de la concentration en acétaldéhyde. Il provoque ainsi un effet antabuse en cas de consommation d'alcool : réactions d'inconfort avec bouffées de chaleur, nausées, vomissements, tachycardie, sensation de malaise. La consommation associée d'alcool est formellement contre-indiquée puisque des réactions plus sévères ont été rapportées (troubles du rythme cardiaque, collapsus cardiovasculaire, infarctus du myocarde, mort subite,...). Il n'est pas indiqué en première intention.

Le **nalméfène** est un antagoniste opioïde qui a l'AMM pour aider à réduire la consommation d'alcool chez les patients présentant une dépendance (contre-indiqué en cas de traitement par opiacés ou de dépendance opiacée actuelle).

Le **baclofène** est un agoniste du récepteur GABA-B utilisé dans les troubles neurologiques spastiques. Cette molécule n'a pas l'AMM pour l'instant dans la dépendance à l'alcool mais elle fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) depuis 2014 pour la réduction ou l'arrêt des consommations.



### RÉSUMÉ

Pour repérer un mésusage d'alcool, il faut évaluer la consommation déclarée d'alcool en nombre de verres par semaine et par occasion de boire, le nombre de jours de consommation par semaine et le nombre de jours de forte consommation qui sont actuellement considérés comme les plus délétères.

Si cette consommation déclarée est supérieure aux repères acceptés en France, il faut rechercher des complications et des arguments en faveur d'une perte de contrôle qui oriente vers la dépendance. Des questionnaires peuvent aider les médecins à repérer un mésusage d'alcool.

Le concept de réduction des consommations d'alcool s'est progressivement imposé dans un contexte de santé publique.

Le sevrage de l'alcool est proposé aux patients qui souhaitent atteindre l'objectif de l'arrêt de l'usage et peut être réalisé en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation. Dans l'idéal, un sevrage d'alcool doit être planifié, et s'inscrire dans le cadre d'un projet addictologique global.

Les complications de sevrage sont rares mais graves, nécessitant un repérage des patients à risque et une prise en charge avec surveillance adaptés.

Durant toute la prise en charge, que l'objectif soit la réduction de la consommation ou l'arrêt de l'usage de l'alcool, les motivations et les objectifs du patient sont régulièrement évalués et renforcés lors d'entretiens motivationnels.

La prise en charge au long cours est pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale.



## RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Recommandation de bonne pratique, *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*, SFA, ANPAA et EUFAS, 2015.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpib\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf)

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>



