

## Chapitre 1 - Item 45 - UE 3

# Addiction à l'alcool

- I. Définitions
- II. Etiologie
- III. Epidémiologie
- IV. Dépistage, repérage
- V. Examens biologiques
- VI. Signes cliniques
- VII. Complications somatiques
- VIII. Prise en charge

### OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

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

### I. Définitions

La consommation de substances psycho-actives (d'alcool en particulier) peut être décrite selon plusieurs modalités.

#### A- Usage

L'usage correspond à l'abstinence et à l'usage simple.

L'usage simple correspond à une consommation d'alcool qui répond aux recommandations suivantes :

- pas plus de 21 verres en moyenne par semaine pour les hommes ;
- pas plus de 14 verres en moyenne par semaine pour les femmes ;
- pas plus de 4 verres par occasion de boire ;
- pas d'alcool dans certaines circonstances (femme enceinte, conduite, prise de certains médicaments, métiers ou sports dangereux, certaines affections, etc.) ;
- un jour sans alcool par semaine.

Un verre standard en France correspond aux doses bar et contient 10 grammes d'alcool pur.

Ces seuils n'assurent pas l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée.

Ces seuils n'ont pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment en cas de :

- situation à risque : conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc. ;
- risque individuel particulier, notamment : consommation rapide et/ou associée à d'autres produits (substances psycho-actives, médicaments), affections organiques et/ou psychiatriques associées, âge, faible poids, sexe, grossesse, états de fatigue, dette de sommeil.

## **B- Mésusage**

Le mésusage correspond à l'usage à risque, l'usage nocif (utilisation nocive pour la santé) et l'usage avec dépendance (alcool-dépendance).

- *L'usage à risque* (consommation à risque) correspond à une consommation au-dessus des seuils précités, risquant de provoquer des dommages physiques, psychiques ou sociaux. Le risque peut être lié à une prise aiguë (violence, accident, coma éthylique...) ou à des prises chroniques répétées (cirrhoses, cancer, troubles psychiatriques...). L'usage à risque peut s'éteindre spontanément sans avoir causé aucun dommage, ou évoluer vers l'usage nocif ou la dépendance.
- *L'usage nocif* ou utilisation nocive pour la santé désigne une consommation qui entraîne des conséquences préjudiciables pour la santé, physiques ou psychiques, mais en l'absence de critères de dépendance. C'est l'exemple d'un patient chez qui est diagnostiquée une cirrhose du foie, à l'occasion d'une complication ou d'un bilan systématique, et qui ne savait pas qu'il consommait au-dessus des recommandations. Par définition, le diagnostic d'usage nocif exclut celui de dépendance.

## **C- Dépendance**

La *dépendance* définit un type de relation marqué par une incapacité de réduire sa consommation et une obligation comportementale (**encadré 1.1**).

Les signes sont *psychologiques* :

- quantité et/ou durée de la prise de substance plus importantes que prévu ;
- incapacité de contrôler la prise de la substance ;
- augmentation du temps passé à se procurer la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets ;
- activités (sociales, professionnelles, de loisirs) réduites du fait de l'utilisation de la substance ;
- poursuite de l'utilisation de la substance malgré un problème psychologique et/ou physique en rapport avec la substance.

Ils peuvent s'associer à :

- une *tolérance* : augmentation de la quantité de substance nécessaire pour obtenir l'effet désiré ;
- des *signes de sevrage qui définissent la dépendance physique* : syndrome de sevrage (qui apparaît systématiquement lorsque le produit quitte l'organisme) ou prise d'une autre substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La dépendance peut entraîner des conséquences négatives (nocives), mais pas obligatoirement, surtout au début.

L'addiction correspond en fait à la dépendance.

La consommation excessive recouvre l'ensemble des mésusages.

L'alcoolisme est un terme désuet qui correspond souvent à des dépendances sévères.

### **Encadré 1.1**

#### **Alcool – Critères CIM 10 d'utilisation nocive pour la santé et de dépendance**

##### **Utilisation nocive pour la santé**

Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple, hépatite consécutive à des injections de substances psycho-actives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple, épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

##### **Syndrome de dépendance**

Pour un diagnostic de certitude, au moins 3 des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année.

- a) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active.
- b) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- c) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psycho-active, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- d) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).
- e) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- f) Poursuite de la consommation de la licence malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple, atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisodes dépressifs après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

## **II. Étiologie**

L'alcool-dépendance est une maladie complexe dans laquelle sont intriqués des facteurs génétiques de vulnérabilité individuelle et des facteurs environnementaux :

- les facteurs génétiques de vulnérabilité individuelle semblent contribuer pour 40 à 60 % au risque de développer une dépendance à l'alcool ; certains polymorphismes génétiques

peuvent influencer le métabolisme de l'alcool, les effets positifs (euphorie) ou au contraire négatifs (anxiété...) induits par la prise d'alcool ou encore le risque de développer des complications somatiques telles que la cirrhose. Des facteurs génétiques communs aux différentes addictions sont probables. Des antécédents paternels ou une personnalité antisociale sont souvent trouvés ;

- les facteurs socio-culturels favorisent les habitudes d'alcoolisation (profession à risque, milieu social défavorisé, immigration récente, chômage, incitations fortes comme la publicité, prix modérés, nombre élevé de débits de boissons, tolérance de l'opinion, intérêt économique, etc.) ;
- des facteurs de personnalité peuvent également favoriser la dépendance à l'alcool (impulsivité, recherche de sensations, immaturité, etc.).

L'alcool favorise indirectement la transmission dopaminergique au niveau des régions mésolimbiques (noyau accumbens), support anatomique du système de récompense.

### III. Épidémiologie

La consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant en France était de 9 litres en 2003. Près de 10 millions de Français consomment de l'alcool au moins 3 fois/semaine et 6 millions tous les jours. La consommation de vin est en diminution constante au profit de boissons peu ou au contraire très alcoolisées, même si le vin demeure l'alcool le plus fréquemment consommé. La consommation d'alcool est particulièrement forte à l'Ouest, dans le Nord, et en Auvergne.

Le mésusage d'alcool est la cause directe ou indirecte de 25 % de l'ensemble des maladies, de 49 000 décès par an (estimation pour l'année 2009), en comptant les accidents, agressions ou suicides sous l'empire de l'alcool (l'alcool est au 3<sup>o</sup> rang des causes de décès). Une consultation sur 5 en médecine générale et 15 à 25 % des hospitalisations sont en rapport avec un mésusage d'alcool. On estime l'existence en France d'environ 5 millions de personnes ayant une consommation à risque, avec environ 1,5 million de personnes dépendantes.

La consommation d'alcool est responsable de nombreux problèmes familiaux, sociaux ou professionnels : l'alcool est responsable d'environ 2 700 décès par an sur la route, près de 20% des accidents du travail ; selon les victimes de violence, environ 30% des agresseurs avaient bu de l'alcool ; la consommation d'alcool retentit sur le statut social : qualité des études, type d'emploi, niveau du salaire.

La consommation excessive d'alcool ou la dépendance à l'alcool sont souvent associées à d'autres conduites addictives (dépendance au tabac trouvée dans 75 à 95 % des cas). La surmortalité qui en résulte est importante, en particulier au niveau hépato-gastro-entérologique (pancréatite, cirrhose, etc.), cancérologique (œsophage, ORL), ou cardio-vasculaire (**tableaux 1.1 et 1.2**).

**Tableau 1.2**  
**Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2002**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Ensemble</b>
Cirrhoses	5 990	2 525	8 515
Cancers des VADS*	8 802	1 679	10 481
Psychoses alcooliques	2 557	624	3 181
<b>TOTAL</b>	<b>17 349</b>	<b>4 828</b>	<b>22 177</b>

\* Voies aéro-digestives supérieures

Sources : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) : base de données Score Santé, CépiDC

**Tableau 1.2**  
**Décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool, France, 1995**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Ensemble</b>
Cancers des VADS*	14 000	2 000	16 000
Troubles mentaux	2 000	500	2 500
Cardio-vasculaire	7 000	600	7 600
Respiratoire	1 000	100	1 100
Digestif	6 000	2 200	8 200
Accidents, empoisonnements	6 000	1 100	7 100
Mal spécifié	2 000	500	2 500
<b>TOTAL</b>	<b>38 000</b>	<b>7 000</b>	<b>45 000</b>

\* Voies aéro-digestives supérieures

Sources : Hill C. Alcool et risque de cancer. *Actualité et dossier en Santé Publique*, 2000, 30 : p. 14-17.

Le sujet alcoolo-dépendant est également à haut risque de dépendance aux benzodiazépines. L'existence de poly-dépendances associant alcool et drogues illicites est fréquente. Près de 40% des personnes alcoolo-dépendantes ont un autre trouble mental.

La distinction entre le malade alcoolique et les personnes ayant une consommation à risque ou excessive avec complications somatiques sans alcoolo-dépendance est essentielle : 2 sur 3 des consommateurs ayant une consommation à risque n'ont pas de dépendance évidente à l'alcool ; la moitié des décès prématurés dus à l'alcool (**tableaux 1.1 et 1.2**) concerne des personnes ayant une consommation excessive d'alcool mais non dépendantes.

La prise en charge et les résultats thérapeutiques sont très différents entre un consommateur à risque ou excessif et un malade alcoolo-dépendant : pour un malade non alcoolo-dépendant, l'abstinence totale n'est probablement pas un objectif obligatoire, une diminution sous les seuils des recommandations pouvant avoir un impact thérapeutique suffisant pour prévenir le risque de complications liées à la consommation d'alcool.

Les femmes représentent 10 % des consultants pour difficultés avec l'alcool en médecine générale. Les femmes ont une consommation d'alcool plus souvent en solitaire à domicile. La prise associée de psychotropes est fréquente et une comorbidité dépressive est présente deux fois sur trois. Chez les femmes enceintes, le risque de malformation et de retard du développement du nouveau-né est établi. L'abstinence, en matière de consommation d'alcool, est préconisée chez la femme enceinte.

## **IV. Dépistage, repérage**

En France, 20 à 30 % des adultes consultants ont un problème avec l'alcool.

Le repérage des consommateurs à risque ou excessifs et plus encore alcoolo-dépendants, pour lesquels le motif de consultation n'est pas obligatoirement une demande de soins alcoologiques, concerne l'ensemble des soignants. Il se fait essentiellement par *l'entretien clinique* ou par *l'utilisation d'un questionnaire* comme le test AUDIT-C (*Alcohol Used Disorders Identification Test* [**tableau 1.3**]) ou le questionnaire DETA-CAGE (**tableau 1.4**).

**Tableau 1.3**  
**Test AUDIT-C (Alcohol Used Disorders Identification Test)**

Question	Cotation				
	0	1	2	3	4
1) Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (par mois, par semaine) ?	Jamais	Une fois /mois	2 à 3 fois /mois	2 à 3 fois /semaine	4 fois ou + /semaine
2) Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3) Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois /mois	Une fois /mois	Une fois /semaine	Chaque jour ou presque
<b>Risque de consommation excessive d'alcool : score &gt; 4 chez l'homme, &gt; 3 chez la femme</b> <b>Consommation excessive ou dépendance : score &gt; 8 chez l'homme, &gt; 7 chez la femme</b>					

**Tableau 1.4**  
**Questionnaire DETA (Déjà, Entourage, Trop, Alcool)**

1. Avez-vous déjà ressenti 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 ?
<b>Une alcoolisation dommageable est probable si le sujet répond affirmativement à deux questions ou plus.</b>

Ces tests ont leurs limites en particulier chez l'adolescent où il existe fréquemment plusieurs addictions.

Les examens biologiques sont moins performants tout particulièrement du fait que l'objectif n'est pas simplement de repérer les malades alcoolo-dépendants mais l'ensemble de la population ayant une consommation à risque. Ils ne sont pas recommandés pour le dépistage.

Dans le cadre de la consommation d'alcool à risque ou excessive, il s'agit souvent de consommation inférieure à 6-8 verres/jour. Chez les personnes alcoolo-dépendantes, le déni n'est pas rare et l'entretien peut ignorer le problème d'alcool ; l'attitude, le comportement et la disponibilité du soignant favorisent ou non la reconnaissance de la consommation ; les signes physiques et les examens paracliniques peuvent conduire à suspecter l'alcoolo-dépendance.

## V. Examens biologiques

Le volume globulaire moyen est un marqueur tardif d'alcoolisation chronique ; il ne se normalise qu'après plusieurs mois d'abstinence.

L'élévation de la  $\gamma$ -GT est sensible mais a une spécificité médiocre (en France sa principale étiologie est la stéatose ou stéato-hépatite non alcoolique).

La transferrine désialylée (ou *carbohydrate deficient transferin*) est un examen plus spécifique ; elle peut être élevée pour des consommations à risque sans alcool-dépendance ; c'est un bon marqueur de rechute ; elle se normalise en 2 à 5 semaines. Elle peut être dosée en cas de déni et dans le suivi des malades après sevrage.

Des examens biologiques strictement normaux n'éliminent absolument pas un mésusage d'alcool.

## **VI. Signes cliniques**

### **A- Ivresse**

L'*ivresse simple* est la manifestation comportementale de l'action de l'alcool sur le fonctionnement cérébral. Elle évolue classiquement en 3 phases : phase d'excitation psychomotrice, phase d'incoordination, phase comateuse (pour une alcoolémie supérieure à 3 g/L).

L'*ivresse pathologique* est plus fréquente en présence de troubles de la personnalité, surtout sociopathiques ou d'un trouble cérébral organique associé. Elle réalise un tableau prolongé, volontiers récidivant, avec symptômes excitomoteurs, hallucinatoires, délirants avec dangerosité potentielle pour le patient ou son entourage.

### **B- Signes physiques de dépendance**

Les symptômes de sevrage peuvent apparaître lors d'un sevrage total ou partiel après une consommation importante et prolongée. Ils comportent des symptômes :

- neuromusculaires :
  - *tremblement* des mains et de la langue,
  - myalgies,
  - crampes,
  - paresthésies ;
- digestifs :
  - nausées,
  - *vomissements* ;
- neuro-végétatifs :
  - *sueurs* parfois majeures pouvant conduire à une grande déshydratation,
  - tachycardie,
  - hypotension orthostatique,
  - hypertension artérielle qui peut être à l'origine d'accidents cardiovasculaire ;
- neurologiques :
  - crises convulsives ;
- psychiques :
  - *anxiété*,
  - humeur dépressive,
  - irritabilité,
  - hyperémotivité,
  - insomnies,
  - cauchemars,
  - hallucinations,
  - confusion mentale.

Les troubles sont le plus souvent calmés par l'ingestion d'alcool mais les signes réapparaissent le matin suivant ou après une autre période de sevrage.

La survenue de symptômes de sevrage touche environ 30% des alcoolo-dépendants. Les symptômes de sevrage apparaissent en général dans les 12 à 24 heures suivant l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool. Ils peuvent survenir de façon retardée (jusqu'à un mois). Les formes sévères de sevrage (*delirium tremens*, épilepsie de sevrage) s'observent chez environ 5% des sujets dépendants. Les sujets les plus à risque sont des malades ayant une consommation ancienne et massive, une alcoolo-dépendance sévère, des accidents de sevrages antérieurs, des antécédents de *delirium* ou de convulsions, une dépendance à d'autres substances psycho-actives. La recherche de ces facteurs de risque doit être systématique afin de prévenir l'apparition des symptômes de sevrage.

## C- Signes psychiques de dépendance

La dépendance psychique se traduit dans les premiers temps par une envie irrésistible d'alcool. L'étape suivante est la perte de contrôle des quantités d'alcool consommées. Le sujet éprouve la nécessité d'augmenter les doses quotidiennes pour obtenir les mêmes effets, du fait d'une tolérance progressive. Cette « compulsion » à boire persiste en dépit des conséquences négatives de l'alcoolisation pathologique. Le malade devient progressivement de plus en plus dépendant, et parallèlement son comportement est de plus en plus centré autour de la prise d'alcool.

## D- Accidents du sevrage

### 1. Convulsions

Les convulsions surviennent en général 1 ou 2 jours après la diminution de la consommation d'alcool, même en l'absence d'autres symptômes de sevrage. Il s'agit en général d'une convulsion généralisée de type grand mal qui peut se répéter dans les heures qui suivent mais en général sans état de mal. Les autres causes de crises convulsives doivent être systématiquement cherchées (en particulier un traumatisme crânien avec ou sans hématome sous ou extradural) avant de conclure à une crise convulsive en rapport avec le sevrage.

### 2. *Delirium tremens* (DT)

Certains facteurs prédisposants ou aggravants, tels que les infections, le stress, une intervention chirurgicale, peuvent favoriser l'apparition d'un DT chez un sujet alcoolo-dépendant. Il survient brutalement ou est souvent précédé de petits signes de sevrage (cauchemars, tremblements, anxiété) ou encore d'une crise comitiale, 12 à 48 heures après le sevrage. La recherche des facteurs de risque, des facteurs prédisposants doit être systématique chez tout malade hospitalisé ou qui doit interrompre sa consommation d'alcool pour une raison ou pour une autre. En présence de ces facteurs, le malade doit être examiné pluri-quotidiennement afin de chercher les premiers signes et de mettre en œuvre le traitement au plus tôt.

La survenue d'un DT à sa phase d'état en milieu hospitalier doit être considérée comme un échec thérapeutique et de la surveillance.

Le DT associe de manière diverse :

- un grand état d'agitation psycho-motrice ;
- des troubles de la conscience avec confusion mentale, désorientation temporo-spatiale ;
- tremblements intenses généralisés prédominant aux extrémités et à la langue ;
- hypertonie oppositionnelle ;



- délire hallucinatoire à prédominance visuelle et parfois cénesthésique de type onirique ;
- troubles végétatifs et signes généraux : sueurs profuses, tachycardie, hypertension artérielle, diarrhée, nausées, vomissements, hyperthermie, signes de déshydratation ; la gravité du *delirium* est en lien avec les signes généraux ;
- des signes de déshydratation intracellulaire (hypernatrémie) et extracellulaire (augmentation de l'hématocrite et de la protidémie, insuffisance rénale fonctionnelle).

L'évolution en l'absence de traitement peut être mortelle. Un transfert en unité de soins intensifs est souvent nécessaire. Le traitement repose sur les sédatifs intraveineux (benzodiazépines) toutes les heures jusqu'à l'endormissement du malade, puis toutes les quatre heures. En cas de résistance à ce traitement, une corticothérapie IV ou des neuroleptiques peuvent se discuter. Des perfusions hydro-électrolytiques abondantes doivent être mises en place en cas de DT déclaré avec hypersudation. Il faut aussi prévenir l'apparition d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke ou un syndrome de Korsakoff par l'adjonction d'une vitaminothérapie B1 dès le début des perfusions.

## VII. Complications somatiques

Les complications somatiques de la consommation chronique d'alcool sont nombreuses et ne sont pas traitées explicitement dans ce chapitre, mais il est important de les rappeler très brièvement :

- hépatiques :
  - stéatose,
  - hépatite alcoolique aiguë,
  - cirrhose ;
- pancréatiques :
  - pancréatite aiguë,
  - pancréatite chronique ;
- digestives :
  - diarrhée,
  - cancer de l'œsophage ;
- cardio-vasculaires :
  - hypertension artérielle,
  - troubles du rythme,
  - cardio-myopathie,
  - hémorragie cérébrale ;
- traumatiques :
  - hématomes cérébraux,
  - hémorragie cérébro-méningée ;
- neurologiques :
  - neuropathie périphérique,
  - neuropathie optique,
  - syndrome cérébelleux,
  - encéphalopathie,
  - syndrome de Korsakoff ;
- troubles cognitifs ;

- troubles métaboliques :
  - lipidiques (cholestérol, triglycérides),
  - glucidiques (hypoglycémie, diabète) ;
- musculaires (rhabdomyolyse) ;
- osseuses : nécrose de la tête fémorale, ostéomalacie par carences en vitamines D ;
- cancers (voies aéro-digestives supérieures, foie, côlon, sein...) ;
- effets sur le fœtus ;
- nutritionnelles : obésité ou dénutrition ;
- hématologiques :
  - thrombopénie par effet toxique de l'alcool,
  - anémie par carence en folates ;
- dermatologiques :
  - lipomatose de Launois-Bensaude, rhynophyma,
  - aggravation du psoriasis ;
- néphrologiques : glomérulonéphrites à IgA ;
- psychiatriques :
  - dépressions ou troubles anxieux secondaires,
  - suicide.

Ces complications sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité importante même en l'absence d'alcool-dépendance avérée : la moitié des décès prématurés dus à l'alcool concerne des personnes ayant une consommation excessive d'alcool mais sans dépendance avérée.

## **VIII. Prise en charge**

### **A- Principes de prise en charge**

La prise en charge est différente selon que la personne présente une consommation d'alcool à risque ou un usage nocif, ou bien une alcool-dépendance.

- L'usage à risque ou l'usage nocif font l'objet d'une prise en charge en soins primaires ou à l'occasion des complications somatiques. L'objectif est le retour à une consommation sans risque, soit sous les seuils des recommandations, soit moindre en cas de pathologie installée (par exemple, on peut admettre un verre standard occasionnel, mais pas plus, pour un patient porteur d'une cirrhose compensée).
- La dépendance est plus difficile à prendre en charge. Le but est la disparition des complications qu'elles soient sociales, psychologiques ou somatiques, l'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement du patient et de son entourage. Le contrôle de la consommation n'est qu'un moyen, nécessaire mais pas toujours suffisant. Le dogme de l'abstinence est dépassé, même si c'est la modalité de contrôle de la consommation la plus stable et la plus efficace. Quelques patients ayant des critères de dépendance arrivent à une consommation maîtrisée. La réduction de la consommation, même au-dessus des recommandations, est un résultat imparfait mais qui peut avoir un impact important de

réduction des dommages (ceci a été démontré chez des patients modérément sévères sur des durées d'un an). Il est recommandé de fixer avec le patient des objectifs avec lesquels il soit d'accord, ces objectifs évoluant souvent au cours du temps.

Plusieurs propositions sont possibles :

- sevrage suivi du maintien de l'abstinence ;
- sevrage suivi du retour à une consommation maîtrisée ;
- réduction progressive des consommations jusqu'à une consommation maîtrisée.

La prise en charge de la dépendance nécessite une collaboration entre soins primaires et soins spécialisés. Elle est pluridisciplinaire, associant des soins médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux.

## **B- Modalités de prise en charge**

### **1. Suivi**

Dans tous les cas, il faut favoriser l'alliance thérapeutique par une attitude empathique et soutenir l'entourage du patient.

#### **a. Intervention brève**

Son principe est celui d'un soin minimal dispensé individuellement, en un temps court, dans l'optique de favoriser la motivation de la personne malade. Sa durée est en général de 5 à 20 minutes en une ou plusieurs sessions. Après évaluation de la consommation d'alcool, les informations sont données au malade sur les risques encourus et les avantages de revenir à une consommation modérée, voire une abstinence si la complication somatique le nécessite (ex. : maladie hépatique au stade de cirrhose). Une bonne pratique de l'intervention brève nécessite de s'appuyer sur les principes de l'entretien motivationnel : les informations délivrées sont à adapter au stade motivationnel du malade. Elles ne sont pas identiques chez une personne déjà motivée pour changer de comportement (comment y parvenir ?) ou chez une personne n'ayant pas encore fait ce chemin (pourquoi changer ?). Il faut aider la personne à prendre conscience de l'intérêt pour elle de maîtriser son comportement. L'efficacité de l'intervention brève a été solidement étayée par de nombreuses études. Environ 30 % (10-50 %) des consommateurs à risque modifient leur consommation à son décours. Les résultats sont meilleurs dans le cas d'un usage à risque ou nocif, et en particulier d'une consommation excessive avec une atteinte somatique (ex. : consommation d'alcool associée à une hépatite chronique C). L'efficacité de cette technique est étayée non seulement dans les mois suivants l'intervention brève mais également dans les deux à quatre années suivantes.

Au sein des hôpitaux, les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) peuvent intervenir à la demande et doivent être sollicitées pour tout patient présentant un mésusage d'alcool hospitalisé.

#### **b. Autres modalités validées**

Ce sont :

- l'entretien motivationnel ;
- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les médicaments (toujours associés au suivi médico-social) :

- l'acamprosate, la naltrexone et (beaucoup plus rarement) le disulfiram pour l'aide au maintien de l'abstinence après un sevrage,
- le nalméfène pour la réduction des consommations,
- le baclofène fait l'objet depuis 2014 d'une recommandation temporaire d'utilisation pour l'abstinence ou la réduction de consommation après échec des thérapeutiques précitées.

Il est important de prendre en charge les addictions associées (en particulier le tabac, souvent oublié) et les comorbidités psychiatriques, en veillant à ne pas traiter à tort des symptômes dépressifs dus à la consommation d'alcool.

## 2. Traitement de l'alcoolisation aiguë

L'ivresse simple ne nécessite en général que le repos au calme et un apport d'eau. La prescription de médicaments psychotropes doit rester exceptionnelle. Les troubles du comportement peuvent nécessiter la prescription de sédatifs.

Les ivresses pathologiques rendent nécessaires l'hospitalisation et la surveillance en milieu psychiatrique, du fait de la dangerosité du malade. Le recours aux neuroleptiques est à envisager.

## 3. Sevrage

L'efficacité du sevrage est en bonne partie influencée par la qualité du temps préparatoire et la motivation de la personne malade. Le sevrage peut être réalisé en ambulatoire (ce qui nécessite une motivation suffisante, une bonne observance des soins, une absence d'antécédents de delirium tremens ou de convulsions) ou en milieu hospitalier. Le sevrage associe une hydratation correcte, en général possible par voie orale, la prescription de vitamine B1 et un traitement par benzodiazépines à demi-vie longue et sur un temps court, une semaine à 10 jours maximum pour prévenir le risque de convulsions. En cas de contre-indication aux benzodiazépines (insuffisance hépato-cellulaire en particulier) et de risque d'accident de sevrage, le sevrage doit se faire en hospitalisation et les benzodiazépines ne sont pas prescrites de façon systématique, mais à la demande, en cas de signes patents de sevrage, avec réévaluation après chaque prise. Les benzodiazépines à demi-vie courte type oxazépam n'ont pas fait la preuve d'une meilleure tolérance et leur accumulation en cas d'insuffisance hépato-cellulaire du fait de leur métabolisme hépatique est démontrée. Le sevrage n'est que la première partie de la prise en charge à long terme qui nécessite un accompagnement médico-psycho-social par une équipe multidisciplinaire coordonnée par un addictologue. Dans ce contexte thérapeutique, environ un tiers des malades demeure abstinent, un tiers rechute et un tiers est en rémission partielle.

## C. Lieux de prise en charge

L'essentiel de la prise en charge en addictologie se fait en ambulatoire. Elle peut être assurée par des médecins généralistes, des psychiatres ou des addictologues libéraux, ou bien au sein des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ou des CMP (centres médico-psychologiques). Les hospitalisations pour sevrage simple (une semaine à 10 jours) peuvent avoir lieu dans des centres hospitaliers généraux ou psychiatriques ou des structures privées. Les hospitalisations prolongées sont à réserver à des patients sévères, ayant des comorbidités psychiatriques ou cognitives ou des situations sociales précaires ou difficiles. Elles ont lieu dans des SSR (services de soins de suite et de réadaptation) addictologiques ou dans des établissements psychiatriques. Les adresses utiles peuvent être trouvées sur le site Drogues info service ou celui de la Société française d'alcoologie.

## POINTS CLES

- La dépendance définit un type de relation marquée par une incapacité de réduire sa consommation et une obligation comportementale.
- La dépendance physique se définit par des signes de sevrage : syndrome de sevrage ou prise d'une autre substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- En France, il y a environ 2,5 millions de consommateurs à risque non alcoolo-dépendants et 1,5 million de consommateurs alcoolo-dépendants.
- La moitié des décès prématurés dus à l'alcool concerne des personnes ayant une consommation excessive d'alcool mais non dépendantes.
- Le repérage précoce des consommateurs d'alcool à risque se fait essentiellement par l'entretien (questionnaires), plus que par les examens biologiques.
- Les principales complications du sevrage alcoolique sont le delirium tremens et les convulsions.
- Les infections, le stress, une intervention chirurgicale sont des facteurs prédisposants ou aggravants au delirium tremens chez un sujet alcoolo-dépendant.
- Le sevrage ambulatoire est possible en l'absence d'antécédents de delirium ou de convulsions.
- L'intervention brève s'adresse aux consommateurs à risque non alcoolo-dépendants. Son efficacité est effective dans environ 30 % des cas.
- La prise en charge à long terme nécessite au mieux un accompagnement médico-psycho-social par une équipe multidisciplinaire coordonnée par un addictologue, mais peut se faire également par un médecin généraliste ou somaticien.

### Pour en savoir plus :

- ▶ Prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë - 2001 - (HAS)  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272274/fr/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-dune-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272274/fr/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-dune-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins)
- ▶ Accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage - Consensus 2001 - (HAS)  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271905/fr/modalites-de-laccompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271905/fr/modalites-de-laccompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage)