

Problèmes d'alcool

P. Gache, E. Sekera,
H. Stalder

Introduction

85% de la population suisse consomme de l'alcool, la majorité sans dommages pour sa santé. Un quart des consommateurs boivent dans des proportions néfastes à leur santé (figure 1). Le médecin de premier recours devrait informer chaque patient des risques liés à l'abus d'alcool. En dehors du traitement des sujets déjà gravement malades de leur consommation d'alcool, il devrait repérer au plus tôt les consommateurs excessifs, chez lesquels les dommages sont encore minimes et passent souvent inaperçus.

Boire trop d'alcool c'est combien?

Les études épidémiologiques confirment qu'à partir d'une certaine quantité d'alcool consommée le risque pour la santé augmente. L'OMS propose de ne pas dépasser 30 g/j (ou 21 U/semaine) pour les hommes et 20 g/j (ou 14 U/semaine) pour les femmes (figure 2).

Des arguments concordants laissent penser qu'une consommation faible d'alcool (<2 U/j) réduirait les risques de mortalité cardiovasculaire. Ces faits ne permettent pas de proposer aux malades de boire un peu d'alcool dans le but de diminuer leur mortalité en raison des risques non négligeables de développer plus tard des problèmes liés à cette consommation.

Dans tous les cas, l'alcool, même à faible dose, est dangereux pour les femmes enceintes, les jeunes, les personnes âgées, les porteurs des virus de l'hépatite B ou C et en cas de prise de la plupart des médicaments.

Figure 1. Répartition de la population en fonction de la consommation d'alcool (d'après Skinner, 1981).

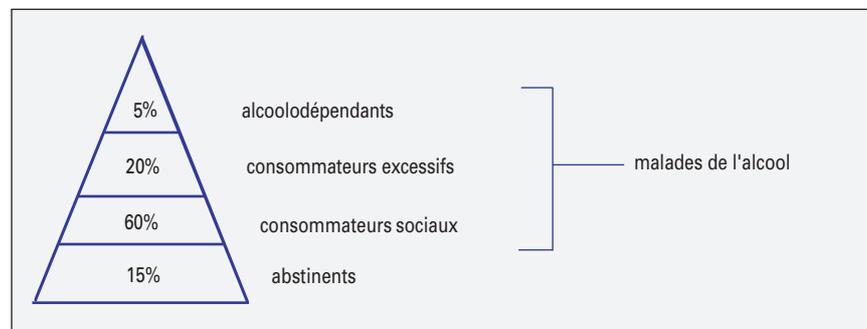


Figure 2. Mesures d'alcool ingéré et d'alcoolémie.

Comment mesurer la consommation d'alcool?

Chaque verre d'alcool contient environ 10 g d'alcool, soit 1 unité standard (U)

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°

Alcoolémie (‰) = $\frac{\text{Poids d'alcool ingéré (g)}}{\text{Poids corporel (kg)} \times F}$ (F = 0,6 pour femmes et 0,7 pour hommes)

1 g/l = 21,7 mmol/l ou 1 mmol/l = 0,046 g/l.
En moyenne, on élimine environ 1 verre d'alcool par heure.

Approche clinique

Anamnèse

Dans l'anamnèse, on recherchera des symptômes qui peuvent mettre «la puce à l'oreille» (tableau 1).

Tableau 1. Symptômes non spécifiques d'abus d'alcool.

Hypertension artérielle	Anxiété
Troubles digestifs	Dépression
Absentéisme professionnel	Lombalgies
Troubles de mémoire et de concentration	Accidents
Problèmes professionnels, légaux, familiaux	Chutes

Clinique

L'examen clinique montre, avec une fréquence variable, les signes suivants: une érythrose faciale et palmaire, une hypertrophie des parotides, un tremblement fin des membres supérieurs, un fœtor alcoolique, une logorrhée, une tension artérielle élevée ou variable, des troubles de l'équilibre, une mauvaise dentition, un foie de taille augmentée, une circulation collatérale, une polynévrite, une maladie de Dupuytren. La spécificité de ces signes est faible, leur sensibilité est pour la plupart d'entre eux inconnue.

Les questionnaires standardisés recommandés au médecin de premier recours sont:

- Le CAGE (tableau 2) (sensibilité 50%, spécificité 80% – ACME en version française) [1] est un questionnaire de dépistage rapide. A partir de 2 réponses positives, la probabilité d'un problème d'alcool est de 80%.
- L'AUDIT (sensibilité 65%, spécificité 90%) [2]: ce questionnaire, validé par

l'OMS, a pour intérêt de séparer les consommateurs d'alcool en 3 groupes: consommateurs sociaux, consommateurs à problèmes et alcoolodépendants. Il est positif à partir de 7 points chez les hommes consommateurs excessifs, de 6 points chez les femmes consommatrices excessives et à partir de 12 points chez les alcoolodépendants quel que soit le sexe.

Tableau 2. ACME (CAGE).

Arrêter: Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool?
Coupable: Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation?
Matin: Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller?
Ennuyé: Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches?
<i>En anglais: Cut down; Annoyed; Guilty; Eyes-opener</i>

Examens complémentaires

L'analyse biologique peut, dans certaines situations, confirmer une suspicion clinique de consommation chronique excessive, mais ne permet jamais poser le diagnostic d'alcoolodépendance!

Deux marqueurs sont d'utilité courante:

- MCV (sensibilité 25%, spécificité 90% en l'absence de carence vitaminiqne).
- γ -GT (sensibilité 60%, spécificité 60%): augmentent après une consommation excessive d'au moins 15 jours. Diminuent de moitié tous les 10 jours.

La carbohydre déficient transferrine (CDT) n'est pas un paramètre de routine. Elle s'élève en cas de consommation chronique excessive >50 g d'alcool/j. Elle peut être utile

Tableau 3. CIM-10 (abrégié): critères de l'alcoolodépendance et code diagnostic.

- | |
|---|
| A) Critères de l'alcoolodépendance: au moins 3 doivent être présents
désir puissant ou compulsif de l'alcool
perte de contrôle
symptômes de sevrage lors de l'arrêt d'alcool, soulagés par sa reprise
tolérance augmentée
abandon d'intérêts au profit de l'alcool
poursuite de consommation malgré la survenue des conséquences nocives pour la santé |
| B) Précision du diagnostic
F10 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool
F10.0 Intoxication aiguë (avec ou sans complications: convulsion, delirium, coma)
F10.1 Utilisation nocive pour la santé
F10.2 Syndrome de dépendance (actuellement: abstinent, utilisation épisodique ou continue)
F10.3 Syndrome de sevrage (avec ou sans: convulsion, delirium) |

dans les situations où la γ -GT est normale malgré une consommation excessive ou quand la γ -GT reste élevée malgré les déclarations d'abstinence du patient (sensibilité 60%, spécificité 90%).

Diagnostic

Une fois le problème repéré, l'étape suivante consiste à poser le diagnostic et notamment à différencier les consommateurs excessifs des alcoolodépendants.

Les consommateurs excessifs dépassent les limites de la consommation sans risque (plus de 3 unités par jour pour les hommes et plus de 2 U/j pour les femmes) et peuvent dans certains cas avoir des problèmes liés à leur consommation (dépression, troubles du sommeil, hépatopathie, perte de l'appétit ...), mais pas de signes de dépendance.

Les alcoolodépendants ont des symptômes correspondant aux critères décrits dans la CIM-10 [3] (tableau 3). La classification DSM IV est également utilisée.

Attitudes et traitement

Le tableau 4 résume quelques conseils utiles pour parler d'alcool.

D'une façon générale le discours est adapté à la phase dans laquelle le patient se trouve par rapport à sa décision de changer de comportement (schéma de Prochaska-Di Clemente) [4, 5] (figure 3, tableau 5).

Quelles interventions proposer?

Aux consommateurs excessifs, le discours est informatif et motivationnel: le médecin va donner un avis clair sur les risques que le sujet encourt avec sa consommation. Il indiquera les possibilités d'aide en soulignant la

Tableau 4. Conseils pour parler d'alcool.

Ecouter attentivement (permet de travailler dans l'empathie et la compréhension)
Reformuler (permet de mettre face aux discordances sans juger)
Poser des questions ouvertes (par ex: «Comment buvez-vous?» au lieu de «Buvez-vous beaucoup?»)
Encourager le patient en fonction des résultats obtenus

responsabilité personnelle du patient à prendre les décisions. Cette intervention peut se faire même en quelques minutes dans une consultation d'urgence avec une efficacité démontrée (intervention brève). Son but est la réduction de la consommation en dessous des seuils proposés.

Pour les alcoolodépendants, l'objectif fixé doit être réaliste et atteignable. Bien qu'une abstinence complète soit un objectif le plus souhaité par le médecin, le patient alcoolodépendant n'est pas toujours prêt à y adhérer. Dans cette situation, mieux vaudra prendre le temps en visant des objectifs moins exigeants (diminution de consommation ou consommation contrôlée), que décourager complètement le patient. Cependant, une abstinence totale reste à obtenir chez les dépendants. Une évaluation préalable bien faite est une condition de réussite. Un suivi régulier pendant une période d'au moins 2 ans est proposé.

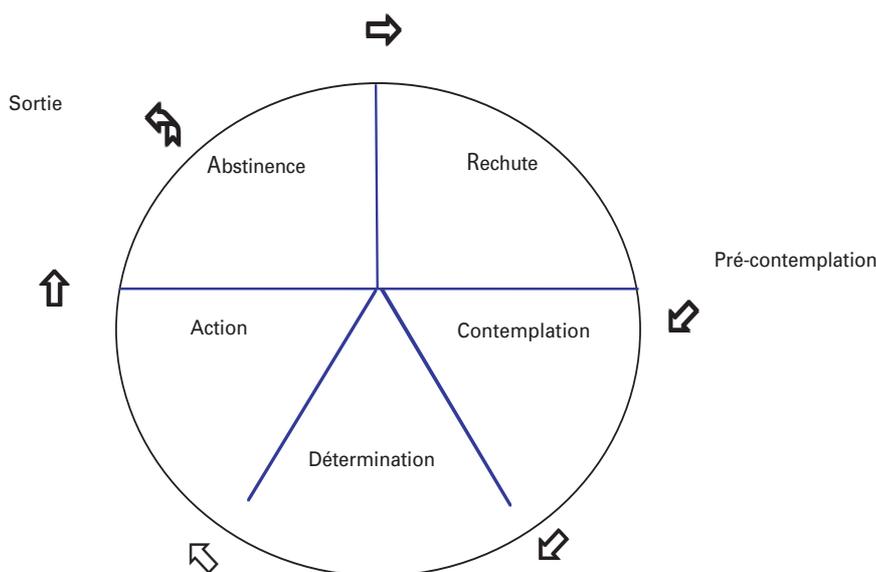
Le projet d'une abstinence complète consiste en 3 phases:

- faire le sevrage
- prévenir la rechute
- s'adapter à la vie sans alcool

Tableau 5. Explication des phases et indication d'attitude adaptée.

Stade	Explication	Attitude
Pré-contemplation	Déni de la réalité: «pas de problème ...»	Informé, prendre le temps, suivre l'état somatique, garder le lien.
Contemplation	Ambivalence: «oui, peut-être ...»	Entretien motivationnel. Mettre sur la balance les effets négatifs et positifs de l'alcool. Un bilan somatique et une analyse biologique peuvent fournir les arguments objectifs en faveur de l'abstinence.
Détermination	Décision: «je veux arrêter ...»	Valoriser toute décision de changement. Aider à trouver une bonne stratégie.
Action et abstinence	Maintien de la décision	Faire une liste des «situations à risque» de rechute. Parler des envies d'alcool. Préparer un «système d'alarme» en cas de rechute (tél. alco-ligne: 0848-800-808, urgences: 144, etc.).
Rechute	Pessimisme, sentiment d'échec	Déramatiser. Être tolérant avec le patient mais pas avec l'alcool. Réunir le réseau de soutien.

Figure 3. Schéma de Prochaska-Di Clemente.



Le sevrage

Il s'agit d'une période de 3-7 jours après l'arrêt total de l'alcool. Il se déroule en ambulatoire ou, en cas de contre-indications (tableau 6) ou si le patient en est demandeur, en milieu hospitalier.

Tableau 6. Contre-indications au sevrage ambulatoire.

Antécédents de crises convulsives ou de delirium tremens
Complications somatiques ou psychiques graves
Isolement social, entourage épuisé
Non-compliance ou manque de collaboration de la part du patient
Echecs de tentatives ambulatoires

Tableau 7. Symptomatologie de sevrage.

Anxiété	} sont les urgences médicales!
Tremblement	
Sudation	
Agitation	
Crises convulsives	
Hallucinations	}
Delirium tremens	
Coma	

Dans tous les cas, le patient doit être informé de la symptomatologie de sevrage (tableau 7) qui varie selon les cas, la réponse au traitement étant individuelle [6].

Seront prescrits: vitamine B1 300 mg/j pendant 3 semaines à tout patient et, en fonction des symptômes de sevrage, oxazepam à doses dégressives (commencer avec 60-150 mg/j, réparties en 4 prises et diminuer chaque jour la dose de 20%). Le patient en sevrage sera suivi régulièrement. L'évaluation des symptômes de sevrage se fait à l'aide des questionnaires standardisés [7].

La prévention de la rechute et l'adaptation à une vie sans alcool

Elle consiste en un suivi médical régulier avec ou sans traitement médicamenteux [8] (tableau 8). Il est souhaitable que le patient participe également à un groupe d'entraide. Selon les cas, il peut y avoir une indication à un suivi psychiatrique et à une psychothérapie. On peut proposer également les méthodes de relaxation et autres méthodes de soutien (sophrologie, acupuncture, etc.). Il est important de collaborer (en accord avec le patient) avec les proches. Finalement, on es-

Tableau 8. Les médicaments disponibles pour le maintien de l'abstinence.

Acamprosate	3 x 2 cp/j	médicament sans contre-indications
Naltrexone	1 cp/j	porter une carte (en cas d'accident éventuel)
Disulfiram	1 cp/j	interdiction stricte d'ingestion d'alcool concomitante!

saiera de travailler en réseau (famille, assistante sociale, etc.) pour aider le patient à s'adapter à sa vie sans alcool.

Alcool et psychopathologie associée

Environ la moitié des patients alcoolodépendants a une comorbidité psychiatrique associée. La méconnaissance d'un trouble psychiatrique peut induire un échec de la prise en charge. L'évaluation du trouble psychiatrique devrait se faire après une période de 2-4 semaines d'abstinence complète, car l'alcool peut induire un tableau de trouble psychiatrique (à savoir que près de la moitié des dépressions sont secondaires à l'alcool). Une fois le diagnostic posé, la psychopathologie est traitée d'une manière adéquate et intégrée au reste du traitement.

Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont: troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de personnalité, schizophrénie.

Le risque suicidaire doit être systématiquement recherché, car l'alcool augmente le risque de passage à l'acte (5% d'alcoolodépendants vont se suicider).

En cas d'utilisation concomitante d'autres substances psycho-actives (opiacés, cocaïne, médicaments, tabac) nous recommandons de traiter en priorité la dépendance la plus dangereuse pour le patient (exemple: en cas de toxicomanie à l'héroïne associée, une cure à la méthadone est proposée en priorité).

Les 3 points plus importants à retenir

Rechercher les habitudes de consommation d'alcool chez tout patient.

Fixer les objectifs réalisables et atteignables dans la prise en charge.

Tout traitement doit être associé à un suivi régulier, avec un réseau de soutien.

Date de la première édition: 25 avril 1997 par B. Krähenbühl
Date de la dernière mise à jour: 6 décembre 2002

par P. Gache, E. Sekera et H. Stalder

Pour tout renseignement, commentaire ou question:

Hans.Stalder@hcuge.ch

Cette stratégie est également disponible sur le web:

<http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

Références

- 1 Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: The keys of the CAGE. *Am J Med* 1993;94:520-3.
- 2 Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) *Addiction* 1993;88:791-804.
- 3 Classification Internationale des Maladies. CIM-10/ICD-10. OMS 1992. Paris: Masson.
- 4 Krähenbühl B. La force de l'autre. Ou l'entretien de motivation avec la personne alcoolique. *Méd et Hyg* 1993;51:2263-6.
- 5 Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change in smoking towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1993;51:390-5.
- 6 Yersin B, Pilet F. Syndrome de sevrage alcoolique: Prise en charge ambulatoire par le médecin praticien. *Rev Méd Suisse Romande* 1998;118:777-81.
- 7 Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989;84:1353-7.
- 8 Gache P, Siegrist G. Les traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance. *Rev Méd Suisse Romande* 1998;118:767-9.

