

Item 45 : Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage.

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Définitions.....	1
2 Etiologie.....	2
3 Epidémiologie.....	3
4 Dépistage, repérage.....	4
5 Examens biologiques.....	5
6 Signes cliniques.....	6
6 . 1 Signes physiques de dépendance.....	1
6 . 2 Signes psychiques de dépendance.....	1
6 . 3 Accidents du sevrage.....	1
7 Complications somatiques.....	7
8 Prise en charge.....	8

OBJECTIFS

ENC :

- Expliquer les éléments de prévention et de dépistage des conduites à risque pouvant amener à une dépendance vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou de la drogue.
- Diagnostiquer une conduite addictive (tabac, alcool, psychotropes, substances illicites, jeux, activités sportives intensives□).
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

INTRODUCTION

Le texte ci-dessous abordera essentiellement l'alcool.

Concernant les autres addictions en particulier le tabac, les psycho-actifs et les substances illicites, le sujet est traité de façon détaillée dans le polycopié national de psychiatrie : http://www.univ-rouen.fr/81243443/0/fiche_UFM_pagelibre/ ou se connecter sur www.univ-rouen.fr : cliquer sur Médecine > Pharmacie (à droite), puis sur l'onglet Étudiants (encadré en vert), puis sur Formations médicales (dans Étudier), puis sur documents de référence pour les études médicales (en haut), puis cliquer sur Psychiatrie.

I DÉFINITIONS

La dépendance et l'abus sont deux entités correspondant à la plupart des conduites addictives.

La **dépendance** n'est pas liée à la quantité de substance consommée mais définit un type de relation marquée par une incapacité de réduire sa consommation et une obligation comportementale.

Les signes de dépendance sont des **signes psychologiques** :

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

À ces signes psychologiques peuvent s'associer :

- des **signes de tolérance** : augmentation de la quantité de substance nécessaire pour obtenir l'effet désiré ;
- des **signes de sevrage qui définissent la dépendance physique** : syndrome de sevrage ou prise d'une autre substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

L'**abus** d'une substance correspond à une utilisation nocive pour la santé en l'absence de signes de dépendance.

La (les) définition(s) de l'alcoolisme est (sont) complexe(s), en dehors de celle synthétique de Fouquet résumant l'alcoolisme en « la perte de la liberté de s'abstenir vis-à-vis de l'alcool ». Le terme sous-tend la présence d'une dépendance à l'alcool sans envisager l'abus et la nocivité pour la santé même en l'absence de dépendance avérée. La plupart des consommateurs d'alcool ont une consommation conviviale non dangereuse (usage simple ou consommation dite modérée). La présence ou non de situations à risque (conduite de véhicules, prises médicamenteuses, grossesse, etc.), de comorbidités ou d'affections conduit à moduler les seuils quantitatifs de consommation.

L'Organisation mondiale de la santé a défini des niveaux de risque concernant la consommation d'alcool :

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

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

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

- en cas de situation à risque : conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc. ;
- en cas de risque individuel particulier, notamment : consommation rapide et/ou associée à d'autres produits (substances psycho-actives qui potentialisent, souvent rapidement, les effets psychotropes de l'alcool ; affections organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ; modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées, de l'état psychologique, etc. ; situations physiologiques particulières : grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc.).

Ces seuils font référence aux définitions de :

- **la consommation dite à risque** à savoir une consommation au-dessus des seuils prédéfinis risquant de provoquer des dommages physiques, psychiques ou sociaux ;
- **la consommation excessive** encore appelée **mésusage sans dépendance**, pour laquelle il existe des complications somatiques sans alcoolodépendance ;
- **l'alcoolodépendance** faisant référence à la définition de la dépendance psychologique ou physique (**tableau 1.I**).

Tableau 1.I. Alcool. critères DSM IV de dépendance.

Manifestations présentes au cours des 12 derniers mois :

1. Tolérance (besoin de quantités majorées d'alcool pour une intoxication ou l'effet désiré ; ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool)
2. Sevrage (syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool ; ou l'alcool est pris dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage)
3. Alcool souvent pris en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que le patient ne l'aurait envisagé .
4. Désir permanent ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation d'alcool
5. Temps considérable passé à se procurer de l'alcool, le consommer ou récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites du fait de l'alcool
7. Poursuite de l'utilisation de l'alcool malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique

PERSONNE DÉPENDANTE : au moins trois critères présents

DSM : Diagnostic and Statistical Manual. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux.

Ces définitions sont très importantes : la confusion entre la consommation à risque, la consommation excessive et l'alcoolisme ou alcoolo-dépendance est lourde de conséquences pratiques. Elles sont malgré tout à nuancer : la dépendance ne se développe pas d'un jour sur l'autre et il s'agit d'un continuum depuis l'absence de dépendance, en passant par une dépendance modérée, jusqu'à une dépendance sévère, dans chacune de ses composantes, psychologiques, comportementales et sociales, physiques.

Le terme « alcoolique », à connotation péjorative, est à réserver à des sujets alcoolo-dépendants.

II ETIOLOGIE

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

- les facteurs génétiques de vulnérabilité individuelle semblent contribuer pour 40 à 60 % au risque de développer une dépendance à l'alcool ; certains polymorphismes génétiques peuvent influencer le métabolisme de l'alcool, les effets positifs (euphorie) ou au contraire négatifs (anxiété...) induits par la prise d'alcool ou encore le risque de développer des complications somatiques telles que la cirrhose. Des facteurs génétiques communs aux différentes addictions sont probables. Des antécédents paternels ou une personnalité antisociale sont souvent trouvés ;
- les facteurs socioculturels favorisent les habitudes d'alcoolisation (profession à risque, milieu social défavorisé, immigration récente, chômage, incitations fortes comme la publicité, prix modérés, nombre élevé de débits de boissons, tolérance de l'opinion, intérêt économique, etc.) ;
- des facteurs de personnalité peuvent également favoriser la dépendance à l'alcool (impulsivité, recherche de sensations, immaturité, etc.).

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

III EPIDÉMIOLOGIE

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

Le mésusage d'alcool est la cause directe ou indirecte de 25 % de l'ensemble des maladies, de 30 000 à 40 000 décès par an, sans compter les accidents, agressions ou suicides sous l'empire de l'alcool (l'alcool est au 3e rang des causes de décès). Une consultation sur 5 en médecine générale, 15 à 25 % des hospitalisations sont en rapport avec un mésusage d'alcool. Les estimations habituellement retenues font référence à l'existence en France d'environ 5 millions de personnes ayant une consommation à risque, avec environ 1,5 million de personnes dépendantes.

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

La consommation excessive d'alcool ou la dépendance à l'alcool sont souvent associées à d'autres conduites addictives, (dépendance au tabac trouvée dans 75 à 95 % des cas). La surmortalité qui en résulte est importante, en particulier au niveau hépato-gastro-entérologique (pancréatite, cirrhose, etc.), cancérologique (oesophage, ORL), ou cardio-vasculaire (**tableau 1.II**).

Tableau 1.II.

Tableau 1.II.

A. Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2002.

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

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

* : Voies aéro-digestives supérieures

B. Décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool, France, 1995.

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

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

* : Voies aéro-digestives supérieures

(En savoir plus : (1) Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.) (1) FNORS
(En savoir plus : (2) Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès) (2) CépiDC
(En savoir plus : (3) HILL C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en Santé Publique, 2000, Vol. 30, p. 14-17.) (3) Alcool et risque de cancer.

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

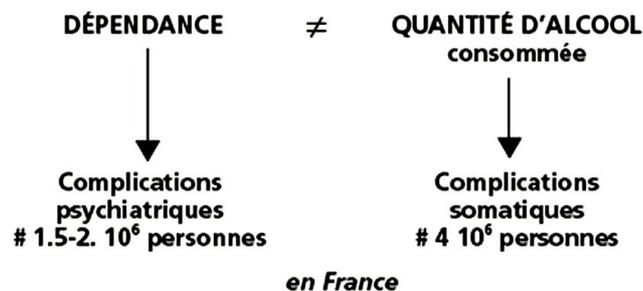
La distinction entre le malade alcoolique et les personnes ayant une consommation à risque ou excessive avec complications somatiques sans alcoolodépendance est essentielle : 2 sur 3 des consommateurs ayant une consommation à risque n'ont pas de dépendance évidente à l'alcool (**fig. 1.1**) ; la moitié des décès prématurés dus à l'alcool (tableau 1.II) concerne des personnes ayant une consommation excessive d'alcool mais non dépendantes.

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

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

(Recommandation : (1) Haute Autorité de Santé. Grossesse et tabac [en ligne]. Conférence de consensus. Novembre 2004.) (1) Grossesse et tabac.

Figure 1 : Dépendance à l'alcool



IV DÉPISTAGE, REPÉRAGE

Le repérage des consommateurs à risque ou excessifs et plus encore alcoolodépendants, pour lesquels le motif de consultation n'est pas obligatoirement une demande de soins alcoologiques, concerne l'ensemble des soignants, même si les médecins généralistes sont en première ligne : il est estimé que 75 % de la population adulte française rencontre une fois/an au moins le médecin généraliste. En France, 20 à 30 % des adultes consultants ont un problème avec l'alcool.

Le repérage concerne aussi particulièrement les médecins du travail qui assurent la surveillance sanitaire de 14 millions de salariés. Pour autant, de nombreux spécialistes et tout particulièrement les médecins hépato-gastro-entérologues sont confrontés à des complications somatiques en lien avec une consommation excessive d'alcool. Cette prévention secondaire ne doit pas être considérée comme du seul champ de la responsabilité des addictologues : les nombreuses complications somatiques sont observées chez les malades ayant une consommation d'alcool excessive mais peu ou pas de dépendance.

Le repérage des consommateurs à risque ou excessif d'alcool se fait essentiellement par l'**entretien clinique** ou par l'utilisation d'un **questionnaire**. Ceci suppose que les médecins aient moins de réticence à aborder le problème d'alcool de façon systématique, au même titre qu'ils doivent le faire pour les problèmes de tabac et de nutrition. L'entretien doit se faire sur un mode ni paternaliste ni culpabilisateur. Une consommation d'alcool n'est ni « avouée » ni « niée », elle est tout simplement déclarée. L'évaluation de la consommation déclarée d'alcool se fait sur une semaine. Les questions peuvent être intégrées dans le recueil des informations générales avec la consommation de tabac, l'évaluation du poids et de son évolution. Des questionnaires peuvent également être utilisés : questionnaire AUDIT avec classement en consommation excessive ou dépendance au-dessus d'un score de 8 pour les hommes et de 7 pour les femmes, questionnaire AUDIT-C (**tableau 1.III**), questionnaire DETA plus adapté au repérage des malades dépendants (**tableau 1.IV**).

Tableau 1.III. Test AUDIT □C.

Tableau 1.III. Test AUDIT -C.

1) Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (par mois, par semaine) ? Jamais, une fois/m, 2 à 3 fois/m, 2 à 3 fois/sem, 4 fois ou +/sem
2) Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? 1 ou 2 ; 3 ou 4 ; 5 ou 6 ; 7 à 9 ; 10 ou plus
3) Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ? Jamais, moins d'une fois/m, une fois/m, une fois/sem, chaque jour ou presque
Cotation : 0 à 4 Risque de consommation excessive d'alcool > 4 chez l'homme, > 3 chez la femme

Tableau 1.IV. Le questionnaire DETA.

Tableau 1.IV. Le questionnaire DETA.

1. Avez-vous DÉJÀ senti le besoin de DIMINUER votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès l'AUBE pour vous sentir en forme ?
Une alcoolisation dommageable est probable si le sujet répond affirmativement à deux questions ou plus.

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

Les examens biologiques sont moins performants tout particulièrement du fait que l'objectif n'est pas simplement de repérer les malades alcoolo-dépendants mais l'ensemble de la population ayant une consommation à risque. Dans le cadre de la consommation d'alcool à risque ou excessive, il s'agit souvent de consommation inférieure à 6-8 verres/jour. Chez les personnes alcoolo-dépendantes, le déni n'est pas rare et l'entretien peut ignorer le problème d'alcool ; l'attitude, le comportement et la disponibilité du soignant favorisent ou non la reconnaissance de la consommation ; les signes physiques et les examens paracliniques peuvent conduire à suspecter l'alcoolo-dépendance.

V EXAMENS BIOLOGIQUES

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

La gamma GT est une enzyme hépatique dont la spécificité est médiocre ; elle est utile en complément d'information mais son élévation ne doit pas conduire à retenir, sans esprit critique, le diagnostic de consommation excessive d'alcool reconnue ou non : la cause principale d'augmentation des Gamma-glutamyl transférase en France est la stéatose ou stéatohépatite non alcoolique. L'autre cause est la cholestase quelle qu'en soit la cause. Dans ce dernier cas, il existe une élévation du taux de phosphatases alcalines. La demi-vie des GGT est de l'ordre de 2 à 3 semaines.

La transferrine désialylée est un examen plus spécifique et plus sensible ; elle peut être élevée pour des consommations à risque sans alcool-dépendance ; c'est un bon marqueur de rechute ; elle est plus onéreuse. Elle peut être dosée en cas de déni et dans le suivi des malades après sevrage.

VI SIGNES CLINIQUES

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

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

L'abus d'alcool ou usage nocif correspond à une consommation répétée, ayant une nocivité sociale (relations conjugales, difficultés avec la justice...), professionnelle, physique ou psychique et à la persistance de cette consommation malgré la nocivité. Le plus souvent, les critères stricts de dépendance ne sont pas trouvés.

Le syndrome de dépendance alcoolique (tableau 1.I). Il s'agit d'un état neurobiologique et psychologique dû à la consommation répétée d'alcool, se traduisant par la nécessité d'augmenter la dose d'alcool pour obtenir le même effet (tolérance) et de poursuivre la consommation d'alcool pour prévenir l'apparition d'un syndrome de sevrage.

VI.1 SIGNES PHYSIQUES DE DÉPENDANCE

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

- neuro-musculaires :

- tremblement des mains et de la langue,
- myalgies,
- crampes,
- paresthésies ;

- digestifs :

- nausées,
- vomissements ;

- neurovégétatifs :
 - sueurs parfois majeures pouvant conduire à une grande déshydratation,
 - tachycardie,
 - hypotension orthostatique,
 - hypertension artérielle qui peut être à l'origine d'accidents cardiovasculaire ;

- neurologiques :
 - crises convulsives,
 - grand mal ;

- psychiques :
 - anxiété,
 - humeur dépressive,
 - irritabilité,
 - hyperémotivité,
 - insomnies,
 - cauchemars,
 - hallucinations,
 - confusion mentale.

La fréquence de survenue des symptômes de sevrage est très variée. Les symptômes de sevrage apparaissent dans les 12 à 24 h suivant l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool. Ils peuvent survenir de façon retardée (jusqu'à un mois). L'arrêt de la consommation d'alcool peut être volontaire ou involontaire (maladie, incarcération, problème financier). Les formes sévères de sevrage (*delirium tremens*, épilepsie de sevrage) s'observent chez environ 5 % des sujets dépendants. Les sujets les plus à risque sont des malades ayant une consommation ancienne et massive, une alcoolo-dépendance sévère, des accidents de sevrages antérieurs, des antécédents de delirium ou de convulsions, une dépendance à d'autres substances psycho-actives.

La recherche de ces facteurs de risque doit être systématique afin de prévenir l'apparition des symptômes de sevrage.

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

VI.2 SIGNES PSYCHIQUES DE DÉPENDANCE

La dépendance psychique se traduit dans les premiers temps par une envie irrépressible de boire. L'étape suivante de la dépendance psychique est celle de la perte de contrôle des quantités d'alcool consommées. Le sujet éprouve la nécessité

d'augmenter les doses quotidiennes pour obtenir les mêmes effets, du fait d'une tolérance apparaissant progressivement. Cette « compulsion » à boire persiste en dépit des conséquences négatives de l'alcoolisation pathologique.

Le malade devient progressivement de plus en plus dépendant, et parallèlement son comportement est de plus en plus centré autour de la prise d'alcool.

(Recommandation : (2) Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et poly consommations : stratégies de soin. Mai 2007.) (2) Abus, dépendances et poly consommations : stratégies de soin.

VI.3 ACCIDENTS DU SEVRAGE

1. Convulsions

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

2. Delirium tremens (Delirium Tremens)

Certains facteurs prédisposants ou aggravants, tels que les infections, le stress, une intervention chirurgicale, peuvent favoriser l'apparition d'un DT chez un sujet alcoolodépendant. Il survient brutalement ou est souvent précédé de petits signes de sevrage (cauchemars, tremblements, anxiété) ou encore d'une crise comitiale, 12 à 48 heures après le sevrage. La recherche des facteurs de risque, des facteurs prédisposants doit être systématique chez tout malade hospitalisé ou qui doit interrompre sa consommation d'alcool pour une raison ou pour une autre. En présence de ces facteurs, le malade doit être examiné pluriquotidiennement afin de chercher les premiers signes de sevrage et de mettre en oeuvre le traitement du syndrome de sevrage au plus tôt. La survenue d'un DT à sa phase d'état en milieu hospitalier doit être considérée comme un échec thérapeutique et de la surveillance.

À sa phase d'état, le DT réalise un grand état d'agitation psychomotrice, confusional très difficile à traiter :

- troubles de la conscience avec confusion mentale, désorientation temporo-spatiale ;
- tremblements intenses généralisés prédominant aux extrémités et à la langue ;

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

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

(Recommandation : (3) Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes d'opiacés : place de traitement de substitution [en ligne]. Conférence de consensus. Juin 2004.) (3) Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes d'opiacés.

(Recommandation : (4) Haute Autorité de Santé. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés [en ligne]. Juin 2004.) (4) Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés.

VII COMPLICATIONS SOMATIQUES

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

- hépatiques :

- stéatose,
- hépatite alcoolique aiguë,
- cirrhose ;

- pancréatiques :

- pancréatite aiguë,
- pancréatite chronique ;

- digestives :

- diarrhée ;
- cancer de l'oesophage

- cardiovasculaire :

- troubles du rythme,
- cardiomyopathie,
- hémorragie cérébrale ;

- traumatiques

- hématomes ou cérébraux,
- hémorragie cérébro-méningée,

- neurologiques :

- neuropathie périphérique,
- neuropathie optique,
- syndrome cérébelleux,
- encéphalopathie,
- syndrome de Korsakoff ;

- troubles cognitifs ;

- troubles métaboliques :

- lipidiques (cholestérol, triglycérides),
- glucidiques (hypoglycémie, diabète) ;

- musculaires (rhabdomyolyse) ;

- osseuses :
 - nécrose de la tête fémorale,

- cancers...

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

VIII PRISE EN CHARGE

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

A. En cas de consommation à risque ou d'usage nocif

Une intervention brève peut être envisagée : son principe est celui d'un soin minimal dispensé individuellement, en un temps court dans l'optique de favoriser la motivation de la personne malade. Il ne s'agit pas de proposer l'intervention brève à des malades alcoolodépendants. Sa durée est en général de 5 à 20 minutes en une ou plusieurs sessions. Après évaluation de la consommation d'alcool, les informations sont données au malade sur les risques encourus et les avantages de revenir à une consommation modérée, voire une abstinence si la complication somatique le nécessite (ex : maladie hépatique au stade de cirrhose). Une bonne pratique de l'intervention brève nécessite de s'appuyer sur les principes de l'entretien motivationnel : les informations délivrées sont à adapter au stade motivationnel du malade. Elles ne sont pas identiques chez une personne déjà motivée pour changer de comportement (comment y parvenir ?) ou chez une personne n'ayant pas encore fait ce chemin (pourquoi changer ?). Il faut aider la personne à prendre conscience de l'intérêt pour elle de maîtriser son comportement.

L'efficacité de l'intervention brève a été solidement étayée par de nombreuses études. Environ 30 % (10-50 %) des consommateurs à risque modifient leur consommation au décours. Les résultats sont meilleurs dans le cas d'une consommation excessive avec une atteinte somatique (ex : consommation d'alcool associée à une hépatite chronique C).

L'efficacité de cette technique est étayée non seulement dans les mois suivants l'intervention brève mais également dans les deux à quatre années suivantes.

B. Traitement de l'alcoolisation aiguë

L'ivresse simple ne nécessite en général que le repos au calme et un apport d'eau. La prescription de médicaments psychotropes doit rester exceptionnelle. Les troubles du comportement peuvent nécessiter la prescription de sédatifs. Les ivresses pathologiques rendent nécessaires l'hospitalisation et la surveillance en milieu psychiatrique, du fait de la dangerosité du malade. Le recours aux neuroleptiques est à envisager.

(Recommandation : (5) Haute Autorité de Santé. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage [en ligne].) (5) Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage.

(Recommandation : (6) Haute Autorité de Santé. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins [en ligne]. Septembre 2001.) (6) Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins.

C. Sevrage

L'efficacité du sevrage est en bonne partie motivée par la qualité du temps préparatoire et la motivation de la personne malade. Les buts du sevrage sont d'assurer le contrôle et la prévention des symptômes de sevrage, mais aussi de débiter une nouvelle vie sans alcool, en trouvant des dépendances plus positives.

Le sevrage peut être réalisé en ambulatoire (ce qui nécessite une motivation suffisante, une bonne compliance aux soins, une absence d'antécédents de delirium tremens ou de convulsions) ou en milieu hospitalier. Le sevrage associe une hydratation correcte, en général possible par voie orale, la prescription de vitamines B1-B6 et un traitement par benzodiazépines pour prévenir le risque de convulsions. Le sevrage n'est que la première partie de la prise en charge à long terme qui nécessite un accompagnement médico-psychosocial par une équipe multidisciplinaire coordonnée par un addictologue. Dans ce contexte thérapeutique, environ un tiers des malades demeure abstinents, un tiers rechute et un tiers est en rémission partielle.

(Recommandation : (7) Haute Autorité de Santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant [en ligne].) (7) Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.

(Recommandation : (8) Haute Autorité de Santé. Aide au sevrage tabagique [en ligne]. Décembre 2001.) (8) Aide au sevrage tabagique.

(Recommandation : (9) Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience, et prise en charge financière [en ligne]. Janvier 2007.) (9) Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique.

(Recommandation : (10) Haute Autorité de Santé. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés [en ligne].) (10) Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés.

IX ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- (1) Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. : <http://www.score-sante.org/score2008/index.htm>
- (2) Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès : <http://www.cepidc.idf.inserm.fr/>
- (3) HILL C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en Santé Publique, 2000, Vol. 30, p. 14-17. : <http://doccem.icl-lille.fr/Document.htm&numrec=031021324920310>

RECOMMANDATION

- (1) Haute Autorité de Santé. Grossesse et tabac [en ligne]. Conférence de consensus. Novembre 2004. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/grossesse-et-tabac
- (10) Haute Autorité de Santé. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés [en ligne]. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272062/modalites-de-sevrage-chez-les-toxicomanes-dependant-des-opiaces
- (2) Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et poly consommations : stratégies de soin. Mai 2007. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_615021/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins
- (3) Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes d'opiacés : place de traitement de substitution [en ligne]. Conférence de consensus. Juin 2004. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272358/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution
- (4) Haute Autorité de Santé. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés [en ligne]. Juin 2004. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272329/reduire-les-mauvaises-utilisations-des-medicaments-de-substitution-des-opiaces
- (5) Haute Autorité de Santé. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage [en ligne]. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272329/modalites-de-l-accompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage

sante.fr/portail/jcms/c_271905/modalites-de-laccompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage

- (6) Haute Autorité de Santé. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins[en ligne]. Septembre 2001. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272274/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-dune-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins
- (7) Haute Autorité de Santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant [en ligne]. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272073/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant
- (8) Haute Autorité de Santé. Aide au sevrage tabagique [en ligne]. Décembre 2001. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272433/aide-au-sevrage-tabagique
- (9) Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience, et prise en charge financière [en ligne]. Janvier 2007. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere

ABRÉVIATIONS

- DT : Delirium Tremens
- GGT : Gamma-glutamyl transférase
- OMS : Organisation mondiale de la santé