

Alcool et Médecine générale

Dossier documentaire

Mai 2015

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

Groupe de travail : Dr Claude Magnani coordinateur GQ Basse Normandie

Groupe de lecture: Dr F Vabret Pôle Santé Mentale Adulte Service addictologie
CHU CAEN

Remerciements : Dr Marie Chaudeurge pour son travail de thèse :

« Pratique de l'objectif de modération des consommations dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants par les médecins généralistes »

PROBLEMATIQUE

1. L'Union européenne est la région du monde où la consommation d'alcool par habitant est la plus élevée avec la Russie et le Canada.
2. L'alcool est le troisième facteur de risque le plus important (après le tabagisme et l'hypertension et devant l'hypercholestérolémie et le surpoids) entraînant des pathologies et des décès prématurés : 49000 décès en France en 2009.
3. Une personne sur 10 à un mésusage d'alcool mais 10% seulement sont pris en charge : en cause l'offre de soins inadaptée et le refus de l'abstinence des patients en souffrance avec l'alcool.
4. Les médecins généralistes ont la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation d'alcool est excessive. (recommandations de la Société Française d'Addictologie : février 2015)

DEFINITION

La consommation d'alcool peut être évaluée en grammes d'alcool consommé ou en nombre de verres standard. En Europe, un verre standard contient le plus souvent 10 g d'alcool.

L'usage d'alcool peut être regroupé en cinq catégories:

1. le non usage
2. l'usage simple
3. l'usage à risque,
4. l'usage nocif et l'usage avec dépendance.

Dans le non usage, l'usage simple et l'usage à risque, il n'y a pas encore de conséquences néfastes secondaires aux consommations d'alcool

Les troubles liés à l'usage de l'alcool apparaissent avec l'usage nocif et la dépendance.

Le mésusage d'alcool comprend l'usage à risque, l'usage nocif et l'alcool dépendance.

<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

La consommation peut être définie en g/L :

	<u>Homme</u>	<u>Femme</u>
Faible	de 1 à 40	de 1 20
Modérée	entre 40 et 60	entre 20 et 40
Elevée	> à 60	> à 40
Très élevée	> à 100	> à 60

L'OMS définit des niveaux de risques liés à une consommation régulière (faible, modéré, élevé) avec un niveau de risque très élevé pour les consommations occasionnelles.

*L'étiologie et l'évolution de l'alcoolisation à **risque** et **nocive** et de l'**alcool dépendance** sont en grande partie expliquées par des facteurs comportementaux, environnementaux et personnels.*

D'autres définitions sont proposées :

1. *Syndrome de dépendance du CIM 10*
2. *Dépendance alcoolique, abus d'alcool : DSM 4*
3. *Trouble de l'usage d'une substance : DSM 5*

<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>



OBJECTIFS

- A. Repérage d'une consommation d'alcool à risque et problématique*
- B. Utilisation d'outils validés pour le dépistage ; d'examens biologiques pour repérer les conséquences d'une alcoolisation chronique*
- C. Evaluer les dommages induits par l'alcool et l'alcoololo dépendance*
- D. Mise en route d'une intervention brève pour restituer aux patients les résultats, l'informer sur le risque, conseiller et choisir un objectif de changement de comportement*
- E. Evaluer l'efficacité du projet et les résultats des interventions*

Repérage et dépistage d'une consommation d'alcool à risque et problématique

Le repérage d'une consommation à risque ou nocive doit être proposé à tous les patients adultes consultant leur généraliste.

Différents modes de repérage :

Clinique : Conforme aux habitudes. Peut laisser l'initiative au patient. **MAIS** Troubles tardifs. Symptômes peu spécifiques.

Biologie : Conforme aux habitudes. Ne dépend pas du discours du patient **MAIS** Troubles tardifs. Très grande variabilité personnelle. Coût.

Questionnaires : Sensibles très précocement. Faible coût. Influencent les personnes qui les remplissent **MAIS** Pas dans les habitudes. Nécessitent de l'organisation. Répétitivité.

Le diagnostic clinique

Ne représente un intérêt qu'à un stade avancé de la dépendance même si la consommation déclarée d'alcool reste simple et efficace.

La biologie avec les marqueurs biologiques

*Indicateurs de mésusage sans valeur de diagnostic avec le dosage des **GGT** ; **VGM** et **CDT** mais avec une valeur d'orientation diagnostique pour l'usage excessif.*

*Seul le dosage du **CDT** reste utile en confirmation et est un bon marqueur pour le suivi et les rechutes*

Questionnaires

Le test AUDIT (alcohol use disorder identification test)

*Ce test est le plus intéressant surtout dans sa forme **AUDIT-C** correspondant aux 3 premières questions de l'**AUDIT** ; facile à retenir et donnant une base pour l'interrogation sur la consommation totale déclarée et le nombre de jours d'alcoolisation ponctuelle importante.*

Le test 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.

Le test AUDIT

10 questions sur la consommation d'alcool dangereuse, nocive et sur la dépendance

Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolisme dépendance probable (11 chez la femme)

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

<http://www.alcoolassistance.net/files/AUDIT.pdf>

http://hepatoweb.com/Documents_PDF/Questionnaire_AUDIT.pdf

Le test FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation)

Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien », en 5 questions, permet de classer les patients selon un risque faible ou nul, une consommation excessive probable, une dépendance probable.

	Score
1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? Jamais <input type="checkbox"/> 0 une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1 2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2 2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 0 trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1 cinq ou six <input type="checkbox"/> 2 sept à neuf <input type="checkbox"/> 3 dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
TOTAL	

Consommation dangereuse :

1. Femmes : score >ou égal à 4
2. Hommes : score >ou égal à 5

Dépendance : Score > ou égal à 9 pour les 2 sexes

Entre les 2 seuils une « intervention brève » est indiquée

<http://www.alcoolassistance.net/files/FACE.pdf>

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU MESUSAGE D'ALCOOL

L'objectif de la prise en charge du patient avec un mésusage d'alcool est l'amélioration de la qualité de vie par une diminution des consommations permettant la diminution du niveau de risque. La Société Française d'Alcoologie (SFA) recommande l'abstinence en cas de comorbidité somatique, psychiatrique, ou dans les dépendances les plus sévères. La réduction de la consommation est un objectif alternatif, qui peut être proposé au patient ayant un mésusage sévère et qui ne souhaite pas (ou ne peut pas encore) s'engager dans l'abstinence.

Les interventions psychosociales

A/ Intervention brève

Objectifs:

- *S'adresse aux patients non dépendants ou présentant un faible niveau de dépendance.*
- *Inciter les patients ayant un trouble peu sévère à réduire leur consommation d'alcool.*

Technique :

Séance courte de 5 à 20 minutes

- Évaluer** avec le consommateur ses risques personnels et situationnels*
- Restituer** les résultats des questionnaires de consommation*
- Identifier** les représentations et les attentes du consommateur.*
- Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.*
- Expliquer les méthodes utilisables** pour réduire ou arrêter sa consommation. et **Proposer des objectifs et laisser le choix.***
- Évaluer la motivation**, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.*
- Réévaluer** dans une autre consultation.*

B/ Entretien motivationnel

L'objectif de l'entretien motivationnel est de renforcer la motivation au changement du patient en s'appuyant sur ses motifs de changement. L'entretien motivationnel est axé sur le patient.

Il insiste sur le fait qu'un changement de comportement est un phénomène volontaire et que la décision et le résultat dépendent du patient. Il est directif et a pour objectif la résolution de l'ambivalence.

L'entretien motivationnel est une méthode de communication plus qu'un ensemble de techniques ou une stratégie spécifique.

C/ Evaluation du projet interventions brèves

Le programme de dépistage et d'interventions brèves est plus efficace que celui de l'hypertension artérielle, du cancer colo rectal et du tabagisme.

L'Organisation mondiale de la santé a estimé qu'une intervention brève réalisée par un médecin, chez 25 % de ses patients concernés par une consommation à risque, épargnerait 9 % de morbidité et de mortalité prématurées induites par l'alcool.

Les traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux font partie intégrante de la prise en charge du patient alcoolodépendant. Ils sont une aide dans le maintien de l'abstinence ou pour limiter les rechutes, mais leur efficacité est modeste. Leur prescription doit toujours s'inscrire dans une prise en charge globale, et ne peut être la seule intervention addictologique.

Deux types :

1/ les médicaments de l'aide au maintien de l'abstinence : Acamprosate, Naltrexone, Baclofène si RTU

2/les médicaments de l'aide à la réduction de consommation : Nalméfène, Baclofène si RTU

Acamprosate: AOTAL® :

- 1. maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant*
- 2. >60kg 6cp/j : 2, 2,2 pendant 1 an.*
- 3. < 60 kg 4cp/j : 2, 1,1*
- 4. Nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales*

Naltrexone : REVIA®

1. *traitement de soutien* dans le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolo-dépendants.
2. 1 cp/j pendant 3 mois.
3. *Diarrhées, douleurs abdominales, nausées, vomissements*

Il en existent deux nouveaux : le **NALMEFENE (Selincro®)** et le **BACLOFENE (Liorésal®)**

Le Nalmefene : le SELINCRO®

Antagoniste des récepteurs opioïdes visant à limiter la consommation d'alcool chez les personnes dépendantes à forte consommation, il a reçu son autorisation européenne de mise sur le marché. 5 mars 2013

http://www.vidal.fr/actualites/5904/selincro_un_medicament_destine_a_reduire_la_consommation_d_alcool_chez_les_personnes_dependantes/

Le Baclofene : LIORESAL® 10 mg, comprimé sécable et BACLOFENE ZENTIVA® 10 mg, comprimé

Il est indiqué dans le maintien de l'abstinence

Myorelaxant d'action centrale, le Baclofène est autorisé depuis 1975 dans le traitement des contractures musculaires involontaires (spasticité) d'origine cérébrale ou survenant au cours d'affections neurologiques (telles que sclérose en plaques ou maladies de la moelle épinière) à des doses de 30 à 75 mg/j pouvant être portées à 100-120 mg/j lors d'un traitement hospitalier.

Des études expérimentales ont suggéré que le Baclofène, par ses effets neurologiques, entraîne un effet anti craving et aurait un effet sur la dépendance et sur l'appétence à l'alcool à haute dose (en moyenne aux doses doubles de l'AMM du Liorésal : 120 mg contre 60 mg) Aucune efficacité du Baclofène à des doses < 60mg.

Les études cliniques comparatives en double insu versus placebo disponibles ne permettaient pas de conclure sur la sécurité d'emploi ni sur l'efficacité du Baclofène dans le traitement de l'alcoolo-dépendance (inclusion de petits effectifs de patients sur de courtes durées de traitement et des doses limitées). Deux autres études ont été commencées en 2012 (Bacloville : promoteur AP-HP et Alpadir : promoteur Ethypharm). Les résultats ne seront pas disponibles avant plusieurs mois mais le rapport bénéfice risque ne serait pas très bon : à suivre...

La prescription de Baclofène est encadrée depuis Mars 2014 d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour son AMM. En général on commence par de petites doses journalières de 15mg environ puis on passe à 30 mg 3-4 jours plus tard et ensuite on augmente de 10 mg tous les 3 à 5 jours jusqu'à la dose thérapeutique qui est variable d'une personne à l'autre, et qui est imprévisible.

http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2014/06/4_RTU_Baclofene_protocole.pdf

Lire :

« **Guide de prescription du baclofène dans le traitement des problèmes d'alcool** »
À l'usage des médecins par Pascal Gache, Renaud de Beaurepaire, Philippe Jaury, Bernard Joussaume, Annie Rapp et Patrick de la Selle

CONCLUSION

Il est temps de prendre conscience que les troubles de l'usage de l'alcool sont des pathologies à part entière. Le plus difficile mais certainement le plus efficace est le changement des habitudes des soignants. Les interventions psycho sociales (interventions brèves entretien motivationnel..) restent les plus efficaces pour des consommations d'alcool faible ou modérée. Pour les consommations sévères avec un score d'Audit élevé (supérieur à 20) un bilan complémentaire avec traitement spécialisé est nécessaire. Les traitements médicamenteux sont un apport complémentaire significatif d'intensité modérée par rapport aux interventions psycho sociales pratiquées seule.

<i>Interventions en fonction du niveau de risque en France</i>				
Niveau de risque	Critères		Intervention	Rôle du médecin généraliste
Risque Faible	Consommation d'alcool en Gr/semaine	H < à 210gr/sem. F < à 140gr/sem.	Prévention primaire	Education pour la santé, renforcement
	Questionnaire Audit C	H < 7 F < 6		
	Questionnaire Face	H < 5 F < 4		
A risque	Consommation d'alcool en Gr/semaine	H > à 210gr/sem. F > à 140gr/sem.	Conseils	Repérage Evaluation Intervention brève
	Questionnaire Audit	H entre 7 et 12 F entre 6 et 12		
	Questionnaire Audit C	H entre 4 et 10 F entre 3 et 10		
	Questionnaire Face	H entre 5 et 8 F entre 4 et 8		
A problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages		Conseils Intervention brève surveillance régulière	Repérage Evaluation Intervention brève Suivi
Alcoolodépendance	Critères CIM 10 ou DSM- IV		Traitements spécialisés	Repérage Evaluation Orientation Suivi
	Questionnaire Audit	Sup ou = à 13		
	Questionnaire Audit C	Sup ou = à 10		
	Questionnaire Face	Sup ou = à 9		

BIBLIOGRAPHIE

1. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iKiJh5ploTsJ:www.inpes.sante.fr/10000/themes/alcool/alcool_et_medicine_generale.asp+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
2. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/reperage_precoce_et_intervention_breve_en_alcoologie_en_premier_recours_-_note_de_cadrage.pdf
3. http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/pp.20-3_exercer_90_Alcool_Rueff_Huas.pdf
4. http://www.cirddalsace.fr/dossiers/07-2013-alcool/RDR_Alcool.pdf
5. file:///C:/Users/claude/Downloads/BEH_16_17_18_2013.pdf
6. file:///C:/Users/claude/Downloads/Mildt_MR_DJM_Synthese.pdf
7. <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/37/1/61.full.pdf>
8. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>
9. <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/une-forte-consommation-d-alcool-a-l-age-adulte-accelere-le-declin-cognitif-chez-les-hommes>
10. <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/une-forte-consommation-d-alcool-a-l-age-adulte-accelere-le-declin-cognitif-chez-les-hommes>
11. <http://www.alcoolassistance.net/files/FACE.pdf>
12. <http://www.alcoolassistance.net/files/AUDIT.pdf>
13. <http://www.sante.public.lu/fr/exposes/conference-nationale-sante/2010/5eme-conference-nationale-sante/07-Jean-Marc-Cloos.pdf>
14. <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
15. <http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf>
16. http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_R2013-SeniorsTC.pdf
17. http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2013-1_RPCtextecourt.pdf
18. http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_BACLOFENE_INTRO_2014avril.pdf
19. http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_RTU_2014avril.pdf
20. <http://www.medscape.fr/voirarticle/3514007>
21. <http://dmq.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Alcool/sevrage.pdf>
22. http://www.vidal.fr/actualites/5904/selincro_un_medicament_destine_a_reduire_la_consommation_d_alcool_cher_les_personnes_dependantes/
23. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/264282cafe82f9e1f08323df4722fda1.pdf

