

COLLECTION

ABORD CLINIQUE

Dominique Huas, Bernard Rueff



Abord clinique

des malades de l'alcool
en médecine générale

 Springer

ABORD CLINIQUE DES MALADES DE L'ALCOOL EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Springer

Paris

Berlin

Heidelberg

New York

Hong Kong

Londres

Milan

Tokyo

DOMINIQUE HUAS
BERNARD RUEFF

ABORD CLINIQUE
DES MALADES
DE L'ALCOOL
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Dominique Huas
Département de médecine générale
Faculté de médecine Paris VII
75018 Paris

Bernard Rueff
Faculté de médecine Paris VII
75018 Paris
Ex responsable du service des traitements ambulatoires des malades
de l'alcool
Hôpital Beaujon
92100 Clichy

ISBN-10 : 2-287-59769-7 Springer Paris Berlin Heidelberg New York
ISBN-13 : 978-2-287-59769-5 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

© Springer-Verlag France, 2005
Springer-Verlag France est membre du groupe Springer Science + Business Media
Imprimé en France

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tout droits réservés, notamment la reproduction et la représentation, la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le copyright du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant les paiements des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionnée par la loi pénale sur le copyright.

L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun.

La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emplois. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.

SPIN : 10887844

Maquette de couverture : Nadia OUDDANE

Collection *Abord clinique*, dirigée par Paul Zeitoun

La collection « Abord clinique » est composée d'ouvrages destinés aux professionnels de santé confirmés ou en formation, intéressés par le point de vue de spécialistes ayant une grande expérience clinique et un goût affirmé pour l'enseignement.

On trouvera dans ces ouvrages la description des symptômes et de leur expression, des signes physiques et de leur interprétation, ainsi que des aspects relationnels avec le patient et son entourage.

Témoignant du vécu de l'auteur, ces ouvrages ont pour objectif la description du plus grand nombre possible de paramètres utiles à la prise en charge de la maladie ou des symptômes et au suivi du malade.

Dans la même collection :

– *Abord clinique en cancérologie*

Bernard Hœrni, Pierre Soubeyran, février 2003

– *Abord clinique en gastro-entérologie*

Paul Zeitoun, François Lacaine, février 2003

– *Abord clinique en gynécologie*

Bernard Blanc, Ludovic Cravello, juin 2004

À paraître :

– *Abord clinique des urgences traumatiques au cabinet du généraliste*

Jean-Claude Pire, Carole Carolet

– *Abord clinique du malade âgé*

Robert Moulias

– *Abord clinique de l'hypertension artérielle*

Xavier Girerd, Antoine Lemaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
APPROCHE THÉORIQUE DES MALADES DE L'ALCOOL	15
Une approche historique, un fait culturel.....	15
Des approches méthodologiques multiples	16
De nombreux intervenants	17
Diversité des savoirs des patients	17
Diversité des situations cliniques	18
ABORD CLINIQUE PROPRE À LA MÉDECINE GÉNÉRALE	21
Le premier recours	21
La coordination des soins.....	22
Les soins centrés sur la personne	22
L'aptitude spécifique à la résolution de problème	23
L'approche globale.....	23
L'orientation communautaire.....	23
La gestion du temps.....	24
L'assiduité des patients auprès du médecin	24
CONSULTATION HABITUELLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE	27
De la « plainte » au « résultat de consultation »	27
Du « résultat de consultation » à la décision.....	30
DIFFÉRENTS MODES DE REPÉRAGE ABOUTISSANT À UN DIAGNOSTIC ALCOOLOGIQUE	37
« Alcool », rare motif de consultation.....	37
Plaintes et maladies évocatrices d'un « usage nocif de l'alcool »	38
Informations données par un tiers.....	41
Sémiologie clinique.....	41

Sémiologie paraclinique : γGT, macrocytose érythrocytaire, CDT, échographie.....	43
Comment imputer à l'alcool un symptôme, une anomalie biologique ou une maladie somatique.....	45
Le repérage par questionnaire.....	47
 DÉCISION MÉDICALE ET PRISE EN CHARGE.....	 51
Le diagnostic « alcool » est hésitant.....	51
L'hypothèse diagnostique retenue est : « non usage ».....	52
L'hypothèse diagnostique retenue est : « consommation bénéfique »	53
L'hypothèse diagnostique retenue est : « usage à risque »	54
L'hypothèse diagnostique retenue est : « usage nocif »	56
L'hypothèse diagnostique retenue est : « alcoolisation paroxystique intermittente »	58
L'hypothèse diagnostique retenue est : « alcoolodépendance »	58
 PARTICULARITÉS SELON LE SEXE, L'ÂGE ET LE STATUT DE PRÉCARITÉ	 71
Femmes	71
Femmes enceintes	73
Adolescents et jeunes adultes	75
Personnes âgées	77
Patients en situation de précarité	80
 COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE.....	 81
Anxiété, syndrome dépressif et insomnie	81
Autres maladies psychiatriques	83
 ALCOOL ET AUTRES DÉPENDANCES	 85
Tabac.....	86
Héroïne.....	88
 INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGÜE, IVRESSE.....	 89
La forme « commune »	89
Les formes « inhabituelles »	90
Les pièges diagnostiques	91

ANNEXES	93
Annexe 1 – Éléments de biochimie	93
Annexe 2 – Éléments de toxicologie	96
Annexe 3 – Éléments de génétique	97
Annexe 4 – Diverses mesures de l'alcool	98
Annexe 5 – Éléments d'épidémiologie	100
Annexe 6 – Vocabulaire de l'alcool	104
Annexe 7 – Questionnaires de repérage	108
Annexe 8 – Règles de sécurité routières	115
Annexe 9 – Précautions en cas de prescription au long court d'un médicament hépatotoxique (ex. : naltrexone, disulfirame)	116
 POUR EN SAVOIR PLUS	117
Quelques livres et documents	117
Adresses Internet	118
Mouvements d'anciens buveurs	119
 INDEX	120

INTRODUCTION

Les médecins généralistes, soignants de premier recours, disposent d'un ensemble d'informations sur l'alcool¹. Ils ont des connaissances sur son usage et ses conséquences pathologiques immédiates ou potentielles. Ces connaissances épidémiologiques et cliniques leur ont été enseignées, à un degré variable, au cours de leurs études et, éventuellement, mises à jour par la formation médicale continue ou par la lecture de livres spécialisés.

L'ensemble des connaissances, ou « données actuelles de la science », est regroupé au sein de « revues générales » ou « synthèses méthodiques ». Celles-ci, souvent reprises dans des conférences de consensus, aboutissent à l'élaboration de « recommandations pour la pratique clinique » qui visent à aider les praticiens à poser un diagnostic et à choisir les meilleures indications thérapeutiques.

L'idéal serait que ces recommandations reposent sur des faits correctement évalués dans le contexte où ils doivent être appliqués *. Or, la grande majorité des évaluations est fournie par des études scientifiques réalisées par des spécialistes, alcoologues, le plus souvent dans des conditions « expérimentales », rarement dans les conditions d'exercice des médecins généralistes. De ce fait, leur applicabilité n'a pas, ou mal, été évaluée dans le contexte des soins primaires.

1. Dans cet ouvrage, nous utiliserons le terme « alcool » comme synonyme d'alcool éthylique ou éthanol.

La démarche dite de « *Evidence based medicine* » (EBM)² trouve, dans le domaine de l'alcool en médecine générale, toutes ses spécificités : utilisation des données actuelles de la science, compétence du médecin, savoir des patients. Elle s'avère, en pratique, difficile à mettre en œuvre.

Les auteurs de ce livre, un médecin généraliste exerçant en libéral, chercheur et professeur d'université, et un médecin hospitalo-universitaire alcoologue, ont souhaité faire un bref inventaire des connaissances actuelles, utiles et applicables en médecine. Compte tenu du petit nombre d'évaluations pragmatiques réalisées en médecine générale, ils ont élaboré une réflexion personnelle sur les difficultés rencontrées par les généralistes dans leur pratique, au contact des patients ayant des problèmes avec l'alcool.

La médecine générale se base sur une théorie et une pratique spécifique qui la distingue des autres spécialités médicales. Même si l'alcoologie est une spécialité transversale concernée par la pathologie de nombreux organes et par une approche globale de la personne, elle n'a pas les mêmes raisonnements ni les mêmes modes de prise en charge que ceux utilisés en médecine générale. C'est cette spécificité généraliste qui est développée ici.

Au final, il s'agit d'un livre de médecine générale sur les problèmes liés à l'alcool, et non d'un livre d'alcoologie.

L'acquisition de nouvelles connaissances, les modifications du système de soins rendent une partie des informations contenue dans un livre rapidement obsolète. La réécriture puis la réédition d'un ouvrage est difficile. Pour pallier ces écueils, les auteurs proposent, pendant cinq ans, une mise à jour annuelle sur le site Internet du livre (www.medecine.generale-alcool.fr).

2. EBM est décrite ainsi par le Collège national des généralistes enseignants : « *L'Evidence based medicine (EBM) est une méthode apparue à la fin des années 80 en Angleterre, au Canada et aux États-Unis, sous l'impulsion du canadien D. Sackett. Elle se définit comme la combinaison, dans la pratique de soins, des meilleures données scientifiques validées (issues principalement de la recherche clinique), de l'expérience clinique du médecin et des préférences du patient, pour conduire à la décision médicale la plus adaptée.*

La traduction française par « *médecine fondée sur des niveaux de preuve* » ou par « *médecine factuelle* » traduit le risque de privilégier les données actuelles de la science au détriment des singularités de chaque situation et des particularités de chaque patient.

Cette approche s'est imposée comme une référence mais elle n'est pas facile à mettre en œuvre en pratique. Pour nombre de problèmes courants de médecine générale, les données validées manquent souvent ou ne sont pas commodément accessibles. En outre, la méthode exige un entraînement assez intensif pour obtenir une certaine efficacité. » *.

Quelques remarques :

Quelle que soit la diversité du vocabulaire alcoologique proposé au fil du temps (cf. Annexe 6, p. 104), nous utilisons le vocabulaire suivant :

- pour la nosologie, les termes « usage », « mésusage », « usage à risque », « usage nocif », « usage avec dépendance » alias « alcoolodépendance » ;
- pour l'épidémiologie, le terme « consommation » ;
- pour la clinique, les termes « consommateur à risque », « consommateur à usage nocif », « malade alcoolodépendant » alias « alcoolodépendant », réunis indifféremment sous les termes « patients ayant un ou plusieurs problèmes avec l'alcool » ou « malades de l'alcool ».

Bien que les femmes représentent une part importante des malades de l'alcool et de leurs soignant(e)s, la rigidité de la langue française nous a conduits à utiliser le seul genre masculin pour désigner l'ensemble des sujets.

- Pour ceux qui veulent en savoir plus, une dizaine de textes de référence en français sont proposés page 117.
- Pour ceux qui souhaitent connaître les références des textes sur lesquels reposent certaines assertions contenues dans le livre, le caractère typographique * indique que la référence est précisée sur le site Internet du livre : www.medecine-generale-alcool.fr.

APPROCHE THÉORIQUE DES MALADES DE L'ALCOOL

Une grande confusion ressort de la lecture des textes et de l'écoute des discours sur l'alcool. C'est que l'objet de la réflexion est complexe et témoigne d'une grande diversité.

Une approche historique, un fait culturel

Une drogue est une substance psychotrope qui risque d'entraîner une dépendance. L'alcool est une drogue, une des plus dangereuses. Ce fait, longtemps méconnu, a été reconnu officiellement en France récemment *.

Les drogues sont utilisées par les humains depuis toujours et sur tous les continents. Il semble que de tous temps (la consommation de bière est représentée sur des stèles égyptiennes dès le II^e millénaire avant J.-C.), sur tous les continents, nous ayons utilisé des drogues : chanvre sur la rive sud de

la Méditerranée, opium en Extrême-Orient, feuilles de coca aux Amériques, boissons alcooliques fermentées sur le pourtour de la *mare nostrum*.

L'alcool a été et demeure la drogue la plus courante en Occident. Son utilisation touche cependant la totalité de la planète (Afrique, Extrême-Orient, Amériques). En Europe, des bords de la Méditerranée jusqu'à la Scandinavie, de l'ouest à l'est, on consomme vin, bière, whisky, vodka, et bien d'autres alcools de grains et de fruits dès lors qu'a été introduite dans nos contrées la distillation (l'alambic). En France, en Europe, la consommation des boissons alcooliques (vin, bière, apéritifs, etc.) ou des boissons alcoolisées (grogs, jus de fruits avec un alcool, etc.) est le fait de la grande majorité des hommes et d'une forte proportion des femmes. Pour certains, cela fait encore partie de leurs habitudes alimentaires et de leur culture : dégustations et célébrations ponctuent notre vie sociale. Historiens et sociologues nous disent les avantages individuels et relationnels de ce comportement.

Dans les pays de tradition chrétienne, le vin, le sang du Christ, prend une valeur symbolique positive très forte. Dans ces mêmes pays, il persiste des traces de fêtes antiques, les bacchanales, dont sont issues « les fêtes de la bière » (comme celle fameuse de Munich), les fêtes de carnaval, habituellement bien arrosées (le mot « arrosé » lui-même renvoie à une action indispensable à la croissance d'une belle plante et comporte une connotation positive, injustifiée sur le plan de la santé). En France, une tradition littéraire bien établie de Rabelais à Verlaine, vante les bienfaits du vin et de l'ivresse. Qui plus est, du XIX^e siècle jusqu'à récemment, le « gros rouge » fait partie de la tradition ouvrière. Il est aussi chanté dans de nombreuses chansons populaires.

Des approches méthodologiques multiples

Le discours change d'une discipline à l'autre du fait de l'intérêt fondamental, de la formation initiale, des théories, des préoccupations pratiques de chaque discipline. Les divers intervenants : soignants, épidémiologistes, psychologues (comportementalistes ou psychanalystes), sociologues, économistes,

juristes, utilisent des vocabulaires différents et ont des approches variées. Les patients ont reçu des bribes de ces divers discours. Les cliniciens, autant que possible, devraient en extraire ce qui leur est utile.

De nombreux intervenants

Les malades de l'alcool sont repérés et éventuellement conseillés par de nombreux professionnels : médecins généralistes, autres spécialistes (biosomaticiens et psychiatres), psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, sages-femmes, policiers, gendarmes, gardiens de prison, juges... Lors de la consultation, un médecin généraliste doit prendre en compte le fait que, avant de le consulter, son patient a peut-être déjà rencontré l'un ou l'autre de ces intervenants.

Diversité des savoirs des patients

De plus en plus, les patients ont un savoir « commun » constitué d'informations recueillies de bouche à oreille dans leur entourage familial et social, véhiculées par les médias ou diffusées par des organismes visant à informer le grand public : Institut national de prévention et d'éducation en santé (Inpes)¹ et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Aujourd'hui, et encore plus à l'avenir, des malades, ou leurs familiers, rencontrent les soignants en ayant souvent en tête des informations recueillies sur Internet. Il importe de connaître ce type d'informations et surtout de repérer comment elles sont déformées et mal comprises. À partir

1. Ancien Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

d'un savoir théorique aussi précis que possible, le médecin apporte éventuellement les rectifications nécessaires, d'autant mieux reçues qu'il utilise un langage adapté.

Diversité des situations cliniques

En matière d'alcool, « l'alcoolodépendance » est la situation pathologique la plus connue, celle à laquelle on pense d'emblée, car elle a fasciné, et fascine encore de nos jours, romanciers, peintres, cinéastes, journalistes. C'est à elle que l'on se réfère implicitement quand on parle, à tort, comme on le verra ci-dessous, « d'alcoolisme ».

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, on ne s'intéressait qu'aux conséquences sociales (police) ou morales (mouvements religieux, type Croix-Bleue) d'un usage intempestif d'alcool ; on parlait « d'ivrognerie ». En 1849, un médecin suédois, Magnus Huss, a proposé, en reprenant un modèle de toxicologie très utilisé à l'époque, le terme « alcoolisme » (sémantiquement voisin « d'arsénisme »). Ce terme recouvrait essentiellement les conséquences somatiques de l'alcool et négligeait la dimension psychique, comportementale, de la maladie.

En 1935, deux malades américains, fondateurs des « Alcooliques Anonymes » (AA), décidèrent de se prendre en mains sans aide médicale majeure. Ils insistèrent sur le fait que leur comportement incontrôlable était, non un vice, mais une maladie *. En 1976, Edwards, un psychiatre alcoologue britannique a fait reconnaître par l'OMS le concept de « syndrome de dépendance vis-à-vis de l'alcool » *. Le terme « alcoolisme » a, alors, été supprimé de la liste des maladies établie par l'OMS.

Ces vingt dernières années, trois nouvelles approches ont modifié notre connaissance de « l'alcool » :

- les épidémiologistes ont proposé le concept statistique de « seuil de dangerosité » (cf. Annexe 5 p. 100) ;
- s'appuyant sur ces données, des psychologues *, des médecins de santé publique * et des médecins généralistes britanniques * ont isolé une population

de consommateurs non dépendants dont la santé risque néanmoins d'être compromise (usage à risque). Dès lors, la consommation d'alcool n'est plus affaire des seuls psychiatres, gendarmes et juges. Elle devient une affaire de santé publique. Elle concerne de ce fait tous les médecins, particulièrement les médecins généralistes ;

– ces mêmes épidémiologistes ont mis en évidence que, pour les personnes déclarant consommer de faibles doses d'alcool, non seulement celles-ci n'étaient pas dangereuses, mais qu'elles seraient bénéfiques pour certaines maladies somatiques, voire en termes de mortalité (cf. Annexe 5 p. 100). Cette information, très médiatisée, rend plus difficile tout message de prévention.

– Les médecins, et tous les soignants, devraient connaître l'histoire de « l'alcool » lorsqu'ils parlent à leurs malades, à leur entourage, voire à des journalistes ou à des décideurs. Un grand nombre d'entre eux ignore ou feint d'ignorer que le vin, la bière et le cidre sont des boissons alcooliques au même titre que les apéritifs et les alcools « forts » et que l'alcool est potentiellement une drogue.

– La multiplicité des approches théoriques et le grand nombre d'intervenants expliquent une partie des difficultés de communication et d'intervention rencontrées avec les « malades de l'alcool ».

– Pour un meilleur abord clinique de ces malades, il importe d'utiliser une classification précise des problèmes liés à l'alcool.

ABORD CLINIQUE PROPRE À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Dans un opuscule publié en 2002, intitulé *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*, la WONCA Europe¹ a précisé « les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste » et a décrit les compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille *. La façon dont ces compétences s'appliquent aux problèmes d'alcool illustre bien la spécificité de la médecine générale.

Le premier recours

Dans la prise en charge des patients ayant des problèmes avec l'alcool, les médecins généralistes ont un rôle particulier, lié à leur position de premier recours dans le système de soins. En France, au cours de l'année 2001,

1. World organisation of national colleges and academies of general practice / family medicine.

8 personnes sur 10, toutes classes d'âge confondues, ont consulté un médecin généraliste avec une moyenne de 5 consultations ou visites (Caisse nationale d'assurance maladie [CNAM]) *. De ce fait, quel que soit le motif de consultation, chaque médecin généraliste a de nombreuses opportunités de repérer tels « consommateurs à risque » et de prendre en charge tels malades souffrant de pathologies liées à un « usage nocif », qu'ils soient ou non alcoolodépendants.

La coordination des soins

Le médecin généraliste intervient non seulement auprès des patients, mais aussi auprès de la famille (parfois déstabilisée par le comportement social du malade), de l'entourage, et éventuellement des autres médecins spécialistes, des médecins du travail ou des travailleurs sociaux. La prise en charge des « malades de l'alcool », malades souffrant d'une maladie transversale par opposition aux spécialités d'organes, concerne tout le champ bio-psycho-social. Le médecin généraliste coordonne les différents intervenants et leurs interventions.

Les soins centrés sur la personne

Les patients ayant des problèmes avec l'alcool souffrent souvent de plusieurs maladies (polypathologie). Ceci explique la fréquence élevée de leur recours au système de soins, en particulier à la médecine générale. Le mésusage de l'alcool n'est alors qu'un élément dans la vie et la santé de ces malades. Il s'agit donc de soigner une personne, dans son contexte, avec ses maladies et sa consommation d'alcool inappropriée, en cherchant à concilier les souhaits et les priorités du patient avec les données de la science.

L'aptitude spécifique à la résolution de problème

Il est nécessaire de prendre en compte de façon concomitante les différents obstacles auxquels se heurte le patient ayant des problèmes avec l'alcool. Le médecin généraliste utilise sa compétence à résoudre ces situations complexes, en hiérarchisant les priorités médicales et sociales.

L'approche globale

Elle permet de gérer simultanément les problèmes d'un malade, qu'ils soient aigus ou chroniques et quelle que soit leur gravité immédiate, tels que, par exemple : des ronflements, une insomnie, la douleur d'une pancréatite, les complications d'une cirrhose, les difficultés relationnelles familiales, les risques liés au travail.

Pour d'autres patients, il s'agit de prévention sur les risques liés à leur consommation d'alcool, passant par une information, éventuellement répétée.

L'orientation communautaire

Le médecin généraliste est intégré dans la vie locale. Il connaît la place de l'alcool dans un environnement (village, quartier, cité, éventuellement lieu de travail...) qui est aussi le sien. Ces connaissances acquises en dehors de son activité professionnelle influent sur la prise en charge des patients.

La gestion du temps

En France, la durée moyenne d'une consultation chez un généraliste est de 16 minutes (CNAM) *. Le plus souvent, l'évocation de l'alcool se traduit par des minutes supplémentaires consacrées à un patient qui consulte pour un motif tout autre, dont il ne perçoit pas la relation éventuelle avec l'alcool. La mesure de la consommation déclarée d'alcool (CDA), la discussion autour de celle-ci, la mise en relation d'un symptôme ou d'une maladie avec la consommation d'alcool se fait, au mieux, en plus du temps consacré à la plainte du malade, au pire, au détriment de celle-ci. Le forfait du paiement à l'acte est peu incitatif à l'allongement de la consultation. L'uniformité du prix de la consultation, quel que soit le temps passé, n'incite pas les médecins à aborder un problème, tel que l'alcool, qui, une fois évoqué, nécessite du temps.

L'assiduité des patients auprès du médecin

En médecine générale, les patients ayant des problèmes avec l'alcool, en particulier les malades alcoolodépendants, consultent plus souvent que les autres patients. Pour eux, la moyenne annuelle des rencontres (consultations ou visites) était de 9 en 1992, bien supérieure à la moyenne nationale, tous âges confondus, qui était de 5,8. Un an plus tard, 70 à 80 % d'entre eux étaient revus au moins une fois *. Cette assiduité est à comparer à celle des consultations hospitalières d'alcoologie à la même époque, où le suivi à un an n'était que de 20 à 30 % et à celui des centres ambulatoires en alcoologie où il était de l'ordre de 50 % *.

La remarquable assiduité de ces patients compense la relative brièveté des consultations habituelles. La multiplicité des rencontres devrait favoriser le repérage et la prise en compte des problèmes d'alcool.

De par leurs compétences spécifiques et leur place dans le système de soins, les médecins généralistes sont bien placés pour repérer les malades de l'alcool et leur faire, à bon escient, des propositions thérapeutiques.

CONSULTATION HABITUELLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Bien que médecins généralistes et spécialistes d'organes partagent un but commun – répondre à la demande des malades de l'alcool en les aidant à se mieux porter, immédiatement et à long terme –, leurs pratiques et les théories qui les sous-tendent sont différentes. Ceci s'explique, entre autres, par la différence des populations rencontrées et des conditions pratiques de l'exercice de la médecine.

En médecine générale, chaque consultation passe par deux étapes. La première va du « motif de consultation » au « résultat de consultation » qui n'est pas souvent un diagnostic académique. La seconde conduit à une décision, à une proposition faite à chaque patient au terme de la consultation. Nous analyserons ci-dessous ces deux étapes.

De la « plainte » au « résultat de consultation »

Dans cette partie seront analysées les circonstances du repérage des « malades de l'alcool ». L'écart existant entre le petit nombre de motifs « alcool », rapporté dans une analyse des résultats de consultation de la Société française de

médecine générale (SFMG), et la fréquence du diagnostic « alcool » rapportée dans des études épidémiologiques faites par les généralistes montre combien ce repérage est difficile.

■ « Alcool » : motif de consultation

Il est rare qu'un patient sans antécédent connu quant à l'alcool consulte pour ce problème. Il existe une exception, le malade ayant une « alcoolisation paroxystique intermittente » (cf. Annexe 6, p. 104).

■ « Alcool » : résultats de consultation

En 2002, 69 médecins de l'Observatoire de la médecine générale de la SFMG ont enregistré 97 024 rencontres (consultations et visites). Le résultat de consultation « problème avec alcool » (renvoyant à « usage à risque », « usage nocif » et « alcoolodépendance ») a été retenu chez 1 178 patients (soit 1,2 %) *. Dans la démarche habituelle des généralistes, la proportion de patients repérés comme ayant un problème avec l'alcool est très faible.

■ « Alcool » : prévalence en médecine générale

Plusieurs études épidémiologiques ont été réalisées, décrivant la réalité « alcoologique » de la clientèle adulte des médecins généralistes français.

En 1991, en France, l'étude EMGAM (Prévalence des risques et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte des médecins généralistes en métropole) a trouvé une prévalence globale des « malades de l'alcool » de 19,5 %. Vingt pour cent des hommes et 9,5 % des femmes avaient un « usage à risque » (CDA supérieure respectivement à 28 et 14 « verres » par semaine, sans pathologie présente) ; 12,6 % des hommes et 2,7 % des femmes avaient un usage nocif (pathologie en rapport avec l'alcool sans alcoolodépendance) ; enfin 12,8 % des hommes et 2,2 % des femmes étaient alcoolodépendants *.

En 2000, une enquête a été réalisée par l'ensemble des Observatoires régionaux de santé (ORS), visant à mesurer la prévalence des « malades de l'alcool ». Dans la clientèle de 1 884 médecins généralistes, un jour donné, 50 372 personnes ont consulté. La prévalence globale des « malades de l'alcool » était de 18,2 %, dont 5 % de malades alcoolodépendants et 13,2 % de

consommateurs « excessifs » (ayant un usage à risque ou un usage nocif). Il y avait 4 hommes pour une femme parmi les sujets ayant un problème avec l'alcool *.

Au-delà de la différence des populations étudiées, des années de réa-lisation et de l'approximation de certaines définitions, ces études aboutissent à la même conclusion : l'alcool joue un rôle important dans la santé des adultes qui consultent les généralistes.

■ « Alcool » : difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Pourquoi observe-t-on une telle différence de prévalence entre les « résultats de consultation » (1,2 %), et le diagnostic « alcoologique » des enquêtes épi-démiologiques (près de 20 %) ?

Les « résultats de consultation » ont porté sur la totalité des patients (tout âge confondu), alors que les enquêtes épidémiologiques ne concernaient que les adultes de 18 à 70 ans. À ce jour, en France, on n'a pas évalué la part de l'alcool dans la santé des personnes âgées de plus de 70 ans, une population croissante des consultants (cf. p. 77).

Même en tenant compte de ces réserves méthodologiques, le dia-gnostic « alcool » est fortement sous-estimé dans la pratique médicale. Cette constatation a été faite dans de nombreuses autres spécialités. Il est habituel de considérer que tous les patients minimisent leur consommation de bois-sons alcooliques et le rôle qu'elle joue éventuellement sur leur santé. Il est plus étonnant de voir la grande majorité des médecins en faire de même. Quelles sont les raisons qui, consciemment ou non, amènent les médecins à minimi-ser, voire à occulter, l'importance de l'alcool dans la santé de leurs patients ?

En médecine générale, la prise en charge des patients ayant un pro-blème avec l'alcool est protéiforme. Les repérages et les interventions pos-sibles sont diverses : usage ou mésusage, intoxication aiguë ou chronique, maladie au début ou à la phase d'état, risque de dépendance ou dépendance sévère. La diversité de ces situations multiplie les modalités d'interventions.

La difficulté de repérage est aussi liée au fait que la formation médi-cale initiale est encore essentiellement centrée sur la prise en charge des maladies bio-médicales aux dépens des maladies comportementales. Or, les malades de l'alcool relèvent souvent des deux.

Les médecins craignent parfois un manque de crédibilité et d'efficacité. Ceci est particulièrement vrai dans la prise en charge des patients ayant des difficultés avec l'alcool : crainte de l'échec dans la prise en charge des malades alcoolodépendants, crainte de ne pas être cru lorsqu'ils précisent les limites de la consommation d'alcool à ne pas dépasser, ou lorsqu'ils suggèrent à tel patient une relation possible entre ses plaintes et sa consommation d'alcool.

Du « résultat de consultation » à la décision

À partir du « résultat de consultation », le médecin émet une ou plusieurs hypothèses et prend une décision dont il informe le patient : nouvelle consultation avec ou sans demande d'examens complémentaires dans des délais variables, affirmation d'une ou plusieurs hypothèses et proposition thérapeutique (cf. p. 51). Cette décision dépend implicitement de l'état des connaissances à un moment donné mais aussi de la compétence du médecin, du savoir du malade et du système de soins.

■ Données actuelles de la science

Les cliniciens que sont les médecins généralistes appuient leurs décisions sur des données fondamentales (cf. Annexes 1 à 4) et épidémiologiques (cf. Annexe 5), sur les résultats des essais thérapeutiques souvent rassemblés dans des synthèses méthodiques et des méta-analyses ainsi que sur les recommandations issues, entre autres, de conférences de consensus. Les résultats des essais cliniques sont le plus souvent issus de travaux de type expérimental, et non d'essais pragmatiques. De ce fait, en pratique, leur applicabilité pose souvent problème.

■ La compétence individuelle du médecin généraliste

Les médecins n'ont pas tous, à un moment donné de leur carrière, la même compétence pour soigner ces patients, malades de l'alcool. Ceci, pour des raisons qui tiennent essentiellement au parcours personnel du médecin, sa formation, son histoire personnelle.

La prise en compte du message délivré par le médecin dépend des paramètres décrits ci-dessus, mais aussi de la qualité de la relation médecin / patient. On peut penser qu'un patient ayant une bonne relation avec son médecin l'écouterait plus facilement et suivrait mieux ses conseils.

La formation initiale

Jusqu'à récemment, l'enseignement de l'alcoologie variait beaucoup, selon les facultés et la volonté des autorités, d'inclure ou non ce thème dans le cursus de formation. En 2000, un arrêté ministériel a modifié et précisé le programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales. Le module 3 intitulé « maturation et vulnérabilité » contient 17 grands thèmes dont : « Addictions et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites » *. De même, dans le programme du diplôme d'étude spécialisée (DES) de médecine générale, dans le chapitre « les situations courantes », un thème est consacré aux « conduites addictives : alcool, tabac, médicaments, drogues. » * Par ailleurs, l'acquisition d'une modification de comportement est plus complexe que celle de connaissances nouvelles.

La formation continue

Le « risque alcool » ou la consommation d'alcool considérée comme un facteur de risque ont été longtemps méconnus. La prise en charge des conduites addictives était considérée comme un objectif de formation très secondaire. L'importance de l'impact sanitaire et économique des diverses formes d'usage de l'alcool a amené les autorités (Caisse nationale d'assurance maladie, Unions régionales des Médecins Libéraux, ministère de la Santé...) à considérer que la formation des médecins sur ce thème, et en particulier celui de l'alcool, devenait une priorité en matière de formation continue. En dehors des séminaires, la lecture d'articles dans des revues médicales à comité de lecture est un bon moyen de formation.

Le vécu personnel et familial du médecin face à l'alcool

Le médecin, individu comme un autre, a aussi une histoire personnelle avec l'alcool. Quelle qu'elle soit, elle influe sur son souhait de connaissance sur ce sujet, sa capacité à s'intéresser aux patients concernés et sur la pertinence de ses interventions.

Les contre-attitudes

Le ressenti du médecin lorsqu'il rencontre des malades, en particulier des malades alcoolodépendants, n'est pas neutre. Sur le modèle freudien du contre-transfert¹, on décrit chez les soignants des réactions conscientes ou préconscientes, appelées « contre-attitudes ». Celles-ci peuvent être négatives ou positives.

Face à des malades alcoolodépendants, les contre-attitudes négatives sont les plus fréquentes. Ce peut être le dégoût, la colère – voire la haine –, l'ennui, la dépression en partie liée au sentiment d'impuissance issu de la répétition des échecs. La méconnaissance de ces contre-attitudes ou les conflits qu'elles engendrent avec l'idéal médical personnel peuvent être à l'origine du rejet de ces malades, rejet souvent justifié par des arguments rationnels. Elles peuvent également être sous-jacentes à un discours de type policier, moraliste ou comptable, à un entretien trop bref « pour ne pas perdre de temps », et, très souvent, à une approche médicale prenant en compte les seuls dommages somatiques. Il existe également des contre-attitudes positives qui amènent à « en faire trop », à gommer la nécessaire distance entre le soignant et son patient.

C'est pourquoi il est utile de repérer et de réfléchir à ses propres contre-attitudes pour être plus « tranquille » face à ses patients. Pour les médecins n'ayant pas d'expérience analytique personnelle, une réflexion sur les thèmes suivants est utile :

- sur leur propre dépendance : alcool bien sûr, mais aussi tabac, nourriture... ;
- sur leurs propres expériences de compulsions (envies impérieuses, non contrôlables) ;
- sur leur entourage et éventuellement les êtres chers (vivants ou morts), qui ont été ou sont en difficulté à cause de l'alcool ;

1. Ensemble des sentiments inconscients éveillés chez le psychanalyste par le transfert du patient.

- sur leur relation personnelle au mensonge, lorsqu'ils font face à la « mauvaise foi » des malades alcoolodépendants ;
- sur leurs sentiments face à certains malades alcooliques violents : expérience personnelle ou familiale de la violence, comme victime ou comme agresseur ;
- sur leur sentiment d'impuissance face aux échecs, ainsi que la place occupée par ces échecs dans leur vie et dans leur relation avec leur propre idéal.

Même si les médecins pensent que cela ne change rien pour le malade, prendre conscience de ses propres contre-attitudes, les élaborer et les verbaliser peuvent aider le médecin à mieux exercer son métier. En prenant conscience de sa contre-attitude, il supporte mieux le malade, donc l'écoute mieux étant plus disponible. Le but à atteindre est de transformer une relation fatigante et inefficace en une relation médecin / patient de meilleure qualité.

L'expérience professionnelle

Elle lui permet d'adapter au mieux, en fonction du contexte, les données actuelles de la science. Cela améliore sa performance.

■ Le savoir des patients

Certains patients ont envie de savoir, d'autres non. Ceux qui veulent savoir vont se renseigner aux différentes sources disponibles. Certains pensent connaître la quantité d'alcool qu'ils peuvent boire sans porter atteinte à leur santé. Cette notion repose sur des habitudes culturelles, l'histoire familiale, l'entourage amical et professionnel, les messages diffusés par les médias ou les autorités sanitaires (médecins, ministère...) et, depuis peu, des informations recueillies sur Internet. À travers les campagnes sur l'alcoolisme au volant, et sa répression, les patients ont bien conscience que, au moins au volant, l'alcool est néfaste.

Le message « à consommer avec modération » est beaucoup utilisé par les médias. Ce message informe peu sur le caractère « modéré » d'une consommation. De nombreuses personnes pensent qu'elles boivent modérément sous le prétexte qu'elles font comme les autres. La relation entre le nombre de verres d'alcool et la consommation à risque est un concept mal compris par la majorité des patients. Le message des alcooliers, relayé par les médias, mettant en avant le rôle bénéfique pour la santé (en fait, essentiellement pour les coronaires) d'une consommation d'alcool régulière, contredit

les messages de mise en garde (cf. p. 100). Dans ces conditions, qu'entendent les patients et qu'attendent-ils de leur médecin généraliste ?

■ Le système de soins

Conditions d'exercice de la médecine générale

En France, l'immense majorité des soins dispensés par les médecins généralistes le sont dans le cadre d'une rémunération liée à l'acte. Ce système est mal adapté pour aborder des problèmes de santé autres que le motif de consultation. L'abord du problème « alcool » serait plus facile si, lors de la rencontre, le médecin était reconnu dans sa démarche de prévention et rémunéré spécifiquement pour cette activité.

Les réseaux de soins

Une des façons imaginées pour aider les généralistes à prendre en charge les malades est la création des réseaux de soins. Ceux-ci présentent l'avantage théorique de regrouper différents professionnels autour d'un malade. Ils visent à assurer une formation aux participants, autour d'un vocabulaire commun. Ils facilitent les échanges sur la pratique entre le monde hospitalier et celui de la ville.

Outre le fait que le financement de ces réseaux n'est pas pérenne, ces réseaux concernent très peu de médecins. De plus, la création de réseau « alcool » a peu mobilisé les professionnels de santé. L'éclatement géographique des médecins généralistes, la lourdeur administrative des réseaux, le peu de gratification qui y est attaché, l'hospitalo-centrisme font que les réseaux ne sont pas prêts de remplacer le « carnet d'adresses » et le contact personnalisé avec les classiques « correspondants ».

Les centres de cure ambulatoires en alcoologie

Ces centres (CCAA) étaient anciennement appelés CHAA (centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie). Dans ces centres travaillent en général des médecins somaticiens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux. Les soins y sont gratuits.

Bien que cela fasse partie de leurs missions, ils ne sont pas les mieux placés pour dépister des consommateurs à risque ou repérer des consommateurs ayant un usage nocif d'alcool. Pour pallier ce handicap, certains d'entre eux tentent de mettre en place des réseaux.

Les médecins généralistes peuvent y adresser des patients avec lesquels ils rencontrent des difficultés, souvent des malades sévèrement alcoolodépendants. Malheureusement, ces centres ne sont pas assez nombreux, souvent trop éloignés, pour répondre à la demande des patients et des médecins qui le souhaitent *.

Le recours aux spécialistes de l'alcool

La complexité de la prise en charge de certains malades justifie de les adresser à une personne compétente en alcoologie, qu'elle ait une formation en médecine générale, en psychiatrie, ou autre. Les psychologues cliniciens ne sont, malheureusement, pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Le médecin traitant, en repérant le moment idéal pour référer le malade, l'aidera à accepter de redire à un nouveau soignant ses difficultés avec l'alcool. En effet, indépendamment de leur type d'exercice, libéral ou institutionnel, l'efficacité de ces soignants dépend, en grande partie, de l'acceptation par le malade, d'une nouvelle relation, sur un sujet difficile et souvent douloureux.

Les mouvements d'anciens buveurs

En parallèle des professionnels de santé, les groupes d'anciens buveurs participent au soutien des malades alcoolodépendants. Le mode de fonctionnement de ces mouvements varie selon leur idéologie. Pour une même association, il varie, d'un groupe à l'autre, selon son leader. De ce fait, à un moment donné, ils ne conviennent pas à tous les patients. Il est difficile pour un médecin, dans l'éventualité où il aurait le choix, de prévoir qui bénéficierait de tel ou tel groupe. Un échec, lors d'une première entrevue, ne préjuge pas d'une rencontre fructueuse plus tard, avec le même mouvement ou un autre.

Chaque généraliste a intérêt à disposer d'une liste des groupes existant proches de son cabinet, avec leurs coordonnées (p. 119). Il est conseillé de remettre cette liste aux malades en difficulté, de les inciter à contacter ces groupes et de se faire leur propre opinion.

La documentation destinée aux patients

De nombreux documents, sous forme d'affiches, de brochures, de dépliants divers sont envoyés ou remis aux médecins pour qu'ils les disposent dans leur salle d'attente ou qu'ils les remettent aux patients. Ils sont destinés à informer les patients sur tel ou tel point concernant leur santé. L'Institut

national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), propose un outil qui « *permet de reconnaître les patients qui ont une consommation d'alcool à risque ou nocive pour leur santé, de les aider à y réfléchir, et éventuellement à modérer leur consommation* ». Cet outil comprend une affichette « *Alcool, ouvrons le dialogue* », un guide pratique à l'intention des médecins (31 pages), deux livrets à remettre aux patients « *Pour faire le point* », et « *Pour réduire sa consommation* » (15 pages chacun)².

En attendant que l'utilité, pour les patients, de ces outils soit évaluée, certains obstacles peuvent être soulignés :

- ces documents ne sont utilisables que par les patients sachant lire ;
- la configuration de la salle d'attente permet-elle de coller des affiches, de mettre un présentoir avec les outils d'information ?
- les patients intéressés par l'alcool peuvent en parler pendant la consultation. Or leur motif de consultation est tout autre. À quel moment l'évocation du contenu de l'outil sera-t-elle possible ? À l'occasion d'une autre consultation programmée ?
- dans les pays du nord de l'Europe ou d'Amérique du Nord, ces outils d'information des patients sont distribués et éventuellement commentés par les « infirmières de pratique » (*practice nurses*) travaillant dans les centres de soins primaires. En France, il semble qu'ils soient peu utilisés en médecine générale. Le système de soins français actuel est peu adapté à ce mode d'information.

- La prévalence des patients consultant en médecine générale et ayant un problème avec l'alcool est élevée.
- Le processus décisionnel de prise en charge des patients repérés, quel que soit leur mode de consommation, dépend des données actuelles de la science, de la compétence du médecin, des préférences et du savoir des patients et des possibilités qu'offre le système de soins.
- Cette démarche correspond au principe de l'*Evidence based medicine* (EBM).

2. Ces documents, gratuits sont à la disposition des médecins sur demande à l'Inpes, références : 09-0359-D9 pour Alcool guide pratique, 09-03596-B pour Alcool Pour faire le point, 09-03597-B pour Alcool Pour réduire sa consommation.

DIFFÉRENTS MODES DE REPÉRAGE ABOUTISSANT À UN DIAGNOSTIC ALCOOLOGIQUE

« Alcool », rare motif de consultation

Il est rare qu'un patient sans antécédent connu quant à l'alcool consulte pour ce problème. Parfois la demande « alcool » est vaguement évoquée, comme une perche tendue par un patient qui espère que le médecin la saisisse. Certains malades alcoolo-dépendants racontent comment, plusieurs années auparavant, ils ont demandé une aide, parfois en termes très précis, et n'ont pas été entendus.

On peut s'interroger sur les motivations qui poussent un malade de l'alcool à consulter pour ce motif. En dehors d'une prise de conscience personnelle, il est probable que l'intervention d'un tiers a aidé une telle démarche auprès du médecin. Il peut s'agir du conjoint, de l'employeur avec éventuellement une menace de licenciement à la clef, d'un juge suite à un délit en état d'ivresse, d'un médecin du travail ou de tout autre proche émettant une remarque sur une consommation inquiétante, qu'elle soit quotidienne ou ponctuelle.

Plaintes et maladies évocatrices d'un « usage nocif de l'alcool »

■ Plaintes peu évocatrices d'un usage nocif de l'alcool

Bien avant la découverte d'une maladie somatique constituée, de nombreuses situations suggèrent une consommation nocive d'alcool. Le tableau I détaille, de façon non exhaustive, ces plaintes. Celles-ci n'ont rien de spécifique.

■ Maladies modérément évocatrices

D'autres fois, les médecins diagnostiquent d'emblée une maladie où le rôle de l'alcool est probable (tableau II) ou possible (tableau III).

À propos des maladies rapportées dans le tableau II, on précisera :

- l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est une urgence médicale. Dans sa forme typique, elle associe confusion, diplopie et ataxie. Les formes mineures, réduites à un seul de ces signes, doivent être reconnues et traitées. Faute de quoi, elles évoluent rapidement vers un syndrome de Korsakoff, affection de pronostic très sévère, irréversible * ;
- la polyneuropathie des membres inférieurs relève, à part égale, de deux principales causes : alcool et diabète, qui peuvent être associées ;
- la cirrhose du foie relève encore, en France, plus souvent d'un usage nocif de l'alcool que d'un portage chronique du virus des hépatites B et C *. Pour les malades ayant une hépatite virale chronique, il est fortement conseillé d'arrêter (ou de fortement diminuer : un ou deux « verres » occasionnellement) la consommation d'alcool ;
- la pancréatique chronique, maladie à forte prédominance masculine, est liée à un usage nocif de l'alcool 9 fois sur 10 ;
- la nécrose aseptique de la tête fémorale, affection rare, lorsqu'elle n'est expliquée ni par une corticothérapie prolongée ni par une drépanocytose, est liée à un usage nocif de l'alcool.

À propos des maladies rapportées dans le tableau III, on précisera :

- des crises convulsives généralisées, répétées, survenant à l'âge adulte, suggèrent un lien avec un usage nocif de l'alcool * ;

Tableau I – Plaintes peu évocatrices d'un usage nocif de l'alcool.

Troubles sociaux Difficultés conjugales et/ou violence domestique Difficultés scolaires des enfants, violence sur les enfants Violences, en particulier domestiques Problèmes financiers chroniques Absentéisme Licenciements multiples Arrêts de travail à répétition Pratiques sexuelles non protégées Kleptomanie Désinsertion sociale
Plaintes somatiques Dyspepsie Pituïtes matutinales Crampes musculaires Palpitations Ronflement Impotence sexuelle Diarrhée intermittente
Plaintes psychiques Irritabilité Troubles de la mémoire
Troubles comportementaux Tentative de suicide Dépendance à d'autres produits psycho-actifs : anxiolytiques, drogues illicites, tabac

Tableau II – Maladies évocatrices d'un usage nocif de l'alcool.

Système nerveux Encéphalopathie de Gayet-Wernicke et syndrome de Korsakoff Polyneuropathie périphérique Névrite optique rétrobulbaire Atrophie cérébelleuse
Maladies alcooliques du foie Stéatose Cirrhose Hépatite alcoolique aiguë Carcinome
Autres Pancréatite chronique Myocardiopathie non obstructive Nécrose aseptique de la tête fémorale Syndrome d'alcoolisme fœtal

Tableau III – Maladies suggérant un usage nocif de l'alcool.

Système nerveux Atrophie cérébrale corticale Traumatismes crâniens Accident vasculaire cérébral Crise convulsive généralisée Démence Apnée du sommeil
Maladies psychiques Anxiété généralisée Humeur dépressive Troubles du sommeil
Cancers Voies aérodigestives supérieures : bouche, pharynx, larynx, œsophage Seins, côlon, rectum, carcinome hépatocellulaire
Traumatismes divers liés à des accidents surtout si itératifs de la voie publique du travail domestiques
Autres HTA Troubles du rythme Pancréatite aiguë Gastrite hémorragique Insuffisance cardiaque aiguë par avitaminose B1 (Shoshin béri-béri) Myopathie

– le lien entre consommation isolée d'alcool et risque de cancer est démontré pour la bouche, le pharynx, le larynx, l'œsophage et le foie *. Pour les cancers de la bouche, des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage, l'association du tabac a un rôle non pas additif, mais synergique. À titre d'exemple, un homme qui boit 4 « verres » par jour et ne fume pas a un risque relatif d'avoir un cancer multiplié par 2,33 ; s'il fume 2 paquets de cigarettes par jour et ne boit pas d'alcool, le risque est de 1,43 ; enfin si, quotidiennement, il boit 4 « verres » et fume 2 paquets, le risque est multiplié par 9 * ;

– le rôle de l'alcool est probable pour le sein, le côlon et le rectum * ;

– les traumatismes répétés suggèrent fortement la responsabilité de l'alcool, au point que certains en ont fait un élément de dépistage du mésusage de l'alcool. La constatation de plusieurs cals de fractures de côtes, chez un sujet non exposé à des traumatismes à répétition (du fait de sa profession ou de la pratique d'un sport violent) suggère, sans l'affirmer, un mésusage de l'alcool * ;

- dans les deux sexes, une élévation de la pression artérielle (voir HTA) s'observe pour une consommation chronique supérieure à 2 « verres » par jour. La réduction de la consommation quotidienne de 6 à 3 « verres » s'accompagne d'une chute de la pression systolique de l'ordre de 4 mm de Hg *. En pratique, la découverte d'une hypertension artérielle chez un patient, avant de déboucher sur une prescription de médicaments hypotenseurs, impose une évaluation de la consommation déclarée d'alcool. Si le patient déclare consommer régulièrement 3 « verres » ou plus, le médecin doit tester l'hypothèse d'un « usage nocif » et proposer un arrêt de la consommation (cf. p. 56) ;
- l'alcool est la cause la plus fréquente des crises de tachycardie paroxystiques du week-end * ;
- la pancréatite aiguë relève à part égale de la migration d'un calcul biliaire et de l'usage nocif de l'alcool.

Informations données par un tiers

Les médecins, en particulier les généralistes, peuvent être alertés d'un mésusage de l'alcool par l'entourage du patient, à l'insu de celui-ci. Il s'agit le plus souvent de malades alcoolodépendants. Cela place le médecin dans une situation délicate. Il devient détenteur d'une information dont le malade ne sait pas qu'il l'a. Il est raisonnable de demander à la personne responsable de la démarche d'en informer elle-même le malade. Ce dernier sait alors que le médecin sait et choisit en connaissance de cause une éventuelle demande de soins.

Le signalement peut également venir d'un médecin du travail avec menace de licenciement ou d'un juge avec injonction de soins. Dans tous les cas, le médecin doit assurer le malade d'une confidentialité absolue.

Sémiologie clinique

En plus de la sémiologie propre aux maladies induites par l'alcool, deux situations sont évocatrices d'un usage d'alcool nocif :

- la « gueule de bois » qui comprend un groupe de symptômes ressentis au réveil : céphalées, soif, sudation, vertiges, pituites, myalgies frustes ;

– l'ébauche d'un syndrome de sevrage, fait de trémulation incontrôlable des extrémités et d'une poussée hypertensive, peut être observée lorsque le sujet a arrêté ou fortement diminué sa consommation, comportement assez fréquent en prévision d'une consultation programmée.

Trois signes sont intéressants car ils relèvent de la seule inspection :

- maladie de Dupuytren ;
- hypertrophie bilatérale des parotides ;
- gynécomastie, importante (4 cm ou plus), habituellement bilatérale.

Ces signes physiques ne sont pas spécifiques (tableaux IV, V, VI). Les médecins peuvent rencontrer des situations complexes. À titre d'exemple, une gynécomastie chez un cirrhotique n'affirme pas l'étiologie alcoolique, car elle signe aussi l'insuffisance hépatocellulaire et éventuellement une prise de spironolactone, médicament diurétique souvent prescrit chez ces malades.

Tableau IV – Facteurs étiologiques de la maladie de Dupuytren.

Alcoolisme
Travail manuel
Ancien traumatisme manuel
Diabète
Épilepsie (possible rôle des médicaments)
Sexe masculin
Âge

D'après Attali P *et al.* (1982) Arch Intern Med 147: 1065-7

Tableau V – Facteurs étiologiques de la gynécomastie.

Médicaments
Maladie chronique du foie, alcoolique ou non
Alcoolisme
Hyperthyroïdie
Insuffisance rénale traitée par dialyse chronique
Réalimentation
Hypogonadisme primaire

D'après Carlson HE (1980) N Eng J Med 303: 795-9

Tableau VI – Facteurs étiologiques des parotidomégalias bilatérales.

Aliments riches en amidon (pain, pommes de terre)
Consommation chronique d'alcool
Grandes malnutritions
Diabète
Goutte
Mucoviscidose
Syndrome de Gougerot-Sjögren
Sarcoidose
Lymphome

D'après Lauenbach P et Deboise A *In*: Godeau (1987) Traité de médecine. Flammarion Médecine-Sciences, 3565-7

Sémiologie paraclinique : γGT, macrocytose érythrocytaire, CDT, échographie

■ Examens biochimiques

La biologie est un mauvais moyen de repérage du mésusage de l'alcool. L'utilisation des « marqueurs de l'alcool » pour conforter une hypothèse diagnostique en désaccord avec les déclarations d'un patient est acceptable, à condition que ce patient n'ait pas le sentiment d'avoir été piégé. L'usage répété d'un de ces marqueurs, pour confirmer une déclaration d'arrêt ou de forte diminution de la consommation est judicieux.

Trois « marqueurs de l'alcool » sont utilisés habituellement :

– L'activité sérique de la **gamma-glutamyl-transférase (GGT)**

Ce dosage est un test peu coûteux mais d'interprétation délicate. Sa puissance diagnostique est toujours inférieure à celle des questionnaires systématiques ou à la mesure de la CDA *.

Est considérée comme significative, une élévation supérieure à 1,5 fois la « normale » du laboratoire. Inconstante, une telle élévation lorsqu'elle survient, est observée après 3 semaines de consommation. Il n'y a pas de relation stricte entre la quantité d'alcool consommée et le degré d'élévation de la GGT. En cas d'arrêt de la consommation, la diminution de la GGT est constante, mais la vitesse de décroissance est variable d'une personne à l'autre. La demi-vie de décroissance est de l'ordre de 3 semaines chez un individu dont le foie est sain, plus longue en cas de cirrhose ou de stéatose.

La sensibilité de ce marqueur varie de 34 à 85 %. De ce fait, sa valeur prédictive positive n'est pas bonne. En d'autres termes, certaines personnes ont un mésusage d'alcool sans augmentation de la GGT.

La spécificité du marqueur GGT oscille autour de 80 %. Un taux élevé de GGT peut ne pas être dû à l'alcool. En effet, la GGT a de multiples raisons d'être augmentée (tableau VII). En d'autres termes, certaines personnes ont une augmentation de la GGT sans mésusage d'alcool.

Autant de bonnes raisons pour être prudent face à une découverte inattendue de GGT élevée.

Tableau VII – Facteurs étiologiques d'une élévation de la GGT.

Consommation chronique d'alcool
Toutes les maladies hépatiques et biliaires
Maladies pancréatiques (par le biais d'une cholestase)
Médicaments (anticonvulsivants, anticonceptionnels, antivitamines K, antidépresseurs, hypolipidémiants...)
Diabète
Origine familiale
Infarctus du myocarde, angine de poitrine
Maladies rénales
Maladies neurologiques : tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, épilepsie non traitée
Obésité
Hyperthyroïdie
Tumeurs sans métastase hépatique
Solvant organique
Ménopause

D'après Rueff B (1989) *Alcoologie clinique*. Flammarion Médecine science, p. 44

– La macrocytose érythrocytaire

La mesure du volume globulaire moyen des érythrocytes (VGM), du fait de l'automatisation de cet examen, est entrée dans la routine. La découverte fortuite d'une macrocytose érythrocytaire est fréquemment observée. En cas de consommation chronique d'alcool, cette anomalie s'installe en plusieurs mois. Elle diminue lentement (3 mois), en relation avec la demi-vie des hématies.

La sensibilité du marqueur VGM augmenté varie de 40 à 90 % selon les études. C'est donc un très mauvais test de dépistage systématique de mésusage de l'alcool.

La spécificité est de 90 %. Les causes de macrocytose sont multiples (tableau VIII).

Tableau VIII – Étiologie de la macrocytose érythrocytaire sans anémie.

Consommation chronique d'alcool
Tabac
Grossesse
Réticulocytose (hémolyse, saignement)
Déficit en folates ou vitamines B12
Médicaments antipuriques et antipyrimidiques (anti-leucémiques)

D'après Rueff B (1989) *Alcoologie clinique*. Flammarion Médecine science, p. 44

– Le carbohydrate déficient transferine (CDT)

Ce marqueur n'a pas montré une efficacité diagnostique (pourcentage de malades bien classés) nettement supérieure à celle de la GGT. Comme, à ce jour, son coût est 7 fois supérieur à celui du dosage de la GGT *, sa prescription, en routine, n'est pas recommandée.

À côté de ces « marqueurs de l'alcool », il existe des dosages biochimiques, fréquemment prescrits, qui peuvent être modifiés du fait de la consommation chronique d'alcool :

- les triglycérides : en cas d'hypertriglycéridémie, elles se normalisent en une semaine d'abstinence. En cas d'hypertriglycéridémie très élevée (> 10 g/l ; $> 0,11$ mmol/l), il existe un risque de pancréatite aiguë. L'arrêt immédiat de la consommation d'alcool est la seule prévention possible ;
- l'acide urique : l'absorption d'alcool à la dose de 80 g/j augmente en quelques heures l'uricémie chez un sujet non goutteux. L'arrêt de la consommation est suivi d'une décroissance rapide (demi-vie de 3 à 5 jours).

■ Échographie abdominale

La découverte fortuite d'une stéatose hépatique lors d'une échographie abdominale n'est pas rare. Cette découverte est l'occasion de s'enquérir de la consommation d'alcool du patient. Le risque est de conclure hâtivement à un usage nocif, car l'alcool n'est qu'une des nombreuses causes de stéatose hépatique. Les plus fréquentes sont : l'obésité, le diabète, l'hépatite C chronique.

Comment imputer à l'alcool un symptôme, une anomalie biologique ou une maladie somatique

Pour rattacher un événement pathologique à une éventuelle consommation d'alcool, on utilise les critères de prévalence, d'exclusion, d'association, de réversibilité et de réintroduction.

■ Critère de prévalence

En France, il est logique d'évoquer une étiologie alcoolique face à une pancréatite chronique (prévalence 80-90 %), à une cirrhose de foie (prévalence > 50 %), à une polyneuropathie (prévalence autour de 50 %) plutôt que pour une HTA (prévalence 10 % chez les hommes).

■ Critère d'exclusion

Pour affirmer l'étiologie alcoolique d'une maladie, on s'assurera de l'absence des autres causes connues. Par exemple, en cas de cirrhose, des arguments en faveur du portage chronique d'un virus hépatotrope ou en faveur d'une hémochromatose excluent la seule responsabilité de l'alcool, mais deux facteurs étiologiques peuvent être associés.

■ Critère d'association

La coexistence de deux ou plusieurs affections connues pour être liées à un usage nocif d'alcool a une grande valeur diagnostique.

■ Critère de réversibilité

L'arrêt ou la forte diminution de la consommation d'alcool s'accompagne d'une amélioration clinique et biologique dont le délai se compte, selon les cas, en jours (uricémie, thrombopénie, anorexie), en semaines (GGT, triglycérides, troubles du sommeil), ou en mois (VGM).

■ Critère de réintroduction

Assez souvent, le sujet réintroduit de lui-même une certaine quantité d'alcool. La réapparition d'une anomalie pathologique à l'occasion de cette réintroduction témoigne de la responsabilité de l'alcool.

Le repérage par questionnaire

■ La mesure de la consommation déclarée d'alcool

Les épidémiologistes ont montré, dans des conditions expérimentales, qu'un entretien mené par une personne entraînée faisant préciser, en « verres », la consommation de la semaine précédente, est un bon reflet de la consommation réelle.

Cette technique a des limites que le clinicien ne peut ignorer. Comme de nombreux questionnaires, il s'agit, au départ, d'un outil à visée épidémiologique, utile sur des grands nombres, et adapté à la constitution de cohortes cohérentes d'individus, dans un but de recherche. Comme souvent, cet outil a été récupéré par les cliniciens. L'outil à visée collective est devenu un outil à visée individuelle. Or, les erreurs ou approximations acceptables dans les études épidémiologiques, statistiques par définition, le sont moins quand il s'agit d'un patient, unique par essence.

Technique

La consommation déclarée d'alcool (CDA) s'évalue en demandant au patient de chiffrer en « verre » sa consommation au cours des 7 jours précédents. Pour une personne ayant une vie régulière, et déclarant consommer régulièrement, multiplier par 5 la consommation habituelle d'un jour de semaine puis ajouter la consommation du vendredi soir et du samedi soir, sans oublier le repas de famille dominical. Une dose servie dans un café équivaut environ à 10 grammes d'alcool pur, soit :



7 cl d'apéritif
à 18°



2,5 cl de digestif
à 45°



10 cl de champagne
à 12°



25 cl de cidre
« sec » à 5°



2,5 cl de whisky
à 45°



2,5 cl de pastis
à 45°



25 cl de bière
à 5°



10 cl de vin rouge
ou blanc à 12°

Pour l'évaluation de la consommation « familiale », la connaissance du contenu en alcool des bouteilles est utile (cf. p. 99).

La fiabilité

Ce mode d'évaluation se heurte au biais de la mémoire et au fait que tout le monde sous-évalue sa consommation, sauf... les abstinentes. Cette sous-déclaration a en fait peu d'importance, car toutes les études de morbidité sur l'alcool et les « seuils de dangerosité » utilisent la CDA comme référence. Par ailleurs, un grand nombre de patients, qui *a priori* ne sont pas dépendants, n'ont aucune raison de volontairement minorer leur consommation. Seuls certains alcoolodépendants sous-déclarent sciemment l'importance de leur consommation.

Bien que la mesure de la CDA ne soit pas un reflet exact de ce qui a été réellement consommé, il ne faut pas procéder, *a posteriori*, à des réajustements.

Principales causes d'erreur

La mesure de la CDA s'établit sur la consommation des 7 derniers jours. Il est possible que ceux-ci aient été inhabituels en terme de consommation. Le patient a pu boire plus du fait de circonstances festives ou professionnelles, ou moins du fait d'une maladie intercurrente, d'une modification temporaire des habitudes de vie pour quelque raison que ce soit. Si le patient déclare que les 7 jours précédents ont été inhabituels, le médecin reprend la mesure de la CDA lors d'une consultation suivante. En effet, il revoit ces patients en moyenne 5 fois par an (cf. p. 24).

Les cliniciens utilisent la mesure de la CDA à leur façon

Ils agissent ainsi soit pour affiner le diagnostic après repérage d'un usage nocif ou d'une alcoolodépendance, actuelle ou passée, soit à titre systématique pour dépister les consommateurs à risque. Nous conseillons aux médecins d'utiliser la mesure de la CDA comme un outil parmi d'autres et de la confronter aux données acquises lors de l'interrogatoire et de l'examen et surtout tout au long des rencontres avec le patient. Pour éviter de porter un diagnostic par excès ou par défaut, il est utile de procéder à une réévaluation de la CDA lors d'une consultation ultérieure, d'autant que, dans ce cas de figure, il n'y a aucune urgence.

Lever les appréhensions

Certains médecins sont réticents à interroger leurs patients sur leur consommation d'alcool. La crainte est souvent d'être perçu comme trop intrusif ou de laisser penser au patient qu'il est suspecté « d'alcoolisme ». La crainte ultime est que le patient rompe la relation et change de médecin. Les différentes études de prévalence, de suivi et d'intervention réalisées en médecine générale, ont montré que les patients évaluaient très simplement leur consommation sans percevoir cela comme blessant *. Cela est d'autant plus vrai que la grande majorité des patients n'a aucune raison d'être gênée puisqu'elle n' imagine pas boire trop. Seuls quelques malades dépendants peuvent se sentir agressés, mais il s'agit aussi d'une perche tendue au patient s'il souhaite en parler, aujourd'hui ou plus tard.

En l'absence de signe évocateur, une mesure systématique et immédiate de la CDA n'est pas indispensable. Lorsque les conditions (relation, temps, disponibilité...) sont réunies, il est normal de s'enquérir de la consommation d'alcool chez tous les patients. Finalement, le dossier de tout malade devrait, un jour ou l'autre, être renseigné.

Les questionnaires systématiques (cf. Annexe 7)

Compte tenu des difficultés à repérer les sujets ayant des problèmes de santé avec l'alcool, des questionnaires systématiques de repérage ont été proposés. Ils peuvent être remplis par le patient dans la salle d'attente, ou par le médecin au cours de la consultation.

Le questionnaire DETA

Acronyme français du questionnaire anglophone CAGE, composé de quatre questions, il est destiné à repérer les sujets ayant un mésusage de l'alcool. Il explore le comportement du patient vis-à-vis de l'alcool sur toute une vie. À l'étranger comme en France, il a souvent été utilisé par des médecins généralistes au cours de travaux scientifiques. La valeur diagnostique du questionnaire DETA est faible : dans une étude réalisée en France, le nombre de sujets bien classés avec ce questionnaire est inférieur à celui obtenu en évaluant la consommation déclarée d'alcool *.

Le questionnaire AUDIT (*Alcohol use disorders test*)

Développé par l'OMS, il comprend dix questions, chacune proposant un choix de cinq réponses. Il explore le comportement du patient vis-à-vis de

l'alcool pendant l'année écoulée. Il a été récemment validé dans sa version française. Il est réputé avoir une bonne valeur diagnostique.

Le questionnaire FACE (Formule pour apprécier la consommation par entretien)

Récemment, l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPA), dans le cadre de son programme « Boire moins, c'est mieux » a construit à partir des questionnaires DETA et AUDIT, un nouveau questionnaire à cinq items visant au « *repérage précoce du risque alcool* ». Cet outil n'a pas été validé.

Au terme de la consultation, quels que soient les modalités et les outils utilisés, le médecin retient une des hypothèses suivantes :

- diagnostic = alcool hésitant ;
- diagnostic = non usage ;
- diagnostic = consommation bénéfique ;
- diagnostic = usage nocif ;
- diagnostic = dépendance ;
- diagnostic = alcoolisation paroxystique intermittente ;
- diagnostic = usage à risque.

– L'alcool est rarement un motif de consultation.

– De nombreuses plaintes et maladies sont dues à un mésusage de l'alcool, soit « usage nocif » (par définition sans alcoolodépendance), soit « alcoolodépendance » (associée ou non à une symptomatologie somatique).

– Les marqueurs biologiques de l'alcool (GGT, VGM, CDT) ne sont ni sensibles ni spécifiques. Ils sont moins performants qu'un interrogatoire bien mené.

– Préciser la consommation déclarée d'alcool est la moins mauvaise méthode pour apprécier la place de l'alcool dans la plainte ou la maladie d'un patient.

DÉCISION MÉDICALE ET PRISE EN CHARGE

Ce chapitre est centré sur les problèmes de santé posés par l'usage chronique de l'alcool, habituellement régulier, chez les hommes de 25 à 65 ans. D'autres situations seront abordées dans les chapitres suivants.

Le diagnostic « alcool » est hésitant

L'examen clinique ne suffit pas toujours pour affirmer un diagnostic alcoolique. Le médecin est dans l'expectative. Rien ne presse. Il est possible d'attendre une consultation ultérieure pour reparler « alcool ». La persistance de la plainte initiale, l'inefficacité du traitement symptomatique accentuent un doute éventuel.

Ces circonstances de doute sont une bonne indication à la prescription des « marqueurs de l'alcool », examens éventuellement represcrits ultérieurement. Leur anomalie au départ, leur modification plus tard, sont de bons arguments pour conforter le diagnostic de mésusage de l'alcool, en gardant à l'esprit la faible sensibilité et spécificité de ces examens.

Une autre attitude consiste à envisager d'emblée le diagnostic « d'usage nocif » et de proposer au malade l'arrêt total de la consommation pendant un mois (cf. p. 56).

Du fait de la bonne assiduité des malades auprès de leur médecin, et ce, d'autant plus que la relation médecin / patient est bonne, les médecins généralistes travaillent sur le long terme.

L'hypothèse diagnostique retenue est : « non usage »

Les abstinents « secondaires » sont d'anciens malades alcoolodépendants. Quelles que soient les raisons qui les ont amenés à arrêter de boire de l'alcool, une attention particulière doit leur être portée du fait des risques, toujours possibles, de reprise de consommation. La dépendance psychique persiste. Plus la date du sevrage s'éloigne, moindre est le risque de récurrence, qui ne sera cependant jamais nul. Dans la mesure où le médecin généraliste a son mot à dire (implication dans la vie civile : municipalité, entreprises...), il rappellera la nécessité de prévoir des boissons non alcooliques de qualité lors des réunions festives.

Les abstinents « primaires » sont des sujets qui déclarent n'avoir jamais (ou exceptionnellement) bu d'alcool, pour des raisons philosophiques, religieuses ou par goût. Le médecin n'a pas à intervenir face à ce choix vis-à-vis de l'alcool. Même si des études indiquent qu'une faible consommation régulière d'alcool est bonne pour le système cardio-vasculaire et la santé en général, il n'est pas justifié de suggérer à ces personnes de consommer un ou deux « verres » par jour. Nous ne ferons que citer le cas particulier d'intolérance génétique à l'alcool par déficit en aldéhyde-déshydrogénase, responsable de flush en cas d'absorption d'alcool, observé chez certaines personnes originaires d'Extrême-Orient.

- Il n'est pas raisonnable de conseiller, aux personnes ne consommant pas d'alcool, une consommation régulière et modérée.
- Par égard pour toutes les personnes abstinentes, il est recommandé de proposer systématiquement des boissons ou des cocktails sans alcool lors de réceptions, de « pots » ou fêtes.

L'hypothèse diagnostique retenue est : « consommation bénéfique »

En France, la consommation régulière de boissons alcooliques est une habitude culturelle. Un grand nombre d'adultes ont une consommation, occasionnelle ou quotidienne, inférieure ou égale au seuil de dangerosité (cf. p. 101). Les épidémiologistes ont établi que pour cette population, cette consommation était associée à un bénéfice en termes de mortalité. Le risque relatif de décès est légèrement, mais significativement, diminué, comparé à celui des abstinents de première intention. Cette information statistique a été très médiatisée, et de ce fait de nombreux patients sont informés et peuvent demander un avis à leur médecin. Pour un patient donné, le médecin ne peut pas définir le seuil de dangerosité individuel car il dépend de nombreux paramètres. Qui plus est, pour une population donnée, on ne sait pas prédire ceux et celles qui risquent de devenir dépendants de l'alcool, les facteurs responsables étant nombreux : génétiques, familiaux, culturels, environnementaux. Dans ces conditions, il n'est pas raisonnable d'inciter les abstinents de première intention à consommer. En revanche, il est justifié d'encourager ceux et celles qui ont une telle consommation (un ou deux « verres » par jour), sans dommage, à garder leur habitude « bénéfique ».

Il n'est pas raisonnable de conseiller à ceux qui boivent peu, sans effet nocif, d'arrêter de boire.

L'hypothèse diagnostique retenue est : « usage à risque »

Les consommateurs à risque déclarent consommer une quantité d'alcool supérieure au seuil de dangerosité alors qu'ils ne sont pas présentement malades. Leur consommation d'alcool est susceptible d'être préjudiciable à leur santé et, le plus souvent, ces patients ne le savent pas. Cette population pose la question plus générale de la place de la médecine générale dans la prévention.

Une politique de prévention primaire consiste à diminuer la consommation globale de la population. Elle est affaire de société, de législation, de fiscalité et d'éducation à la santé. Les lois limitant la publicité pour les boissons alcooliques en sont un exemple. Le rôle des médecins généralistes, qui s'adressent à des individus et non à des populations, est modeste dans le cas de la prévention primaire.

Une politique de prévention secondaire consiste à isoler une population à risque. Dans cette optique, le rôle des médecins est de repérer les malades en danger du fait de leur consommation d'alcool (« usage à risque ») et d'intervenir pour modifier leur comportement. Pour ces sujets, en 2001, la Société française d'alcoologie a élaboré, selon la méthodologie préconisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), les recommandations suivantes : « *Les médecins généralistes et les professionnels de santé publique devraient repérer quand les circonstances s'avèrent favorables les sujets ayant un usage à risque et leur délivrer une intervention brève (15 minutes). L'intervention devrait, chaque fois que cela est possible, préciser le problème que le patient présente et devrait l'aider à soupeser les bénéfices tels qu'il les perçoit en regard des désavantages liés à son mode de consommation actuelle* » *.

■ Le point de vue des alcoologues

Des essais cliniques randomisés ont établi qu'une unique « intervention brève » (10 à 45 minutes ; la durée n'y fait rien) amène un nombre significativement plus élevé d'adultes non alcoolodépendants à déclarer, par la suite, une diminution de leur consommation d'alcool, sans toutefois que celle-ci

revienne toujours sous la valeur seuil. Ces interventions brèves passent par la parole, sans prescription de médicaments *.

Les études ont porté essentiellement sur la CDA (critère de jugement intermédiaire), et leur résultat a été évalué avec un recul habituellement d'un an. Le bénéfice en termes de morbidité / mortalité n'est pas à ce jour bien démontré. Le caractère expérimental des essais comparatifs n'a pas été assez pris en compte. Les exigences scientifiques (souci légitime de validité interne, obtention d'un consentement éclairé, etc.) ont introduit d'importants biais de recrutement. Il en résulte que les populations étudiées étaient différentes de celles que rencontrent les médecins généralistes. Par exemple, les questionnaires ont été le plus souvent posés par un assistant de recherche clinique, par une secrétaire dans la salle d'attente, par courrier ou par téléphone, méthodes très éloignées de la pratique des médecins généralistes français. De ce fait, les conclusions de ces essais ne s'appliquent pas à un grand nombre de patients.

Néanmoins, l'OMS a démarré un programme dont le but est de généraliser l'intervention brève à l'ensemble des médecins généralistes *. Ce programme est relayé en France par l'Association nationale pour la prévention de l'alcool (ANPA) qui diffuse le programme « Boire Moins C'est Mieux (BMCM) » *.

Acceptabilité de ces recommandations par les généralistes

Le motif de la consultation n'ayant, presque toujours, rien à voir avec l'alcool, seule une évaluation systématique de la CDA peut dépister un usage à risque. Il est sûrement de bonne médecine que la CDA soit notée dans le dossier de la quasi-totalité des patients adultes, à un moment ou un autre pour les uns, dès la première rencontre pour d'autres, selon les circonstances.

Les orientations de la médecine actuelle sont définies, le plus souvent, par des spécialistes d'organes. Ceux-ci estiment, de bonne foi, que le dépistage et la prévention dans leur domaine sont prioritaires. À vouloir suivre les uns et les autres, les médecins généralistes ne savent plus quelle priorité avoir dans leurs interventions de prévention. Des généralistes américains ont estimé que, pour appliquer les seules recommandations de prévention qui leur sont destinées, 85 % de leur temps d'exercice devraient y être exclusivement consacrés *.

Dans ces conditions, en l'absence de bases scientifiques, les médecins choisissent les dépistages et préventions qu'ils réalisent en fonction de

critères personnels : compétence sur tels thèmes, qualité de la relation, disponibilité, investissement personnel dans la prévention...

La remise en question du bien fondé des recommandations émises par des experts ainsi que la rareté des essais comparatifs de type pragmatique conçus et réalisés par des médecins généralistes peuvent expliquer, qu'à ce jour, ces recommandations ne sont reprises ni par la WONCA *, ni dans le dernier livre français d'enseignement de la médecine générale *.

– Trop de questions restent en suspens pour recommander une attitude systématique face à un consommateur à risque.

– Pour les médecins qui ont choisi d'avoir une importante activité de prévention, la consommation d'alcool au-dessus du seuil de dangerosité est un des facteurs de risque qui doit être repéré et pris en compte.

– Dans ce cas, une intervention brève a été proposée.

L'hypothèse diagnostique retenue est : « usage nocif »

Les cliniciens, et en particulier les généralistes, sont en situation privilégiée pour dépister le lien entre les symptômes rapportés, les signes pathologiques observés et la consommation d'alcool. La seule difficulté, pour le médecin, est d'y penser. Le patient, qui observe autour de lui des personnes consommant bien plus que lui, et ce, sans dommages apparents, a du mal à entendre qu'il boit trop.

La connaissance du patient, de sa famille, de son milieu, l'ancienneté et la qualité de la relation sont autant d'éléments qui facilitent la délivrance du message essentiel : arrêt total de la consommation d'alcool pendant un mois. Ce message – arrêt total pour une période déterminée –,

bien que non évalué scientifiquement, a notre préférence. Il présente deux avantages :

- confirmer la relation entre alcool et symptômes ou maladies ; si elle existe, ceux-ci auront disparu ou au moins se seront estompés ;
- s’assurer de l’absence d’alcoolodépendance : dans ce cas, le patient doit arrêter sa consommation aisément. Il est probablement dépendant, s’il déclare n’avoir pu cesser de consommer ou s’il a simplement diminué sa CDA, et ce, quelles qu’en soient les raisons.

Le plus souvent, le patient est d’accord sur la proposition d’arrêter et de revenir un mois plus tard pour faire le point. Deux méthodes évaluent les modifications de la consommation :

- la déclaration du patient qui a été averti de la nocivité éventuelle de l’alcool : arrêt, diminution, pas de changement ;
- la baisse de la GGT et du VGM, si ceux-ci étaient anormaux auparavant, est une très bonne indication de l’arrêt ou de la forte baisse de la consommation.

Si les symptômes ont disparu ou s’ils ont régressé, si la consommation déclarée d’alcool est nulle (ou quasi nulle), si les marqueurs biologiques sont redevenus normaux ou se sont rapprochés de la valeur normale, la responsabilité de l’alcool est hautement probable. Un conseil de consommation modérée (au-dessous du seuil de dangerosité) et un suivi régulier sont proposés.

Si le patient a arrêté sa consommation d’alcool (déclaration confirmée par les résultats des examens biologiques, parfois par un tiers) et que la symptomatologie initiale persiste, il convient de chercher une autre cause que l’alcool.

Si le patient déclare avoir arrêté sa consommation (déclaration mise en doute du fait de la persistance des anomalies biologiques) et si la symptomatologie initiale persiste, soit le patient n’a pas compris le message, soit l’hypothèse d’une alcoolodépendance est très probable.

– En cas d’usage nocif de l’alcool, du fait de l’absence de dépendance, aucun des médicaments conseillés pour le sevrage et le maintien prolongé du non usage de l’alcool n’est nécessaire.

– Un conseil de contrôle de la consommation sous le seuil de dangerosité s’ajoute à la proposition d’une rencontre au moins bisannuelle.

L'hypothèse diagnostique retenue est : « alcoolisation paroxystique intermittente »

Affection rare, décrite en 1893, sous le nom de dipsomanie, elle est un possible motif de consultation du fait de la culpabilité ou de l'angoisse qu'induisent les crises paroxystiques, aussi bien pour le malade que pour son entourage. Dans un premier temps, il est bon de déculpabiliser le malade, et de diminuer son angoisse ainsi que celle de son entourage en expliquant qu'il s'agit d'une maladie. Maladie difficile à soigner car, entre les épisodes paroxystiques, le patient est sobre ou abstinent et ce, parfois, pendant de longues périodes. Rien ne permet de prévoir la survenue des crises, ce qui est décourageant pour son entourage et lui même qui croyait « *s'en être sorti* ». À ce tableau, peut succéder celui de l'alcoolodépendance habituelle. Le conseil est celui d'une abstinence totale et définitive qui seule évite la récurrence des épisodes paroxystiques. La prise en charge est longue et difficile. Ces situations délicates relèvent d'une collaboration avec des psychiatres compétents en alcoologie.

L'hypothèse diagnostique retenue est : « alcoolodépendance »

Il existe deux types d'alcoolodépendance :

- l'alcoolodépendance physique qui est inconstante. C'est une maladie induite par la consommation d'alcool, un « *état d'adaptation tel qu'apparaissent des troubles physiques lorsque la consommation d'éthanol est suspendue* » *. Sa traduction clinique est le « syndrome de sevrage alcoolique » ;
- l'alcoolodépendance psychique qui, à l'inverse, concerne tous les malades alcoolodépendants. Ses causes et mécanismes connus sont biologiques (anomalies génétiques et neurochimiques), psychologiques (variables selon les

écoles, comportementalistes ou psychanalytiques) et sociales (également variables selon les écoles). D'un point de vue pragmatique, on distingue alcoolodépendance psychique primaire, de loin la plus fréquente, abordée ici, et l'alcoolodépendance psychique secondaire, assez rare (environ 10 % des alcoolodépendants), traitée plus loin (p. 82).

■ Fonctionnement relationnel des malades alcoolodépendants

Empiriquement, certains médecins généralistes se doutaient de l'inutilité des propositions thérapeutiques faites à des malades alcoolodépendants lorsque ces derniers n'étaient pas prêts à les recevoir. En 1981, ce savoir empirique a été théorisé par deux psychologues américains, Prochaska et Di Clemente *. Ils ont décrit que les changements de comportement, quels qu'ils soient, passent par cinq phases (fig. 1).

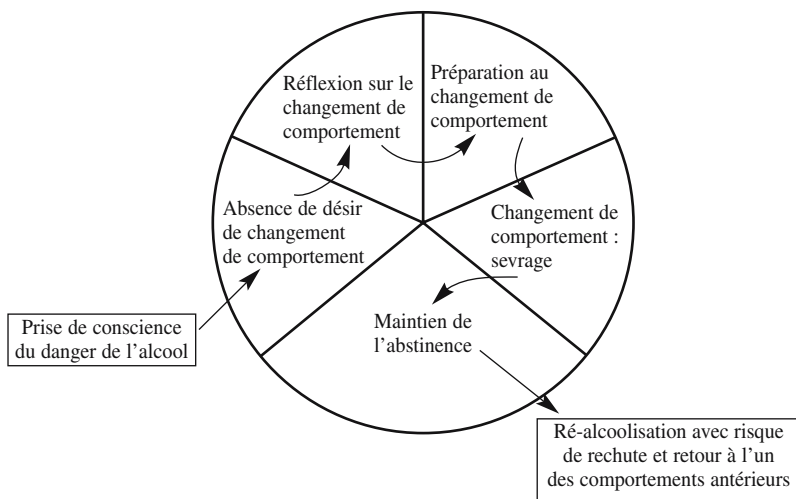


Fig. 1 – Différentes phases du changement de comportement vis-à-vis de l'alcool.

- 1) Absence de désir de changement de comportement caractérisé par un non intérêt, voire une opposition.
- 2) Réflexion sur le changement de comportement pendant laquelle sont mis en balance les bénéfices et les difficultés attendus du changement.

- 3) Préparation au changement pendant laquelle la décision mûrit.
- 4) Changement de comportement : le malade arrête sa consommation.
- 5) Persistance du projet : arrêt prolongé de la consommation d'alcool.

Dans le cas particulier de l'alcoolodépendance, l'aboutissement du processus est l'arrêt prolongé de la consommation d'alcool (abstinence secondaire). Idéalement – mais très inconstamment – le sujet ayant atteint le dernier stade est à l'abri d'un retour au comportement initial, même lorsqu'il est confronté à des situations difficiles. Plus souvent, après une durée variable, il reprend la consommation de départ. On parle de « ré-alcoolisation » lorsque l'épisode est de brève durée, et de « rechute » lorsque le sujet revit le processus de dépendance. Le malade se retrouve alors à l'une ou l'autre des trois premières phases du cycle.

La durée de chaque phase est variable selon la personne, ses tentatives précédentes de sevrage, son état de santé, les pressions extérieures (entourage, employeur...). Il convient de respecter l'évolution psychique de chaque malade alcoolodépendant. Il ne sert à rien de brusquer les étapes car cela peut aboutir à des effets contraires à ce qui est attendu. Par définition, la dépendance suppose une probabilité importante de rechute. Rien n'est définitivement acquis.

L'implication du médecin généraliste lors des trois premières phases dépend beaucoup de sa capacité à évoquer avec le malade sa situation vis-à-vis de l'alcool et à écouter ce que le patient dit sur le sujet. Ce dernier est-il prêt à envisager un arrêt total de sa consommation d'alcool ? Est-il conscient des bénéfices mais aussi des difficultés qu'il peut attendre d'un arrêt de sa consommation ? Ceci est affaire de bonne relation médecin / patient et de patience de la part du médecin. Ce dernier est aidé dans sa prise en charge par la technique de « l'entretien motivationnel » destiné à faire émerger chez le patient les souhaits et les éléments qui vont l'aider à passer à la phase suivante.

■ Diagnostic

Souvent le diagnostic est facile parce que fait à un stade tardif. L'histoire du patient retrouve le caractère incontrôlable, compulsif de la consommation d'alcool. Elle est émaillée de nombreuses tentatives d'arrêt, avec ou sans aide, avec ou sans hospitalisations, suivies de reprise de l'alcoolisation. Le sujet est conscient du danger (personnel, familial, social) que ce comportement entraîne.

D'autres fois, soupçonné précocement, le diagnostic est difficile à poser pour des raisons cliniques, relationnelles et/ou sociales.

- Difficultés cliniques : le patient n'a aucun signe permettant de soupçonner une dépendance à l'alcool. Sciemment ou non, il minimise sa consommation ou affirme, avec une grande conviction, qu'il peut s'arrêter de boire quand il veut. Un malade qui, malgré ses déclarations et contrairement à ses intentions, n'arrive pas à abaisser sa consommation au-dessous de la limite qu'il a fixée en accord avec son médecin est probablement dépendant.
- Difficultés relationnelles : il peut être difficile de dire à un patient qu'il est dépendant à l'alcool. La crainte peut exister de le voir nier ce diagnostic et de rompre sa relation avec son médecin. Dans les faits, cette issue est rare. Si elle se produisait, ce qui aura été entendu par le malade ne sera peut-être pas vain et pourra servir par la suite.
- Difficultés sociales : le diagnostic d'alcoolodépendance a une connotation très négative, bien plus que d'autres dépendances, au moins aussi néfastes. À l'annonce du diagnostic, il est utile de laisser parler le malade sur ce que cela représente pour lui, ce qu'il imagine, à tort ou à raison, de la réaction de son entourage familial, amical et professionnel. Il appartient au médecin d'aider alors son patient dans les choix à faire pour réussir la suite.

Il se peut aussi que le médecin omette d'évoquer avec son patient le problème de l'alcool parce qu'il le connaît bien (ami, familial ou connaissance) et n'imagine pas qu'il puisse être dépendant, ou parce qu'il pense, à tort, que le statut social du patient (confrère, notable, officier du culte...) le met à l'abri d'une telle maladie.

Il existe des questionnaires systématiques visant à aider au diagnostic d'alcoolodépendance. Le plus utilisé est le questionnaire MAST qui comprend 25 questions. Sa forme abrégée sMAST (« s » pour « *short* ») comprend 13 questions (cf. p. 113). En recherche épidémiologique, clinique ou thérapeutique, ces questionnaires permettent en une seule rencontre de classer les malades dans des cohortes cohérentes : « non dépendant » ou « dépendant », et selon leur degré de dépendance. Ces questionnaires sont longs et fastidieux. Ils s'insèrent mal dans une consultation de médecine générale. De ce fait, malgré leur bonne sensibilité, ils sont peu utilisables, donc peu utilisés.

■ Première étape du traitement : le « sevrage »

Lors de l'arrêt de la consommation d'alcool, il existe un risque de survenue de « syndrome de sevrage », expression clinique de la dépendance physique. La survenue et l'intensité de cette complication du sevrage sont difficilement

prévisibles. Pour une consommation d'alcool identique, il existe une grande variabilité. Dans la majorité des cas, les symptômes de sevrage sont frustes ou absents. L'hospitalisation n'est nécessaire que pour environ 10 % des malades *.

Symptomatologie du syndrome de sevrage

Les symptômes et les signes du syndrome de sevrage sont divers et peu spécifiques. Il existe un continuum entre les formes mineures et les formes sévères.

Les formes mineures sont bien connues de certains malades : elles surviennent dès le réveil ou dans la matinée (6 à 12 heures après la dernière consommation), souvent sous la forme d'un tremblement, d'une moiteur des paumes, d'une angoisse, qui régressent environ 30 minutes après l'absorption de 10 à 20 grammes d'alcool (1 à 2 « verres »). Les patients, spontanément ou lorsqu'on les interroge, savent faire la différence entre une consommation d'alcool matinale, culturelle, liée à des habitudes professionnelles ou régionales, et l'ébauche d'un syndrome de sevrage, ressenti comme un manque à satisfaire rapidement. Cette symptomatologie qui inquiète certains malades est un motif rare de consultation. Elle conduit le clinicien à soupçonner le diagnostic.

Les formes sévères sont les crises convulsives et le *delirium tremens*.

Les crises convulsives du sevrage sont des crises généralisées (une crise localisée doit faire rechercher une autre cause, en particulier, chez ce type de malades, un hématome intracrânien consécutif à une chute). Elles peuvent survenir dès la 6^e heure de sevrage, 5 fois sur 10 entre la 13^e et la 24^e heure, 9 fois sur 10 au cours des 48 premières heures. Elles sont uniques dans 40 % des cas, en nombre égal ou inférieur à 3 dans 80 % des cas. Elles peuvent précéder ou s'associer à un *delirium tremens*. Un état de confusion post-critique de plus d'une heure fait craindre la survenue d'un *delirium tremens*. Le risque de récurrence de crises convulsives, à long terme, est très élevé.

Le *delirium tremens* associe un syndrome d'hyperactivité sympathique (trémulations, HTA, tachycardie, fièvre, hyperglycémie, hypokaliémie), des troubles sensoriels divers :

- visuels : d'abord gêne occasionnée par la lumière vive, puis hallucinations ;
- auditifs : d'abord gêne provoquée par les bruits aigus puis hallucinations ;
- cutanés : d'abord prurit puis hallucinations ;

et une confusion (désorientation temporo-spatiale, obnubilation, troubles de la mémoire). L'évolution spontanée se fait habituellement vers le décès. La mortalité, en service de réanimation, est de l'ordre de 5 %, essentiellement liée aux maladies somatiques associées.

Élément faisant craindre un syndrome de sevrage sévère

Lors d'une première rencontre, il est difficile de prévoir pour un malade donné le risque de survenue d'un syndrome de sevrage. Néanmoins, certains facteurs prédictifs sont à prendre en compte :

- une consommation massive (> 70 « verres »/semaine) et prolongée ;
- la nécessité de boire de l'alcool tôt après le réveil pour effacer les symptômes mineurs de sevrage (les malades disent « de manque ») ;
- des antécédents de crises convulsives généralisées ;
- des antécédents de *delirium tremens* ;
- l'observation de l'ébauche d'un syndrome de sevrage : petit tremblement des extrémités (à distinguer d'un tremblement émotionnel), moiteur des paumes, élévation de la pression artérielle, symptômes d'anxiété.

Certains éléments rendent la prévision de survenue d'un syndrome de sevrage difficile :

- lors de la consultation, lorsque le patient a une alcoolémie élevée – ce qui peut masquer les signes d'une éventuelle dépendance physique – un *delirium tremens* ou des crises convulsives généralisées risquent de survenir ultérieurement ;
- en cas de dépendance mixte alcool et benzodiazépines, les manifestations du *delirium tremens* et les crises convulsives généralisées peuvent être masquées par la prise de doses importantes de benzodiazépines. Un syndrome de sevrage aux benzodiazépines est quelquefois observé de façon retardée ;
- en cas d'usage concomitant de bêtabloquants (par exemple pour hypertension artérielle ou hypertension portale), le syndrome d'hyperactivité sympathique est masqué, réduisant le tableau clinique de *delirium tremens* aux seules hallucinations.

Il existe des échelles pour repérer et quantifier précocement un syndrome de sevrage. L'usage de ces échelles doit être répété régulièrement (toutes les 6 ou 12 heures par exemple). Si elles sont utilisables pour le suivi des malades hospitalisés, elles sont inutilisables par les médecins généralistes lors d'une unique consultation.

Conduite pratique

Une fois que le patient est décidé à tenter un sevrage, la question du choix entre une hospitalisation programmée et un sevrage ambulatoire se pose.

Voici quelques éléments pouvant aider à la décision :

- une hospitalisation est indiquée s'il existe un risque d'accident de sevrage sévère ou une maladie somatique sérieuse, *a fortiori* lorsque le patient vit seul. Elle peut aussi être justifiée pour permettre à l'entourage de « souffler » ;
- concernant la fréquence des rechutes à un an, les essais cliniques randomisés n'ont pas montré qu'une hospitalisation, quelle que soit sa durée (1 à 4 semaines), était plus efficace qu'un sevrage ambulatoire ;
- depuis 20 ans, l'expérience des alcoologues, puis des médecins généralistes, a montré la possibilité de sevrage ambulatoire ;
- aucun essai sur la réalisation pratique du sevrage ambulatoire en médecine générale n'a été réalisé ;
- une hospitalisation, même brève, est plus coûteuse qu'un sevrage ambulatoire.

Une fois la décision d'un sevrage ambulatoire prise conjointement avec le malade, les notions suivantes peuvent aider à sa réalisation :

- nécessité d'une préparation fondée sur des informations (prendre le temps d'expliquer) et un soutien psychologique (prendre le temps d'écouter) ;
- une prescription systématique, selon un schéma probabiliste, de benzodiazépine à durée d'élimination longue est conseillée. À titre d'exemple, nous proposons diazépam (demi vie de 32 à 47 h), à doses décroissantes sur une semaine maximum, en commençant, par exemple, par une dose de 10 mg *per os* 3 fois par jour pour une personne de 60 kg, 4 fois par jour pour un poids supérieur. Cette dose de départ sera éventuellement modulée en fonction de la réaction du malade : diminuée en cas de début de confusion, augmentée en cas d'agitation. Cette possibilité d'ajustement des doses sera expliquée au malade et à son entourage, et modulée au téléphone. Il convient de s'assurer que les conditions environnementales (présence d'un tiers, téléphone) sont favorables et que le malade pourra contacter son médecin ;
- la prescription d'un arrêt de travail n'est pas systématique. Certains malades ne souhaitent pas d'arrêt en raison d'une situation professionnelle précaire, du manque à gagner, de leur volonté de ne pas avoir à s'expliquer avec leur employeur. Dans ce cas, il est raisonnable de débiter le sevrage le vendredi soir (en cas de repos pendant le week-end) pour que le malade puisse retourner au travail le lundi matin. À la 60^e heure, les doses de benzodiazépine

sont déjà diminuées, et le recul est suffisant pour apprécier le bon déroulement du sevrage ;

- la prescription systématique de vitamine B1 (thiamine) pose problème. Du fait d'un trouble du transport actif à travers la barrière intestinale, la voie orale a été discutée. Du fait de réactions allergiques, très rares mais très graves (collapsus cardio-vasculaire), les voies parentérales ont également été discutées. En pratique, un consensus d'experts existe autour de la prescription de 2 comprimés de 250 mg par jour pendant une à 3 semaines. En cas de suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke et chez les malades dénutris, la posologie est de 500 mg par jour en intraveineux pendant 3 jours.

■ **Seconde étape du traitement : maintien de l'arrêt de la consommation d'alcool**

La première étape est réussie lorsque le patient n'a pas bu d'alcool pendant une semaine, et qu'il ne s'est rien passé de grave. Il s'agit alors de l'aider à demeurer abstinente pendant des mois et des années. Médecin et patient sont alors confrontés à la dépendance psychique

Prise en charge immédiate

Le projet thérapeutique théorique est encore discuté. Actuellement, la majorité des soignants propose un « arrêt total et définitif de la consommation d'alcool ». Cette proposition radicale est tempérée par d'autres. Les uns, suite à l'échec de la première ou seconde tentative d'arrêt, proposent une expérience de consommation d'alcool contrôlée ; les autres préfèrent agir par étape (un an par exemple) plutôt que d'affirmer d'emblée le caractère définitif (pour la vie) de l'arrêt. Les essais cliniques randomisés dont on dispose ne permettent pas de trancher et encore moins de préciser quel malade relève de telle approche thérapeutique.

Dans un premier temps et dans les cas les plus simples (première ou seconde tentative), le médecin dispose des outils suivants.

L'écoute

Il faut préciser le but recherché. Soit le médecin est partisan de la solution arrêt total et définitif de la consommation d'alcool, soit ce peut être l'objet d'une décision partagée entre le médecin et le patient après que le médecin ait exposé au malade les deux possibilités.

Il faut également affirmer la disponibilité constante du médecin en cas de ré-alcoolisation.

Des médicaments

Deux médicaments ont fait la preuve, dans des conditions expérimentales, de leur utilité : l'acamprosate* (Aotal® en France, Campral® en Belgique et en Suisse) et la naltrexone* (Revia® en France, Nalorex® en Belgique, Nemexin® en Suisse). Ces deux médicaments, évalués dans des unités d'alcoologie, ont un taux de bons résultats à un an de 40 % *versus* 30 % dans les groupes témoins de patients recevant un placebo. En d'autres termes, dans ces structures, lorsqu'on traite 10 patients, 4 d'entre eux ont diminué leur consommation d'alcool, mais un seul tire un bénéfice direct du médicament.

Un essai clinique randomisé et pragmatique, réalisée en France et publiée en 2004, a montré que la prescription d'acamprosate, dans les conditions habituelles de la pratique des médecins généralistes, était associée de façon statistiquement significative à une amélioration de l'état de santé des patients alcoolodépendants. Le nombre de sujets à traiter pour obtenir un arrêt persistant de la consommation d'alcool à un an était de 7*.

La conduite conseillée est de prescrire dans un premier temps l'acamprosate (2 comprimés à 333 mg 2 fois par jour pour les sujets pesant moins de 60 kg, 3 fois par jour pour les autres). Le médecin doit expliquer que l'efficacité est liée en partie à une bonne observance et que le bénéfice éventuel ne sera perçu par le malade qu'après plusieurs semaines (contrairement aux anxiolytiques dont l'effet est immédiat). Les effets secondaires – digestifs et cutanés – sont habituellement peu sévères ; ils régressent souvent spontanément et conduisent rarement à l'arrêt du traitement. L'acamprosate est déconseillé chez les femmes enceintes et en cas d'insuffisance rénale sévère. En cas de bon résultat, il est conseillé de continuer le traitement un an, même si de nombreux patients souhaitent arrêter au plus vite comme s'ils voulaient tourner la page de leur dépendance.

En cas d'échec de l'acamprosate, la naltrexone est une bonne alternative. Elle est prescrite à la dose d'un comprimé de 50 mg par jour. Elle est formellement contre-indiquée chez des sujets toxicomanes ou ex-toxicomanes aux opiacés. Du fait de sa possible hépatotoxicité, un dosage régulier des transaminases est recommandé (cf. Annexe 9). Les effets secondaires rapportés (troubles digestifs mineurs, céphalées, anxiété, troubles du sommeil) sont peu sévères et conduisent rarement à l'arrêt du médicament.

Le disulfirame (Espéral® en France, Antabuse® en Belgique et en Suisse) n'est pas sans danger cardiaque en cas de reprise de la consommation d'alcool. Il ne doit pas être prescrit en première intention. Il peut être prescrit

aux rares malades qui, l'ayant utilisé antérieurement avec satisfaction, le réclament. Des complications hépatiques (parfois sévères) ont été rapportées (cf. Annexe 9). Des neuropathies périphériques ont été rapportées, d'où la règle de ne pas prescrire ce médicament en cas de symptômes, même mineurs, de polyneuropathies des membres inférieurs. Des cas de névrite optique rétrobulbaire ont été rapportés.

Le soutien psychologique

Le traitement médicamenteux sera toujours associé à un soutien psychologique dont la teneur dépendra, en partie, de l'expérience du médecin. Ce suivi doit être hebdomadaire, puis mensuel, puis à la demande ; il est d'autant plus réalisable que l'assiduité de ces patients auprès de leur médecin généraliste est bonne (cf. p. 24). En fonction de la compétence du médecin, des possibilités locales et du souhait du patient, une thérapie cognitivo-comportementale peut être utile.

La place des médecins généralistes

Le médecin généraliste est souvent bien placé pour expliquer à l'entourage familial les enjeux et les difficultés propres à cette longue entreprise thérapeutique.

Les mouvements d'anciens buveurs

Il sera remis au patient la liste des associations ou mouvements d'anciens buveurs et il lui sera conseillé de les contacter (cf. p. 119).

Les résultats

Le sentiment dominant chez les médecins généralistes est que la prise en charge thérapeutique des malades alcoolodépendants est vouée à l'échec. On ne dispose pas d'études évaluant l'incidence annuelle des patients alcoolodépendants tentant un sevrage en médecine générale ni leur taux de réussite. Pour les résultats à moyen terme, on dispose essentiellement d'études réalisées sur un an (rarement plus) dans des services spécialisés. Ces études concernent une population particulière, celle des malades qui sont arrivés jusque chez les alcoologues.

Pour ces patients, le maintien de l'arrêt ou une forte diminution de la consommation d'alcool à un an ont été observés chez 3 malades sur 10. Si on ajoute les traitements ayant prouvé leur efficacité (deux médicaments et certaines techniques cognitivo-comportementales), ce même maintien de l'arrêt de la consommation d'alcool a été observé chez 4 malades sur 10.

En médecine générale, même si on ne peut appliquer à la lettre les résultats obtenus par les alcoologues, on peut dire que pour les malades qui ont décidé de « faire quelque chose pour que ça change », une prise en charge sur un an rend service à 3 ou 4 d'entre eux sur 10.

Suivi à long terme

La consommation reste nulle et le patient va bien. Cette éventualité n'est pas exceptionnelle. Le suivi de ce malade abstinente de seconde intention se fera à un rythme variable selon les cas. Lors de ces rencontres espacées seront abordés les modifications entraînées par l'arrêt de la consommation dans la vie du patient, son ressenti vis-à-vis de l'abstinence et la surveillance des éventuelles maladies somatiques liées à la consommation antérieure.

L'abstinence est maintenue mais au prix d'un déplacements vers d'autres comportements nocifs : usage accru du tabac, polyphagie avec risque d'obésité ou apparition d'une tendance dépressive. Soit il s'agit d'un phénomène transitoire (« faire le deuil de l'alcool »), soit il s'agit de la prise de conscience des dommages (financiers, professionnels, familiaux, médicaux...) accumulés pendant la période de consommation, soit, plus rarement, il s'agit de la résurgence d'un syndrome dépressif antérieur (cf. p. 82).

Les reprises de la consommation d'alcool émaillent l'histoire d'un malade alcoolodépendant. Elles ne devraient pas désespérer le médecin qui gardera à l'esprit quelques principes simples :

- se convaincre et convaincre le patient que ces épisodes de réalcoolisation font partie de l'histoire naturelle de la maladie ;
- considérer ces épisodes de réalcoolisation comme des urgences et revoir le malade au plus vite, ce qui sous-entend de l'avoir prévenu de cette éventualité ;
- profiter de cette consultation pour refaire le point et redémarrer au plus vite un processus de sevrage dans les mêmes conditions que la fois précédente.

Fréquemment, hélas, la ré-alcoolisation est durable (rechute) soit parce que le malade est vu trop tard, soit parce qu'il est débordé par l'intensité de la compulsion qui le pousse à boire (le *craving* des Anglo-Saxons). C'est particulièrement face à de tels malades que le médecin a intérêt à analyser ses contre-attitudes (cf. p. 32).

Prise en charge des rechutes

Pour de tels malades, le médecin généraliste, tout en gardant son rôle de médecin traitant, a intérêt à s'adjoindre la compétence et les moyens des alcoologues. Ceux-ci, dans des structures publiques ou libérales, peuvent réaliser un travail en équipe (infirmières, médecins somaticiens, psychiatres, psychologues, nutritionnistes, travailleurs sociaux...). Néanmoins, un grand nombre de ces malades sont perdus de vue par ces équipes spécialisées. La seule attache de ces malades avec le monde médical reste souvent leur médecin généraliste, quel que soit le motif qui les conduit à lui (cf. p. 24). Il est donc souhaitable que tous ceux qui interviennent auprès de ces patients tiennent informés le médecin généraliste référent.

L'alcoolodépendance physique est inconstante alors que l'alcoolodépendance psychique, par définition, concerne tous les malades alcoolodépendants.

La compréhension du fonctionnement des malades dépendants est facilitée par la connaissance des phases de changements de comportement.

L'objectif est l'arrêt programmé total de toute consommation de boissons alcooliques.

L'hospitalisation pour prévenir un accident de sevrage sévère n'est justifiée que dans environ 10 % des cas.

Lors du sevrage ambulatoire ou hospitalier, les benzodiazépines pendant une semaine maximum et la vitamine B1 pendant trois semaines sont nécessaires.

Le maintien de l'arrêt de la consommation d'alcool nécessite un soutien actif tant de la part de l'entourage du malade que de celle du médecin. Deux médicaments (acamprosate et naltrexone) sont indiqués.

Les épisodes de re-alcoolisation sont fréquents et peuvent aboutir à une rechute.

Celle-ci est une urgence médicale. Le médecin doit en être conscient et prévenir le malade.

PARTICULARITÉS SELON LE SEXE, L'ÂGE ET LE STATUT DE PRÉCARITÉ

Les chapitres précédents, comme nous l'avons indiqué, étaient centrés sur les hommes adultes (25-65 ans) consultant leur médecin généraliste. C'est pour cette population que la prévalence de mésusage de l'alcool est la plus élevée et que l'on dispose du plus grand nombre de données documentées. Mais il importe de moduler ces données en fonction du sexe, de l'âge et du statut de précarité.

Femmes

Dans leur pratique, les médecins généralistes voient en consultation plus de femmes (60 % des actes) que d'hommes *. De ce fait, ils ont une place privilégiée pour repérer celles qui sont en danger à cause de l'alcool.

■ Données théoriques

- Les études épidémiologiques réalisées en populations générales ont montré que, globalement, les femmes consomment moins d'alcool que les hommes et qu'elles sont plus nombreuses à déclarer ne pas boire du tout ou exceptionnellement *.
- Les études épidémiologiques réalisées sur la clientèle adulte des médecins généralistes ont trouvé trois fois moins de femmes que d'hommes faisant un mésusage de l'alcool *.
- Les « valeurs seuil » recommandées par l'OMS, et reprises par la Société française d'alcoologie, valeurs au-dessus desquelles les sujets sont potentiellement en danger (« usage à risque ») sont inférieures à celles proposées pour les hommes *.
- Les femmes ont une fragilité somatique propre. À titre d'exemple, à poids égal et à consommation égale en quantité et en durée, la survenue d'une cirrhose et le décès sont plus précoces chez les femmes que chez les hommes *.
- Les accidents domestiques, surtout lorsqu'ils sont répétés, peuvent être favorisés par une alcoolisation occasionnelle ou chronique.
- L'association d'une consommation d'alcool et d'une prise d'anxiolytique est souvent observée chez les femmes.

■ En pratique

La relation avec les patientes ayant un mésusage de l'alcool, en particulier en cas d'alcoolodépendance, est difficile du fait de préjugés sociaux : ce dont un homme peut tirer gloire est objet d'opprobre pour une femme. Il peut se produire des contre-attitudes, propres à chaque médecin, qu'il ne maîtrise pas toujours (cf. p. 32).

En cas de demande répétée et insistante de prescriptions d'anxiolytiques, en cas d'accidents domestiques répétitifs, il est indispensable de faire préciser les quantités et modalités de la consommation d'alcool.

Femmes enceintes

En France, chaque année, environ 800 000 femmes sont enceintes. 90 % des problèmes liés à la grossesse sont pris en charge en médecine générale *. Le rôle du médecin généraliste est d'informer les femmes des données actuelles de la science et d'en profiter pour leur faire préciser leur consommation d'alcool.

■ Données théoriques

L'alcool passe la barrière placentaire. L'alcoolémie du fœtus est la même que celle de la mère. L'alcool est toxique pour l'embryon et pour le fœtus. Il a été montré, expérimentalement, qu'une charge unique d'une forte dose d'alcool était plus neurotoxique pour le fœtus que la même dose répartie sur un temps prolongé.

Le syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF) est observé chez des femmes consommant régulièrement des doses « très élevées » d'alcool. Il se caractérise par une dysmorphie crânio-faciale, une microcéphalie, un rétrécissement des fentes palpébrales, un rétrognatisme, des malformations cardiaques, musculo-squelettiques, rénales et urogénitales, un retard intellectuel et psychomoteur, une instabilité psychique.

Pour des doses moindres, on observe des « effets de l'alcool sur le fœtus » (EAF). Parmi ceux-ci, les lésions sur le système nerveux central peuvent conduire à des désordres neuro-développementaux, responsables de retards dans la croissance et le développement intellectuel et psychomoteur décelables à l'adolescence, voire à l'âge adulte. Ces désordres peuvent être observés pour une consommation déclarée d'alcool régulière à partir de 2 « verres » par jour. Il n'existe aucune donnée précisant le retentissement sur le fœtus d'une consommation quotidienne inférieure à 2 « verres » par jour *. L'alcool passe également dans le lait de la mère.

■ En pratique

Spontanément, lors d'une grossesse programmée ou lorsqu'elles se savent enceintes, certaines femmes choisissent un arrêt total de l'alcool, du tabac et de tout médicament non indispensable. Dans les autres cas, il est nécessaire

d'informer les femmes du risque documenté pour le bébé à partir d'une consommation de 2 « verres » par jour et de notre ignorance quant au risque encouru pour des consommations moindres. En France, il est habituel de conseiller aux femmes enceintes de ne pas boire de boissons alcooliques pendant la grossesse *. La rigueur de cette recommandation est discutable, lorsqu'on sait, qu'à partir des mêmes bases théoriques, les Anglais conseillent « *pas plus d'un verre par jour* » *. De ce fait, il nous semble qu'à l'occasion de circonstances festives, la consommation d'un ou deux verres est acceptable. Quoi qu'il en soit, la consommation, en une seule occasion, de 5 verres ou plus (équivalent d'une ivresse) est formellement déconseillée *.

Si le bébé a été possiblement conçu au cours ou au décours d'une période d'alcoolisation aiguë, voire d'un état d'ivresse, alors que, habituellement, la consommation déclarée d'alcool est nulle ou modérée (1 verre ou moins par jour), on est en droit de rassurer la maman sur l'absence de conséquences pour l'enfant *.

En cas d'alcoolodépendance, la grossesse peut être un moment privilégié pour faire entendre la nécessité d'un sevrage et d'une abstinence prolongée.

Pendant l'allaitement, la consommation d'alcool est fortement déconseillée, bien qu'on ne connaisse pas les dangers d'un verre pris à distance d'une tétée.

- Les femmes sont beaucoup plus sensibles que les hommes aux méfaits de l'alcool.
- Les demandes d'anxiolytiques et les accidents domestiques répétés relèvent de la sémiologie de l'alcool.
- Chez les femmes enceintes, du fait du risque de retentissement sur le développement du fœtus, le message est : consommation d'alcool quasi nulle.

Adolescents et jeunes adultes

Du fait de la prolongation des études, de l'entrée dans la vie professionnelle plus tardive et d'une indépendance économique longue à s'établir, on tend à substituer à la classe des adolescents âgés de 13 à 18 ans, celle des adolescents et adultes jeunes allant de 13 à 25 ans. 85 % des 12-20 ans s'adressent au moins une fois par an à un médecin généraliste. Le nombre moyen de consultations des adolescents est de 4 par an, les filles consultant plus souvent que les garçons *.

■ Données épidémiologiques

La prévalence des jeunes, malades de l'alcool, dans la clientèle des généralistes n'est pas connue.

La consommation quotidienne d'alcool est exceptionnelle. Elle est hebdomadaire, le week-end (sorties du samedi soir). À base de bière et d'alcools forts, elle est vécue tantôt sur un mode festif, tantôt sur un mode toxicomaniaque avec recherche de la « défonce ». Parmi ceux et celles, ayant consommé au moins une fois dans l'année, 23 % des garçons et 8 % des filles ont vécu au moins une ivresse. L'usage concomitant de tabac et de cannabis est fréquent.

Ces modalités accroissent les risques de traumatismes du fait de rixes ou d'accidents. De ce fait, le premier contact médical de ces sujets à l'occasion de leur abus d'alcool se fait surtout par le système médical d'urgence.

En milieu scolaire, les études épidémiologiques * ont montré les faits suivants :

- 5 % des garçons et 2 % des filles de 11 à 13 ans, 24 % des garçons et 11 % des filles de 16 à 17 ans déclaraient une consommation régulière et / ou des ivresses ;
- chez les garçons, ce mésusage de l'alcool était souvent associé à l'usage de tabac, de drogues illicites, à la violence, voire au suicide. Chez les filles, il était associé à l'usage du tabac et de médicaments psychotropes, à une « dépressivité » et à des tentatives de suicide.

Ces études, réalisées en milieu scolaire, n'ont pas tenu compte de la population déscolarisée, qui est probablement la plus en danger.

■ Les nouvelles boissons alcoolisées

« Les *alcopops* résultent d'un mélange d'alcool et de "boissons sucrées" diversement aromatisées. Elles font partie de la catégorie des "boissons alcoolisées pré conditionnées" ou "prémix" qui séduisent principalement les jeunes. Le prémix est un mélange de soda sucré, contenant 5 à 8 % d'alcool, et vendu sous forme de trompeuses et jolies boîtes métalliques de 25 à 35 cl. Ils ressemblent aux sodas, mais c'est bien de l'alcool qu'ils renferment ! Boire une canette de prémix revient à boire un verre de vin avec 12 g d'alcool. Le sucre contenu dans ces boissons gazeuses accélère l'effet hypoglycémiant de l'alcool, surtout quand il est absorbé à jeun. L'hypoglycémie peut aller jusqu'au coma. Le danger que représentent ces boissons d'appel concerne les plus jeunes, de 10 à 14 ans, cible non avouée des fabricants. Passé cet âge, les adolescents font eux-mêmes leurs mélanges, plus corsés, ou préfèrent les alcools forts ou la bière » *.

■ En pratique

Chez les jeunes, encore plus que chez les adultes, le motif de consultation est rarement un problème avec l'alcool. Les consultations ayant pour motif une vaccination, une demande de certificat de sports ou d'activités estivales, une demande de contraception ou un certificat prénuptial peuvent être l'occasion d'aborder la question des dépendances dont celle à l'alcool. L'évaluation de la CDA se fera en insistant encore plus sur les consommations festives du vendredi et samedi soir, en essayant de les faire quantifier. Le médecin généraliste a ici un rôle difficile de pédagogue. Son message portera surtout sur les risques d'accidents automobiles, ceux liés à un comportement agressif pour les autres et pour soi-même et ceux liés aux relations sexuelles non protégées.

- La communication du médecin auprès des jeunes sur l'alcool est difficile car ils consultent peu et leur perception du risque est sous estimée par rapport à celle qu'auraient des adultes.
- Leur consommation est essentiellement de type festif.
- Les conseils porteront sur les dangers des accidents en particulier de la route et sur le risque des relations sexuelles non protégées.

Personnes âgées

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient, en 2003, 16,3 % de la population française *. Cet âge est approximativement celui de la retraite en France. C'est également l'âge au-dessous duquel les médecins de santé publique parlent de mortalité prématurée. Cette population est hétérogène puisqu'on distingue un 3^e et un 4^e âge. En fait, il est plus important de distinguer personnes valides et non valides, dépendantes ou non de leur entourage et de la société.

En France, aucune mention concernant les personnes âgées n'est faite dans les recommandations de la Société française d'alcoologie *. Dans le *corpus* universitaire de formation à la prise en charge des personnes âgées, rien n'est prévu concernant l'alcool *.

Les personnes âgées représentent environ 15 % des patients des médecins généralistes. De ce fait, ceux-ci sont bien placés pour repérer les personnes en danger à cause de l'alcool. Cependant, leur consommation est encore plus ignorée que celle de leurs cadets. C'est que « [...] *un véritable déni social des conduites de consommation excessive chez les personnes âgées s'exerce, comme si la retraite mettait fin à la passion française pour le vin, comme si l'alcool perdait son rôle de psychotrope par excellence après soixante ans. Mais il existe une raison plus sérieuse encore de ce désintérêt ; la société est moins concernée par les conséquences de cette alcoolisation que pour les adultes plus jeunes : pas d'arrêt ni d'accident de travail, pas ou si peu de retrait de permis, pas d'agression sur la voie publique, sauf dans la position de la victime, et une déficience du rôle parental ou conjugal qui se solde plus par un renforcement de l'isolement du buveur que par une souffrance de sa famille. Le coût de ce trouble est essentiellement individuel (maladie, atteinte de la qualité de vie) et la réduction de l'espérance de vie n'est pas prise en compte, comme si à soixante ans il était indifférent de mourir à soixante-dix ou à quatre-vingt-dix.* » *

■ Études épidémiologiques sur des populations générales

On ne dispose d'informations que pour la tranche d'âge 65-75 ans. D'une enquête téléphonique, réalisée en 1999, on retiendra les points suivants. Dans cette tranche d'âge, la prévalence de déclaration de consommation quotidienne atteint un sommet : 65 % pour les hommes et 33 % pour les femmes ; la

quantité consommée la veille est, en moyenne, de 2,6 « verres » pour les hommes et de 1,5 « verres » pour les femmes ; le nombre d'ivresses au cours de l'année précédente est, en moyenne, de 2 pour les hommes et de 3,1 pour les femmes (!) ; le nombre de sujets, repérés par le test DETA, comme possiblement alcoolodépendants, est de 12 % pour les hommes et de 1,5 % pour les femmes *.

■ Études épidémiologiques en médecine générale

On ne dispose d'aucune étude en France.

Une étude réalisée dans la Wisconsin (États-Unis) a porté sur la prévalence selon des tranches d'âge : de 61 à 65 ans, de 66 à 75 ans et plus de 75 ans. La prévalence des consommateurs à risque décroît avec l'âge, de 16 % à 11 % pour les hommes et de 15 % à 8 % pour les femmes ; celle des ivresses de 14 % à 5 % pour les hommes et de 3 % à 1 % pour les femmes ; celles des personnes repérées comme éventuellement alcoolodépendantes de 10,5 % à 7,5 % pour les hommes et de 4 % à 2 % pour les femmes *.

Un essai comparatif randomisé, réalisé aux États-Unis, a mis en évidence, après une « intervention brève », une réduction statistiquement significative de la consommation d'alcool déclarée, après un délai d'un an, chez des adultes âgés de plus de 65 ans *.

Plusieurs études ont montré que, pour une consommation régulière d'alcool de l'ordre de 2 à 4 « verres » par jour, le risque de survenue de démence et de maladie d'Alzheimer était significativement diminué *.

L'étude HALE, réalisée entre 1988 et 2003, dans 11 pays européens dont la France, a suivi des hommes et des femmes de 70 à 78 ans à l'inclusion. Après 10 ans, cette étude a montré qu'à côté du régime alimentaire et du tabac, une consommation déclarée d'alcool régulière et modérée (21 grammes par jour pour les hommes, 9 grammes par jour pour les femmes) était associée à une diminution statistiquement significative de la mortalité globale comparée à celle de la population abstinentes de première intention *.

■ En pratique

Pendant longtemps, l'espérance de vie au-delà de 65 ans a été faible. Les facteurs de risques immédiats étaient nombreux, les risques à moyen et long termes liés à la consommation d'alcool étaient peu préoccupants. Hors les ivresses et les cas où la consommation d'alcool entraînait des dommages

sociaux ou familiaux, elle était négligée. La prolongation de l'espérance de vie, le fait que de nombreuses personnes âgées aient une vie active au-delà de 80 ans, les résultats de l'essai clinique décrit ci-dessous conduisent à remettre en question la non-intervention. Par ailleurs, les résultats de l'étude HALE sont un argument pour que les médecins n'interviennent pas auprès des personnes âgées qui déclarent consommer sans dommage repérable, un verre par jour.

L'usage à risque chez les personnes âgées est défini aux États-Unis comme une consommation quotidienne supérieure à un verre ou comme une consommation de deux « verres » lors d'une seule occasion *. Ce concept conduit à une interrogation : à quoi sert de repérer un tel mésusage, sachant que celui-ci ne se traduira par une atteinte somatique que bien plus tard, voire jamais ? Ce scepticisme est tempéré par les résultats de l'étude HALE.

Chez les personnes âgées, des états pathologiques fréquents tels que l'insomnie, les chutes à répétition, l'hypotension orthostatique, les épisodes de confusion peuvent être expliqués totalement ou partiellement par la consommation d'alcool, quels qu'en soient le volume et les modalités. Il est de bonne clinique de rechercher une telle consommation et, si elle existe, de proposer un arrêt total de la consommation pendant un mois, à titre expérimental.

En cas de maltraitance, fréquente chez les personnes âgées, il n'est pas exceptionnel de retrouver un mésusage de l'alcool chez l'un ou l'autre partenaire du couple maltraité / maltraitant, voire les deux.

L'alcoolodépendance chez les personnes âgées entraîne souvent des contre-attitudes négatives encore plus fortes que chez les plus jeunes. Cependant, faute d'évaluation bien conduite, on s'accordera avec les propos d'un auteur québécois : « *Bien que l'on soit porté à penser que le traitement du vieillard alcoolique ait une utilité restreinte, les faits nous démontrent l'inverse. Le taux de participation du patient âgé dans les programmes de désintoxication est plus élevé que dans la clientèle plus jeune, et le taux de réussite thérapeutique est bon.* » * Les mêmes étapes thérapeutiques que celles conseillées pour les adultes sont de mise : motivation, arrêt de la consommation (sevrage), aide au maintien prolongé de l'abstinence.

La prise en charge du sevrage est proche de celle des adultes. Des sevrages à domicile ont réussi, mais faute d'évaluation scientifique, on a tendance à élargir les indications d'hospitalisation. La vitamine B1 est prescrite aux mêmes doses. La réhydratation est faite avec beaucoup de prudence pour éviter les risques liés à une insuffisance cardiaque, fréquente chez ces patients. Une benzodiazépine à demi-vie brève est utilisée à demi ou tiers dose de celle utilisée chez les adultes, pour diminuer le risque de confusion,

fréquent chez ces patients. Même en prenant ces précautions, un certain degré de confusion peut persister quelques jours, et les experts conseillent de ne faire le bilan de l'état psychique qu'au 15^e jour. *

Quant au maintien prolongé de l'abstinence, au même titre que beaucoup d'autres médicaments, l'acamprosate et la naltrexone n'ont pas reçu l'autorisation de mise sur le marché au-delà de 65 ans. Cependant, certains s'autorisent à les prescrire.

- La médecine générale ne peut plus ignorer le problème de l'alcool chez les personnes âgées.
- L'augmentation de leur sensibilité à l'alcool explique la survenue d'accidents pour des consommations antérieurement bien supportées.
- La connaissance de la consommation déclarée d'alcool est aussi utile chez eux que chez les plus jeunes.
- Les principes généraux du traitement sont proches de ceux recommandés pour les autres, avec prudence pour le maniement des benzodiazépines.

Patients en situation de précarité

Chez une personne aux conditions de vie difficiles, le mésusage de l'alcool est un des éléments qui peut la faire basculer dans la précarité. Inversement, chez les personnes vivant en situation précaire, le mésusage de l'alcool, de la même façon que la consommation intempestive de médicaments psychotropes, est très fréquent. Sans doute l'alcool est-il utilisé dans un but anxiolytique : ce n'est pas une raison pour prescrire des anxiolytiques. Dans ce contexte, le problème que pose le mésusage de l'alcool au médecin n'est qu'un élément, parmi beaucoup d'autres. Le manque de ressource financières et de logement, l'isolement et la carence affective sont des urgences prioritaires.

- Face à la difficile situation « alcool et précarité », c'est la précarité qui doit prioritairement retenir l'attention des soignants.

COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE

Anxiété, syndrome dépressif et insomnie

Les troubles anxieux et dépressifs ainsi que l'insomnie sont des motifs fréquents de consultation en médecine générale. Ils sont souvent associés à un mésusage de l'alcool. Une étude réalisée en médecine générale a montré que 35 % des femmes consultant pour troubles anxieux ou dépressifs avaient une consommation déclarée d'alcool (CDA) de 3 verres par jour ou plus. Chez les hommes, 53 % des consultants anxieux et 44 % des consultants dépressifs avaient une CDA de 5 verres par jour ou plus *.

Face à ces troubles, le praticien rencontre deux difficultés : penser à les rattacher à une éventuelle consommation nocive d'alcool, et déterminer si les plaintes des malades sont cause ou conséquence de l'alcoolisation.

Première éventualité : le patient n'est pas un consommateur connu.

Les symptômes d'anxiété, de dépression ou d'insomnie chez les malades ayant un problème avec l'alcool n'ont rien de particulier. C'est pourquoi le seul moyen d'établir une relation entre ces plaintes et l'alcool est d'évaluer systématiquement la CDA.

Seconde éventualité : le patient est un consommateur d'alcool connu.

Face à cette situation, de même que pour n'importe quelle consommation nocive, le message est l'arrêt de toute consommation d'alcool pendant au moins un mois (cf. p. 56). Comme tous ces malades ne sont pas dépendants,

le pourcentage de ceux qui y parviennent est donc important. Ceux qui n'y arrivent pas sont probablement alcoolodépendants.

Pour éviter un syndrome de sevrage (si on suspecte une alcoolodépendance physique [cf. p. 61]), la prescription de benzodiazépines est nécessaire pendant une semaine environ, pas plus. Au terme de ce traitement, les éventuels troubles anxieux liés à l'alcool ont habituellement disparu.

Si le malade est déjà un consommateur chronique de benzodiazépines, il est conseillé d'en poursuivre la prescription, voire d'en augmenter la dose pendant la semaine de sevrage. On peut être amené à en prolonger la prescription pendant une à deux semaines à dose décroissante, pour éviter ou contrôler un syndrome de sevrage secondaire aux benzodiazépines. Si les troubles anxieux persistent, soit le patient continue de boire de l'alcool et il est donc alcoolodépendant, soit il existe une grande dépendance aux benzodiazépines, soit il s'agit d'une anxiété primaire généralisée. Le traitement de celle-ci (benzodiazépines et psychothérapie réalisée par le médecin généraliste ou un psychiatre compétent en alcoologie) est indiquée, en maintenant une proposition de consommation d'alcool nulle.

Le syndrome dépressif, fréquemment lié à la consommation d'alcool, disparaît habituellement en trois semaines après l'arrêt de la consommation d'alcool. La seule abstinence suffit le plus souvent à faire disparaître les troubles dépressifs *. À ce stade, aucun médicament antidépresseur n'est indiqué, sauf s'il existe un risque suicidaire. Les consultations de suivi doivent être régulières (au moins une fois par semaine). Elles visent à préciser les plaintes du patient et à l'aider dans sa volonté d'abstinence. Si le syndrome dépressif persiste, soit le patient continue de boire de l'alcool et il est donc alcoolodépendant, soit la dépression est primaire, c'est-à-dire cause et non conséquence de l'alcoolisation. Dans ce cas, rare, outre la recommandation d'abstinence, un traitement de la dépression est justifié : antidépresseur et psychothérapie. Selon sa compétence dans ce domaine, le médecin généraliste peut faire appel à un psychiatre ou à un psychothérapeute, en les choisissant compétents en alcoologie.

Le patient continue de boire de l'alcool et il est donc alcoolodépendant. Chez ces malades, bien que ce ne soit pas facile car ils sont très demandeurs, la prescription de benzodiazépines et d'antidépresseurs est inutile et dangereuse. Leurs effets conjugués à ceux de l'alcool se potentialisent. La poursuite de ce traitement devient alors un cache-misère. De nombreux médecins font le diagnostic d'anxiété ou de dépression primaires par excès, y

voyant une possibilité de prendre en charge l'alcoolodépendance grâce au seul traitement médicamenteux de ces troubles. Qui plus est, certains malades ayant une alcoolodépendance primaire ont tendance à la minimiser, voire à la nier et à mettre en avant anxiété ou dépression. Ces diagnostics sont ainsi privilégiés par les patients dans l'espoir de diminuer leur (fausse) culpabilité et de trouver plus de compréhension et d'aide dans leur entourage.

La demande d'un médicament hypnotique est un motif fréquent de consultation. Une des causes des troubles du sommeil est un usage nocif d'alcool. Là encore, le seul moyen d'établir une relation entre cette plainte et l'alcool est d'évaluer systématiquement la CDA. La proposition thérapeutique est l'arrêt de toute consommation d'alcool pendant un mois. L'idéal est de ne pas renouveler la prescription d'hypnotique et de revoir le patient pour juger du rôle de l'alcool dans ses troubles du sommeil. Cependant, la demande du patient peut être forte. En attendant la réévaluation de l'insomnie et du besoin d'alcool, le renouvellement de l'hypnotique est alors négocié et adapté à l'intensité de l'insomnie.

Autres maladies psychiatriques

À côté de l'anxiété et du syndrome dépressif, il existe d'autres comorbidités psychiatriques, assez rares (environ 10 % des alcoolodépendants) telles que psychose, personnalité antisociale, etc. Dans ces cas, la prise en charge du problème alcool passe par le traitement de la maladie psychiatrique *.

- Face à un patient anxieux, dépressif ou insomniaque, penser à rattacher ses symptômes à une éventuelle consommation nocive d'alcool, et déterminer si les plaintes sont causes ou conséquences de l'alcoolisation.
- En dehors de la brève période de sevrage (une semaine), la prescription d'anxiolytiques doit être réservée aux seuls malades ayant une anxiété généralisée primaire.
- En dehors de la menace de tentative de suicide, la prescription de médicaments antidépresseurs doit être réservée aux seuls malades ayant un syndrome dépressif primaire, et cela, quelles que soient les pressions du malade, de son entourage, ou des médias.

ALCOOL ET AUTRES DÉPENDANCES

L'usage concomitant d'alcool et d'autres substances psychotropes (tabac, haschich, héroïne et autres produits illicites, médicaments détournés de leur indication thérapeutique) est fréquent. Cette association est observée soit sur un mode contrôlé, sans effets nocif ni dépendance (co-consommation), soit sur le mode de dépendances multiples (co-dépendances), soit sur un mode mixte (par exemple, dépendance à la nicotine et consommation d'alcool sans mésusage, ou dépendance à l'alcool avec usage contrôlé de haschich).

En cas d'arrêt de la consommation d'un produit avec dépendance, l'usage d'un autre produit est fréquent avec, souvent, apparition rapide d'une nouvelle dépendance. Ainsi, la recrudescence de la consommation de tabac au cours et au décours d'un sevrage de l'alcool ; un mésusage de l'alcool, avec possible alcoolodépendance en cas d'arrêt de l'usage de l'héroïne sont fréquemment observés.

En pratique, le médecin qui a repéré un mésusage de l'alcool doit faire préciser l'éventuel usage d'autres substances psychotropes.

Tabac

■ Données épidémiologiques

Dans la population générale, en 1999, une enquête téléphonique a trouvé un lien fort entre consommation d'alcool et consommation de tabac : les consommateurs d'alcool réguliers, âgés de 20 à 75 ans, fument plus que les autres fumeurs. Les consommateurs réguliers d'alcool (quotidiens ou hebdomadaires), âgés de 15 à 19 ans, sont deux fois plus souvent des fumeurs réguliers de tabac que les consommateurs d'alcool occasionnels. Les non-usagers d'alcool fument beaucoup moins souvent que les usagers, tous modes confondus *.

Dans la clientèle des médecins généralistes, une enquête, réalisée en France en 2000, auprès de 1 840 généralistes libéraux a intéressé 50 000 patients de 16 ans et plus. Parmi ces patients, ceux qui sont repérés comme alcoolodépendants sont trois fois plus nombreux à fumer que ceux qui ont un usage « social » de l'alcool *.

Des alcoologues ont étudié chez leurs patients la relation entre alcoolodépendance et usage du tabac. Une relation statistiquement très forte a été trouvée entre le degré d'alcoolodépendance et le nombre de cigarettes fumées dans la journée d'une part, et le degré de dépendance vis-à-vis de la nicotine d'autre part *.

■ En pratique

Faute d'essais cliniques randomisés, on ne peut que donner un avis d'experts.

Tout fumeur est considéré comme dépendant à la nicotine (ou à haut risque de le devenir). De ce fait, l'OMS, l'Anaes et le livre d'enseignement de la médecine générale recommandent de repérer les usagers de tabac, de les avertir des risques encourus, de leur conseiller l'arrêt du tabac et, si besoin, de les aider *. Que proposer en cas d'un mésusage d'alcool associé ?

Pour les fumeurs ayant une consommation d'alcool à risque, aucune étude, aucune recommandation ne justifie ni ne récuse un conseil de consommation en dessous du seuil de dangerosité.

Pour les fumeurs ayant une consommation d'alcool nocive, il est raisonnable d'attirer l'attention des patients, en priorité, sur le produit immédiatement nocif.

Pour les fumeurs ayant une alcoolodépendance concomitante, la priorité a longtemps été donnée à la prise en charge de la seule alcoolodépendance (cf. p. 58). On sait maintenant que la prise en charge immédiate des deux dépendances (préparation à la décision selon le schéma de Proschaka (p. 59), arrêt des consommations et maintien prolongé du non-usage des deux produits) est réalisable, acceptable par certains patients. Leur nombre et leurs caractéristiques ne sont pas actuellement connus. Il est conseillé de faire préciser les souhaits, les appréhensions du patient et de les prendre en compte pour le choix thérapeutique, cela parfois à l'occasion de consultations successives. Lorsque le patient souhaite, dans un premier temps, ne traiter qu'une dépendance, le médecin mettra en avant celle qui est la plus nocive. Ainsi, on donnerait la priorité au tabac chez un patient ayant une maladie cardiovasculaire ou broncho-pulmonaire ; à l'alcool chez un patient ayant une maladie hépatique ou neurologique. Médecin et malade peuvent être confrontés à des situations complexes : par exemple tel malade chez lequel l'état somatique désigne le tabac, et les difficultés relationnelles (famille, travail, justice) désigne l'alcool comme prioritaire. Raison de plus pour redire au patient que le double sevrage est réalisable.

Souvent, les patients avec une double dépendance consultent avant la survenue de maladie somatique qui orienterait le choix prioritaire d'un sevrage. Si le patient ne se sent pas capable d'arrêter les deux drogues, laquelle lui conseiller d'arrêter en premier ? Nous privilégions le sevrage de l'alcool, immédiatement plus dangereux (accidents, problèmes sociaux, familiaux, violence...). De plus, les effets bénéfiques en sont très rapidement perçus par le malade, l'entourage et le médecin.

En cas de co-dépendance alcool et tabac :

- le traitement simultané des deux dépendances est possible ;
- si le patient est réticent pour ce traitement simultané, les efforts se portent sur la dépendance la plus immédiatement dangereuse ;
- en absence d'un danger immédiat (somatique, relationnel, social...), nous proposons de débiter par l'alcool.

Héroïne

L'usage de drogues illicites, en particulier de l'héroïne, varie beaucoup avec l'âge (s'observant surtout avant 30 ans) et selon les zones géographiques (maxima en région parisienne, sur la Côte d'Azur, dans les grandes villes). La relation avec un patient usant de drogues illicites est difficile *. Certains médecins généralistes, du fait d'une clientèle particulière et d'un intérêt personnel, ont une bonne expérience clinique de ce difficile problème. Les autres se sentent souvent démunis face à ces patients. Ce peut être des patients habituellement pris en charge par un centre spécialisé de soins en toxicologie (CSST) qui consultent pour une maladie intercurrente, ou qui, pour des questions d'horaires, ne peuvent ou ne souhaitent plus y être suivi.

L'usage concomitant ou successif d'héroïne et d'alcool cumule les risques somatiques (portage chronique de virus : sida, hépatite B, hépatite C, et nocivité somatique de l'alcool) et les difficultés relationnelles et sociales. Aucun essai randomisé ne permet de recommander formellement telle ou telle stratégie. Le médecin évalue le mode de consommation de l'héroïne et l'importance de la dépendance. Si la voie intraveineuse est utilisée, elle désigne l'héroïne comme toxique le plus dangereux. Dans le cas contraire, la décision est issue de la concertation entre le patient et le médecin ou, idéalement, le fruit d'une décision partagée entre le malade, les membres de l'équipe du CSST et le médecin généraliste.

- En cas d'utilisation associée d'une drogue illicite par voie veineuse, celle-ci est la première préoccupation des soignants.
- Dans ce cas, être très attentif au risque de substitution par l'alcool et de survenue rapide d'une alcoolodépendance.

INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË, IVRESSE

L'expression clinique de l'intoxication alcoolique aiguë est habituellement l'ivresse, plus rarement le coma.

Les épidémiologistes utilisent le terme anglais *binge* défini par une consommation de 50 grammes d'alcool (5 « verres ») pour les hommes, et de 40 grammes (4 « verres ») pour les femmes, absorbée lors d'une seule occasion. Ainsi définie, cette « alcoolisation excessive ponctuelle », même en l'absence de symptômes d'ivresse, est responsable, totalement ou partiellement, de traumatismes, d'accidents de la route, d'accidents du travail et d'accidents ménagers. Elle favorise la survenue de rixes, de viols et de suicides. En diminuant la vigilance, elle augmente le risque de pratiques sexuelles non protégées.

La forme « commune »

Cette forme de l'ivresse comprend trois phases successives : excitation, ébriété, dépression qui peuvent évoluer vers le coma.

– La phase d'excitation psychomotrice est caractérisée par une impression de facilité intellectuelle et relationnelle, une hyper-expansivité, une perte du contrôle du jugement et une tendance à la libération des pulsions archaïques ;

– L'ébriété est reconnaissable à une démarche instable, des gestes incoordonnés et dysmétriques, une parole hésitante, bredouillante, une pensée embrouillée, une perte de l'autocritique et des signes végétatifs : nausée, vomissement, diarrhée. À ce stade, le sujet doit rester au calme et souvent il s'endort. On préviendra les risques de traumatismes.

Le discours des sujets ivres est habituellement pauvre, répétitif, larmoyant. Le plus souvent, à ce moment, il est vain d'essayer d'établir une relation verbale de bonne qualité. Mieux vaut organiser une nouvelle rencontre lorsque le sujet aura désaoulé. Plus rarement, certains malades font des déclarations inadaptées, par exemple des déclarations amoureuses ou des demandes sexuelles, ou confient des secrets intimes, touchant à un événement de leur passé parfois tragique. Le plus souvent, au décours de cet épisode aigu, ils ne veulent ou ne peuvent (refoulement ?) en reparler.

– Parfois, l'ivresse évolue vers le coma. À ce stade, le diagnostic étiologique est orienté par les conditions de survenue, l'aspect souvent vultueux du faciès, l'odeur de l'haleine, l'absence de signes neurologiques en foyer et de syndrome méningé. L'hospitalisation est alors recommandée. En attendant le SAMU, on protégera les voies aériennes du patient en le plaçant en décubitus latéral gauche.

Chez de tels malades, au réveil, on peut observer une paralysie périphérique d'un membre supérieur par compression d'un nerf périphérique. Habituellement, celle-ci régresse spontanément en quelques jours.

Les formes « inhabituelles »

Celles-ci peuvent être excito-motrices, hallucinatoires, délirantes, convulsivantes. Les personnes en période excito-motrice, du fait de leur violence immédiate ou potentielle, sont très inquiétantes pour l'entourage et pour les soignants. Il importe de calmer ces malades. Si le soignant est assez sûr de lui et s'il dispose de temps, dans la majorité des cas il peut obtenir ce résultat par sa seule présence tranquille et des paroles apaisantes. Cette thérapie douce peut échouer, faute de temps, faute d'expérience, ou du fait du degré

de violence du malade. Ces formes sont relativement rares (moins de 10 % des cas) pour des soignants expérimentés. Elles justifient, en attendant le SAMU ou la police, le recours à des moyens extrêmes : contention physique, médicaments calmants. Faute d'évaluation précise, le choix d'un médicament est difficile. On peut utiliser, par voie intra-musculaire, une ou deux ampoules soit de diazépam 10 mg (Valium®), soit de clorazépate 50 mg (Tranxène®) *.

Les ivresses « inhabituelles » ont une évolution plus longue que l'ivresse « commune » et se terminent souvent par un coma. Elles s'accompagnent parfois d'une amnésie transitoire. Le sujet reprend conscience après quelques heures, n'a aucun souvenir des faits survenus pendant cette période, mais se rend compte d'une lacune dans ses souvenirs. Ces épisodes, les « trous noirs », sont angoissants. De ce fait, ils sont souvent cachés par les malades. La récurrence est fréquente. Il arrive que les faits réalisés pendant ces « trous noirs » soient surprenants, voire délictueux.

Les pièges diagnostiques

– Les erreurs par excès risquent de méconnaître d'autres diagnostics tels que hypoglycémie, intoxication oxycarbonée, certaines intoxications médicamenteuses (en association ou non avec l'alcool). Surtout, le danger est grand de passer à côté du diagnostic d'une maladie somatique grave (par exemple une hémorragie interne ou une hémorragie méningée post-traumatique) chez une personne « alcoolisée ».

– Les erreurs par défaut amènent à ignorer une intoxication aiguë. Du fait d'une tolérance élevée à l'alcool, innée ou acquise, certains sujets gardent la parole claire, le regard vif, la démarche assurée, alors qu'ils ont une alcoolémie élevée (plusieurs grammes par litre). Cette situation d'alcoolisation aiguë sans ivresse manifeste s'accompagne toutefois de modifications importantes des réponses motrices aux incitations sensorielles, souvent niées, voire méconnues des sujets et de leur entourage. Ces faits expliquent, en partie, le comportement dangereux de nombreux conducteurs de véhicules et d'engins. Pour éviter ces erreurs, la mesure de l'alcoolémie est recommandée, mais elle

est peu utilisée par les médecins généralistes, pour des raisons matérielles et psychologiques. À l'opposé, son utilisation médico-légale est entrée dans la routine.

Les recettes populaires et médiatiques pour éviter la survenue d'une intoxication alcoolique aiguë ou en raccourcir l'évolution ont peu de bases scientifiques.

Dans les suites d'une « cuite », le syndrome « gueule de bois » n'est pas rare. Au réveil, le patient se plaint d'asthénie, de céphalées, de soif, de sudations, de vertiges, de nausée voire de vomissements, quelquefois de diarrhée. Ce syndrome n'est probablement pas lié à l'alcool ni à ses produits de dégradation, mais plutôt à un ou plusieurs des nombreux congénères présents dans les boissons alcooliques. Ceci expliquerait la vulnérabilité variable d'un sujet à l'autre pour telle ou telle boisson (cf. Annexe 2). L'évolution se fait spontanément vers la disparition des symptômes en moins de 24 heures. Si ces patients consultent leur généraliste, la première fois ce peut être pour être rassurés et demander d'éventuels médicaments. Ensuite, avertis que tout médicament est illusoire, sauf éventuellement du paracétamol pour les céphalées, ils consultent surtout pour un arrêt de travail, destiné à régulariser leur situation vis-à-vis de leur employeur.

– Le plus souvent, l'ivresse ne pose ni problème diagnostique ni problème thérapeutique.

ANNEXES

Annexe 1

Éléments de biochimie

L'**absorption** de l'éthanol se fait par simple diffusion. Cette diffusion, lente au niveau de l'estomac, a lieu essentiellement au niveau de l'intestin grêle (70 à 80 %). Elle est accélérée lorsque l'estomac est vide. La concentration sanguine maximale est atteinte rapidement, environ en une demie heure. Elle est accélérée par les boissons chaudes, sucrées, gazeuses, peu concentrées en alcool. Elle est ralentie pour les boissons à fort degré alcoolique ($> 20^\circ$), et lorsque la consommation d'alcool est associée à l'absorption d'aliments, gras ou épicés, et à l'usage concomitant de tabac.

La **distribution de l'éthanol** se fait dans la totalité de l'espace eau : 70 % du poids corporel chez les hommes, 60 % chez les femmes. Du fait de l'augmentation de la masse grasseuse au-delà de 60 ans, les personnes âgées ont un espace eau plus petit. La conséquence est que, à consommation d'alcool identique, on observe un pic d'alcoolémie plus élevé.

L'éthanol franchit la barrière placentaire. Les concentrations dans le liquide amniotique et chez le fœtus sont proches des concentrations plasmatiques chez la mère.

L'éthanol se retrouve dans le lait maternel à des concentrations voisines de celles du sang.

L'élimination de l'éthanol (cf. fig. 1) utilise une voie principale, métabolique oxydation enzymatique, et trois voies accessoires : excrétion pulmonaire, urinaire et sudorale.

– La **voie métabolique principale**, hépatique, oxyde l'alcool. L'oxydation de l'alcool se fait en trois étapes.

La première étape est la transformation de l'alcool en acétaldéhyde, une molécule toxique. Pour ce faire, il existe trois voies métaboliques, contrôlées respectivement par :

- une alcoolo déshydrogénase, l'enzyme la plus active ;
- le MEOS (*microsomal ethanol-oxidizing system*) intervient en cas de consommation aiguë massive, quand l'alcool déshydrogénase est débordée, ou en cas de consommation chronique. Certains cytochromes P450, éléments fondamentaux du MEOS, peuvent subir une induction enzymatique. Cette dernière propriété explique en partie la tolérance à l'alcool observée en cas de consommation chronique et l'inter-relation avec certains médicaments (par exemple le paracétamol) ;
- une catalase, accessoire.

La deuxième étape est la transformation de l'acétaldéhyde en acétate grâce à une aldéhyde déshydrogénase.

La troisième étape est l'incorporation de l'acétate dans le cycle de Krebs, avec production d'eau et d'énergie.

Au cours des deux premières étapes, il y a production de radicaux libres, des produits très toxiques pour les cellules.

– Une **voie métabolique accessoire**, gastrique : une alcoolo déshydrogénase, présente dans la muqueuse gastrique, moins abondante chez les femmes que chez les hommes, expliquerait partiellement la plus grande susceptibilité des femmes vis-à-vis de l'alcool.

– Les **voies accessoires** éliminent l'alcool sans transformation. Cette propriété est utilisée pour doser indirectement l'alcoolémie. À cette fin, éthylomètres et alcootests utilisent l'élimination directe de l'alcool dans l'air alvéolaire.

Décroissance de l'alcoolémie

À partir de la pharmacocinétique de l'éthanol, on peut analyser la décroissance de l'alcoolémie avec le temps. Le taux de décroissance de l'alcoolémie (de l'ordre de 0,15 g/l/h) varie d'une personne à l'autre dans un ordre de 1 à 3. Cette variabilité interpersonnelle a une double origine : génétique et environ-

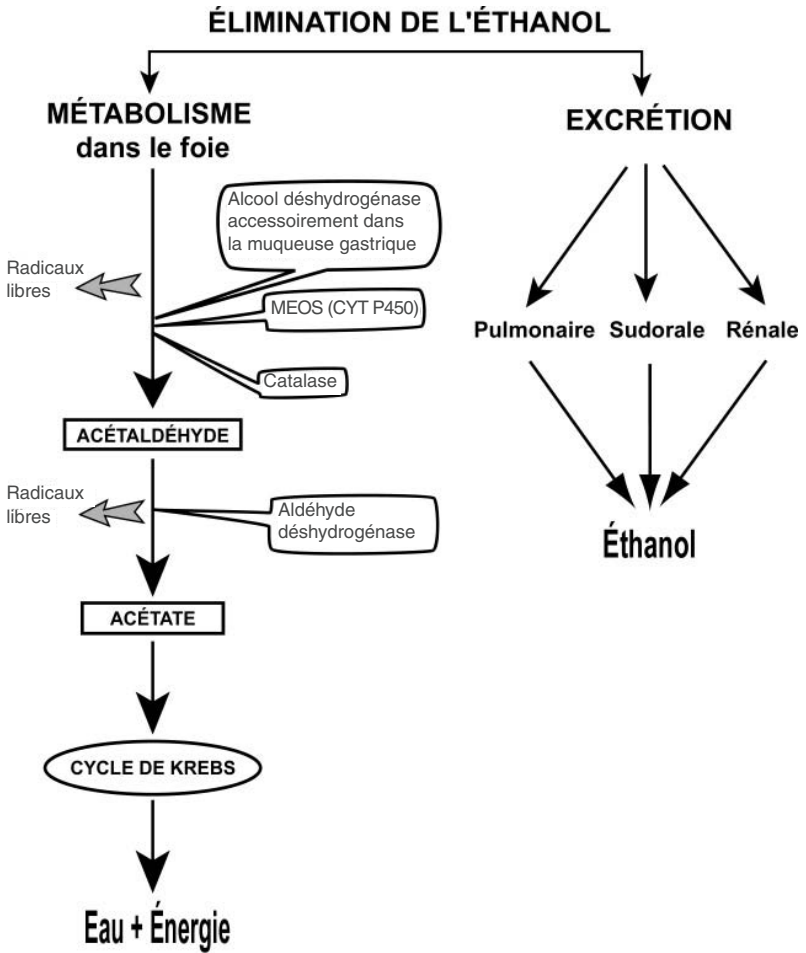


Fig. 1 – Élimination de l'éthanol.

nementale. L'étude de couples de jumeaux a montré que la génétique expliquait la moitié de la variabilité interpersonnelle. Les facteurs environnementaux connus actuellement sont la consommation chronique d'alcool et l'action de certains médicaments (par exemple : le fructose et l'acide ascorbique favorisent la décroissance de l'alcoolémie). Ni l'âge, ni le cycle mensuel ne modifient le taux de décroissance de l'alcoolémie.

Cette grande variabilité interpersonnelle explique qu'à partir d'une alcoolémie dosée à un moment donné, il n'est pas possible d'en déduire l'alcoolémie antérieure maxima, ni d'estimer la quantité totale d'alcool supposée absorbée. Cependant, celle-ci est parfois recherchée, à tort, dans un but médico-légal.

Valeur calorique de l'alcool

Dans des conditions expérimentales, chimiques, la combustion d'un gramme d'alcool dégage 7,1 kilocalories. *In vivo*, on ne retrouve pas cet apport calorique (concept de calories « vides »). Cette information expliquerait le fait paradoxal observé par les cliniciens : la consommation d'alcool, à elle seule, n'entraîne pas de surpoids.

Annexe 2

Éléments de toxicologie

Les boissons alcooliques causent, inconstamment, des lésions organiques, hépatiques, nerveuses, etc. L'éthanol et ses métabolites en sont les principaux responsables, même si les nombreux congénères contenus dans ces boissons sont aussi incriminés.

L'alcool a une action toxique directe abrasive sur les muqueuses, point de départ possible de processus pathologiques graves comme certains cancers (bouche, œsophage).

L'acétaldéhyde, premier métabolite de l'éthanol, et les radicaux libres produits lors de l'oxydation de l'éthanol sont des molécules cytotoxiques dans de nombreux modèles expérimentaux. L'effet toxique des radicaux libres, connu sous le nom de « stress oxydant », intervient entre autres par une exacerbation de la lipoperoxydation des membranes cellulaires, facteur de nécrose cellulaire. Habituellement, des « éboueurs » de radicaux libres protègent les cellules contre leurs effets nocifs. Ces « éboueurs » peuvent être débordés en cas de production trop importante de radicaux libres, liée à une consommation massive ou chronique d'alcool. La découverte de ce méca-

nisme physiopathologique a conduit à des propositions thérapeutiques en cours d'évaluation (en particulier pour les hépatopathies alcooliques) : acide ascorbique, vitamine E, S-adenosylméthionine.

Les très nombreux congénères (sucres, vitamines, éléments minéraux, substances volatiles, phyto-œstrogènes), présents à dose minime et variée d'une boisson alcoolique à l'autre, sont incriminés pour expliquer, par exemple, la symptomatologie de la « gueule de bois » et les migraines déclenchées chez certaines personnes, par la consommation de telle ou telle ou boisson alcoolique.

Les tanins, substances antioxydantes, ont été crédités des effets bénéfiques observés en cas de consommation modérée de vin rouge. Cette affirmation reste très controversée.

Dans l'état actuel des connaissances, les épidémiologistes n'ont pas démontré que telle boisson alcoolique était plus toxique (ou plus bénéfique) que telle autre. Dans tous les cas, le facteur explicatif le plus pertinent est la quantité d'alcool consommée, sous quelque forme que ce soit.

Annexe 3

Éléments de génétique

Dans l'état actuel des connaissances, les points suivants, utiles à connaître, sont sous contrôle génétique :

- le métabolisme de l'alcool qui dépend d'un nombre fini d'enzymes ;
- l'appétence pour l'alcool ;
- le risque de survenue, ou de rapidité de survenue, des maladies somatiques dues à l'alcool.

À titre d'exemple, à consommation d'alcool identique, la fréquence d'une cirrhose alcoolique est deux fois plus élevée chez les jumeaux homozygotes que chez les jumeaux hétérozygotes consommateurs. Les gènes responsables ne sont pas encore connus.*

- La survenue d'une dépendance physique sévère vis-à-vis de l'alcool.

– La survenue d'une dépendance psychique vis-à-vis de l'alcool dépendrait à 25 % de la génétique. Ceci a été démontré par des études portant sur le devenir de jumeaux confiés séparément à la naissance à des familles « alcooliques » et « non alcooliques ». Cette dépendance est polygénique. Les gènes responsables ne sont pas encore connus. Il est possible qu'il y ait plusieurs ensembles de gènes correspondant à plusieurs formes cliniques d'alcoolodépendance psychique, encore mal individualisées.*

Ces incertitudes, cette complexité, doivent être rappelées à qui veut répondre à l'inquiétude des patients et de leur entourage.

Annexe 4

Diverses mesures de l'alcool

Il existe plusieurs façons de mesurer l'alcool.

Dans les boissons

Le degré alcoolique (°) d'une boisson est défini comme le pourcentage en volume d'alcool : un litre de vin à 12 degrés (12°) contient 120 ml d'éthanol.

La quantité d'alcool d'une boisson alcoolique s'exprime en grammes. Le poids spécifique de l'alcool étant de 0,8, un litre de vin à 12 degrés contient $120 \times 0,8 = 96$ grammes d'éthanol.

Dans le sang

La concentration d'alcool dans le sang, « alcoolémie », est exprimée habituellement en grammes par litre.

Chez les consommateurs

Les économistes et l'OMS mesurent une « consommation globale » exprimée en litres d'alcool pur, par an et par habitant de plus de 15 ans. Cette donnée est obtenue à partir des quantités de boissons alcooliques vendues, repérées par le biais des impôts et des taxes. Cette mesure, même grossière, permet des comparaisons historiques et géographiques.

Les épidémiologistes et les cliniciens mesurent une consommation individuelle : la « consommation déclarée d'alcool » (CDA) exprimée en

« verre » ou « verre standard » ou « unité internationale d'alcool » (UIA) par jour ou par semaine. Un « verre » correspondant à la quantité d'alcool contenu dans un verre (une « consommation ») tel qu'il est servi dans les cafés. Un « verre » contient environ 10 grammes d'alcool. Le calcul de la consommation totale d'une population à partir de la mesure de la CDA (par exemple la consommation « déclarative » des enquêtes téléphoniques) trouve une valeur inférieure de 30 à 50 % à celle, plus proche de la réalité, obtenue par les économistes *.

Une bouteille de vin de 75 cl à 12° contient 72 grammes d'alcool (7 « verres ») et une bouteille de 75 cl d'apéritif à 40° contient 240 grammes d'alcool (24 « verres ») [cf. ci-dessous].



Une bouteille de vin
à 12° (75 cl) = 7 « verres »



Une petite bouteille de bière
à 5° (25 cl) = 1 « verre »



Une canette de bière
à 5° (25 cl) = 1 « verre »



Une canette de bière
à 10° (50 cl) = 4 « verres »



Une bouteille de champagne
à 12° (75 cl) = 7 « verres »



Une bouteille de porto
à 20° (75 cl) = 12 « verres »



Une bouteille de whisky
à 40° (70 cl) = 22 « verres »



Une bouteille de pastis
à 45° (70 cl) = 25 « verres »



Une bouteille de digestif
à 40° (70 cl) = 22 « verres »¹

1. Modalité de calcul du nombre de « verres » dans une bouteille de boisson alcoolique : contenance de la bouteille en ml $\times$ pourcentage d'alcool $\times$ 0,8 (densité de l'alcool). Soit pour une bouteille de digestif à 40° : $700 \text{ ml} \times 40/100 \times 0,8 = 220 \text{ g}$ ou 22 verres.

Annexe 5

Éléments d'épidémiologie

■ Le « seuil de dangerosité » : le risque relatif de décès

Les épidémiologistes ont cherché à préciser un « seuil de dangerosité » au-delà duquel le risque relatif (RR) de décès est significativement élevé. Pour calculer ce RR, on divise l'incidence de la mortalité d'une population déclarant telle consommation quotidienne d'alcool, par la mortalité de la même population abstinente sans raison médicale. Un rapport significativement supérieur à 1, définit une consommation dangereuse. Un rapport significativement inférieur à 1, définit une consommation éventuellement bénéfique. Le « seuil de dangerosité » est défini par la valeur minimale du RR qui distingue une consommation dangereuse. On dispose de plusieurs études de ce type, intéressant séparément les hommes et les femmes, dans des pays et des populations divers *. Ci-dessous, à titre d'exemple, les résultats d'une étude concernant des hommes âgés de 40 à 59 ans.

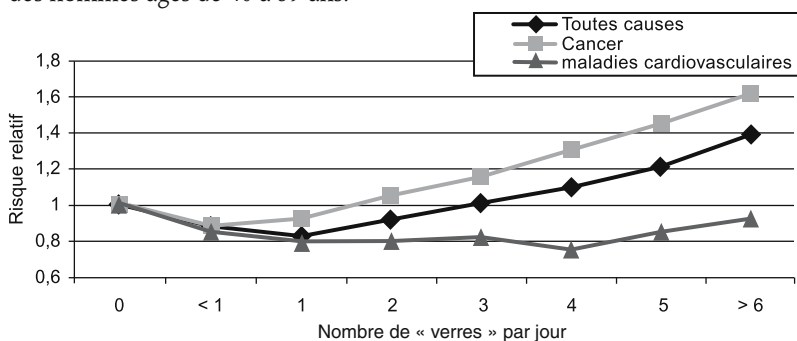


Fig. 2 – Risque relatif de mortalité en fonction de la consommation déclarée d'alcool chez les hommes de 40 à 59 ans (d'après Boffeta P, Garfinkel L [1990] *Epidemiology* 1: 342-8).

■ Le « seuil de dangerosité ». Le concept d'« usage à risque »

Cardiologues, alcooliers et médias mettent, trop souvent, en avant le rôle protecteur ($RR < 1$) de l'alcool sur la seule mortalité d'origine cardiovasculaire (infarctus du myocarde). Plus important, en termes de santé publique, est le rôle létal ($RR > 1$) de l'alcool mesuré sur la mortalité globale.

À partir des études épidémiologiques, des « valeurs seuil » ont été recommandées isolant une population à risque (« usage à risque ») en cas de consommation chronique d'alcool. D'autres « valeurs seuil » ont été proposées pour l'usage aigu de l'alcool, définissant « l'alcoolisation excessive ponctuelle ».

Les valeurs retenues pour ces deux seuils par l'OMS et reprises par la Société française d'alcoologie et d'addictologie (SFAA) sont :

- « usage à risque » alias « alcoolisation excessive ponctuelle » : une consommation déclarée, régulière (au moins 5 jours par semaine), supérieure à 3 « verres » par jour pour les hommes et 2 « verres » pour les femmes ;
- « intoxication alcoolique aiguë » : une consommation, lors d'une seule occasion, de 5 « verres » ou plus pour les hommes et de 4 « verres » ou plus pour les femmes *.

En l'état actuel des connaissances, de telles valeurs seuils ne sont proposées ni pour les adolescents ni pour les personnes âgées.

■ Les effets « bénéfiques » de la consommation « modérée » d'alcool

Ils doivent être connus du médecin car les malades en ont entendu parler ou ont lu des articles dans la presse. Les épidémiologistes ont montré qu'une consommation déclarée régulière, quotidienne, d'une quantité modérée d'alcool, est reliée à certains bénéfices somatiques : protection des coronaires chez les hommes de 40 à 60 ans *, diminution de l'incidence du diabète de type 2, diminution des complications cardiaques et, éventuellement, de rétinopathies chez les diabétiques *. Qui plus est, une augmentation de l'espérance de vie, modeste mais significative est liée statistiquement à la déclaration d'une consommation quotidienne d'un à deux « verres » pour les hommes, et d'un « verre » pour les femmes entre 40 et 60 ans *. Les travaux qui rapportent ces résultats (souvent de bonne qualité) font volontiers la une des journaux. Ils ne doivent être ni méconnus ni niés par les médecins, mais nécessitent une explication et des

commentaires. La principale critique de ces conclusions est que d'autres facteurs environnementaux ont pu tout autant intervenir sur la durée de vie, associés à la consommation d'une petite quantité de boissons alcooliques, comme le mode de vie, la composition de l'alimentation, etc. La consommation modérée d'alcool serait alors un indicateur, et non un facteur explicatif, du bénéfice observé. En toute rigueur, il faudrait réaliser un essai prospectif randomisé comparant des sujets abstinents de première intention et des sujets consommant des doses d'alcool au-dessous du seuil de dangerosité. Cela est évidemment irréalisable.

■ La consommation « globale », mesurée par les économistes

Comparaison historique : en France, la consommation globale, par an et par habitant de plus de 15 ans, est passée de 17,7 litres d'alcool pur en 1960, 16,2 litres en 1970, puis 10,7 litres en 1999, soit une diminution de près de 60 % en 40 ans *.

Comparaison géographique : en 1999, exprimée en litres d'alcool pur, par an et par habitant de plus de 15 ans, elle était de : 10,7 en France, 10,6 en Allemagne, 11,6 en Irlande et 11 au Portugal *.

Depuis les années 50, la consommation globale d'alcool en France et dans les pays de l'Europe du Sud a beaucoup diminué, tandis qu'elle augmentait progressivement dans les pays du Nord. Il semble que la tendance se fasse vers une uniformisation : 10 litres par an et par habitant de plus de 15 ans pour tous les pays d'Europe occidentale.

■ Prévalence des divers modes de consommation d'alcool

Épidémiologistes et cliniciens n'utilisent pas les mêmes concepts.

En population générale (les épidémiologistes)

Une enquête téléphonique « déclarative » réalisée en 1999 a précisé les profils de consommations des Français(e)s.

- Une consommation quotidienne (au moins une boisson alcoolique par jour), quasi inexistante entre 12 et 19 ans, apparaît entre 20 et 25 ans (3 %), et est maximale entre 65 et 75 ans (48 %). Elle est 2 fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Une consommation régulière, quotidienne ou hebdomadaire, est rapportée chez 80 à 90 % des hommes de 35 à 75 ans et 50 à 60 % des femmes du même âge.

- La consommation d'alcool, pour un jour, est plus élevée pendant le week-end, en particulier le samedi. Ceci est particulièrement net pour les sujets de 15 à 34 ans, les hommes déclarant consommer 2 fois plus que les femmes.
- Le nombre d'ivresses au cours des 12 derniers mois est, en moyenne, de l'ordre de 5 à 7,5 chez les hommes de 15 à 34 ans, et de l'ordre de 3 à 3,5 chez les femmes. Il diminue entre 35 et 65 ans pour les deux sexes, et remonte entre 65 et 75 ans avec, en moyenne, plus d'ivresses (3,1 %) chez les femmes que chez les hommes (1,9 %). Entre 35 et 65 ans, les ivresses répétées sont 2 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.
- Il existe une grande disparité géographique des modes de consommation – mais pas nécessairement des pathologies –, entre le Sud et le Nord de la France (prévalence des consommations régulières plus élevée) ainsi qu'entre le versant atlantique et l'est du pays (prévalence des ivresses plus élevée).
- Il existe une grande disparité socio-économiques (qui recouvre une grande complexité) entre les divers consommateurs. *« La consommation quotidienne au cours des 12 derniers mois est un peu plus fréquente parmi les personnes de niveau d'études ou de revenus peu élevés ou encore chez les agriculteurs, les artisans-commerçants, les chefs d'entreprise. En revanche, les ivresses répétées (plus de 3 dans l'année) [...] concernent plus souvent les sujets dont le foyer a des revenus élevés. » **

Cette dernière décennie, le caractère régulier de la consommation (au moins une prise de boisson 5 jours de la semaine) a sensiblement régressé au profit d'une consommation de type festif, surtout pendant les week-ends. De ce fait, la consommation d'alcool déclarée peut être identique mais le nombre de verres par prise est nettement plus important.

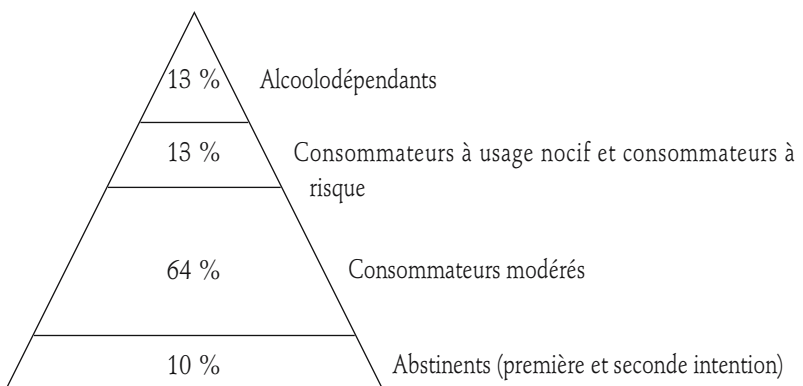


Fig. 3 – Prévalence des différents types de consommateurs d'alcool adultes rencontrés en consultation en médecine générale.

En médecine générale (les cliniciens)

Plusieurs enquêtes réalisées ces dix dernières années s'accordent sur la prévalence des « malades de l'alcool » chez les adultes consultant en médecine générale (cf. p. 28). La figure 3, inspirée de Skinner, indique les prévalences (dans la semaine qui précède la consultation) des divers types de consommateurs.

■ Mortalité liée à l'alcool

L'« usage nocif », avec ou sans « alcoolodépendance » et l'intoxication alcoolique aiguë expliquent une part importante de la mortalité observée en France. Elle est évaluée entre 40 000 et 50 000 décès par an. Une évaluation précise est difficile du fait de l'imprécision du recueil des informations et de la fréquence des causes multiples (alcool et tabac par exemple). Quoi qu'il en soit, la consommation d'alcool est la première cause de décès prématuré (avant 65 ans) chez les hommes en France.*

Annexe 6

Vocabulaire de l'alcool

Les médecins utilisent plusieurs langages : un langage médical, scientifique, indispensable pour parler et progresser entre pairs (par exemple alcoolodépendance, conduites addictives) ou technique (par exemple alcoolémie) ; un langage commun qu'ils partagent avec l'ensemble de la population (« il boit », « il est bourré », « c'est un alcoolique »...). Enfin, chaque médecin a son langage personnel, inspiré par l'empathie, la compassion, l'antipathie et autres sentiments.

Longtemps, le vocabulaire médical a été mal défini. Cela était dû à la diversité des intervenants (médecins somaticiens, psychiatres, épidémiologistes, psychologues, économistes, etc.) et à l'impact du vocabulaire anglophone. Le langage commun, lui-même, diffère selon l'origine sociale, l'origine ethnique, le degré d'instruction, la profession, etc. Il est parfois contaminé, voire distordu, par le langage médical de plus en plus véhiculé

par les médias. Il importe que les cliniciens entendent, éventuellement, traduisent le discours de chaque patient et que, tout en réfléchissant en termes médicaux, ils parlent à leurs malades de façon compréhensible.

■ Vocabulaire utilisé par les médecins généralistes

En France, la Société française de médecine générale (SFMG) retient dans son *Dictionnaire des résultats de consultation* le terme « problème avec l'alcool » (renvoyant à « usage à risque », « usage nocif » et « alcoolodépendance »)*.

Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) retient les termes « alcool », « alcoolisation », « consommation » et « dépendance »*. Dans le dernier livre d'enseignement francophone de médecine générale sont indexés : « alcool », « dépendance », « conduite addictive »*.

Au plan international, les médecins généralistes utilisent la classification internationale des soins primaires (CISP) et une liste des motifs de consultation en médecine générale élaborée par la WONCA (*World organisation of national colleges and academies of general practice / family medicine*)*. Les problèmes liés à l'alcool sont évoqués dans le chapitre *Psychologie* sous deux formes un peu caricaturales :

– « alcoolisme chronique » (sous la dénomination P15) incluant « syndrome cérébral alcoolique », « psychose alcoolique », « *delirium tremens* ». « *Les critères d'inclusion sont les troubles induits par l'usage d'alcool impliquant un ou plusieurs des éléments suivants : une consommation dommageable avec altération cliniquement significative de la santé, un syndrome de dépendance, un syndrome de sevrage et/ou un trouble psychotique* » ;

– « alcoolisme aigu » (sous la dénomination P16) incluant : « saoul », « ivre ». « *Les critères d'inclusion sont les troubles induits par l'usage de l'alcool, caractérisés par une intoxication aiguë avec ou sans notion d'abus chronique.* »

■ Vocabulaire utilisé par les alcoologues

La décision médicale a besoin d'un diagnostic alcoologique précis.

Les alcoologues utilisent volontiers le vocabulaire proposé en 1992 par l'OMS qui distingue « affections liées à l'alcool » et « dépendance »* ou celui proposé en 1994 par l'Association des psychiatres américains (DSM IV) qui distingue « abus » et « dépendance »*.

La Société française d'alcoologie a proposé en 2001 un nouveau vocabulaire, préférant le terme « usage » à celui de « consommation » *. Ce choix pourrait être expliqué par la reconnaissance récente de l'alcool comme drogue dure parmi d'autres drogues ayant plus mauvaise réputation *.

Selon ces dernières propositions, « *les différentes formes de conduite d'alcoolisation se distribuent et peuvent être classées en catégories sur un continuum allant de l'usage jusqu'aux différentes formes de mésusage, incluant les formes pathologiques* ».

Les termes retenus sont les suivants :

1. non-usage : *toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et / ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être :*

- *primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et / ou culturelles chez l'adulte) ;*
- *secondaire quand il survient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme « abstinence ».*

Cette proposition réserve le terme d'abstinence uniquement au non-usage (absence de consommation) secondaire. Elle prend en compte les préoccupations de nombreux alcoologues, centrées principalement sur le devenir des malades alcoolodépendants. Une partie de la population, celle qui ne consomme pas et n'a jamais consommé d'alcool, serait nommée « non-usagers (non-consommateurs) primaires ».

2. Usage : *toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est-à-dire inférieure ou égale aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier. L'usage peut être occasionnel, intermittent, continu...*

3. Mésusage : sous cette appellation, sont réunis « l'usage à risque », « l'usage nocif », « l'usage avec dépendance ». « L'ivresse », conséquence d'une alcoolisation aiguë, est traitée séparément car elle peut survenir en cas d'usage et de mésusage.

4. Usage à risque : *toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont associées à une situation à risque ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier. Cet ajout à la définition pointe le risque d'une consom-*

mation même modérée lorsqu'on s'apprête à conduire un véhicule ou un engin et sur le fait que, chez certaines personnes, des doses modérées d'alcool peuvent entraîner des comportements nocifs, du fait de la grande variabilité de la sensibilité à l'alcool (cf. Annexe 5 p. 100).

5. Usage nocif : *toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :*

- *l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation ;*
- *l'absence de « dépendance à l'alcool ».*

Depuis une vingtaine d'années, des médecins et des psychologues britanniques ont introduit le concept de *problem drinking* qui rassemble, à part à peu près égale, des consommateurs à risque et des consommateurs ayant un usage nocif de l'alcool. Par définition ces sujets ne sont pas alcoolodépendants. Dans ce livre, nous distinguons « usage à risque » (« consommateur/trice à risque ») et « usage nocif » (« consommateur/trice ayant un usage nocif »), réservant « consommateur/trice à problème » pour les situations, historiquement justifiées mais aujourd'hui obsolètes, qui prennent en compte la somme des deux catégories.

À noter que, pour étudier la consommation en population générale, les épidémiologistes distinguent des consommations quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles et occasionnelles *.

6. Usage avec dépendance : *toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés. L'usage avec dépendance, encore dénommé « alcoolodépendance » ou « dépendance à l'alcool », ne comporte pas dans sa définition de critère impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle.*

Le terme d'alcoolodépendance est lui-même ambigu, car il correspond à deux maladies différentes : l'alcoolodépendance psychique décrite ci-dessus et l'alcoolodépendance physique, maladie biosomatique, conséquence inconstante de l'alcoolisation chronique et responsable du « syndrome de sevrage ».

Une forme très particulière de dépendance vis-à-vis de l'alcool est « l'alcoolisation paroxystique intermittente », caractérisée par des alcoolisations épisodiques et massives, une ingestion d'alcool « sauvage » (eau de Cologne, alcool à brûler...), des troubles du comportement avec déambulation, la survenue fréquente d'ivresse et de coma, contrastant avec des périodes d'abstinence de durée variable. Lors des épisodes paroxystiques, il

existe une perte totale du contrôle ; au lendemain de ces épisodes, une grande culpabilité. Dans certains cas, les périodes d'abstinence sont de plus en plus brèves, faisant place au tableau clinique plus habituel d'une « alcoolo-dépendance » sévère.

Annexe 7

Questionnaires de repérage

■ Questionnaire CAGE/DETA

DETA = **D**iminuer **E**ntourage **T**rop **A**lcool

1. Avez-vous déjà senti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

– Interprétation

Deux réponses positives ou plus, font suspecter un problème de santé avec l'alcool et légitiment un entretien clinique.

– Validation

Le questionnaire anglais a été validé. La traduction française ne l'a pas été.

Références

1. Mayfield D *et al.* (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument *Am J psychiatry* 131: 1121-3
2. Rueff B (1995) Les malades de l'alcool. John Libbey Eurotext, Paris : 144

■ Questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant une réponse par ligne. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme « un verre standard » dans ce questionnaire. Mais attention : une canette de 50 cl d'une bière forte (8° ou 10°) contient l'équivalent de 4 verres standards et une bouteille de vin contient 8 verres standards.

Un verre standard représente une de ces boissons :



7 cl d'apéritif
à 18°



2,5 cl de digestif
à 45°



10 cl de champagne
à 12°



25 cl de cidre
« sec » à 5°



2,5 cl de whisky
à 45°



2,5 cl de pastis
à 45°



25 cl de bière
à 5°



10 cl de vin rouge
ou blanc à 12°

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

jamais	0	1 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 ?

Un ou deux	0	trois ou quatre	1	cinq ou six	2	sept à neuf	3	dix ou plus	4
------------	---	-----------------	---	-------------	---	-------------	---	-------------	---

3/ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

jamais	0	moins d'une fois par mois	1	une fois par mois	2	une fois par semaine	3	chaque jour ou presque	4
--------	---	------------------------------	---	-------------------	---	-------------------------	---	---------------------------	---

4/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais	0	moins d'une fois par mois	1	une fois par mois	2	une fois par semaine	3	chaque jour ou presque	4
--------	---	------------------------------	---	-------------------	---	-------------------------	---	---------------------------	---

5/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais	0	moins d'une fois par mois	1	une fois par mois	2	une fois par semaine	3	chaque jour ou presque	4
--------	---	------------------------------	---	-------------------	---	-------------------------	---	---------------------------	---

6/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais	0	moins d'une fois par mois	1	une fois par mois	2	une fois par semaine	3	chaque jour ou presque	4
--------	---	------------------------------	---	-------------------	---	-------------------------	---	---------------------------	---

7/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais	0	moins d'une fois par mois	1	une fois par mois	2	une fois par semaine	3	chaque jour ou presque	4
--------	---	------------------------------	---	-------------------	---	-------------------------	---	---------------------------	---

8/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais	0	moins d'une fois par mois	1	une fois par mois	2	une fois par semaine	3	chaque jour ou presque	4
--------	---	------------------------------	---	-------------------	---	-------------------------	---	---------------------------	---

9/ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non	0	oui mais pas dans les douze derniers mois	2	oui au cours des 12 derniers mois	4
-----	---	---	---	-----------------------------------	---

10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non	0	oui mais pas dans les douze derniers mois	2	oui au cours des 12 derniers mois	4
-----	---	---	---	-----------------------------------	---

– Interprétation

L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions.
Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score ≥ 5 : consommation à risque

Score ≥ 8 : dépendance

– Validation

Le questionnaire anglais a été validé. La version française a été validée par double traduction.

Références

1. Barry KL, Flemming MF (1993) The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural sample primary care. *Alcohol* 28: 33-43
2. Gache P *et al.* The alcohol use disorders identification test (audit) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a french version

■ Le questionnaire FACE (Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien)

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0

Une fois par mois ou moins = 1

Deux à quatre fois par mois = 2

Deux à trois fois par semaine = 3

Quatre fois ou plus par semaine = 4

Score =

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours des jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 = 0

3 ou 4 = 1

5 ou 6 = 2

7 à 9 = 3

≥ 10 = 4

Score =

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

Non = 0

Oui = 4

Score =

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

Non = 0

Oui = 4

Score =

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

Score =

Score total =

– Interprétation

Hommes : score < 5 = risque faible ou nul

score de 5 à 8 = consommateur excessif probable

score > 8 = alcoolodépendant probable

Femmes : score < 4 = risque faible ou nul

score de 4 à 8 = consommatrice excessive probable

score > 8 = alcoolodépendante probable

– Validation

Ce questionnaire n'a pas été validé.

Référence

1. Arfaoui S *et al.* (2004) Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE » Rev Prat Med Gen 18 (641) : 201-5

■ Questionnaire sMAST (*short Michigan Alcoholism Screening*)

1. Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus que normale ?

Oui = 2

Non = 0

2. Vous proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?

Oui = 1

Non = 0

3. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?

Oui = 2

Non = 0

4. Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?

Oui = 2

Non = 0

5. Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?

Oui = 2

Non = 0

6. Avez-vous assisté à une réunion d'anciens buveurs (AA, etc.) pour un problème d'alcool ?

Oui = 2 Non = 0

7. Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ?

Oui = 2 Non = 0

8. Avez-vous déjà eu des problèmes professionnels à cause de l'alcool ?

Oui = 2 Non = 0

9. Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?

Oui = 2 Non = 0

10. Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?

Oui = 2 Non = 0

11. Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?

Oui = 2 Non = 0

12. Avez-vous déjà été arrêté, ne serait-ce que quelques heures, en raison d'un état d'ivresse ?

Oui = 2 Non = 0

13. Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?

Oui = 2 Non = 0

TOTAL =

- Interprétation

Un total égal ou supérieur à 3 suggère fortement une alcoolodépendance.

- Validation

Le questionnaire anglais a été validé. La traduction française ne l'a pas été.

Références

1. Barry KL, Flemming MF (1993) The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural sample primary care. Alcohol 28: 33-43
2. Rueff B (1995) Les malades de l'alcool. John Libbey Eurotext, Paris : 176

Annexe 8

Règles de sécurité routière

Les contrôles d'alcoolémie sont possibles, même en l'absence d'infraction ou d'accident, à l'initiative du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire (article L 3 du code de la route et loi du 31 octobre 1990).

Le taux légal d'alcoolémie maximum est fixé à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang (contrôle par analyse du sang) et à 0,25 milligramme par litre d'air expiré (contrôle par éthylomètre ; article L 1 et R 233-5 du code de la route).

Entre 0,5 et 0,8 gramme d'alcool par litre de sang – ou entre 0,25 et 0,4 milligramme par litre d'air expiré –, il s'agit d'une contravention passible d'une amende forfaitaire de 750 euros maximum et d'un retrait de six points du permis de conduire.

Au-delà de 0,8 gramme d'alcool par litre de sang, il s'agit d'un délit entraînant un retrait de six points du permis de conduire, passible de deux ans de prison et d'une amende de 4 500 euros. La condamnation peut être assortie d'une suspension ou d'une annulation du permis de conduire (obligatoire en cas de récidive), de peine de prison, de mesures de soins ou de travail d'intérêt général.

Le 26 octobre 2004 est passé au *Journal officiel*, un décret ramenant le taux d'alcoolémie autorisé pour les conducteurs de véhicules de transport de voyageurs de 0,5 à 0,2 g d'alcool par litre de sang. Le dépassement de ce taux maximum sera puni d'une amende de 750 euros maximum et d'un retrait de six points du permis de conduire avec la possibilité d'une suspension de permis de trois ans maximum.

Annexe 9

Précautions en cas de prescription au long court d'un médicament hépatotoxique (ex. : naltrexone, disulfirame)

Avant la prescription du médicament : dosage des transaminases (ASAT et ALAT)

Première éventualité : les transaminases sont normales

– Dosage une semaine, un mois, 2 mois, 3 mois et 4 mois après le début de la prise du médicament.

– Arrêt du médicament si un dosage est supérieur à 3 fois la limite supérieure de la normale du laboratoire ou dès la survenue d'un subictère.

Contrôle hebdomadaire des transaminases, jusqu'au retour à la normale.

– Ne pas réintroduire ce médicament.

Seconde éventualité : les transaminases sont supérieures à la limite supérieure de la normale du laboratoire

Vérifier cette anomalie par un nouveau dosage. Si persistance :

– faire un bilan hépatique (bilirubinémie, taux de Quick, protides plasmatiques et électrophorèse) et un bilan viral (recherche de virus hépatotropes, voire du VIH) pour juger de la sévérité de l'insuffisance hépato-cellulaire et de la responsabilité respective de l'alcool et des virus hépatotropes ;

– avant une éventuelle prescription du médicament, évaluer la balance bénéfices/risques.

À notre connaissance, ces propositions n'ont pas été évaluées par des études prospectives. Elles sont opinion d'expert : Pr D. Valla, service d'hépatologie, hôpital Beaujon, 92 Clichy.

POUR EN SAVOIR PLUS

Quelques livres et documents

1. Collège national des généralistes enseignants (2003) Médecine générale. Masson, Paris.
2. Wonca Europe (2002) La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. www.cnge.fr
3. Kiritze Topor P, Gagnard J-Y (1991) L'alcoologie en pratique quotidienne. Laboratoire Méram.
4. Rueff B (1995) Les malades de l'alcool. John Libbey Eurotext, Paris.
5. Daepfen JB (2003) Vade mecum d'alcoologie. Médecine et Hygiène, Genève.
6. Inserm, expertise collective (2001) Alcool, effets sur la santé. Inserm, Paris.
7. Inserm, expertise collective (2003) Alcool, dommages sociaux, abus et dépendances. Inserm, Paris.
8. Roques B (1999) La dangerosité des drogues. Odile Jacob / La découverte, Paris.
9. Société française d'alcoologie (2001) Les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et addictologie 23 (suppl 4).
10. L'alcool éthylique : connaître les risques et aussi les bénéfices (2002) Rev Prescrire 233: 769-75.

Adresses Internet

– Médecine générale

- Collège national des généralistes enseignants (CNGE) : www.cnge.fr
- WONCA www.globalfamilydoctor.com/
- Société française de médecine générale (SFMG) : www.sfmng.org
- Société de formation thérapeutique des généralistes (SFTG) :
www.unimedia.fr/homepage/sftg/

– Alcool

- Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A) :
www.alcoologie.org (cliquer sur « répertoire ») *
- Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) :
www.anpa.asso.fr
- Société française d'alcoologie et d'addictologie : www.sfalcoologie.asso.fr/
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme : www.sfa-ipsa.ch

– Institutions

- Agence nationale d'évaluation en santé (Anaes) : www.anaes.fr
- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) : www.ameli.fr
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) :
www.inpes.sante.fr
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT) : www.drogues.gouv.fr

– Ce livre

- www.medecine-generale-alcool.fr

Mouvements d'anciens buveurs

- Alcooliques Anonymes
21, rue Trousseau
75011 Paris
Tél. : 01 48 06 43 68
www.alcooliques-anonymes.fr
- Alcool-Assistance Croix d'Or
10, rue de la messagerie
75010 Paris
Tél. : 01 47 70 34 18
www.alcoolassistance.net
- Croix Bleue
189, rue Belliard
75018 Paris
Tél. : 01 42 28 37 37
www.membres.lycos.fr/croixbleue/
- SOS Femmes-Alcool
BP 387-16
75768 Paris Cedex 16
Tél. : 01 40 71 04 70
www.perso.club-internet.fr/alcootest/index.html
- Vie Libre
8, impasse Dumur
92110 Clichy
Tél. : 01 47 39 40 80
www.vielibre.asso.fr
- Fédération française interprofessionnelle de l'alcoolisme et autres toxico-
manies pour le traitement et la prévention (FITPAT)
22, rue Chabrol
75010 Paris
Tél. : 01 44 79 05 63
www.alcoroute.com/

Index

A

Abstinence (voir Non usage de l'alcool)

Acamprosate 66

Accidents domestiques 72

Alcoolémie 94, 96, 98, **115**

Alcoolisation excessive ponctuelle 74, 89, 101

Alcoolisation paroxystique intermittente 58, 107

Alcoolodépendance 18, 24, **58**, 74, 79, 82, 87, 103, 107

Alcoopops 76

Arrêt de travail 64

Assiduité 24

Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) 54, 55

Anaes 54, 86

AUDIT (Questionnaire) 49, **109**

B

Benzodiazépines 63, 64, 79, 82

Bêta-bloquants 63

« Boire Moins C'est Mieux » 55

C

Cancer 40

Carbohydate déficient transférine (CDT) 44

Carcinome hépatocellulaire 40

Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) 34

Chutes à répétition 79

Cirrhose 38, 45, 97

Classification des maladies (CISP, DSMIV), 105

Collège national des généralistes enseignants (CNGE) 117

Coma 89, 90, 91

Congénère 92, 97

Consommation d'alcool (voir Usage d'alcool)

Consommation déclarée d'alcool (CDA) 24, 28, **47**, 55, 57, 83, **98**

Contre-attitudes **32**, 68, 72, 79

Crises convulsives 38, **62**, 63, 90

D

Dangerosité (seuil de) 100

Delirium tremens **62**, 63

Dépendance (voir Alcoolodépendance, Héroïne, Tabac)

Dépistage (voir Repérage)

DETA (Questionnaire) 49, **108**

Dipsomanie (voir Alcoolisation paroxystique intermittente)

Disulfirame 66

Drogues 85, **88**, **117**

Dupuytren (maladie de) 42

E

Épidémiologie 72, 75, 77, 86, **100**
 Études cliniques (voir Évaluation)
 Évaluation 11, 12, 30, 54, 64, 65, 66, 67
 Evidence based medicine 12, 36

F

FACE (Questionnaire) 50, 112
 Famille/entourage 22, 33, **41**, 56, 60, 64, **67**, 77, 87
 Fracture 40

G

Gamma glutamyl transférase (GGT) 43, 46, 57
 Gayet-Wernicke (encéphalopathie) 38, 65
 Génétique **97**
 Grossesse 66, **73**, 93
 Gueule de bois 41, **92**, 97
 Gynécomastie 42

H

Hallucinations 62, 63
 Hémochromatose 46
 Hépatotoxicité des médicaments 66, **116**
 Héroïne 88
 Hospitalisation 64
 Hypertension artérielle 40, 45
 Hypertriglycéridémie 44
 Hyperuricémie 44, 46
 Hypotension orthostatique 79

I

Institut national de prévention et d'éducation en santé (Inpes) 17, 35
 Insuffisance rénale 66
 Internet 17, **118**
 Intervenants (psychologues, psychiatres, alcoologues cliniciens) 21, 35
 Intoxication éthylique aiguë (voir Ivresse)
 Ivresse 74, 78, **89**, 103, 106

K

Korsakoff (syndrome de) 38

M

Macrocytose érythrocytaire 44, 46, 57
 MAST (Questionnaire) 61, **113**
 Média 33, 101
 Médicaments (voir leur DCI)
 Mésusage de l'alcool 43, 106
 Métabolisme de l'alcool 95
 Migraine 97
 Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (Mildt) 17
 Mortalité 104
 Motif de consultation 27, 42
 Mouvements d'anciens buveurs 18, 35, 67, **119**

N

Naltrexone 66
 Nécrose aseptique de la tête fémorale 38
 Non usage de l'alcool 52, 80, 106

O

Obésité 68, 96

P

Pancréatite chronique/aiguë 38, 41, 45

Paralysie du membre supérieur 90

Parotides (hypertrophie) 42

Polyneuropathie des membres inférieurs

38, 45

Prévalence 28, 45, 102

Prévention 19, 54

Prochaska (cycle de) 59

Q

Questionnaires (voir AUDIT, DETA, FACE) **47**, 55, 61, 109, 112, 113, **108**

R

Réalcoolisation 68

Rechute 69

Recommandations 11, 30, 54, 55, 77

Repérage 55

Réseau de soins 34

S

Sevrage 42, **61**, 64, 68, 79, 82

Société française d'alcoologie et d'addictologie (SFAA) 54, 106, **117**

Société française de médecine générale (SFMG) 27, 28, 77

Stéatose hépatique 45

Syndrome d'alcoolisation fœtale (voir grossesse)

Syndrome d'Alzheimer 78

Syndrome dépressif 68, 82

Système de soins **34**

T

Tabac 68, **85**

Tachycardie paroxystique 41

Thiamine 65, 79

Toxicomane (voir Drogues)

U

Unité internationale d'alcool (voir « Verre standard »)

Usage « bénéfique » de l'alcool 19, **53**, 54, **101**

Usage à risque de l'alcool 33, 52, **56**, 79, **101**, 103, 106

Usage nocif de l'alcool **56**, 81, 87, 103

V

« Verre standard » (UIA) **99**, 109

Virus hépatotrope 46, 88

Vitamine B1 (voir Thiamine)

W

WONCA 21, 56, 105, 117