



Dossier documentaire

La prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire

Thème de novembre 2024

Rédacteurs : Dr Hervé LE NEEL, Dr Jasmine KHANSA
Contributeur: Pr Romain Moirand

« Ce dossier documentaire est un document de travail destiné à servir de base de réflexion aux participants de groupes de pairs de médecins généralistes. Ce document est non opposable et non exhaustif ».

LA PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLODEPENDANCE EN AMBULATOIRE

Préambule : ceci est bien l'intitulé du thème, cependant le terme alcoolodépendance (DSMIV), est substitué par celui de trouble lié à la consommation de l'alcool (TLCA) dans le DSM 5 : léger, modéré, sévère

Contexte

L'alcool est la substance psychoactive, d'usage licite, la plus consommée en France et en Europe. Recherché pour ses effets euphorisant et désinhibant, mais aussi simplement par habitude, tradition ou convivialité, l'alcool est source d'importants dommages.

Dans le classement selon la **gravité des dommages globaux** (individuels et collectifs) induits par les substances psychoactives, l'alcool est en première position, avant même l'héroïne, le crack, la cocaïne, mais également avant le tabac.

La dépendance est l'aboutissement d'une addiction, sa prise en charge est un problème aigu et difficile pour le médecin généraliste. En matière de population et de santé publique, le problème est un usage à risque ou excessif non repéré ou non considéré.

La majorité des dommages liés à l'alcool concerne **des personnes qui n'ont pas de critères de trouble de l'usage (donc d'addiction)** mais dont l'usage d'alcool n'a jamais été repéré comme étant à risque ou bien est excessif (de façon chronique et/ou ponctuelle à type de binge drinking) mais banalisé

La mortalité liée à l'alcool est estimée à 41 000 décès annuels en 2015 en France affectant pour majeure partie les hommes (73%) et constituée pour 1/3 de cancers, pour 1/4 de maladies cardiovasculaires suivies par les accidents, les suicides et les maladies digestives. L'alcool est encore associé à 30% des accidents mortels de la route (en 2020). Il est la 2e cause de mortalité évitable après le tabac et la seconde cause de cancer lié au mode de vie après le tabac. Indépendamment du facteur tabac, 8% des nouveaux cas de cancer sont rapportés à l'alcool, **dont 1/3 sont liés** à des consommations faibles à modérées et **le cancer du sein représente à lui seul 22% des décès féminins liés à l'alcool**. 9% de l'ensemble des décès (13% masculins, 5% féminins) lui sont attribués, et 22% des décès des 15-34 ans.

Avant la dépendance :

Pourquoi repérer tous les usages et accompagner **chaque** personne ? (1)

† L'alcool est un sujet de **santé pour tous, pas seulement** en cas de complication apparente ou d'usage problématique.

† **Quelles qu'en soient les modalités d'usage**, l'alcool constitue un risque pour toutes les dimensions de la personne (somatique, psychique, affective, relationnelle, familiale, socio-professionnelle, juridique, économique) et à tout âge.

† **Le repérage régulier et précoce, ça marche** : en œuvrant aux changements de comportement vis-à-vis de l'alcool, cela en réduit les complications et la mortalité.

† En tant que professionnel de premier recours, nous sommes des acteurs privilégiés pour toucher l'ensemble de la population et accompagner au plus près de la réalité de vie et des usages de chaque personne. **Quand et comment repérer** les consommations d'alcool ?

† En toute occasion, à tout âge et quelle que soit l'histoire de la personne, **ouvrons le dialogue** sur le sujet alcool (ou reprenons-le), sans banaliser ni dramatiser.

† Pour faire de l'alcool un **sujet de santé comme les autres**, précisez qu'il est abordé avec tous les patients et fait partie de l'évaluation globale de l'état de santé. La grande majorité des médecins généralistes interrogent les patients sur leur consommation de tabac, une minorité le fait sur la consommation d'alcool.

† Vous pouvez utiliser **l'outil du RPIB** – repérage précoce et intervention brève - ou vous en inspirer. Le RPIB ne demande que deux ou trois minutes d'échanges avec le patient (cf pièce jointe « Kit Alcool »). Ce peut être aussi l'occasion de distinguer les notions de contrôle des consommations (en dessous de dix unités par semaine, avec des jours sans consommation dans la semaine) et de réduction des risques (boire moins mais quand même trop)

† **Dialoguer**, sans juger ni culpabiliser, en respectant la temporalité et en laissant toujours la porte ouverte à d'autres échanges en fonction des besoins et priorités de la personne (qui peuvent être de nature psychologique ou sociale).

L'alcoolodépendance/TLCA, les chiffres connus

Selon les « Baromètres santé », en 2009 près de 50 000 personnes sont reçues dans le cadre d'un sevrage alcoolique chaque semaine en médecine générale . En 2010, plus de 100 000 personnes dont 2/3 en état de dépendance à l'alcool étaient prises en charge au sein d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). En 2015, l'alcool était la première cause d'hospitalisation en France . Sur l'ensemble des hospitalisations comptabilisées en 2011, les hospitalisations conventionnelles en lien avec une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) représentaient plus de 400 000 patients souffrant d'un authentique trouble de l'usage d'alcool .

L'alcoolodépendance/TLCA en premier recours

Il est difficile de considérer que la prise en charge d'un patient alcoolodépendant puisse relever de l'action individuelle d'un praticien, le rôle de celui-ci va relever de l'orientation, de la facilitation en agissant sur la motivation du patient, en l'accompagnant dans un processus vers la baisse ou l'arrêt de sa consommation, avec l'aide d'autres professionnels et/ou de structures.

Si l'idéal est l'abstinence car la réduction reste souvent illusoire quand il y a une dépendance, la prise en charge se doit d'être en accord avec l'objectif du patient, qui peut évoluer au fil du suivi.

Le déroulement de la prise en charge répond, en ce qui va concerner les interactions patient-médecin, au cercle, ou à la roue, de Prochaska (2). Ce schéma représente, pour le praticien, une aide par son indication des différents stades psychiques que va suivre ou franchir le patient (dénier tout va bien - y a un petit souci - mais comment faire alors - pouvez-vous m'aider - motivation à l'action - succès ou récurrence et nouveau tour de roue -), avec les possibilités d'action et d'orientation du médecin. Les durées des « stations » dans la roue sont très variables et peuvent parfois se compter en années.

Cependant, en cas de trouble d'usage sévère, **les troubles cognitifs liés à l'alcool, sous-diagnostiqués**, compliquent la prise en charge et peuvent mimer un déni alors qu'il s'agit plutôt "d'une incapacité cognitive à s'investir dans les soins". Cette interrogation doit rester présente dans le suivi et le projet de prise en charge du patient.

Un document pdf en 2 pages, établi par le Collège de la Médecine Générale, le « **Kit-alcool-2022** », fourni en pièce jointe, résume le contexte, le RPIB et la conduite à tenir en précisant les ressources pharmacologiques et collaboratives actuellement considérées comme utiles.

Quelle orientation pour le patient « alcoolodépendant » ?

Pour l'orientation du patient, l'évaluation de l'état clinique peut être l'élément déterminant : . Cette évaluation a pour but de différencier les prises en charge urgentes nécessitant une hospitalisation rapide, une évaluation aux urgences, celles nécessitant une prise en charge spécialisée ambulatoire au CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et celles pouvant être suivies au cabinet.

Exemple territorial: Le site <https://orienter-en-addictologie.com/> est conçu pour l'orientation des patients dans le territoire du DAC'tiv (« Haute Bretagne », Rennes et Ile et Vilaine sauf le nord du département), il donne des exemples de situations cliniques qui peuvent aider à l'orientation du patient.

Ce site a été conçu par le « réseau addiction 35 » (8), avec le Pr Moirand, addictologue au CHU de Rennes, et est un outil d'aide à l'orientation destiné au premier recours. Ce réseau a ensuite été « fusionné » dans le « DAC » - Dispositif d'Appui à la Coordination, substitué aux « PTA » - à sa constitution. Les médecins de ce territoire, qui connaissent le réseau depuis longtemps, bénéficient d'un recours facilement sollicitable qui permet l'orientation vers un médecin « relai » - la plupart du temps généraliste - sensibilisé à l'addictologie et capable d'organiser la prise en charge du patient. Il évalue la situation et propose une orientation : ambulatoire possible par le médecin relai, vers le CSAPA, vers une structure d'hospitalisation ou de « résidence ».

Il est destiné à aider les patients et leur entourage dans leur prise en charge addictologique et vers quelle(s) structure(s) adaptée(s) les diriger .

Les ressources - comme les CSAPA- couvrent le territoire breton mais les dispositifs d'orientation sont variés. Les associations de patients ou de familles existent aussi sur tout le territoire et s'inscrivent sur un domaine non médical. Beaucoup de patients sont susceptibles d'adhérer à cette modalité qui leur convient (échanges, démedicalisation, soutien collectif)

Chaque territoire en Bretagne a ses **propres solutions** et ce sera aussi tout l'intérêt de la séance de **les partager** entre médecins du même territoire : les orientations diffèrent selon les ressources du territoire. Il est nécessaire de partager et connaître l'organisation locale de prise en charge des patients, les appuis à la coordination et les modalités de contacts.

L'alcoolodépendance/TLCA et le médecin généraliste

Les situations d'alcoolodépendance/TLCA de patients sollicitent souvent les ressources techniques mais aussi humaines et psychiques du médecin. Les effets sur l'entourage sont souvent un mode d'entrée dans la prise en charge, à travers des conflits familiaux, sociaux ou professionnels, des violences intra-familiales. L'entourage peut faire porter au médecin une « injonction de solution » auprès du patient alcoolodépendant/TLCA, souvent souhaitée institutionnelle, et aussi témoigner de son épuisement, de sa propre souffrance psychique et de la nécessaire prise en charge de cette souffrance. Il est banal de voir plus souvent en consultation un entourage épuisé que le patient lui-même, surtout au début de la « roue » : - déni, ya pas de problème, banalisation - . Ce sera, aussi, l'intérêt de la séance de pouvoir échanger et analyser ces situations. L'entourage peut également apporter des éléments concernant les troubles cognitifs du patient liés à la consommation d'alcool.

L'entourage peut bénéficier d'une prise en charge par les CSAPA dont c'est une des missions.

La déclaration en ALD est légitime selon les critères de l'ALD 23 , ainsi que la prescription de bons de transport pour les différents déplacements liés à la prise en charge du patient.

Il est aussi possible que l'arrêt de travail soit une nécessité, pour protéger le patient en cas de situation conflictuelle avec l'employeur, et pour écarter un risque ajouté - conduite, travail en hauteur, accès à des armes à feu ... -

Trois documents joints seront utiles aux participants et aux échanges :

- Les recommandations de la Société Française d'Alcoologie, actualisées 2023, qui comprennent **pages 77 à 80** un « **mémento pratique pour la médecine générale** », avec un algorithme d'aide à la décision et au parcours du patient alcoolodépendant. Ce document est **fourni en ANNEXE** à la fin du dossier
- Le « **Kit-alcool-2022** » , évoqué ci-dessus
- Un diaporama ppt, « **Troubles de l'usage de l'alcool** », apprécié des participants lors d'une séance de groupe qualité sur ce sujet , fourni par le Dr Jasmine Khansa, participante d'un groupe qualité de Saint-Malo , médecin généraliste et médecin addictologue au CH de Saint-Malo. Une correction est nécessaire, de l'avis de l'autrice, en remplaçant dans le dépistage de la coaddiction tabac, le « mini-spiromètre » par « spirométrie » .

Le site <https://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles> recense par ailleurs des ressources territoriales, notamment les CSAPA, sans lien spécifique avec l'addiction à l'alcool.

Un nouveau site, « **ethanoldic** », sera prochainement mis à disposition, sur le modèle « antibiotic » et proposera au médecin généraliste une démarche et des solutions selon les circonstances.

Biblio :

1 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326877/fr/agir-en-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-reperer-tous-les-usages-et-accompagner-chaque-personne

2 : <https://e-psychiatrie.fr/wp-content/uploads/2018/12/entretien-motivationnel-cercle-prochaska-et-dicleme-addiction-dependance-alcool-tcc.jpg>

3 : <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/03/Kit-alcool-2022.pdf>

4 : <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2.pdf>

5 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/fiche_2.agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool_le_reperage_intervention_nel.pdf

6 : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/disparite-regionale-des-taux-de-syndrome-d-alcoolisation-foetale-saf-identifies-par-le-pmsi>

7 : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE110214VT.pdf>

8 : <https://reseau-addictions35.org/>

Sources :

Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Addictions : tabac, alcool, drogues... Site internet : INRS. Paris ; 2023

- Société française d'alcoologie. Recommandation de bonne pratique - Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Site internet : Société française d'alcoologie; 2023
-
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Alcool et santé. Site internet : Inserm. Paris ; 2021
-
- Santé publique France. Alcool. Site internet : Santé publique France. ; 2021
-
- Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie. Addiction à l'alcool. ECN 2018, 4ème édition. Elsevier Masson.
-
- Haute Autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Site internet : HAS(France) ; 2014
-
- Haute Autorité de santé (HAS). du patient alcoolo-dépendant : de nouveaux indicateurs pour évaluer la prise en charge. Site internet : HAS. 2013
-
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Baclofène dans l'alcoolo-dépendance : le Conseil d'état annule la décision de suspension de l'AMM de Baclocur - Point d'Information du 12/02/2021. Site internet : ANSM. Saint-Denis (France) ; 2021

Memento pratique pour la médecine générale – 1

Je connais les seuils à risque	Je sais expliquer le verre-standard
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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.</p> 
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	Je repère quand ?
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Examen systématique et régulier. Domages 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 ?

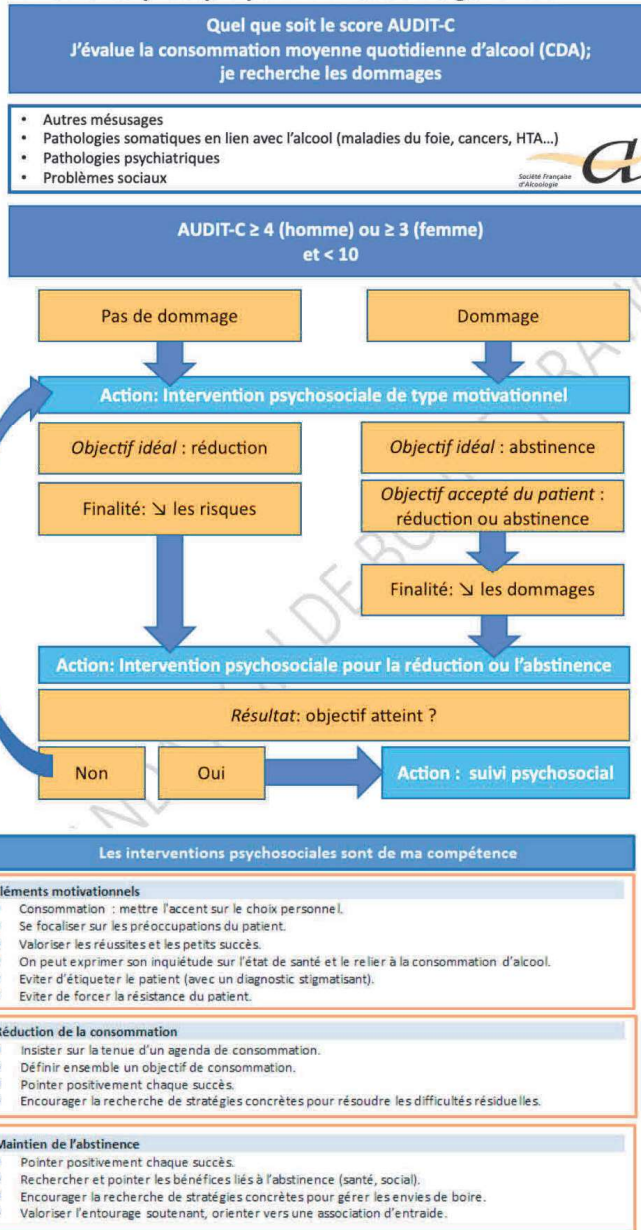
Jamais (0) Moins de 1 fois par mois (1) 1 fois par mois (2)

1 fois par semaine (3) Chaque jour ou presque (4)

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

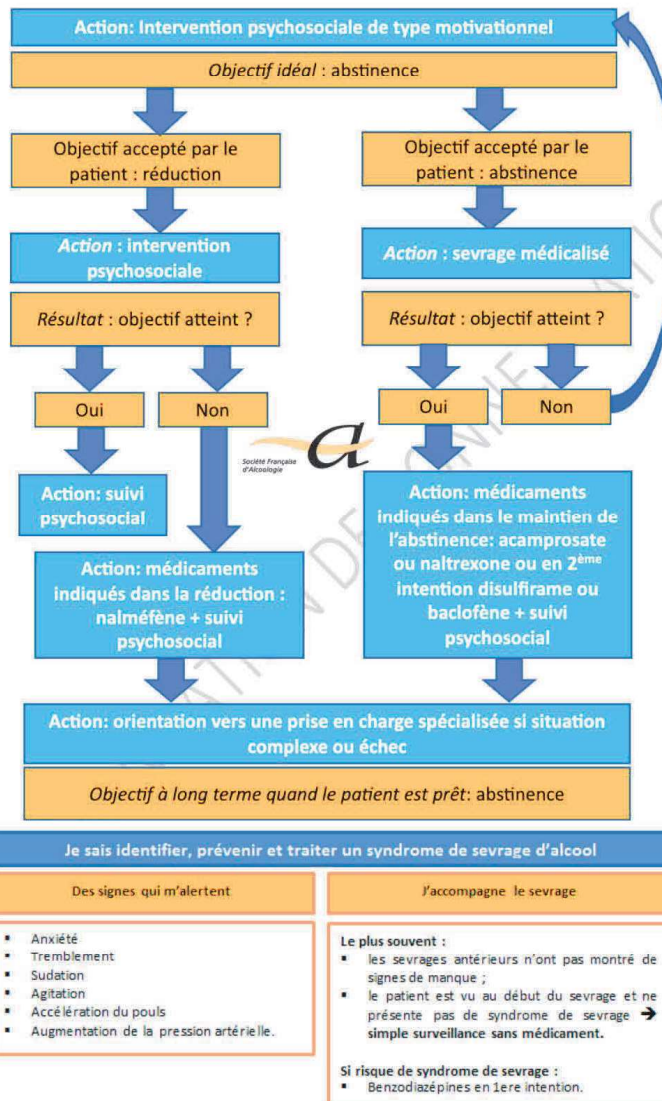
➔ **Dépendance probable :** score ≥ 10 quel que soit le sexe.

Memento pratique pour la médecine générale – 2



Memento pratique pour la médecine générale – 3

AUDIT-C ≥ 10



Memento pratique pour la médecine générale – 4

Je connais les indications d'un sevrage résidentiel

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

Je sais prescrire en première intention

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

Pour un sevrage ambulatoire

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

À titre d'exemple

Valium 10 (diazépam) :

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

Rester à la maison les 2 premiers jours.

Pas de conduite de véhicule durant le traitement. Envisager un arrêt de travail et revoir rapidement pour adapter la posologie selon les symptômes de sevrage ou la sédation.

Pour un objectif de réduction

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.