



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement

D'après la méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

09 février 2015

Version actualisée le 05 juin 2023

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La méthode « Recommandations pour la pratique clinique », appliquée à l'élaboration d'une RBP, est une méthode rigoureuse de synthèse de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupes de lecture) ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Les RBP ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations. Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée en annexe 1 du document.

Pour information, la méthode RPC est décrite dans le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS) disponible sur son site : élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique » - www.has-sante.fr.

Les recommandations sont téléchargeables sur le site :

<https://sfalcoologie.fr>

Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage
59120 Loos
Tél. : 33 (0)7 84 75 01 57
sfa@sfalcoologie.fr

Liste des promoteurs, co-promoteurs, partenaires et groupes ayant participé à l'élaboration de la version 2015 de la recommandation de bonne pratique

Promoteur	Société Française d'Alcoologie.
Co-promoteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Association Addictions France (ex-ANPAA) • European Federation of Addiction Societies (EUFAS).
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Président : Pr François Paille, interniste, président d'honneur de la SFA - Nancy • Pr Henri-Jean Aubin, psychiatre, président de la SFA - Villejuif • Dr Claudine Gillet, médecin du travail, secrétaire générale de la SFA - Nancy • Dr Alain Rigaud, psychiatre, président de l'ANPAA - Reims et Châlons en Champagne.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Addictions Drogues Alcool Info Service (Adalis) • Alliance Prévention Alcool • Collège de la Médecine Générale • Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie (CUNEA) • Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique (CAMERUP) • Fédération Française d'Addictologie (FFA) • Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (FNESAA) • Société Française de Médecine du Travail (SFMT) • Société Francophone (ex-Française) de Tabacologie
Groupe de travail	<p>18 participants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr Francis ABRAMOVICI, médecin généraliste - Lagny sur Marne • Mme Agnès ARTHUS-BERTRAND, membre d'un mouvement d'entraide - Sablé sur Sarthe • Pr Henri-Jean AUBIN, psychiatre - Villejuif • Dr Philippe BATEL, psychiatre - Clichy • M. Florent CHAMBONNEAU, infirmier - Loos • Mme Hélène DAVID, directrice adjointe Association Charonne - Paris • Pr Jean-Bernard DAEPPEN, interniste - Lausanne, Suisse • Dr Corinne DANO, médecin du travail - Angers • Mme Marie-Hélène DEBAR, sage-femme - Nancy • Pr Maurice DEMATTEIS, neurologue - Grenoble • Dr Pascal GACHE, interniste - Genève, Suisse • Dr Jean-Luc GALLAIS, médecin généraliste - Paris • Dr Anne-Françoise HIRSCH, médecin généraliste (ANPAA) - Roubaix • Pr Karl MANN, psychiatre - Mannheim, Allemagne • Pr Romain MOIRAND, gastro-entérologue et hépatologue - Rennes • Dr Benjamin ROLLAND, psychiatre - Lille • Dr Catherine SIMON, psychiatre, vice-présidente de l'ANPAA - Brest • Dr François VABRET, médecin généraliste - Caen.
Groupe de lecture national	<p>37 participants</p> <p>La composition du groupe est précisée dans la rubrique « Participants » en page 122.</p>
Groupe de lecture européen	<p>4 participants</p> <p>La composition du groupe est précisée dans la rubrique « Participants » en page 123.</p>

Groupes ayant participé à la révision 2021 de la recommandation de bonne pratique

<p>Groupe de travail</p>	<p>5 participants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Président : Pr François Paille, interniste-addictologue, président d'honneur de la SFA - Nancy • Pr Henri-Jean Aubin, psychiatre-addictologue, ancien président de la SFA - Villejuif • Pr Mickaël Naassila, physiologiste, Président de la SFA - Amiens • Pr Romain Moirand, hépato-gastro-entérologue-addictologue, secrétaire de la SFA - Rennes • Dr Catherine Simon, psychiatre-addictologue, vice-présidente d'Association Addictions France - Brest
<p>Groupe de lecture national</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Agnès Arthus-Bertrand, membre d'un mouvement d'entraide - Sablé sur Sarthe • Dr Bernard Basset, Président d'Association Addictions France - Paris • Mme Marie Bauer, Présidente de l'URPS sages-femmes - Nancy • Mme Ludivine Buzit, infirmière – Reims • Dr Philippe Castera, médecin généraliste - Bordeaux • Mme Micheline Claudon, psychologue - Courbevoie • Pr Olivier Cottencin, psychiatre-addictologue - Lille • Pr Jean-Bernard Daeppen, interniste-addictologue - Lausanne, Suisse • Dr Corinne Dano, médecin du travail-addictologue - Angers • Pr Maurice Demattéis, neurologue-addictologue - Grenoble • Dr Gérald Demortière, médecin du Travail - Pontoise • Dr Julie Dupouy, médecin généraliste - Toulouse • Dr Benoît Fleury, interniste-addictologue - Bordeaux • Dr Morgane Guillou, psychiatre-addictologue - Brest • M. Félix Le Moan, membre d'un mouvement d'entraide - Plounevez-Quintin • Dr Hervé Martini, addictologue, secrétaire général d'Association Addictions France - Nancy • M. Michel Morin, directeur, Président de la FNESAA -Maizeroy • Pr Pascal Perney, hépato-gastro-entérologue-addictologue - Nîmes • Dr Alain Rigaud, psychiatre-addictologue, Président d'honneur d'Association Addictions France - Reims

SOMMAIRE

I.	PRÉAMBULE.....	6
1-	Contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique	6
2-	Définitions	6
3-	Objectif de la recommandation	7
4-	Population concernée	7
5-	Professionnels concernés	7
6-	Questions traitées dans cette recommandation	7
7-	Gradation des niveaux de preuves utilisés pour cette recommandation.....	8
8-	Avertissement.....	8
II.	RECOMMANDATIONS	9
1-	Comment définir le mésusage de l'alcool ?.....	9
2-	Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?..	16
3-	Quand repérer un mésusage de l'alcool ?.....	16
4-	Comment repérer un mésusage de l'alcool :.....	18
5-	Quelle doit être l'évaluation addictologique, somatique, psychiatrique et sociale d'un mésusage de l'alcool ?.....	24
6-	Quels sont les objectifs de l'intervention thérapeutique ?	28
7-	Quelles interventions thérapeutiques proposer ?	30
8-	Comment gérer la résistance du patient ?	45
9-	Quelle planification de l'intervention ?.....	47
10-	Comment conduire le traitement en vue d'une réduction de consommation ?	48
11-	Comment conduire le traitement en vue d'un sevrage ?.....	50
12-	Comment prévenir la rechute ?	54
13-	Quelles sont les indications du recours à une intervention spécialisée ?	56
14-	Quelles sont les indications d'un traitement résidentiel ?	59
15-	Quelle est la place des interventions non pharmacologiques et non psychothérapeutiques (intervention socioéducative, ergothérapie, psychomotricité, éducation spécialisée, animation sportive...) ?.....	62
16-	Comment conduire le traitement d'un mésusage de l'alcool auprès de publics spécifiques : femme enceinte, adolescent, personne âgée, ou souffrant de comorbidité somatique, psychiatrique, de polyconsommation, de difficultés sociales, personne sous-main de justice ?.....	65
17-	Comment répondre aux situations de crises en alcoologie ?	70
18-	Place et rôle de l'entourage et de l'environnement (y compris le travail)	72
19-	Quelle est la place des associations de patients ou de sujets atteints de troubles dus à l'usage d'alcool ?	73

III. MESSAGES-CLÉS.....	75
IV. ANNEXES	81
V. RÉFÉRENCES	111
VI. PARTICIPANTS.....	123
1- Organismes professionnels et associations de patients et d’usagers	123
2- Groupe de travail	123
3- Groupe de lecture national	123
4- Groupe de lecture européen	124
5- Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet.....	124
6- REMERCIEMENTS	124
VII. FICHE DESCRIPTIVE	126

I. PRÉAMBULE

1- Contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a inscrit à son programme de travail 2013-2014 l'élaboration de recommandations de bonne pratique sur « Le mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement ». La SFA a proposé plusieurs recommandations sur ce sujet entre 1999 et 2003. Cependant le champ de l'alcoologie, et plus généralement de l'addictologie, a évolué rapidement depuis cette époque. Les concepts, les connaissances et les pratiques se sont modifiés, de nouveaux médicaments sont en cours d'évaluation et, pour certains de commercialisation. La prescription de Baclofène s'est répandue. Selon une méta-analyse récente (1), 20,4% des personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool sont traitées pour ce trouble (20,8% pour la dépendance à l'alcool) dans les pays à revenus élevés. Les difficultés à s'engager dans l'abstinence font partie des premières raisons données par les personnes en souffrance avec l'alcool (2). Ce constat doit nous amener à nous interroger sur l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins perçus par les personnes concernées. Il apparaît évident que l'implication des médecins généralistes est cruciale pour faciliter l'accès aux soins des personnes souffrant d'un mésusage d'alcool.

Santé Publique France et l'Institut National du Cancer ont été mandatés le 21 juin 2016 par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives et la Direction Générale de la Santé afin de faire des propositions pour le renouvellement du discours public sur l'alcool. Un groupe multidisciplinaire d'experts a été constitué pour élaborer des recommandations dont l'avis a été publié le 4 mai 2017. Ces recommandations comportent des nouveaux repères de consommation d'alcool, que nous avons retenus dans une nouvelle définition de l'usage à faible risque

Ainsi, il est apparu nécessaire d'actualiser les recommandations sur ce thème. La SFA a retenu de travailler d'après la rigoureuse méthode « Recommandations pour la pratique clinique », avec un financement public et privé.

La SFA a souhaité associer pleinement à ces travaux l'Association Addictions France reconnue d'utilité publique depuis 1880 et agréée d'éducation populaire depuis 1974) et partager la réflexion avec celle des collègues étrangers, réunis au sein de l'European Federation of Addiction Societies (EUFAS). La place, essentielle, du médecin généraliste a fait l'objet d'une attention particulière dans la conduite de ce travail.

2- Définitions

On considère 5 catégories d'usage de l'alcool :

- Le non-usage,
- L'usage à faible risque,
- Le mésusage qui comprend 3 catégories :
 - L'usage à risque,
 - L'usage nocif,
 - L'usage avec dépendance.

Le non-usage, l'usage à faible risque et l'usage à risque représentent les formes d'usage asymptomatiques, pour lesquelles il n'existe pas -ou pas encore- de conséquences manifestes de l'usage.

Les troubles liés à l'usage de l'alcool, représentés par l'usage nocif et l'usage avec dépendance, correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, c'est-à-dire qui se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical.

Les objectifs principaux de la prise en charge du mésusage de l'alcool sont d'éviter l'évolution vers des complications et de réduire les dommages consécutifs à ce comportement, diminuant ainsi la mortalité due

à ces troubles, leur importante morbidité, qu'elle soit somatique, psychologique ou sociale et d'améliorer la qualité de vie des patients.

3- Objectif de la recommandation

L'objectif de ce travail est d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes présentant un mésusage de l'alcool.

4- Population concernée

Ces recommandations concernent tous les patients présentant un mésusage de l'alcool.

5- Professionnels concernés

Bien que de nombreux professionnels soient potentiellement concernés par les conduites addictives (champs sanitaire, social, judiciaire, éducatif..), ces recommandations sont essentiellement destinées aux médecins généralistes, aux addictologues et, de façon générale, à tous les professionnels de santé, médecins (notamment internistes, hépato-gastro-entérologues, médecins du travail, neurologues, psychiatres...) ou infirmiers, psychologues, sage-femmes, pharmaciens, mouvements d'entraide... qui prennent en charge des patients présentant un mésusage de l'alcool.

6- Questions traitées dans cette recommandation

I/ DÉFINITIONS ET REPÉRAGE

1. Comment définir le mésusage de l'alcool ?
2. Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?
3. Quand repérer un mésusage de l'alcool ?
4. Comment repérer un mésusage de l'alcool
 - Chez l'adulte ?
 - Chez la femme enceinte ?
 - Chez le sujet âgé ?
 - Chez l'adolescent ?
5. Quelle doit être l'évaluation addictologique, somatique, psychiatrique et sociale d'un mésusage de l'alcool ?

II/ INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES

6. Quels sont les objectifs de l'intervention thérapeutique ?
7. Quelles interventions thérapeutiques proposer ?
8. Comment gérer la résistance du patient ?
9. Quelle planification de l'intervention ?
10. Comment conduire le traitement en vue d'une réduction de consommation ?
11. Comment conduire le traitement en vue d'un sevrage ?
12. Comment prévenir la rechute ?
13. Quelles sont les indications du recours à une intervention spécialisée ?
14. Quelles sont les indications d'un traitement résidentiel ?
15. Quelle est la place des interventions non pharmacologiques et non psychothérapeutiques (intervention socio-éducative, ergothérapie, psychomotricité, éducation spécialisée, animation sportive...) ?
16. Comment conduire le traitement d'un mésusage de l'alcool auprès des publics spécifiques : femme enceinte, adolescent, personne âgée, ou souffrant de comorbidité somatique, psychiatrique, de polyconsommation, de difficultés sociales, personne sous-main de justice... ?

17. Comment répondre aux situations de crises en alcoologie ?
18. Place et rôle de l'entourage et de l'environnement (y compris le travail)
19. Quelle est la place des associations de patients ou de sujets atteints d'un mésusage de l'alcool ?

Messages-clés

Deux messages essentiels de ces recommandations sont mis en exergue dans cette courte section. Ils sont accompagnés d'un mémento pratique à l'intention des acteurs (intervenants) sur le terrain, le médecin généraliste notamment.

7- Gradation des niveaux de preuves utilisés pour cette recommandation

Voir également en Annexe 5. Méthode de travail ; chapitre Méthodologie, page 102)

Gradation des niveaux de preuve	
A	<p>Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve -niveau de preuve 1- :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, - Analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	<p>Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve -niveau de preuve 2- :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance, - Études comparatives non randomisées bien menées, - Études de cohorte.
C	<p>Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve :</p> <p>-niveau de preuve 3- :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Études cas-témoins <p>-niveau de preuve 4- :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Études rétrospectives, - Séries de cas, - Études comparatives comportant des biais importants.
AE	<p>Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.</p>

8- Avertissement

Il est important de noter que le financement de ce travail a été assuré par des fonds publics et privés. De ce fait, les recommandations ainsi élaborées ne sont pas labellisées par la Haute Autorité de Santé, qui n'accepte aucun travail financé en collaboration avec des industriels.

II. RECOMMANDATIONS

1- Comment définir le mésusage de l'alcool ?

Il existe, chez les consommateurs d'alcool, un continuum entre l'usage d'alcool associé à un niveau de risque faible, et les formes les plus sévères de troubles liés à l'usage de l'alcool, dans lesquelles les répercussions de la consommation sont majeures (3–9). On peut distinguer, par niveau de risque croissant : le non-usage (8), les formes d'usage asymptomatiques (usage à faible risque et usage à risque) pour lesquelles il n'existe pas ou pas encore de conséquences manifestes de l'usage, et enfin les troubles liés à l'usage de l'alcool qui correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, c'est-à-dire qui se traduisent par des conséquences manifestes sur le plan social, psychologique ou médical.

NON-USAGE

Le non-usage, encore appelé « abstinence », est défini par l'absence de consommation (8).

Il peut être (8) :

- 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 advient après une période de mésusage.

USAGE A FAIBLE RISQUE

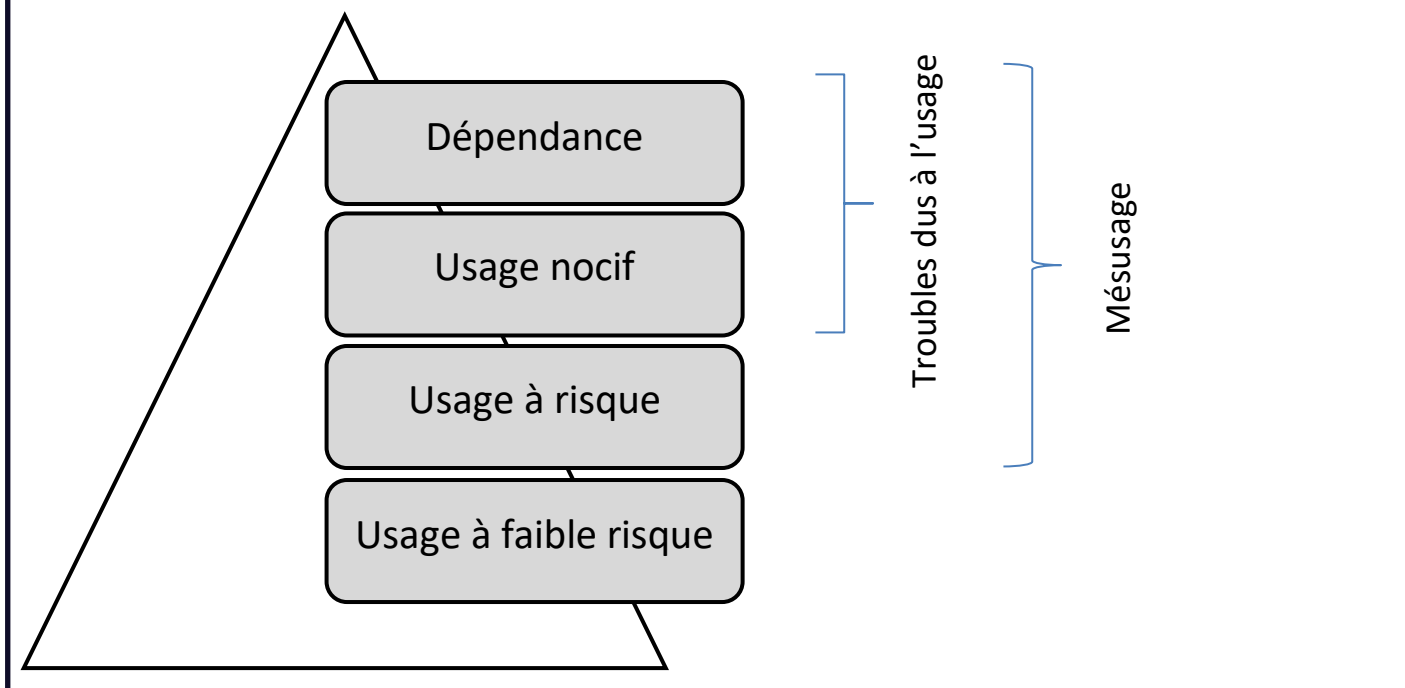
L'usage à faible risque est défini par une consommation à la fois : 1) asymptomatique, et 2) conforme aux repères de consommation d'alcool recommandés par Santé Publique France et l'Institut National du Cancer (encadré 3).

MESUSAGE

Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner.

Par définition, le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool (encadré 1).

Encadré 1 - Usage, mésusage, troubles dus à l'usage : un continuum



L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 2000 plusieurs niveaux de risque de consommation à partir des données épidémiologiques disponibles avec des seuils différents pour la femme et pour l'homme (10,11) (encadré 2). Ces seuils, bien qu'anciens, sont toujours utilisés dans l'évaluation de l'efficacité des médicaments visant la réduction de la consommation d'alcool.

Encadré 2 - Niveaux de risque de consommation selon l'OMS

Selon l'OMS, la consommation d'alcool peut être catégorisée en différents niveaux de risque pour la santé (10,11)

Critères de l'OMS pour les risques aigus liés à une consommation un jour donnée

Consommation totale (g/j)		
	Hommes	Femmes
Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Elevé	> 60 à 100	> 40 à 60
Très élevé	> 100	> 60

Critères de l'OMS pour les risques chroniques liés à une consommation habituelle

Consommation totale (g/j)		
	Hommes	Femmes
Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Elevé	> 60	> 40

En France, des repères de consommation d'alcool ont été proposés en 2017 par Santé Publique France et l'Institut National du Cancer à partir d'une synthèse des études les plus récentes sur la mortalité attribuable à l'alcool (8) (encadré 3).

Encadré 3 - Les repères de consommation d'alcool en France

L'unité de mesure servant à définir les seuils de risque en France est le verre standard. Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes, correspondant approximativement à 10 cl de vin, à 25 cl de bière à 5 % vol, ou à 3 cl d'alcool à 40 % vol.

Les repères retenus sont les suivants :

- maximum 10 verres par semaine,
- maximum 2 verres par jour,
- des jours dans la semaine sans consommation.

Ces repères de consommation s'adressent aux femmes (hors grossesse) et aux hommes en bonne santé.

Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour la santé et celle de l'enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

Pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour la santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

Globalement, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas :

- de conduite automobile
- de manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.)
- de pratique de sports à risque
- de consommation de certains médicaments
- de l'existence de certaines pathologies

Ces repères sont assortis de conseils :

- Réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez
- Boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau
- Eviter les lieux et les activités à risque
- S'assurer que vous avez des personnes que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité

USAGE A RISQUE

L'usage à risque est la forme la moins sévère du mésusage. L'usage à risque est asymptomatique, mais est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages (8,9). La définition de l'usage à risque a récemment été introduite dans la 11ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM) comme un facteur de risque (9). Il s'agit "d'un mode de consommation d'alcool qui augmente sensiblement le risque de conséquences néfastes pour la santé physique ou mentale de l'utilisateur ou d'autrui, à un point tel qu'il justifie l'attention et les conseils des professionnels de la santé. (12). Le risque accru peut être dû à la fréquence de la consommation d'alcool, à la quantité consommée en une occasion donnée, aux comportements à risque associés à la consommation d'alcool ou au contexte de la consommation, ou à une combinaison de ces éléments. Le risque peut être lié aux effets à court terme de l'alcool ou à des effets cumulatifs à plus long terme sur la santé ou le fonctionnement physique ou mental. La consommation dangereuse d'alcool n'a pas encore atteint le niveau où elle a causé des dommages à la santé physique ou mentale de l'utilisateur ou de son entourage. Le mode de consommation d'alcool persiste souvent malgré la conscience d'un risque accru pour le consommateur ou pour les autres."

TROUBLES DUS A L'USAGE D'ALCOOL

Les troubles dus à l'usage d'alcool sont définis par l'existence de symptômes, et non par un niveau de consommation spécifique. La caractéristique essentielle des troubles dus à l'usage d'alcool est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet subit des dommages consécutifs à la consommation ou continue à consommer de l'alcool malgré leur persistance. On peut retrouver, selon le type de classification (CIM-10, CIM-11, DSM-IV ou DSM-5), des complications physiques, psychiques ou sociales de la consommation, un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer (craving), une perte de contrôle de la consommation, ou la poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

Les principaux systèmes de classification diagnostique reconnaissent au moins deux niveaux de sévérité des troubles liés à l'usage de l'alcool. Le DSM-IV-TR propose deux diagnostics hiérarchisés : l'abus et la dépendance (13). La CIM-10 et la CIM-11 proposent également deux diagnostics hiérarchisés : l'usage nocif (encadré 5) et la dépendance (encadré 6) (14). Dans les deux systèmes, un diagnostic de dépendance rend impossible le diagnostic d'abus (DSM-IV-TR) ou d'usage nocif (CIM-11) (13,14). En ce sens, la dépendance est considérée comme une forme plus sévère des troubles dus à l'usage d'alcool. Le DSM-5 propose quant à lui un diagnostic à 11 critères : alcohol use disorder (traduit par « trouble de l'usage de l'alcool ») avec trois niveaux de sévérité : léger (au moins 2 critères présents sur 11, moyen (au moins 4) et grave (au moins 6) (encadré 9) (15). La notion d'un gradient de sévérité dans les troubles dus à l'usage d'alcool est aujourd'hui consensuelle (3–9,11).

Encadré 4 - Troubles liés à l'utilisation d'alcool ou troubles dus à l'usage d'alcool ? Quelle terminologie ?

Les troubles dus à l'usage d'alcool correspondent à l'ensemble des conduites et complications pathologiques des consommations d'alcool. Ils sont décrits dans la CIM-10 et la CIM-11 :

- CIM-10 : intoxication alcoolique aiguë, usage nocif pour la santé, syndrome de dépendance, syndrome de sevrage alcoolique, syndrome de sevrage avec delirium, trouble psychotique, syndrome amnésique, troubles résiduels et trouble psychotique de survenue tardive, autres troubles mentaux et troubles du comportement, trouble mental et trouble du comportement, sans précision.
- CIM-11 : Episode d'utilisation nocive pour la santé, intoxication alcoolique aiguë, mode d'usage nocif pour la santé, dépendance à l'alcool, syndrome de sevrage alcoolique, delirium induit par l'alcool, trouble psychotique induit par l'alcool, trouble de l'humeur induit par l'alcool, trouble anxieux induit par l'alcool, syndrome amnésique induit par l'alcool, trouble démentiel induit par l'alcool, autres troubles spécifiques induits par l'alcool, troubles induits par l'alcool sans précision.

Le trouble de l'usage d'alcool correspond dans le DSM-5 à un diagnostic rassemblant 11 critères, essentiellement issus des anciens diagnostics d'abus et de dépendance du DSM-IV-TR.

Il a été décidé dans ces recommandations de s'en tenir à la classification de la CIM-11, proposée par l'OMS.

Dans cette classification, les troubles dus à l'usage d'alcool comprennent notamment les diagnostics d'usage nocif pour la santé et de syndrome de dépendance, dont l'apparition change les thérapeutiques à envisager, ce que ne reflète pas assez le DSM-5

Par commodité de langage et par souci de cohérence avec nos précédentes recommandations, nous avons décidé, d'une part, d'utiliser le terme « usage » plutôt qu'« utilisation », et d'autre part, de ne pas systématiquement préciser « pour la santé » dans le terme usage nocif pour la santé, qui devient ainsi « usage nocif » dans ce document. En effet, le terme « utilisation » renvoie à un ensemble plus vaste qu'« usage », qui renvoie au comportement de la personne.

Encadré 5 - Usage nocif pour la santé (CIM-11)

Schéma de consommation d'alcool qui a porté préjudice à la santé physique ou mentale d'une personne ou a entraîné un comportement portant atteinte à la santé d'autrui. Le schéma de consommation d'alcool est évident sur une période d'au moins 12 mois si la consommation de la substance est épisodique ou d'au moins un mois si la consommation est continue. Un préjudice est porté à la santé de l'individu pour une ou plusieurs des raisons suivantes : (1) comportement lié à une intoxication ; (2) effets toxiques directs ou secondaires sur les organes et systèmes du corps ; ou (3) voie d'administration nocive. L'atteinte à la santé d'autrui comprend toute forme de préjudice physique, y compris un traumatisme, ou un trouble mental directement attribuable à un comportement dû à une intoxication par l'alcool de la part de la personne concernée par le schéma nocif de consommation d'alcool.

Encadré 6 - Syndrome de dépendance (CIM-11)

La dépendance à l'alcool est un trouble du contrôle de la consommation d'alcool résultant d'une consommation répétée ou continue d'alcool. Elle se caractérise par une forte pulsion interne de consommer de l'alcool, qui se manifeste par une altération de la capacité à contrôler la consommation, une priorité croissante accordée à la consommation par rapport à d'autres activités et la persistance de la consommation malgré les dommages ou les conséquences négatives. Ces expériences sont souvent accompagnées d'une sensation subjective d'envie ou de besoin impérieux de consommer de l'alcool. Les caractéristiques physiologiques de la dépendance peuvent également être présentes, notamment la tolérance aux effets de l'alcool, les symptômes de sevrage après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool, ou la consommation répétée d'alcool ou de substances pharmacologiquement similaires pour prévenir ou atténuer les symptômes de sevrage. Les caractéristiques de la dépendance se manifestent généralement sur une période d'au moins 12 mois, mais le diagnostic peut être posé si la consommation d'alcool est continue (quotidienne ou quasi quotidienne) pendant au moins 3 mois.

Encadré 7 - Trouble de l'usage d'une substance (DSM-5)

Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation de l'alcool.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envies impérieuses (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool
 - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Sévérité actuelle :

Léger : Présence de 2 – 3 symptômes

Moyen : Présence de 4 – 5 symptômes

Grave : Présence de six symptômes ou plus

RECOMMANDATIONS

1.1. Le mésusage comprend 3 catégories :

- L'usage à risque,
- L'usage nocif,
- L'usage avec dépendance.

Dans l'usage à risque, il n'existe pas -ou pas encore- de conséquences manifestes de l'usage.

Selon la Classification Internationale des Maladies, les troubles dus à l'usage d'alcool comprennent notamment l'usage nocif et l'usage avec dépendance et correspondent aux formes symptomatiques de l'usage.

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

1.3. L'usage à risque correspond à un mode de consommation d'alcool qui augmente sensiblement le risque de conséquences négatives sur la santé physique ou mentale du consommateur lui-même ou d'autrui, à un point qui justifie l'attention et l'intervention des professionnels de santé. Les repères de consommation proposés par Santé Publique France et l'Institut national du cancer sont :

- maximum 10 verres par semaine,
- maximum 2 verres par jour,
- des jours dans la semaine sans consommation.

Ces repères de consommation s'adressent aux femmes (hors grossesse) et aux hommes en bonne santé.

Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour la santé et celle de l'enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

Pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour la santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

Globalement, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas :

- de conduite automobile
- de manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.)
- de pratique de sports à risque
- de consommation de certains médicaments
- de l'existence de certaines pathologies

Ces repères sont assortis de conseils :

- Réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez
- Boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau
- Eviter les lieux et les activités à risque
- S'assurer que vous avez des personnes que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité

1.4. Les troubles dus à l'usage d'alcool sont un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et somatiques, indiquant que le sujet subit des dommages consécutifs à la consommation ou continue à consommer de l'alcool malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation. On peut retrouver des complications physiques, psychiques ou sociales de la consommation, un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer, une perte de contrôle de la consommation, ou la poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

1.5. Il existe un gradient de sévérité dans les troubles dus à l'usage d'alcool.

2- Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?

Le repérage d'un mésusage de l'alcool est efficace et pertinent en médecine générale (16,17) (Niveau de preuve 1) et en pratique infirmière de soins primaires (18) (Niveau de preuve 1).

Les médecins généralistes, comme tous professionnels de santé, doivent donc être les acteurs privilégiés du repérage des problèmes d'alcool, tout au long de la vie d'un individu et de son parcours de santé (16) (GRADE A).

Le repérage d'un mésusage de l'alcool implique d'intégrer le savoir-faire relationnel nécessaire pour aborder la question de la consommation d'alcool avec un patient.

Les professionnels de soins primaires qui s'estiment incompetents ou ont une réticence pour aborder les problématiques d'alcool avec les patients peuvent améliorer leur pratique par une formation spécifique (19)(16) (Niveau de preuve 1).

Les professionnels concernés doivent donc se former au repérage du mésusage dans l'intérêt des patients (GRADE A).

L'utilisation des questionnaires standardisés chez des professionnels non-soignants n'a jamais été évaluée correctement (16). Par ailleurs, l'utilisation des questionnaires par ces professionnels peut être source de problèmes éthiques relatifs à la confidentialité de l'information médicale. Il est donc recommandé que les professionnels non-soignants ayant suspecté un problème d'alcool dirigent systématiquement le sujet vers un professionnel de santé approprié aux circonstances, c'est-à-dire : le médecin généraliste, des professionnels du champ médico-social pour le secteur socioéducatif, des médecins chargés d'appliquer les obligations de soins ou injonctions thérapeutiques pour le secteur judiciaire, des personnels de santé travaillant respectivement en prison pour le secteur carcéral, en médecine du travail pour le secteur professionnel, en santé scolaire pour le secteur scolaire, et des professionnels de la périnatalité pour les femmes enceintes (AE).

RECOMMANDATIONS

2.1. Le repérage d'un mésusage de l'alcool est en priorité la mission des médecins généralistes, comme celle de tout professionnel de santé (GRADE A).

Toutefois, compte tenu de la fréquence des problèmes d'alcool en population générale, tout professionnel de santé, quelle que soit sa spécialité, devrait être en mesure de repérer un mésusage de l'alcool (GRADE A).

2.2. Il est recommandé que tout professionnel de santé bénéficie d'une formation initiale et/ou continue pour acquérir cette compétence (GRADE A).

2.3. Tout professionnel n'exerçant pas dans le domaine de la santé, qui suspecte un mésusage de l'alcool chez une personne, doit favoriser l'accompagnement et l'orientation vers la consultation d'un professionnel soignant compétent.

3- Quand repérer un mésusage de l'alcool ?

La première forme de mésusage, l'usage à risque, peut se prolonger pendant une longue période, qui sera par définition asymptomatique. C'est pourquoi il ne faut pas attendre des signes d'appel pour penser à repérer un mésusage de l'alcool (AE).

Pour le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, il faut penser à rechercher un mésusage de l'alcool dans les situations suivantes (20) :

- Lors de l'examen de routine ;
- Lors de la prescription d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool (antibiotiques, antidépresseurs, antihistaminiques, benzodiazépines, myorelaxants, antalgiques opiacés, anti-inflammatoires, warfarine...);
- Lors d'un passage au service d'accueil des urgences ;
- Chez les femmes enceintes ou avec désir de grossesse ;
- Chez les personnes à haut risque de boire en excès : fumeurs, adolescents et jeunes adultes ;
- Chez les personnes ayant des problèmes de santé souvent liés à la consommation excessive d'alcool : hypertension artérielle, arythmie cardiaque, dyspepsie, maladie du foie, dépression ou anxiété, insomnie, traumatismes ;
- Chez les personnes ayant une pathologie chronique résistante au traitement : douleur chronique, diabète, troubles gastro-intestinaux, dépression, cardiopathie, hypertension artérielle.

Le repérage doit être noté et régulièrement réactualisé dans le dossier médical, la consommation étant une donnée évolutive dans le temps.

La présence d'un mésusage de l'alcool peut apparaître à tout âge, de l'enfance jusque chez le sujet âgé (21) (Niveau de preuve 2). En conséquence, le repérage du mésusage de l'alcool doit être adapté à l'âge (GRADE B) (22). Chez l'enfant, il est recommandé de commencer par explorer une éventuelle expérimentation de l'alcool (« Y a-t-il déjà eu consommation d'alcool au moins une fois ? ») (AE).

Compte tenu d'une vulnérabilité spécifique à la survenue d'un mésusage ou à ses conséquences, certaines populations doivent faire l'objet d'une surveillance particulière en ce qui concerne le niveau de consommation d'alcool : femmes enceintes (23,24) (Niveau de preuve 2), adolescents (25–27) (Niveau de preuve 1), sujets atteints de troubles psychiatriques (28–31) (Niveau de preuve 2) ou d'autres troubles d'usage de substances (32) (Niveau de preuve 2), sujets âgés (33) (Niveau de preuve 2), sujets en situation de précarité (31) (Niveau de preuve 2) (GRADE B).

Dans les familles en situation de vulnérabilité, les professionnels doivent avoir une attention toute particulière sur les enfants et l'impact de l'alcool dans le système familial.

RECOMMANDATIONS

3.1. Le repérage d'un mésusage de l'alcool doit concerner tout patient, quel que soit son âge (GRADE B). Chez l'enfant, il est recommandé de repérer en premier lieu s'il y a déjà eu expérimentation de l'alcool (AE).

3.2. Il faut penser à rechercher un mésusage de l'alcool :

- Lors de l'examen de routine ;
- Lors de la prescription d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool (antibiotiques, antidépresseurs, antihistaminiques, benzodiazépines, myorelaxants, antalgiques opiacés, anti-inflammatoires, warfarine... ;)
- Lors d'un passage au service d'accueil des urgences ;
- Chez les femmes enceintes ou avec désir de grossesse ;
- Chez les personnes à haut risque de boire en excès : fumeurs, adolescents et jeunes adultes ;

- Chez les personnes ayant des problèmes de santé souvent liés à la consommation excessive d'alcool : hypertension artérielle arythmie cardiaque, dyspepsie, maladie du foie, dépression ou anxiété, insomnie, traumatismes ;
- Chez les personnes ayant une pathologie chronique résistante au traitement : douleur chronique, diabète, troubles gastro-intestinaux, dépression, cardiopathie, hypertension artérielle.

3.3. Certaines populations particulièrement exposées ou vulnérables doivent faire l'objet d'une surveillance soutenue de la consommation d'alcool : femmes enceintes, adolescents, sujets atteints de troubles psychiatriques ou de troubles d'usage d'autres substances, sujets âgés, sujets en situation de précarité (GRADE B).

4- Comment repérer un mésusage de l'alcool :

- Chez l'adulte ?
- Chez la femme enceinte ?
- Chez le sujet âgé ?
- Chez l'adolescent ?

A. Comment repérer un mésusage de l'alcool chez l'adulte ?

- Sur quels indices faut-il suspecter un mésusage ?

Les indicateurs sociaux sont généralement les plus précoces (9) : problèmes avec le travail, la situation financière, la situation conjugale, problèmes relationnels répétés, violence domestique...

Les indicateurs cliniques les plus fréquents sont non spécifiques : troubles du sommeil, dépression, anxiété, hypertension, accidents répétés, dilatation capillaire du visage, yeux rouges, troubles gastro-intestinaux, troubles cognitifs...

Souvent, les indicateurs biologiques se positivent assez tardivement et ne peuvent pas suffire comme outil de repérage en routine (AE) (cf. Annexe 2).

- Quelle est la marche à suivre pour repérer un mésusage ?

L'abord de la consommation d'alcool avec un patient doit préférentiellement s'effectuer de manière ouverte, en évitant d'emblée les questions fermées qui limitent les informations spontanément fournies par le sujet (AE).

Au cours de cette discussion, les éléments à rechercher en priorité sont ceux repris par les 3 questions de l'AUDIT-C (34) (cf. Annexe 1 ; Glossaire) (GRADE B). L'AUDIT-C est un questionnaire permettant d'établir un score sur la base de trois questions. Un score égal ou supérieur à 3 chez la femme et égal ou supérieur à 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool (35). Un score égal ou supérieur à 10 chez la femme ou chez l'homme doit faire évoquer une dépendance à l'alcool (36).

La forme complète, en 10 questions, du questionnaire AUDIT (37) est utile pour préciser également les répercussions de la consommation d'alcool (cf. Annexe 1 ; Glossaire) (GRADE B). Un mésusage doit être suspecté chez les patients ayant un score de 7 ou plus chez les hommes, et de 6 ou plus chez les femmes.

Enfin, il est également possible d'utiliser le questionnaire FACE (38) (cf. Annexe 1 ; Glossaire). Il s'agit d'un outil à usage clinique basé sur une version simplifiée du questionnaire AUDIT et pouvant aider à repérer un usage nocif en population générale. On suspectera un mésusage pour un score égal ou supérieur à 5 chez l'homme, et à 4 chez la femme.

- Que faire lorsqu'un mésusage est repéré ?

- Le repérage d'un mésusage doit être consigné dans le dossier médical du patient.
- Il est nécessaire de rechercher les comorbidités addictologiques, somatiques, cognitives, psychiatriques, et sociales du mésusage.
- Il faut ensuite planifier l'intervention en fonction du niveau de sévérité et des répercussions constatées : tous les degrés d'intensités de la prise en charge peuvent être envisagés, de l'intervention brève à l'intervention complexe en milieu hospitalier, en passant par l'intervention ambulatoire en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

RECOMMANDATIONS

4A.1. Le repérage d'un mésusage se base sur 3 questions fondamentales qui sont reprises dans le questionnaire AUDIT-C (GRADE B).

Un score égal ou supérieur à 3 chez la femme et égal ou supérieur à 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool (35). Un score égal ou supérieur à 10 chez la femme ou chez l'homme doit faire évoquer une dépendance à l'alcool (36).

4A.2. Un mésusage de l'alcool doit être suspecté devant la présence d'indicateurs sociaux et/ou cliniques, voire biologiques, d'une consommation excessive d'alcool (AE).

Les indicateurs sociaux sont généralement les plus précoces : problèmes avec le travail, la situation financière, la situation conjugale, problèmes relationnels répétés, violence domestique...

Les indicateurs cliniques les plus fréquents sont non spécifiques : troubles du sommeil, dépression, anxiété, hypertension, accidents répétés, dilatation capillaire du visage, yeux rouges, troubles gastro-intestinaux, troubles cognitifs...

4A.3. Le repérage d'un mésusage de l'alcool doit se faire au cours d'une discussion avec le patient, évitant autant que possible les questions fermées (AE).

4A.4. Le repérage d'un mésusage doit aboutir à :

1. La notification de cette information sur le dossier du patient ;
2. La recherche des complications du mésusage ;
3. La planification de l'intervention en fonction du niveau de sévérité.

B. Comment repérer un mésusage de l'alcool chez la femme enceinte ?

Chez une femme enceinte, toute consommation d'alcool doit être considérée comme un mésusage.

Les risques sont doubles : pour elle-même, en fonction de sa consommation, et aussi pour son enfant à naître. Les conséquences, souvent méconnues des professionnels et du public, peuvent être graves en raison de la toxicité embryo-fœtale de l'alcool. Ces conséquences sont très variables d'un individu à l'autre, et sont regroupées sous le terme « Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale » (ETCAF -environ 1 % des enfants qui naissent en France-), incluant le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). L'exposition à l'alcool pendant la grossesse est la première cause de déficience mentale évitable en France.

Devant l'absence de consensus actuel concernant un éventuel seuil de toxicité de l'alcool sur le fœtus (39) (Niveau de preuve 2), il est recommandé par précaution une abstinence à l'alcool pendant toute la durée de la grossesse (AE).

Le repérage d'un mésusage de l'alcool nécessite des bases que tous les professionnels du champ médical et du champ médico-social impliqués dans le suivi des femmes enceintes (gynéco-obstétriciens, pédiatres,

sages-femmes (40), médecins généralistes, autres professionnels œuvrant en périnatalité) ont besoin d'acquies (AE). Il est donc recommandé que tout professionnel impliqué dans le suivi des femmes enceintes soit formé au repérage d'une consommation ainsi qu'aux risques potentiels sur le fœtus et l'enfant (GRADE B) et à l'orientation à proposer.

L'attitude empathique du professionnel et sa capacité à établir une relation de confiance sont fondamentales dans le repérage. Le repérage se réalise avec des questions ouvertes similaires à celles utilisées en population générale.

La question de la consommation doit être posée systématiquement lors de la première consultation prénatale dans l'interrogatoire médical, lors de l'entretien prénatal précoce et idéalement à chaque consultation ou lors du suivi à domicile. Le professionnel doit prendre en compte le contexte personnel, familial et environnemental (incitateur ou non).

Le dossier médical doit nécessairement être renseigné pour envisager, en cas de consommation repérée, la conduite à tenir au moment de la naissance, en secteur postnatal afin d'aider au mieux la jeune mère, avoir une attention particulière sur le nouveau-né et favoriser un accompagnement continu coordonné pour la sortie.

Le professionnel devra être attentif si un retard de croissance intra utérin (RCIU), sans autre cause connue, s'installe et si cette femme a déjà un (ou des) enfant(s) pour le(s)quel(s) un RCIU avait été diagnostiqué sans étiologie précise ou qui présente(nt) des troubles pouvant être causés par une alcoolisation fœtale.

Les questionnaires AUDIT et surtout AUDIT-C peuvent aussi être utilisés. Ils sont les plus validés (41) (Niveau de preuve 1) et traduits en français. Ce sont donc les outils de dépistage complémentaires recommandés (GRADE A) qui peuvent être intégrés dans des auto-questionnaires.

Si la femme enceinte a une consommation d'alcool occasionnelle, les interventions brèves et répétées, pratiquées par tout professionnel, sont efficaces pour favoriser son abstinence (40) (Niveau de preuve 1). Par contre, le repérage d'une consommation en cours ou arrêtée récemment nécessite une orientation très rapide de la future mère vers une prise en charge addictologique (AE). La connaissance des ressources locales est indispensable pour mettre en place un accompagnement multipartenarial médical, psychologique et social en fonction des besoins identifiés.

La consultation préconceptionnelle est à valoriser auprès des femmes et couples en âge de procréer. Elle permet d'apporter un certain nombre d'informations précocement, entre autres sur les risques liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse et lors de l'allaitement. Un arrêt de contraception pour désir d'enfant est aussi un moment propice pour échanger (AE).

Il est recommandé de diffuser largement l'information sur les risques potentiels dus à l'alcoolisation fœtale, particulièrement chez les jeunes en utilisant leur programme de prévention (AE).

RECOMMANDATIONS

4B.1. Devant l'absence de consensus actuel sur un seuil de toxicité de l'alcool sur le fœtus, il est recommandé une abstinence à l'alcool pendant toute la durée de la grossesse (AE).

4B.2. Il est recommandé que tout professionnel impliqué dans le suivi des femmes enceintes soit formé au repérage de la consommation d'alcool et à l'orientation à proposer (GRADE B).

4B.3. Il est recommandé que la question de la consommation soit posée dès la première consultation prénatale, à chaque consultation et que le dossier médical soit renseigné pour favoriser la prise en charge de la femme et de son enfant. Le questionnaire AUDIT et sa version simplifiée l’AUDIT-C sont les outils de références pour le repérage (AE).

4B.4. Le repérage chez une femme enceinte d’une consommation avec un arrêt récent, ou sans possibilité d’arrêt, nécessite une orientation vers une prise en charge addictologique (AE) et un suivi multipartenarial médical, psychologique et social.

4B.5. Un retard de croissance intra utérin, sans autre cause connue, doit alerter (AE).

4B.6. Il est recommandé de développer les consultations préconceptionnelles afin d’informer les femmes sur les raisons pour lesquelles une abstention de consommation de boissons alcoolisées est conseillée tout au long de la grossesse et de l’allaitement.

4B.7. Il est recommandé de diffuser l’information sur les risques potentiels d’une consommation d’alcool pendant la grossesse, particulièrement chez les jeunes dans le cadre de programmes de prévention existants (AE).

C. Comment repérer un mésusage de l’alcool chez le sujet âgé ?

Chez les personnes âgées (après 65 ans) qui consomment de l’alcool de façon excessive, dans deux tiers des cas environ, le mésusage est ancien et s’est poursuivi.

Dans les autres cas, ce mésusage a débuté tardivement, après 60 ans. La tolérance aux effets de l’alcool est réduite avec le vieillissement : polyopathie et polymédication fréquentes, baisse physiologique de la tolérance aux effets de l’alcool. Aux Etats-Unis, les recommandations pour une consommation d’alcool à moindre risque ont été adaptées aux sujets âgés : après 65 ans, il est recommandé de ne pas dépasser un verre par jour en moyenne et trois verres occasionnellement (20,42).

Spécificités du repérage chez le sujet âgé

Plutôt qu’un repérage systématique, il est en général recommandé de mettre en place un repérage ciblé auprès des populations considérées comme « à haut risque » après avoir identifié des facteurs prédictifs du mésusage (sexe masculin, tabagisme, difficultés sociales) ou face à des symptômes non spécifiques fréquemment rencontrés à domicile ou en consultation : troubles du sommeil, chutes, dénutrition, symptomatologie anxieuse ou dépressive, troubles cognitifs, douleurs chroniques (42).

Comme chez les plus jeunes, la clinique et la biologie (le volume globulaire moyen –VGM-, la gamma-glutamyl Transferase –GGT-, et la transferrine déficiente en carbohydrate –CDT-) sont trop peu sensibles pour un repérage précoce en soins primaires. La biologie peut cependant apporter un éclairage complémentaire après une exploration de la consommation déclarée d’alcool lors d’un entretien attentif. Les outils diagnostiques traditionnels, bien que moins performants chez le sujet âgé, gardent toute leur place faute d’alternative disponible en routine (43) (Niveau de preuve 3). Cependant les seuils du questionnaire AUDIT doivent être inférieurs chez le sujet âgé par rapport à l’adulte.

RECOMMANDATIONS

4C.1. Chez le sujet âgé, la présence de chutes à répétition, ou l'apparition -ou l'aggravation- de troubles cognitifs ou psychiatriques, doivent inciter à rechercher un mésusage de l'alcool (GRADE B).

4C.2. La vulnérabilité accrue à l'alcool observée chez le sujet âgé incite à recommander l'abaissement des seuils de risque, sans qu'il soit possible de les déterminer précisément (AE).

De même, les seuils du questionnaire AUDIT doivent être inférieurs chez le sujet âgé par rapport à l'adulte.

D. Comment repérer un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?

En France, comme dans de nombreux autres pays occidentaux, l'expérimentation de la consommation d'alcool et de l'ivresse se fait principalement au cours de l'adolescence (44) (Niveau de preuve 2).

Le mésusage de l'alcool au cours de cette période pourrait entraîner des dommages spécifiques sur les processus de maturation cérébrale et le développement neuropsychologique de l'adolescent (45) (Niveau de preuve 2). Par ailleurs, l'apparition d'un mésusage avec répercussions dès l'adolescence est un facteur de risque démontré de développer un trouble lié à l'usage de l'alcool durable et de mauvais pronostic, mais aussi de développer des troubles psychiatriques et addictologiques autres (46) (Niveau de preuve 2).

Pour toutes ces raisons, l'adolescence constitue une période de vulnérabilité particulière vis-à-vis de l'alcool qui nécessite une vigilance et une surveillance régulières de l'usage d'alcool et une intervention rapide en cas de mésusage (GRADE B).

L'adolescence constitue également une période de forte vulnérabilité à l'expérimentation et à la poursuite de la consommation de tabac, de cannabis, voire d'autres substances psychoactives. Il s'agit, de façon plus générale, d'une période où les conduites à risques peuvent se développer. Les consommations problématiques de substances psychoactives s'inscrivent souvent dans un contexte global psychoenvironnemental qui doit être évalué.

Au-delà d'une approche produit par produit, cette évaluation doit être plus globale autour du risque santé, et du prendre soin de soi. En ce sens, les divers questionnaires qui appuient la démarche de repérage sont des supports permettant d'identifier un signal préoccupant. Son sens et ses fonctions devront être recherchés à travers une évaluation du contexte psycho environnemental.

L'AUDIT, questionnaire validé en français (37) (Niveau de preuve 2) et chez l'adolescent (47) constitue la référence pour le dépistage du mésusage de l'alcool (GRADE B). L'expertise collective INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur les conduites addictives chez les adolescents (2014) recommande l'utilisation de l'entretien structuré « DEP-ADO ». La durée de passation de cet entretien (10 minutes) peut faire préférer d'autres questionnaires : les tests CRAFT (48) et TSTS (49), également validés, sont indiqués pour balayer d'autres risques associés (accidents, suicide, autres toxiques). Ils constituent une aide pour structurer un entretien visant à identifier des facteurs de fragilité, de mal-être et d'autres comportements, parmi lesquels les alcoolisations ponctuelles importantes.

L'alcoolisation ponctuelle importante est définie dans les enquêtes de l'OFDT par la consommation d'au moins 5 verres en une seule occasion au cours des 30 derniers jours. Une définition proche est celle de L'OMS qui utilise le terme de consommation forte épisodique (« heavy episodic drinking ») et qui correspond à la consommation de 6 verres ou plus en une occasion au moins une fois par mois voire une fois par semaine. Plus récemment l'OMS dans son dernier rapport utilise le terme binge drinking. Une des définitions les plus utilisées du binge drinking est celle du NIAAA (Institut Américain sur l'Abus d'Alcool et l'Alcoolisme) qui décrit ce mode de consommation comme l'ingestion de 7 verres (70g) ou plus pour les hommes et 6

verres (60g) ou plus chez les femmes en moins de deux heures avec une alcoolémie d'au moins 0.8g/l. Actuellement ces seuils sont multipliés par 2 voire 3 pour définir le binge drinking à « haute intensité ou extrême ». De très nombreux travaux sont en cours pour caractériser les déterminants individuels et environnementaux du binge drinking ainsi que la définition en elle-même (50). Le binge drinking est associé à de nombreuses conséquences à court terme comme un risque élevé de blessures, de décès, d'agression, de relations sexuelles non-consenties et de moins bons résultats scolaires. A long terme le binge drinking est associé à des atteintes cérébrales et cognitives et augmenterait le risque de développer une dépendance (51).

La recherche d'un mésusage de l'alcool chez le jeune impose des précautions spécifiques pour garantir la confidentialité pour l'adolescent(e), mais aussi pour négocier ultérieurement l'implication directe et/ou indirecte des ressources familiales et de l'entourage.

Cette vigilance doit être assurée par tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un adolescent (médecin traitant, sage-femme, personnel médical ou infirmier de prévention de santé scolaire, prévention universitaire, centre de planification et d'éducation familiale...).

Par ailleurs à l'adolescence, le mésusage de l'alcool peut survenir dans le cadre d'une problématique d'alcoolisation familiale, auquel cas le pronostic addictologique est plus péjoratif (52) (Niveau de preuve 2). Pour cette raison, il est fortement recommandé que le repérage du mésusage de l'alcool chez un adolescent s'accompagne d'une rencontre et d'une évaluation du fonctionnement familial global (GRADE B).

RECOMMANDATIONS

4D.1. L'adolescence constitue une période de vulnérabilité neuropsychologique et sociale particulière vis-à-vis de l'alcool, ce qui impose à tous les professionnels de santé susceptibles de rencontrer un adolescent de réaliser une évaluation de l'usage d'alcool avec une intervention rapide en cas de mésusage (GRADE B).

4D.2. L'AUDIT, questionnaire validé en Français et validé chez l'adolescent, est recommandé comme outil de dépistage de référence du mésusage de l'alcool chez l'adolescent (GRADE B).

4D.3. Le repérage du mésusage de l'alcool chez un adolescent devrait s'accompagner d'une évaluation plus large des consommations associées de tabac, de cannabis, et d'autres substances psychoactives. Il devrait également être associé à une évaluation rapide de la santé psychique et de l'environnement, en particulier familial (GRADE B).

5- Quelle doit être l'évaluation addictologique, somatique, psychiatrique et sociale d'un mésusage de l'alcool ?

A. EVALUATION ADDICTOLOGIQUE

Il est utile de mesurer les consommations moyennes d'alcool et la fréquence des jours de forte consommation (égale ou supérieure à 6 verres standard), deux paramètres qui ont montré une relation de proportionnalité avec les principaux risques médicaux liés à l'alcool (53,54) (Niveau de preuve 1). Il existe des échelles de sévérité de la dépendance, dont les versions françaises sont principalement utilisées en recherche, sans véritable intérêt en pratique clinique (comme l'Alcohol Dependence Scale (52)). Plus simplement, la sévérité d'un mésusage de l'alcool peut se mesurer par le compte du nombre de critères diagnostiques du trouble de l'usage du DSM-5 (7).

En soins primaires, le questionnaire AUDIT-C peut être utilisé pour une rapide évaluation de la sévérité du mésusage. Un score égal ou supérieur à 3 chez la femme et égal ou supérieur à 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool (35). Un score égal ou supérieur à 10 chez la femme ou chez l'homme doit faire évoquer une dépendance à l'alcool (36).

L'histoire du mésusage devrait être précisée : ancienneté du trouble, périodes d'amélioration, voire d'abstinence. L'histoire des différentes interventions thérapeutiques et de leur efficacité doit également être recueillie.

La présence de troubles d'usage d'autres substances, ou d'addictions comportementales doit être recherchée systématiquement, tout particulièrement le tabac, le cannabis et le jeu pathologique.

B. EVALUATION SOMATIQUE

Avec en France, pour l'année 2009, 49 000 décès attribuables à l'alcool (9 %) sur un total de 535 000 décès, les dommages sur la santé sont considérables. L'alcool est responsable d'une fraction importante de la mortalité prématurée. A titre d'exemple, la part des décès attribuables à l'alcool était de 33 %, de 10 % pour les cancers et de 8 % pour les maladies cardiovasculaires (54).

Le dépistage des complications fait partie de la prise en charge des patients (GRADE A).

- Des **troubles neuropsychologiques** induits par l'alcool peuvent affecter la mémoire, les fonctions exécutives telles que l'inhibition, la flexibilité mentale, la planification ou les capacités mnésiques (55) (Niveau de preuve 2). A l'extrême, on peut craindre des formes sévères aiguës telles que l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke ou chroniques telles que le syndrome de Korsakoff. Le dépistage des troubles neuropsychologiques peut être effectué par le clinicien non spécialisé en neuropsychologie à l'aide du test d'évaluation cognitive de Montréal (MoCA) (56,57) ; cette évaluation devant être réalisée en dehors d'une consommation d'alcool et après arrêt des benzodiazépines (AE). En cas de suspicion d'un trouble neuropsychologique il est recommandé que l'évaluation neuropsychologique soit réalisée par des professionnels spécialisés (GRADE C).

D'autres complications centrales (par exemple une atteinte cérébelleuse) ou périphériques (polynévrite) doivent être recherchées par l'examen clinique. A l'exception de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (58) (Niveau de preuve 1), l'imagerie cérébrale structurale (ou anatomique) a une faible sensibilité pour repérer les atteintes cognitives liées à l'alcool ; elle est surtout utile pour éliminer un diagnostic différentiel (AE).

- **Les carences nutritionnelles** sont fréquemment associées au mésusage de l'alcool. Des troubles neurologiques ou neuropsychologiques doivent conduire à l'exploration d'une carence nutritionnelle (59), notamment en thiamine (vitamine B1) (60) (GRADE A).

Les critères de dénutrition protéino-énergétiques sont évalués selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS 2003 pour le sujet adulte et HAS 2007 pour le sujet âgé) : indice de masse corporelle, albuminémie, pré-albuminémie, évaluation de la perte de poids. En cas de signe clinique d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (même pour un tableau incomplet), le sujet doit être hospitalisé en urgence et bénéficier d'un traitement par thiamine en injection intra veineuse (61) (GRADE A).

- **La maladie du foie liée à l'alcool (MFLA)** est une complication fréquente de la consommation excessive d'alcool (62). Elle est cliniquement asymptomatique pendant des années, et comprend plusieurs stades lésionnels, diversement associés. La stéatose (90 % des buveurs de plus de 6 unités par jour) est asymptomatique et réversible ; la stéatohépatite (10 à 35 % des patients hospitalisés pour dépendance à l'alcool) est le plus souvent asymptomatique en l'absence de cirrhose. La cirrhose (souvent irréversible) a une prévalence qui est estimée à 10-20 % chez les buveurs de plus de 6 unités par jour (62). La cirrhose peut être asymptomatique (compensée) ou associée à des complications (décompensée), les plus fréquentes étant l'ascite, l'hémorragie digestive, l'encéphalopathie et l'infection. Le carcinome hépatocellulaire (CHC) survient le plus souvent sur une cirrhose compensée, avec une longue phase asymptomatique. Le diagnostic de cirrhose compensée permet la mise en route du dépistage du CHC et des varices à risque hémorragique, et pourrait avoir un effet motivationnel sur le patient (63,64).

L'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF) et la SFA ont travaillé conjointement à établir des recommandations pour la "prise en charge de la maladie du foie liée à l'alcool" (65) :

« En ce qui concerne le dépistage en population générale, il est recommandé (niveau de preuve faible) de définir un groupe cible remplissant les critères suivants : âge \geq 40-45 ans et test AUDIT pathologique et/ou consommation déclarée \geq 14 verres/semaine. On peut donc en déduire que tout patient de plus de 40 ans pris en charge pour un mésusage d'alcool devrait être dépisté.

Pour ce qui est des moyens pour dépister la MFLA, la littérature n'aborde que le dépistage de la MFLA avancée (fibrose sévère/cirrhose). Les études disponibles montrent les mauvaises performances diagnostiques des ALAT. Les autres concernent le Fibroscan® ou le Fibrotest® avec de bons résultats. Il n'y a pas d'études convaincantes permettant de valider une stratégie sélectionnant les patients à qui proposer un test non invasif sur un test biologique simple (ASAT, γ GT...). C'est pourquoi il est recommandé de dépister la MFLA avancée directement par la réalisation d'un test non invasif (Fibroscan®, Fibrotest® ou FibroMètre Alcool®). »

En cas de cirrhose connue, la survenue d'un ictère ou d'une autre complication impose une prise en charge en urgence (62,66,67). De plus, il est essentiel de s'assurer du dépistage et de la prévention des complications (recherche de varices œsophagiennes ou de CHC, vaccination contre les hépatites A et B et éviction de certains médicaments) (GRADE B). « Il est recommandé (niveau de preuve faible) d'arrêter complètement et définitivement tout usage d'alcool » (AFEF prise en charge de la MFLA). Une étude récente confirme l'effet bénéfique de ne pas consommer d'alcool (<1 verre/sem) sur la survie et les complications (68).

C. EVALUATION BIOLOGIQUE

- Des examens biologiques permettant de rechercher des complications somatiques de la consommation d'alcool (Numération formule sanguine, TP, ASAT, ALAT, GGT) doivent être effectués au début de chaque nouvelle séquence de soins primaires ou en milieu spécialisé, et au moins tous les ans lors d'un suivi ambulatoire (GRADE B). En cas d'anomalies, le bilan est complété à la recherche d'une cirrhose compensée (GRADE B).

Le dépistage des hépatites virales B et C est recommandé lorsqu'un mésusage de l'alcool s'associe à des facteurs de risque (antécédent de toxicomanie, surtout par voie veineuse, rapports sexuels non protégés, etc.) (GRADE B). Il est également recommandé lorsqu'il existe une augmentation des transaminases, en particulier lorsqu'elle prédomine sur les ALAT. L'AFEF préconise la réalisation d'un dépistage au moins une fois dans la vie (69).

- Le dépistage du statut sérologique VIH doit être proposé en fonction de l'existence de facteurs de risque et nécessite l'accord du sujet.

D. EVALUATION PSYCHIATRIQUE

Plus d'un tiers des sujets avec un mésusage de l'alcool présente au cours de leur vie une comorbidité psychiatrique, en particulier une dépression, un trouble anxieux, un risque suicidaire accru.

A l'inverse, la comorbidité psychiatrique est associée à un risque de mésusage de l'alcool plus sévère et le mésusage de l'alcool aggrave la symptomatologie psychiatrique.

La co-occurrence diminue l'observance thérapeutique. Les troubles de personnalité (notamment antisociale) et les troubles bipolaires de type 1 sont classiquement associés à un risque élevé de trouble de l'usage de l'alcool (Niveau de preuve 2).

Pour éliminer la responsabilité de la consommation excessive d'alcool dans l'expression des symptômes psychiatriques, une période d'abstinence (en cas de trouble de l'usage sévère), ou de consommation à faible risque (en cas de mésusage d'intensité modérée) au moins égale à deux semaines, est recommandée avant d'éliminer un trouble psychiatrique lié à l'usage de substance ou de mettre en place un traitement pharmacologique spécifique (GRADE C).

Un bilan approfondi réalisé par un psychiatre peut être nécessaire, qui envisagera éventuellement une intervention thérapeutique coordonnée avec le professionnel de santé prenant en charge le mésusage.

Compte tenu de la forte prévalence du risque suicidaire chez les patients souffrant d'un mésusage de l'alcool, ce risque doit faire l'objet d'une évaluation systématique quels que soient le niveau et la spécialisation de la prise en charge initiale.

E. EVALUATION SOCIALE

L'évaluation sociale d'un mésusage de l'alcool n'est pas différente de celle menée dans le cadre d'une autre pathologie chronique. Néanmoins, la recherche d'éléments orientant vers des facteurs de vulnérabilité, l'étude des parcours éducatif, professionnel et familial font partie de l'examen initial. En cas de trouble de l'usage sévère, l'amélioration des conditions de vie est un élément important pour l'efficacité de la prise en charge.

Le statut du sujet doit être renseigné au regard de la stabilité des liens sociaux qui seront appréciés par (AE):

- Le mode de vie seul ou accompagné, relations familiales stables -ou non-, et les conditions d'hébergement : domicile, conditions précaires...
- Les valeurs véhiculées par l'entourage social concernant la consommation d'alcool : entourage fortement consommateur, ou au contraire valorisant la modération, voire l'abstinence,
- Les qualifications, les aptitudes et activités professionnelles : emploi stable ou précaire, invalidité, allocation adulte handicapé...
- La protection sociale (obligatoire et facultative), éventuellement l'inscription en affection de longue durée, ALD 30, si le recours fréquent aux soins le justifie,

- La reconnaissance d'un handicap physique, cognitif ou psychiatrique (via la Maison départementale des personnes handicapées) ou un statut de majeur protégé (curatelle ou tutelle) peuvent être justifiés.
Enfin, il faudra évaluer la situation judiciaire du sujet.

RECOMMANDATIONS

5.1. La sévérité du mésusage de l'alcool peut se mesurer par le compte du nombre de critères diagnostiques du trouble de l'usage (DSM-5), la consommation d'alcool moyenne par jour, le nombre moyen de jours de consommation excessive par mois (GRADE A).

En soins primaires, le questionnaire AUDIT-C peut être utilisé pour une rapide évaluation de la sévérité du mésusage. Un score égal ou supérieur à 3 chez la femme et égal ou supérieur à 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool (35). Un score égal ou supérieur à 10 chez la femme ou chez l'homme doit faire évoquer une dépendance à l'alcool (36).

5.2. Du fait d'un risque élevé de comorbidité, la recherche d'autres troubles d'usage de substances et d'addictions comportementales doit être systématique lors de la rencontre et du suivi d'un sujet présentant un mésusage de l'alcool (GRADE B).

5.3. Le dépistage clinique et biologique et la prise en charge des complications somatiques ou psychiatriques du mésusage de l'alcool font partie de la prise en charge et doivent être organisés par le médecin ou l'équipe qui prend en charge le mésusage de l'alcool (GRADE A). En fonction des difficultés diagnostiques, une orientation spécialisée doit être proposée secondairement.

5.4. Le test d'évaluation neuropsychologique de Montréal (MoCA) peut être utilisé pour le dépistage des troubles cognitifs induits par l'alcool, soit en cas de doute sur l'existence d'un trouble cognitif, soit plus systématiquement dans les formes les plus sévères de mésusage (AE). Ce dépistage des troubles cognitifs devrait se faire à distance du sevrage. Toutefois, le diagnostic de troubles neuropsychologiques ne pourra être retenu qu'après un bilan complet réalisé par un professionnel spécialisé. Cette évaluation spécialisée est recommandée en cas de dépistage positif, dans un contexte de rechutes à répétition, de maladie alcoolique du foie ou de carences nutritionnelles (AE).

L'évaluation est associée à la recherche des signes cliniques neurologiques de carence en vitamine B et à un bilan nutritionnel, notamment protéinique, incluant indice de masse corporelle, albuminémie, pré-albuminémie et évaluation de la perte de poids (GRADE A).

La survenue de signes d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke impose une hospitalisation et une administration parentérale de thiamine (vitamine B1) en urgence (GRADE A).

5.5. La recherche d'une maladie du foie avancée liée à l'alcool doit être réalisée chez tout sujet présentant un mésusage de l'alcool de plus de 40 ans, initialement puis au moins tous les ans lors d'un suivi ambulatoire (GRADE B). Elle repose sur la réalisation d'un test non invasif, Fibroscan®, Fibrotest® ou FibroMètre Alcool®. En cas de cirrhose connue, la survenue d'un ictère et d'autres signes de décompensation (ascite, hémorragie, infection, encéphalopathie) imposent une hospitalisation en urgence (GRADE B).

5.6. La comorbidité psychiatrique doit être systématiquement recherchée. Elle aggrave la sévérité du mésusage de l'alcool et diminue sa sensibilité aux traitements. Une attention particulière doit être donnée à l'évaluation du risque suicidaire (GRADE B).

5.7. L'évaluation sociale prendra en compte la qualité de l'entourage, le mode d'hébergement, la situation professionnelle, la situation financière et la situation judiciaire.

6- Quels sont les objectifs de l'intervention thérapeutique ?

D'une certaine façon, l'objectif du traitement d'un mésusage de l'alcool est d'abord l'amélioration de la qualité de vie des personnes (9,70,71). Ainsi, l'intervention thérapeutique devrait, selon la situation particulière du sujet, cibler la santé physique et psychologique, l'adaptation interpersonnelle, sociale et professionnelle, la situation judiciaire, et les autres comportements addictifs et à risque (9). Cependant, une véritable amélioration de la situation du sujet passe par un changement important de la consommation d'alcool, que ce soit vers l'abstinence ou une réduction de la consommation (9). 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 (72–74).

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 (6), l'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation chez les personnes dépendantes (8,70,75,76).

Il a cependant été montré que certaines personnes dépendantes pouvaient avoir une rémission stable sans abstinence (72,77), 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 (78–80) Par exemple l'enquête UKATT en Grande-Bretagne a montré que, parmi les patients en soins spécialisés pour leur problème d'alcool, 54 % choisissaient un objectif d'abstinence, et 46 % un objectif de réduction de leur consommation. Le taux de succès à un an était plus important chez les patients visant initialement l'abstinence (30 %) par rapport aux autres (23 %). Mais la différence était non significative, montrant que l'objectif de réduction de la consommation pouvait avoir un taux de succès honorable (81). D'autre part, 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 (72).

Finalement, les recommandations les plus récentes reconnaissent la possibilité d'intégrer la réduction de la consommation en plus de l'abstinence dans les objectifs de consommation des sujets dépendants de l'alcool (10,20,82,83).

C'est pourquoi il est raisonnable de suivre les recommandations du NICE concernant les objectifs de consommation (82) :

« 1. Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet. L'abstinence est l'objectif de consommation le plus adapté 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 significative (par exemple une dépression ou une maladie du foie liée à l'alcool). Si le sujet préfère s'engager dans la modération, mais que les risques sont importants, il faut clairement recommander l'abstinence, sans pour autant récuser les soins en cas de refus de la personne.

2. 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'ils ne préfèrent l'abstinence ou qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'abstinence.

3. Pour les sujets avec une dépendance sévère, ou un mésusage associé à une comorbidité psychiatrique ou somatique, mais qui ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté vers la réduction des dommages. L'objectif ultime de consommation devrait cependant être l'abstinence. »

On peut également accepter la recommandation du National Health Service (9) britannique concernant les personnes vues en soins primaires, qui ont été repérées avec un problème d'alcool, sans qu'elles soient initialement demandeuses de soins en ce qui concerne leur consommation d'alcool : pour les sujets ayant un usage nocif ou à risque, l'objectif de modération de la consommation devrait être la règle.

Bien qu'un objectif d'abstinence doive être respecté si c'est le choix de la personne, il est vraisemblable que la grande majorité des sujets repérés avec un problème d'alcool rejeterait la recommandation d'abstinence, alors qu'ils pourraient répondre favorablement à une recommandation de réduction de consommation.

Il faut noter cependant que certains patients avec usage nocif, donc sans dépendance, peuvent avoir une pathologie qui impose une recommandation d'abstinence (par exemple une insuffisance hépatocellulaire).

Que doit viser un objectif de réduction de la consommation d'alcool ?

Les recommandations sont très variables selon les pays (84). En France, il est recommandé de s'efforcer de limiter sa consommation en deçà de l'usage à risque (cf. Encadré 3, page 13).:

- Maximum 10 verres par semaine,
- Maximum 2 verres par jour,
- Des jours dans la semaine sans consommation

Il faut toutefois noter que toute réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, comme de la proportion de jours avec une consommation excessive, est susceptible d'apporter un bénéfice substantiel au sujet en termes de qualité de vie (85), de morbidité et de mortalité (10,11,73,85). Ainsi, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la 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.

RECOMMANDATIONS

6.1. L'intervention thérapeutique vise un changement de la consommation d'alcool : l'abstinence ou la réduction de la consommation modérée (AE).

6.2. Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet (GRADE B).

6.3. 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 significative (par exemple une dépression ou une maladie du foie liée à l'alcool) (AE). Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages (AE).

6.4. 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'ils ne préfèrent l'abstinence ou qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'abstinence (AE).

6.5. L'objectif de réduction de la consommation devrait idéalement prendre en compte les repères de consommation de Santé Publique France et de l'Institut national du cancer :

- Maximum 10 verres par semaine,
- Maximum 2 verres par jour,

- Des jours dans la semaine sans consommation

Cependant, toute réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, comme de la proportion de jours de consommation excessive, est susceptible d'apporter un bénéfice substantiel au sujet (GRADE A). Ainsi, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la 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.

7- Quelles interventions thérapeutiques proposer ?

De nombreuses interventions à visée thérapeutique ont été proposées aux patients présentant un mésusage de l'alcool. Elles utilisent des techniques aussi différentes qu'une simple évaluation assortie d'un conseil (interventions brèves), la prescription d'un ou de plusieurs médicaments (pharmacothérapie), des interventions socioéducatives, diverses formes de psychothérapies, des approches à médiation corporelle, d'autres familiales ou occupationnelles, réalisées sur le mode ambulatoire ou résidentiel.

Si les structures de soins et d'aide spécialisés restent essentielles, la diversité des situations et l'extrême hétérogénéité des individus autorisent une grande variété d'interventions, en ne perdant pas de vue que leur association, combinaison ou mise en œuvre simultanée (le plus souvent pendant quelques mois ou de façon plus durable selon les besoins) augmentent significativement leur efficacité. La multiplicité des approches disponibles permet de répondre à des demandes et à des situations variées.

A. PRINCIPES GENERAUX

D'une façon générale, on peut adapter l'intensité du traitement à la sévérité du mésusage. Bien que cette notion ne soit pas bien formalisée dans le domaine de l'alcoologie, on note toutefois que les interventions brèves s'adressent à des sujets ayant une forme peu sévère de mésusage : un usage à risque ou un trouble lié à l'usage de l'alcool de faible intensité. Inversement, les traitements pharmacologiques sont réservés aux patients dépendants, non pas parce que ces traitements ne sont pas efficaces dans les formes moins sévères de mésusage, mais parce que les agences du médicament ont limité l'autorisation de mise sur le marché (AMM) à la dépendance. Enfin, les hospitalisations sont clairement préférentiellement réservées aux formes les plus sévères de mésusage.

Il faut noter également que toutes les interventions thérapeutiques n'ont pas le même niveau de preuve d'efficacité, et probablement pas le même niveau d'efficacité.

Miller WR *et al.* ont systématiquement compilé et analysé les études d'efficacité dans le domaine du mésusage de l'alcool, jusqu'en 2002. Ce travail, appelé Mesa Grande, a permis de classer les interventions thérapeutiques avec des scores cumulés de preuve d'efficacité. Bien qu'ancien, et ne prenant donc pas en compte les études comme les interventions thérapeutiques les plus récentes, le classement des interventions thérapeutiques selon Mesa Grande permet de voir la grande diversité des interventions explorées, ainsi que le crédit qu'on peut leur accorder en termes de preuve d'efficacité (cf. Annexe 4 : Mesa Grande : tableaux récapitulatifs en page 99 et suivantes) (86).

Certains principes s'appliquent à tous les types d'intervention thérapeutique, quelle que soit la sévérité du mésusage ou du trouble et où qu'en soit le patient dans son parcours thérapeutique (82).

1/ Favoriser une alliance thérapeutique

Il s'agit d'établir une relation de confiance avec le patient, fondée sur une écoute empathique, sur la manifestation du désir d'aider à résoudre les problèmes tels qu'exprimés par la personne et avec une approche dénuée de jugement. Ce type d'approche doit amener le thérapeute et le patient à s'entendre sur

la définition du problème à résoudre, et sur les objectifs thérapeutiques à poursuivre. Bien entendu, la définition du problème, comme les objectifs thérapeutiques, peuvent évoluer dans le temps.

Il est nécessaire de prendre en compte la dimension stigmatisante du mésusage de l'alcool, qui peut conduire le sujet à minimiser ses consommations et leurs conséquences.

2 /Favoriser le soutien de l'entourage

L'entourage peut contribuer aux progrès du patient. Il est souvent utile de faire participer l'entourage à la prise en charge, en lui apportant des informations sur le mésusage de l'alcool, et en l'associant, avec l'accord du patient, à la discussion sur les objectifs et les stratégies thérapeutiques. Par extension, la même recommandation s'applique à toute personne en lien avec le patient.

B. INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Les interventions psychosociales sont historiquement prééminentes dans l'arsenal thérapeutique. Elles se sont enrichies, au cours des années, de nombreuses approches : analytiques, sociales, systémiques, corporelles, méditatives, de soutien, cognitivo-comportementales et motivationnelles. Leurs évaluations se heurtent souvent à la rareté des études et à des limites méthodologiques, restreignant la comparaison des techniques entre elles. Ainsi, il ne semble actuellement pas possible d'affirmer la supériorité d'une intervention psychosociale par rapport aux autres. Cependant, dans la mesure où certaines interventions ont bénéficié d'une activité de recherche plus importante, le niveau de preuve d'efficacité est de facto plus important pour certaines techniques (9,86).

Quel que soit le type d'intervention psychosociale utilisé, les qualités personnelles du thérapeute ont une importance déterminante dans l'efficacité de l'intervention (9). Les qualités qui participent à une meilleure efficacité de l'intervention sont : l'abord empathique et soutenant envers le patient, la mise en place d'une relation clairement orientée vers l'objectif thérapeutique, encourageant l'autonomie et l'utilisation de ressources extérieures. Les thérapeutes les moins efficaces sont plus distants, dénigrants, culpabilisants, centrés sur eux-mêmes plutôt que sur le patient, cherchant à contrôler ses décisions et évitant les questions difficiles.

Les interventions brèves bénéficient d'un niveau de preuve élevé permettant d'affirmer qu'elles ont un effet modeste sur la réduction de la consommation d'alcool en médecine de premier recours. Leur efficacité est bien établie dans le cadre des soins primaires notamment (86). Les autres interventions bénéficiant d'un niveau de preuve satisfaisant sont les entretiens motivationnels et les thérapies cognitivo-comportementales (9).

1/ Interventions brèves

Le terme « interventions brèves » renvoie à plusieurs types d'interventions, ce qui est parfois source de confusion. Nous faisons référence ici aux interventions brèves opportunistes s'adressant à des personnes qui ne demandent pas d'aide pour un mésusage de l'alcool, lequel a été repéré par le professionnel de santé, ceci par opposition aux interventions qui s'adressent à des patients se présentant avec une demande spécifique d'aide pour résoudre un problème d'alcool ; le terme d'intervention brève renvoie alors à la brièveté relative de l'intervention, par rapport à des interventions plus durables.

L'intervention brève s'adresse à des personnes qui ont un mésusage de l'alcool et qui ne présentent que peu ou pas de signes de dépendance (88). Elle se conçoit dans une démarche de santé publique, à savoir toucher le plus grand nombre de personnes lorsque leur problème d'alcool n'est pas encore trop prégnant en utilisant des moyens restreints et facilement multipliables.

Les interventions brèves durent de 5 à 20 minutes en général. Après le repérage du problème, le praticien propose une intervention ciblée sur « le problème alcool » (concept du repérage précoce et de l'intervention brève). Il n'y a pas de manière définitivement standardisée de délivrer une intervention brève. Elle peut se délivrer en une séance unique ou au contraire être répétée. Par exemple, les interventions aux urgences sont en général uniques, sans suivi.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, aux Etats-Unis (NIAAA) ont chacun proposé des cadres d'intervention brève.

Pour l'OMS, une intervention brève peut inclure les éléments suivants :

- Restituer les résultats du test de repérage en lui indiquant que la consommation correspond à la catégorie « consommation à risque »,
- Informer sur les risques particuliers qu'il encourt s'il continue à consommer de l'alcool de cette manière,
- Faire choisir un objectif de changement de comportement,
- Conseiller sur les repères à respecter (maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, des jours dans la semaine sans consommation), (voir encadré 3 pour tous les conseils associés)
- Encourager en expliquant que chez les personnes ayant une consommation d'alcool à risque, l'objectif est de retrouver un usage social de l'alcool.

Pour l'OMS, les interventions brèves devraient être proposées aux hommes qui obtiennent entre 7 et 12 au questionnaire AUDIT ou qui consomment 25 verres d'alcool ou plus par semaine ainsi qu'aux femmes ayant obtenu entre 6 et 12 à l'AUDIT ou qui consomment 21 verres ou plus d'alcool par semaine (22).

Tableau (7)1 - Association des niveaux d'intervention aux niveaux de risque (22)

Niveau de risque	Critères		Intervention	Rôle du médecin généraliste
Faible risque	Consommation d'alcool (verres/semaine)	Max 10 v/sem hommes et femmes Max 2 v/jour hommes et femmes des jours dans la sem sans consommation (voir encadré 3)	Prévention primaire	Éducation pour la santé, renforcement
	Questionnaire Audit	< 7 hommes < 6 femmes		
	Questionnaire Audit-C	< 4 hommes < 3 femmes		
	Questionnaire Face**	< 5 hommes < 4 femmes		
À risque	Consommation d'alcool (verres/semaine)	> 10 v/ sem hommes et femmes*	Conseils	Repérage, évaluation, intervention brève
	Questionnaire Audit	7-12 hommes 6-12 femmes		
	Questionnaire Audit-C	4-10 hommes 3-10 femmes		
	Questionnaire Face**	5-8 hommes 4-8 femmes		
À problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages		Conseils, intervention brève et surveillance régulière	Repérage, évaluation, intervention brève, suivi
Alcoolodépendance	Critères CIM-11		Traitement spécialisé	Repérage, évaluation, orientation, suivi
	Questionnaire Audit	≥ 13		
	Questionnaire Audit-C	≥ 10		
	Questionnaire Face**	≥ 9		

* Toute consommation chez la femme enceinte, l'adolescent de moins de 16 ans ou chez la personne souffrant d'une pathologie ou suivant un traitement est déconseillée.

** Le questionnaire FACE (« formule pour apprécier la consommation par entretien ») a été établi et validé en français pour repérer les consommations excessives d'alcool. Cf. Arfaoui S., Dewost AV., Demortière G., Abesdris J., Abramovici F., Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir-faire « FACE ». Rev prat (Med gen) 2004 ; 641 : 201-205.

Aux Etats-Unis, le NIAAA a développé un programme d'intervention brève en 4 étapes (débutant toutes par un « A » : Ask ; Assess ; Advise ; At follow up continue support) (20) :

1. Quantifier la quantité d'alcool consommée ;
2. Évaluer les dommages liés à la consommation ;
3. Informer et conseiller en ce qui concerne la consommation à risques et les dommages liés à la consommation d'alcool ;
4. Assurer le suivi de la prise en charge dans les mêmes domaines que pour l'étape 3.

L'effet d'une intervention brève a tendance à se dissiper avec le temps et il est souvent utile de répéter cette intervention, notamment dans le cadre des soins primaires.

Il existe des interventions plus conséquentes telles que le programme « Alcochoix + », issu du Québec et repris en Suisse et en France. Ce programme propose un manuel en 6 étapes. Il peut s'effectuer seul(e) après une rencontre d'explications, avec un professionnel qui guidera la personne (de 2 à 6 entretiens de 30 à 45 minutes chacun) ou encore en groupe.

Une revue systématique a inventorié 34 programmes différents (89). Les éléments habituellement abordés lors des programmes de réduction de la consommation sont le renforcement de la motivation, le développement de l'autocontrôle, l'encouragement à faire des activités alternatives (aux activités liées à la consommation) et le renforcement des compétences sociales.

L'élément apparaissant le plus efficace est d'encourager l'auto-évaluation de la consommation, c'est-à-dire demander à la personne de consigner quotidiennement le nombre de verres consommés, sur un agenda, un carnet, un fichier informatique ou une application smartphone. Le deuxième élément efficace est de susciter régulièrement l'engagement de la personne dans la réduction de la consommation.

Les revues systématiques concernant l'efficacité des interventions brèves ont permis les conclusions suivantes (9) :

- Les interventions brèves peuvent prendre différentes formes et s'appliquer dans des contextes variés. Elles sont efficaces chez les patients ayant un usage à risque ou un usage nocif, pour réduire leur consommation à un niveau de faible risque (GRADE A) ;
- L'effet se poursuit pour des durées pouvant aller jusqu'à deux ans après l'intervention (90) (GRADE B) ;
- Des interventions de rappel peuvent être nécessaires pour maintenir l'effet sur des périodes plus longues (GRADE B) ;
- Les interventions brèves permettent une réduction de la mortalité liée à l'alcool (GRADE A) ;
- L'efficacité des interventions brèves opportunistes n'est pas démontrée chez les patients ayant une dépendance modérée à sévère ;
- L'impact sur la santé publique des interventions brèves opportunistes serait considérable si elles étaient effectivement appliquées systématiquement en soins primaires (GRADE B) (90–93) ;
- L'efficacité des interventions brèves appliquées dans les services d'accueil des urgences reste discutée (94,95) ;
- L'efficacité des interventions brèves appliquées à l'hôpital général a été démontrée chez les hommes (peu de femmes ont été incluses dans les études) (96) (GRADE A) ;
- Les interventions brèves appliquées aux patients ayant des troubles psychiatriques modérés permettent une réduction à court terme de la consommation d'alcool (GRADE B) ;
- Les interventions brèves appliquées dans les programmes d'échange de seringues permettent une réduction de la consommation d'alcool (GRADE B) ;
- L'efficacité des interventions brèves appliquées aux femmes enceintes n'est pas encore établie ;
- Les interventions motivationnelles brèves permettent une réduction de la consommation et de la fréquence des « binge drinking » chez les étudiants universitaires (GRADE B) ;
- Les interventions brèves, consistant en un simple conseil structuré de réduction de la consommation, ont montré leur efficacité pour améliorer l'état de santé des personnes ayant un usage à risque ou un usage nocif (GRADE B) ;
- Les interventions brèves plus complètes, consistant en une ou plusieurs sessions de 20-30 minutes, et intégrant des éléments cognitivo-comportementaux et motivationnels, n'ont pas montré de supériorité sur les interventions brèves (GRADE A) ;
- La plupart des acteurs de soins primaires ne semble pas avoir encore adopté le repérage et les interventions brèves dans leur pratique (AE) ;
- Les principaux obstacles à l'adoption du repérage et de l'intervention brève dans les soins primaires sont le manque de temps et l'absence de rémunération adaptée (GRADE C) (97,98) ;
- Le télémarketing semble avoir le meilleur rapport coût-efficacité pour disséminer le repérage et l'intervention brève en soins primaires (GRADE B) ;

- La formation peut améliorer l'adoption du repérage et des interventions brèves en soins primaires. Cependant, la formation doit être adaptée aux contraintes et aux besoins des professionnels de santé auxquels elle s'adresse (GRADE C).

2/ Interventions psychosociales de faible intensité

Des programmes de faible intensité ont été développés, essentiellement pour les patients souffrant de dépendance modérée avec une efficacité de GRADE A et GRADE B (9).

- Des programmes cognitivo-comportementaux en trois séances ont montré leur efficacité chez les femmes souffrant de dépendance modérée.
- Une unique séance de thérapie conjugale est efficace chez des patients souffrant d'une dépendance modérée, et ayant une situation sociale stable et une situation conjugale relativement préservée.
- Le style et les principes non confrontationnels de l'entretien motivationnel doivent être adoptés par les professionnels spécialisés dans le traitement du mésusage de l'alcool.
- L'entretien motivationnel améliore l'efficacité des interventions psychosociales plus intensives.
- Bien que les preuves d'efficacité à long terme de l'entretien motivationnel manquent actuellement, ce type d'intervention permet de mieux préparer les patients à des traitements plus intensifs.
- Utilisé seul, l'entretien motivationnel n'est pas plus efficace que les autres interventions psychosociales, mais nécessite moins de séances, et a donc un meilleur rapport coût-efficacité.

Tableau (7)2 - Comparaison entre approche confrontant le déni et approche motivationnelle (9)

Approche confrontant le déni	Approche motivationnelle
L'acceptation par le patient du diagnostic d'« alcoolisme » est nécessaire au changement.	Eviter l'étiquetage ; l'acceptation du diagnostic d'alcoolisme n'est pas nécessaire au changement.
L'accent est mis sur la part de contrôle de l'« alcoolique ». Le choix personnel quant à la consommation est exclu.	L'accent est mis sur le choix personnel quant à la consommation d'alcool future et ses conséquences.
Le professionnel de santé donne les preuves de l'alcoolisme afin d'en convaincre le patient.	Le professionnel de santé fait une évaluation objective, mais se focalise sur les préoccupations du patient.
La résistance est perçue comme une caractéristique du patient « alcoolique » qu'il faut confronter.	La résistance est considérée comme le produit d'une interaction influencée par le comportement du professionnel de santé ; son apparition signale au soignant qu'il doit modifier sa stratégie.

Tableau (7)3 - Comparaison entre approches cognitivo-comportementale et motivationnelle (9)

Approche cognitivo-comportementale	Approche motivationnelle
Prend pour acquis que le sujet est motivé, aucune stratégie implicite n'est utilisée pour bâtir la motivation.	Utilise des principes et des stratégies précis afin de bâtir la motivation du sujet à l'amorce d'un changement.
Cherche à identifier et à modifier les cognitions inadaptées.	Explore et reflète les perceptions du sujet sans les étiqueter ou les corriger.
Prescrit des stratégies de coping spécifiques.	Aide le patient à définir ses propres stratégies de coping.
Enseigne les comportements d'adaptation en utilisant l'entraînement, le "modeling", les mises en situation et la rétroaction.	La responsabilité du "comment" est laissée au patient ; aucun entraînement, "modeling" ou mise en situation.
Enseigne des stratégies spécifiques de résolution de problèmes.	Favorise le processus naturel de résolution de problèmes.

3/ Interventions psychosociales spécialisées

a) Le renforcement communautaire

Peu développé en France, le renforcement communautaire associe la prescription supervisée de disulfirame (Espéral®), des éléments motivationnels, des éléments cognitivo-comportementaux, et s'efforce d'engager le patient vers une reprise du travail et d'autres activités sociales (9).

Cette intervention a montré son efficacité, notamment chez les patients souffrant d'une dépendance sévère (GRADE A).

La prescription de disulfirame est un élément essentiel du renforcement communautaire. L'efficacité de cette intervention est particulièrement importante chez les patients désocialisés, souffrant d'une dépendance sévère, et en échec d'autres traitements (GRADE A).

b) L'entraînement à l'autocontrôle comportemental

Il s'agit d'une intervention cognitivo-comportementale adaptée à l'objectif de réduction de la consommation, plutôt qu'à celui de l'abstinence.

Elle est fondée sur la détermination de limites de consommation, la mesure quotidiennement consignée de la consommation, le contrôle du rythme de la consommation, l'apprentissage de stratégies de refus concernant l'offre de boire, l'organisation de récompenses pour renforcer les succès, l'analyse des situations à haut risque et l'apprentissage de comportements alternatifs.

L'entraînement à l'autocontrôle comportemental est actuellement l'intervention psychosociale la plus efficace dans l'objectif de réduction de la consommation (GRADE A). Une revue systématique de l'efficacité des techniques cognitivo-comportementales visant à réduire la consommation a montré que l'élément le plus important est la mesure quotidiennement consignée de la consommation (89).

c) L'entraînement aux compétences sociales et de coping

Cette intervention psychosociale est assez développée en France. C'est, par exemple, la base du programme vidéo PHARES (99). Il s'agit d'un programme cognitivo-comportemental délivré en individuel ou en groupe, visant à augmenter les compétences du patient dans les domaines des relations sociales, de la gestion des émotions négatives, de l'organisation de la vie quotidienne, et des situations à haut risque de consommation.

Ce traitement cognitivo-comportemental est efficace chez le patient souffrant d'une dépendance modérée (GRADE A). Les objectifs thérapeutiques peuvent être modulés en fonction des besoins et des préférences des patients (AE).

d) Interventions basées sur la pleine conscience

Il s'agit d'une intervention cognitivo-comportementale, dite de la troisième vague. La pleine conscience comprend deux composantes : d'une part l'attention portée au moment présent, et d'autre part l'acceptation, l'équanimité et la curiosité envers son expérience, qu'elle soit positive ou négative. L'attention portée au présent soustrait le sujet aux regrets sur le passé et à l'inquiétude sur l'avenir. Observer avec une attitude de curiosité son expérience amène à réaliser qu'un état intérieur pénible peut, malgré tout, être toléré, et que nos expériences sont changeantes. Ainsi, une expérience pénible est toujours transitoire ; nos pensées et émotions ne nous donnent pas nécessairement un reflet fidèle de la réalité (100). Les interventions basées sur la pleine conscience bénéficient actuellement d'un essor important, dans le champ des addictions comme dans les champs des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, ou du développement personnel (100). Quelques études ont montré que cette nouvelle approche peut avoir un impact positif sur la consommation d'alcool (101) (GRADE C).

3/ Interventions pharmacologiques

Pour les publics spécifiques (femme enceinte, adolescent, personne âgée...), se référer à la Question/Réponse 16 page 78 et suivantes.

Les principaux objectifs des interventions pharmacologiques sont la prévention ou le traitement du syndrome de sevrage alcoolique (SSA), l'aide à la réduction de la consommation, l'aide au maintien de l'abstinence, ou le traitement des comorbidités somatiques ou psychiatriques.

En raison de la prévalence du mésusage de l'alcool, de ses nombreuses conséquences et du faible nombre de patients traités (5-10 %), la réduction des consommations en dessous de seuils à risque représente aujourd'hui un nouvel objectif thérapeutique chez certains patients (10,82). La rechute est favorisée par le craving et un déficit du contrôle comportemental. Les principaux médicaments d'aide au maintien de l'abstinence interfèrent avec les mécanismes de renforcement associés à la prise d'alcool.

Les interventions pharmacologiques doivent s'envisager en association à une intervention psychosociale (AE) (70).

a) Benzodiazépines (BZD) et prévention du syndrome de sevrage

De nombreux « tranquillisants » et produits GABAergiques ont été utilisés dans cette indication et les benzodiazépines ont fait l'objet d'une large évaluation.

Une synthèse de 64 études (plus de 4 000 patients) comparant l'efficacité des benzodiazépines contre placebo et d'autres médicaments dans la prévention du syndrome de sevrage (notamment les crises convulsives généralisées) montre que la classe thérapeutique est efficace dans cette indication (102). Les molécules à demi-vie longue sont utilisées préférentiellement (9,103,104) ; elles permettent une meilleure stabilité de la concentration sérique, et semblent plus efficaces sur le risque de récurrence des symptômes, les convulsions et l'anxiété de sevrage. Le diazépam figure parmi les molécules recommandées en première intention du fait de la rapidité d'action, d'une demi-vie longue et de l'expérience de son efficacité (9,82).

Il est sans doute utile de préciser que les BZD n'ont aucune indication dans l'aide au maintien de l'abstinence (AE). Cependant, la trop grande hétérogénéité des études ne permet pas de conclure définitivement en termes de sécurité.

Posologie et schéma de prescription

L'objectif de la sédation est d'obtenir un état calme mais vigilant. Deux schémas sont possibles.

- *Prescription de doses fixes réparties sur 24 heures*

La dose d'attaque dépend de l'évaluation clinique (présence des symptômes, intensité des symptômes lors de sevrage antérieur, délai habituel entre le lever et le premier verre, importance et régularité de la consommation). La posologie est réduite progressivement (voire quotidiennement) en fonction de la symptomatologie en ayant l'objectif de limiter le traitement de 5 à 10 jours (9).

A titre d'exemple, le référentiel de bonnes pratiques cliniques proposé en 2006 par la Société Française d'Alcoologie suggérait deux schémas de prescription pour un sevrage ambulatoire (105) :

- Deux à quatre comprimés de 10 mg de diazépam par jour pendant deux à trois jours, puis réduction en 4 à 7 jours et arrêt.
- Six comprimés de 10 mg de diazépam le premier jour et diminution d'un comprimé par jour jusqu'à arrêt.

- *Prescription personnalisée adaptée aux symptômes (106)*

Dans ce cas de figure, chaque délivrance de benzodiazépine est soumise au score de sevrage (échelle CIWA-Ar ou index clinique de Cushman). Elle présente l'intérêt d'utiliser des doses totales moins importantes et raccourcit la durée de traitement. Elle implique une évaluation régulière, pluriquotidienne, et s'applique donc davantage aux soins résidentiels (82).

Pour les patients ayant des difficultés à communiquer, des antécédents de convulsions, une comorbidité psychiatrique instable ou une addiction associée, elle paraît moins adaptée qu'une prescription à dose fixe (104).

Une dose de charge peut être administrée s'il existe des antécédents de complications ou si un syndrome de sevrage s'aggrave. A titre d'exemple les recommandations australiennes ont proposé le diazépam 20 mg deux fois par heure jusqu'à atteindre 60 à 80 mg (ou 1 mg/kg/jour) ou obtention d'une légère sédation (104). Cette stratégie nécessite une surveillance hospitalière.

Durée de traitement et dosage

Les quantités sont diminuées progressivement et les prescriptions au-delà de la première semaine sont à éviter, sauf complications (convulsions, hallucinations, delirium tremens, syndrome anxieux) ou addiction associée en raison du risque de rebond et de dépendance (104). En résidentiel, le traitement par BZD peut être prolongé au-delà de 3 semaines si besoin (82), par exemple en cas de syndrome de sevrage initial sévère, de dépendance associée aux BZD, ou un d'antécédent d'accident de sevrage.

L'adaptation des doses est guidée par une surveillance clinique plus ou moins rapprochée. Elle s'appuie sur les échelles d'évaluation des symptômes de sevrage (échelle CIWA-Ar ou index clinique de Cushman) (107,108) utilisables en résidentiel et en ambulatoire. Les mesures sont réalisées à intervalle régulier, adaptées à la sévérité des troubles jusqu'à la stabilité (104).

Les doses de BZD sont réduites chez les adolescents et les personnes âgées.

Précautions d'emploi

Hors sevrage thérapeutique, les BZD sont à éviter chez un patient souffrant d'un mésusage de l'alcool. Les doses sont limitées lors d'un traitement à domicile afin de prévenir surdosage et détournement. Un membre de l'entourage peut superviser les prises.

Les BZD à demi-vie courte (oxazépam) sont utilisables avec précaution en cas de traumatisme cérébral récent, de troubles respiratoires, d'obésité morbide (104).

L'insuffisance hépatocellulaire sévère est une contre-indication à toutes les BZD en prise systématique en raison du risque d'encéphalopathie. Elles ne doivent être prescrites qu'en cas de signes patents de sevrage, en adaptant les doses aux symptômes avec une surveillance clinique pluriquotidienne rigoureuse, éventuellement en s'appuyant sur l'échelle CIWA-Ar ou l'index de Cushman. Les BZD à demi-vie plus courte

et éliminées par conjugaison comme l'oxazépam étaient classiquement conseillées en cas d'insuffisance hépatocellulaire, afin de limiter une éventuelle accumulation et les effets indésirables associés. Cependant, l'utilisation de ces BZD ne supprime pas complètement les risques d'accumulation, et leur protection anticonvulsivante est moindre en raison de plus grandes fluctuations plasmatiques (109).

La double dépendance alcool-benzodiazépines est traitée par augmentation de la posologie de la BZD prescrite initialement, ou par changement de molécule en faveur d'une BZD à demi-vie longue. La dose initiale quotidienne est calculée à partir de l'évaluation concernant la sévérité du syndrome de sevrage en rajoutant l'équivalent de la dose de BZD quotidienne prise (75).

En cas de surdosage, le recours à l'antidote flumazénil par voie intraveineuse est progressif, compte tenu du risque de convulsion, et réalisé en structure adaptée ou en réanimation.

La prescription de BZD devra être l'objet d'une surveillance particulièrement attentive chez les patients suivant un traitement de substitution opiacée : la bonne tolérance cardiorespiratoire devra être vérifiée en début de traitement, notamment la nuit.

b) Thiamine (vitamine B1)

Le déficit en thiamine (vitamine B1) est fréquent chez les personnes alcoolo-dépendantes dont 30 à 80 % présentent des signes cliniques ou biologiques de carence. La consommation excessive d'alcool associée à une malnutrition aggrave l'absorption limitée de la thiamine (110–112).

La prescription de thiamine, recommandée dans la prévention et le traitement des manifestations du syndrome de Gayet-Wernicke, a fait l'objet d'une évaluation incluant de nombreuses études de cas et deux études colligées dans une évaluation Cochrane (111,113–115). Cette dernière valide, sur la base de deux revues de la littérature, l'utilisation de la thiamine dans le traitement de courte durée du syndrome de Gayet-Wernicke. Cependant les preuves disponibles sont insuffisantes (notamment en termes d'essais cliniques randomisés) pour guider les cliniciens dans la dose, la fréquence, la voie d'administration ou la durée du traitement en termes de prophylaxie ou de traitement curatif. Les recommandations actuelles sont basées sur des pratiques cliniques empiriques et des avis d'experts (9,104,110). La posologie minimale à employer pour être efficace serait de 200 mg par jour (116). L'adaptation des recommandations anglo-saxonnes en France doit tenir compte des différences de conditionnement de traitement.

La prise en charge financière de ce type de traitement doit être également prise en compte dans certaines situations de précarité sociale.

On distingue, pour l'administration de thiamine, la prophylaxie et le traitement. Des schémas thérapeutiques sont proposés à titre indicatif en fonction des recommandations existantes.

Prophylaxie

1. Absence de malnutrition : les références internationales proposent une dose de 300 mg par jour pendant 5 jours, par voie orale, pouvant être poursuivie environ deux semaines. L'adaptation en France (en raison d'un conditionnement de traitement différent) pourrait être la suivante : une dose de 500 mg par jour pendant 5 jours par voie orale, puis relais à la dose de 250 mg par jour pendant environ deux semaines.

2. Signes carenciels et de malnutrition, consommation importante et retentissement sur la santé (notamment troubles cognitifs et maladie du foie liée à l'alcool) : la voie parentérale est préférable du fait des problèmes d'absorption. Les bénéfices de l'administration intraveineuse lente dépassent largement le risque d'anaphylaxie relativement faible (110). La dose proposée est de 300 mg par jour par voie parentérale pendant 5 jours puis 300 mg par jour par voie orale. En France, on peut proposer la dose de 500 mg par jour par voie parentérale répartie en deux fois sur 24 heures, pendant cinq jours puis un relais per os jusqu'à reprise d'une alimentation équilibrée.

3. S'il y a nécessité d'une perfusion de glucose par voie intraveineuse, il convient préalablement d'administrer par voie parentérale 500 mg de thiamine dans 100 ml de chlorure de sodium à 0,9 %, sur 30 minutes.

Traitement

Une suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke nécessite un traitement curatif de thiamine à forte dose, par voie parentérale, sur une durée courte. Les recommandations internationales proposent des doses journalières variant de 500 mg à 1,5 g pendant 3 à 5 jours puis un relais par voie orale. En France, pourrait être proposée une dose journalière de 1 gr pendant 5 jours puis un relais par voie orale. Le traitement est à débiter dès que le diagnostic présomptif d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est posé sachant que la triade classique (troubles de la conscience, ataxie et paralysie oculomotrice) ne serait présente que dans 10 % des cas (111) et que certains tableaux cliniques (delirium tremens, encéphalopathie hépatique, traumatisme crânien, etc.) peuvent entraîner des difficultés diagnostiques (110).

c) Autres vitamines

Chez le patient dénutri, un apport polyvitaminé et d'oligoéléments (vitamines B6, PP, C, acide folique, zinc et magnésium) peut être envisagé durant quelques jours (104).

En raison des effets neurotoxiques, la prescription de la vitamine B6, à une posologie limitée, ne doit idéalement pas se prolonger au-delà d'un mois. Les autorités sanitaires américaines, à titre d'exemple, ont fixé un taux maximal d'utilisation à 100 mg par jour (117).

La poursuite d'une consommation importante d'alcool pendant la grossesse induit fréquemment une carence en acide folique. Sa prescription permet de réduire les malformations dues à la non fermeture du tube neural. Pour être efficace, la prévention doit être entreprise 4 semaines avant la conception et se poursuivre jusqu'à la 12ème semaine d'aménorrhée à la dose de 400 microgrammes par jour (118). A défaut, elle devrait être prescrite dès que possible.

d) Disulfirame

Il bloque la dégradation de l'acétaldéhyde par inhibition de l'aldéhyde déshydrogénase ce qui est à l'origine de l'effet antabuse (réaction éthanol-disulfirame par accumulation d'acétaldéhyde) lors d'une prise d'alcool (chaleur, rougeur, vomissements, tachycardie, voire réactions plus sévères, notamment cardiovasculaires ou neurologiques) (119). Ce traitement, fondé sur la dissuasion de la reprise de consommation en raison de la menace d'une réaction aversive, est indiqué chez le patient motivé qui souhaite l'abstinence à l'aide de ce médicament.

En raison des contre-indications (hépatiques, rénales, cardiovasculaires, neurologiques, grossesse), des interactions médicamenteuses, et de la dangerosité potentielle de l'effet antabuse, ce médicament est proposé en deuxième intention après l'acamprosate ou la naltrexone.

Il doit être pris à distance de la dernière consommation d'alcool (24h minimum, à la dose de 250 à 500 mg/j en une prise). La supervision du traitement améliore l'observance et l'efficacité thérapeutique (moins de rechutes ; reprise d'alcool plus tardive comparativement à l'acamprosate ou à la naltrexone à 12 semaines ; moins de jours à forte consommation). Le suivi est bimensuel pendant 2 mois puis mensuel pendant 4 mois et au moins biannuel ensuite (82) (AE).

Le patient et son entourage doivent être informés des risques d'effet antabuse avec toute source d'alcool (boisson, nourriture, parfum...), du risque neuropathique périphérique et du risque hépatotoxique de ce médicament (état de fatigue, ictère) qui nécessite l'arrêt du traitement et une consultation urgente.

Une méta-analyse récente a confirmé l'efficacité de ce traitement, encore beaucoup prescrit dans de nombreux pays (120) (GRADE A).

e) Acamprosate

Son mécanisme d'action est incomplètement élucidé. Développé comme un agoniste GABA-A (similitudes avec la taurine), puis considéré comme un antagoniste glutamatergique (récepteurs NMDA et mGluR5) qui permettait de compenser le renforcement glutamatergique induit par la consommation chronique d'alcool, c'est finalement le calcium associé (homotaurinate de calcium) qui pourrait sous-tendre ses différents effets thérapeutiques (121).

L'acamprosate est supérieur au placebo pour le maintien de l'abstinence, le nombre de jours sans alcool, et le risque de rechute à 3 et à 12 mois après sevrage (GRADE A) (122). L'acamprosate est supérieur à la naltrexone pour le maintien de l'abstinence (GRADE C).

Le médicament est introduit dès que possible après le sevrage (< 60 kg : 1 332 mg/j ; > 60 kg : 1 998 mg/j en 3 prises). La durée de prescription est d'un an (cf. autorisation de mise sur le marché – AMM), mais le traitement peut être poursuivi tant qu'il existe un bénéfice et que le patient le souhaite (61,82).

f) Naltrexone

Cet antagoniste des récepteurs opiacés mu (mais aussi kappa et à un moindre degré delta) réduit l'activation du circuit de la récompense induite par l'alcool (moindre libération de dopamine dans le noyau accumbens) diminuant ainsi la valeur renforçante de l'alcool et l'envie de consommer.

La naltrexone diminue les reprises et les rechutes alcooliques (GRADE A), réduit davantage le craving et les jours de fortes consommations que l'acamprosate (GRADE A), mais apparaît moins efficace sur le maintien de l'abstinence (123) (GRADE C). Ce médicament semble bénéfique chez les forts consommateurs, alors que les résultats sont contradictoires pour les sujets sévèrement dépendants. De manière inconstante, l'association naltrexone-acamprosate peut être supérieure au placebo et à l'acamprosate sur la reprise des consommations et les fortes consommations (122) (GRADE B).

La naltrexone est contre-indiquée chez les patients consommant des morphiniques (licites ou illicites). Elle est prescrite après le sevrage alcoolique (25 puis 50 mg/j en une prise). La durée de prescription est de 3 mois (AMM), l'effet bénéfique disparaissant après quelques mois. Cependant le traitement peut être poursuivi jusqu'à 6 mois ou tant qu'il existe un bénéfice et que le patient le souhaite (61,82).

Qu'il s'agisse de l'acamprosate ou de la naltrexone, ces médicaments doivent être arrêtés après 4-6 semaines si la consommation d'alcool persiste (61,82) (AE).

g) Nalméfène

Ce médicament est indiqué dans la réduction de la consommation chez les patients alcoolo-dépendants (Niveau de preuve 1, GRADE A). Le nalméfène est un antagoniste des récepteurs opiacés mu et delta, et un agoniste partiel des récepteurs kappa, avec une durée d'action plus longue et une moindre hépatotoxicité que la naltrexone. L'effet thérapeutique pourrait être sous-tendu par une réduction du craving de récompense (transmission mu) et des phénomènes dysphoriques (transmission kappa). Le nalméfène est contre-indiqué chez les patients consommant des morphiniques.

Le traitement (maximum un comprimé par jour) n'est pas pris de manière systématique, mais à la demande, chaque jour où le patient anticipe un risque de consommation d'alcool (61,124).

h) Baclofène

En activant les récepteurs inhibiteurs GABA-B, le baclofène diminuerait les propriétés renforçantes de l'alcool (moindre libération de dopamine entre autres). L'expérience de patients et l'étude ALPADIR ont fait évoquer une diminution du craving mais cela n'a pas été confirmé par les méta-analyses. Les résultats sur l'efficacité sont discordants dans les études contrôlées du fait de plans expérimentaux et des critères de jugement différents. Ainsi, sur les 4 méta-analyses disponibles, deux concluent à l'absence d'effet significatif du baclofène (125,126), les 2 autres (127,128) concluent à un effet faible à modéré selon les critères. Ces discordances sont bien illustrées par les deux études ayant inclus le plus de patients, toutes deux réalisées en France (129,130). Depuis la publication de ces méta-analyses, une étude américaine a conforté l'efficacité du baclofène sur les jours de forte consommation et les jours d'abstinence, supérieure à 90 mg/jour par rapport à 30 mg/jour (131). Cette étude évoque aussi un effet lié au genre (131).

Le baclofène induit de nombreux effets indésirables, principalement sédatifs. Ils sont le plus souvent bénins, mais peuvent être sérieux pour des posologies élevées. Ainsi, une étude de pharmaco-épidémiologie de grande envergure, mais dont les résultats sont controversés, a suggéré une augmentation du risque d'hospitalisation et surtout de mortalité pour des doses > à 80 mg/j (132).

Il dispose d'une AMM depuis fin 2018 avec comme indication la réduction de la consommation d'alcool, en complément d'un suivi psychosocial, après échec des autres traitements, chez l'adulte. Il peut être prescrit par tout médecin. <https://ansm.sante.fr/actualites/alcool-dependance-nouvelles-recommandations-posologiques-pour-le-baclofene>

Il convient d'augmenter progressivement les doses pour arriver à une posologie optimale adaptée à chaque patient, correspondant à la dose la plus faible, pour une bonne réponse thérapeutique et une tolérance acceptable. Pour cette raison la prescription nécessite un suivi rapproché, notamment pendant la phase de titration et une information soigneuse du patient.

Pendant la phase de titration, l'efficacité et la tolérance du baclofène doivent être régulièrement évaluées, afin de déterminer la posologie optimale pour chaque patient : la dose la plus faible pour une réponse thérapeutique optimale et une tolérance acceptable. Si cet objectif thérapeutique n'est pas atteint à la dose de 80 mg/j, il est alors fortement recommandé de proposer au patient une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée en addictologie. Dans la mesure où aucune donnée d'efficacité et de sécurité n'est disponible au-delà de 300 mg/j, il est fortement recommandé de ne pas dépasser la dose de 300 mg/j. La durée de prescription n'est pas connue, certains patients nécessitent un traitement au long cours. Lorsque l'interruption du baclofène est envisagée, elle doit être progressive, un sevrage rapide pouvant induire, comme pour l'alcool, des convulsions et un tableau de delirium tremens.

Médicaments en cours d'évaluation

a) Gamma-hydroxybutyrate (GHB)

Les cibles sont plus nombreuses que celles du baclofène : agoniste des récepteurs GHB et GABA-B, mais aussi GABA-A via la transformation du GHB en GABA.

Prescrit en France comme anesthésique et dans les troubles du sommeil de la narcolepsie (oxybate de sodium), il est commercialisé depuis plusieurs années en Italie et Autriche dans le traitement de l'alcoolodépendance. Plusieurs études cliniques publiées n'ont pas permis de lui attribuer une AMM.

b) **Les antiépileptiques à action GABAergique**, notamment le topiramate et la gabapentine, sont parfois utilisés pour aider les patients à modifier leur consommation d'alcool. Plusieurs études ont montré des

résultats encourageants sur le maintien de l'abstinence et la réduction de consommation. Les effets indésirables de ces médicaments sont limités, mais non exceptionnels. Ils n'ont pas d'AMM dans l'alcoolodépendance (133–135).

RECOMMANDATIONS

7.1. Il est recommandé de favoriser une alliance thérapeutique avec le patient : abord empathique et soutenant envers le patient, mise en place d'une relation clairement orientée vers l'objectif thérapeutique, encourageant l'autonomie et l'utilisation de ressources extérieures (AE).

7.2. L'entourage peut contribuer aux progrès du patient. Il est souvent utile de faire participer l'entourage à la prise en charge, en lui apportant des informations sur le mésusage de l'alcool et en l'associant à la discussion sur les objectifs et les stratégies thérapeutiques (AE).

Par extension, la même recommandation s'applique à toute personne en lien avec le patient.

7.3. Parmi les interventions psychosociales, les interventions brèves, les entretiens motivationnels et les thérapies cognitivo-comportementales bénéficient d'un niveau de preuve d'efficacité satisfaisant (GRADE A).

7.4. Les interventions brèves peuvent prendre différentes formes et s'appliquer dans des contextes variés. Leur efficacité a été montrée en soins primaires.

7.5. Les interventions brèves sont efficaces chez les personnes ayant un usage à risque ou un usage nocif, pour réduire leur consommation à un niveau de faible risque (GRADE A). L'élément apparaissant le plus efficace est d'encourager l'auto-évaluation de la consommation, c'est-à-dire demander de consigner quotidiennement le nombre de verres consommés, sur un agenda, un carnet, un fichier informatique ou une application smartphone. Le deuxième élément efficace est de susciter régulièrement l'engagement de la personne dans sa réduction de la consommation (GRADE B).

7.6. Les interventions motivationnelles brèves permettent une réduction de la consommation et de la fréquence des « binge drinking » chez les étudiants universitaires.

7.7. L'impact sur la santé publique des interventions brèves opportunistes serait considérable si elles sont effectivement appliquées systématiquement en soins primaires (GRADE B).

7.8. La formation peut améliorer l'adoption du repérage et des interventions brèves en soins primaires (GRADE B). Cependant, la formation doit être adaptée aux contraintes et aux besoins des professionnels de santé auxquels elle s'adresse.

7.9. Le style et les principes de l'entretien motivationnel doivent être adoptés par les professionnels spécialisés dans le traitement du mésusage de l'alcool (GRADE B).

7.10. L'entretien motivationnel améliore l'efficacité des interventions psychosociales plus intensives associées (GRADE A).

7.11. L'entraînement à l'autocontrôle comportemental est actuellement l'intervention psychosociale la plus efficace dans l'objectif de réduction de la consommation (GRADE A). Elle est fondée sur la détermination de

limites de consommation, la mesure quotidiennement consignée de la consommation, le contrôle du rythme de la consommation, l'apprentissage de stratégies de refus concernant l'offre de boire, la mise en place de mesures de renforcement des succès, l'analyse des situations à haut risque et l'apprentissage de comportements alternatifs.

La mesure quotidiennement consignée de la consommation semble l'élément le plus efficace de cette intervention (GRADE B).

7.12. Les benzodiazépines restent le traitement médical de première intention du syndrome de sevrage alcoolique (GRADE A) en privilégiant les molécules à demi-vie longue (AE).

7.13. L'indication et l'adaptation du traitement par benzodiazépines est guidée par une surveillance clinique régulière et rigoureuse, qui peut s'appuyer sur les échelles d'évaluation des symptômes de sevrage (échelle CiWA-Ar et index de Cushman) (GRADE B).

7.14. Les doses de benzodiazépines sont à adapter selon la gravité des symptômes de sevrage et à la tolérance du traitement (GRADE B).

7.15. En cas de contre-indication aux benzodiazépines (insuffisance respiratoire chronique, cirrhose du foie décompensée avec ascite, ictère ou TP < 50 %, obésité, personnes âgées, etc.), et de risque de syndrome de sevrage, l'hospitalisation est fortement recommandée. L'administration de benzodiazépines doit se faire selon un protocole guidé par les symptômes, uniquement en cas de signes patents de sevrage et après réévaluation de chaque prise. Les benzodiazépines à demi-vie courte (type oxazépam) n'ont pas fait la preuve d'une meilleure tolérance dans cette situation, et leur demi-vie peut être allongée en cas d'insuffisance hépatocellulaire.

7.16. La prescription personnalisée adaptée aux symptômes s'applique davantage aux soins résidentiels. Elle n'est pas souhaitable pour des patients ayant des difficultés à communiquer, des antécédents de convulsions, une comorbidité psychiatrique instable ou une addiction associée (GRADE B).

7.17. Un traitement par benzodiazépines ne se justifie au-delà d'une semaine qu'en cas de symptômes de sevrage persistants, d'accident de sevrage ou de dépendance aux benzodiazépines associée (GRADE B).

7.18. En cas de sévérité des symptômes de sevrage ou d'accident de sevrage, le traitement par benzodiazépines ne doit pas se prolonger au-delà de quatre semaines, décroissance comprise (GRADE C).

7.19. La prescription systématique de thiamine (vitamine B1) est à adapter à l'état nutritionnel (AE).

7.20. Une perfusion intraveineuse de glucose nécessite préalablement une injection de thiamine (vitamine B1) par voie parentérale (GRADE C).

7.21 La poursuite d'une consommation importante d'alcool pendant la grossesse justifie la prescription dès que possible d'acide folique qui réduit les malformations dues à la non fermeture du tube neural.

7.21. L'acamprosate, la naltrexone et le disulfirame sont les médicaments pour aider au maintien de l'abstinence, et prévenir la rechute après un sevrage (Niveau de preuve 1, GRADE A). Il est recommandé

d'encourager l'observance du traitement, qui sera idéalement associé à un accompagnement psychosocial personnalisé (AE).

7.22. L'acamprosate (modulateur GABA-glutamate-calcium) et la naltrexone (antagoniste opiacé) visent à réduire le craving et sont proposés en première intention pour une durée respective de 12 et 3 mois (Niveau de preuve 1) ou tant qu'il existe un bénéfice (AE).

7.23. Le disulfirame est un traitement aversif proposé chez des patients motivés à utiliser ce médicament, en deuxième intention en raison de ses effets indésirables (effet antabuse) (GRADE A).

7.24. Le nalméfène, antagoniste opiacé, est autorisé dans la réduction de consommation (Niveau de preuve 1, GRADE A). Il doit être associé à un accompagnement psychosocial adapté.

7.25. Le baclofène est un médicament GABAergique qui dispose d'une AMM depuis fin 2018 avec comme indication la réduction de la consommation d'alcool, en complément d'un suivi psychosocial, après échec des autres traitements, chez l'adulte (Niveau de preuve 4, GRADE C). La prescription nécessite un suivi rapproché, notamment pendant la phase de titration.

7.26. Ni l'oxybate de sodium, ni les antiépileptiques GABAergiques (topiramate et gabapentine notamment) n'ont d'AMM dans le champ de l'alcoologie.

8- Comment gérer la résistance du patient ?

La résistance du patient au changement constitue un symptôme central en raison de sa prévalence élevée dans les phases précoces de la prise en charge thérapeutique du mésusage de l'alcool. Ce phénomène cliniquement très significatif a cependant été peu étudié. Le terrain est donc relativement instable en termes de niveau de preuve scientifique, les éléments présentés relevant plus de l'opinion d'experts que de preuves scientifiques établies sur la base d'études méthodologiquement satisfaisantes (136).

L'entretien motivationnel (137) constitue un style d'entretien issu des psychothérapies humanistes, adapté spécifiquement à la prise en charge du mésusage de l'alcool. L'entretien motivationnel a un style empathique, fondé sur une écoute non-jugeante, caractérisé par une acceptation inconditionnelle de la situation à la fois du point de vue du patient et de son propre point de vue. Cette posture d'acceptation et de bienveillance fait de la gestion de la résistance, souvent nommée déni du patient alcoolo-dépendant, un des fondements de l'entretien motivationnel. La résistance du patient à changer de comportement est ainsi considérée non pas comme une caractéristique propre à la personnalité du patient, mais bien comme le fruit de l'interaction de ce dernier avec son environnement : famille, collègues ou soignants.

Avant que n'apparaisse l'entretien motivationnel dans le champ du traitement de la dépendance à l'alcool, le professionnel de santé adoptait souvent un autre point de vue que le patient. Pour le soignant, les répercussions de la consommation d'alcool sur la santé sont en premier plan. Il adopte dès lors l'attitude décrite comme le réflexe correcteur (138) : tout doit être entrepris afin que le patient ait le comportement le plus favorable à sa santé. La rencontre entre l'ambivalence du patient et le réflexe correcteur du soignant a été décrite comme la source -ou le renforcement- de la résistance du patient au changement de comportement (139,140). Il faut prendre également en considération que lorsqu'un soignant rencontre un patient alcoolo-dépendant et souhaite l'aider à modifier sa consommation, il est face à un individu qui a souvent subi d'importantes pressions de la part de son entourage professionnel ou familial visant à le faire

changer de comportement. Le sujet a donc développé une certaine résistance au changement depuis de nombreuses années lorsqu'il rencontre un soignant qui souhaite l'aider à adopter un comportement plus favorable à sa santé.

Parce que l'ambivalence et la résistance constituent des symptômes cardinaux de la présentation clinique d'un patient dépendant de l'alcool, le soignant doit reconnaître cette résistance et ajuster son intervention à son intensité. Pour cela, des questions permettant de mesurer la résistance au changement peuvent être utilisées ; par exemple : « Sur une échelle de 0 à 10, à quel point est-il important de modifier votre consommation d'alcool ? », ou encore « A quel point vous sentez-vous capable de modifier votre consommation ? » ou encore « A quel point vous sentez-vous prêt à modifier votre consommation d'alcool ? ».

Pour envisager un changement de comportement, le patient doit se sentir en confiance, libre face à ce changement (138) et ne pas subir de pressions. L'entretien motivationnel propose une approche centrée sur le patient : empathique, valorisant son autonomie et respectueuse de son rythme face au changement. Entrer en matière en demandant la permission au patient de discuter de sa consommation d'alcool est une manière de valoriser son autonomie et sa liberté de décider. Le professionnel de santé s'ajuste au niveau de motivation du patient, il accepte l'idée que le changement est un processus qui n'est pas continu et peut fluctuer relativement rapidement. Lorsque le soignant est en face d'un patient très résistant, il évoque l'ensemble des avantages que représentent la consommation d'alcool et le maintien de ce comportement de manière à renforcer la relation de confiance. Lorsque tous ces éléments ont été évoqués, le professionnel de santé peut explorer avec le patient d'éventuels effets moins positifs de la consommation d'alcool.

Au cours du processus thérapeutique, lorsque la résistance baisse et le patient évolue dans le sens de la préparation au changement, il évoque progressivement plus d'éléments en faveur du changement (davantage de discours pour le changement et moins d'arguments en faveur du statu quo). Le soignant reconnaît que le changement devient possible lorsque le patient évoque d'abord l'importance du changement puis sa capacité de changer avant de pouvoir planifier ce changement.

Lorsque la capacité au changement augmente, le patient s'approche d'un changement de comportement. L'exploration d'un changement hypothétique permet d'explorer le changement avec des patients qui ne sont pas prêts à changer (141).

RECOMMANDATIONS

8.1. Dans une relation ressemblant plus à un accompagnement qu'à une relation expert / patient, gérer la "résistance" du patient suppose un style d'entretien empathique basé sur les principes ci-dessous (GRADE B).

- 1- Demander la permission au patient de discuter de sa consommation d'alcool.
- 2- Explorer l'ambivalence en interrogeant aussi bien sur les aspects positifs que négatifs de la consommation.
- 3- Mesurer le niveau de la résistance au changement avec des questions telles que : « Sur une échelle de 0 à 10, à quel point est-il important de modifier votre consommation d'alcool ? », ou encore « A quel point vous sentez-vous capable de modifier votre consommation ? » ou encore « A quel point vous sentez-vous prêt à modifier votre consommation d'alcool ? ».
- 4- Evoquer un changement hypothétique, ce qu'il pourrait être, les bénéfices à en attendre, les stratégies qui pourraient être mises en place...

9- Quelle planification de l'intervention ?

Il est habituel que le parcours des patients ayant un mésusage de l'alcool ne soit pas linéaire en termes de consommation, de conséquences de la consommation, et d'objectifs de soins. Bien qu'en absence d'intervention thérapeutique il y ait un mouvement général vers l'aggravation, on peut assister au gré des contextes de vie à des améliorations, parfois spontanées, ou à des rechutes (142). Les objectifs de consommation peuvent varier d'une période à l'autre, entre un objectif de réduction ou un objectif d'abstinence, les mouvements pouvant s'effectuer dans les deux sens. La motivation au changement est volatile (137). Le professionnel de santé doit adapter son intervention à ces changements de situation, de motivation et d'objectifs de soins.

L'intervention thérapeutique doit être planifiée différemment, selon l'objectif de consommation :

- Objectif d'abstinence
- Objectif de réduction de consommation.

Dans un objectif d'abstinence, l'intervention se déroule typiquement en deux phases (8, 68) :

1. Sevrage médicalisé de l'alcool ;
2. Maintien de l'abstinence (ou prévention de la rechute).

Ces deux phases sont distinguées car elles font appel à des stratégies thérapeutiques distinctes, particulièrement dans le domaine pharmacothérapeutique. La phase de sevrage médicalisé de l'alcool est idéalement préparée par l'abord des éléments motivationnels, une intervention auprès de l'entourage, une évaluation de l'état somatique et psychiatrique, et de la situation sociale.

En revanche, dans le cas d'un objectif de réduction de la consommation, il n'est pas nécessairement prévu de période de sevrage médicalisé de l'alcool (10). On ne distingue pas clairement de période de réduction de la consommation et de prévention de la rechute, les deux objectifs étant en général confondus. Là aussi, le travail sur la réduction de la consommation peut être précédé d'une période de préparation, qui peut comporter des éléments motivationnels, une intervention auprès de l'entourage, une évaluation de l'état somatique et psychiatrique, et de la situation sociale.

Traitement des comorbidités

Quel que soit l'objectif de consommation d'alcool retenu avec le patient, il faudra également porter une attention particulière aux pathologies associées.

Autres addictions

D'autres addictions peuvent être associées à l'alcool : tabac (60-70 %), autres drogues (environ 13 %), notamment cannabis (10 %) et opiacés (2 à 3 %) (143).

La réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool peut faciliter l'arrêt d'autres consommations, notamment le tabac. Mais elle peut parfois s'accompagner d'un report sur les autres consommations (cannabis notamment) (AE) (144). C'est donc l'ensemble de la problématique addictive qui doit être prise en charge (9). Une intervention motivationnelle répétée visant à encourager l'arrêt du tabac est recommandée chez les patients fumeurs, quel que soit le moment de leur parcours de changement du mésusage de l'alcool (145–147).

Les comorbidités avec d'autres conduites addictives devront également amener à intégrer des interventions adaptées.

Comorbidités psychiatriques

L'existence d'un trouble psychiatrique représente une vulnérabilité faisant obstacle à un changement durable de la consommation d'alcool et favorisant la rechute.

Les dépressions sont fréquentes (80 % dont 67 % au début du sevrage) mais seules 10-15 % persistent après un sevrage. Il convient de vérifier la persistance des symptômes dépressifs 2 à 4 semaines après le sevrage avant d'introduire un antidépresseur.

Les autres troubles psychiatriques sont aussi plus fréquents chez ces patients et nécessitent un recours à une évaluation et une intervention thérapeutique spécialisée : troubles bipolaires, psychotiques (15-35 %), personnalités anxieuses (27 %), dépendantes (16 %), anti-sociales (11 %), borderlines (10 %).

Comorbidités somatiques

Elles sont fréquentes. En particulier, les troubles cognitifs impactent l'investissement du patient dans son projet de soins, dans l'observance thérapeutique, et par conséquent sont un obstacle à l'engagement dans les soins, à un changement durable de la consommation de l'alcool, et favorisent la rechute.

Les troubles du sommeil doivent être systématiquement recherchés et traités (règles d'hygiène du sommeil, si besoin hypnotiques), car leur persistance après un sevrage est prédictive de rechutes.

RECOMMANDATIONS

9.1. Il est habituel que le parcours des patients ayant un mésusage de l'alcool ne soit pas linéaire en termes de consommation. Des améliorations comme des aggravations peuvent se produire spontanément. Le parcours n'est pas non plus linéaire en termes d'objectif de consommation. Le professionnel de santé doit adapter son intervention à ces changements de situation, de motivation et d'objectifs de soins (AE).

9.2. Une intervention orientée vers la réduction ne fait habituellement pas intervenir une période de sevrage médicalisé de l'alcool (GRADE B).

9.3. Une intervention orientée vers l'abstinence fait typiquement intervenir une période de sevrage médicalisé de l'alcool, qui peut requérir un traitement spécifique (GRADE A).

9.4. Les autres addictions, avec ou sans produits, doivent être systématiquement repérées tout au long du parcours de soins du patient et prises en compte dans une prise en charge globale de la problématique addictive (AE). Une intervention motivationnelle répétée visant à encourager l'arrêt du tabac est recommandée chez les patients fumeurs, quel que soit le moment de leur parcours de changement du mésusage de l'alcool (GRADE C).

9.5. Les symptômes dépressifs et anxieux sont fréquents et parfois sévères lors du mésusage de l'alcool. Comme ils régressent le plus souvent avec le sevrage, il est recommandé de vérifier la persistance des symptômes 2 à 4 semaines après un sevrage avant d'envisager un traitement de fond.

10-Comment conduire le traitement en vue d'une réduction de consommation ?

Alors que l'abstinence est reconnue comme étant un objectif de consommation préférable chez les patients souffrant d'une dépendance sévère, ou d'un mésusage associé à des comorbidités somatiques ou psychiatriques importantes, certains patients ne s'engagent pas dans cette voie, soit parce qu'ils n'arrivent pas à accepter l'idée d'arrêter totalement de boire, soit parce qu'ils s'en estiment incapables, notamment en n'identifiant pas les solutions à mettre en œuvre.

La réduction de la consommation est un objectif alternatif, qui peut être directement proposé au patient ayant un mésusage peu sévère, ou au patient ayant un trouble plus sévère, mais qui ne souhaite pas s'engager dans l'abstinence.

A. Objectifs de consommation

En France, il est recommandé de proposer aux patients de réduire leur consommation en se fondant sur les repères de consommation d'alcool proposés par Santé Publique France et l'Institut national du cancer (maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, des jours dans la semaine sans consommation), voir encadré 3. De même, il est recommandé de s'abstenir totalement dans certaines circonstances (enfance, grossesse, conduite automobile ou travail sur machine, certaines maladies et traitements...).

Cependant, toute réduction de consommation peut avoir un impact significatif sur la santé. La relation entre la consommation d'alcool et le risque de mortalité étant de nature exponentielle, une même réduction de consommation a un impact d'autant plus important que la consommation initiale est plus élevée. Par exemple, il a été calculé qu'une réduction de 36 grammes d'alcool par jour induit une réduction trois fois plus importante du risque de mortalité chez un buveur de 96 g/j que chez un buveur de 60 g/j (148). Ainsi, il est recommandé de viser autant que possible une consommation en deçà des seuils d'usage à risque, mais d'accepter toute réduction durable de consommation comme un résultat positif, qui peut être une première étape vers une réduction plus importante.

B. Stratégies facilitant la réduction de consommation

Les interventions psychosociales.

Se reporter si besoin à la Question/ Réponse 7, chapitre II/ Interventions psychosociales, en page 37 et suivantes.

Les interventions psychosociales étaient les seules stratégies thérapeutiques disponibles jusqu'au début de la décennie 2010. Depuis, elles ont été complétées par des stratégies médicamenteuses.

Les interventions psychosociales recommandées dans la réduction de la consommation d'alcool sont bien entendu au premier chef les interventions brèves (GRADE A), notamment pour les sujets souffrant d'un mésusage peu sévère. Des interventions psychosociales d'intensité plus importantes sont bien adaptées à la réduction de la consommation : interventions motivationnelles et programmes cognitivo-comportementaux, avec notamment l'entraînement à l'autocontrôle comportemental, c'est-à-dire demander au patient de consigner quotidiennement le nombre de verres consommés, sur un agenda, un carnet, un fichier informatique ou une application smartphone. L'élément thérapeutique le plus important semble être l'auto-évaluation quotidienne de la consommation (GRADE A) (89).

Les médicaments

Les médicaments visant la réduction de la consommation d'alcool ne sont indiqués que chez les personnes dépendantes.

Le nalméfène est le premier médicament à avoir reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de la réduction de la consommation d'alcool.

Bien que la naltrexone soit normalement indiquée dans la prévention de la rechute après sevrage, certaines données indiquent une possible efficacité dans la réduction de la consommation (149).

La prescription de baclofène dans la réduction de la consommation chez les patients alcoolo-dépendants est possible en 2ème intention. Il dispose d'une AMM depuis fin 2018.

Les différentes stratégies permettant la réduction de la consommation allient intervention de type psycho-éducatif, prise en charge médicale et prescription médicamenteuse.

RECOMMANDATIONS

10.1. Alors que l'abstinence est reconnue comme étant un objectif de consommation préférable chez les patients souffrant d'une dépendance sévère, ou d'un mésusage associé à des comorbidités somatiques ou psychiatriques importantes, certains patients ne s'engagent pas dans cette voie, soit parce qu'ils n'arrivent pas à accepter l'idée d'arrêter totalement de boire, soit parce qu'ils s'en estiment incapables, soit parce que cela ne s'impose pas.

La réduction de la consommation est un objectif alternatif, qui peut être directement proposé au patient ayant un mésusage peu sévère, ou au patient ayant un trouble plus sévère, mais qui ne souhaite pas – ou ne peut pas encore- s'engager dans l'abstinence.

10.2. Il est recommandé de viser, autant que possible, les repères de consommation d'alcool proposés par Santé Publique France et l'Institut National du Cancer (maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, des jours dans la semaine sans consommation). De même, il est recommandé de s'abstenir totalement dans certaines circonstances (enfance, grossesse, conduite automobile ou travail sur machine, certaines maladies et traitements...) (voir encadré 3) mais d'accepter toute réduction durable de consommation comme un résultat positif, qui peut être une première étape vers une réduction plus importante.

Il est recommandé d'encourager l'auto-évaluation de la consommation, c'est-à-dire demander au patient de consigner quotidiennement le nombre de verres consommés, sur un agenda, un carnet, un fichier informatique ou une application smartphone.

10.3. Il est recommandé de susciter régulièrement l'engagement du patient dans la réduction de la consommation.

10.4. Les médicaments visant la réduction de la consommation d'alcool ne sont indiqués que chez les personnes dépendantes.

10.5. Le nalméfène est indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool chez les personnes dépendantes.

10.6. La prescription de baclofène dans la réduction de la consommation chez les patients alcoolo-dépendants est possible en 2ème intention. Il dispose d'une AMM depuis fin 2018.

11-Comment conduire le traitement en vue d'un sevrage ?

Le sevrage se définit comme l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, imposé par certaines circonstances ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez le patient présentant un mésusage de l'alcool. Il peut entraîner un syndrome de sevrage.

Le syndrome de sevrage recouvre des manifestations symptomatiques graduées (mineures, modérées, sévères) survenant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Elles traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique.

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations.

- Troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- Troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
- Troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée.

Ce tableau peut dans les heures qui suivent, régresser, s'aggraver ou se compliquer d'accidents de sevrage (hallucinations, convulsions, delirium).

Les facteurs de risque prédisposant à la survenue de complications sont la sévérité du mésusage, des antécédents de syndrome de manque et d'accidents de sevrage, une polyaddiction et des comorbidités associées (103).

Le syndrome de sevrage est d'intensité limitée et sans complication chez 95 % des personnes alcoolo-dépendantes (60). Seul un petit nombre de patients (10 à 20 %) nécessite une prise en charge dans le cadre d'un sevrage thérapeutique devant idéalement s'inscrire dans un projet de soins (86,148).

A l'inverse, tous les projets de soins n'impliquent pas un sevrage et a fortiori un sevrage thérapeutique.

Les objectifs du sevrage thérapeutique sont (9,104) :

- De dépister et gérer les symptômes de sevrage,
- De prévenir la survenue de complications sévères.

A. Principes généraux de la prise en charge

• La prise en charge relève de l'intervention médico-psychosociale avec des approches multiples et graduées proposées après évaluation clinique en fonction des besoins du patient. Elle s'inscrit dans un accompagnement global et un parcours de soins (82).

L'orientation des soins les plus adaptés (ambulatoires ou résidentiels) se fait avec l'accord motivé du patient préalablement informé (l'adhésion aux soins permettant l'obtention de meilleurs résultats). L'explication du déroulement du sevrage entraîne une meilleure gestion de celui-ci (75,104). Le sevrage combiné du tabac est proposé et encouragé (75). L'organisation du post-sevrage est systématiquement évoquée.

La préparation d'un sevrage contribue à renforcer sa qualité et diminue ainsi le risque de rechute (9).

Un projet de sevrage thérapeutique peut être différé pour se donner le temps de réunir les conditions psychosociales nécessaires à son bon déroulement comme au maintien ultérieur de l'abstinence. Dans tous les cas, l'accompagnement du patient peut toujours déboucher sur un projet de sevrage futur (105).

- Le sevrage résidentiel hospitalier ne concerne que 10 à 30 % des sevrages (74,105).

Les indications sont (9,105) :

- Un delirium (confusion mentale éventuellement accompagnée d'hallucinations) ou des crises comitiales au moment de l'évaluation ;
- Un antécédent de delirium ou de crises comitiales (82) ;
- Une consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines (BZD) (AE) (afin d'ajuster le traitement médicamenteux sans réaliser un sevrage concomitant des benzodiazépines ; celui-ci devra être évoqué dans un deuxième temps) (82).

Certaines circonstances doivent également faire envisager au cas par cas un traitement en résidentiel :

- Alcoologique : importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs (75,105) ;
- Somatique ou psychiatrique : comorbidité sévère ou instable, fragilité liée à l'âge ;

- socioenvironnementale : demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire ;
- Générales : grossesse.

Certains sevrages s'imposent à l'occasion d'une hospitalisation pour un autre motif dans un service non addictologique et justifient le recours à l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) (104).

- Le sevrage ambulatoire

Le sevrage ambulatoire est à privilégier en dehors des indications de sevrage résidentiel indiquées ci-dessus. Il permet un soin efficace dans le milieu de vie habituel en limitant les coûts. Il prend en compte les comorbidités existantes liées – ou non – à l'alcool et leurs traitements en cours.

Le suivi clinique rapproché en ambulatoire, au domicile, implique à la fois le médecin traitant et les acteurs soignants associés.

B. Traitement pharmacologique du sevrage

Pour les publics spécifiques (femme enceinte, adolescent, personne âgée...), se référer à la Question/ Réponse 16 page 78 et suivantes.

- **Indications**

Bien souvent, l'arrêt ne requiert pas de traitement pharmacologique (9). En effet, le syndrome de sevrage est loin d'être systématique, y compris chez les personnes dépendantes de l'alcool.

L'objectif du traitement pharmacologique est de prévenir ou réduire les symptômes sévères du sevrage et les complications induites par la suppression de l'alcool. Il doit être adapté à chaque patient.

La voie orale est préférentiellement utilisée mais le recours à la voie parentérale peut s'avérer nécessaire en cas de sévérité des troubles ou de complications (vomissements, état confusionnel). Dans ce cas, la voie intraveineuse (IV) est plus adaptée en cas de troubles de la coagulation et permet une meilleure biodisponibilité (75).

- **Les benzodiazépines (BZD)**

Voir également la Question/ Réponse 7, chapitre III/ Interventions pharmacologiques, paragraphe : BZD et prévention du syndrome de sevrage, en page 45 et suivantes.

Elles restent aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique, quand cela s'avère nécessaire (151).

Il faut retenir que leur prescription n'est pas systématique, que leur posologie est à adapter à la sévérité et l'évolution du syndrome de sevrage et à la tolérance du traitement, et que la durée de traitement ne doit normalement pas excéder une semaine.

- **Les vitamines**

Voir également la Question/ Réponse 7, chapitre III/ Interventions pharmacologiques, les paragraphes : Thiamine (vitamine B1) et Autres vitamines, en page 46 et suivantes.

Tout patient débutant un sevrage doit bénéficier systématiquement de thiamine. Il n'existe pas, à ce jour d'élément objectif permettant de définir rigoureusement le dosage et la fréquence d'administration de la thiamine (113). A distance du sevrage, l'arrêt des apports en thiamine reste, dans tous les cas, fonction de

l'évolution clinique (75). La poursuite de la consommation d'alcool devrait entraîner un maintien de la prescription de thiamine (104) bien qu'il n'existe pas d'évidence clinique pour recommander une prophylaxie à long terme (104).

La poursuite d'une consommation importante d'alcool pendant la grossesse induit fréquemment une carence en acide folique. Sa prescription permet de réduire les malformations dues à la non fermeture du tube neural. Pour être efficace, la prévention doit être entreprise 4 semaines avant la conception et se poursuivre jusqu'à la 12ème semaine d'aménorrhée à la dose de 400 microgrammes par jour (118) A défaut, elle devrait être prescrite dès que possible.

- **Autres classes thérapeutiques**

Les molécules : baclofène, acamprosate, acide gammahydrobutyrique (GHB), bétabloquants ne sont pas recommandés en l'état actuel des connaissances dans l'aide au sevrage (152).

Certains antiépileptiques (carbamazépine, valproate, gabapentine) semblent une alternative intéressante en raison de leurs propriétés et de leurs effets secondaires limités, mais ne montrent pas d'efficacité supérieure aux BZD (153–155).

L'instauration d'un traitement antidépresseur n'est pas indiquée pendant le sevrage. Des troubles d'allure psychotique ne répondant pas à un traitement sédatif conventionnel peuvent justifier des neuroleptiques (75).

- **Traitements associés**

Ils sont à adapter à l'état clinique et biologique. En cas de syndrome de sevrage avéré, les apports hydriques doivent être suffisants (en moyenne 2 litres par jour) pour compenser les pertes (vomissements, sueurs, diarrhée), sans hyperhydratation et avec correction des troubles électrolytiques éventuels : hyponatrémie de manière progressive, hypokaliémie par apport conjoint de potassium et de magnésium (75).

C. Traitement des complications

Crise convulsive pendant le sevrage

D'autres étiologies en dehors d'un accident de sevrage doivent être éliminées. Après une crise convulsive de sevrage, les benzodiazépines sont administrées le plus tôt possible à dose suffisante pour éviter la récurrence et l'évolution vers un delirium tremens (104).

Delirium tremens

Le traitement de première intention reste les benzodiazépines à utiliser à fortes doses, au moins jusqu'à l'obtention d'une légère sédation. L'hospitalisation est impérative et il faut veiller à ce que l'environnement soit aussi calme que possible. Si les BZD ne suffisent pas à contrôler l'agitation, on peut avoir recours à la prescription, en supplément, d'antipsychotiques. Le delirium tremens résistant à ces mesures doit faire envisager un transfert en réanimation (104).

RECOMMANDATIONS

11.1. Le traitement du sevrage est médico-psychosocial, adapté aux besoins et au choix du patient informé (AE).

Le sevrage résidentiel est indiqué dans les cas suivants : delirium (confusion mentale éventuellement accompagnée d'hallucinations) ou crises comitiales au moment de l'évaluation; antécédent de delirium ou

de crises comitiales ; consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines (AE).

Certaines circonstances doivent également faire envisager au cas par cas un traitement en résidentiel : importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs, comorbidité sévère ou instable, fragilité liée à l'âge, demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire, grossesse (AE).

11.2. Le sevrage ambulatoire est à privilégier en dehors des indications de sevrage résidentiel (AE).

11.3. Dans la majorité des cas, le sevrage ne requiert pas de traitement pharmacologique (GRADE B) sous condition d'évaluations cliniques soigneuses au préalable puis de façon régulière. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, un traitement préventif doit être mis en place de manière systématique. Les benzodiazépines sont le traitement de première intention (GRADE A).

11.4. L'instauration d'un traitement antidépresseur n'est pas indiquée pendant le sevrage, sauf si le patient présente des symptômes dépressifs disproportionnés par rapport à la consommation d'alcool (AE).

12- Comment prévenir la rechute ?

I. QUELS OBJECTIFS THERAPEUTIQUES ?

Jusqu'à peu, l'abstinence était considérée comme le seul objectif thérapeutique chez les patients dépendants de l'alcool (70,75).

Quand l'objectif thérapeutique vise l'abstinence, le schéma thérapeutique consiste habituellement à organiser d'abord un sevrage d'alcool. La prévention de la rechute correspond à la phase thérapeutique faisant suite au sevrage.

La rechute après un sevrage était anciennement définie par la reprise du premier verre. Plus récemment, la rechute est définie par la reprise de fortes consommations (égales ou supérieures à 5 verres/j en une seule occasion pour les hommes de moins de 65 ans ; égales ou supérieures à 4 verres/j pour les hommes de plus de 65 ans et les femmes (20).

Il faut noter que ces seuils ont été définis par la Food and Drug Administration aux Etats-Unis, avec un verre contenant 14 grammes d'alcool, alors qu'un verre-standard en France contient 10 grammes (84).

II. QUELS MOYENS POUR Y PARVENIR ?

1. Le projet de soin

Il doit être défini avec le patient, en accord avec ses objectifs de vie, ses motivations, ses capacités cognitives, son contexte somatique, psychologique familial et professionnel (63). Le rôle et le travail de la motivation sont majeurs, le patient devant être acteur de son projet de soins.

Pour y parvenir, une prise en charge adaptée, via un travail en réseau avec les différents partenaires, sera proposée : 1) en ambulatoire pour l'aide au maintien de l'abstinence par les moyens médico-sociaux, notamment le médecin traitant, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les consultations hospitalières ; 2) en hospitalisation à temps partiel pour les patients qui nécessitent des soins continus et spécifiques, ou en alternative à une hospitalisation à temps plein tout en maintenant une certaine autonomie ; 3) en hospitalisation à temps plein pour gérer les crises aiguës, les comorbidités qui peuvent favoriser la rechute ; 4) en soins médicaux et de réadaptation pour favoriser le maintien de l'abstinence et réduire la risque de rechute.

2. Les approches médicamenteuses

Se reporter si besoin à la Question/ Réponse 7, chapitre III/ Interventions pharmacologiques, en page 44 et suivantes.

Les traitements de première intention de la prévention de la rechute sont l'acamprosate et la naltrexone (AE). L'acamprosate semble plus efficace pour maintenir une abstinence stricte, alors que la naltrexone a la particularité de permettre une meilleure prévention des dérapages vers les fortes consommations (156,157) (GRADE A).

Le disulfirame peut être proposé en deuxième intention (AE) chez les patients motivés à maintenir une abstinence, et informés du risque d'effet antabuse. Ce traitement est efficace, notamment si la prise des comprimés est supervisée (120) (GRADE A).

La prescription de baclofène dans la réduction de la consommation chez les patients alcoolo-dépendants est possible en 2ème intention. Il dispose d'une AMM depuis fin 2018.

3. Les approches psychosociales

Se reporter si besoin à la Question/ Réponse 7, chapitre II/ Interventions psychosociales, en page 38 et suivantes.

Nombreuses et hétérogènes, certaines nécessitent des moyens et des équipes entraînées (médecins, psychologues, éducateurs...).

Elles visent à maintenir le patient engagé et motivé dans le projet thérapeutique, à identifier les situations qui favorisent le craving et la reprise des consommations (colère, frustration, pression sociale, humeur dépressive...), et à les gérer par la mise en place de nouvelles stratégies comportementales et la remise en cause de « postulats silencieux » (par exemple « je suis incapable de m'abstenir », « je suis incapable de me faire aimer », « je suis nul »). Dans le cas du maintien de l'abstinence, on peut également citer la désactivation de l'«effet de violation de l'abstinence », lequel est nourri par un engagement fort dans l'abstinence et la croyance en l'inévitabilité de la rechute en cas de reprise d'un premier verre. L'effet de violation de l'abstinence se manifeste lors de la reprise d'un premier verre. Il est renforcé par les sentiments de honte et de culpabilité, et va alors augmenter le risque d'une perte de contrôle relative à la consommation et le risque de rechute.

La prise en charge du contexte environnemental dans lequel évolue le patient est majeure. L'implication de l'entourage (conjoint, famille, amis...) à travers une information, une éducation, une prise en charge individuelle ou de groupe est efficace dans le maintien de l'abstinence à 2 ans.

Selon la sévérité, l'intervention peut aller du simple conseil jusqu'à une prise en charge structurée. Un mésusage d'intensité modérée sera traité par une intervention psychosociale sans traitement pharmacologique d'emblée, alors qu'une forme modérée à sévère associera plusieurs types d'interventions thérapeutiques, psychosociales et pharmacologiques, en fonction des caractéristiques du patient et de son environnement (par exemple, thérapies comportementales plus ou moins cognitives, entretiens motivationnels, stratégies de coping, exposition au stimulus combiné à l'approche comportementale, renforcement communautaire, renforcement des contingences, thérapie de couple et familiale, plus ou moins comportementale, thérapie basée sur l'environnement, réseaux sociaux) (158,159).

Au final, ces différentes approches permettent au patient de se réinvestir dans les différentes activités de la vie (activités sociales, sportives et culturelles, réinsertion professionnelle) et in fine d'améliorer sa qualité de vie (82).

RECOMMANDATIONS

12.1. La prévention de la rechute est un terme utilisé pour définir un objectif thérapeutique qui s'inscrit après un sevrage.

12.2. L'objectif thérapeutique (AE) :

- S'inscrit dans un projet de soins personnalisés défini avec le patient,
- S'oriente généralement vers l'abstinence, mais peut intégrer un objectif de réduction de la consommation,
- Utilise différents moyens pour maintenir l'abstinence ou une réduction de consommation et prévenir la rechute.

12.3. Les approches psychosociales sont graduées en fonction de la sévérité du mésusage et adaptées au patient ainsi qu'à son entourage (GRADE B) :

- Un mésusage d'intensité modérée peut être traité par une intervention psychosociale sans traitement pharmacologique,
- Un mésusage d'intensité plus sévère, avec dépendance, peut associer d'emblée une intervention psychosociale et un traitement pharmacologique.

L'implication de l'entourage doit être favorisée (GRADE B).

Les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces dans l'accompagnement du patient (GRADE A) mais d'autres approches seraient bénéfiques indirectement notamment dans le renforcement de la motivation (GRADE C).

12.4. Les traitements médicamenteux doivent être systématiquement associés à un accompagnement psychosocial adapté (GRADE A).

12.5. Le renforcement de l'observance du traitement médicamenteux améliore l'efficacité thérapeutique.

12.6. Les traitements médicamenteux de première intention de la prévention de la rechute sont l'acamprosate et la naltrexone (AE). L'acamprosate semble plus efficace pour maintenir une abstinence stricte, alors que la naltrexone a la particularité de permettre une meilleure prévention des dérapages vers les fortes consommations (GRADE A).

12.7. Le disulfirame peut être proposé en deuxième intention (AE) chez les patients motivés à maintenir une abstinence, et informés du risque d'effet antabuse. Ce traitement est efficace, notamment si la prise des comprimés est supervisée (GRADE A).

12.8. La prescription de baclofène dans la réduction de la consommation chez les patients alcoolo-dépendants est possible en 2ème intention. Il dispose d'une AMM depuis fin 2018.

13- Quelles sont les indications du recours à une intervention spécialisée ?

Comme pour les autres pathologies, le médecin généraliste reste le pivot de la prise en charge. Permettant un accompagnement de longue durée, le médecin généraliste est la première personne ressource tant pour le sujet que pour son entourage. Le soutien qu'il apporte nécessite une formation adaptée à la pratique de la médecine générale. A l'évidence, la place du médecin généraliste va fortement dépendre de son niveau de formation dans la prise en charge des conduites addictives, et plus particulièrement du mésusage de l'alcool.

Dans le cadre de cette relation d'aide, le médecin généraliste doit s'appuyer sur un ensemble de partenaires, trop souvent mal identifiés. Il est indispensable de l'aider à identifier les acteurs et les structures pouvant intervenir en relais ou complémentarité dans son territoire de santé. Il s'agit ainsi de rompre l'isolement du

généraliste en le mettant en relation avec les personnes et les structures ressources proches de son lieu d'exercice, selon la logique de travail en réseau de proximité.

Au-delà des partenaires impliqués dans le traitement des addictions, le médecin généraliste, en fonction des particularités du sujet (femme enceinte, présence de comorbidité somatique, psychiatrique...), se met évidemment en relation avec les professionnels afférents.

A. Quelle intervention pour quel patient ?

Le modèle de soins gradués (« stepped care ») (9) suppose une gradation de l'intensité des interventions thérapeutiques. La notion d'intensité d'une intervention thérapeutique fait intervenir le type d'intervention psychosociale (nombre et durée des séances, niveau de formation du personnel de santé qui délivre l'intervention), la mise en place d'une intervention pharmacothérapeutique, la multidisciplinarité de l'équipe de soins, et enfin le caractère résidentiel ou non de l'intervention.

Dans ce modèle, les patients se voient initialement proposer un traitement de faible intensité, assorti d'un suivi avec évaluation de l'efficacité de l'intervention. En cas d'échec, le patient se voit proposer l'intervention d'intensité immédiatement supérieure, et ainsi de suite. Pour que ce modèle fonctionne correctement, il faut accepter que le sujet puisse débiter son parcours thérapeutique à n'importe quel niveau d'intensité, et pas seulement au niveau d'intensité le plus faible. En effet, si l'intervention brève, délivrée le plus souvent par le médecin généraliste, est à mettre en place en première intention chez la majorité des personnes chez lesquelles un mésusage a été repéré, il apparaît que les patients ayant un niveau de mésusage très sévère, notamment avec un syndrome de sevrage, des comorbidités somatiques et psychiatriques, ou une situation sociale très précaire, pourraient d'emblée bénéficier d'un recours à une intervention spécialisée, éventuellement résidentielle. Il est également recommandé de permettre à la personne de choisir, avec son thérapeute, à quel niveau d'intensité elle souhaite s'impliquer.

Une autre approche a été développée par l'American Society of Addiction Medicine (160) à partir du présupposé que le traitement des personnes addictes devrait être adapté aux besoins de chaque patient à un moment donné de sa trajectoire.

Les besoins doivent être définis à partir d'une évaluation complète, multidimensionnelle, comprenant les aspects somatiques, neurocognitifs, émotionnels, comportementaux et psychologiques, sociaux, la sévérité de la conduite et l'existence d'une polyconsommation, la motivation au changement auxquels il convient de rajouter le choix du patient. Cette évaluation est mise en relation avec une gradation de l'intensité des programmes thérapeutiques : intervention brève, suivi ambulatoire, suivi ambulatoire intensif, y compris hospitalisation de jour, traitement résidentiel et traitement résidentiel intensif. L'idée est de tendre vers le meilleur appariement possible entre les besoins de la personne à un instant donné et le niveau d'intensité de prise en charge, évitant le sous-traitement, source d'inefficacité et avec ses conséquences humaines et économiques (hospitalisations itératives) et le sur-traitement, source de surcoûts.

Cette approche converge avec les principes de bonne pratique visant à une alcoologie basée sur les preuves. Il tend aussi à l'harmonisation des indications de prise en charge, appuyées sur des critères validés.

Ces deux approches ne sont pas exclusives. Elles permettent une objectivation claire du dispositif de soins dans sa diversité, cherchent toutes deux la meilleure réponse pour chaque patient et impliquent sa réévaluation à intervalles réguliers.

B. Les indications du recours à une intervention spécialisée

Les indications de recours à une intervention spécialisée vont dépendre du niveau de formation du professionnel de santé dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Tout médecin généraliste devrait avoir reçu une formation lui permettant de repérer un mésusage de l'alcool, et de faire une intervention brève.

Si la personne ne relève pas d'une intervention brève, ou si celle-ci n'a pas donné de résultat satisfaisant, il faut proposer une intervention d'intensité plus importante.

De nombreuses interventions thérapeutiques peuvent s'envisager au cabinet du médecin généraliste (liste non exhaustive) (AE) :

- 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 associations d'entraide, ou l'observance du traitement pharmacologique ;
- Traitement médicamenteux (nalméfène ou baclofène) chez ses patients 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 (acamprostate, naltrexone, disulfirame, baclofène).

Le recours à une intervention spécialisée sera envisagé par les professionnels de santé :

- 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, ou en cas d'échec de ces dernières (AE) ;
- Si l'évaluation globale du sujet fait apparaître des signes de sévérité de la conduite d'alcoolisation ou de gravité des comorbidités (somatiques, psychiatriques, sociales, polyconsommation) nécessitant une prise en charge spécialisée.

Certaines interventions thérapeutiques ne peuvent s'envisager que difficilement au cabinet de médecine générale. Elles concernent les personnes souffrant d'un mésusage très sévère, notamment avec une dépendance physique importante, 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.

Le parcours de soins de la personne souffrant d'un mésusage dépend des spécificités de son territoire de santé : existence d'un réseau adapté, proximité d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), d'une équipe hospitalière, ou d'une équipe psychiatrique offrant des soins pour le mésusage de l'alcool. Il convient d'ajouter à cette liste les professionnels qui ne sont pas forcément spécialisés en addictologie, comme certains médecins spécialistes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététiciens... Ce sont ces spécificités territoriales qui vont dicter le type de recours que le professionnel de santé sollicite, en fonction des situations particulières de ses patients (AE).

RECOMMANDATIONS

13.1. Tout médecin généraliste devrait avoir reçu une formation lui permettant de repérer un mésusage de l'alcool, et de faire une intervention brève (AE).

13.2. Si le sujet 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) (AE) :

- 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 associations 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.

13.3. Certaines interventions thérapeutiques ne peuvent s'envisager que difficilement en cabinet de médecine générale. Elles concernent les personnes souffrant d'un mésusage très sévère, notamment 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 (AE).

13.4. Le recours à une intervention spécialisée sera également envisagé par les professionnels de santé 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, ou en cas d'échec de ces dernières (AE).

13.5. Les spécificités territoriales en matière de dispositifs de soins conditionnent le parcours de soins des patients (AE).

14- Quelles sont les indications d'un traitement résidentiel ?

Les traitements résidentiels consistent en une prise en charge 24 heures sur 24 dans une structure qui assure l'hébergement complet et les soins du patient (sevrage simple ou complexe ; séjour non spécialisé en psychiatrie générale, ou soins médicaux et de réadaptation ; communauté thérapeutique).

La littérature médicale est généralement assez pauvre sur les indications d'un traitement résidentiel, ne permettant de dégager que peu d'éléments basés sur les preuves. L'essentiel de la recherche a concerné les indications de sevrage résidentiel ; la question des autres types de traitement résidentiel, notamment les soins médicaux et de réadaptation, dont les structures et les programmes thérapeutiques varient beaucoup selon les pays et les cultures, a été peu rigoureusement explorée.

Les caractéristiques des sujets favorisant l'une ou l'autre des modalités de soin ont été peu étudiées. Cela est pourtant fondamental pour orienter le choix entre l'une ou l'autre des prises en charge. Globalement, il apparaît que les sujets les plus graves, en ce qui concerne les conséquences de la dépendance -et en particulier le retentissement social-, ont de meilleurs résultats en institution qu'en ambulatoire. Des études très récentes sur les personnes sans domicile fixe apportent des arguments en faveur de l'importance de l'hébergement en structure comme préalable aux soins (161–163). Les personnes plus âgées pourraient également nécessiter plus fréquemment une hospitalisation.

Il est également important de prendre en compte le choix de la personne (9). En effet, l'adhésion du sujet aux modalités de soins qui lui sont proposées permet d'obtenir de meilleurs résultats.

Jusqu'à présent, les traitements résidentiels ont presque toujours été orientés vers la recherche de l'abstinence plutôt que vers la réduction de la consommation.

A. Indications du sevrage résidentiel

Une revue exhaustive de la littérature comparant les sevrages ambulatoires et hospitaliers (82) n'a pas montré de différence d'efficacité entre le sevrage ambulatoire et le sevrage résidentiel, ce qui se traduit par un meilleur rapport coût-efficacité du sevrage ambulatoire (82). La plupart des essais comparaient prise en charge résidentielle et hôpital de jour, et ne montraient pas de supériorité du résidentiel. Sur un très petit nombre d'études, la durée de prise en charge résidentielle ne semblait pas jouer au-delà de deux mois. Cependant, les patients les plus graves ont été exclus des études comparatives, et certaines conditions limitent fortement la possibilité d'un sevrage ambulatoire.

Bien que les preuves restent pauvres en termes de recherche clinique, les indications du recours à un sevrage résidentiel restent consensuelles :

- Delirium (confusion mentale éventuellement accompagnée d'hallucinations) ou crises comitiales au moment de l'évaluation ;
- Antécédent de delirium ou de crises comitiales ;
- Consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines (AE).

Certaines circonstances doivent également faire envisager au cas par cas un traitement résidentiel du sevrage :

- Alcoologique : importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs (164) ;
- Somatique ou psychiatrique : comorbidité sévère ou instable, fragilité liée à l'âge ;
- Socioenvironnementale : demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire ;
- Générales : grossesse.

Il faut apprécier la faisabilité d'un sevrage ambulatoire sur l'ensemble de la situation plutôt que sur un seul élément, en prenant en compte la préférence du patient.

De façon générale, outre les indications d'un sevrage résidentiel citées ci-dessus, une prise en charge en hospitalisation est particulièrement indiquée dans les cas suivants :

- intoxications aiguës sévères présentant un risque de complication ;
- soins complexes ; échecs antérieurs de traitements entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires.

L'existence de troubles cognitifs peut également nécessiter une hospitalisation pour évaluation et prise en charge initiale.

B. Indications d'une hospitalisation en soins médicaux et de réadaptation

Les hospitalisations en « postcure », ou en soins médicaux et de réadaptation concernent essentiellement les sujets ayant une forme très sévère de mésusage, notamment une dépendance sévère et souvent ancienne. Elles concernent plus particulièrement les personnes souffrant de comorbidités somatiques ou psychiatriques importantes, ou d'une situation sociale difficile, du fait des conditions d'hébergement, ou d'un environnement peu soutenant dans la démarche de soins. Les sujets souffrant de troubles cognitifs significatifs bénéficient particulièrement d'une hospitalisation prolongée à l'abri de la consommation d'alcool, permettant le plus souvent une récupération progressive des capacités cognitives essentielles à l'approfondissement de la motivation au changement et à l'adoption des stratégies permettant de prévenir la rechute.

C. Indication d'orientation vers une structure d'hébergement médico-sociale ou sociale

L'accueil dans une structure addictologique médico-sociale avec hébergement type centre thérapeutique résidentiel (CTR) permet de proposer une aide à la réhabilitation et à la réinsertion socio-professionnelle pour les patients encore fragiles et qui sont confrontés à des difficultés de cet ordre. D'autres solutions doivent être développées comme les appartements thérapeutiques, les familles d'accueil ou les communautés thérapeutiques.

De même, certains patients parmi ceux qui sont le plus en situation de précarité peuvent bénéficier d'un accueil dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale à orientation addictologique offrant un environnement mieux protégé par rapport à la consommation de produits, d'alcool en particulier, que d'autres structures sociales. Ils permettent aussi un accompagnement social et éducatif.

D. Indications de l'hospitalisation sans consentement

La littérature concernant l'efficacité des hospitalisations sans consentement dans le mésusage de l'alcool est pauvre (164,165). La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations générales sur les soins sans consentement (164).

RECOMMANDATIONS

14.1. Les soins en alcoologie se font préférentiellement en ambulatoire (GRADE A).

14.2. Le sevrage résidentiel est indiqué dans les cas suivants :

- Delirium (confusion mentale éventuellement accompagnée d'hallucinations) ou crises comitiales au moment de l'évaluation ;
- Antécédent de delirium ou de crises comitiales ;
- Consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines (AE).
- Certaines circonstances font également faire envisager au cas par cas un traitement en résidentiel (AE) :
- Alcoologique : importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs (164) ;
- Somatique ou psychiatrique : comorbidité sévère ou instable, fragilité liée à l'âge ;
- Socioenvironnementale : demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire ;
- Générales : grossesse.

Il faut apprécier la faisabilité d'un sevrage ambulatoire sur l'ensemble de la situation plutôt que sur un seul élément, en prenant en compte la préférence du patient.

14.3. Des soins résidentiels plus prolongés, notamment en soins médicaux et de réadaptation, doivent être envisagés dans les circonstances suivantes (AE) :

- Échecs de prises en charge antérieures bien menées ;
- Dépendance requérant une période d'abstinence d'alcool initiale pour assurer des soins optimaux, lorsque celle-ci s'avère impossible à maintenir en ambulatoire même de type hôpital de jour, comme :
- Des troubles co-occurents psychiatriques dont le caractère primaire ou secondaire peut être difficile à établir ;
- Des troubles cognitifs ou autres conséquences somatiques sévères ;

- Situation sociale précaire (avec une attention particulière à ce qu'une solution d'hébergement stable dans un milieu n'exposant pas de façon excessive à l'alcool soit possible à la sortie du soin résidentiel) ;
- Forte demande du patient ou de son entourage rendant très difficile le maintien à domicile dans une prise en charge ambulatoire même intensive.

L'accueil dans une structure addictologique médico-sociale avec hébergement permet de proposer une aide à la réhabilitation et à la réinsertion socio-professionnelle pour les patients encore fragiles et qui sont confrontés à des difficultés de cet ordre. D'autres solutions doivent être développées comme les appartements thérapeutiques, les familles d'accueil ou les communautés thérapeutiques.

14.4. Le choix de la structure doit répondre le mieux possible aux besoins prioritaires du patient (état cognitif et physique, troubles psychiatriques, motivations), en fonction des possibilités locales (AE).

Lorsque les patients sont hospitalisés dans des structures non spécialisées en addictologie, la prise en compte de mésusage de l'alcool doit être assurée par une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) (AE).

14.5. Le soin résidentiel complexe doit s'intégrer dans une prise en charge globale et déboucher sur un suivi ambulatoire organisé préalablement (AE).

14.6. La prise d'alcool, aiguë ou chronique peut, dans de rares cas, justifier une hospitalisation sans consentement, à condition qu'elle soit associée à des troubles psychiatriques et/ou des antécédents de passage à l'acte et/ou un risque prévisible immédiat pour le patient et/ou pour autrui.

En cas d'intoxication aiguë nécessitant une hospitalisation, il est recommandé une prise en charge en première intention dans un service d'accueil des urgences (SAU), car le risque somatique est prédominant (AE).

15- Quelle est la place des interventions non pharmacologiques et non psychothérapiques (intervention socioéducative, ergothérapie, psychomotricité, éducation spécialisée, animation sportive...) ?

La personne ayant un mésusage de l'alcool se démunie, au fil du temps, des différentes sources de plaisirs et des habitudes autres que l'alcool, parfois au détriment de l'attention portée à son corps et à son apparence. En outre, le sujet utilise parfois l'alcool pour se procurer un sentiment de bien-être, une anesthésie vis-à-vis des sensations désagréables ou une facilitation du contact humain.

Pour toutes ces raisons, il est utile chez certains sujets de proposer des interventions non-pharmacologiques qui pourront faciliter la reprise d'interactions sociales, la ré-accession à des plaisirs et des rituels diversifiés, ou permettre de récupérer une attention de la personne à son corps et à son apparence.

Bien que la plupart des objectifs thérapeutiques puissent se retrouver dans l'ensemble des interventions, on peut distinguer différents types d'ateliers.

- **Les activités à médiation corporelle** : l'activité physique, les différentes méthodes de relaxation (sophrologie, balnéothérapie, acupuncture, yoga, ...), l'ergothérapie...
- **Les activités à médiation d'expression et de créativité** proposées par les ergothérapeutes et les art-thérapeutes notamment.

- **Les activités sociothérapeutiques** visent à renforcer les capacités relationnelles, souvent très altérées après une longue période de mésusage sévère d'alcool, et indispensables pour créer un nouveau réseau relationnel compatible avec une abstinence ou une faible consommation d'alcool.
- **Les activités cognitives** avec restauration spatio-temporelle : atelier de remédiation cognitive, atelier revue de presse, atelier éducatif sur les troubles liés à l'alcool, gestion du stress...

A. Efficacité des interventions non pharmacologiques sur la consommation d'alcool

Il existe très peu d'études d'efficacité de ces différentes activités sur la prévention de la rechute et la réduction de consommation d'alcool chez le sujet souffrant de mésusage.

La période où les patients désirent changer leur comportement de consommation d'alcool constitue un « moment d'apprentissage » durant lequel les individus peuvent procéder à des changements plus généraux afin d'améliorer leur hygiène de vie.

La pratique d'une activité physique régulière est souvent considérée efficace en augmentant l'engagement dans le changement et en améliorant l'estime de soi, mais il manque des données pour confirmer cette conviction (166,167).

L'acupuncture a montré des résultats équivoques. La faible qualité méthodologique et le nombre limité d'essais ne permettent pas de conclure à l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de la dépendance à l'alcool (168). Le NICE recommande la réalisation d'études randomisées plus importantes.

B. Efficacité sur les comorbidités du mésusage de l'alcool

Les troubles anxio-dépressifs

Associée au mésusage de l'alcool, on retrouve souvent la présence de troubles anxieux, et plusieurs études ont montré l'intérêt de certaines de ces activités dans le traitement de l'anxiété.

Les interventions ayant montré les meilleures preuves d'efficacité pour réduire l'anxiété associée au mésusage de l'alcool sont l'activité physique, les techniques de relaxation et la bibliothérapie. La relaxation musculaire a en effet démontré une importante réduction de l'anxiété chez les patients, pratiquement comparable aux résultats de la thérapie cognitivo-comportementale après quatre mois de traitement (GRADE C) (169).

Les preuves sont plus limitées quant à l'apport de l'acupuncture, de la musique, de l'entraînement autogène (méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative) et de la méditation dans le traitement de l'anxiété généralisée (GRADE C) (170).

Il peut également exister des éléments dépressifs associés au mésusage de l'alcool.

Une étude sur l'utilisation d'une technique de Yoga (Sudarshana Kriya Yoga), basée sur le rythme de la respiration, a montré une réduction significative des éléments dépressifs lors du sevrage des patients en alcool (GRADE C) (171).

Les activités thérapeutiques permettent aussi aux patients de les motiver à prendre part à d'autres thérapies. Par exemple, la musicothérapie améliore l'engagement dans les différentes thérapies de groupe. L'atelier leur apporte du plaisir et de la motivation et renforce leur sentiment d'attachement au groupe (GRADE C) (172).

De même, l'ergothérapie et différents ateliers cognitifs (atelier presse, atelier mémoire...) visent d'autres objectifs, à plus long terme : la restauration narcissique, l'autonomisation, la verbalisation des affects, la restauration spatio-temporelle, la capacité à se situer dans un groupe (notion de resocialisation) (AE).

Les troubles cognitifs

Depuis les années 1980, de nombreuses études ont montré l'existence de troubles cognitifs chez les patients présentant un mésusage de l'alcool. Ces troubles sont susceptibles d'entraver la prise en charge psychologique motivationnelle ou cognitivo-comportementale des sujets et suscitent un intérêt pour l'optimisation et l'individualisation des soins. Les protocoles de réhabilitation élaborés auprès des personnes présentant un mésusage de l'alcool se concentrent sur les domaines cognitifs perturbés dans cette pathologie : les processus exécutifs, la mémoire épisodique, la mémoire de travail et les fonctions attentionnelles (par ordre d'importance).

La remédiation cognitive est actuellement peu utilisée chez les sujets présentant un mésusage de l'alcool avec des répercussions neuropsychologiques. Or, une revue récente de la littérature montre que cette remédiation cognitive renforce de manière modérée mais significative l'efficacité des traitements du mésusage de l'alcool, ce qui incite à son intégration dans les programmes de soins (GRADE C) (173). Les enjeux sur le plan médical (risque de rechute en lien avec les troubles cognitifs) ou socioprofessionnel (réinsertion) sont donc importants.

Dans la pratique en addictologie, la prise en charge des troubles cognitifs nécessite une approche globale et intégrative associant de la réhabilitation cognitive (effectuée par un personnel formé à ces techniques) et psychosociale.

C. Efficacité non spécifique

La plupart de ces activités semblent avoir un effet psychothérapeutique non spécifique, qui peut se traduire, au-delà d'un effet sur la consommation d'alcool ou sur la psychopathologie, par une meilleure adaptation sociale, une meilleure estime de soi, et plus largement par une meilleure qualité de vie.

Il est important de développer les applications de ces techniques dans les structures permettant le suivi au long cours de ces patients (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, hôpital de jour, soins médicaux et de réadaptation addictologique), et de promouvoir la recherche appliquée dans ce domaine (AE) (173–177).

RECOMMANDATIONS

15.1. Bien qu'il manque à ce jour des données probantes, les ateliers thérapeutiques à médiation corporelle, d'expression et de créativité, et les activités sociothérapeutiques sont souvent considérés efficaces chez les patients souffrant d'un mésusage sévère d'alcool, notamment en permettant une meilleure adaptation sociale, une meilleure estime de soi et un renforcement de l'engagement dans le changement d'habitudes de vie (AE).

15.2. Réalisés par des professionnels, les ateliers thérapeutiques doivent être adaptés à chaque patient (AE).

15.3. La remédiation cognitive renforce de manière modérée mais significative l'efficacité des traitements du mésusage de l'alcool. L'intégration de ce type d'intervention dans le programme de soins est recommandée (GRADE C).

16- Comment conduire le traitement d'un mésusage de l'alcool auprès de publics spécifiques : femme enceinte, adolescent, personne âgée, ou souffrant de comorbidité somatique, psychiatrique, de polyconsommation, de difficultés sociales, personne sous-main de justice ?

A. Femmes enceintes

Toute femme en âge de procréer et atteinte d'un mésusage de l'alcool devrait bénéficier d'une information spécifique sur les enjeux de son mésusage en cas de grossesse (178) (AE). Cette information devrait être réalisée par le médecin généraliste ou en service d'addictologie. Le but de cette intervention est d'améliorer l'information de la patiente sur les risques spécifiques et la conduite à tenir immédiate en cas de grossesse planifiée -ou non- (AE). Cette intervention, différente de la consultation préconceptionnelle formalisée (cf. Question / Réponse 4), devrait être préférentiellement réalisée par un professionnel de santé préalablement formé (AE).

En l'absence de consensus international actuel sur l'existence de seuils de toxicité de l'alcool chez l'embryon ou le fœtus, il est recommandé une abstinence pour toute la durée de la grossesse, quel que soit le niveau de sévérité du mésusage de l'alcool (AE). Ainsi, toute consommation d'alcool au cours de la grossesse est considérée comme un mésusage.

La grossesse chez une femme atteinte d'un mésusage constitue une priorité addictologique, qui nécessite l'arrêt le plus rapide possible de toute consommation d'alcool quel que soit le terme auquel la prise en charge intervient (AE). La prise en charge doit se faire en équipe pluridisciplinaire ville/hôpital avec l'accord de la femme.

En cas de nécessité de sevrage médicalisé pendant la grossesse, les benzodiazépines sont recommandées (GRADE B), car leur utilisation ne semble pas entraîner de malformations (Niveau de preuve 1) (179). En cas de risque majeur de reprise d'alcool après sevrage, la possibilité d'une hospitalisation prolongée visant à protéger le fœtus peut être envisagée, si possible en unité mère- enfant de psychiatrie-addictologie (AE).

Aucun traitement médicamenteux d'aide au maintien de l'abstinence ou à la réduction de la consommation n'a été évalué correctement chez la femme enceinte ou allaitante. En dehors de la grossesse, ces traitements ne sont habituellement recommandés que pour les formes sévères de mésusage.

Il est donc recommandé de n'initier aucun autre traitement que celui du sevrage d'alcool en cas de grossesse ou d'allaitement (AE).

En cas de grossesse survenant chez une patiente manifestement stabilisée grâce à un traitement pharmacologique, la poursuite de ce traitement doit être considérée au cas par cas en fonction de la balance bénéfices-risques (AE). Le traitement par disulfirame constitue une exception à cette recommandation, et il est préférable de l'arrêter, en particulier en raison des risques inconnus chez le fœtus (AE). Dans les autres cas, la décision doit être pragmatique et se baser sur des avis multidisciplinaires impliquant au moins le médecin traitant, le médecin addictologue référent, l'obstétricien référent et le service de pharmacovigilance régional (AE).

Une surveillance clinique et échographique étroite de la grossesse doit être organisée chez les femmes atteintes de mésusage de l'alcool, en particulier si les consommations ne sont pas arrêtées (AE).

B. Enfants et adolescents

Ce public doit être préférentiellement dirigé vers une consultation spécifique (type consultation « jeunes consommateurs ») ou une hospitalisation spécifique, séparée du public adulte (AE).

Chez l'enfant et l'adolescent, les aspects éducatifs et le rapport familial à l'alcool sont des facteurs majeurs influençant la gravité du trouble et son pronostic (Niveau de preuve 1) (180).

Il est donc recommandé de rechercher systématiquement des troubles addictifs chez les parents (GRADE C).

Toutefois, les thérapies familiales systématiques ont montré moins d'efficacité que les prises en charge individuelles dans les formes les moins sévères de mésusage (Niveau de preuve 3). En conséquence, la mise en place de thérapie familiale doit être décidée au cas par cas (AE).

Tout adolescent de moins de 16 ans présentant un mésusage de l'alcool identifié devrait bénéficier d'une évaluation pédopsychiatrique (GRADE C), car l'apparition précoce d'un mésusage est souvent associée à des comorbidités psychiatriques et à des difficultés familiales (Niveau de preuve 2) (181).

Bien que le pronostic soit plus défavorable en cas de mésusage de l'alcool avant l'âge de 16 ans (180,181) et que l'objectif d'abstinence soit souvent préférable, l'abstinence étant souvent difficile à accepter par ces jeunes patients, il peut être nécessaire de viser un objectif de réduction de la consommation, dans une démarche de réduction des risques (AE).

En l'absence de données spécifiques sur le sujet, les traitements d'aide au maintien de l'abstinence en première intention n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché pour les sujets de moins de 18 ans. Dans ce cas, leur utilisation doit être envisagée au cas par cas, et uniquement pour un mésusage sévère, en particulier quand il existe des signes de sevrage (AE). L'utilisation de ces traitements pour un mésusage moins sévère sera à considérer uniquement en cas d'échecs répétés des mesures psychosociales seules (AE).

C. Personnes de plus de 65 ans

L'efficacité d'une intervention brève, adaptée au sujet âgé, a été montrée sur la réduction de consommation hebdomadaire d'alcool, le nombre d'épisodes aigus, le pourcentage de patients ayant une consommation excessive (GRADE A) (42).

Pour les mésusages sévères, il semble raisonnable de réaliser les sevrages en hospitalisation au-delà de 75-80 ans pour contrôler ou prévenir plus facilement les complications graves : delirium tremens, convulsions, chutes, hématomes intracrâniens. De plus, la qualité de l'hydratation et de l'équilibre hydro-électrolytique, chez ces personnes en équilibre précaire sur ce point, et présentant souvent des problèmes cardiovasculaires, est essentielle.

Chez la personne âgée, la survenue d'un syndrome de sevrage pourrait être retardée par rapport aux plus jeunes. Du fait des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques dans cette population, il faut être particulièrement attentif à la prescription de benzodiazépines (plus grande sensibilité). Elles restent le traitement de choix, mais contrairement à l'adulte, il est recommandé de privilégier des benzodiazépines à demi-vie courte (oxazépam, lorazépam...) qui diminuent le risque d'accumulation (niveau 1) (184,185) et les conséquences qui en découlent : sédation, chute (niveau 2) (GRADE B) (186). Les doses initiales doivent être diminuées de 30 à 50 % (AE).

Les traitements médicamenteux visant la réduction de la consommation d'alcool ou la prévention de la rechute ne sont pas différents des sujets plus jeunes. Compte-tenu de ses effets sédatif et myorelaxant et

du risque de chute, de troubles cognitifs, d'apnées centrales... le baclofène doit être évité chez les personnes âgées fragiles.

La prise en charge sociale et environnementale visant à lutter contre l'isolement est particulièrement importante dans la mesure où celui-ci est une cause majeure d'alcoolisation des personnes âgées (Niveau de preuve 2) (187). Pour les patients vivant à domicile, le portage des repas, l'aide-ménagère, le passage d'une infirmière peuvent être des aides au maintien de l'abstinence (AE). Ceci permet aussi d'alerter les services médicaux et sociaux en cas de difficulté. Pour les patients vivant en institution, l'amélioration du cadre de vie, l'intervention d'associations, la rupture de l'isolement sont aussi d'une grande aide.

D. Complications somatiques

Les patients atteints d'un mésusage avec complications d'organe doivent faire l'objet d'une prise en charge coordonnée entre addictologue, spécialiste(s) concerné(s) et médecin traitant (AE).

En l'absence de données claires sur l'existence d'un seuil de toxicité de l'alcool chez les patients atteints d'une cirrhose hépatique, d'une pancréatite, de troubles cognitifs, d'ataxie ou de neuropathie périphérique, d'une cardiomyopathie alcoolique, d'un cancer lié à l'alcool ou d'autres complications somatiques chroniques liées à l'alcool, un objectif d'abstinence est recommandé dans ces situations (AE).

Si le patient ne souhaite pas arrêter l'alcool, des objectifs intermédiaires de réduction de consommation peuvent être envisagés à visée de réduction des dommages, mais l'objectif final à atteindre reste l'arrêt total de la consommation (AE).

En cas de greffe hépatique, certaines personnes semblent pouvoir reprendre un usage simple d'alcool stable (Niveau de preuve 3) (186), mais en l'absence actuelle de données évolutives suffisantes, et en raison de l'impact important de la reprise du mésusage sur le greffon, la poursuite d'une stratégie d'abstinence doit être autant que possible maintenue (AE).

En cas d'insuffisance hépatocellulaire sévère (ascite, taux de prothrombine < 50 %, ictère), l'utilisation de la naltrexone est contre-indiquée, mais l'utilisation de l'acamprosate est possible.

Dans les maladies du foie liées à l'alcool moins sévères, y compris les cirrhoses compensées, le traitement par naltrexone est possible sous couvert d'une surveillance biologique mensuelle (taux de prothrombine, transaminases).

Le baclofène à la dose de 30 mg/j a montré des résultats encourageants chez les sujets atteints de cirrhose (Niveau de preuve 2) (189). Les posologies plus hautes n'ont pas été évaluées à ce jour dans cette population. Il doit être utilisé avec précaution en cas d'insuffisance hépatique sévère (AMM).

Les troubles cognitifs induits par l'alcool sont souvent réversibles avec le sevrage, mais leur persistance est un élément influençant négativement l'adhésion au traitement et les conditions de vie (188). De ce fait, devant une suspicion ou un diagnostic de trouble cognitif induit par l'alcool, en particulier en association avec une maladie alcoolique du foie ou des carences nutritionnelles, une prise en charge institutionnelle est préférable à une prise en charge ambulatoire afin d'obtenir un sevrage certain (AE).

Les soins doivent être individualisés et être d'une durée adaptée à la sévérité du déficit cognitif (AE).

E. Comorbidités psychiatriques

La présence de symptômes dépressifs, parfois sévères, est souvent constatée chez des patients présentant un mésusage de l'alcool non stabilisé. Ces symptômes disparaissent dans la majorité des cas rapidement

après sevrage ou forte réduction de la consommation (Niveau de preuve 2) (191). En conséquence, l'introduction d'un antidépresseur ne doit être considérée qu'après une réévaluation psychiatrique chez un patient en rémission, c'est-à-dire abstinent ou en usage simple depuis 2 à 4 semaines (GRADE B). A l'heure actuelle, aucun traitement antidépresseur particulier ne semble avoir montré une efficacité supérieure aux autres dans cette population spécifique (Niveau de preuve 1) (192).

Une symptomatologie dépressive sévère peut être une indication au sevrage résidentiel (AE).

Le mésusage de l'alcool induit souvent également des symptômes anxieux, parfois sévères. Dans ce cas également, les symptômes disparaissent ou s'amendent souvent après un sevrage ou une réduction importante de la consommation d'alcool (Niveau de preuve 2) (193). Comme pour les symptômes dépressifs, un traitement de fond du trouble anxieux par antidépresseur ne doit être considéré qu'après une réévaluation psychiatrique chez un patient en rémission, c'est-à-dire abstinent ou en usage simple depuis 2 à 4 semaines (GRADE B).

F. Comorbidités addictologiques

La présence de comorbidités addictologiques nécessite systématiquement un programme de soins global intégrant toutes les consommations, y compris celle du tabac.

En cas de sevrage médicalisé de l'alcool, l'arrêt concomitant du tabac réduit le taux de reprise d'alcool ultérieure (Niveau de preuve 2) (194). Il est donc recommandé d'encourager une démarche d'arrêt du tabac et de proposer systématiquement une aide pharmacologique chez les fumeurs lors d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire de l'alcool (GRADE B).

G. Difficultés sociales et judiciaires

Le sevrage médicalisé de l'alcool chez une personne sans domicile fixe doit être préférentiellement réalisé à l'hôpital, dans un but de surveillance, de recherche de comorbidités somatiques ou psychiatriques, et nécessite préalablement une prise en charge sociale avec l'organisation d'un hébergement à la sortie (AE).

En cas de grande précarité sociale, un objectif d'abstinence devrait être priorisé. Cependant cet objectif est souvent trop éloigné des possibilités de ces personnes, compte tenu du contexte dans lequel elles ont longtemps évolué. Un accompagnement vers la réduction de la consommation doit favoriser l'accès aux soins dans tous les domaines sanitaires et éventuellement préparer un arrêt ultérieur des consommations (AE). La mise en place de soins médicaux doit être considérée.

Même si l'usage d'alcool en prison est théoriquement interdit, le mésusage de l'alcool chez les personnes détenues est très fréquent (Niveau de preuve 3) (195) et leur accès aux soins addictologiques dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie des milieux pénitenciers (CSAPA et CSAPA-Prison) ou dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), doit être favorisé (GRADE C). En cas de sevrage médicalisé chez un patient présentant des contre-indications au sevrage ambulatoire, il est recommandé, par précaution, que celui-ci soit réalisé durant une hospitalisation en Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale (UHSI) (AE).

La mise en place de soins addictologiques résidentiels en soins médicaux et de réadaptation addictologiques (SMRA) ou en centre thérapeutique résidentiel (CTR) pour les personnes détenues en fin d'incarcération devrait être favorisée, selon le régime du placement extérieur (par convention entre l'établissement de santé et l'administration pénitentiaire) afin de faciliter leur réinsertion lorsqu'elles sont en difficulté avec des produits psycho-actifs.

Concernant les personnes prises en charge en addictologie dans le cadre d'une mesure d'obligation de soins, l'obligation déontologique de souscrire au respect du secret médical impose que la prise en charge reste centrée sur le patient et ses objectifs personnels (AE).

RECOMMANDATIONS

16.1. Toute femme en âge de procréer et présentant un mésusage de l'alcool devrait se voir proposer une information spécifique sur les enjeux du mésusage et de son traitement en cas de grossesse ultérieure (AE).

16.2. Il est recommandé une abstinence pour toute la durée de la grossesse (AE).

16.3. La grossesse chez une femme présentant un mésusage constitue une urgence addictologique qui nécessite l'arrêt le plus rapide possible du mésusage (GRADE A).

En cas de rémission du mésusage à un niveau d'usage simple d'alcool avant la grossesse, les objectifs de soins doivent être modifiés vers une abstinence (AE).

16.4. En cas de sevrage médicalisé pendant la grossesse, l'utilisation des benzodiazépines est recommandée (GRADE B). En cas de risque majeur de reprise d'alcool après sevrage, la possibilité d'une hospitalisation prolongée à visée de protection du fœtus doit être considérée, si possible en unité mère-enfant (AE).

16.5. Par précaution, il est recommandé de n'initier aucun traitement de maintien de l'abstinence pendant la grossesse ou l'allaitement (AE).

En cas de grossesse survenant chez une patiente manifestement stabilisée grâce à un traitement pharmacologique, la poursuite de ce traitement doit être considérée au cas par cas selon la balance bénéfices-risques, après avis multidisciplinaire (AE). Le traitement par disulfirame devrait toutefois être arrêté en raison des risques inconnus chez le fœtus (AE).

16.6. Les enfants et adolescents présentant un mésusage de l'alcool doivent être préférentiellement dirigés vers un dispositif spécifique (type consultation « jeunes consommateurs ») ou une hospitalisation spécifique, séparée du public adulte (AE).

16.7. En cas de mésusage de l'alcool chez l'enfant ou l'adolescent, une évaluation psychiatrique est recommandée (GRADE C) ; il est également recommandé de rechercher systématiquement des troubles psychiatriques et addictologiques chez les parents (GRADE C).

16.8. Le traitement d'un mésusage de l'alcool diffère peu chez le sujet âgé par rapport à l'adulte. Compte-tenu de ses effets sédatif et myorelaxant et du risque de chute, de troubles cognitifs, d'apnées centrales... le baclofène doit être évité chez les personnes âgées fragiles.

Les spécificités sont le recours plus systématique au sevrage résidentiel chez les sujets de plus de 75 ans, le recours en cas de traitement d'un syndrome de sevrage à des benzodiazépines d'action plus brève (oxazépam, lorazépam), et à des doses d'attaque réduites de 30 à 50 % par rapport à l'adulte plus jeune. La prise en charge sociale vise plus particulièrement à lutter contre l'isolement.

16.9. Le patient présentant un mésusage de l'alcool avec complications d'organe doit faire l'objet d'une prise en charge coordonnée entre addictologue, spécialiste concerné et médecin traitant (AE).

16.10. En cas de mésusage de l'alcool compliqué de cirrhose hépatique, pancréatite, troubles cognitifs, ataxie, neuropathie périphérique, cardiomyopathie alcoolique, cancer lié à l'alcool ou autres complications somatiques chroniques liées à l'alcool, un objectif d'abstinence doit être préféré (AE).

16.11. Un diagnostic d'épisode dépressif majeur et l'introduction d'un antidépresseur ne doivent être considérés qu'après la rémission du mésusage, c'est-à-dire une abstinence ou un usage simple depuis 2 à 4 semaines (GRADE B).

16.12. Il est recommandé d'encourager une démarche d'arrêt du tabac et de proposer systématiquement une aide pharmacologique chez les fumeurs lors d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire de l'alcool (GRADE B). Il est recommandé de proposer systématiquement la prise en charge concomitante de toute addiction ou mésusage d'autre substance constatée chez le patient (AE).

16.13. Le sevrage médicalisé de l'alcool chez une personne sans domicile fixe doit être réalisé à l'hôpital (GRADE C). L'organisation d'une prise en charge sociale préalable au sevrage est impérative.

16.14. En cas de grande précarité sociale, un objectif d'abstinence devrait être priorisé. Cependant cet objectif est souvent trop éloigné des possibilités de ces personnes compte tenu du contexte dans lequel elles ont longtemps évolué. Chez les personnes sans domicile, la priorité est de les aider à retrouver un toit. Ensuite un accompagnement vers la réduction de la consommation devrait favoriser l'accès aux soins dans tous les domaines sanitaires et éventuellement préparer un arrêt ultérieur des consommations (AE). La mise en place de soins médicaux devrait être considérée.

16.15. Le traitement d'un mésusage de l'alcool chez les personnes détenues doit se faire dans les CSAPA en milieu pénitentiaire ou les SMPR (AE). En cas de sevrage médicalisé chez un patient présentant en prison des contre-indications au sevrage ambulatoire, celui-ci doit préférentiellement se dérouler en Unité hospitalière sécurisée inter-régionale (UHSI) (AE).

16.16. Concernant les personnes prises en charge en addictologie dans le cadre d'une mesure d'obligation de soins, la déontologie relative au secret médical impose que la prise en charge reste centrée sur le patient et ses objectifs personnels (AE).

16.17. La mise en place de soins addictologiques résidentiels en SMRA/CTR pour les personnes détenues en fin d'incarcération devrait être favorisée, selon le régime du placement extérieur, afin de faciliter la réinsertion de ces personnes lorsqu'elles sont en difficulté avec des produits psycho-actifs.

17- Comment répondre aux situations de crises en alcoologie ?

Les situations de crise en alcoologie regroupent diverses situations où les conséquences de la consommation deviennent difficilement tolérables ou sont brusquement ressenties comme telles.

Elles demandent une réponse rapide de l'intervenant de première ligne, souvent le médecin traitant ou un intervenant spécialisé ambulatoire ou un travailleur social.

Plusieurs types de situations sont possibles.

- Une complication somatique aiguë nécessite une prise en charge non spécifique qui peut être une hospitalisation en urgence.

Il est important de dépister le risque d'un syndrome de sevrage chez tout patient rentrant en service d'accueil et d'urgence (SAU), afin de mettre en route un traitement préventif adapté.

La survenue d'une crise d'épilepsie ou d'un delirium tremens est également cause d'hospitalisation en urgence.

Tout patient ayant un mésusage de l'alcool, et hospitalisé pour une cause en rapport -ou non- avec sa consommation, doit bénéficier au minimum d'une intervention thérapeutique brève (9,96) par l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) (9,196).

- L'intoxication alcoolique aiguë peut également nécessiter une hospitalisation au SAU quand elle est pathologique (ivresse excitomotrice, convulsivante ou délirante, coma éthylique) ou entraîne un accident (9). Elle nécessite une hospitalisation courte, en règle en Unité d'hospitalisation de très courte durée, jusqu'à normalisation des troubles et l'intervention de l'ELSA au décours (196).

La "demande de soins pressante" se définit par une situation où un sujet – ou son entourage – réclame une prise en charge rapide, voire immédiate de son problème d'alcool. Celle-ci survient habituellement à l'occasion d'une "crise" : ultimatum ou forte pression familiale ou professionnelle, contrôle sur une conduite en état d'ivresse, perte de logement, placement d'enfants, ou à l'occasion d'une prise de conscience concernant l'ampleur des difficultés ou du retentissement somatique. Il s'agit très rarement d'une urgence vraie, mais il est intéressant de répondre rapidement à cette demande afin de profiter de la motivation apparue pour débiter des soins spécifiques.

La première étape est d'évaluer le patient avec tact et empathie. S'il est très alcoolisé, écouter l'entretien avec diplomatie en proposant de se revoir rapidement, moins alcoolisé. Dans tous les cas, il faut rechercher un risque majeur immédiat, surtout suicidaire, qui peut nécessiter une hospitalisation en urgence, voire sans consentement.

Toutes les orientations sont possibles suite à cette évaluation : revoir rapidement après essai de réduction ou mise en place d'un sevrage ambulatoire, orienter vers des soins spécialisés ambulatoires ou hospitaliers programmés, proposer un contact avec une association d'entraide...). Il est important de disposer de délais raisonnables, ce qui nécessite pour un médecin généraliste de se constituer un réseau de correspondants spécialistes et de revoir rapidement le patient.

- L'hétéro-agressivité avec agitation aiguë, mise en danger de soi ou d'autrui dans un contexte d'alcoolisation massive met parfois le médecin traitant en première ligne.

Il convient alors d'appeler le SAMU-Centre 15, qui fait intervenir les forces de l'ordre ou les pompiers et aboutit souvent à une hospitalisation. En attendant leur arrivée, il est important d'essayer de maintenir un contact en gérant l'agressivité, en s'efforçant de rester soi-même le plus calme possible, et sans prendre de risques inutiles.

- Certains patients présentent des alcoolisations importantes et continues qui les mettent en danger à court terme, notamment au plan somatique et cognitif. Il s'y associe souvent un isolement social, qui met parfois les travailleurs sociaux en première ligne, une symptomatologie anxio-dépressive, une anorexie et un amaigrissement, avec une demande pauvre, voire inexistante, ou surtout une demande de l'entourage. Il convient d'avoir une approche motivationnelle pour tenter d'engager le patient dans les soins. Parfois, l'aggravation de la situation peut aboutir à des appels en urgence (par la famille, un travailleur social) pour une visite à domicile, qui débouche sur une hospitalisation au SAU pour "altération de l'état général" avec amaigrissement important et troubles de la marche, voire incurie.

Rarement se pose la question de l'hospitalisation sans consentement. En dehors de cette éventualité, les patients sont hospitalisés dans un service de médecine pour prise en charge somatique et il est important d'initier une prise en charge addictologique lors de cette hospitalisation avec l'aide de l'ELSA.

- Il existe des situations de crise à caractère social : violence sur l'entourage, en particulier le conjoint ou concubin et les enfants, menaces sur le voisinage, risque de perte de logement pour nuisance ou non-paiement de loyer. La demande du patient peut être soit faible, soit centrée sur le social ou réalisée sous la pression familiale ou celle des services sociaux. Apprécier la situation et le degré d'urgence est difficile. Il est important pour le médecin d'identifier des relais sociaux (Centre Départemental ou Communal d'Action Sociale...). La question d'un signalement en cas de mise en danger de mineurs peut se poser. Pour les travailleurs sociaux, il est important d'identifier un relais médical.

RECOMMANDATIONS

17.1. La situation de crise nécessite une évaluation rapide par un intervenant de première ligne, permettant une réponse prompt et une orientation dans le dispositif de soin. Il est important de profiter de ces moments où le patient devient demandeur de soins pour tenter d'initier une démarche, tout en ne rentrant pas dans le travers de l'immédiateté et de la superficialité (AE).

17.2. Le recours aux services d'urgence doit être rare et limité aux complications somatiques sévères, aux crises suicidaires ou aux états d'agitation avec hétéro ou auto agressivité (GRADE C).

17.3. Le recours à l'hospitalisation sans consentement doit être exceptionnel (GRADE C).

17.4. Le mésusage de l'alcool doit être recherché chez tout patient hospitalisé. L'équipe de liaison et de soins en addictologie doit être sollicitée pour tout patient avec un mésusage de l'alcool hospitalisé ou passant aux urgences. Celui-ci doit bénéficier au minimum d'une intervention thérapeutique brève (GRADE A).

18- Place et rôle de l'entourage et de l'environnement (y compris le travail)

L'environnement social, familial (197) (Niveau de preuve 1) ou professionnel (198) (Niveau de preuve 2), peut constituer un facteur important de vulnérabilité ou de protection pour un sujet vis-à-vis de l'alcool.

L'environnement peut favoriser un mésusage par les valeurs qui sont véhiculées, le niveau et la fréquence de la consommation habituelle d'alcool, et la pression qu'il peut exercer sur la consommation des individus. Inversement, l'environnement peut être protecteur pour des raisons contraires, et par le soutien qu'il peut exercer à toute démarche visant à améliorer l'hygiène de vie et face aux événements de vie pénibles. D'un autre côté, le mésusage de l'alcool peut entraîner des complications sociales, familiales ou professionnelles, et ainsi détériorer les capacités de soutien de l'environnement (199) (Niveau de preuve 2).

Pour ces raisons, toute prise en charge d'un mésusage de l'alcool nécessite une évaluation des situations sociale, familiale, et professionnelle du sujet (GRADE B), et visera systématiquement à encourager directement l'entourage à renforcer son soutien à la réduction de la consommation ou à la mise en place d'une abstinence. C'est pourquoi il est recommandé de favoriser la participation régulière de l'entourage aux consultations dédiées au traitement du mésusage de l'alcool (AE).

En cas de problème identifié dans une ou plusieurs de ces composantes environnementales, la prise en charge doit intégrer des solutions diversifiées. Elles sont liées en particulier à la mobilisation proactive des ressources familiales, sociales et associatives, disponibles en proximité et dans le milieu de vie habituel. Elles s'inscrivent dans un parcours de soins coordonné favorisant la continuité et la synergie des acteurs et de leurs interventions respectives.

En cas de grand isolement, de précarité sociale, ou d'absence de logement, l'articulation des soins avec certains centres de soins médicaux et de réadaptation alcoologiques (SMRA) et/ou des centres

d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) améliore le pronostic addictologique et le pronostic psychosocial (200) (GRADE C).

Pour ces populations ou ces problèmes, la mise en place de ces solutions institutionnelles doit s'envisager avec l'aide d'assistants socioéducatifs (GRADE C).

En cas de dysfonctionnement conjugal ou familial, la mise en place chez l'adulte de thérapies conjugales (201) (Niveau de preuve 3) ou familiales (Niveau de preuve 4) paraît efficace pour améliorer le pronostic du mésusage. Ces thérapies sont donc recommandées lorsque des problématiques conjugales ou familiales sont mises en évidence (GRADE C).

Chez l'adolescent atteint des formes les moins sévères du mésusage, les interventions individuelles ont montré de meilleurs résultats que ceux concernant les interventions familiales (Niveau de preuve 1). Les interventions systémiques n'ayant été évaluées que dans les formes les plus sévères, il est recommandé d'évaluer la pertinence de thérapies familiales au cas par cas, selon la gravité du mésusage et la présence de dysfonctionnements familiaux identifiés (AE).

En cas de problèmes professionnels associés ou favorisant un mésusage, il peut être important de protéger le patient par un arrêt maladie, voire un arrêt de longue durée (AE). Cette décision revient au médecin traitant, après concertation, si nécessaire, avec le médecin addictologue qui intervient en tant que co-soignant auprès du patient.

En cas de problème professionnel persistant, il est recommandé, avec l'accord du patient, d'articuler la prise en charge avec le médecin du travail, qui évalue la pertinence d'une reprise d'activité et ses conditions éventuelles (AE).

RECOMMANDATIONS

18.1. Toute prise en charge de mésusage de l'alcool nécessite une évaluation des situations sociale, familiale et menaces professionnelles du sujet (GRADE B).

18.2. Pour les sujets ayant conservé une insertion ou des liens familiaux, les échanges avec les soignants, demandés par les patients, leur famille ou les professionnels eux-mêmes, participent à une alliance thérapeutique. Le patient reste le principal acteur et bénéficiaire de cette alliance.

18.3. En cas de grand isolement, de précarité sociale, ou d'absence de logement, il est recommandé de mettre en place, si nécessaire avec l'aide d'assistants sociaux, des solutions institutionnelles de type soins médicaux et de réadaptation alcoologique (SMRA) et/ou de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (GRADE C).

18.4. En cas de dysfonctionnement conjugal ou familial, la mise en place chez l'adulte d'accompagnement psychothérapeutique par thérapies conjugales ou familiales est recommandée car elle peut améliorer le pronostic addictologique (GRADE C).

Chez l'adolescent, la mise en place d'une thérapie familiale s'effectue au cas par cas, en l'absence d'efficacité démontrée de thérapie familiale systématique (AE).

19- Quelle est la place des associations de patients ou de sujets atteints de troubles dus à l'usage d'alcool ?

Les associations d'entraide interviennent à toutes les étapes de la prise en charge du sujet alcoolodépendant. En France, la plupart sont orientées vers l'aide au maintien de l'abstinence à l'exception

des associations qui militent en faveur de l'utilisation du baclofène. Cela ne les empêche nullement d'accueillir les personnes quelle que soit leur situation vis-à-vis de l'alcool. Les Alcooliques Anonymes (AA) sont les seuls en France à proposer un programme très structuré de rétablissement à tous les candidats qui se présentent chez eux. En revanche, ils ne proposent pas d'activité sociale (en dehors des réunions), à l'inverse des autres associations d'entraide dont l'un des ressorts de fonctionnement reste la mise en place d'activités sociales très diverses (chant, musique, sport, visites de sites, etc.), activités dont le but est de recréer des liens sociaux et une assise narcissique.

De nombreuses études suggèrent que la participation à une association d'entraide améliore le maintien de l'abstinence au long cours chez les patients volontaires (GRADE C) (202,203).

Quelques études ont comparé l'encouragement à participer au programme des 12 étapes des Alcooliques Anonymes à d'autres types de prise en charge et n'ont pas montré de différence notable sur les résultats alcoologiques (GRADE B) (204). Le résultat le plus constant de ces travaux est que les personnes qui participent régulièrement aux réunions ont un pronostic meilleur que celles qui ne vont pas ou peu à ces réunions (GRADE B). Mais ces études sont empreintes de biais méthodologiques liés à la sélection des participants.

Le professionnel de santé doit informer de l'existence des associations d'entraide et faciliter la participation en cas de demande formulée par le patient (AE). La Société Française d'Alcoologie propose une plaquette de présentation des principales associations (www.sfalcoologie.asso.fr).

La rencontre directe avec un membre de l'association pendant les soins addictologiques augmente la participation aux groupes d'entraide (GRADE C) (205,206).

Au sein des structures addictologiques, il est recommandé de faciliter l'intervention sur place des membres des associations d'entraide, à la condition que ces associations soient bien identifiées et intégrées au tissu sociosanitaire local ou national (AE).

RECOMMANDATIONS

19.1. La participation régulière à des associations d'entraide peut améliorer le pronostic addictologique de certains patients (GRADE C).

Les patients doivent être informés de l'existence de ces associations et l'accès à ces dernières doit être facilité (GRADE C).

19.2. Au sein des structures addictologiques, il est recommandé de faciliter l'intervention sur place de membres des associations d'entraide, à la condition que ces associations soient bien identifiées et intégrées au tissu socio-sanitaire local ou national (AE).

III. 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 **des repères de consommation à risque de Santé » Publique France et de l'Institut national du cancer** 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 et un accompagnement orientés 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.

L'objectif de réduction de la consommation devrait se fonder sur les repères de consommation d'alcool proposés par Santé Publique France et l'Institut national du cancer (maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, des jours dans la semaine sans consommation), voir encadré 3. 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.

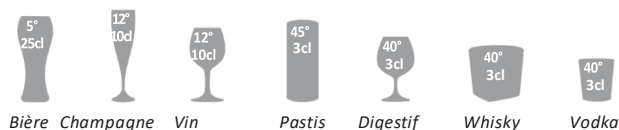
Memento pratique pour la médecine générale – 1

Je connais les seuils à risque

- Pas plus de **10 verres/semaine et 2 verres/jour** pour l'usage régulier chez l'homme.
- Pas plus de **10 verres/semaine et 2 verres/jour** 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 conditionnement – 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)

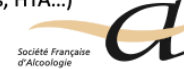
➔ **Mésusage probable :** score ≥ 4 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme.

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

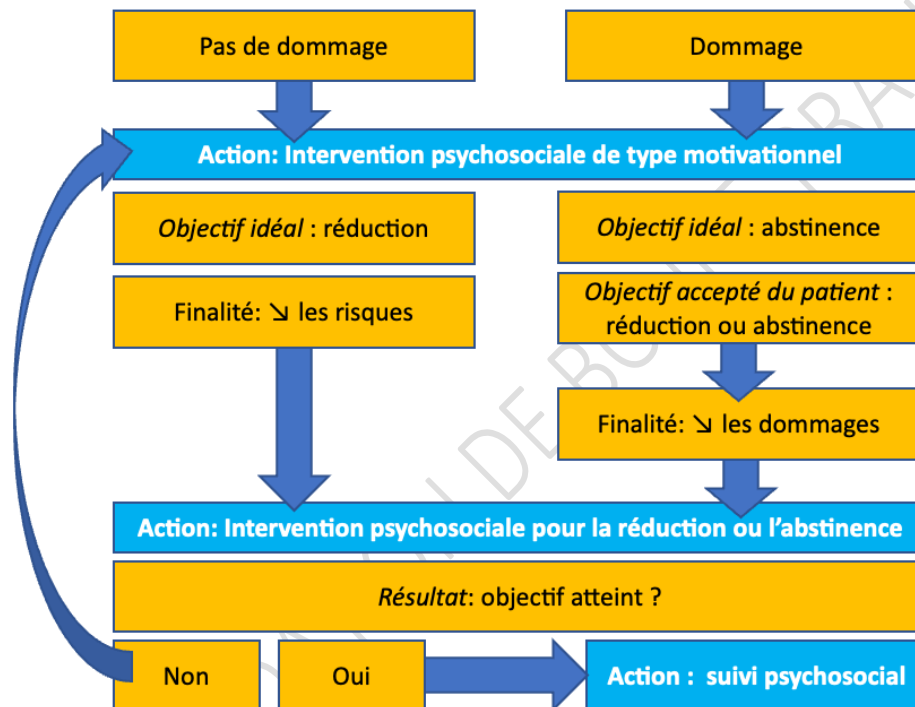
Memento pratique pour la médecine générale – 2

Quel que soit le score AUDIT-C
J'évalue la consommation moyenne quotidienne d'alcool (CDA);
je recherche les dommages

- Autres mésusages
- Pathologies somatiques en lien avec l'alcool (maladies du foie, cancers, HTA...)
- Pathologies psychiatriques
- Problèmes sociaux



AUDIT-C ≥ 4 (homme) ou ≥ 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

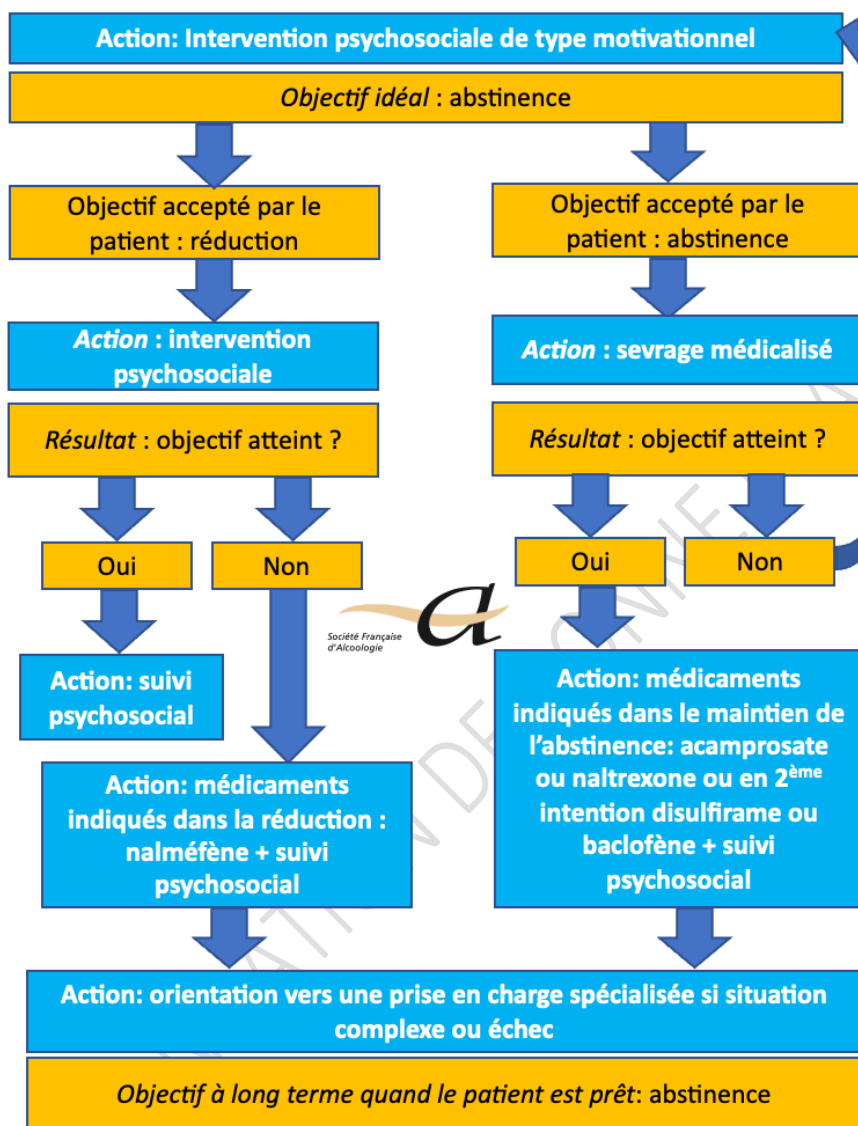
- Insister sur la tenue d'un agenda de consommation.
- Définir ensemble un objectif de consommation.
- Pointer positivement chaque succès.
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour résoudre les difficultés résiduelles.

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 ≥ 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 1^{ère} 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 lasédation.

Pour un objectif de réduction

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

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.

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.

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.

Je sais prescrire en deuxième intention

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 : Il convient d'augmenter progressivement les doses pour arriver à une posologie optimale adaptée à chaque patient, correspondant à la dose la plus faible, pour une bonne réponse thérapeutique et une tolérance acceptable. Pour cette raison la prescription nécessite un suivi rapproché, notamment pendant la phase de titration et une information soignée du patient. Pendant la phase de titration, l'efficacité et la tolérance du baclofène doivent être régulièrement évaluées, afin de déterminer la posologie optimale pour chaque patient : la dose la plus faible pour une réponse thérapeutique optimale et une tolérance acceptable. Si cet objectif thérapeutique n'est pas atteint à la dose de 80 mg/j, il est alors fortement recommandé de proposer au patient une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée en addictologie. Dans la mesure où aucune donnée d'efficacité et de sécurité n'est disponible au-delà de 300 mg/j, il est fortement recommandé de ne pas dépasser la dose de 300 mg/j. La durée de prescription n'est pas connue, certains patients nécessitent un traitement au long cours. Lorsque l'interruption du baclofène est envisagée, elle doit être progressive, un sevrage rapide pouvant induire, comme pour l'alcool, des convulsions et un tableau de delirium tremens.

IV. ANNEXES

ANNEXE 1. ABREVIATIONS, ACRONYMES ET GLOSSAIRE

Abréviations et acronymes

AA : Alcooliques anonymes

AE : Accord d'experts (gradation de niveau de preuve ; cf : annexe 5, Méthode de travail)

ALAT : Transaminase alanine amino-transférase

ALD : Affection de longue durée (cf : glossaire)

AMM : Autorisation de mise sur le marché (cf : glossaire)

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (n'existe plus à part entière et a été regroupée au sein de la Haute Autorité de santé en 2004)

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARPS : Alcohol-Related Problem Survey

ASAT : Transaminase aspartate amino-transférase

AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test (cf : glossaire)

BZD : Benzodiazépines (cf : glossaire)

CDT : Transferrine déficiente en carbohydrate

CHC : Carcinome hépatocellulaire (cf : glossaire)

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (cf : glossaire)

CIM : Classification internationale des maladies (cf : glossaire)

CIWA-Ar : Clinical Institute Withdrawal Assessment for alcohol (cf : glossaire à "Echelle CIWA- Ar")

CMP : Centre médico-psychologique

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (cf : glossaire)

DSM : Classifications psychiatriques du Diagnostic and Statistical Manual (cf : glossaire)

ELSA : Equipe de liaison et de soins en addictologie (cf : glossaire)

EMA : European Medicines Agency

ETCAF : Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale

EUFAS : European Federation of Addiction Societies

Gamma GT ou γ GT : Gamma glutamyl transférase

GHB : Gamma hydroxybutyrate

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IV : Intra-veineux

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées (cf : glossaire)

MFLA : Maladie du foie liée à l'alcool (cf : glossaire)

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MoCA : Montreal Cognitive Assessment (cf : glossaire)

NFS : Numération formule sanguine

NIAAA : *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

NICE : National Institute for Health and Care Excellence (cf : glossaire)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RBP : Recommandations de bonne pratique

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RPC : Recommandations pour la pratique clinique
RTU : Recommandation temporaire d'utilisation (cf : glossaire)
SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAU : Service d'accueil des urgences
SFA : Société Française d'Alcoolologie
SMPR : Service médico-psychologique régional
SMRA : Soins médicaux et de réadaptation addictologique (cf : glossaire)
SSA : Syndrome de sevrage alcoolique (cf : glossaire)
TP : Taux de prothrombine
UHSI : Unité hospitalière sécurisée inter-régionale
VGM : Volume globulaire moyen (du globule rouge).

GLOSSAIRE

Abstinence (à une substance)

Absence totale, temporaire ou permanente, d'usage de la substance. L'abstinence peut être primaire (jamais d'expérimentation de la substance) ou secondaire (expérimentation passée). L'abstinence peut être l'un des objectifs thérapeutiques fixé à un moment donné par un sujet atteint de mésusage d'une substance.

Addiction comportementale

Une addiction comportementale, ou addiction sans substance, se caractérise par le fait qu'un ensemble de comportements, sans lien avec la prise d'une substance et initialement source d'une satisfaction maîtrisée dans la vie du sujet, devient peu à peu envahissant au point d'entraîner progressivement des conséquences sociales ou médicales.

ALD 30

Liste des 30 affections de longue durée (ALD) donnant droit à exonération du ticket modérateur.

AUDIT et AUDIT-C : voir à « Questionnaire AUDIT et AUDIT-C ».

Autorisation de mise sur le marché (AMM)

L'autorisation de mise sur le marché est un accord délivré officiellement à un laboratoire pharmaceutique pour qu'un médicament soit commercialisé et prescrit dans une indication particulière et à des doses définies. En France, une AMM peut être accordée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), ou directement au niveau européen par l'European Medicines Agency (EMA). Toute utilisation d'un médicament en dehors de l'indication et/ou des doses autorisées est qualifiée de « hors AMM ».

Benzodiazépines (BZD)

Classe de molécules psychotropes utilisées comme médicaments et agissant par stimulation des récepteurs cérébraux de type GABA-A. Les benzodiazépines sont utilisées, entre autres, dans la prise en charge d'un sevrage médicalisé de l'alcool.

Binge Drinking

Type de mésusage de l'alcool caractérisé par la prise de fortes quantités d'alcool sur une durée de temps limitée.

Carcinome hépatocellulaire (CHC)

Cancer primitif du foie survenant le plus souvent sur un état préalable de cirrhose du foie.

Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie désignent depuis 2007 les établissements médicaux ou médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'addiction.

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont des établissements sociaux chargés de l'accueil, de l'hébergement et de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation d'exclusion.

CIM-10

10e version de la classification internationale des maladies (CIM), classification de santé publique en application depuis 2006. La CIM-10 propose une approche catégorielle de l'impact du **mésusage** de substances, avec par niveau de sévérité progressive l'usage nocif et la **dépendance** : en effet, le diagnostic d'usage nocif n'est plus autorisé quand le sujet présente un syndrome de dépendance.

Cirrhose (du foie)

Atteinte hépatique pouvant constituer l'évolution de la **maladie alcoolique du foie**. Elle se caractérise par la survenue d'une fibrose irréversible aboutissant à l'atteinte progressive des fonctions hépatiques ainsi qu'à d'autres complications possibles notamment l'évolution vers un **carcinome hépatocellulaire**.

Cochrane (Evaluation)

La « Collaboration Cochrane » est une organisation internationale, indépendante et à but non lucratif, qui a pour mission d'apporter des informations actualisées de haute qualité sur l'efficacité des interventions en santé. Plus d'information : <http://www.cochrane.fr>.

Cognitivo-comportemental(e) (thérapie, entretien, technique, approche, éléments)

Ensemble hétérogène de psychothérapies postulant que certains troubles sont le résultat de schémas cognitifs et comportementaux susceptibles d'être modifiés par l'entraînement répété du sujet.

Consultation préconceptionnelle

Consultation non obligatoire avec un médecin généraliste, un gynécologue médical, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme, par une femme ou un couple souhaitant effectuer un bilan en vue d'une éventuelle grossesse. La consultation préconceptionnelle est un moment propice au repérage, à l'éducation et à la prévention.

Consultations prénatales

Les consultations prénatales, au nombre de 7, sont des rendez-vous obligatoires permettant le suivi de la grossesse de la femme enceinte. La première consultation prénatale doit se faire avant la 14e semaine de grossesse, les suivantes sont effectuées mensuellement. Ces consultations sont réalisées par un médecin (gynécologue – obstétricien, gynécologue médical, médecin généraliste) ou une sage-femme, qui vérifie le bon déroulement de la grossesse et du développement fœtal.

Coping

Du verbe anglais « to cope with » : faire face à.

Ensemble de processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique.

Craving

Désir conscient et intense de consommer une substance, le craving est l'un des principaux symptômes subjectifs des addictions.

Dépendance (à une substance)

Stade le plus sévère de mésusage dans les classifications catégorielles de l'usage de substance, se caractérisant par l'impossibilité pour le sujet d'arrêter la substance (**DSM-IV et CIM-10**).

Dépistage

Identification présomptive d'un diagnostic à l'aide d'une méthode standardisée (questionnaire, examen paraclinique). Les techniques de dépistage peuvent être utilisées après un **repérage** évocateur, ou directement lors de situations spécifiques de prévention, ou en cas de facteurs de vulnérabilité identifiés.

Dossier médical

Archive de documents physiques ou informatisés d'un médecin (notes cliniques, courriers médicaux, résultats paracliniques) rassemblant les principaux éléments relatifs à la santé d'une personne au cours du suivi effectué par le médecin. Le contenu et la bonne tenue du dossier médical ont une valeur médicolégale importante.

DSM-IV

4e version du Diagnostic and Statistical Manual (DSM), classification psychiatrique américaine valide de 1994 à janvier 2013. Le DSM-IV proposait une classification catégorielle des troubles dus à l'usage de substances en deux stades de sévérité croissante : l'abus, et la **dépendance**.

DSM-5

5e version du Diagnostic and Statistical Manual (DSM), classification psychiatrique américaine en application depuis janvier 2013. Le DSM-5 propose une approche dimensionnelle du **trouble de l'usage** de substances.

Echelle CIWA-Ar

L'échelle "Clinical Institute Withdrawal Assessment for alcohol" (CIWA-Ar) est un outil clinique permettant de mesurer l'intensité du syndrome de **sevrage d'alcool** sous la forme d'un score sur 67 points. Le CIWA-Ar est plus long à utiliser mais plus complet et mieux validé scientifiquement que **l'index de Cushman**.

1. NAUSEES ET VOMISSEMENTS : demandez :
« Avez-vous mal au cœur ou des nausées ?
Avez-vous vomi ? » Observez

- 0 Pas de nausée ni vomissement
- 1 Nausées légères sans vomissement
- 2
- 3
- 4 Nausées intermittentes sèches (non productives, sans vomi, haut-le-cœur)
- 5
- 6
- 7 Nausées constantes, sèches et/ou avec vomissements

2. TREMBLEMENTS : bras étendus, doigts écartés : Observez

- 0 Pas de tremblements
- 1 Non visibles, mais peuvent être perçus/sentis du bout des doigts
- 2
- 3
- 4 Modérés, le patient ayant les bras tendus
- 5
- 6
- 7 Sévères, même sans les bras tendus

5. AGITATION : Observez :

- 0 Activité normale
- 1 Activité normale légèrement accrue
- 2
- 3
- 4 Modérément nerveux et agité ; ne tient pas en place, impatient
- 5
- 6
- 7 Marche de long en large pendant l'interview, ou s'agite violemment

6. TROUBLES TACTILES : demandez :
« Avez-vous des légers fourmillements et démangeaisons, légères sensations de chaleur ou d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur ou sous votre peau ? » Observez :

- 0 Aucun
- 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 2 Peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou d'engourdissement modérés
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

3. SUEURS PAROXYSTIQUES : Observez :

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
- 2
- 3
- 4 Gouttes de sueur apparentes sur le front
- 5
- 6
- 7 Trepé de sueur

4. ANXIETE : demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :

- 0 pas d'anxiété, détendu
- 1 Légèrement anxieux
- 2
- 3
- 4 Modérément anxieux, ou sur ses gardes
- 5
- 6
- 7 Equivalent à des attaques de panique, comme celles observés dans des délires sévères ou dans des réactions schizophréniques aiguës

7. TROUBLES AUDITIFS : demandez : « Etes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir (ou entendre) des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :

- 0 Absents
- 1 Très légèrement stridents ou effrayants
- 2 Peu stridents ou effrayants
- 3 Modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

8. TROUBLES VISUELS : demandez : « La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe, qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez :

- 0 Absent
- 1 Très légèrement sensible
- 2 Peu sensible
- 3 Moyennement sensible
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

9. CEPHALEES, TETE LOURDE : demandez :
« Avez-vous des sensations étranges à la tête ?
Avez-vous l'impression que quelque chose serre
votre tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête
dans un étau ou que votre tête va éclater ? Avez-
vous l'impression d'avoir une bande autour de la
tête ? » Observez :

- 0 Absentes
- 1 Très légères
- 2 Légères
- 3 Modérées
- 4 Modérément sévères
- 5 Sévères
- 6 Très sévères
- 7 Extrêmement sévères

10. ORIENTATION ET OBNUBILATION :
demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle
est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- 0 Orienté(e) et peut additionner une série
de nombres
- 1 Ne peut additionner une série de nombres
ou est incertain de la date
- 2 Erreur de date de moins de 2 jours
- 3 Erreur de date de plus de 2 jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par
rapport aux personnes

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke

Trouble neurologique attribué à une carence en thiamine et survenant notamment en cas d'arrêt brutal de l'alcool et d'un apport glucidique. Il est caractérisé initialement par la survenue de troubles de l'équilibre (ataxie avec nystagmus), une paralysie oculomotrice et un état confusionnel (syndrome de Gayet-Wernicke). Il peut évoluer vers un état irréversible caractérisé par une atteinte de la mémoire à court terme, de fausses reconnaissances avec fabulations (syndrome de Korsakoff).

Entretien prénatal précoce

Entretien proposé, mais non obligatoire, se déroulant après la déclaration de grossesse, souvent au cours du 4^e mois. L'entretien prénatal précoce est réalisé par une sage-femme ou par un médecin (généraliste, gynéco-obstétricien) C'est un temps d'échange, d'écoute, de repérage, d'orientation des problématiques non seulement médicales mais psychologiques et sociales pouvant interférer sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum. L'objectif est de proposer des prises en charge les plus précoces possibles. Les consommations de substances psychoactives y sont abordées.

Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

Equipe pluridisciplinaire intervenant notamment dans les services de médecine, chirurgie et urgences, et dont les missions principales sont de faciliter l'accès aux soins des personnes présentant des pathologies addictives et de sensibiliser les personnels de santé à ce type de pathologies.

Expérimentation (d'une substance)

Terme désignant le fait d'avoir consommé une substance au moins une fois dans sa vie.

Fonctions exécutives

Ensemble des fonctions cognitives permettant une réponse immédiate adaptée au contexte. Les fonctions exécutives regroupent des capacités comme l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problèmes, le raisonnement logique, la mémoire de travail ou l'attention sélective.

Index de Cushman

L'index de Cushman est un outil clinique permettant de mesurer l'intensité du syndrome de sevrage d'alcool sous la forme d'un score sur 21 points. Traduit en français par B. Rueff, on le trouve parfois désigné en France sous le nom d'index de Rueff. L'index de Cushman est plus rapide à utiliser mais moins complet et moins validé scientifiquement que l'échelle **CIWA-Ar**.

Points	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120
Pression artérielle systolique				
18 à 30 ans	< 125	126 - 135	136 - 145	> 145
31 à 50 ans	< 135	136 - 145	146 - 155	> 155
> 50 ans	< 145	146 - 155	156 - 165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Score < 7 : état clinique contrôlé

Score 7 à 14 : sevrage modéré

Score > 14 : sevrage sévère.

Injonction thérapeutique

L'injonction thérapeutique est l'une des trois mesures existant en France concernant les soins ordonnés par un magistrat, avec **l'obligation de soins** et l'injonction de soins. L'injonction thérapeutique s'applique spécifiquement aux usagers de stupéfiants ou d'alcool (Art L 3413-1 du Code de Santé Publique). Elle est prononcée par un procureur pendant l'enquête de police ou par un juge pendant ou après la procédure judiciaire. Contrairement à l'obligation de soins, les soins sont coordonnés par un médecin-relais qui adresse le sujet à une structure de soins adaptée.

Intervention brève

Type d'intervention le plus souvent adaptée aux entretiens de **soins primaires**, et visant au cours du même entretien à : 1) évaluer la consommation de substance d'un sujet en vue du repérage d'un mésusage ; 2) informer le sujet des risques liés au mésusage et définir, selon les situations, le niveau de consommation adéquat ; 3) stimuler la motivation du sujet pour changer son comportement de consommation ultérieur.

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

La maison départementale des personnes handicapées est une structure départementale servant d'interlocuteur aux personnes atteintes de handicap ou estimant l'être. La MDPH a pour fonction de recueillir les demandes de Reconnaissance de la Qualité de Travailleurs Handicapés (RQTH) qui sont remplies sur un formulaire spécifique (cerfa 13788 01). En cas de RQTH accordée, la MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire chargée notamment d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée et de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap.

Maladie du foie liée à l'alcool (MFLA)

Ensemble d'atteintes hépatiques dues à l'alcool et caractérisées par des spécificités histologiques, cliniques et paracliniques. Les principaux types d'atteintes sont la stéatose hépatique, la **cirrhose du foie**, l'hépatite alcoolique, le **carcinome hépatocellulaire**.

Mésusage (d'une substance)

Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner.

Par définition, le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool.

MoCA

Le « Montreal Cognitive Assessment » (MoCA) est un outil de dépistage de troubles cognitifs modérés et non spécifiques à un type de pathologie, qui s'effectue à partir d'un score calculé sur 30 points. Le MoCA a été validé dans le dépistage des troubles cognitifs chez les patients atteints de troubles d'usage de substance.

Motivationnel(le) (entretien, thérapie, approche, intervention)

Style d'intervention directive, centrée sur le patient et fondée sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence, qui vise à faciliter le changement de comportement.

NICE

Le « National Institute for Health and Care Excellence » (NICE) est une institution officielle de Grande-Bretagne qui publie des recommandations médicales de haute qualité et d'accès public. En février 2011, le NICE a publié des recommandations officielles sur la prise en charge **du trouble de l'usage** de l'alcool : <http://publications.nice.org.uk/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-and-alcohol-cg115>.

Niveau de preuve

Niveau de validité scientifique d'un résultat ou d'une donnée. Il existe de nombreuses classifications internationales des niveaux de preuve. En France, l'outil de référence est celui publié par la Haute Autorité de Santé en 2000, définissant 5 niveaux de preuve de validité décroissante (HAS, 2000) : 1 (essais contrôlés randomisés avec résultats méthodologiquement indiscutables); 2 (essais contrôlés non randomisés bien conduits); 3 (essais prospectifs non contrôlés bien menés, type suivis de cohorte); 4 (études cas-témoins ou essais contrôlés présentant des biais); 5 (étude fortement biaisée, séries de cas, cas cliniques). Pour plus d'information, se reporter au tableau page 103 : « Méthode de gradation des niveaux de preuve ».

Obligation de soins

L'obligation de soins est l'une des trois mesures existant en France concernant les soins ordonnés par un magistrat, avec **l'injonction thérapeutique** et l'injonction de soins. L'obligation de soins est prononcée par un juge qui ordonne au sujet de « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins » (Art 132-45 du Code Pénal). L'application de l'obligation de soins est assurée par le juge d'application des peines et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Contrairement à l'injonction thérapeutique, les soins ne sont gérés que par le soignant rencontré par le sujet.

Pancréatite alcoolique

Atteinte inflammatoire du pancréas consécutive au mésusage de l'alcool, et pouvant se manifester de manière brutale (pancréatite aigüe) ou plus progressive (pancréatite chronique). En cas de situation aigüe, on observe l'augmentation de la concentration de certaines enzymes pancréatiques dans le sang (amylasémie, lipasémie).

Périnatalité (médecine de)

Prévention et soins spécifiques couvrant une période allant de la 26e semaine de grossesse au 8e jour après l'accouchement.

PHARES

Programme vidéo d'aide cognitivo-comportementale s'adressant à des patients alcoolodépendants sevrés et motivés pour le maintien d'une abstinence à l'alcool.

Postulat silencieux

Utilisé en thérapie cognitive, il s'agit d'un dysfonctionnement cognitif encore appelé « schéma cognitif » ou « attitude dysfonctionnelle ».

Les postulats silencieux sont des attitudes fondamentales profondes, généralement inconscientes, qui sont sous-jacentes aux pensées négatives, elles-mêmes à l'origine des émotions négatives (trop) fortes. On peut découvrir ses postulats silencieux en se posant la question « Et alors ? Si c'est vrai, en quoi cela me gêne-t-il ? ».

Question ouverte/ fermée

Une question ouverte est une interrogation qui n'induit pas de réponses préétablies et laisse donc à l'interlocuteur la possibilité de s'exprimer avec ses propres mots.

L'opposé est une question fermée à laquelle le sujet ne peut répondre que de manière préétablie (par exemple « oui » ou « non »).

Questionnaires AUDIT et AUDIT-C

Le questionnaire « Alcohol Use Disorder Identification Test » (AUDIT), conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé, comprend 10 items pour dépister un usage à risque ou nocif d'alcool en population générale.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

• Le questionnaire Audit à dix items conçu pour dépister une consommation d'alcool à risque ou nocive en médecine générale, figure N°A3. Les résultats du questionnaire Audit sont également faciles à calculer. Le chiffre de la colonne correspondant à chaque réponse choisie par le patient devra être inscrit par le médecin dans la dernière colonne de droite. Tous les résultats devront ensuite être additionnés et inscrits dans la case « Total ».

Figure N°A3 Le Test Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) : autoquestionnaire	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	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 ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
Notez le total des items ici	
<input type="checkbox"/>	

• L'Audit-C est constitué des trois premières questions du questionnaire Alcohol Use Disorders Identification test (Audit), figure N°A2. Les scores du questionnaire Audit-C sont faciles à calculer. Le chiffre de la colonne correspondant à chaque réponse choisie par le patient devra être inscrit par le médecin dans la dernière colonne de droite. Tous les résultats devront ensuite être additionnés et inscrits dans la case « Total ».

Figure N°A2 Questionnaire Audit-C
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque

Les trois premières questions de l’AUDIT, ou AUDIT-C, permettent un dépistage de l’usage à risque d’alcool. Les 7 questions suivantes de l’AUDIT permettent un dépistage de l’usage nocif.

Questionnaire FACE

Le questionnaire FACE est un outil de 5 items, à usage clinique, basé sur une version simplifiée du questionnaire AUDIT et pouvant aider à repérer un usage nocif en population générale. On suspectera un mésusage pour un score égal ou supérieur à 5 chez l’homme, et à 4 chez la femme.



Le Questionnaire FACE issu du programme Boire moins c’est mieux

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d’hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	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	

Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c’est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d’une dépendance.

Rechute

La rechute a longtemps été définie par la reprise du premier verre après un sevrage. Cette définition est aujourd'hui abandonnée. La définition la plus habituelle est celle retenue par la Food and Drug Administration : reprise de fortes consommations (égales ou supérieures à 5 verres/j en une seule occasion pour les hommes de moins de 65 ans ; égales ou supérieures à 4 verres/j pour les hommes de plus de 65 ans et les femmes). Ces seuils, établis aux Etats-Unis, correspondent à un verre contenant 14 grammes d'alcool, alors qu'un verre-standard en France contient 10 grammes.

Réduction de consommation

La réduction de consommation est l'un des objectifs possibles qu'un sujet atteint de **mésusage** de l'alcool peut choisir. Idéalement, la réduction devrait viser à ne pas dépasser les seuils d'usage à risque, voire à atteindre l'**abstinence**. Cependant, toute réduction durable de la consommation a un impact significatif sur le risque de mortalité, et devrait être préférée à une absence de changement.

Repérage

Processus de détection d'un trouble à partir d'un faisceau de données issues de l'interrogatoire, de l'examen clinique, ou des examens paracliniques d'un patient. Contrairement au **dépistage**, le repérage n'a pas de caractère standardisé.

Résidentiel(le)s (traitements, prises en charge)

Soins réalisés dans une structure qui assure l'hébergement complet du patient.

Sevrage d'alcool (signes de, syndrome de)

Ensemble de signes appartenant à un syndrome qui survient lors de l'arrêt ou de la réduction brutale de l'usage d'alcool chez un sujet dépendant ayant préalablement développé des processus de neuro-adaptation cérébrale envers l'alcool. Le syndrome de **sevrage à l'alcool** peut se caractériser par des signes neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension) ou neurocognitifs (agitation, confusion, convulsions, délire).

Sevrage médicalisé de l'alcool (prise en charge de)

Procédure médicale de prévention ou traitement du syndrome de sevrage de l'alcool nécessitant un protocole de traitement et de surveillance spécifique.

Soins médicaux et de réadaptation addictologique

Structures médicales ou médicosociales ayant pour but de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Soins primaires

Les « soins primaires » ou « soins de santé primaires » regroupent les prestations de santé de premier recours, devant être facilement accessibles et en mesure de satisfaire la plupart des besoins individuels de santé, dans une relation prolongée avec les individus, les familles et la communauté. Les soins primaires regroupent ainsi la prévention, le dépistage, la prise en charge immédiate des situations les plus simples ou l'orientation adéquate des situations complexes, la dispensation des médicaments.

Transaminases

Enzymes sécrétées en partie par le foie, et pouvant être retrouvées en quantité anormale dans le sang en cas d'atteinte hépatique, notamment en cas de **maladie alcoolique du foie**. Il existe deux types de transaminases, les alanine amino-transférases (ALAT) et les aspartate amino-transférases (ASAT).

Troubles bipolaires (de l'humeur)

Les troubles bipolaires sont des troubles psychiatriques caractérisés par des fluctuations pathologiques de l'humeur. Plusieurs types de troubles bipolaires ont été décrits, les plus caractéristiques étant le type 1 (alternance d'états dépressifs majeurs et d'états maniaques francs) et le type 2 (alternance d'états dépressifs majeurs et d'états hypomanes).

Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité constituent une catégorie hétérogène de troubles psychiatriques caractérisés par un fonctionnement relationnel, émotionnel ou cognitif inadapté, à l'origine de perturbations sociales et comportementales durables.

Trouble de l'usage (d'une substance)

Terme utilisé par les classifications psychiatriques du Diagnostic and Statistical Manual (DSM) pour désigner les types d'usage de substance entraînant un certain nombre de conséquences sociales ou médicales actuelles sur la vie d'un sujet.

Troubles neuropsychologiques

Atteintes objectivées à l'aide d'outils de mesure spécifiques ou d'examens paracliniques portant sur des fonctions cognitives de base telles que le langage, la mémoire, les **fonctions exécutives**, la gestion des relations sociales.

Varices

Dilatation permanente des veines. Les varices œsophagiennes et gastriques sont un signe de cirrhose résultant d'un blocage sanguin dans le foie avec constitution d'un réseau de suppléance.

Verre-standard (d'alcool)

Unité de référence mesurant la consommation d'alcool d'un sujet. En France, un verre-standard contient 10 grammes d'alcool. Le nombre de verres-standard consommés par un sujet peut être obtenu par la formule : quantité de breuvage alcoolique bu (ml) x degré d'alcool du breuvage x densité de l'alcool (0,8).

ANNEXE 2. EXAMENS BIOLOGIQUES ET MÉSUSAGE D'ALCOOL : RAPPEL

L'usage de marqueurs biologiques est classique dans le repérage, l'évaluation et le suivi des personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool.

Repérage et suivi des personnes présentant un mésusage de l'alcool

De nombreux marqueurs biologiques ont été testés dans le but de repérer et suivre les personnes souffrant de mésusage. Aujourd'hui, trois sont d'usage courant, les autres sont encore expérimentaux. Ces trois marqueurs biologiques sont intéressants pour repérer une consommation chronique excessive d'alcool. Ce sont la Gamma-Glutamyl Transférase (γ GT), le Volume Globulaire Moyen (VGM) et la Transferrine Déficiente en Carbohydrate (CDT). Aucun de ces marqueurs ne donne une indication du niveau de sévérité de la conduite.

La Gamma-Glutamyl Transférase (γ GT)

La Gamma-Glutamyl Transférase est une enzyme responsable du transport des acides aminés au niveau membranaire (notamment la cystéine). Elle est présente dans de nombreux tissus ou organes : rein, foie, cœur, pancréas, canaux biliaires...

On mesure essentiellement la fraction hépatique de la γ GT. La mesure est rapide, bon marché et précise. Sa valeur normale est en général <50 UI/l chez l'homme et <40 UI/l chez la femme. L'élévation de la γ GT se produit en général après deux semaines environ d'une consommation régulière excessive (plus de 60 g d'alcool pur par jour). Ceci n'est pas vrai chez les personnes de moins de 30 ans chez qui la γ GT est particulièrement peu sensible.

En cas de réduction ou d'arrêt de l'alcoolisation le taux diminue environ de moitié tous les 15 jours environ. La γ GT est un marqueur peu sensible, sa spécificité n'est pas très élevée (environ 60 % de spécificité) car de nombreuses autres causes que l'alcool peuvent concourir à son augmentation, comme l'obésité, le diabète, les médicaments inducteurs enzymatiques et toutes les maladies hépatiques à l'origine d'une cholestase. Il n'y a pas de comparaison inter-individuelle des valeurs de la γ GT mais une bonne corrélation intra-individuelle.

Il est à retenir que la γ GT est peu utile au repérage des problèmes d'alcool dans une population non ciblée et que son intérêt réside dans le suivi de son évolution chez les patients en phase de réduction de consommation ou de maintien de l'abstinence, comme un élément complémentaire à l'examen clinique.

La Transferrine Déficiente en Carbohydrate (CDT)

La transferrine est la molécule qui transporte le fer. Elle existe sous plusieurs isoformes selon le nombre de noyaux carbohydrates qui y sont adjoints. Lors d'une consommation d'alcool de 60 g et plus pendant au moins 10 jours, la fraction de la transferrine pauvre en carbohydrate (CDT) augmente. Sa demi-vie est de 15 jours environ. La CDT a une sensibilité équivalente à celle de la γ GT mais une spécificité généralement meilleure (80 à 90 % environ). Les autres causes d'augmentation de la CDT sont la grossesse, des anomalies

congénitales de certaines glycoprotéines, des variantes génétiques de la transferrine, et certaines atteintes hépatiques sévères. Son coût reste élevé et son dosage relativement délicat.

L'association avec la γ GT augmente sa sensibilité (jusqu'à 80 %).

Le Volume Globulaire Moyen (VGM)

L'élévation du VGM apparaît environ après 2 mois au moins d'une consommation excessive régulière. Le retour à un volume normal est généralement très long, 3 mois environ après une réduction de la consommation en raison de la durée de vie des globules rouges. La sensibilité du VGM est médiocre (30 à 40 %), sa spécificité nettement plus élevée (90 %). L'association γ GT-VGM a une sensibilité de 70 % à 80 % environ.

En pratique ces marqueurs peuvent s'utiliser en complément de l'examen clinique pour le repérage d'une consommation régulière excessive, le suivi d'une prise en charge thérapeutique, et l'utilisation de mesures objectives permettant de parler de consommation d'alcool chez un patient ambivalent. Ils ne doivent pas devenir un enjeu primordial de la relation médecin-patient.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

ANNEXE 3. DISPOSITIFS DE SOINS EN ALCOOLOGIE

Les structures de prise en charge spécialisées en alcoologie comportent les prises en charge ambulatoires et résidentielles.

La prise en charge ambulatoire peut s'effectuer dans différents lieux et selon la sévérité du mésusage :

- consultations libérales avec un médecin généraliste, un psychiatre ou un addictologue. Des médecins généralistes addictologues peuvent être une première ligne de ressources pour leurs collègues. D'autres bénéficient de temps de professionnels formés à l'addictologie (psychologue, travailleur social) mis à disposition dans leur cabinet ou maison de santé pluriprofessionnelle dans le cadre d'une microstructure. Leur but est de faciliter un accès et une prise en soins de proximité des patients présentant des conduites addictives ;
- consultations multidisciplinaires dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou un Centre Médico Psychologique (CMP) ;
- visites à domicile par une infirmière, un travailleur social ou un médecin généraliste ;
- prise en charge en consultation hospitalière ou dans un hôpital de jour.

Le traitement résidentiel consiste en une prise en charge 24 heures sur 24 dans une structure qui assure l'hébergement et les soins du patient pour une durée variable, de quelques jours à quelques mois.

Il faut noter que le médecin généraliste ayant recours à ces structures spécialisées peut être confronté à des délais de prise en charge importants parfois difficiles à gérer.

1. Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Le CSAPA a différentes missions.

- L'accueil de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes.
- L'information au patient, ou à son entourage, dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge.
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale du patient et/ou de l'entourage afin de proposer la prise en charge et l'accompagnement les plus adaptés à leurs besoins.
- L'orientation : toute personne accueillie dans un CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le centre ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social).
- La prise en charge médicale avec notamment sa composante pharmacologique.
- La prise en charge psychologique : vient compléter l'évaluation médicale et comprend un suivi psychologique et un soutien adaptés à la situation et aux besoins de la personne.
- La prise en charge sociale et éducative : vise, pour le patient, à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre de conforter les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus

précisément, elle comprend les aides au recouvrement et au maintien des droits sociaux ainsi que les actions ou orientations visant à l'insertion sociale.

- La mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public pris en charge.

Beaucoup de CSAPA ont développé :

- des consultations avancées, de proximité, pour aller vers les patients dans leur lieu de vie et assurer le repérage précoce des mésusages.
- Des consultations jeunes consommateurs (CJC). A l'interface de la prévention et des soins, elles accueillent des jeunes consommateurs qui s'interrogent sur leur(s) consommation(s), ainsi que leur entourage pour faire le point, si besoin proposer une aide avant que la consommation devienne problématique.

On distingue deux types de CSAPA :

- Le centre de soins sans hébergement,
- Le centre thérapeutique résidentiel.

Ce dernier constitue une modalité de prise en charge thérapeutique avec hébergement collectif de moyenne durée, adaptée à des personnes dépendantes à une ou plusieurs substances psychoactives et qui nécessitent, pour un temps donné, un suivi médico-social dans un environnement protecteur et contenant et un programme orienté vers la réhabilitation, la réinsertion et leur projet de vie.

Ils peuvent aussi proposer d'autres modalités d'accueil relais comme les appartements thérapeutiques ou les familles d'accueil.

2. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Ils s'adressent à des personnes usagères de drogues illicites non encore engagées dans des démarches de soins et/ou exposées à des risques particuliers (infectieux...) dans un objectif de réduction des risques et des dommages (RdRD). Mais l'alcool est un des tous premiers produits consommés.

3. Les structures hospitalières

Elles sont organisées en trois niveaux : de proximité, de recours et de référence.

Cette organisation a pour objectif de proposer une offre de soins au plus près de la population et ajustée à la complexité des soins parfois requis avec un meilleur maillage territorial.

▪ **Le niveau de proximité comprend :**

- Une consultation hospitalière d'addictologie prenant en compte les différentes addictions ;
- Une équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie, aidant au repérage et à la prise en charge du patient au sein des différents services de soins hospitaliers et du service d'accueil des urgences ;
- Un service d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples.

Ce service est le plus souvent situé dans le système de soins généraux (médecine interne, médecine polyvalente, hépato-gastroentérologie et/ou psychiatrie...).

- **Le niveau de recours est constitué par :**
 - *Un service d'hospitalisation* bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant une prise en charge spécifique. Il accueille des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée complexe. Il propose, en complément de la consultation et de l'équipe de liaison du niveau de proximité, un hôpital de jour et une hospitalisation complète pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou soins complexes (séjour de 2 ou 3 semaines). Ces structures d'addictologie accueillent les patients les plus en difficultés, du fait de la sévérité de la dépendance, de la gravité des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, et des atteintes cognitives. Elles permettent une évaluation et un bilan addictologique somatique, social et psychiatrique approfondi dans le cadre d'un projet de soins et d'une prise en charge globale. Elles proposent également des soins addictologiques spécifiques tels que thérapie de groupe, psychothérapie individuelle ou de groupe, thérapie familiale ou de couple. Elles peuvent être situées en MCO ou en psychiatrie.
 - *Les soins médicaux et de réadaptation addictologiques (SMRA)* qui constituent une étape importante de la prise en charge résidentielle prolongée du patient après les soins aigus notamment pour consolider l'abstinence. Ils proposent un projet thérapeutique médico-psychosocial dont la réadaptation est un objectif essentiel. Il est nécessaire que certains soins médicaux et de réadaptation puissent prendre en charge des patients dont les troubles des fonctions cognitives sont au premier plan.

- **Le niveau de référence est constitué par des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie.**

Ce sont des niveaux de recours pour les soins avec des missions d'enseignement et de recherche

D'autres services hospitaliers non spécialisés en addictologie tels que les services de psychiatrie (patients ayant un double diagnostic) ou les services de médecine interne, d'hépatogastro-entérologie ou d'infectiologie (patients séropositifs pour le VIH ou le virus de l'hépatite C) participent aux soins délivrés aux personnes usagères de substances psychoactives.

Une catégorie particulière est représentée par l'hospitalisation sans consentement : soins psychiatriques à la demande d'un tiers et soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. Elle est effectuée dans un établissement psychiatrique public et concerne des patients alcoolo-dépendants dans 10 à 30 % des cas (69).

En marge de ces structures de prise en charge spécialisées, il convient de citer les dispositifs suivants.

1. Les dispositifs de coordination

Les patients circulent dans l'offre de soins en fonction de leurs besoins et choix à un instant donné de leur trajectoire. En dehors de situations simples suivies par les médecins traitants avec un soutien du secteur spécialisé, la coordination des soins et des problématiques sociales devrait être centrale dans le suivi du

parcours des patients, mais reste difficile en dehors d'effecteur dédié. Les réseaux de santé addiction développés dans les années 2000 ont disparu des textes officiels en 2022. Leur devenir a été varié : fermeture, intégration dans des CSAPA ou des structures hospitalières, évolution vers des structures régionales d'orientation et de diffusion de bonnes pratiques. Certains ont été intégrés dans les DAC (dispositifs d'appui à la coordination), qui sont le dernier avatar des outils de coordination souhaités par les pouvoirs publics et qui regroupent les anciennes PTA (plateforme territoriale d'appui), dispositif MAIA (qui concernait les personnes âgées), et parfois réseaux, CLIC Les DAC fonctionnent comme un guichet unique pour les professionnels du champ de la santé et du social, avec trois missions : information et orientation vers les ressources du territoire, soutien et aide à la coordination de situations « ressenties » comme complexes par le professionnel, et coordination territoriale. Il n'y a pas de critères d'âge ni de pathologie, et l'addiction y a théoriquement toute sa place. Certains DAC intègrent d'emblée cette dimension (exemple du DACTIV en Ille et Vilaine). La plupart ne l'ont pas encore fait, mais les addictologues ont tout intérêt à se rapprocher d'eux, ne serait-ce que pour figurer dans leur annuaire de ressources.

2. Les associations d'entraide (cf : Question / Réponse 19, page 90)

Les associations d'entraide sont nombreuses en France. D'origine variée et de taille variable, elles mettent en œuvre des moyens parfois très différents pour atteindre leur objectif, a priori commun et fondateur, qui est d'aider les consommateurs dépendants à devenir et à rester abstinents. Elles s'adressent également et apportent leur aide à l'entourage des personnes en difficulté avec l'alcool.

Au-delà du renforcement de l'abstinence, les associations d'entraide permettent de nouer des relations d'amitié dénuées de jugement, de s'identifier à des modèles, de se défaire du sentiment de stigmatisation sociale. Certaines associations inscrivent leur action dans une démarche spirituelle. Elles s'ouvrent de plus en plus à la réduction des risques et des dommages et aux autres conduites addictives.

Il existe également un certain nombre de mouvements corporatifs et d'associations liées à des entreprises (SNCF, La Poste, Orange, etc.). Certains mouvements ont ouvert -et gèrent- des centres de soins ou de réinsertion. Ils peuvent intervenir au sein des hôpitaux, des cliniques et des CSAPA et développent par ailleurs, pour la plupart, une activité de prévention.

3. Les patients experts en addictologie

Les patients peuvent s'impliquer dans le parcours de soins en tant que patients experts. Ils doivent pour cela acquérir des connaissances scientifiques de base sur les maladies addictives et leur traitement, ainsi que des aptitudes à s'informer, à sensibiliser et à animer des réunions ou des groupes de parole spécifiques. Leur rôle est d'accompagner et de prévenir le mésusage et la dépendance, de faciliter l'accès aux soins et la participation à des programmes d'éducation thérapeutique du patient, *de participer au fonctionnement* et d'être intégré au programme thérapeutique des structures ainsi qu'au dialogue sur les orientations des politiques publiques et à la défense des intérêts des patients. Il existe un parcours de certification par deux associations qui est en demande de certification par France Compétence.

4. L'aide médico-sociale en milieu professionnel

L'attention se focalise souvent sur le consommateur avec mésusage sévère. Pourtant, des risques surviennent en termes de sécurité dès les premières doses d'alcool ou de produits psychotropes consommés.

Moins l'entourage professionnel se positionne sur les risques liés à de telles consommations, plus le consommateur se trouve en difficulté. L'entourage professionnel (au sens large du terme et pas uniquement les collègues) peut contribuer au repérage et à la prise de conscience du mésusage et soutenir une démarche de changement.

Le service de santé au travail, tenu au secret médical, fait partie des intervenants spécialisés.

Il a un rôle déterminant à jouer : d'une part, en facilitant l'accès aux soins, à l'accompagnement professionnel, et/ou aux mouvements d'entraide pour la personne qui a des difficultés liées à l'alcool, d'autre part en jouant un rôle préventif. L'objectif n'est pas dans ce cas l'abstinence mais la gestion des risques professionnels liés à l'usage d'alcool, que celui-ci soit à risque ou nocif, en évitant l'aggravation du mésusage (207). Proposer au patient de prendre contact avec le médecin du travail ou avec une consultation spécialisée de pathologie professionnelle en cas de difficultés liées à la présence d'alcool sur le lieu du travail fait partie des interventions spécialisées. Il faut rappeler que ce qui fonde la démarche est la notion de protection de la personne dans le milieu de travail.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

ANNEXE 4. MESA GRANDE : TABLEAUX RECAPITULATIFS

Modalité de traitement	Toutes les études, indépendamment de la sévérité de la population						Population clinique			
	Rang	CES	%+	N	moyenne MQS	% MQS ≥14	% clinique	Rang	CES	%+
Intervention brève	1	280	68	31	12,68	48	48	1	136	73
Intervention motivationnelle	2	173	71	17	13,12	53	53	11	37	56
Agoniste GABA	3	116	100	5	11,6	20	100	3	116	100
Antagoniste opioïde	4	100	83	6	11,83	0	100	4	100	83
Entraînement aux compétences sociales	5	85	68	25	10,5	16	84	2	125	63
Renforcement communautaire	6	80	100	4	13	50	80	5	68	100
Management des contingences	7	64	80	5	10,4	0	100	6	64	80
Thérapie comportementale de couple	8	60	62	8	12,88	50	100	7,5	60	63
Gestion de cas	9	33	67	6	10,2	0	100	7,5	60	67
Auto-monitoring	10	25	50	6	12	50	83	18	-3	40
Thérapie cognitive	11	21	40	10	10	10	88	9	41	50
Thérapie centrée sur le patient	12,5	20	57	7	10,57	0	86	13	28	67
Disulfirame	12,5	20	50	24	10,75	17	100	10	38	50
Thérapie aversive, apnées	14,5	18	67	3	9,67	0	100	15,5	18	67
Sensibilisation couverte	14,5	18	38	8	10,88	0	100	15,5	18	38
Acupuncture	16,5	14	67	3	9,67	0	100	17	14	67
Thérapie aversive, nausées	16,5	14	40	5	10,4	20	100	14	20	40
Brochure	18	11	40	5	12	30	60	12	33	67
Entraînement à l'auto-contrôle	19	9	49	35	12,8	51	63	20	-8	45
Modèle Minnesota	20,5	-3	33	3	11,33	33	33	25	-22	0
Exercice physique	20,5	-3	33	3	11	0	33	21	-11	0
Gestion du stress	22	-4	33	3	10,33	0	66	25	-22	0
Thérapie familiale	23	-5	33	3	9,3	15	100	19	-5	33
Thérapie aversive, électricité	24,5	-13	40	20	10,55	67	100	22,5	-13	40
Renforcement de l'engagement vers les alcooliques anonymes	24,5	-13	33	3	15,67	0	100	22,5	-13	33
Antidépresseurs, IRS	26	-16	53	15	8,6	0	53	25	-22	50
Lithium	27	-32	43	7	11,43	29	100	28	-32	43
Thérapie de couple, autre	28	-33	38	8	12,25	25	100	29	-33	38
Analyse fonctionnelle	29	-36	0	3	12	33	66	27	-24	0
Hypnose	30	-41	0	4	10,25	0	100	30	-41	0
Médicament psychédélique	31	-44	25	8	10,12	0	100	31	-44	25
Carbimide de calcium	32	-52	0	3	10	0	100	33	-52	0
Antagonistes sérotoninergiques	33	-68	0	3	11,33	0	66	32	-46	0
Médicaments anxiolytiques	34	-80	29	14	8,36	0	100	35,5	-80	29
Prévention de la rechute	35	-87	30	20	11,85	30	85	34	-62	29
Métronidazole	36	-101	11	9	10,56	0	100	37,5	-82	11

Antidépresseurs non-IRS	37	-104	0	6	8,67	0	100	41	-104	0
Thérapie de milieu	38	-107	17	12	10,58	25	100	42	-107	17
Alcooliques anonymes	39,5	-108	14	7	10,71	29	86	35,5	-80	14
Auto-confrontation en vidéo	39,5	-108	0	8	10,5	13	88	39	-84	0
Relaxation	42	-144	17	18	10,56	17	66	40	-98	17
Thérapie confrontationnelle	43	-190	0	11	10,73	27	73	37,5	-129	0
Psychothérapie	44	-225	11	18	10,94	22	88	45	-185	13
Thérapie non spécifique de l'alcoolisme	45	-239	10	20	11,15	20	85	46	-211	6
Cours, éducation, films, groupes	46	-343	27	23	8,74	13	38	44	-161	0

Légende

CES : score cumulatif de preuve

%+ : pourcentage d'études avec résultat positif pour cette modalité thérapeutique

N : nombre total d'études ayant évalué cette modalité thérapeutique

MQS : qualité méthodologique des études

% clinique : pourcentage des études pratiqué dans des populations demandeuses de soins.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Modalité de traitement	CES	%+	N	moyenne MQS	% clinique
Antagoniste dopaminergique	40	100	2	10	0
Déprivation sensorielle	40	100	2	10	0
Biofeedback	38	100	2	13	100
Exposition aux stimuli	32	100	2	10	100
Thérapie développementale	28	100	1	14	0
Médicaments anticonvulsivants	26	100	1	13	100
Sevrage médicalisé	26	100	1	13	100
Soutien thérapeutique par l'entourage	26	100	1	13	100
Méditation transcendantale	24	100	1	12	100
Evaluation (comme seule élément de l'intervention)	22	100	1	11	0
Thérapie aversive, émotion négative	22	100	1	22	100
Feedback	22	100	1	11	0
Médicament hypnotique	22	100	1	11	100
Thérapie familiale unilatérale	20	100	1	10	0
Expérimentation psychédélique	18	100	1	9	100
Résolution de problème	18	50	2	13,5	100
Sevrage tabagique	14	50	2	8	100
Désensibilisation systémique	13	50	2	11,5	100
thérapie de réminiscence	10	100	1	10	100
Autres médicaments (3 types différents)	0	33	3	8,66	66
Thérapie communautaire	-4	0	1	12	100
renforcement de la conscience morale	-7	0	1	7	0
renforcement communautaire - en binôme	-8	0	1	8	100
Thérapie récréationnelle	-8	0	1	8	100
Recherche de travail	-9	0	1	9	100
Probation	-9	50	2	12	0
monitoring médical	-9	0	1	9	0
Surveillance de l'alcoolémie	-11	0	1	11	100
Ergothérapie	-11	0	1	11	100
Sevrage tabagique avec gomme nicotine	-12	0	1	12	0
Sevrage tabagique avec exercice physique	-12	0	1	12	0
Agoniste dopaminergique	-16	0	1	8	100
Précurseur sérotoninergique	-16	0	1	8	100
Entraînement à la discrimination de l'alcoolémie	-24	0	2	12	100
Bêtabloqueurs	-26	0	1	13	100
Choix du patient à partir de différentes options	-28	0	1	14	0
Psychothérapie de groupe	-30	0	2	10	100
Electrostimulation céphalique	-34	0	2	11,5	100
Médicaments antipsychotiques	-36	0	2	9	100
Placebo	-48	0	2	12	100

Légende

CES : score cumulatif de preuve

%+ : pourcentage d'études avec résultat positif pour cette modalité thérapeutique

N : nombre total d'études ayant évalué cette modalité thérapeutique

MQS : qualité méthodologique des études

% clinique : pourcentage des études pratiqué dans des populations demandeuses de soins.

ANNEXE 5. METHODE DE TRAVAIL

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs) une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science, destinée :

- À aider la prise de décision dans le choix des soins ;
- À harmoniser les pratiques ;
- À réduire les traitements et actes inutiles ou à risque.

L'élaboration d'une RBP ne doit pas être un objectif en soi, mais s'intégrer dans un programme de bonne pratique allant de l'identification des points d'amélioration d'une prise en charge à l'évaluation de ce programme. Un programme de bonne pratique peut s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu.

▪ **Choix du thème de travail**

L'objectif est de proposer des recommandations perçues comme pertinentes et utilisables par les professionnels.

Le choix du thème doit donc reposer sur la connaissance des besoins exprimés par les professionnels (interrogation ad hoc et retour d'expérience de terrain) et sur la réalité des pratiques (sur la base d'un accès facilité aux bases nationales existantes), ainsi que sur une première analyse de la littérature. Les organismes responsables de l'élaboration de RPB peuvent déléguer cette fonction à une ou plusieurs personnes, et l'intégrer dans le cadre d'une programmation pluriannuelle.

▪ **Méthodologie**

Une démarche rigoureuse et explicite doit être appliquée pour élaborer des recommandations de bonne pratique valides et crédibles.

L'objectif de la méthode RPC est de rédiger un petit nombre de recommandations :

- Concises ;
- Gradées, en accord avec les niveaux de preuve identifiés, ou en l'absence de preuves scientifiques, résultant d'un accord d'experts ;
- Non ambiguës ;
- Répondant aux questions posées.

■ Méthode de gradation des niveaux de preuve

Méthode de gradation des niveaux de preuve	
A	<p>Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve -niveau de preuve 1- :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, - Analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	<p>Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve -niveau de preuve 2- :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance, - Études comparatives non randomisées bien menées, - Études de cohorte.
C	<p>Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve :</p> <p>-niveau de preuve 3- : Études cas-témoins</p> <p>-niveau de preuve 4- : - études rétrospectives, - séries de cas, - études comparatives comportant des biais importants.</p>
AE	<p>Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.</p>

La méthode RPC est une méthode rigoureuse d'élaboration de RBP, qui repose sur :

- La participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- La transparence, avec mise à disposition :
 - De l'analyse critique de la littérature ;
 - Des points essentiels des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail ;
 - Des cotations et commentaires des membres du groupe de lecture ;
 - De la liste de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- L'indépendance d'élaboration ;
- La gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Déroulement général de l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique

Sous l'impulsion d'un comité de pilotage qui a constitué un groupe de travail et un groupe de lecture national et européen, l'élaboration d'une RPB se déroule en 4 phases.

LES GROUPES

▪ Le groupe de travail

Multidisciplinaire et pluriprofessionnel, il comprend de façon optimale 15 à 20 professionnels de santé ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, dont le président du groupe de travail, et des représentants d'associations de patients et d'utilisateurs du système de santé (mouvements d'entraide dans le cas présent).

La présente RBP ayant une dimension internationale, le groupe de travail a été coordonné par deux co-présidents, le président de la Société Française d'Alcoologie (SFA) et le président de l'European Federation of Addiction Societies (EUFAS).

Le groupe de travail rédige les propositions de recommandations à soumettre au groupe de lecture. Dans le cas de la RBP sur le mésusage de l'alcool, compte tenu de l'importance et la diversité de la composition du groupe de travail, deux membres du groupe ont été missionnés comme secrétaires de séance pour assurer le caractère homogène de la rédaction des recommandations.

Les professionnels de santé doivent avoir une bonne connaissance de la pratique professionnelle dans le domaine correspondant au thème de l'étude, et être capables de juger de la pertinence des études publiées et des différentes situations cliniques évaluées.

Les données bibliographiques disponibles sont analysées de manière critique et synthétisées sous forme d'un argumentaire scientifique.

À l'issue de la phase de lecture, le groupe de travail finalise les recommandations selon les cotations et commentaires du groupe de lecture.

▪ Le groupe de lecture

De même composition qualitative, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'utilisateurs du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il donne un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initiale de la recommandation, en particulier sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité.

Les membres rendent un avis consultatif, à titre individuel, et ne sont pas réunis.

La dimension internationale de la présente RBP a été validée par un second avis consultatif demandé à un groupe d'experts membres de l'EUFAS, proposés par le président de l'EUFAS et co-président du groupe de travail. Les documents de travail ont été traduits en anglais et la version finale de la RBP est disponible en anglais sur le site de l'EUFAS.

LES 4 PHASES DU DEROULEMENT DE LA RPC

▪ Phase de revue systématique et synthèse de la littérature

Elle aboutit, dans le cas de la présente RBP, à la production d'un dossier scientifique et d'une liste de 19 questions à soumettre au groupe de travail.

Le dossier scientifique est précédé d'une phase de recherche documentaire et d'analyse critique de la littérature, ce qui permet d'affecter un niveau de preuve aux études.

▪ Phase de rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail rédigent avec le président du groupe de travail la version initiale des recommandations à soumettre au groupe de lecture.

Au cours des réunions du groupe de travail, l'argumentaire scientifique et les propositions de recommandations gradées sont discutés en fonction des données et des pratiques existantes.

Pour les accords d'experts, une proposition de recommandation figure dans le texte des recommandations soumis à l'avis du groupe de lecture si elle obtient l'approbation d'au moins 80 % des membres du groupe de travail.

▪ Phase de lecture

Elle aboutit à la production d'un rapport d'analyse qui collige l'ensemble des citations et des commentaires des membres des groupes de lecture national et européen et, le cas échéant, des participants à la consultation publique.

Chaque membre rend un avis individuel.

La grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique est la traduction française de la grille AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument). Elle comporte, pour chaque proposition de recommandation, une échelle numérique discontinue graduée de 1 à 7 assortie d'une case destinée aux commentaires.

▪ Phase de finalisation

Elle aboutit à la production de la version finale de l'argumentaire scientifique, des recommandations et de sa synthèse (sous la forme de messages clés), puis à la diffusion des documents.

Après analyse et discussion des citations et des commentaires du groupe de lecture, les recommandations sont modifiées par le groupe de travail selon des règles précises.

▪ Gestion des conflits d'intérêts et modalités de composition du groupe de travail

Modalité de composition du groupe de travail

La constitution du groupe de travail, déterminée par le comité de pilotage, a été effectuée selon la méthode présentée dans le guide méthodologique de la méthode RPC de l'HAS : sollicitation des parties prenantes dans le domaine (sociétés savantes, conseils nationaux professionnels de spécialité, collège de la médecine générale, associations d'utilisateurs) en vue de recueillir des noms de professionnels et représentants d'utilisateurs investis.

Dans un deuxième temps : sollicitation des différents experts pressentis pour accord de participation et recueil de leur déclaration d'intérêts.

Au total 18 experts ont été sollicités pour intégrer le groupe de travail et ont renvoyé leur déclaration d'intérêt.

- **Gestion des conflits d'intérêts**

Les intérêts déclarés de ces experts ont été analysés par les membres du comité de pilotage et considérés comme compatibles avec leur participation au groupe de travail de cette recommandation de bonne pratique.

Les déclarations publiques d'intérêts sont consultables sur le site de la Société Française d'Alcoologie (sfalcoologie.asso.fr) à la rubrique « Recommandation de bonne pratique ».

- **Actualisation**

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

NB : Dans le cadre de la présente recommandation, la Société Française d'Alcoologie a choisi l'agence Transferase Consulting & RP pour l'accompagner dans la logistique pratique, l'organisation et la coordination générale du projet.

ANNEXE 6. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire a été systématique, hiérarchisée et structurée. Les membres du Comité de Pilotage ont participé à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire. Elle a été effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des recommandations.

Une part très importante de la recherche bibliographique est basée sur le méthodique travail d'analyse réalisé par les sociétés savantes internationales.

Une sélection bibliographique des références selon les critères définis a été effectuée par les membres du Comité de Pilotage à l'issue de la première réunion de celui-ci.

Chaque article retenu a été analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve et des études.

▪ Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage par les membres du Comité de Pilotage et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Sources d'informations

Bases de données bibliographiques

- Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis)
- The Cochrane Library (Wiley Interscience, États-Unis)
- Science Direct.

Autres sources

- Site Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié
- Bibliographie des articles et documents sélectionnés.

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques a été construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Tableau (A6).1 - Stratégie de recherche documentaire

	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Recommandations			
Etape 1	“Alcohol” OU “Alcoholic” OU “Drinkers” OU “Problem drinking”	01/1994 – 02/2014	
Etape 2	Practice Guideline OU Government Publication OU Consensus Development Conference OU Consensus Development Conference NIH		165
Méta-analyses, revues de la littérature			
Etape 1		01/1994 – 02/2014	
et			
Etape 3	Meta-analysis OR Review [publication type]		11 849
Essais contrôlés randomisés			
Etape 1		01/1994 – 02/2014	
et			
Etape 4	Randomized Controlled Trial OU Multicenter Study OU Controlled Clinical Trial OU Comparative Study OU Clinical Trial, Phase III		16 328

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts du Groupe de Travail et les références citées dans les documents analysés.

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en février 2014 sur les sites internet mentionnés plus haut dans le paragraphe « Sources d'informations ».

Critères de sélection des articles

La revue systématique de la littérature a été limitée aux études relatives à l'efficacité ou à la sécurité des interventions proposées pouvant apporter une plus-value scientifique par rapport à l'avis d'experts.

Ont été incluses dans la revue systématique de la littérature, les publications suivantes en français ou en anglais :

Les études princeps ;

Les publications complètes (les résumés et les actes de colloques n'ont pas été retenus) ;

Les recommandations de bonnes pratiques françaises et étrangères (revues systématiques, avis d'experts pluridisciplinaires, avis de représentants d'utilisateurs) ;

Les revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse ;

Les essais contrôlés randomisés (ECR) ou non, dont la publication était postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;

Les études de cohorte et études comparatives dont la publication était postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;

Les thèses de pratique pour l'étude de l'état des pratiques.

Critères d'inclusion

Objectif : étudier l'efficacité d'un traitement ou d'une stratégie dans l'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation d'alcool.

Schéma d'étude : 1) revues systématiques, méta-analyse d'ECR, ou avec au moins un groupe de contrôle ; 2) études épidémiologiques et observationnelles

Toute population de consommateurs d'alcool.

Mesure de référence de la consommation alcoolique à l'inclusion.

Groupes de comparaison : 1) placebo et/ou autre traitement ; 2) consommateur vs non-consommateur ; 3) mésusage vs non-mésusage.

Critère de jugement : 1) abstinence, 2) diminution de consommation 3) contrôle de l'usage.

Critères d'exclusion

Etudes de cas, cas cliniques.

Revue d'acteurs, revues générales, etc.

Absence de groupe de comparaison.

Population très spécifique et non généralisable à la population française.

Méthode de tri des articles

La sélection des articles a été effectuée de façon indépendante par le Pr H.J. Aubin, co-président du groupe de travail et par le Pr F. Paille, président du comité de pilotage.

Une première sélection des articles a été réalisée par lecture du titre et du résumé. Certains articles ont été écartés seulement à la lecture du titre s'ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Dans le doute, si le titre n'était pas suffisamment explicite, le résumé a été lu.

Les articles sélectionnés ont ensuite été lus en intégralité, et seuls ceux qui remplissaient les critères d'inclusion ont été gardés pour analyse et sont présentés ici.

Un niveau de preuve a été attribué aux études en fonction de leur qualité méthodologique (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Guide méthodologique. Paris : ANAES ; 2000.)

V. RÉFÉRENCES

1. Mekonen T, Chan GCK, Connor J, Hall W, Hides L, Leung J. Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta - analysis. *Addiction*. 2021 Jan 12;add.15357.
2. SAMHSA. SAMHSA: Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. 2014.
3. Keyes KM, Krueger RF, Grant BF, Hasin DS. Alcohol craving and the dimensionality of alcohol disorders. *Psychol Med*. 2011 Mar 12;41(3):629–40.
4. Li T-K, Hewitt BG, Grant BF. The Alcohol Dependence Syndrome, 30 years later: a commentary. *Addiction*. 2007 Oct;102(10):1522–30.
5. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. The Conceptual Development of DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2009 Jun;166(6):645–50.
6. Borges G, Ye Y, Bond J, Cherpitel CJ, Cremonte M, Moskalewicz J, et al. The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction*. 2010 Feb;105(2):240–54.
7. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *Am J Psychiatry*. 2013 Aug;170(8):834–51.
8. Société Française d'Alcoologie. Recommandations de la SFA 2003 - Les mésusages de l'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - Usage nocif. *Alcoologie Addictologie*. 2003;25(4S):1S-92S.

9. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. 2006.
10. European Medicines Agency. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. 2010.
11. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. 2000.
12. Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, Poznyak V. Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(8):1617–31.
13. Elsevier Masson, editor. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris; 2002.
14. OMS. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Masson, editor. Paris; 1993.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). American P. Arlington, VA; 2013.
16. Beich A. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003 Sep 6;327(7414):536–42.
17. Babor T, Higgins-Biddle J. Brief Intervention For Hazardous and harmful Drinking : A Manual for Use in Primary Care. Geneva; 2001.
18. Crawford MJ, Patton R, Touquet R, Drummond C, Byford S, Barrett B, et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Oct;364(9442):1334–9.
19. Naismith SL, Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. *Med J Aust*. 2001 Jul;175(S1).
20. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping Patients who Drink Too Much: A Clinician's Guide: Updated 2005 Edition. 2007.
21. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jul 1;64(7):830.
22. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris; 2008. 141 p.
23. Lebel C, Mattson SN, Riley EP, Jones KL, Adnams CM, May PA, et al. A Longitudinal Study of the Long-Term Consequences of Drinking during Pregnancy: Heavy In Utero Alcohol Exposure Disrupts the Normal Processes of Brain Development. *J Neurosci*. 2012 Oct 31;32(44):15243–51.
24. May PA, Blankenship J, Marais A-S, Gossage JP, Kalberg WO, Barnard R, et al. Approaching the Prevalence of the Full Spectrum of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in a South African Population-Based Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 May;37(5):818–30.
25. Welch KA, Carson A, Lawrie SM. Brain Structure in Adolescents and Young Adults with Alcohol Problems: Systematic Review of Imaging Studies. *Alcohol Alcohol*. 2013 Jul 1;48(4):433–44.
26. Windle M, Mun EY, Windle RC. Adolescent-to-young adulthood heavy drinking trajectories and their prospective predictors. *J Stud Alcohol*. 2005 May;66(3):313–22.
27. Pitkänen T, Lyyra A-L, Pulkkinen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8–42 for females and males. *Addiction*. 2005 May;100(5):652–61.
28. Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Sep;117(2–3):145–51.

29. Chou K-L, Liang K, Mackenzie CS. Binge Drinking and Axis I Psychiatric Disorders in Community-Dwelling Middle-Aged and Older Adults. *J Clin Psychiatry*. 2011 May 15;72(05):640–7.
30. Oquendo MA, Currier D, Liu S-M, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased Risk for Suicidal Behavior in Comorbid Bipolar Disorder and Alcohol Use Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jul 15;71(07):902–9.
31. Ilgen MA, Price AM, Burnett-Zeigler I, Perron B, Islam K, Bohnert ASB, et al. Longitudinal predictors of addictions treatment utilization in treatment-naïve adults with alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Jan;113(2–3):215–21.
32. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Oct;80(1):105–16.
33. Lin JC, Karno MP, Grella CE, Warda U, Liao DH, Hu P, et al. Alcohol, Tobacco, and Nonmedical Drug Use Disorders in U.S. Adults Aged 65 Years and Older: Data From the 2001–2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Mar;19(3):292–9.
34. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 1998 Sep 14;158(16):1789.
35. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208–17.
36. Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ, Maynard C, Bradley KA. Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Apr;108(1–2):29–36.
37. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, 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. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Nov;29(11):2001–7.
38. Dewost A-V, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast Alcohol Consumption Evaluation: A Screening Instrument Adapted for French General Practitioners. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006 Nov;30(11):1889–95.
39. Niclasen J. Drinking or Not Drinking in Pregnancy: The Multiplicity of Confounding Influences. *Alcohol Alcohol*. 2014 May 1;49(3):349–55.
40. Göransson M, Magnusson Å, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006 Jan;85(6):657–62.
41. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010 Mar 10;105(4):601–14.
42. Paille F. Personnes âgées et consommation d’alcool. *Alcoologie Addictologie*. 2014;36(1):61–72.
43. Culbertson JW. Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 2: Screening instruments and treatment strategies. *Geriatrics*. 2006 Nov;61(11):20–6.
44. Spilka S, Le Nézet O, Tovar Spilka M. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l’enquête ESCAPAD 2011. *Tend OFDT*. 2012;79.
45. Jacobus J, Tapert SF. Neurotoxic Effects of Alcohol in Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013 Mar 28;9(1):703–21.
46. ROHDE P, LEWINSOHN PM, KAHLER CW, SEELEY JR, BROWN RA. Natural Course of Alcohol Use Disorders From Adolescence to Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jan;40(1):83–90.

47. Santis R, Garmendia ML, Acuña G, Alvarado ME, Arteaga O. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 2009 Aug;103(3):155–8.
48. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test Among Adolescent Clinic Patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Jun 1;156(6):607.
49. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. *Rev Prat Médecine Générale.* 2004;19:1307–13.
50. Maurage P, Lannoy S, Mange J, Grynberg D, Beaunieux H, Banovic I, et al. What We Talk About When We Talk About Binge Drinking: Towards an Integrated Conceptualization and Evaluation. *Alcohol Alcohol.* 2020 Aug 14;55(5):468–79.
51. Tavolacci M-P, Berthon Q, Cerasuolo D, Dechelotte P, Ladner J, Baguet A. Does binge drinking between the age of 18 and 25 years predict alcohol dependence in adulthood? A retrospective case–control study in France. *BMJ Open.* 2019 May 5;9(5):e026375.
52. Hummel A, Shelton KH, Heron J, Moore L, van den Bree MBM. A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction.* 2013 Mar;108(3):487–96.
53. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction.* 2010 May;105(5):817–43.
54. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* 2013 Aug;23(4):588–93.
55. Pitel AL, Beaunieux H, Witkowski T, Vabret F, Guillery-Girard B, Quinette P, et al. Genuine Episodic Memory Deficits and Executive Dysfunctions in Alcoholic Subjects Early in Abstinence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007 Jul;31(7):1169–78.
56. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bäckström V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):695–9.
57. Copersino ML, Fals-Stewart W, Fitzmaurice G, Schretlen DJ, Sokoloff J, Weiss RD. Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2009;17(5):337–44.
58. Jung Y-C, Chanraud S, Sullivan E V. Neuroimaging of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome. *Neuropsychol Rev.* 2012 Jun 11;22(2):170–80.
59. Thomson AD, Marshall EJ. The natural history and pathophysiology of Wernicke's encephalopathy and korsakoff's psychosis. *Alcohol Alcohol.* 2006 Mar 1;41(2):151–8.
60. Schuckit MA. *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment.* 6th edn. 6th edn. Springer, editor. New York, USA; 2006.
61. Lingford-Hughes A, Welch S, Peters L, Nutt D. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol.* 2012 Jul 23;26(7):899–952.
62. EASL. EASL Clinical Practical Guidelines: Management of Alcoholic Liver Disease. *J Hepatol.* 2012 Aug;57(2):399–420.
63. Eyles C, Moore M, Sheron N, Roderick P, O'Brien W, Leydon GM. Acceptability of screening for early detection of liver disease in hazardous/harmful drinkers in primary care. *Br J Gen Pract.* 2013 Aug;63(613):e516–22.
64. Sheron N, Moore M, O'Brien W, Harris S, Roderick P. Feasibility of detection and intervention for alcohol-related liver disease in the community: the Alcohol and Liver Disease Detection study (ALDDeS). *Br J Gen Pract.* 2013 Oct;63(615):e698–705.

65. Association Française pour l'Etude du Foie. Prise en charge de la maladie du foie liée à l'alcool. 2021.
66. Haute Autorité de Santé. Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée. Paris; 2009.
67. O'Shea RS, Dasarathy S, McCullough AJ, Practice Guideline Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Alcoholic liver disease. *Hepatology*. 2010 Jan;51(1):307–28.
68. Louvet A, Bourcier V, Archambeaud I, d'Alteroche L, Chaffaut C, Oberti F, Moreno C, Roulot D, Dao T, Moirand R, Duclos-Vallée JC, Gorla O, Nguyen-Khac E, Pol S, Carbonell N, Gournay J, Elkrief L, Fouchard-Hubert I, Chevret S, Ganne-Carrié N; CIRRAL group. Low alcohol consumption influences outcomes in individuals with alcohol-related compensated cirrhosis in a French multicenter cohort. *J Hepatol*. 2023 Mar;78(3):501-512.
69. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations. 2014.
70. Société-Française-d'Alcoologie. Conférence de consensus 2001 - Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. *Alcoologie Addictologie*. 2001 ;23(2):109–388.
71. Luquiens A, Reynaud M, Falissard B, Aubin HJ. Quality of life among alcohol-dependent patients: How satisfactory are the available instruments? A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Oct;125(3):192–202.
72. Sobell MB, Sobell LC. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*. 1995 Sep;90(9):1149–53; discussion 1157-77.
73. Witkiewitz K. "Success" Following Alcohol Treatment: Moving Beyond Abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 Jan ;37:E9–13.
74. Aubin HJ. L'abstinence à tout prix ? *Alcoologie Addictologie*. 2000 ;4(279–280).
75. Société-Française-d'Alcoologie. Conférence de consensus 1999 - Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. *Alcoologie Addictologie*. 1999 ;21(25):1S-220S.
76. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is Controlled Drinking an Acceptable Goal in the Treatment of Alcohol Dependence? A Survey of French Alcohol Specialists. *Alcohol Alcohol*. 2011 Sep 1;46(5):586–91.
77. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and Correlates of Relapse Among Individuals in Remission From DSM-IV Alcohol Dependence: A 3-Year Follow-Up. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Dec;31(12):2036–45.
78. Booth PG, Dale B, Slade PD, Dewey ME. A follow-up study of problem drinkers offered a goal choice option. *J Stud Alcohol*. 1992 Nov;53(6):594–600.
79. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav*. 1997 Mar;22(2):247–55.
80. Adamson SJ, Sellman JD. Drinking goal selection and treatment outcome in out-patients with mild-moderate alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev*. 2001 Dec;20(4):351–9.
81. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D. Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems: II. Treatment Outcomes. *Alcohol Alcohol*. 2010 Mar 1;45(2):136–42.
82. British Psychological Society, National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. Leicester (UK); 2011.
83. Rehm J, Rehm M, Alho H, Allamani A, Aubin H-J, Bühringer G, et al. Alcohol dependence treatment in the EU: A literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland. *Int J Alcohol Drug Res*. 2013 Mar 26;2(2):53–67.

84. Furtwaengler NAFF, de Visser RO. Lack of international consensus in low-risk drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev.* 2013 Jan;32(1):11–8.
85. Dawson DA, Li T-K, Chou SP, Grant BF. Transitions In and Out of Alcohol Use Disorders: Their Associations with Conditional Changes in Quality of Life Over a 3-Year Follow-Up Interval. *Alcohol Alcohol.* 2008 Nov 22;44(1):84–92.
86. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction.* 2002 Mar;97(3):265–77.
87. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18;
88. O’Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol Alcohol.* 2014 Jan 1;49(1):66–78.
89. Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, Zarnani F, Tober G, West R. Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. *Addiction.* 2012 Aug;107(8):1431–40.
90. Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andrasson S, Jørgensen A. Treatment of Alcohol Abuse: An Evidence-Based Review. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003 Oct;27(10):1645–56.
91. Bertholet N. Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. *Arch Intern Med.* 2005 May 9;165(9):986.
92. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction.* 2002 Mar;97(3):279–92.
93. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004 Apr 6;140(7):557.
94. Bray JW, Cowell AJ, Hinde JM. A Systematic Review and Meta-Analysis of Health Care Utilization Outcomes in Alcohol Screening and Brief Intervention Trials. *Med Care.* 2011 Mar;49(3):287–94.
95. Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction.* 2008 Mar;103(3):368–76.
96. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10 ;
97. Huas D, Bouix J, Demeaux J, Allemand H, Rueff B. Efficacité à un an d’une intervention brève auprès des consommateurs d’alcool à problèmes. *Rev Prat Médecine Générale.* 2002 ;16(586):1343–8.
98. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l’intervention brève sur les consommateurs excessifs d’alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer.* 2010 ;90:20–3.
99. Aubin H, Lagneau A. PHARES : programme vidéo d’aide cognitivo-comportementale dans la prévention de la rechute alcoolique. *Alcoologie Addictologie.* 2000 ;22(4):337–46.
100. Skanavi S, Laqueille X, Aubin H-J. Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie. *Encephale.* 2011 Oct;37(5):379–87.
101. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2011 Dec 19;6(1):17.
102. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;
103. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on

Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA J Am Med Assoc.* 1997 Jul 9;278(2):144–51.

104. Haber P. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Canberra, Australia; 2009.
105. Société Française d'Alcoologie. Sevrage simple en alcool, référentiel de bonnes pratiques cliniques. 2006.
106. Daepfen J-B, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptom-Triggered vs Fixed-Schedule Doses of Benzodiazepine for Alcohol Withdrawal. *Arch Intern Med.* 2002 May 27;162(10):1117.
107. 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). *Addiction.* 1989 Nov;84(11):1353–7.
108. Cushman P, Forbes R, Lemer W, Stewart M. Alcohol Withdrawal Syndromes: Clinical Management with Lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res.* 1985 Mar;9(2):103–8.
109. Sonne J, Andreasen PB, Loft S, Døssing M, Andreasen F. Glucuronidation of oxazepam is not spared in patients with hepatic encephalopathy. *Hepatology.* 1990 Jun;11(6):951–6.
110. Meier S, Daepfen J-B. [Prevalence, prophylaxis and treatment of Wernicke encephalopathy. Thiamine, how much and how do we give it?]. *Rev Med Suisse.* 2005 Jun 29;1(26):1740–4.
111. Cook CCH, Hallwood PM, Thomson AD. B vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol Alcohol.* 1998 Jul 1;33(4):317–36.
112. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007 May;6(5):442–55.
113. Day E, Bentham P, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. *Cochrane database Syst Rev.* 2004;(1):CD004033.
114. Wood B, Currie J. Presentation of acute Wernicke's encephalopathy and treatment with thiamine. *Metab Brain Dis.* 1995 Mar;10(1):57–72.
115. Victor M, Adams R, Collins G. The Wernicke-Korsakoff Syndrome and Related Neurological Disorders Due to Alcoholism and Malnutrition. Davis Publ. 1971.
116. Ambrose ML, Bowden SC, Whelan G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001 Jan;25(1):112–6.
117. Katan MB. [How much vitamin B6 is toxic?]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005 Nov 12;149(46):2545–6.
118. Haute Autorité de Santé. Rapport HAS. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. 2009.
119. Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011 Oct;35(10):1749–58.
120. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin H-J. Disulfiram Efficacy in the Treatment of Alcohol Dependence: A Meta-Analysis. Laks J, editor. *PLoS One.* 2014 Feb 10;9(2):e87366.
121. Spanagel R, Vengeliene V, Jandeleit B, Fischer W-N, Grindstaff K, Zhang X, et al. Acamprosate produces its anti-relapse effects via calcium. *Neuropsychopharmacology.* 2014 Mar;39(4):783–91.
122. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9):CD004332.
123. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD001867.
124. Mann K, Bladström A, Torup L, Gual A, van den Brink W. Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biol Psychiatry.* 2013 Apr 15;73(8):706–13.

125. Bschor T, Henssler J, Müller M, Baethge C. Baclofen for alcohol use disorder—a systematic meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2018 Sep;138(3):232–42.
126. Minozzi S, Saulle R, Rösner S. Baclofen for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 26;2018(11).
127. Pierce M, Sutterland A, Beraha EM, Morley K, van den Brink W. Efficacy, tolerability, and safety of low-dose and high-dose baclofen in the treatment of alcohol dependence: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018 Jul;28(7):795–806.
128. Rose AK, Jones A. Baclofen: its effectiveness in reducing harmful drinking, craving, and negative mood. A meta-analysis. *Addiction*. 2018 Aug;113(8):1396–406.
129. Rigal L, Sidorkiewicz S, Tréluyer J, Perrodeau E, Le Jeune C, Porcher R, et al. Titrated baclofen for high - risk alcohol consumption: a randomized placebo - controlled trial in out - patients with 1 - year follow - up. *Addiction*. 2020 Jul 16;115(7):1265–76.
130. Reynaud M, Aubin H-J, Trinquet F, Zakine B, Dano C, Dematteis M, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Study of High-Dose Baclofen in Alcohol-Dependent Patients—The ALPADIR Study. *Alcohol Alcohol*. 2017 Jul;52(4):439–46.
131. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Pedersen C, Stansbury M, Jordan R, Willing L, Gallop RJ. Efficacy and tolerability of baclofen in a U.S. community population with alcohol use disorder: a dose-response, randomized, controlled trial. *Neuropsychopharmacology*. 2021 Dec;46(13):2250-2256.
132. Chaignot C, Zureik M, Rey G, Dray-Spira R, Coste J, Weill A. Risk of hospitalisation and death related to baclofen for alcohol use disorders: Comparison with nalmefene, acamprosate, and naltrexone in a cohort study of 165 334 patients between 2009 and 2015 in France. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2018 Nov;27(11):1239–48.
133. Palpacuer C, Duprez R, Huneau A, Locher C, Bousageon R, Laviolle B, et al. Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network meta-analyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction*. 2018 Feb;113(2):220–37.
134. Blodgett JC, Del Re AC, Maisel NC, Finney JW. A Meta-Analysis of Topiramate’s Effects for Individuals with Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 Jun;38(6):1481–8.
135. Pani PP, Trogu E, Pacini M, Maremmani I. Anticonvulsants for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 13;
136. Apodaca TR, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*. 2009 May;104(5):705–15.
137. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Third edit. Guilford Press, editor. New York, NY, US; 2012.
138. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford P. New York, NY, US; 1991.
139. Karno MP, Longabaugh R. Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Apr;73(2):262–7.
140. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(3):455–61.
141. Bertholet N, Gaume J, Faouzi M, Gmel G, Daeppen J-B. Predictive value of readiness, importance, and confidence in ability to change drinking and smoking. *BMC Public Health*. 2012 Aug 29;12:708.
142. Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Self-change and dual recoveries among individuals with alcohol and tobacco problems: current knowledge and future directions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002 Dec;26(12):1936–8.

143. Falk DE, Yi H, Hiller-Sturmhöfel S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):162–71.
144. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR, Oncken CA. Alcohol and tobacco cessation in alcohol-dependent smokers: analysis of real-time reports. *Psychol Addict Behav*. 2007 Sep;21(3):277–86.
145. Hintz T, Mann K. Long-term behavior in treated alcoholism: Evidence for beneficial carry-over effects of abstinence from smoking on alcohol use and vice versa. *Addict Behav*. 2007 Dec;32(12):3093–100.
146. Gulliver SB, Kamholz BW, Helstrom AW. Smoking cessation and alcohol abstinence: what do the data tell us? *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):208–12.
147. Ziedonis DM, Guydish J, Williams J, Steinberg M, Foulds J. Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):228–35.
148. Rehm J, Roerecke M. Reduction of Drinking in Problem Drinkers and All-Cause Mortality. *Alcohol Alcohol*. 2013 Jul 1;48(4):509–13.
149. Pettinati HM, O'Brien CP, Rabinowitz AR, Wortman SP, Oslin DW, Kampman KM, et al. The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: specific effects on heavy drinking. *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Dec;26(6):610–25.
150. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997 Apr 2;277(13):1039–45.
151. Berdoz D, Chapuis C, Daeppen J. Prise en charge du syndrome de sevrage d'alcool. *Forum Médical Suisse – Swiss Med Forum*. 2005 Mar 2;5(09).
152. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane database Syst Rev*. 2010 Feb 17;(2):CD006266.
153. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane database Syst Rev*. 2011 Jun 15;(6):CD008537.
154. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD005064.
155. Liu J, Wang L. Baclofen for alcohol withdrawal. In: Liu J, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
156. Rösner S, Leucht S, Leher P, Soyka M. Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *J Psychopharmacol*. 2008 Jan;22(1):11–23.
157. Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*. 2013 Feb;108(2):275–93.
158. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 May 3;295(17):2003–17.
159. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet (London, England)*. 2009 Feb 7;373(9662):492–501.
160. Mee-Lee D. ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders. Chevy Chase, Md; 2001.

161. Harpaz-Rotem I, Rosenheck RA, Desai R. Residential treatment for homeless female veterans with psychiatric and substance use disorders: effect on 1-year clinical outcomes. *J Rehabil Res Dev*. 2011;48(8):891–9.
162. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing Housing First with Treatment First programs. *Community Ment Health J*. 2011 Apr;47(2):227–32.
163. O’Connell MJ, KasproW WJ, Rosenheck RA. Differential impact of supported housing on selected subgroups of homeless veterans with substance abuse histories. *Psychiatr Serv*. 2012 Dec;63(12):1195–205.
164. Haute Autorité en Santé. Modalités de prise de décision concernant l’indication en urgence d’une hospitalisation sans consentement d’une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique. 2005.
165. Sullivan MA, Birkmayer F, Boyarsky BK, Frances RJ, Fromson JA, Galanter M, et al. Uses of coercion in addiction treatment: clinical aspects. *Am J Addict*. 17(1):36–47.
166. Read JP, Brown RA, Marcus BH, Kahler CW, Ramsey SE, Dubreuil ME, et al. Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2001 Dec;21(4):199–206.
167. Zschucke E, Heinz A, Ströhle A. Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *ScientificWorldJournal*. 2012; 2012:901741.
168. Cho S-H, Whang W-W. Acupuncture for alcohol dependence: a systematic review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Aug;33(8):1305–13.
169. Kushner MG, Maurer EW, Thuras P, Donahue C, Frye B, Menary KR, et al. Hybrid cognitive behavioral therapy versus relaxation training for co-occurring anxiety and alcohol disorder: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013 Jun;81(3):429–42.
170. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Parslow RA, Rodgers B, Blewitt KA. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Med J Aust*. 2004;181(S7):S29-46.
171. Vedamurthachar A, Janakiramaiah N, Hegde JM, Shetty TK, Subbakrishna DK, Sureshbabu S V, et al. Antidepressant efficacy and hormonal effects of Sudarshana Kriya Yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *J Affect Disord*. 2006 Aug;94(1–3):249–53.
172. Dingle GA, Gleadhill L, Baker FA. Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? *Drug Alcohol Rev*. 2008 Mar;27(2):190–6.
173. Bates ME, Buckman JF, Nguyen TT. A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychol Rev*. 2013 Mar ;23(1):27–47.
174. Goldman MS. Recovery of Cognitive Functioning in Alcoholics: The Relationship to Treatment. *Alcohol Health Res World*. 1995;19(2):148–54.
175. Roehrich L, Goldman MS. Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Oct;61(5):812–21.
176. Rupp CI, Kemmler G, Kurz M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Jul;73(4):625–34.
177. Goldman RS, Goldman MS. Experience-dependent cognitive recovery in alcoholics: a task component strategy. *J Stud Alcohol*. 1988 Mar;49(2):142–8.
178. Rose H, Rolland B, Subtil D, Vaiva G, Jardri R, Cottencin O. The need for developing preconception counseling in addiction medicine. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Oct;16(5):433–4.
179. McElhatton PR. The effects of benzodiazepine use during pregnancy and lactation. *Reprod Toxicol*. 8(6):461–75.

180. Kuperman S, Chan G, Kramer JR, Bierut L, Bucholz KK, Fox L, et al. Relationship of Age of First Drink to Child Behavioral Problems and Family Psychopathology. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Oct;29(10):1869–76.
181. Young SYN, Hansen CJ, Gibson RL, Ryan MAK. Risky Alcohol Use, Age at Onset of Drinking, and Adverse Childhood Experiences in Young Men Entering the US Marine Corps. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 Dec 1;160(12):1207.
182. McGue M, Iacono WG. The association of early adolescent problem behavior with adult psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1118–24.
183. Grant JD, Scherrer JF, Lynskey MT, Lyons MJ, Eisen SA, Tsuang MT, et al. Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med*. 2006 Jan;36(1):109–18.
184. Salzman C, Shader RI, Greenblatt DJ, Harmatz JS. Long v short half-life benzodiazepines in the elderly. Kinetics and clinical effects of diazepam and oxazepam. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 Mar;40(3):293–7.
185. Wilkinson GR. The effects of liver disease and aging on the disposition of diazepam, chlordiazepoxide, oxazepam and lorazepam in man. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1978;(274):56–74.
186. Balloková A, Peel NM, Fialova D, Scott IA, Gray LC, Hubbard RE. Use of benzodiazepines and association with falls in older people admitted to hospital: a prospective cohort study. *Drugs Aging*. 2014 Apr;31(4):299–310.
187. Blazer DG, Wu L-T. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health. *Am J Psychiatry*. 2009 Oct;166(10):1162–9.
188. DiMartini A, Dew MA, Day N, Fitzgerald MG, Jones BL, DeVera ME, et al. Trajectories of alcohol consumption following liver transplantation. *Am J Transplant*. 2010 Oct;10(10):2305–12.
189. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, et al. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet (London, England)*. 2007 Dec 8;370(9603):1915–22.
190. Sullivan E V., Rosenbloom MJ, Lim KO, Pfefferbaum A. Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: Relationships to changes in brain structure. *Neuropsychology*. 2000;14(2):178–88.
191. Davidson KM. Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *Br J Psychiatry*. 1995 Feb;166(2):199–204.
192. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Apr 4;78(1):1–22.
193. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Oct 1;68(2):215–20.
194. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, Nelson DB. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol*. 2004 Nov;65(6):681–91.
195. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006 Feb;101(2):181–91.
196. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Paris; 2001.

197. Nurnberger JI, Wiegand R, Bucholz K, O'Connor S, Meyer ET, Reich T, et al. A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Dec;61(12):1246–56.
198. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med*. 2004 Mar;61(3):219–24.
199. Veazie MA, Smith GS. Heavy Drinking, Alcohol Dependence, and Injuries at Work Among Young Workers in the United States Labor Force. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 Dec;24(12):1811–9.
200. Polcin DL, Korcha RA, Bond J, Galloway G. Sober living houses for alcohol and drug dependence: 18-month outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2010 Jun;38(4):356–65.
201. Vedel E, Emmelkamp PMG, Schippers GM. Individual cognitive-behavioral therapy and behavioral couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centers. *Psychother Psychosom*. 2008;77(5):280–8.
202. Pagano ME, White WL, Kelly JF, Stout RL, Tonigan JS. The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Subst Abuse*. 2013;34(1):51–9.
203. Witbrodt J, Mertens J, Kaskutas LA, Bond J, Chi F, Weisner C. Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *J Subst Abuse Treat*. 2012 Jul;43(1):30–43.
204. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane database Syst Rev*. 2006 Jul 19;(3):CD005032.
205. Vederhus J-K, Timko C, Kristensen O, Hjemdahl B, Clausen T. Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-Step group affiliation: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2014 May;109(5):766–73.
206. Timko C, DeBenedetti A. A randomized controlled trial of intensive referral to 12-step self-help groups: one-year outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Oct 8 ;90(2–3):270–9.
207. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique - Dépistage et gestion du mésusage de substance psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. *Alcoologie Addictologie*. 2013 ;35(1):61–92. Généralistes

VI. PARTICIPANTS

1- Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes institutionnels, professionnels et associations de patients et d'usagers (mouvements d'entraide dans le cas présent) cités en page 3 ont accepté d'être partenaires de cette recommandation de bonne pratique.

2- Groupe de travail

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la SFA. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

La liste des 18 participants est détaillée en pages 3 et 4 du document.

3- Groupe de lecture national

Participants : 37 personnes.

- Mme Christine ARVOIS, sage-femme - Reims
- Pr Marc AURIACOMBE, psychiatre - Bordeaux
- Dr Bernard BASSET*, médecin de santé publique - Paris
- Pr Amine BENYAMINA, psychiatre - Villejuif
- Mme Véronique BONY*, directrice Adalis - Paris
- Dr Anne-Marie BRIEUDE, médecin généraliste - Blois
- Dr Georges BROUSSE, psychiatre - Clermont-Ferrand
- Dr Frédéric BROUZES, médecin généraliste - Pointe Noire
- Mme Ludivine BUZIT, infirmière - Reims
- Mme Micheline CLAUDON, psychologue - Paris
- Pr Olivier COTTENCIN, psychiatre - Lille
- Dr Gérald DEMORTIERE*, médecin du travail - Cergy
- Dr Annabel DUNBAVAND, médecin de santé publique et médecine sociale - Paris
- Dr Benoît FLEURY, hépato-gastro-entérologue - Bordeaux
- Dr Claudine GILLET, médecin du travail - Nancy
- Dr Marie GRALL-BRONNEC, psychiatre – Nantes
- Dr Morgane GUILLOU LANDREAT, psychiatre - Morlaix
- Dr Anita HERCEND, médecin généraliste - Paris
- Pr Dominique HUAS*, médecin généraliste - Vendôme
- Dr Olivier KANDEL*, médecin généraliste - Poitiers
- Dr Paul KIRITZE-TOPOR, médecin généraliste - Angers
- Dr Yann LE STRAT, psychiatre - Colombes
- Pr Michel LEJOYEUX, psychiatre - Paris

- Dr Jean Noel MICHE*, médecin généraliste - St Denis
- M. Jacques MORCHOISNE, membre de Al- Anon et AA – Clamart, avec le concours de Mme Nathalie FREMAUX, responsable du pôle Aide, Accompagnement et Bénévolat, Association Amitié La Poste France Télécom - Paris, et de Mme Françoise BRULIN, responsable du siège de la Croix Bleue - Paris
- M. François MOUREAU, Camerup* - Aubagne
- Pr Mickaël NAASSILA, enseignant-chercheur en neuro-pharmacologie - Amiens
- Pr François PAILLE, interniste - Nancy
- Pr Pascal PERNEY, gastro-entérologue et hépatologue - Nîmes
- Dr Eric PEYRON, psychiatre - Lyon
- Dr Didier PLAYOUST, médecin généraliste - Andernos les Bains
- Dr Cécile PREVOST, psychiatre - Montesson
- Dr Alain RIGAUD, psychiatre - Paris
- Dr Isabelle ROCHER, médecin généraliste - Luçon
- Pr Florence THIBAUT, psychiatre - Paris
- Dr Nathalie WIRTH*, médecin généraliste - Nancy
- Mr Gabriel ZIMMERMANN*, président de la FNESAA –Maizeroy.

(*) Personne membre d'un organisme et/ou structure partenaires.

4- Groupe de lecture européen

Participants : 4 personnes proposées par le Pr K. Mann, Président de l'European Federation of Addiction Societies (EUFAS) et co président du groupe de travail de la présente recommandation de bonne pratique.

- Pr Colin DRUMMOND, psychiatre– Londres, Royaume Uni
- Pr Conor FARREN, psychiatre - Dublin, Irlande
- Pr Emanuele SCAFATO, gastro-entérologue - Rome, Italie
- Pr Friedrich WURST, psychiatre et psychothérapeute- Salzburg, Autriche.

5- Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

- Dr Philippe Castera, médecin généraliste – Bordeaux.

6- REMERCIEMENTS

La Société Française d'Alcoologie tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus pour leur collaboration ainsi que :

- Dr Corinne Dano et le Dr Benjamin Rolland, secrétaires de séance du groupe de travail ;
- Dr Gisèle Gilkes, Princeps Editions, en charge de la coordination générale du projet.

La SFA remercie la Direction Générale de la Santé (DGS) qui a soutenu le projet à son origine.

La recommandation de bonne pratique « Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement » a été réalisée avec le soutien institutionnel des laboratoires D&A Pharma, Ethypharm, Lundbeck et Merck Serono.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

VII. FICHE DESCRIPTIVE

Titre	Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement.
Méthode de travail	Sur la base des Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectifs	Améliorer la qualité de la prise en charge des patients adultes présentant un mésusage de l'alcool.
Patients ou personnes concernés	Toutes les personnes présentant un mésusage de l'alcool.
Professionnels concernés	Bien que de nombreux professionnels soient potentiellement concernés par les conduites addictives (champs sanitaire, social, judiciaire, éducatif..), ces recommandations sont essentiellement destinées aux médecins généralistes, aux addictologues et, de façon générale, à tous les professionnels de santé, médecins (notamment internistes, hépato-gastro-entérologues, médecins du travail, neurologues, psychiatres...) ou non médecins (infirmiers, psychologues, sages-femmes, mouvements d'entraide...) qui prennent en charge des patients présentant un mésusage de l'alcool.
Demandeur et promoteur	Société Française d'Alcoologie.
Co promoteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) • European Federation of Addiction Societies (EUFAS).
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Addictions Drogues Alcool Info Service (Adalis) • Alliance Prévention Alcool • Collège de la Médecine Générale • Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie • Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique (CAMERUP) • Fédération Française d'Addictologie (FFA) • Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (FNESAA) • Société Française de Médecine du Travail (SFMT) • Société Française de Tabacologie
Financement	Public et privé.
Pilotage du projet	Comité de pilotage présidé par le Pr François Paille.
Recherche documentaire	Une part très importante de la recherche bibliographique est basée sur le méthodique travail d'analyse réalisé par les sociétés savantes internationales. La stratégie précise de recherche documentaire est décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique.
Auteurs de l'argumentaire	Les 18 membres du groupe de travail.
Participants	Les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture national et du groupe lecture européen.

Conflits d'intérêts	<p>Les participants des groupes de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts. Elles ont été analysées par les membres du comité de pilotage et considérées comme compatibles avec leur participation au groupe de travail de cette recommandation de bonne pratique.</p> <p>Les déclarations publiques d'intérêts sont consultables sur le site de la Société Française d'Alcoologie (sfalcoologie.asso.fr) à la rubrique « Recommandation de bonne pratique ».</p>
Actualisation	<p>L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.</p>
Format	<p>Recommandation de bonne pratique, téléchargeable sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Site SFA • Site ANPAA • Site EUFAS (en anglais).

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE