

Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement

Messages-clés

L'objectif thérapeutique doit prendre en compte les préférences du patient

L'objectif du traitement d'un mésusage de l'alcool est d'abord l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Ainsi, l'intervention thérapeutique devrait cibler la santé physique et psychologique, l'adaptation interpersonnelle, sociale et professionnelle, la situation judiciaire et les autres comportements addictifs et à risque. Une véritable amélioration de la situation du sujet exige cependant un changement important de la consommation d'alcool, que ce soit vers l'abstinence ou une réduction de la consommation. C'est pourquoi le traitement cible généralement d'abord ce changement de consommation et sa stabilisation.

Les objectifs de consommation ont été l'objet d'une longue controverse, notamment pour les personnes dépendantes de l'alcool. Alors que, pour les personnes non dépendantes, il est facilement admis que la seule réduction de la consommation en deçà d'un seuil de risque est le plus souvent satisfaisante, l'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation chez les personnes dépendantes. Il a cependant été montré que certaines personnes dépendantes pouvaient avoir une rémission stable sans abstinence, et que l'acceptation de la préférence du sujet (au contraire de l'imposition, par le professionnel de santé, de son propre point de vue) permettait d'obtenir de meilleurs résultats. Et l'acceptation par les professionnels de santé de l'objectif de réduction de la consommation évite de dissuader les personnes en souffrance avec l'alcool, et non disposées à l'abstinence, de s'engager dans une démarche de soins.

Pour ces raisons, les nouvelles recommandations de la SFA diffèrent nettement des propositions antérieures.

1. Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet.

2. L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, et pour celles ayant un mésusage de l'alcool associé à une comorbidité physique ou psychiatrique. Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages.

3. Pour les sujets avec une consommation nocive ou une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, il faut envisager l'objectif de réduction de la consommation, à moins qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'abstinence.

4. L'objectif de réduction de la consommation devrait viser à ne pas dépasser 21 verres-standard par semaine chez l'homme et 14 verres-standard chez la femme. Cependant, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de réduction de la consommation est plus acceptable que le statu quo, et mérite d'être valorisée. Certains patients n'arrivant à progresser que par étapes, le professionnel de santé est alors amené à adapter les cibles de réduction en fonction des ressources susceptibles d'être mises en œuvre.

Le médecin généraliste, pivot du parcours de soins

Le médecin généraliste reste le pivot de la prise en charge. Permettant un accompagnement de longue durée, il est la première personne-ressource tant pour le sujet que pour son entourage.

1. Tout médecin généraliste devrait avoir reçu une formation lui permettant de repérer un mésusage de l'alcool et de faire une intervention brève.

2. Si le patient ne relève pas d'une intervention brève, ou si celle-ci n'a pas donné de résultat satisfaisant, des interventions thérapeutiques plus complexes peuvent s'envisager au cabinet du médecin généraliste (liste non exhaustive) :

- intervention psychosociale d'intensité modérée, axée sur le renforcement de la motivation au changement, le renforcement du soutien de l'entourage, la facilitation du recours aux mouvements d'entraide, ou l'observance du traitement pharmacologique ;

- traitement médicamenteux chez les personnes ne souhaitant pas s'engager dans l'abstinence, mais souhaitant réduire leur consommation d'alcool ;

- prévention d'un syndrome de sevrage ;

- traitement médicamenteux en vue du maintien de l'abstinence ou de la prévention de la rechute.

3. Certaines interventions thérapeutiques ne peuvent s'envisager que difficilement en cabinet de médecine générale : mésusage très sévère, avec une dépendance physique sévère, des comorbidités somatiques et psychiatriques, ou une situation sociale très précaire. Ces interventions peuvent nécessiter le recours à des équipes plus expérimentées, multidisciplinaires, ou disposant de moyens résidentiels.

4. Le recours à une intervention spécialisée sera également envisagé par les médecins généralistes s'ils n'ont pas été formés ou ne se sentent pas en mesure d'offrir ces interventions se situant au-delà de l'intervention brève.

5. Les spécificités territoriales en matière de dispositifs de soins conditionnent le parcours de soins des patients. ■



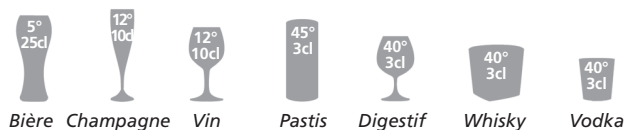
Memento pratique pour la médecine générale – 1

Je connais les seuils à risque

- Jamais plus de **4 verres par occasion** pour l'usage ponctuel.
- Pas plus de **21 verres/semaine** pour l'usage régulier chez l'homme.
- Pas plus de **14 verres/semaine** chez la femme.

Je sais expliquer le verre-standard

Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de **10 grammes** correspondant approximativement à 10 cl de vin, 25 cl de bière à 5 % vol, ou 3 cl d'alcool à 40 % vol.



Équivalences de conditionnements – verres-standard



Je reconnais un mésusage de l'alcool

Usage à risque :

- dépassement des seuils de manière ponctuelle ou régulière, sans dommage somatique, psychique ou social pour l'instant ;
- consommation en dessous des seuils, mais dans des situations particulières à risque (mineur, grossesse, personne âgée, conduite de véhicule, médicaments ou pathologies incompatibles, activité professionnelle ou sportive...).

Usage nocif : dommages somatiques, psychiques ou sociaux, mais sans éléments en faveur d'une dépendance.

Dépendance : désir puissant de consommer, perte de contrôle de la consommation, ou poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

J'ose en parler

- J'adopte un style d'entretien empathique.
- Je demande la permission au patient de discuter de sa consommation d'alcool.
- J'explore l'ambivalence en interrogeant sur les aspects positifs et négatifs de la consommation.
- J'évalue la consommation déclarée d'alcool, par exemple avec l'AUDIT-C.

Je repère quand ?

- **Examen systématique et régulier.**
- Dommages en lien possible avec l'alcool.
- En cas de grossesse (ou désir de grossesse).
- En cas d'exposition/vulnérabilité (adolescence, grand âge, précarité, problèmes psychiatriques ou autres addictions).
- Pathologies résistantes aux traitements.
- Médicaments incompatibles avec l'alcool.
- Tout changement négatif sur le plan somatique, psychique ou social.

J'évalue périodiquement la consommation d'alcool (AUDIT-C)

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

• Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais (0) 1 fois par mois (1) 2 à 4 fois par mois (2)
 2 à 3 fois par semaine (3) 4 fois ou plus par semaine (4)

• Combien de verres-standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

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

• Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?

- Jamais (0) Moins de 1 fois par mois (1) 1 fois par mois (2)
 1 fois par semaine (3) Chaque jour ou presque (4)

→ **Mésusage probable** : score ≥ 4 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme.

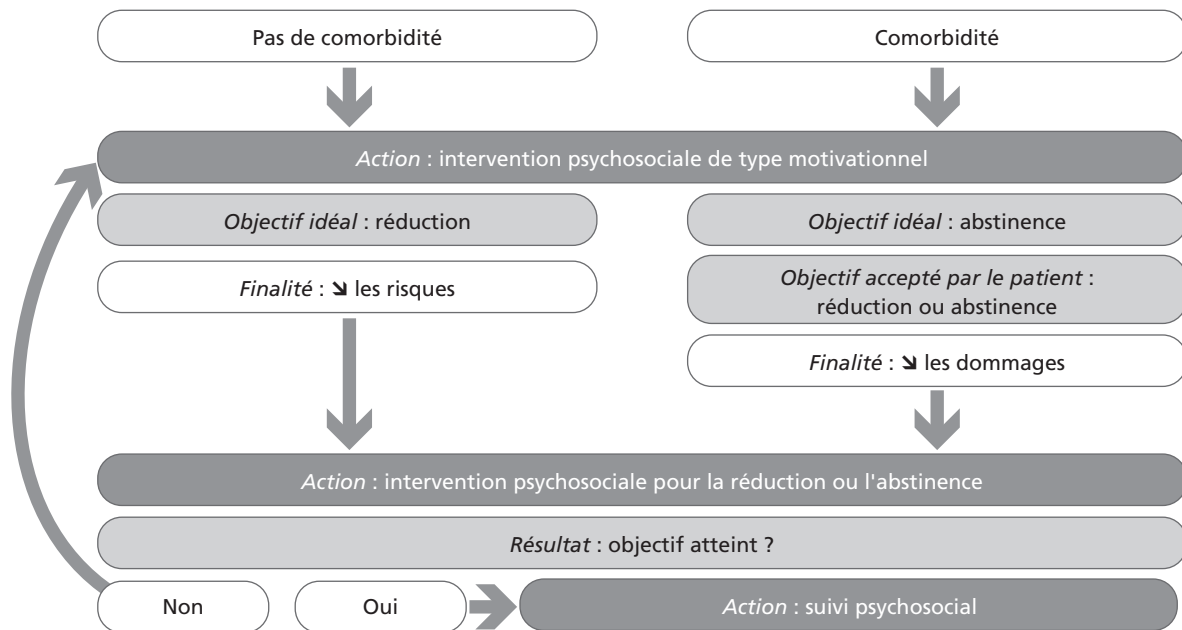
→ **Dépendance probable** : score ≥ 10 quel que soit le sexe.

Memento pratique pour la médecine générale – 2

Quel que soit le score AUDIT-C, j'évalue la consommation moyenne quotidienne d'alcool (CDA) ; je recherche des comorbidités

- Autres troubles d'usage de substances et addictions comportementales.
- Pathologies somatiques en lien avec l'alcool (maladies du foie, cancers, HTA...).
- Pathologies psychiatriques.
- Problèmes sociaux.

AUDIT-C \geq 4 (homme) ou \geq 3 (femme) et $<$ 10



Les interventions psychosociales sont de ma compétence

Éléments motivationnels

- Consommation : mettre l'accent sur le choix personnel.
- Se focaliser sur les préoccupations du patient.
- Valoriser les réussites et les petits succès.
- On peut exprimer son inquiétude sur l'état de santé et le relier à la consommation d'alcool.
- Éviter d'étiqueter le patient (avec un diagnostic stigmatisant).
- Éviter de forcer la résistance du patient.

Réduction de la consommation

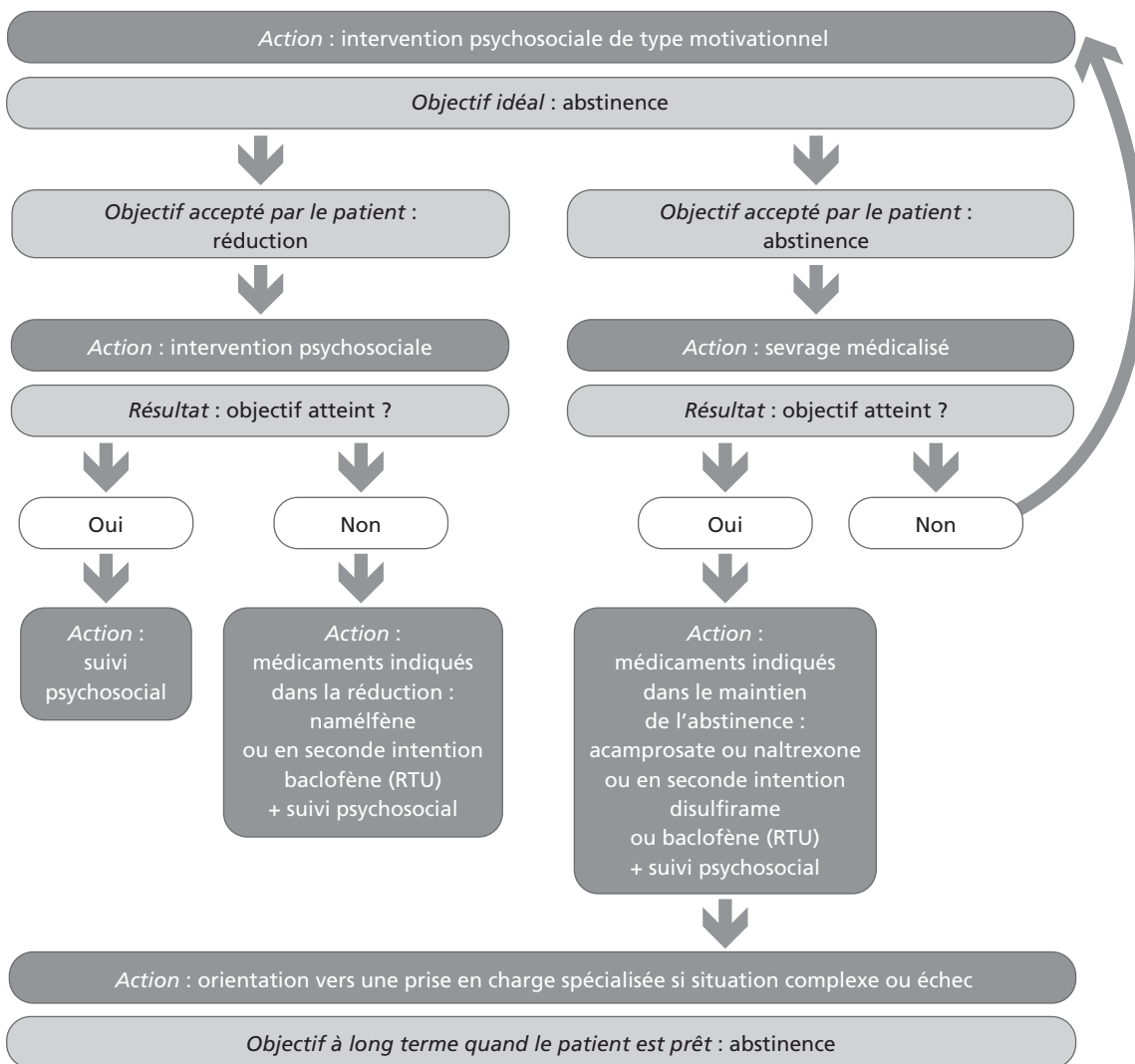
- Insister sur la tenue d'un agenda de consommation.
- Définir ensemble un objectif de consommation.
- Pointer positivement chaque succès.
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour résoudre les difficultés résiduelles.

Maintien de l'abstinence

- Pointer positivement chaque succès.
- Rechercher et pointer les bénéfices liés à l'abstinence (santé, social).
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour gérer les envies de boire.
- Valoriser l'entourage soutenant, orienter vers une association d'entraide.

Memento pratique pour la médecine générale – 3

AUDIT-C \geq 10



Je sais identifier, prévenir et traiter un syndrome de sevrage d'alcool

Des signes qui m'alertent

- Anxiété
- Tremblement
- Sudation
- Agitation
- Accélération du pouls
- Augmentation de la pression artérielle

J'accompagne le sevrage

Le plus souvent :

- les sevrages antérieurs n'ont pas montré de signes de manque ;
 - le patient est vu au début du sevrage et ne présente pas de syndrome de sevrage.
- Simple surveillance sans médicament.

Si risque de syndrome de sevrage :

- Benzodiazépines en première intention.

Memento pratique pour la médecine générale – 4

Je connais les indications d'un sevrage résidentiel

- Delirium ou crises comitiales au moment de l'évaluation ou dans les antécédents.
- Consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines.
- Importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs.
- Comorbidités sévères ou instables, fragilité liée à l'âge.
- Demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire.
- Grossesse.

Je sais prescrire en première intention

- Vitamine B1, 500 mg par jour durant 1 à 3 semaines, selon l'intensité du mésusage.

Pour un sevrage ambulatoire

Cibler la plus petite dose efficace de benzodiazépines, sur la plus courte durée.

À titre d'exemple

Valium® 10 (diazépam) :

- 1-1-1-1 les 1^{er} et 2^e jours d'arrêt de l'alcool.
- 1-1-1 le 3^e jour.
- 1-0-1 le 4^e jour.
- 0-0-1 le 5^e jour. – 1 boîte –

Rester à la maison les 2 premiers jours.

Pas de conduite de véhicule durant le traitement.

Envisager un arrêt de travail et revoir rapidement pour adapter la posologie selon les symptômes de sevrage ou la sédation.

Pour un objectif de réduction

Selincro® (nalméfène) :

- 1 comprimé tous les jours où vous pensez être exposé au risque de boire.
- À prendre idéalement 2 heures avant le moment du risque de boire, ou dès le matin.

– 1 boîte –

Revoir dans 1 semaine, puis 15 jours, puis 1 fois/mois minimum, au moins 6 mois.

Prescription après un essai de réduction infructueux de 15 jours, sans médicament.

Pour un maintien de l'abstinence

Revia® (naltrexone) : 1 comprimé le matin
– 1 boîte de 28 comprimés, renouvelable –

Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 3 mois.

Respecter les recommandations de l'AMM, notamment les contre-indications, comme par exemple les opiacés (analgésiques ou substitution) avec la naltrexone et le nalméfène et surveiller la survenue de signes de sevrage ou d'effets secondaires, afin de les contrôler.

Aotal® (acamprosate) : 2 comprimés matin-midi-soir
– 1 boîte de 180 comprimés, renouvelable –

Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 1 an.

Je sais prescrire en deuxième intention

Espéral® (disulfirame) dans le maintien de l'abstinence : 0,5 à 1 comprimé le matin. Ne jamais associer à l'alcool. Traitement pour un mois renouvelable. Revoir le patient tous les mois.

Baclofène dans le maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation :

- Aller sur le site de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU : <https://www.rtubaclofene.org>) et inscrire le patient, comme ceci est **obligatoire**.
- Bien suivre les recommandations du site et rédiger une ordonnance pour 1 mois de traitement maximum, portant la mention "Prescription hors AMM".
- Remettre au patient l'attestation mensuelle de traitement, imprimable depuis le portail.
- Commencer par un 0,5 comprimé de baclofène 10 mg trois fois par jour pendant 2 à 3 jours, puis 0,5-0,5-1 (2-3 jours), puis 0,5-1-1 (2-3 jours), puis 1-1-1 (2-3 jours), puis augmenter de 1 comprimé tous les 3 jours jusqu'à apparition de l'effet du baclofène.
- À partir de la dose de 120 mg/jour, le prescripteur doit solliciter l'avis d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.
- En cas d'arrêt de traitement, celui-ci devra être progressif (en 1 à 4 semaines, par paliers par exemple de 10 ou 15 mg tous les 2 jours).