

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

REPERAGE D'UNE CONSOMMATION D'ALCOOL A RISQUE EN  
MEDECINE GENERALE : ACCEPTABILITE ET INTERET DE  
L'UTILISATION D'UN OUTIL

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 19 Novembre 2014

par

**Florian CAILLAUD**

Né le 5 Octobre 1986, à Châteauroux

### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHON..... Président

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER ..... Juge

M. le Docteur Dominique MENARD ..... Juge

Mme le Docteur Marilyne DEBETTE-GRATIEN..... Juge

Mme le Docteur Catherine CHEVALIER.....Directeur de thèse



# UNIVERSITE DE LIMOGES

## Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

### REPERAGE D'UNE CONSOMMATION D'ALCOOL A RISQUE EN MEDECINE GENERALE : ACCEPTABILITE ET INTERET DE L'UTILISATION D'UN OUTIL

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 19 Novembre 2014

par

**Florian CAILLAUD**

Né le 5 Octobre 1986, à Châteauroux

#### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHON..... Président  
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER ..... Juge  
M. le Docteur Dominique MENARD ..... Juge  
Mme le Docteur Marilyne DEBETTE-GRATIEN..... Juge  
Mme le Docteur Catherine CHEVALIER.....Directeur de thèse

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis **VALLEIX**

ASSESEURS :  
Monsieur le Professeur Marc **LASKAR**  
Monsieur le Professeur Jean-Jacques **MOREAU**  
Monsieur le Professeur Pierre-Marie **PREUX**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

\*CS = Chef de Service

<b>ABOYANS</b> Victor (CS)	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul ( <b>SUR. 31.08.2015</b> )	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul ( <b>SUR. 31.08.2016</b> )	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
<b>BONNAUD</b> François ( <b>SUR. 31.08.2015</b> )	PNEUMOLOGIE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe (CS)	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DESCAZEUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe (CS)	UROLOGIE
<b>ESSIG</b> Marie (CS)	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Marie-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE

<b>FEUILLARD</b> Jean (CS)	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAINANT</b> Alain ( <b>SUR. 31.08.2017</b> )	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François (CS)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LASKAR</b> Marc (CS)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne (CS)	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
<b>MERLE</b> Louis ( <b>SUR. 31.08.2015</b> )	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques (CS)	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>PARAF</b> François (CS)	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole (CS)	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis (CS)	ANATOMIE, CHIRURGIE GENERALE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François (CS)	PHYSIOLOGIE

**VIROT** Patrice (**SUR. 31.08.2016**)

CARDIOLOGIE

**WEINBRECK** Pierre (CS)

MALADIES INFECTIEUSES

**YARDIN** Catherine (CS)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**BARRAUD** Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**BOURTHOUMIEU** Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**CHABLE** Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**DURAND** Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

**DURAND-FONTANIER** Sylvaine

ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**LE GUYADER** Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**LIA** Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**MARIN** Benoît

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

**QUELVEN-BERTIN** Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**TCHALLA** Achille

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

**WOILLARD** Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

**PROFESSEUR ASSOCIE**

**BUCHON** Daniel

MEDECINE GENERALE

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

**DUMOITIER** Nathalie

MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine

MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**MENARD** Dominique

MEDECINE GENERALE

**PROFESSEURS EMERITES**

**BONNETBLANC** Jean-Marie

**VALLAT** Jean-Michel

## Remerciements

*A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,  
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse,  
Je vous remercie pour votre enseignement,  
Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.*

*A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,  
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail,  
Je vous remercie pour votre enseignement,  
Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.*

*A Monsieur le Docteur Dominique MENARD,  
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail,  
Je vous remercie de votre soutien et de vos conseils tout au long de mon  
internat,  
Soyez assuré de ma gratitude et de ma reconnaissance.*

*A Madame le Docteur Maryline DEBETTE-GRATIEN,  
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail,  
Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.*

*A mon directeur de thèse, Madame le Docteur Catherine CHEVALIER,  
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de ma thèse,  
Je vous suis reconnaissant pour votre disponibilité, vos conseils et votre  
patience,  
Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.*

*A André NGUYEN,  
Merci pour ton aide apportée à l'élaboration de mon travail de thèse,  
Merci pour ta disponibilité et ta compétence.*

*A Madame le Docteur Nadège LAUCHET,  
A Madame le Docteur Karen RUDELLE,  
Merci pour vos précieux conseils.*

*A mes parents, Maryline et Jean-Philippe,  
Merci pour votre soutien continu tout au long de mes études médicales,  
Merci pour vos conseils et votre amour.*

*A ma sœur Amélie, à Frédéric, à Mathilde,  
Merci pour votre soutien, votre accueil au cours de mes stages,  
C'est un bonheur d'être parrain.*

*A mes grands-parents René, Jeanne, Daniel, Monique,  
A ma grand-mère Jeanne en particulier,  
Merci de ton soutien répété, tes nombreux appels peuvent en témoigner...*

*A Sébastien,  
Ta rencontre a changé ma vie,  
Merci d'être là.*

*A Laëtitia, à Claire,  
C'était une grande joie de vous connaître,  
Pour tous ces moments passés ensemble.*

## Glossaire des abréviations

ADDICTLIM : réseau de santé ville-hôpital en ADDICTologie en LIMousin

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

HTA : HyperTension Artérielle

IC : Intervalle de Confiance

INCA : Institut National du CANcer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

OSCOUR : Organisation de la Surveillance Coordinée des URgences

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SASPAS : Stage en Autonomie Supervisée en Permanence Ambulatoire de Soins

SFA : Société Française d'Alcoologie

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

## Sommaire

Remerciements.....	7
Glossaire des abréviations.....	9
Introduction .....	11
1. Alcool .....	13
1.1. Définition.....	13
1.2. Historique .....	13
1.3. Pharmacocinétique de l'éthanol .....	14
1.4. Actions de l'alcool sur le système nerveux central .....	16
1.5. Effets de l'alcool .....	20
1.6. Usages de l'alcool .....	26
1.7. Epidémiologie.....	31
1.8. Prévention .....	35
1.9. Prise en charge de la consommation problématique d'alcool.....	36
1.10. La réglementation en matière d'alcool en France.....	51
2. Etude de l'acceptabilité et de l'intérêt de l'utilisation d'un outil d'aide au repérage d'une consommation d'alcool à risque en médecine générale.....	54
2.1. Objectifs de l'étude .....	54
2.2. Matériel et méthodes.....	54
2.3. Résultats .....	64
2.4. Discussion .....	79
Conclusion .....	83
Références bibliographiques .....	84
Table des annexes.....	87
Table des matières.....	92
Table des illustrations.....	95
Table des tableaux .....	97

## Introduction

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France (1).

L'alcool, sous ses différentes formes (vin, bière, champagne, apéritif, digestif...) fait aujourd'hui partie intégrante de notre culture, de notre patrimoine et de nos traditions.

Pourtant sa consommation affecte la santé d'au moins cinq millions de personnes en France, parmi lesquelles deux à trois millions sont dépendantes. L'alcool est responsable d'une fraction importante de la mortalité prématurée (2) et a de nombreux impacts tant sur les plans somatique et psychologique que sur les plans familial et socio-professionnel.

Seuls 8% des patients dépendants à l'alcool consultent dans l'année pour leur dépendance (3) et moins de 10% des malades présentant un abus ou dépendants à l'alcool sont traités en Europe (4).

Le médecin généraliste, par sa position d'acteur de santé primaire, de sa proximité avec les patients, a un rôle clé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des problèmes d'alcool.

Aborder une consommation d'alcool peut parfois être complexe au cours d'une consultation, notamment en médecine générale.

Les interventions brèves et les entretiens motivationnels peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, de l'alcool et du tabac à court et long terme. Le niveau de preuve est élevé et montre que ces interventions réussissent à réduire l'usage à court terme (immédiatement à la suite des interventions, avec une différence moyenne standardisée 0,79), mais également un an plus tard (différence moyenne standardisée 0,15) (5).

Dans une première partie, nous aborderons l'alcool, de son historique à la prise en charge actuelle. Puis dans la seconde partie, nous étudierons l'acceptabilité et l'intérêt d'une méthode de repérage de la consommation d'alcool en médecine générale, à l'aide d'un flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM.

# PREMIERE PARTIE

# 1. Alcool

## 1.1. Définition

Dans le dictionnaire Larousse, l'alcool se définit comme un « liquide contenant essentiellement de l'éthanol, obtenu par distillation des jus fermentés renfermant du glucose ».

La figure suivante représente la molécule d'éthanol :

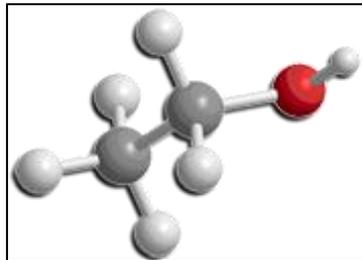


Figure 1 : Représentation tridimensionnelle d'une molécule d'éthanol  $C_2H_6O$

## 1.2. Historique

La consommation rituelle conviviale et festive d'alcool remonte à l'Antiquité. Durant des millénaires, la relation homme-alcool ne soulève aucune question, les boissons enivrantes sont considérées comme étant d'origine divine. La Renaissance marque l'essor du vin-plaisir. Jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle, la relation homme-alcool n'est jamais perçue comme dangereuse, les croyances religieuses glorifient l'alcool comme un breuvage reliant humain et divin « le sang du Christ ».

Dans la mythologie grecque, Dionysos, dieu de la vigne, du vin et de tous ses excès, du théâtre et de la tragédie, est connu pour ses ivresses. Les religions judéo-chrétiennes ont glorifié la consommation de vin : « Noé planta la vigne et s'enivra » dans la Genèse.

Les Arabes inventent le mot « Al Khol ». Il s'agissait initialement d'un antimoine utilisé comme fard à paupières pour sa coloration noire. Ce mot apparaît dans la langue romane de la péninsule ibérique en 1278 et celui-ci sera introduit au XVI<sup>ème</sup> siècle dans notre langue dans son orthographe actuelle « alcool » (traduction de « ce qui est très subtil »).

« Le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons » est une déclaration de Pasteur en 1866. En effet, à la différence des pays voisins, il existe en France une opposition entre les boissons fermentées telles que le vin aux effets plus ou moins louangeurs et les boissons distillées associées à l'alcoolisme. Ce n'est qu'à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle que les autorités médicales commencent à dénoncer la consommation d'alcool.

Enfin, le succès de la boisson est démontré par de nombreuses expressions : gestes du boire-trinquer, lever le verre, offrir une « coupe »...

De nombreux héros populaires sont associés à la consommation d'alcool : Alexandre-Benoît Bérurier de San Antonio de Frédéric Dard, le capitaine Haddock dans Tintin de Hergé, traduit dans toutes les langues ; mais aussi des personnes réelles : Coluche (donnant une image positive de l'ivresse), les clowns en général (inspirés de personnages alcoolisés avec le nez rouge et chutant de manière répétée). On note également une ambivalence liée à l'alcool chez les chanteurs populaires : « Gainsbourg et Gainsbarre », puis dans « Dr Renaud Mister Renard » en 2003 : « le Renaud ne boit que de l'eau et le renard carbure au Ricard© ». Le poète Guillaume Apollinaire y fait également référence dans « La chanson du mal-aimé » en 1914.

### **1.3. Pharmacocinétique de l'éthanol**

Un certain nombre de paramètres sont susceptibles d'intervenir sur l'ensemble des événements consécutifs à la consommation d'alcool : le polymorphisme des enzymes du métabolisme de l'éthanol, le sexe et d'autres environnementaux (mode de consommation, prise de médicaments...).

- **Absorption**

L'éthanol est une petite molécule absorbée par simple diffusion. La majeure partie est absorbée au niveau de l'intestin grêle. Quand l'alcool est ingéré à jeun, la concentration maximale est atteinte rapidement, environ une demi-heure après l'ingestion.

L'ingestion de nourriture va modifier la cinétique de l'absorption de l'éthanol. On observe un écrêtement du pic de concentration plasmatique ; ce pic étant plus tardif et moins élevé. L'effet de la nourriture se manifeste également sur le métabolisme. Les alcools forts entraînent un spasme pylorique qui retarde la vidange gastrique et donc ralentit l'absorption.

- **Distribution**

La distribution de l'éthanol aux organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie est très rapide (demi-vie de distribution de 7 à 8 minutes). Les concentrations dans ces différents organes sont très rapidement équilibrées avec les concentrations sanguines.

L'éthanol est distribué dans l'eau libre sans liaison avec les protéines plasmatiques. Son volume de distribution est celui de l'eau libre. Des variations dans les proportions respectives de masse grasse par rapport à la masse maigre influencent le volume de distribution de l'éthanol. Ce fait pourrait expliquer en partie les différences de « sensibilité » à l'alcool observées entre hommes et femmes. Le volume de distribution serait en moyenne de 0,50 l/kg chez la femme et de 0,60 l/kg chez l'homme.

L'éthanol franchit la barrière placentaire. Les concentrations dans le liquide amniotique et chez le fœtus sont proches des concentrations plasmatiques de la mère.

- **Élimination**

Deux voies contribuent à l'élimination de l'éthanol :

- l'oxydation enzymatique ;
- l'excrétion sous forme inchangée.

- **Métabolisme**

Le métabolisme hépatique élimine plus de 80% de l'alcool ingéré. Il fait intervenir deux oxydations successives. L'éthanol est d'abord transformé en acétaldéhyde selon trois voies enzymatiques :

- la voie prépondérante est celle de l'alcool déshydrogénase (ADH) ;
- la voie microsomale avec une isoenzyme du cytochrome P450 2E1 (le CYP2E1) induite uniquement par une forte concentration d'éthanol avec production de radicaux libres ;
- une voie accessoire : la catalase ;

L'acétaldéhyde est ensuite oxydé en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH).

La figure suivante schématise les principales voies impliquées dans le métabolisme hépatique de l'éthanol :

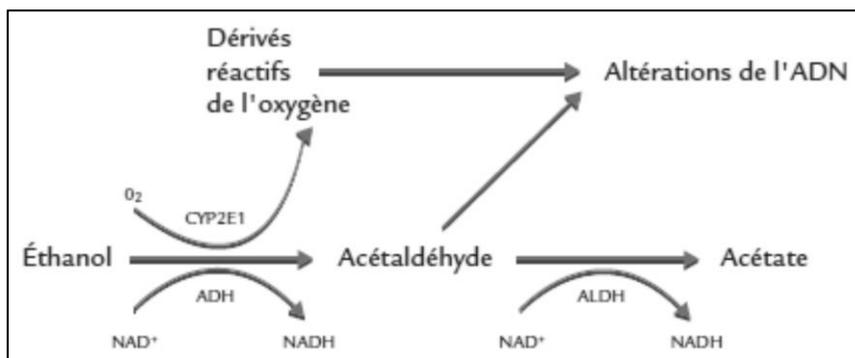


Figure 2 : Principales voies impliquées dans le métabolisme hépatique de l'éthanol (6)

L'éthanol peut être en partie métabolisé par l'ADH gastrique ainsi que par les enzymes des bactéries présentes dans la bouche et dans le côlon. Le rein peut participer à l'oxydation de l'éthanol pour une faible part.

- **Excrétion**

L'éthanol est éliminé sous forme inchangée par l'air expiré, les urines et la sueur. C'est sur l'élimination pulmonaire que repose l'estimation de l'éthanolémie à partir des concentrations dans l'air expiré. En effet, le rapport des concentrations sang/air expiré est constant et égal à 2 100 (éthanolémie = concentration dans l'air expiré x 2 100).

L'alcool est excrété dans le lait maternel à des concentrations environ 10% plus élevées que les concentrations plasmatiques en raison de la teneur en eau supérieure du lait (7).

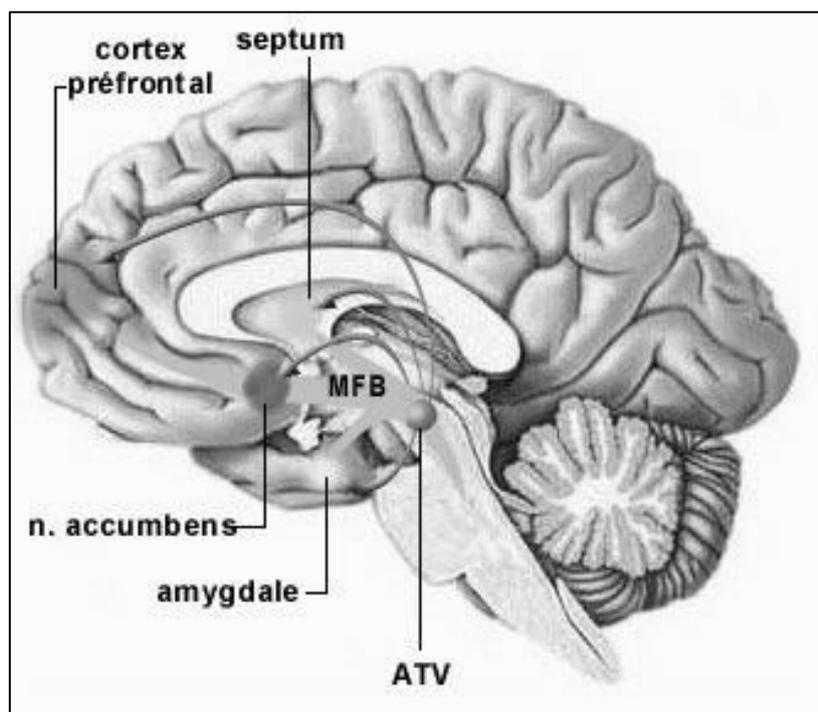
## **1.4. Actions de l'alcool sur le système nerveux central**

### **1.4.1. Le système de récompense ou système mésocorticolimbique**

Les régions cérébrales identifiées dans les comportements addictifs sont situées dans le système limbique de l'hémisphère droit :

- L'aire tegmentale ventrale (ATV) dans le tronc cérébral ;
- Le nucleus accumbens dans les ganglions de la base ;
- L'amygdale à la partie interne du lobe temporal ;
- Le cortex préfrontal.

La figure suivante schématise le circuit dopaminergique mésocorticolimbique :



*Figure 3 : Circuit dopaminergique mésocorticolimbique (MFB - Medial Forebrain Bundle) (8)*

Les neurones dopaminergiques ayant leur origine dans l'aire tegmentale ventrale se projettent au niveau du nucleus accubens, de l'amygdale et également du cortex en particulier préfrontal.

La consommation de produits addictifs stimule la voie dopaminergique, entraînant une augmentation de la dopamine libérée et provoquant une expérience positive que l'homme n'a de cesse de satisfaire.

La figure ci-dessous représente la quantité de dopamine libérée :

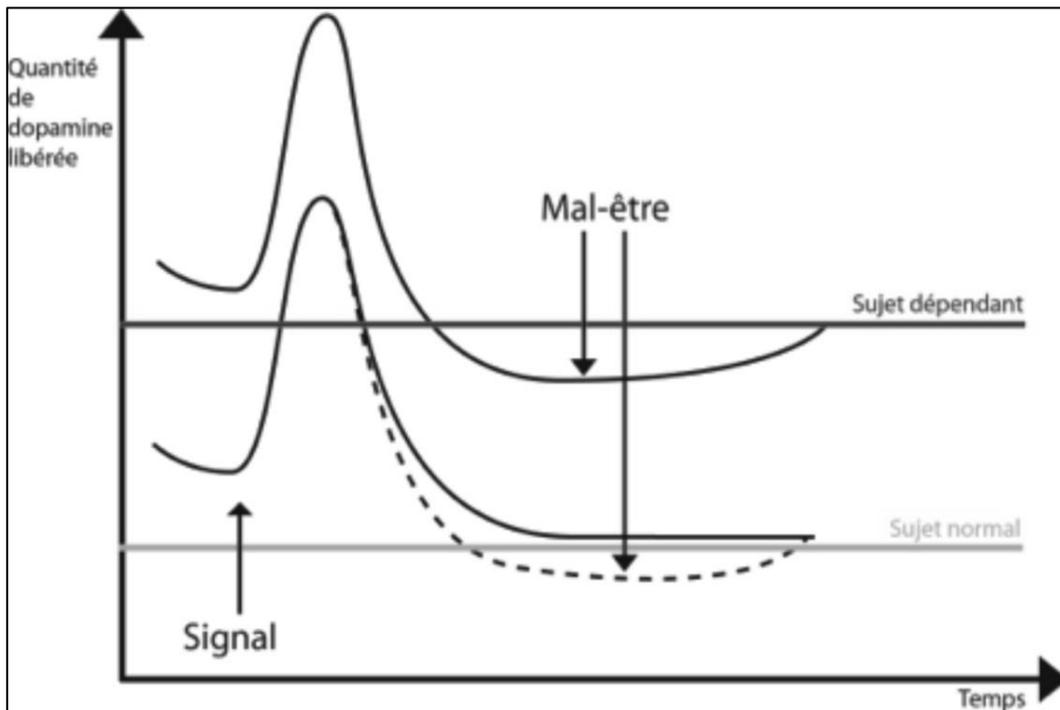


Figure 4 : Quantité de dopamine libérée chez un sujet dépendant et chez un sujet normal (9)

La quantité de dopamine libérée varie en fonction du temps et des stimulations (Signal) : elle augmente dans l'attente d'une récompense et davantage encore lors de son obtention puis revient à l'état basal. Au-dessous de son état basal, on peut noter une anxiété et une irritabilité (Mal-être), bien plus intenses chez le sujet dépendant.

### 1.4.2. Les principaux neurotransmetteurs impliqués

Les substances addictives ont la propriété d'augmenter la concentration de dopamine dans le nucleus accubens. Deux neurotransmetteurs antagonistes modulent le système de récompense :

- **Le GABA (acide gamma amino-butyrrique)**

Le GABA est le principal neurotransmetteur inhibiteur synthétisé à partir du glutamate. Il est présent dans 30 % des cellules nerveuses. Il s'agit d'un neurotransmetteur « tranquilisant » (anxiolyse et myorelaxation).

La figure suivante schématise les effets du GABA et de l'alcool sur leur récepteur :

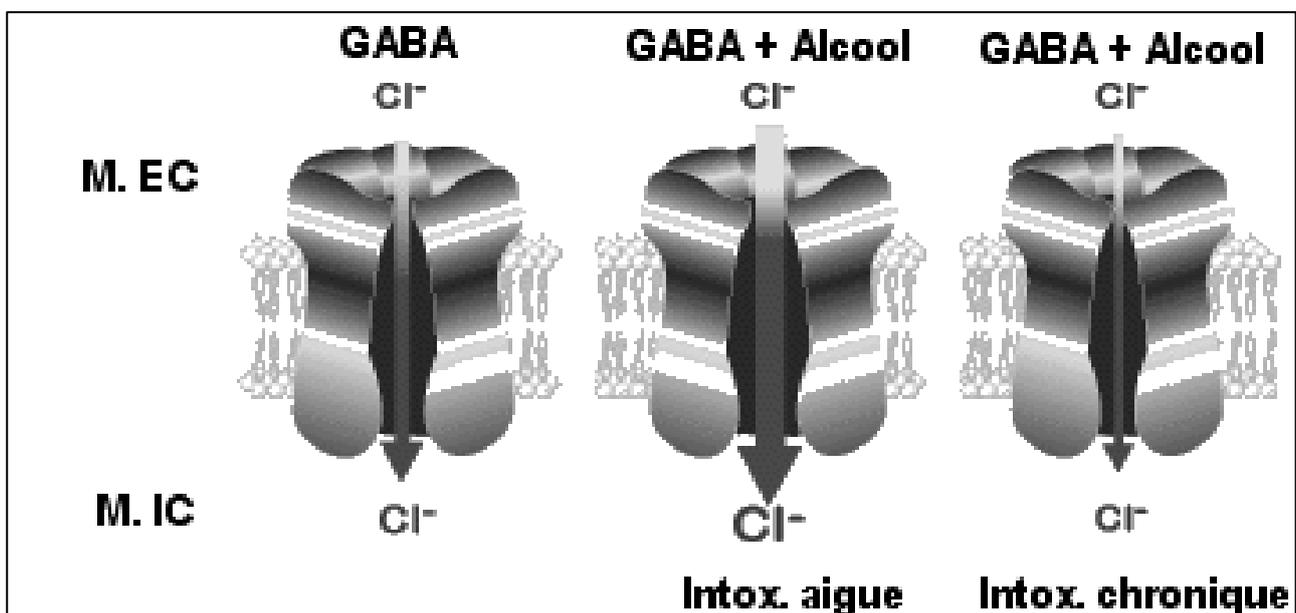


Figure 5 : Schéma des effets du GABA et de l'alcool sur leur récepteur (10)

En se fixant au récepteur post-synaptique, le GABA permet la pénétration des ions chlore. L'alcool amplifie cette transmission gabaergique : le neurone devient moins excitable ce qui explique l'effet sédatif de l'alcool. Lors d'une alcoolisation chronique, la « down regulation » diminue la concentration du GABA.

- **Le glutamate**

Le glutamate est le principal neurotransmetteur exciteur. Il agit principalement sur le récepteur cationique N-méthyl-D-aspartate (NMDA). L'alcool est un antagoniste des récepteurs NMDA diminuant la transmission glutamatergique d'où son effet sédatif. Lors d'une alcoolisation chronique, le nombre de récepteurs NMDA augmente, c'est la « up regulation ».

- **La balance NMDA-glutamate**

La figure suivante représente la balance GABA-NMDA :

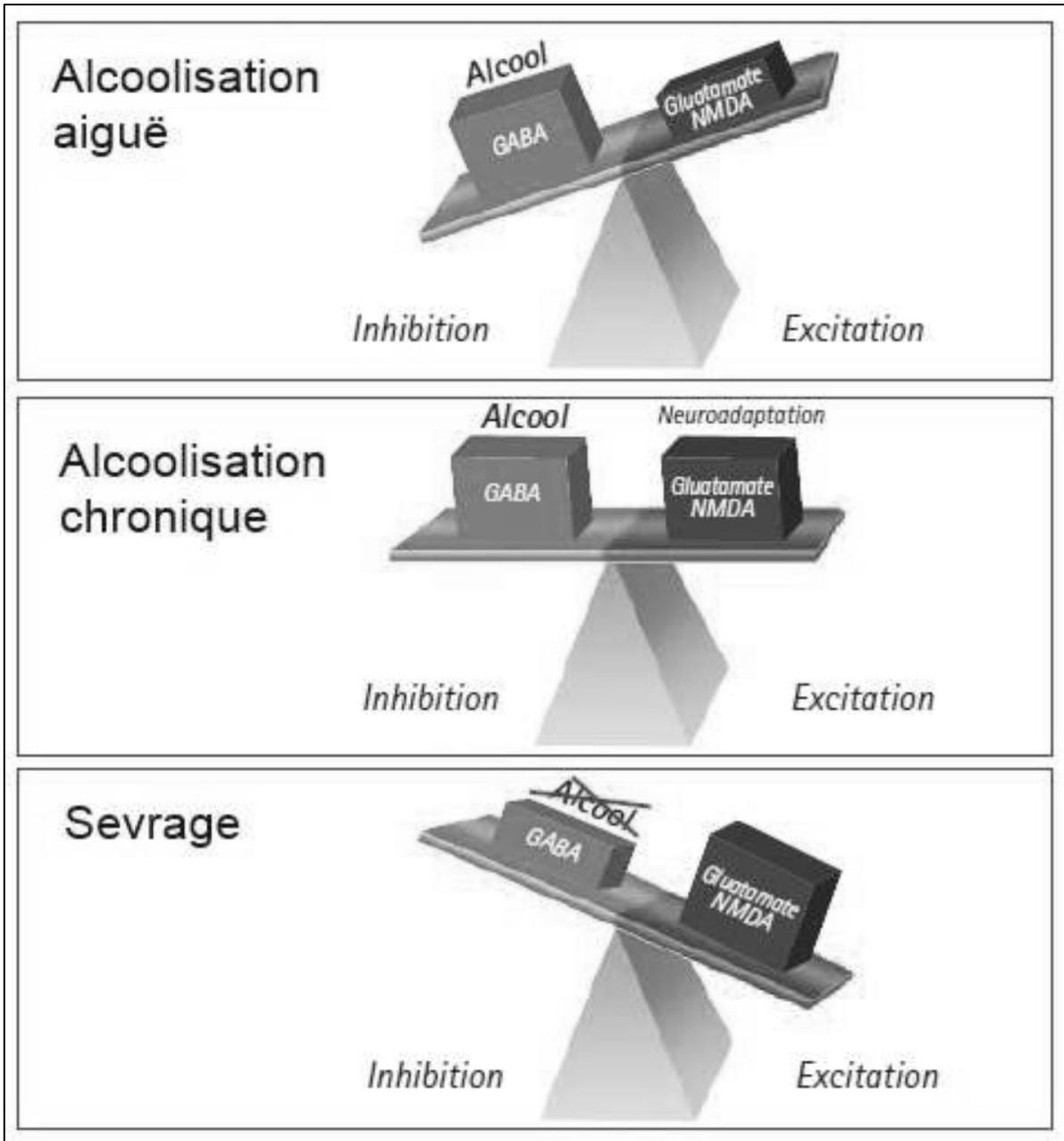


Figure 6 : Balance GABA-NMDA (11)

Le tonus GABAergique augmente au cours d'une alcoolisation aiguë, faisant bénéficier des effets anxiolytiques et désinhibiteurs de l'alcool. L'organisme s'adapte par une « down regulation » du GABA au cours d'une alcoolisation chronique, en augmentant sa consommation. En cas de sevrage, l'hyperexcitabilité s'explique par une prédominance du tonus glutamatergique.

### 1.4.3. Les autres neurotransmetteurs

- **La sérotonine**

La sérotonine (5-HT) est un neurotransmetteur régulant l'humeur, le comportement, le sommeil, la pression artérielle et la température corporelle. Elle est présente en réserve dans les plaquettes sanguines. L'alcool augmente les taux de sérotonine dans le cerveau et est impliqué dans de nombreux effets comportementaux. Chez le consommateur chronique, les taux de sérotonine sont plus bas.

- **L'acétylcholine**

L'acétylcholine est un neurotransmetteur intervenant dans l'apprentissage, la mémorisation et la commande musculaire. L'alcool est un agoniste cholinergique indirect réversible : il inhibe l'acétylcholinestérase. Il potentialise donc son action diffuse endogène pouvant entraîner convulsions, coma et arrêt respiratoire.

- **Les catécholamines**

L'alcoolisation aiguë entraîne une libération de catécholamines, stimulant l'activité psychomotrice. A l'inverse, leur concentration diminue en cas d'alcoolisation chronique.

- **Les  $\beta$ -endorphines**

Elles sont produites en partie dans l'aire tegmentale ventrale et leur production est stimulée par la consommation d'alcool, stimulant les récepteurs opioïdes  $\mu$ . Ce mécanisme serait impliqué dans la dépendance à l'alcool.

## 1.5. Effets de l'alcool

### 1.5.1. Les effets aigus

A faible dose, l'alcool a un effet psychostimulant excitant et entraîne une désinhibition du comportement. A plus forte dose, l'effet est sédatif. On note le syndrome cérébelleux (responsable de troubles de l'équilibre et de la parole) et les troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma.

L'absorption d'alcool favorise les comportements agressifs. Les intoxications éthyliques aiguës sont responsables de l'essentiel de la dangerosité sociale de l'alcool : violences et accidents, avec leurs conséquences médico-légales.

Les risques d'accidents liés à la consommation d'alcool tiennent principalement à son effet désinhibiteur qui a pour conséquence de modifier les comportements de prise de risque.

### 1.5.2. Les effets chroniques

L'alcool est à l'origine d'une soixantaine de pathologies mais aussi de traumatismes et de dommages sociaux.

La figure suivante représente le risque relatif de décès par pathologie selon la consommation d'alcool :

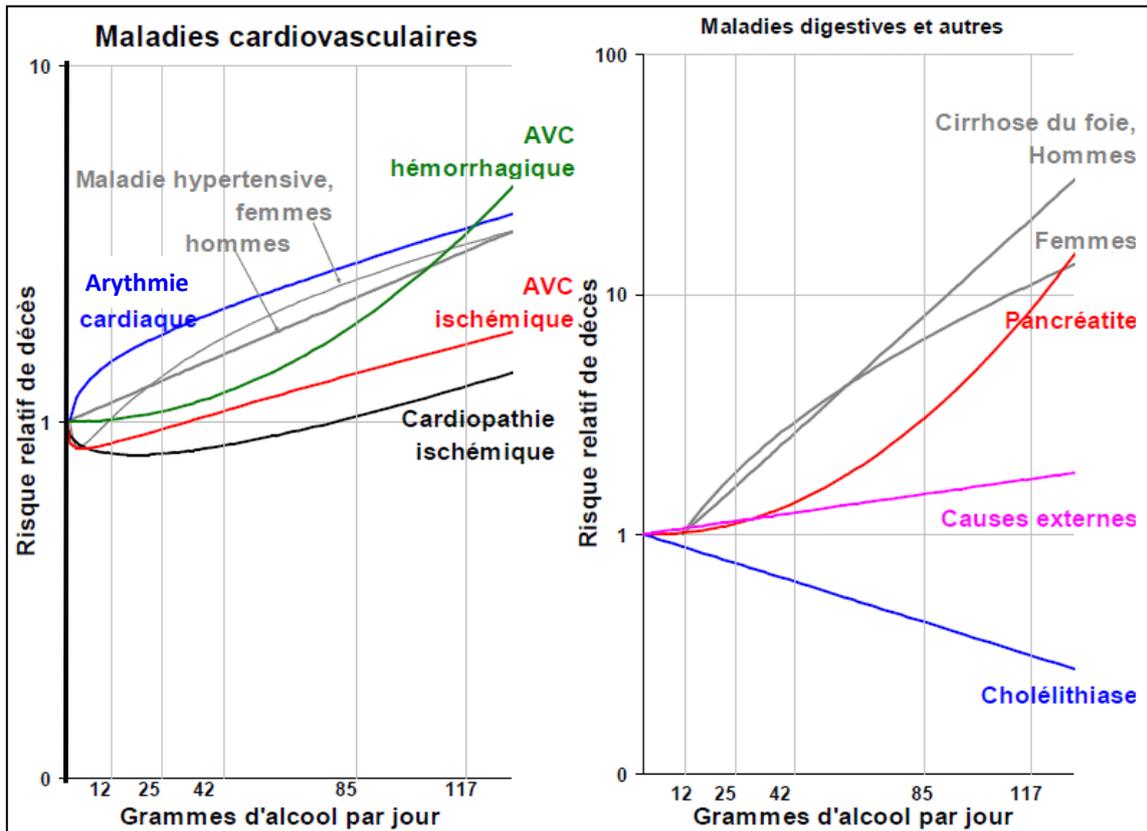


Figure 7 : Risque relatif de décès par pathologie selon la consommation d'alcool (2)

- Sur le plan cardio-vasculaire : l'alcool est un responsable d'HTA, de cardiomyopathies alcooliques, d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (hématomes extra-duraux ou sous-duraux ou autres), de troubles du rythme et de mort subite. Une consommation modérée d'alcool (2 unités par jour) pourrait être associée à un moindre risque cardiovasculaire, notamment de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral ischémique, en élevant le taux de HDL-cholestérol. Au-delà de ce seuil, le risque augmente ;

- Sur le plan digestif : l'alcool est responsable d'altérations dentaires, de stéatose hépatique puis d'hépatite alcoolique, de cirrhose, d'hypertension portale, de gastrite alcoolique, de varices œsophagiennes avec leurs complications hémorragiques, d'ascite, d'œsophagite chronique, de cancer de l'œsophage, de carcinome hépatocellulaire, de pancréatite aiguë ou chronique et de diarrhée chronique. Il est par ailleurs un facteur protecteur de cholélithiase ;

La figure suivante représente le risque relatif de décès par pathologie selon la consommation d'alcool :

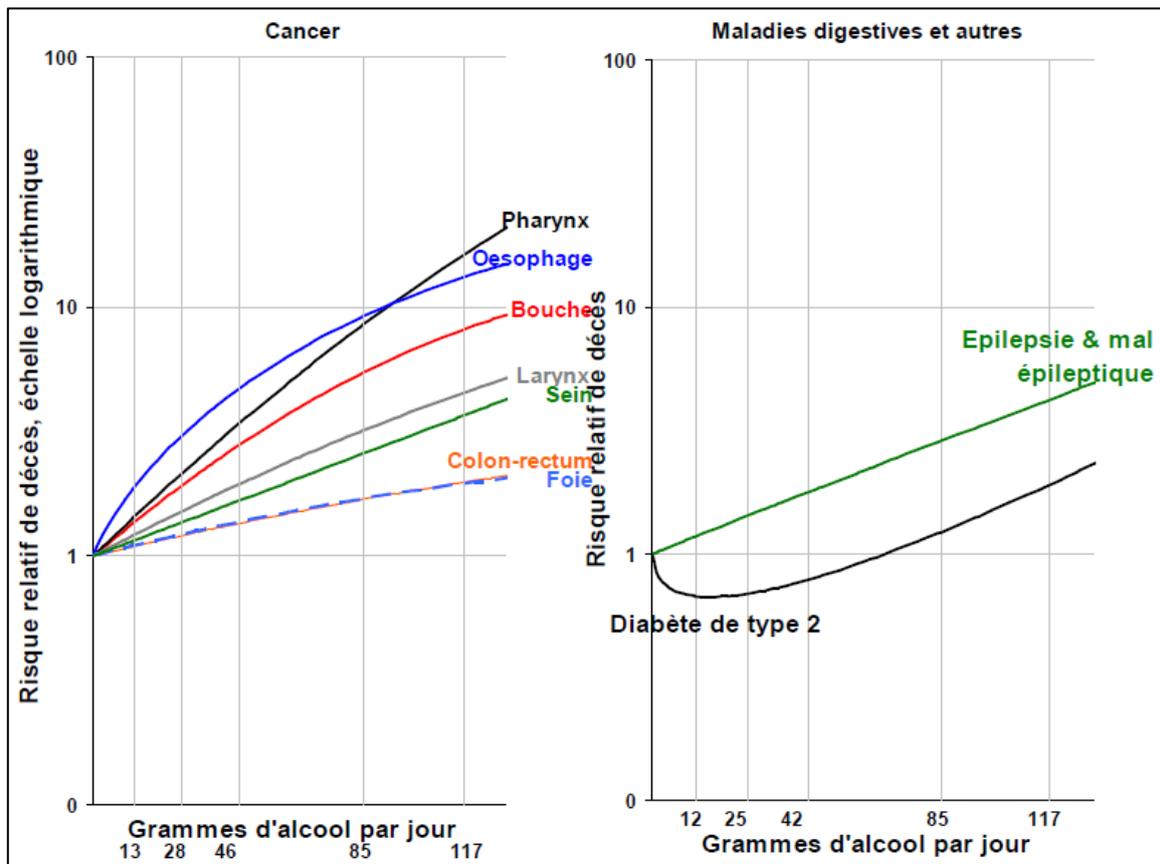


Figure 8 : Risque relatif de décès par pathologie selon la consommation d'alcool (2)

- Sur le plan des cancers : les organes les plus touchés sont les voies aérodigestives (cavité buccale, pharynx, larynx et œsophage) et le foie, de façon dose-dépendante. L'alcool est un facteur de risque de cancer du sein et de cancer colorectal ;

- Sur le plan neurologique : la prise d'alcool peut affecter l'équilibre, la marche et les fonctions cognitives. Le risque d'accident est présent même lors d'une faible consommation d'alcool puisque les facultés sensorielles et motrices commencent à être significativement affectées à un taux d'alcoolémie se situant autour de 0,3 g/l. Avant 60 ans, l'alcool est la première cause d'atteinte cognitive et la troisième cause de syndrome démentiel. L'alcool est aussi responsable de neuropathies périphériques et optique, de syndromes cérébelleux, des syndromes de Gayet-Wernicke et de Korsakoff, d'encéphalopathies (hépatique et pellagreuse), de la maladie de Marchiafava-Bignami, d'épilepsies et du delirium tremens ;
- Sur le plan psychiatrique : en premier lieu l'alcoolodépendance ; l'alcool est associé à la dépression, aux troubles affectifs, aux troubles anxieux, à la schizophrénie et au suicide ;
- Sur le plan métabolique : l'alcool est responsable d'hypoglycémies et de dyslipidémie. C'est un facteur protecteur du diabète pour des consommations modérées inférieures à deux verres par jour mais un facteur de risque au-delà ;
- Sur le plan ostéo-articulaire : l'alcool est associé à des fractures, au risque d'ostéonécrose, d'ostéoporose pour une consommation supérieure à deux verres par jour et à la myopathie alcoolique ;
- Sur le plan obstétrical : l'alcool est une cause d'aménorrhée, d'infertilité, de tératogénèse, d'avortement spontané, de malformations, de retard de croissance intra-utérin, de prématurité, de diminution du quotient intellectuel et du syndrome d'alcoolisation fœtal (annexe 1).

### 1.5.3. Les interactions médicamenteuses

L'alcool interagit avec toutes les substances psychoactives.

Il potentialise les effets de l'insuline et des médicaments hypoglycémisants.

Certains médicaments augmentent l'alcoolémie : la cyclosérine, les antihistaminiques H2 : cimétidine et ranitidine parfois, le métoprolol parfois, le vérapamil. D'autres contiennent de l'alcool. Le pic d'alcoolémie est avancé par la dompéridone et le métoprolol. En revanche, le pic est retardé par les anticholinergiques, les atropiniques et les antidépresseurs tricycliques, par un retard de la vidange gastrique.

L'alcool expose à une baisse de l'effet anticoagulant des médicaments anti-vitamine K dans le cas d'une consommation élevée chronique. En revanche, en cas d'atteinte hépatique, le risque hémorragique est augmenté.

Certains médicaments ont un effet antabuse : le disulfirame, les nitroimidazolés antibiotiques et antiparasitaires (métronidazole, secnidazole, ornidazole et tinidazole), les céphalosporines ayant une chaîne N-méthylthiotétrazole (céfazoline notamment), la céfalexine et le céfadroxil, des antifongiques imidazolés (y compris par voie locale tels que le kétoconazole), la griséofulvine, le tacrolimus oral ou en application cutanée, le cotrimoxazole, le sulfiram, la mépacrine, le glibenclamide, le glipizide, le lévamisole, la procarbazine, l'acide nicotinique, l'hydrate de chloral...

Par ailleurs, l'alcool augmente les effets du méthylphénydate, de la bromocriptine, de la carbamazépine, des statines et de l'acitrétine. Il diminue les effets des interférons, de l'isoniazide et en cas de prise chronique, du thiopental, du propofol, de la bupivacaïne et de la phénytoïne (12).

### 1.5.4. Impact global de la consommation d'alcool

La figure suivante représente l'impact de différentes drogues sur l'individu et sur son entourage :

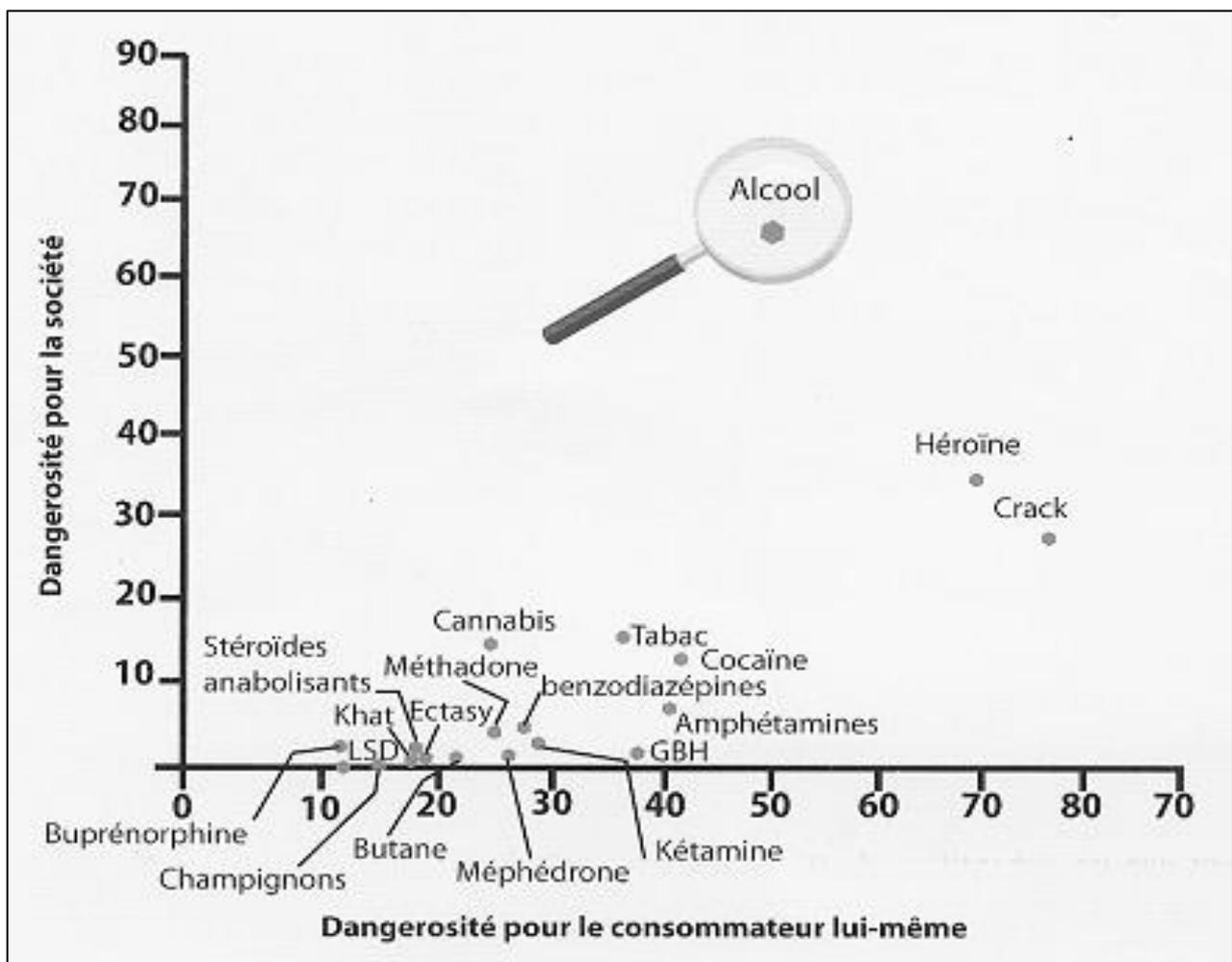


Figure 9 : L'alcool est la drogue ayant l'impact le plus important sur l'individu et son entourage (13)

L'alcool est dangereux pour le consommateur lui-même mais également pour la société, à la différence du tabac qui représente un faible danger pour la société. L'alcool est une drogue légale à distribution réglementée, accessible à l'ensemble de la population, à la différence du crack, de l'héroïne, de la cocaïne, des amphétamines, du GHB (acide GammaHydroxyButyrique, drogue de synthèse) ou autres. En France, la vente d'alcool aux mineurs est interdite. La réglementation interdit de servir des personnes manifestement ivres dans les débits de boissons pour les détenteurs d'une licence de niveau IV.

17% des admissions aux urgences concernent des troubles liés à la consommation d'alcool. En 2011, en France, 100 404 admissions aux urgences pour intoxication éthylique aiguë (1% du total des admissions) ont été enregistrées par le réseau OSCOUR.

Les consommateurs à risque sont deux fois plus victimes d'accidents impliquant des blessures.

Implication de l'alcool dans les accidents en France, en 2011 :

- 14,3% des accidents de la route (non mortels mais nécessitant une hospitalisation pour au moins une victime) ;
- 40% des accidents mortels ;
- 40% des suicides ;
- 60% des brûlures ;
- 60% des noyades ;
- 20% des accidents domestiques (3).

### **1.5.5. La mortalité**

Les trois principales causes de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool sont : la cirrhose alcoolique, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Les dernières données publiées rapportent en 2009 un nombre de 49 000 décès, tous âges confondus, liés à l'alcool, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17% par accidents ou suicides, 16% par maladie digestive et 11% pour d'autres causes (2).

Les décès liés à l'alcool sont à 75% masculins. Les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes pour la plupart des cancers ainsi que pour les accidents et suicides. Au total, 13% des décès masculins et 5% des décès féminins sont attribuables à l'alcool. La part des décès attribuables à l'alcool est la plus importante parmi les 15-34 ans (22%). La majorité des décès liés à l'alcool (60%) s'observe parmi les 65 ans et plus (annexe 2).

## **1.6. Usages de l'alcool**

### **1.6.1. Le non-usage (non consommateur)**

Il se définit par l'absence de consommation de boissons alcoolisées, il peut être primaire ou secondaire (en cas d'abstinence).

### **1.6.2. L'usage (consommateur modéré)**

Il se définit par toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est-à-dire inférieure ou égale aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

### **1.6.3. Le mésusage**

#### **1.6.3.1. Usage à risque**

La consommation d'alcool à risque ou dangereuse pour la santé est définie par un niveau, une fréquence ou un schéma de consommation non associé à un quelconque dommage médical, psychique ou social, et/ou à une dépendance, mais susceptible d'en induire un à court, moyen ou long terme. Il n'existe pas de consensus sur la quantité d'alcool absorbée comme étant à risque.

L'OMS définit la consommation à risque par une consommation moyenne régulière de 20 à 40 grammes d'alcool par jour pour les femmes et de 40 à 60 grammes d'alcool par jour pour les hommes. Les consommations inférieures sont également considérées à risque lorsqu'elles sont prises dans certaines situations : conduite de véhicule, utilisation de machines, poste de sécurité... ou en cas de risque individuel : consommation d'autres produits psychoactifs, pathologies associées, traitements médicamenteux associés, grossesse...

#### **1.6.3.2. Usage nocif ou abus**

L'alcoolisation nocive ou « à problème » est définie comme un schéma de consommation entraînant des dommages physiques, mentaux ou sociaux. L'OMS définit l'alcoolisation nocive comme étant une consommation moyenne régulière d'alcool supérieure à 40 grammes par jour pour les femmes et supérieure à 60 grammes par jour pour les hommes.

L'ivresse peut être définie comme un état, d'une durée variable, au cours duquel on observe une atteinte fonctionnelle des performances psychologiques et psychomotrices induites par la présence d'alcool dans l'organisme et ceci même si les quantités d'alcool absorbées sont très faibles.

La consommation épisodique massive correspond à une consommation d'alcool d'au moins 60 grammes d'alcool pur en une même occasion. Le terme qui est couramment employé est celui de « binge drinking » : il s'agit d'une consommation d'alcool excessive et rapide dans le seul but d'être saoul le plus vite possible.

### 1.6.3.3. Usage avec dépendance

Selon sa classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM-10 1992), l'OMS définit la dépendance à l'alcool comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool devient prépondérante sur les autres comportements auparavant prédominants chez un individu donné. La caractéristique centrale est le désir souvent puissant et parfois perçu comme impossible à surmonter de boire de l'alcool (craving), avec l'installation d'une tolérance (nécessité d'augmenter et/ou de rapprocher les prises pour obtenir le même effet). Une reprise de la consommation d'alcool après une période d'abstinence s'accompagne souvent d'une réapparition rapide des caractéristiques du syndrome d'alcoolodépendance : syndrome de manque (sueurs, tremblements, vertiges) et syndrome de sevrage.

### 1.6.4. Critères diagnostiques

- **Critères d'abus d'une substance par le DSM-IV :**

A. Mode d'utilisation d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures de travail, à l'école ou à la maison (par exemple : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absence, exclusion temporaire ou définitive de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;

2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance) ;

3. Problèmes judiciaires liés à l'utilisation d'une substance (par exemple arrestation pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;

4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres) ;

B. Les symptômes n'ont jamais atteint pour cette classe de substance les critères de dépendance (14).

- **Critères d'utilisation nocive pour la santé d'une substance selon la CIM-10 :**

1. Preuves manifestes que l'utilisation d'une substance psychoactive a entraîné (ou a contribué de façon significative) à la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y-compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles ;
2. La nature des conséquences nocives doit être clairement identifiée (et précisée) ;
3. Utilisation continue de substances psychoactives pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des douze derniers mois ;
4. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental ou d'un autre trouble du comportement, lié à la même substance pendant la même période (à l'exception d'une intoxication aiguë) (15).

- **Critères de l'alcoolodépendance selon la CIM 10 :**

Au moins trois des manifestations suivantes ont persisté conjointement pendant au moins un mois, ou, quand elles ont persisté pendant moins d'un mois, sont survenues ensemble de façon répétée au cours d'une période de douze mois (15) :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive (l'alcool) ;
2. Altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation, comme en témoigne le fait que la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que le sujet avait envisagé, ou par un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation ;
3. Survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance comme en témoigne la présence de symptômes de sevrage caractéristiques de la substance (ou d'une substance similaire) dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose ;

5. Poursuite de la consommation de la substance psychoactive malgré la présence manifeste de conséquences nocives, comme en témoigne la poursuite de la consommation malgré le fait que le sujet est effectivement conscient de la nature et de la gravité des effets nocifs, ou qu'il devrait l'être.

• **Critères de dépendance selon le DSM-IV :**

La dépendance est un mode inapproprié d'utilisation d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois (14) :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
  - Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;
2. Sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
  - La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage ;
3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé ;
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

La dépendance peut être avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (items 1 et/ou 2 présents) ; ou sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (items 1 et 2 absents).

- **Critères du trouble lié à l'usage de l'alcool selon le DSM-V :**

Dans le DSM-V (16), il s'agit d'une approche dimensionnelle (addiction plus ou moins sévère) et plus d'une approche catégorielle (usage, abus/usage nocif, dépendance) comme celle du DSM-IV.

On note la disparition des critères liés aux problèmes légaux et judiciaires et l'apparition du craving.

Il existe 11 critères avec différents niveaux de sévérité : légère, modéré, sévère (addiction légère : 2 à 3 critères remplis, modérée : 4-5, sévère :  $\geq 6$ ) :

1. Incapacité à remplir ses obligations ;
2. Usage dans des situations à risque ;
3. Problèmes sociaux ou interpersonnels liés aux substances ;
4. Tolérance ;
5. Sevrage ;
6. Désir permanent ou infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de substances ;
7. Usage plus important ou sur une période de temps plus longue que prévu ;
8. Négligence des activités importantes au profit de la substance ;
9. Importance du temps consacré à l'usage des substances ;
10. Problèmes psychologiques ou physiques liés à l'usage de substances ;
11. Craving.

### **1.6.5. Facteurs de vulnérabilité**

- D'ordre génétique : les gènes codant pour les enzymes responsables de la métabolisation de l'éthanol peuvent faire l'objet de polymorphismes, certains étant à l'origine d'enzymes ayant des niveaux d'activité différents. Ces polymorphismes contribuent à la capacité des individus à métaboliser l'éthanol. Certains peuvent aussi influencer leur capacité à consommer des boissons alcoolisées et/ou à leur vulnérabilité aux effets de l'alcool (17). Un polymorphisme génétique a été mis en évidence au niveau du gène de l'aldéhyde déshydrogénase ALDH2, essentiellement dans les populations asiatiques dans lesquelles il est déficitaire. Le déficit en ALDH2 protège des maladies liées à la consommation d'alcool dans la population générale parce qu'il entraîne une intolérance à l'alcool (7) ;

- D'ordre psychologique : les personnalités de type antisociale, limite, dépendante et anxieuse sont un facteur de vulnérabilité ;
- D'ordre environnemental : facteurs familiaux, pairs facilitateurs ou dissuasifs, statut légal du produit.

La figure suivante représente le schéma trivarié des addictions selon le modèle d'Olievenstein :

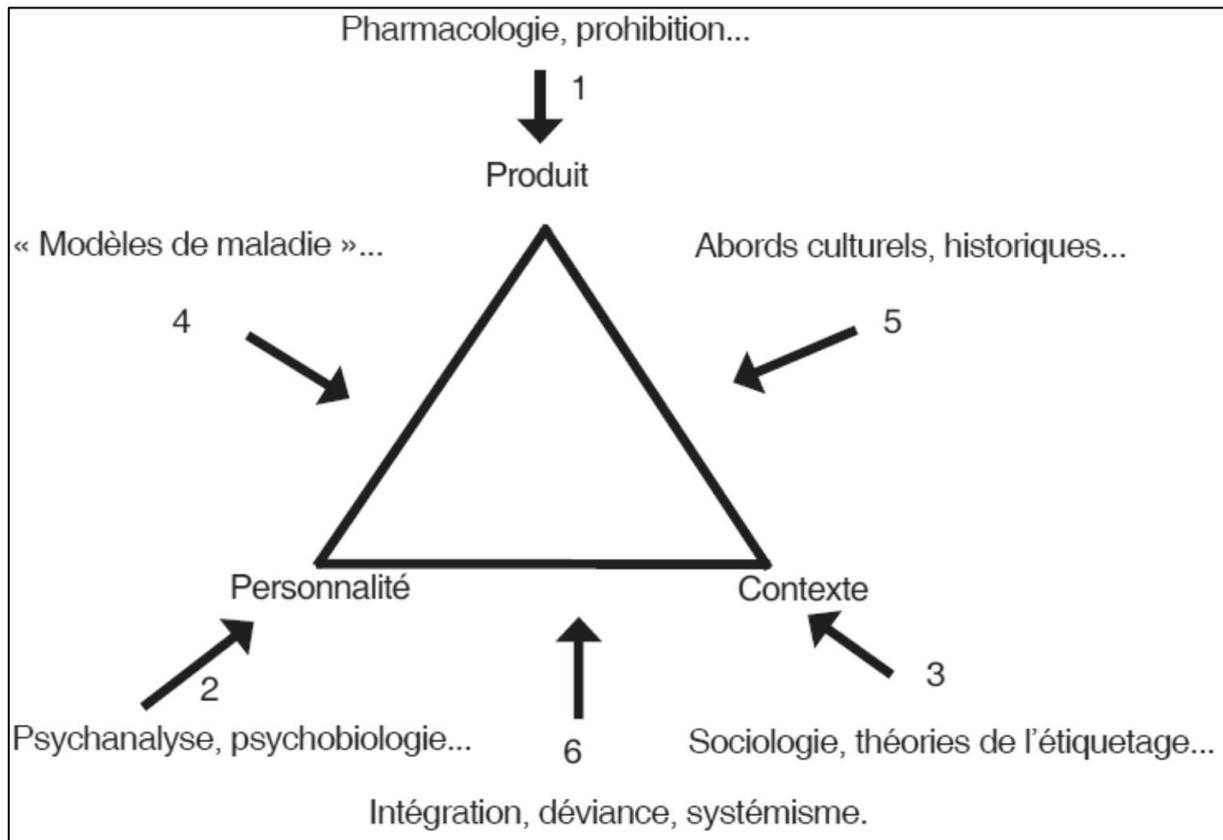


Figure 10 : Schéma trivarié des addictions : le modèle d'Olievenstein (18)

La problématique de l'alcool s'intègre toujours dans un contexte plurifactoriel, un seul élément ne peut pas résumer la pathologie et impose dans la prise en charge de s'intéresser à l'ensemble des éléments : le produit, le contexte et la personnalité.

### 1.7. Epidémiologie

Après le tabac et l'hypertension artérielle, l'alcool est le 3<sup>ème</sup> facteur de risque de morbidité et de mortalité prématurée en Europe. Il devance les risques liés à l'hypercholestérolémie et au surpoids (19).

### 1.7.1. En Europe

La consommation globale d'alcool en Europe est stable. La région européenne de l'OMS enregistre la consommation d'alcool la plus élevée au Monde. Les consommations les plus fortes se rencontrent en Europe de l'Est et en Europe centrale où elles continuent d'augmenter (3).

### 1.7.2. En France

La figure suivante représente la quantité d'alcool consommée par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 en France :

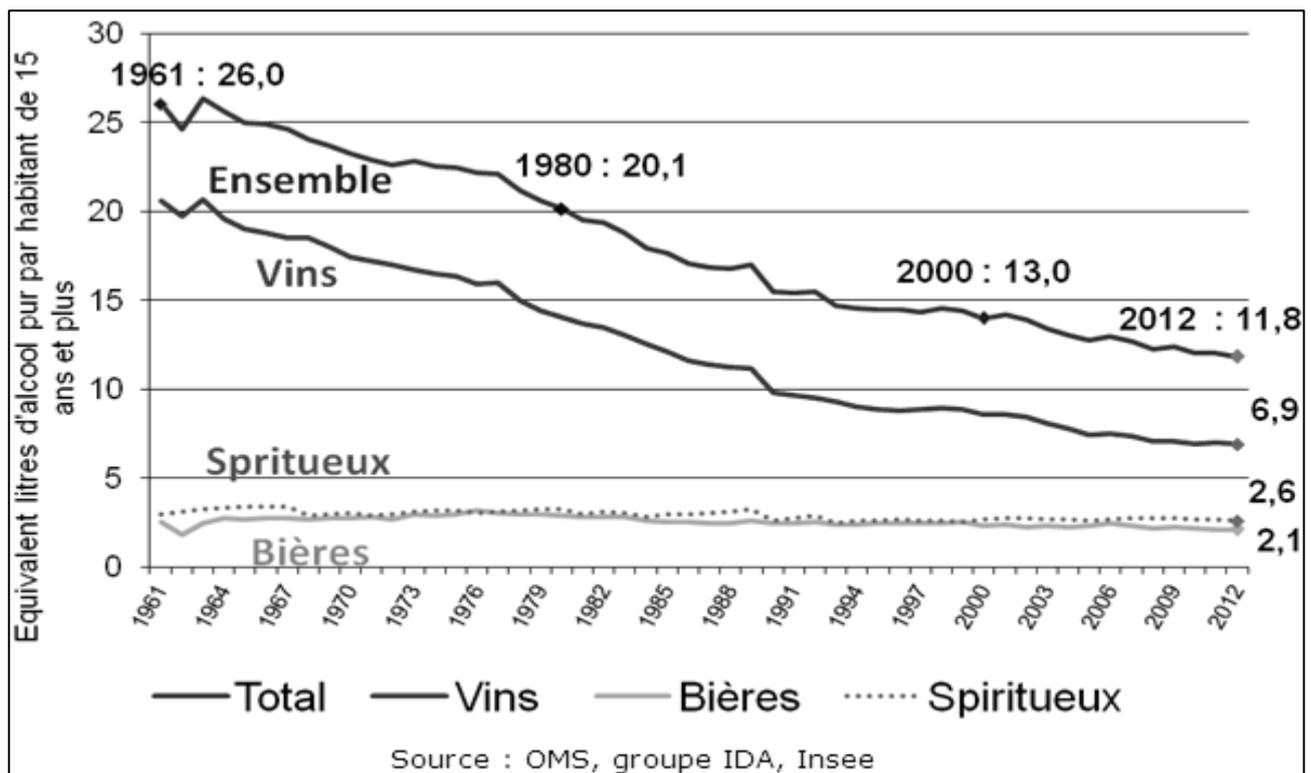


Figure 11 : Quantité d'alcool consommée par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 en France (en litres équivalents d'alcool pur) (20)

La quantité d'alcool consommée par habitant a globalement bien diminué en France depuis la moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. La consommation de vin qui était prédominante en France a été divisée par trois de 1961 à 2012 tandis que la consommation de bière et de spiritueux est restée quasiment stable en 50 ans.

En 1970, en France, les personnes âgées de 15 ans et plus buvaient en moyenne près de 22 litres d'alcool pur par an (soit 48 grammes d'alcool par jour), niveau le plus élevé au Monde. En 2009, ce niveau se situait un peu au-dessus de la moyenne observée dans l'Union européenne (11,8 litres par an et par personne de 15 ans et plus, soit 26 grammes par jour) (21).

En 2010, parmi les 18-75 ans, 12% des personnes interrogées déclaraient avoir bu de l'alcool tous les jours au cours des douze derniers mois, 37% au moins une fois par semaine et 38% moins souvent. Par ailleurs, 13% des personnes interrogées disaient ne pas en avoir bu durant la dernière année. Les hommes sont trois fois plus nombreux à en consommer quotidiennement (18% contre 6%) et 64% d'entre eux déclarent une consommation hebdomadaire, contre 35% des femmes. L'alcoolisation, surtout quand elle est quotidienne, concerne surtout des personnes de 45 ans et au-delà. Plus l'âge s'élève, plus les écarts de prévalence entre hommes et femmes augmentent.

La boisson alcoolisée la plus consommée en France reste le vin. Ainsi, 39% des personnes interrogées déclarent en avoir une consommation hebdomadaire, 19% pour la bière et 16% pour les alcools forts. Les consommations de vin augmentent avec l'âge quel que soit le niveau d'usage : sa consommation quotidienne concerne ainsi 0,6% des 18-25 ans et 27,5% des 65-75 ans.

La figure suivante représente l'évolution des modes de consommation d'alcool selon l'âge en France en 2010 :

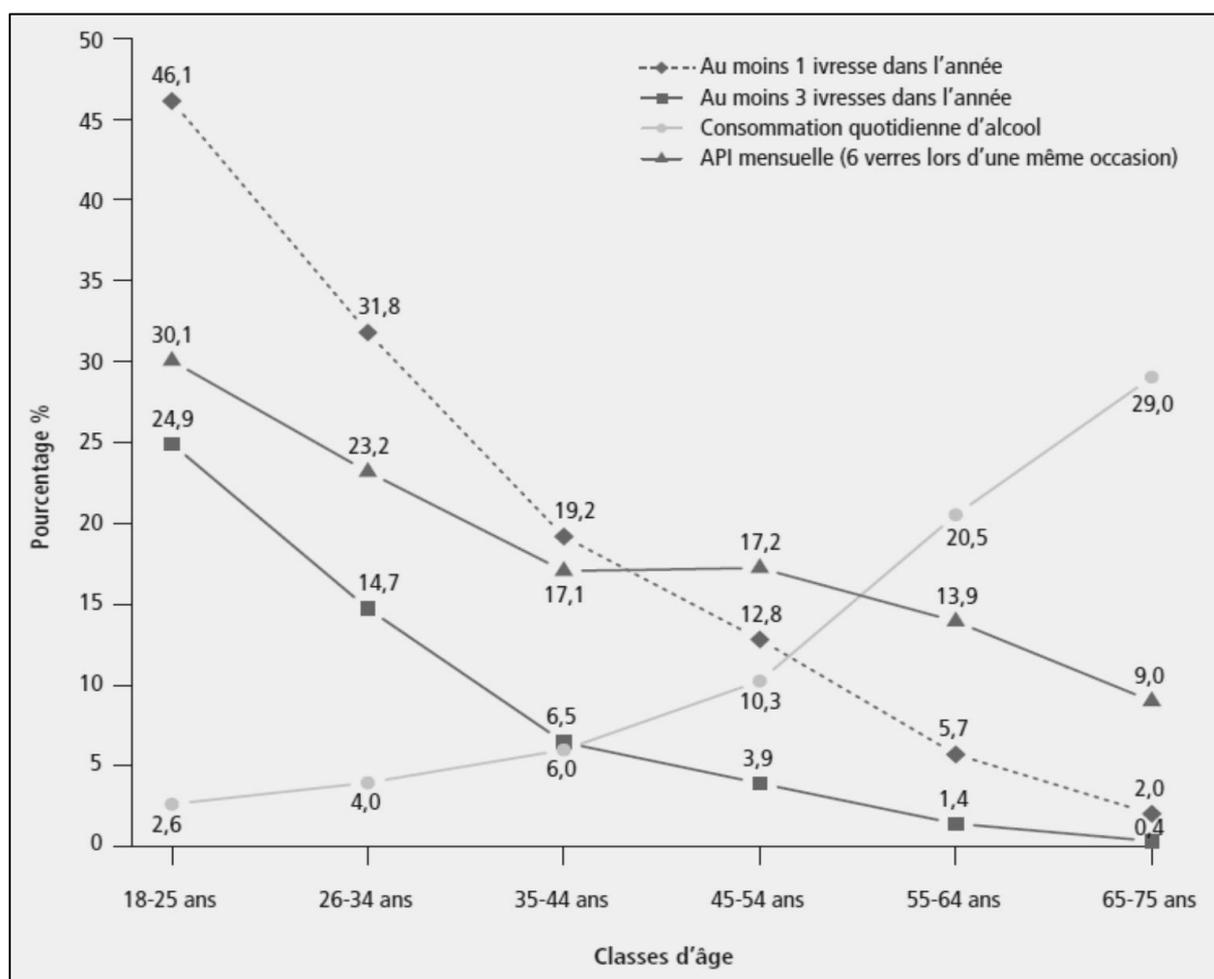


Figure 12 : Evolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des épisodes d'API selon l'âge en France, en 2010 (22)

Les épisodes d'API (consommation en une même occasion d'au moins six verres de boissons alcoolisées) ont également été documentés. Plus d'un tiers des adultes interrogés (36%) déclarent au moins un épisode au cours de l'année écoulée : 52% des hommes déclarent un tel épisode au cours de l'année, contre 21% des femmes. Ce sont plutôt les hommes de moins de 35 ans qui paraissent les plus concernés (64%), alors que chez les femmes la prévalence est maximale chez les 20-25 ans (40%).

La survenue d'une ivresse au cours de l'année écoulée concerne 19% des adultes. Les ivresses régulières (au moins dix fois dans l'année) représentent pour leur part 3% des personnes interrogées. Les ivresses s'avèrent aussi nettement plus masculines : 27% des hommes contre 11% des femmes sont concernés. Pour les personnes qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 6,6 avec là encore une nette prédominance masculine (7,7 versus 3,8 chez les femmes).

La baisse des usages quotidiens de boissons alcoolisées, observée depuis plusieurs décennies, est confirmée par les données du Baromètre santé 2010. Elle est passée de 16% en 2005 à 12% en 2010, avec une stabilisation des niveaux de consommation occasionnelle (hebdomadaire ou moins fréquente).

La consommation à risque ponctuel diminue avec l'âge, tandis que la consommation à risque chronique, importante chez les jeunes (14% parmi les 18-25 ans), diminue jusqu'à 45 ans (7% parmi les 35-44 ans), puis augmente au-delà (9% chez les 65-75 ans).

Les épisodes d'ivresse au cours de l'année augmentent globalement (de 15% en 2005 à 19% en 2010), et ce dans toutes les classes d'âge et quel que soit le genre. Cependant, l'ampleur de la hausse a été plus importante chez les jeunes de 18 à 34 ans et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, pour qui les niveaux ont le plus nettement augmenté : leur consommation ponctuelle de quantités importantes est passée de 30 à 42% entre 2005 et 2010 et l'ivresse au cours de l'année de 20 à 34%.

La hausse des usages à risque ponctuel et chronique apparaît, là encore, marquée chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (41% en 2010 versus 29% en 2005). Chez les hommes de 26 à 34 ans, les usages à risque chronique marquent également une hausse (23).

### **1.7.3. En Limousin**

En 2000, la proportion de consultants en médecine générale présentant un profil à risque avec ou sans dépendance vis-à-vis de l'alcool est de 30% chez les hommes de la région (30,5% en France) et de 5,4% chez les femmes (8,4% au niveau national).

Pour les hommes comme pour les femmes, la proportion de consultants présentant un profil à risque avec dépendance est plus faible qu'au niveau national (6% des hommes et 1% des femmes).

L'alcool est responsable de 13,8% des décès entre 35 et 64 ans. Il existe une surmortalité masculine par psychose alcoolique et alcoolisme, une sous-mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures chez les hommes et une sous-mortalité par cirrhose du foie chez les femmes en comparaison avec le niveau national.

Dans l'enquête « Prévalence des problèmes d'alcool en médecine générale » en Limousin en 2000 : 3,6% des femmes et 21,3% des hommes enquêtés présentaient un profil à risque sans dépendance. 1,7% des femmes et 7,9% des hommes présentaient un profil à risque avec dépendance (24).

### 1.8. Prévention

Pour l'OMS, il s'agit de « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

La prévention primaire est « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas ».

La prévention secondaire a pour objectif de « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population ». Elle recouvre les actes destinés à agir au début de l'apparition d'un trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

La prévention tertiaire a pour objectif de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

La figure suivante représente la pyramide des dépendances :

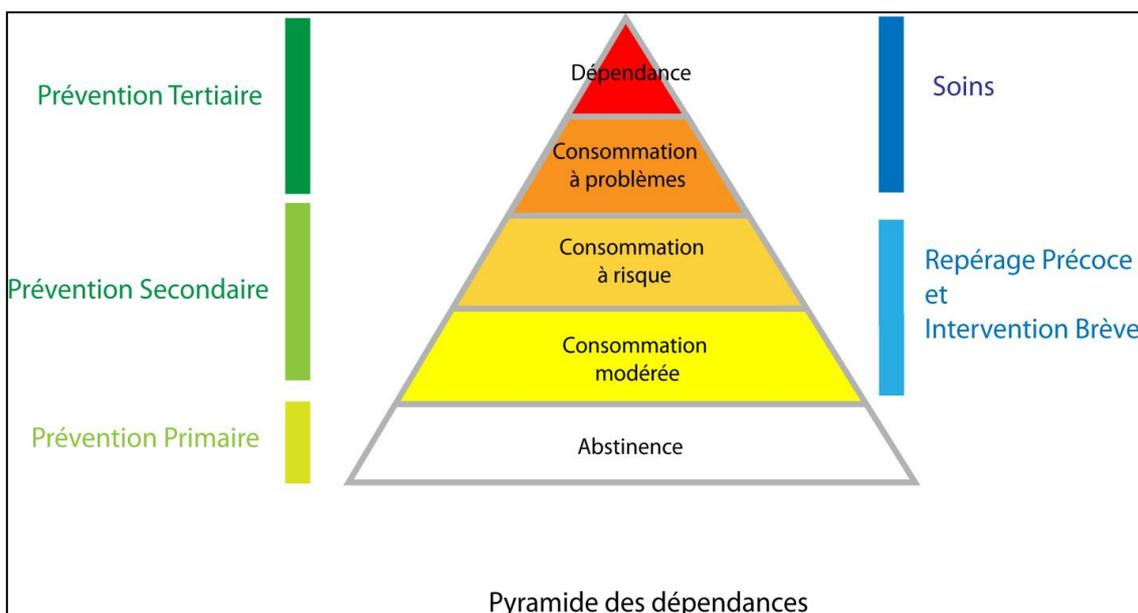


Figure 13 : La pyramide des dépendances (25)

## **1.9. Prise en charge de la consommation problématique d'alcool**

### **1.9.1. Le dépistage des comorbidités et des complications**

Il peut s'agir d'un patient sans suivi médical depuis plusieurs années.

Le patient peut présenter plusieurs addictions : tabac, cannabis, morphiniques...

Il sera orienté par l'interrogatoire et par l'examen clinique minutieux du patient : examen cardio-vasculaire, examen des voies aéro-digestives, examen abdominal à la recherche d'une hépatosplénomégalie notamment, examen pulmonaire, neurologique. Un entretien sur la situation sociale est indispensable. L'état vaccinal devra être contrôlé.

Un bilan biologique orienté avec par exemple : numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme sanguin, créatininémie, transaminases, gamma-glutamyl-transférase, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, glycémie à jeun, exploration d'une anomalie lipidique, uricémie, transferrine carboxy déficiente (CDT), et des examens complémentaires de première intention de type échographie hépatique ou radiographie pulmonaire.

### **1.9.2. L'intervention brève**

Les interventions en médecine générale destinées aux patients ayant une consommation d'alcool dangereuse ou problématique réduisent leur consommation d'alcool, les troubles (26) et la mortalité liés à cette consommation (27). Une intervention brève chez les buveurs excessifs a épargné la moitié des décès qui se produisaient dans le groupe témoin sans intervention, à 6 ans de suivi dans l'étude communautaire de « Malmo » (28).

Une intervention brève peut inclure les éléments suivants : restituer au patient les résultats du test de repérage en lui indiquant que sa consommation correspond à la catégorie « consommation à risque », l'informer sur les risques particuliers qu'il encourt s'il continue à consommer de l'alcool de cette manière, lui faire choisir un objectif de changement de comportement, le conseiller sur les limites à ne pas dépasser recommandées par l'OMS (moins de 210 grammes d'alcool par semaine pour les hommes et moins de 140 grammes d'alcool par semaine pour les femmes) et l'encourager.

Les interventions brèves devraient être proposées aux patients de sexe masculin qui obtiennent entre 16 et 19 au questionnaire AUDIT ou qui consomment 350 grammes d'alcool ou plus par semaine ainsi qu'aux patientes ayant obtenu entre 16 et 19 au questionnaire AUDIT ou qui consomment 210 grammes ou plus d'alcool par semaine. Même si certains patients ayant obtenu entre 16 et 19 au questionnaire AUDIT correspondent aux critères d'alcoolodépendance, ils peuvent tirer bénéfice des relations d'aides brèves proposées.

La relation d'aide brève peut inclure les éléments suivants : donner un conseil bref sur ce qui a été dit précédemment, évaluer et personnaliser le conseil en fonction du stade de changement dans lequel se situe le patient.

En se référant au modèle de Prochaska et DiClemente, nous pourrions proposer une information brève plus personnalisée :

- Si le patient se trouve au stade de pré-intention, il faudra se concentrer sur les résultats du test de repérage afin de l'aider à prendre conscience de son problème, l'encourager à agir ;
- Si le patient a déjà pensé à agir, l'accent devra être mis sur les avantages qu'il pourrait tirer de cette action, sur les risques à repousser l'action et sur la manière de commencer ;
- Si le patient est déjà conscient de son problème, s'il est prêt à agir, l'accent sera mis sur le choix des objectifs à atteindre et sur son engagement.

Il s'agira enfin de suivre le patient et de lui proposer des stratégies de maintien du nouveau comportement en apportant un soutien, un « feedback » et une aide pour fixer, atteindre et maintenir les objectifs de diminution de consommation d'alcool réalistes définis dès le début du déroulement de la relation d'aide.

### 1.9.3. L'entretien motivationnel

C'est une approche semi-directive centrée sur le patient, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque à changer en explorant et en résolvant l'ambivalence.

La figure suivante représente le cycle de Prochaska et DiClemente :

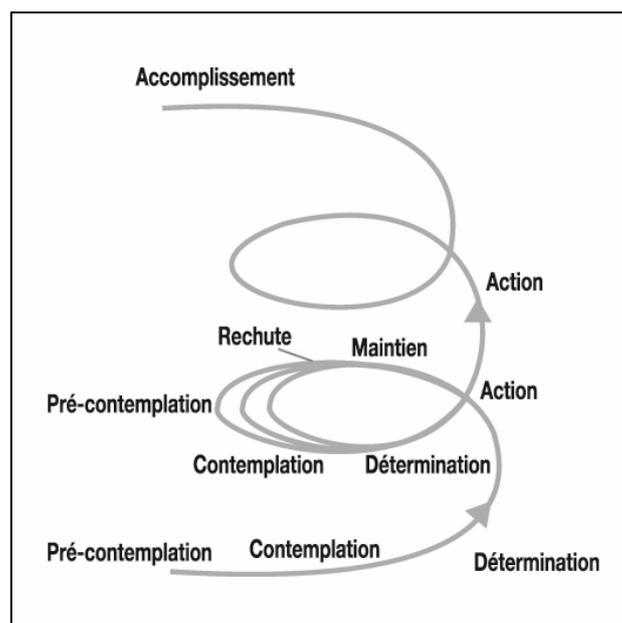


Figure 14 : Cycle de Prochaska et DiClemente (29)

- Le stade de pré-contemplation correspond à un sujet qui n'a aucune intention de changer son comportement et n'est pas, globalement, conscient de son problème (exemple : le patient dit qu' « il n'a pas de problème avec l'alcool ») ;
- Le stade de contemplation correspond à un sujet qui est conscient de l'existence d'un problème et qui pense sérieusement à le régler mais qui n'a pas encore décidé d'agir (exemple : « j'arrête quand je veux ») ;
- Le stade de détermination correspond à un sujet qui envisage une action dans les prochains mois et a tenté une action sans réussite dans l'année passée. Il se prépare à l'action par des tests de modification de son comportement (exemple : « il faudrait que j'arrête ») ;
- Le stade d'action correspond à un individu qui modifie son comportement avec réussite face à la dépendance sur une période de 1 jour à 6 mois (exemple : « je souhaite arrêter, j'ai besoin d'aide ») ;
- La phase de maintien correspond à un sujet qui s'efforce de prévenir une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action ; pour certains, cette phase dure toute la vie et correspond alors à la phase d'achèvement (on va repérer les situations à risque) ;
- En cas de rechute, le patient repasse par la phase de détermination ou celle de contemplation et exceptionnellement par la phase de pré-contemplation. Au fur et à mesure des tentatives de sevrage, les chances de réussite augmentent.

Cet entretien va permettre de repérer le stade du patient, mais aussi de mettre le patient en face de ses propres contradictions, de lui faire prendre conscience de sa situation, de l'amener à peser les avantages et les inconvénients du maintien du comportement ou du changement de comportement. Il permet de travailler sur les résistances du patient qui ne souhaite pas changer.

## **1.9.4. Le sevrage**

### **1.9.4.1. Définition**

Le sevrage se définit comme l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez l'alcoolodépendant.

### **1.9.4.2. Indications**

Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage intégré dans un projet thérapeutique dont les objectifs doivent être précisés avec le patient.

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstinence complète et durable d'alcool (30).

La programmation d'un sevrage se conçoit, sans urgence, avec un patient prêt à s'impliquer dans un projet élaboré et négocié avec lui, projet dont le sevrage n'est que la première étape.

L'origine de la demande peut émaner de l'entourage (famille, employeur, instances judiciaires...) : dans ce cas, il faudra évaluer l'implication du patient dans cette demande.

Enfin, le sevrage peut s'avérer urgent, dans certaines situations sociales, somatiques (troubles cognitifs sévères et évolutifs, femmes enceintes, hépatopathies sévères...) ou psychiatriques (troubles anxieux et/ou dépressifs sévères, troubles du comportement...), il ne peut alors être réalisé qu'en milieu sécurisé dans le cadre d'une hospitalisation.

Certains patients ont des antécédents de sevrages multiples, certains de ces sevrages ont été réalisés dans de mauvaises conditions ou de façon non préparée ; il n'y a pas là de contre-indication à un nouveau sevrage, sous réserve d'une évaluation précise de la motivation et des conditions de ce sevrage.

Néanmoins, l'hyperexcitabilité cérébrale, liée à la répétition de sevrages mal gérés, peut être délétère sur le plan des fonctions cognitives (d'où la prescription de benzodiazépines et la préparation attentive du projet).

#### **1.9.4.3. Contre-indications**

L'épilepsie et l'échec de sevrages antérieurs sont des contre-indications au sevrage ambulatoire. Le sevrage hospitalier est toujours une possibilité.

Des non-indications au sevrage immédiat sont à respecter :

- Absence totale de demande et de motivation du sujet ;
- Situation de crise (affective, sociale, professionnelle), sans évaluation correcte des avantages et inconvénients des conduites d'alcoolisation et de l'abstinence ;
- Absence de projet thérapeutique (évaluation, objectif, programme) et de projet social.

Ceci n'empêche pas la prise en charge de l'accompagnement du patient dans une perspective de sevrage ultérieur.

#### **1.9.4.4. Modalités du sevrage ambulatoire**

Il permet la poursuite de l'activité professionnelle et le maintien des relations familiales et sociales, il est souvent mieux accepté que l'hospitalisation et il favorise une implication active du patient et de son entourage.

Il repose sur trois éléments principaux :

- L'information du patient et si possible d'une personne qu'il aura désigné : l'explication du déroulement du sevrage et de son suivi améliore le confort du patient et permet de réduire les doses de benzodiazépines ;
- L'hydratation doit être suffisante (1,5 à 2 litres par jour), mais sans hyperhydratation qui peut être nocive ;
- La prescription de benzodiazépines est le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique. Elles réduisent l'incidence, la sévérité et les complications du syndrome de sevrage. Les benzodiazépines à demi-vie intermédiaire (30 heures) comme le diazépam, préviennent mieux les crises convulsives (meilleure protection en cas de mauvaise observance). La voie orale doit être préférentiellement utilisée. Deux schémas types de prescription sont possibles : la prescription de doses fixes réparties sur 24 heures : en général de 2 à 4 comprimés de 10 mg par jour pendant deux à trois jours, puis réduction en quatre à sept jours et arrêt ; une modalité facile d'emploi consiste à prescrire six comprimés à 10 mg de diazépam le premier jour en diminuant d'un comprimé par jour jusqu'à l'arrêt ; la vigilance doit être particulièrement surveillée les premiers jours. D'autres anxiolytiques peuvent être prescrits dans ce cadre, notamment l'oxazépam en cas d'insuffisance hépatique.

Concernant les compléments vitaminiques :

- Il est nécessaire d'administrer de la thiamine (vitamine B1) per os à 500 mg par jour. A distance du sevrage, l'arrêt de la vitaminothérapie doit être envisagé en fonction de l'évolution clinique ;
- La prescription concomitante de pyridoxine (vitamine B6) est indiquée à 500 mg par jour mais ne doit pas être prolongée à cause d'un risque de neuropathies ;
- En cas de prescription simultanée de B1 et de B6, il est conseillé d'associer la vitamine PP en tant que cofacteur (31).

Des consultations répétées doivent être programmées, au moins deux : au bout de 3 jours et au bout d'une semaine pour objectiver la fin du sevrage.

#### **1.9.4.5. Le syndrome de sevrage**

Il s'agit de manifestations symptomatiques survenant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Ces manifestations traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique.

Le syndrome associe de façon variable plusieurs types de manifestations :

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

La figure ci-dessous répertorie les éléments de l'index de Cushman :

Échelle de Cushman.				
	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

\* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).  
 \*\* Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

**Score et intensité**

0-7 : minime                      8-14 : moyenne                      15-21 : sévère

Source : Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.

Figure 15 : Index de Cushman (32)

L'index de Cushman permet une évaluation de la gravité clinique du patient présentant un syndrome de sevrage.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut se compliquer :

- De signes confusionnels ;
- D'hallucinations ;
- D'hyperthermie ;
- De convulsions ;
- De delirium tremens : il s'agit d'un grand syndrome d'agitation psychomotrice, confuso-onirique alliant troubles de la conscience avec confusion mentale, désorientation temporospatiale, tremblements intenses généralisés prédominant aux extrémités et à la langue, hypertonie oppositionnelle, délire hallucinatoire à prédominance visuelle, et des signes généraux en lien avec la gravité : sueurs profuses, tachycardie, HTA, diarrhée, nausées, vomissements, hyperthermie, signes de déshydratation.

Sur le plan biologique, il existe une hypernatrémie, une augmentation de l'hématocrite et de la protidémie avec une insuffisance rénale fonctionnelle. Il survient brutalement ou est précédé des signes précédents. Il peut être favorisé par une intervention chirurgicale, une infection ou le stress (33). Il s'agit d'une urgence thérapeutique.

Le syndrome est résolutif, spontanément ou sous traitement, en 2 à 5 jours.

### **1.9.5. Le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute**

#### **1.9.5.1. Le soutien psychosocial**

Trois méthodes (thérapie inspirée par le programme des « Alcooliques Anonymes », thérapie comportementale et cognitive, thérapie motivationnelle renforcée par l'entourage) ont été comparées dans un essai dit « Match » aux Etats-Unis à la fin des années 1990 : après un an de traitement, un tiers environ des patients étaient abstinents de façon durable sans différence statistiquement significative entre les trois traitements (34). Les patients qui ont rechuté, avaient consommé de l'alcool moins souvent et en moindre quantité que ce qu'ils consommaient avant d'entrer dans l'essai.

##### **1.9.5.1.1. La « thérapie motivationnelle renforcée »**

Il s'agit d'une variante de l'entretien motivationnel, méthode comportementaliste brève, sur plusieurs séances, visant à responsabiliser le patient, à le convaincre de sa capacité à contrôler lui-même ses envies d'alcoolisation, à l'encourager à développer une stratégie pour y parvenir (35).

##### **1.9.5.1.2. La thérapie motivationnelle renforcée par l'entourage**

Il s'agit de repérer les personnes susceptibles d'entourer le patient, de les motiver à l'aider, de les former à ce projet d'aide et de préparer l'avenir.

##### **1.9.5.1.3. Les entretiens familiaux et/ou thérapie familiale**

Il est souvent nécessaire de proposer une prise en charge avec la famille ou les proches du fait du retentissement qui existe souvent depuis des années sur l'équilibre familial.

##### **1.9.5.1.4. Les thérapies comportementales et cognitives**

Les thérapies comportementales et cognitives sont l'application de la psychologie scientifique. Elles suivent une démarche de résolution de problème. Elles ont l'ambition d'expliquer les dysfonctionnements de l'individu dans le but de les guérir.

La personne apprendra à analyser son problème tout en prenant en compte ses causes historiques. Le patient devra effectuer des exercices comportementaux, cognitifs, émotionnels et corporels (36).

Elles proposent un ensemble d'outils : repérage des situations à risque, exposition au stimulus (l'alcool), entraînement pour éviter la reprise de l'alcoolisation, renforcement individuel ou communautaire du choix d'abstinence et des moyens mis en œuvre pour y arriver.

Elles permettent également de prendre en charge les troubles psychiatriques quand ils sont associés à la consommation d'alcool (troubles anxieux, dépression, stress post traumatique...).

#### **1.9.5.1.5. Les autres thérapies**

Les objectifs de ces techniques sont d'aider la personne à supporter ses symptômes et/ou ses problèmes généraux et d'apporter un soutien moral. Les principales techniques sont : les thérapies de soutien, les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose, la psychanalyse...

D'autres techniques utilisent la respiration et le corps pour la gestion du stress, l'autocontrôle des manifestations physiques et psychiques de l'angoisse, la maîtrise des réactions émotionnelles : la relaxation, le yoga, la sophrologie...

#### **1.9.5.1.6. Les mouvements d'entraide**

Ils doivent être impliqués dès le temps du sevrage (30). La rencontre des patients alcoolodépendants avec un mouvement doit être proposée (37). En voici quelques-uns :

- Alcooliques Anonymes (AA) ;
- La Croix bleue ;
- Association stop à l'alcool ;
- Al Anon/Alateen France ;
- Vie libre ;
- Alcool assistance ;
- Fédération Française Interprofessionnelle pour le Traitement et la Prévention de l'Alcoolisme et autres Toxicomanies (FITPAT) ;
- Alcool Ecoute Joie et Santé ;
- Interface ;
- Unité pour la Recherche et les Soins en Alcoologie (URSA) ;
- Revivre ;
- Amis de la santé ;
- Amitié La Poste France Télécom.

### 1.9.5.1.7. Le « traitement en 12 étapes »

Il vise à informer, à renforcer le projet d'abstinence, à faire partager les difficultés rencontrées et à aider à un « rétablissement spirituel ». Pratiqué en groupe et inspiré de l'association des « Alcooliques Anonymes ». Il vise l'abstinence définitive.

### 1.9.5.2. Traitements médicamenteux

#### 1.9.5.2.1. Le disulfirame

<b>Disulfirame ESPERAL® (38)</b>	
Présentation	Comprimé de 500 mg
Indication	Adjuvant dans la prévention des rechutes au cours de l'alcoolodépendance
Mécanisme d'action	Inhibiteur de l'acétaldéhyde déshydrogénase Elévation de la concentration en acétaldéhyde Manifestations déplaisantes : bouffées congestives du visage, nausées et vomissements, sensation de malaise, tachycardie, hypertension
Posologie	1 comprimé par jour
Contre-indications	Hypersensibilité au disulfirame Insuffisance hépatique sévère Insuffisance rénale Insuffisance respiratoire sévère Diabète Atteintes neuropsychiques Atteinte cardiovasculaire Prise de boissons alcoolisées ou de médicaments contenant de l'alcool depuis moins de 24 heures
Effets indésirables	Nausées, vomissements, diarrhées, arrière-goût métallique dans la bouche, mauvaise haleine, céphalées, somnolence Polynévrites des membres inférieurs, névrites optiques Elévation des transaminases
Durée	Non précisée
Remarques	L'effet antabuse peut persister une semaine après l'arrêt du traitement. Il nécessite un proche superviseur.
Efficacité	Succès de 56 % (contre 39 % chez les témoins) (39).

Tableau 1 : Le disulfirame (40)

### 1.9.5.2.2. La naltrexone

<b>Naltrexone (REVIA®) (38)</b>	
Présentation	Comprimé de 50 mg
Indication	Traitement de soutien dans le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolodépendants
Mécanisme d'action	Antagoniste des opiacés, elle agit par compétition stéréospécifique avec la morphine et les opiacés sur les récepteurs localisés principalement dans le système nerveux central et périphérique ; il a été montré, chez des rats, que l'alcool entraîne une sécrétion d'opiacés endogènes qui met en jeu le système limbique, la naltrexone bloquerait ce phénomène de renforcement
Posologie	1 comprimé par jour
Contre-indications	Hypersensibilité à la naltrexone Insuffisance hépatocellulaire sévère ou hépatite aiguë Sujet en état de dépendance aux opiacés en raison du risque d'apparition d'un syndrome de sevrage aigu Présence de symptômes de sevrage aux opiacés Méthadone
Effets indésirables	Nervosité, anxiété, insomnie Douleur abdominale, nausées, vomissements Arthralgie, myalgie Asthénie
Durée	Durée limitée à 3 mois
Remarques	Ce n'est pas un antidote. Il ne provoque pas de réaction de type antabuse en cas de consommation d'alcool.
Efficacité	N'est pas efficace pour la recherche d'abstinence mais est intéressant pour éviter les dérapages vers des consommations à risque (> 3 verres). Réduit le risque de consommation massive d'alcool (RR 0,83 [IC 95% 0,76 à 0,90]) et le nombre de jours d'alcoolisation d'environ 4 % (RR -3,89 [IC 95% -5,75 à -2,04]) (41).

*Tableau 2 : La naltrexone (42)*

### 1.9.5.2.3. L'acamprosate

<b>Acamprosate (AOTAL®) (38)</b>	
Présentation	Comprimé gastro-résistant de 333 mg
Indication	Maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant
Mécanisme d'action	Stimule la neuromédiation inhibitrice GABAergique et antagonise l'action des acides aminés excitateurs
Posologie	Sujet > 60 kg : 2 comprimés matin, midi et soir Sujet < 60 kg : 2 comprimés le matin, un à midi et un le soir
Contre-indications	Hypersensibilité à l'acamprosate Insuffisance rénale Femme qui allaite
Effets indésirables	Diarrhées, nausées, douleurs abdominales Diminution de la libido
Durée	Durée recommandée de un an
Remarques	Il doit être instauré dès que possible après l'arrêt de la consommation d'alcool. Une ré-alcoolisation épisodique ne contre-indique pas le maintien du traitement. Administration de préférence en dehors des repas si la tolérance digestive est bonne.
Efficacité	N'est efficace que dans la recherche d'abstinence. Réduit significativement le risque de consommer de l'alcool (à 12 mois, succès de 27% contre 13 % sous placebo) (RR 0,86 [IC 95% 0,81 à 0,91]) et augmente significativement la durée cumulée d'abstinence (RR 10,94 [IC 95% 5,08 à 10,81]) (43).

Tableau 3 : L'acamprosate (44)

### 1.9.5.3. Un cas particulier : le baclofène

Médicament actuellement en RTU (45).

#### 1.9.5.3.1. Critères de prescription

- Sujets âgés de 18 ans et plus, présentant une alcoolodépendance selon les critères du DSM IV (consommation à haut risque durant les trois derniers mois selon les normes OMS) ;
- Sujets ayant été informés de l'usage hors AMM du produit et des risques potentiels ;

- Après échec de tentatives de maintien de l'abstinence ou de réduction de la consommation d'alcool avec les traitements ayant l'AMM pour ces indications ;
- Sujets ayant une contraception efficace pour les femmes en âge de procréer ;
- Le traitement par baclofène doit être associé au suivi psychosocial décidé par le médecin.

Pour les patients déjà traités avant la mise en place de la RTU à des posologies > 180 mg/jour, un avis collégial au sein d'un CSAPA ou d'un service hospitalier spécialisé en addictologie est recommandé.

### **1.9.5.3.2. Contre-indications à l'initiation d'un traitement par baclofène**

- Prise concomitante d'un ou plusieurs médicaments d'aide au maintien de l'abstinence ou à la réduction de la consommation d'alcool (en cas de prise antérieure, ces médicaments doivent être arrêtés depuis au moins 15 jours) ;
- Comorbidité psychiatrique (psychose, notamment schizophrénie, psychose maniaco-dépressive et dépression d'intensité sévère) ; les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux jugés d'intensité modérée ne constituent pas un critère de non prescription mais nécessitent une consultation psychiatrique avant et pendant le traitement ;
- Insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire sévère ;
- Epilepsie ou antécédents de crises comitiales ;
- Maladie de Parkinson ;
- Insuffisance hépatique sévère ;
- Porphyrurie ;
- Intolérance au baclofène ou à un de ses excipients ou allergie au blé ;
- Addiction à d'autres substances addictives que le tabac et l'alcool ;
- Conducteurs de véhicule (notamment voiture, deux roues) ou utilisateurs de machines au cours de la phase de titration de la posologie ;
- Femmes enceintes ;
- Situation sociale rendant le suivi aléatoire.

### **1.9.5.3.3. Posologie**

La progression posologique suivante est recommandée :

- Commencer par un demi comprimé de baclofène 10 mg trois fois par jour
- Puis ½ + ½ + 1 (2-3 jours),
- Puis ½ + 1 + 1 (2-3 jours),
- Puis 1 + 1 + 1 (2-3 jours),
- Puis augmenter d'un comprimé tous les 3 jours jusqu'à apparition de l'effet du baclofène.

A partir de la dose de 120 mg/jour, le prescripteur doit solliciter l'avis d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'alcoolodépendance (un psychiatre, un addictologue ou un médecin exerçant dans un CSAPA).

Toute posologie supérieure ou égale à 180 mg/jour, ou supérieure ou égale à 120 mg/jour pour les patients âgés de plus de 65 ans, nécessitera un avis collégial au sein d'un CSAPA ou d'un service hospitalier spécialisé en addictologie.

La dose maximale de 300mg/jour ne devra pas être dépassée.

Si des effets indésirables apparaissent (un des plus fréquents étant par exemple la somnolence), la progression posologique sera ralentie en augmentant la durée des plateaux jusqu'à une semaine en attendant la disparition des signes.

La posologie peut être diminuée en fonction de la tolérance au cours du suivi, par exemple de 10 ou 15 mg tous les 2 jours. En cas d'atteinte stabilisée de l'objectif thérapeutique, une réduction de doses devra être envisagée. En cas d'arrêt de traitement, une réduction progressive des doses devra être respectée.

L'ordonnance doit comporter la mention « prescription hors AMM » et est rédigée pour un mois maximum.

### **1.9.6. Place de la réduction de la consommation d'alcool**

#### **1.9.6.1. Intérêt**

La réduction de consommation d'alcool apporte une alternative à la prise en charge classique comportant un arrêt net de la consommation d'alcool. Il permet d'introduire un patient plus précocement dans le soin si celui-ci n'est pas prêt à arrêter complètement sa consommation.

La figure suivante représente le nombre de décès attribuables et non attribuables à l'alcool, par classe de dose et par sexe, pour les causes autres que les causes externes :

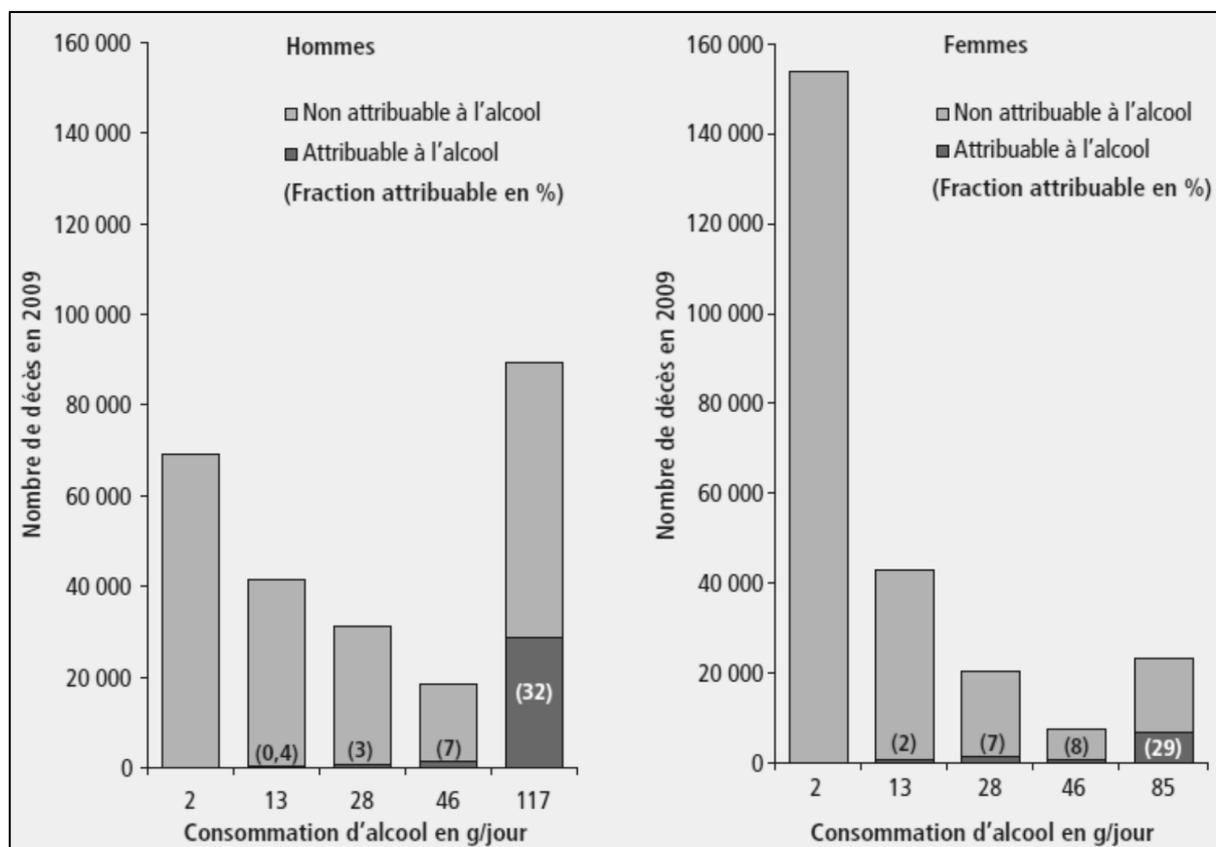


Figure 16 : Nombre de décès attribuables et non attribuables à l'alcool, par classe de dose et par sexe, pour les causes autres que les causes externes (22)

La part de la mortalité liée à l'alcool est réduite de 78% chez l'homme entre une consommation d'alcool de 117 grammes par jour et une consommation de 46 grammes par jour (2).

### 1.9.6.2. Le nalméfène

Il est commercialisé en France depuis le 19 Septembre 2014 sous le nom de SELINCRO®.

Il n'est pas destiné aux patients dont l'objectif thérapeutique est une abstinence immédiate. La réduction de la consommation d'alcool est un objectif intermédiaire sur la voie de l'abstinence.

### **1.9.6.2.1. Indications**

Il est indiqué pour réduire la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation à risque élevé, ne présentant pas de symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas un sevrage immédiat.

Il doit être prescrit en association avec un suivi psychosocial continu axé sur l'observance thérapeutique et la réduction de la consommation d'alcool.

Il doit être initié uniquement chez les patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque élevé persiste deux semaines après l'évaluation initiale.

### **1.9.6.2.2. Posologie**

A la visite initiale, le statut clinique du patient, son niveau de dépendance à l'alcool et son niveau de consommation d'alcool doivent être évalués (sur la base des déclarations du patient). Ensuite, le patient renseignera sa consommation d'alcool pendant environ deux semaines.

Puis, si le patient a maintenu une consommation d'alcool à haut risque (pour l'OMS : plus de 60 grammes par jour chez l'homme et plus de 40 grammes par jour chez la femme) pendant cette période de deux semaines, il sera initié en association à un suivi psychosocial axé sur l'observance thérapeutique et la réduction de la consommation d'alcool.

Dans les études pivots, l'amélioration la plus importante a été observée au cours des quatre premières semaines. La réponse du patient au traitement et la nécessité de poursuivre un traitement pharmacologique devront être évalués régulièrement (par exemple mensuellement). Le médecin doit continuer d'évaluer la réduction de la consommation d'alcool ainsi que les progrès du patient sur son fonctionnement global, l'observance au traitement et les effets indésirables potentiels. Les données des études cliniques contrôlées et randomisées de SELINCRO® ont été étudiées sur une période de 6 à 12 mois. La prudence est conseillée lorsque SELINCRO® est prescrit pour une période de plus d'un an.

SELINCRO® doit être pris lorsque le patient en ressent le besoin : chaque jour où il perçoit le risque de boire de l'alcool, la prise de SELINCRO® doit se faire de préférence une à deux heures avant le moment où le patient anticipe une consommation d'alcool. Si le patient a commencé à boire de l'alcool avant la prise de SELINCRO®, il devra prendre un comprimé dès que possible.

La dose maximale de SELINCRO® est d'un comprimé par jour. SELINCRO® peut être pris pendant ou en dehors des repas.

### **1.9.6.2.3. Contre-indications**

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ;
- Patients prenant des analgésiques opioïdes ;

- Patients ayant des antécédents récents de dépendance aux opioïdes ;
- Patients présentant des symptômes aigus du syndrome de sevrage aux opioïdes ;
- Patients pour lesquels une consommation récente d'opioïdes est suspectée ;
- Patients présentant une insuffisance hépatique sévère ;
- Patients présentant une insuffisance rénale sévère ;
- Patients présentant un antécédent récent de syndrome de sevrage aigu à l'alcool (incluant hallucinations, convulsions et delirium tremens) ;
- Intolérance au galactose, déficit en lactase de Lapp ou syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

#### **1.9.6.2.4. Effets indésirables**

- Très fréquents : nausées, sensation de vertige, insomnie et céphalées.
- Fréquents : diminution de l'appétit, troubles du sommeil, état confusionnel, impatiences, baisse de la libido, somnolence, tremblements, perturbation de l'attention, paresthésie, hypoesthésie, tachycardie, palpitations, vomissements, sécheresse buccale, hyperhidrose, contractures musculaires, fatigue, asthénie, malaises, sensation d'état anormal, perte de poids.

### **1.10. La réglementation en matière d'alcool en France**

L'ivresse publique et manifeste est une infraction depuis 1873. Elle concerne 65 000 à 70 000 personnes par an. L'action publique concernant l'alcool se développe à partir de 1954 avec la loi Landy-Cordonnier du 15 avril 1954, incluse dans le Code de Santé Publique : « tout alcoolique dangereux doit être placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire saisie par les autorités administratives ou judiciaires ou l'autorité sanitaire elle-même... ». Il apparaît également une réglementation des points de vente, la fermeture des débits de boissons, la disparition du privilège du bouilleur de cru en 1960 et on voit apparaître les premières campagnes de prévention.

Selon les règles actuelles de la sécurité routière (21), les contrôles d'alcoolémie sont possibles, même en l'absence d'infraction ou d'accident, à l'initiative du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire (article L.3 du code de la route et loi du 31 octobre 1990).

Le tableau ci-dessous donne les règles du code de la route en ce qui concerne l'alcool, selon les articles L234-2, L234-8, L234-12 et L234-13, L235-1 :

	Amende	Points	Permis	Véhicule	Prison
Taux d'alcoolémie $\geq 0,5$ g/l et $< 0,8$ g/l dans le sang	135 €	- 6 points	Suspension de 3 ans	-	-
Taux d'alcoolémie $\geq 0,8$ g/l ou refus de se soumettre à l'éthylotest	4 500 €	- 6 points	Suspension ou annulation de 3 ans	Immobilisation	2 ans
Récidive	9 000 €	- 6 points	Annulation de 3 ans	Confiscation	4 ans
Conduite sous l'emprise de stupéfiants et d'alcool	9 000 €	- 6 points	Suspension ou annulation de 3 ans	Immobilisation ou confiscation	3 ans

*NB : pour toutes les sanctions autres que le retrait de points, il s'agit du maximum que le tribunal peut prononcer.*

Figure 17 : Code de la route (46)

Le taux légal d'alcoolémie maximal est fixé à 0,5 g d'alcool par litre de sang (contrôle par analyse de sang) et à 0,25 mg par litre d'air expiré (contrôle par éthylomètre ; article L.1 et R.233-5 du code de la route).

Entre 0,5 et 0,8 g d'alcool par litre de sang ou entre 0,25 et 0,4 mg par litre d'air expiré, il s'agit d'une contravention passible d'une amende de 135 euros et d'un retrait de six points du permis de conduire.

Au-delà de 0,8 g d'alcool par litre de sang, il s'agit d'un délit entraînant un retrait de six points du permis de conduire, passible de deux ans de prison et d'une amende de 4 500 euros. La condamnation peut être assortie d'une suspension ou d'une annulation du permis de conduire, de peine de prison, de mesures de soins ou de travail d'intérêt général.

Le taux d'alcoolémie autorisé pour les conducteurs de véhicules de transport des voyageurs est de 0,2 g par litre de sang. Le dépassement de ce taux maximal est puni d'une amende de 135 euros et d'un retrait de six points du permis de conduire avec la possibilité d'une suspension de permis de trois ans.

En cas de consommation associée de stupéfiants et d'alcool à un taux prohibé, la peine maximale est de trois ans de prison et 9 000 euros d'amende.

Près de 290 300 infractions de sécurité routière liées à l'alcool ont été constatées en 2011 (47).

# DEUXIEME PARTIE

## **2. Etude de l'acceptabilité et de l'intérêt de l'utilisation d'un outil d'aide au repérage d'une consommation d'alcool à risque en médecine générale**

### **2.1. Objectifs de l'étude**

#### **2.1.1. Objectifs principaux**

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'acceptabilité d'une procédure de dépistage d'une consommation d'alcool à risque en cabinet de médecine générale à l'aide d'un flyer comprenant un test d'évaluation et des informations relatives à la problématique alcool.

#### **2.1.2. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires de l'étude étaient :

- de déterminer la proportion de patients dépistés par cette procédure ;
- d'évaluer les caractéristiques des patients dépistés ;
- d'établir un recueil des problèmes rencontrés lors de cette procédure ;
- d'apprécier l'intérêt de l'outil en médecine générale.

### **2.2. Matériel et méthodes**

#### **2.2.1. Réalisation de l'étude**

L'étude a été réalisée au cours d'un stage d'internat en autonomie supervisée en permanence ambulatoire de soin, avec l'accord de mes maîtres de stage.

#### **2.2.2. Population de l'étude**

Les critères d'inclusion étaient :

- Patient, homme ou femme, âgé de plus de 18 ans ;
- Patient vu en consultation de médecine générale lors de l'inclusion ;
- Patient donnant son consentement oral à la réalisation de l'intervention.

Les critères d'exclusion étaient :

- Age inférieur à 18 ans ;
- Patient connu ou traité pour une pathologie liée à l'alcool ;
- Patient vivant dans un établissement d'hébergement ;
- Patient présentant des troubles cognitifs sévères.

## **2.2.3. Intervention**

### **2.2.3.1. Préparation**

La méthodologie de l'étude a été élaborée avec le médecin addictologue et le coordonnateur de santé du réseau ADDICTLIM.

### **2.2.3.2. Inclusion**

Le protocole initial prévoyait l'inclusion de 200 patients.

Pour entrer dans l'étude, le patient devait répondre aux critères d'inclusion et consulter un jour d'intervention. Un jour d'intervention était une journée ou une demi-journée au cours de laquelle le dépistage a été proposé à l'ensemble des patients répondant aux critères prédéfinis. Les patients inclus donnaient leur consentement oralement.

Après inclusion, le patient se voyait présenter le flyer avec ses différentes parties informatives et le questionnaire FACE auquel il devait répondre après une courte information orale sur la notion de verre standard. Une information était réalisée en fonction du score obtenu.

### **2.2.4. Outil utilisé**

L'outil utilisé était un flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM, comportant des informations concernant l'alcool. C'est le questionnaire FACE qui a été choisi et utilisé dans l'étude.

#### **2.2.4.1. Références OMS**

Le terme de « verre » désigne le « verre standard » ou unité internationale d'alcool qui est la quantité normalisée délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publique. Cette quantité correspond en moyenne à 10 grammes d'alcool pur.

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

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 la consommation modérée.

Ces seuils n'ont pas de valeur absolue et constituent de simples repères. Ils doivent être abaissés dans certaines situations.

En cas de situation à risque : conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse ou à un poste de sécurité, en général dans toute situation qui requiert de la vigilance.

En cas de risque individuel :

- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits notamment psychoactifs qui potentialisent les effets psychotropes de l'alcool ;
- pathologies 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, d'une situation physiologique particulière : la grossesse ou la fatigue (dette de sommeil...).

La figure suivante représente le verre standard d'alcool :

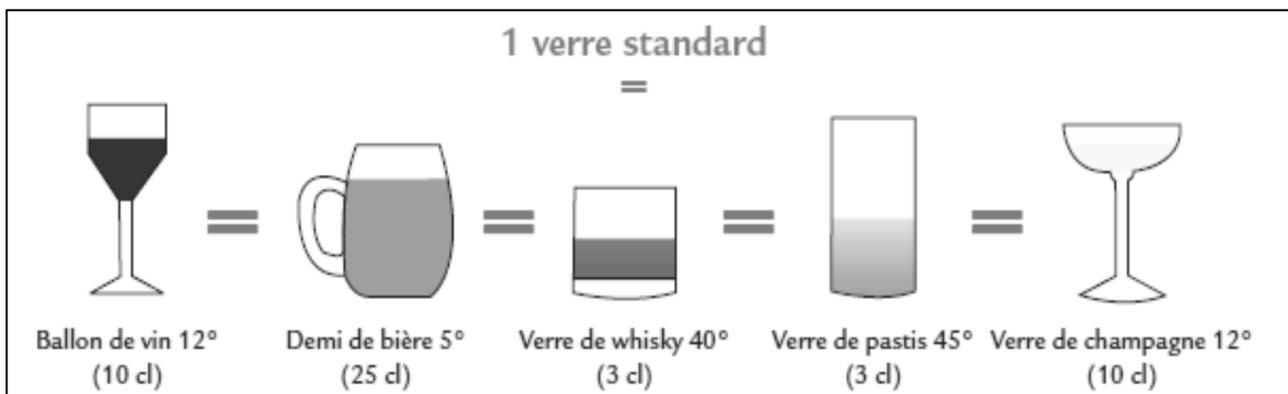


Figure 18 : Volumes de boissons alcoolisées équivalant à 10 grammes d'alcool environ (6)

La quantité standard d'alcool a été définie à 10 grammes selon l'OMS.

#### 2.2.4.2. Questionnaire FACE

C'est un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool, validé, qui permet la répartition des patients selon trois catégories.

La figure suivante correspond au questionnaire FACE :

# FACE

## Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

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

**Interprétation :** Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

Figure 19 : Le questionnaire FACE (48)

Sa praticabilité en fait un test réalisable en situation de consultation de soins primaires.

Le tableau suivant représente les qualités informationnelles du questionnaire FACE :

	<b>sensibilité</b>	<b>spécificité</b>	<b>VPP</b>	<b>VPN</b>
<b>Buveurs excessifs hommes</b>	87,8 %	74 %	43,4 %	96,4 %
<b>Buveurs excessifs femmes</b>	84,4 %	84 %	35,5 %	98,1 %
<b>Dépendants</b>	75 %	95,8 %	55,1 %	98,2 %

*Tableau 4 : Les qualités informationnelles du questionnaire FACE (49)*

Le questionnaire FACE permet une bonne intensité de repérage (49).

### **2.2.4.3. Support utilisé**

Il comportait trois volets imprimés recto-verso dont une partie détachable de manière à recueillir les résultats du patient.

La face externe comportait donc trois pages :

- La première était une invitation à faire le point sur sa consommation d'alcool : « Alcool, on fait le point ? » et mentionnait le réseau ADDICTLIM ;
- Le dernier volet répertoriait un réseau d'adresses utiles à la prise en charge des patients, aussi bien pour le patient que pour le médecin ;
- La page repliée à l'intérieur permettait le recueil d'informations concernant le patient.

La face interne comportait aussi trois pages :

- La page « Faire le point » comportait des explications concernant le test, son acceptation et les recommandations OMS concernant la consommation d'alcool ;
- La page « Informations » sur le boire « trop » c'est quand, combien et comment ?
- Et la dernière page : « Repérage des consommations problématiques d'alcool » comportait le questionnaire FACE et une définition imagée du « verre standard ».

La figure suivante correspond au recto du flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM :

**Partie à garder  
par le professionnel**

Questionnaire rempli :  oui  non  
Si refus document remis  oui  non

Avez-vous déjà abordé votre consommation d'alcool avec un professionnel ?  
 oui  non

Pensez-vous avoir besoin d'un temps d'entretien spécifique sur votre consommation d'alcool ?  
 oui  non  
Si oui, un RDV a-t-il été pris ?  
 oui  non  
Avec quel professionnel ?

Avez-vous appris des informations lors de cet entretien ?  
 oui  non

Date et lieu de l'entretien :

Date de naissance :

Sexe : Homme femme

Le patient a-t-il un traitement régulier ?  
 oui  non  
si oui le(s)quel(s) :

Antécédents :



## Addictions

un professionnel près de chez vous !

**Réseau de santé**

**Limousin**

**Structures spécialisées**  
**Haute-Vienne**  
CSAPA\* ANPAA 87 (Limoges) : 05 55 34 46 00  
CSAPA\* Bobillot (Limoges) 05 55 34 43 77  
PAL\*\* CH Esquirol (Limoges) Limoges : 05 55 43 10

**Etablissements de santé**  
**Haute-Vienne**  
Centre hospitalier Bellac : 05 55 47 20 20  
Centre hospitalier Dupuytren (CHU) : 05 55 05 55 55  
Centre hospitalier Monts et Barrages (St Léonard) : 05 55 36 43 00  
Centre hospitalier St Junien : 05 55 43 50 00  
Centre hospitalier St Yrieix : 05 55 75 75 75

**Associations d'entraide**  
**Haute-Vienne**  
Alcooiques Anonymes (Limoges) : 05 55 38 43 22  
Alcooiques Anonymes (St Junien) : 06 85 48 28 63  
La santé de la famille (Limoges) : 06 85 82 99 45  
Vie libre (Limoges) : 05 55 04 15 08

**Pour en savoir plus**  
[www.alcoolinfoservice.fr](http://www.alcoolinfoservice.fr)  
Conseils, évaluations, programmes personnalisés

**Ecoute alcool France**  
0811 91 30 30

## Alcool, On fait le point ?

**Votre médecin,  
Votre pharmacien,  
et d'autres professionnels de santé  
sont à votre écoute**

Le réseau AddictLim vous propose un accompagnement du professionnel et du patient

version 14-01

©2014 Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie  
\*MSP - Pôle d'addictologie du Limousin




Figure 20 : Flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM, recto

La figure suivante correspond au verso du flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM :

Faire le point	Informations	Questionnaire FACE
<p>1. Vous participez à une évaluation de vos consommations d'alcool.</p> <p>2. Vous acceptez de passer un questionnaire d'évaluation : questionnaire FACE.</p> <p>3. Une information vous est donnée par votre professionnel de santé.</p> <p>4. Le résultat de votre test est compris :</p> <p><input type="checkbox"/> entre 0 à 4 pour une femme ou entre 0 à 5 pour un homme</p> <p><input type="checkbox"/> entre 4 et 8 pour une femme ou entre 5 et 8 pour un homme</p> <p><input type="checkbox"/> Au-delà de 8</p> <p><i>Votre professionnel de santé est à votre écoute, n'hésitez pas à lui en parler. Plus d'informations sur le site Internet <a href="http://www.alcoolinfoservice.fr">www.alcoolinfoservice.fr</a></i></p> <p><b>Recommandations de L'Organisation Mondiale de la Santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. pas plus de 3 verres par jour (homme)</li> <li>. pas plus de 2 verres par jour (femme)</li> <li>. jamais plus de 4 verres par occasion</li> <li>. au moins un jour par semaine sans alcool</li> </ul>	<p><b>1. Boire « trop » c'est quand ?</b></p> <p>. Quand je conduis ma <b>voiture/mon scooter</b>, ...</p> <p>. Quand je suis <b>enceinte</b> ou quand j'<b>allaite</b> (alcool = 0, tabac = 0, ...)</p> <p>. Quand je suis sur mon <b>lieu de travail</b></p> <p>. Quand je suis <b>malade</b> et que je prends des <b>médicaments</b></p> <p>...</p> <p><b>2. Boire « trop » c'est combien ?</b></p> <p>. Quand je bois plus de <b>21 verres pour l'homme</b> ou <b>14 chez la femme</b> par semaine</p> <p>. Quand je prend plus de <b>4 verres sur un temps court</b></p> <p>. Quand je bois que je suis <b>enceinte, j'allaite</b> ou que je suis un <b>enfant</b></p> <p>...</p> <p><b>3. Boire « trop », c'est comment ?</b></p> <p>. Quand je commence à consommer dès mon <b>jeune âge</b></p> <p>. Quand j'en prends pour <b>tenir le coup</b></p> <p>. Quand j'en prends pour me <b>soulager</b></p> <p>. Quand j'en prends pour <b>ne pas penser/pour oublier</b></p> <p>. Quand je recherche <b>l'ivresse rapide, la «défonce»</b></p> <p>. Quand je l'associe avec d'<b>autres produits</b> (médicaments, tabac, cannabis, ...)</p>	<p><b>1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Jamais &lt; 1 fois 2 à 4 fois 2 à 3 fois ≥ 4 fois par mois par mois par sem. par sem.</p> <p><b>2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 ou 9 ≥ 10</p> <p><b>3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Non Oui</p> <p><b>4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Non Oui</p> <p><b>5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Non Oui</p> <p><b>Qu'est ce qu'un verre standard ?</b> 1 verre standard = 10gr d'alcool</p> <p><b>SCORE</b></p> <p>TOTAL <input type="text"/></p>

Figure 21 : Flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM, verso

Ce flyer permettait à la fois une évaluation de la consommation d'alcool et une information brève du patient selon les recommandations OMS.

### 2.2.5. Stratégie de repérage appliquée

Trois catégories de score étaient identifiées grâce au questionnaire FACE :

- **Catégorie 1** = risque faible ou nul ;
- **Catégorie 2** = consommation excessive ;
- **Catégorie 3** = abus ou dépendance probables ;

Les catégories 2 et 3 correspondent à une consommation à risque.

### **2.2.5.1. Avant la réalisation du score FACE**

Avant le remplissage du questionnaire FACE, le patient était informé du déroulement de cette intervention de dépistage : il se voyait proposer un test rapide concernant sa consommation d'alcool, suivi d'une information brève, en fin de consultation de médecine générale.

Ce test était dans un premier temps expliqué, notamment avec la notion de verre standard puis complété par le patient seul.

### **2.2.5.2. En cas de score en faveur d'une consommation modérée**

Il s'agissait d'un score situé entre 0 et 4 chez la femme et entre 0 et 5 chez l'homme.

Les recommandations OMS étaient lues oralement et un court dialogue avait lieu suivant les questions du patient.

### **2.2.5.3. En cas de score en faveur d'une consommation excessive**

Il s'agissait d'un score FACE situé entre 5 et 8 chez la femme et entre 6 et 8 chez l'homme.

Les recommandations OMS étaient lues oralement et une information brève était réalisée. Le score était noté dans le dossier médical du patient.

### **2.2.5.4. En cas de score en faveur d'un abus ou d'une dépendance**

Il s'agissait d'un score supérieur à 8 chez la femme comme chez l'homme.

Les recommandations OMS étaient lues oralement et une information brève adaptée au patient était réalisée avec une aide à la prise de conscience et un encouragement à agir. Le score était noté dans le dossier médical du patient.

### **2.2.5.5. Traçabilité des informations recueillies**

Le flyer a été conçu pour conserver la partie questionnaire et le relevé d'informations diverses. Le patient conservait son résultat noté sur le flyer, les recommandations OMS et la liste des adresses possibles pour la prise en charge des consommations problématiques d'alcool.

## **2.2.6. Critères d'évaluation**

### **2.2.6.1. Critère d'évaluation principal**

Le critère d'évaluation principal était le taux d'acceptabilité des patients, calculé en rapportant le nombre de patients qui acceptent finalement la réalisation du test après explication au nombre de patients inclus.

### **2.2.6.2. Critères d'évaluation secondaires**

Les critères d'évaluation secondaires étaient :

- Recueillir les problèmes rencontrés au cours de cette procédure de dépistage ;
- Mesurer la proportion de patients n'ayant jamais bénéficié du dépistage d'une consommation problématique d'alcool ;
- Déterminer les caractéristiques des patients dépistés ayant une consommation problématique d'alcool ;
- Evaluer l'intérêt de l'utilisation de l'outil.

### **2.2.7. Recueil des données**

Les données ont été recueillies par moi-même.

Le recueil a été fait à l'aide de la partie détachable des flyers.

#### **2.2.7.1. Anonymisation**

Seuls le lieu du dépistage, la date du dépistage et la date de naissance de la personne étaient inscrits sur la partie détachable du flyer. Les identifications nominatives des patients n'apparaissaient nulle part lors du traitement des données.

#### **2.2.7.2. Questionnaire rempli par le patient**

Chaque patient remplissait le questionnaire FACE appartenant à la partie détachable du flyer.

#### **2.2.7.3. Questionnaire d'inclusion**

Sur la partie détachable du flyer, j'ai rempli un questionnaire à réponses fermées concernant le patient. Voici les éléments renseignés :

- Le remplissage du questionnaire FACE ;
- L'abord antérieur de la consommation d'alcool ;
- Le souhait d'un rendez-vous dédié à la consommation d'alcool ;
- Les informations apprises au cours de l'entretien ;
- Le lieu de l'entretien ;
- La date de naissance ;
- Le sexe ;
- Les traitements médicamenteux ;
- Les antécédents.

## **2.2.8. Analyse statistique**

### **2.2.8.1. Saisie des données**

Les questionnaires et les informations d'inclusion ont fait l'objet d'une saisie régulière après conception de la base de données sur le logiciel Microsoft Office Excel 2010©.

### **2.2.8.2. Population d'analyse**

L'analyse statistique a porté sur la totalité des patients inclus.

Des analyses en sous-groupes ont également été réalisées. L'âge et le sexe des patients ont fait l'objet d'analyses en sous-groupes. Les populations urbaine et rurale ont été distinguées. De même, les patients n'ayant jamais abordé leur consommation d'alcool avec un professionnel de santé ont été distingués des autres patients.

### **2.2.8.3. Méthode d'analyse**

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel BiostaTGV© (INSERM).

Les analyses descriptives des variables qualitatives et ordinales ont été décrites par les effectifs et la fréquence de chaque modalité en pourcentage sur l'ensemble des données.

Les analyses descriptives des variables quantitatives ont été décrites par le nombre de réponses, la moyenne  $\pm$  écart-type et éventuellement minimum, maximum et médiane sur l'ensemble des données.

Les analyses comparatives de variables qualitatives ont été effectuées par le test Chi<sup>2</sup> de Pearson ou le test exact de Fisher en fonction des effectifs théoriques des groupes considérés.

Le seuil de significativité (p) retenu pour l'ensemble des analyses statistiques était de 0,05.

## **2.2.9. Aspects financiers**

L'impression des flyers a été financée par le réseau ADDICTLIM.

## **2.2.10. Recherche bibliographique**

### **2.2.10.1. Bases de données**

- PubMed : une recherche a été faite à l'aide des termes « screening alcoholism, primary care ». Les filtres utilisés ont été : recherche publiée dans les 5 dernières années en langue anglaise ou française ;
- Le SUDOC : une recherche a été faite à l'aide des mots-clés : « repérage alcool » et « médecine générale ».

### **2.2.10.2. Bibliographie**

Des bibliographies ont été utilisées :

- Huas D., Rueff B. Alcool et médecine générale. GMSANTE. Novembre 2010 194 p. ISBN : 9782919616039 ;
- Anderson P., Gual A., Colom J., INCA (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et l'information brève. Paris, 2008 ; 141 p.

### **2.2.10.3. Sites internet institutionnels**

Des documents de santé publique ont été utilisés :

- <http://www.invs.sante.fr>
- <http://www.inpes.sante.fr>
- <http://www.anism.sante.fr>
- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://www.has-sante.fr>
- <http://www.anrs.fr>

## **2.3. Résultats**

### **2.3.1. Caractéristiques d'exercice des médecins généralistes maîtres de stage**

Interne de troisième année en médecine générale, je suis le seul investigateur de l'étude. Cinq patientèles du département de la Haute-Vienne ont participé à l'étude. Elles sont issues de cinq médecins généralistes maîtres de stage universitaires : trois exerçant en zone rurale et trois exerçant en zone urbaine, tous en secteur conventionné (secteur 1).

### **2.3.2. Patients**

La population concernée est la patientèle de médecine générale de la Haute-Vienne, de 18 ans et plus sans consommation problématique d'alcool connue et/ou traitée au moment des journées d'intervention.

Le tableau suivant renseigne sur la population des patients :

<u>Population totale</u>		N = 200	
<u>Sexe du patient</u>	Hommes	97	48,5%
	Femmes	103	51,5%
<u>Milieu</u>	Urbain	123	61,5%
	Rural	77	38,5%
<u>Age du patient</u>	Effectif et taux de réponse	200	100%
	Moyenne (écart-type)	58,5 (20,84)	
	Médiane / Min / Max	61 / 19 / 90	
<u>Classes d'âge</u>	[18-25]	11	5,5%
	[26-34]	18	9%
	[35-44]	20	10%
	[45-54]	28	14%
	[55-64]	35	17,5%
	[65-74]	47	23,5%
	[75-84]	31	15,5%
	[85-94]	10	5%
<u>Le patient a-t-il déjà abordé sa consommation d'alcool ?</u>			
	Oui	19	9,5%
	Non	181	90,5%

*Tableau 5 : Population étudiée*

200 patients ont été inclus. La population étudiée est composée de 97 hommes (48,5%) et de 103 femmes (51,5%), soit un sex-ratio de 0,94. L'âge moyen est de 58,5 ans : 57 ans pour les femmes (extrêmes de 19 à 88 ans) et 60 ans pour les hommes (extrêmes de 19 à 90 ans).

Les effectifs de patients les plus représentés dans l'étude sont les 65-74 ans (23,5%), les 55-64 ans (17,5%), les 75-84 ans (15,5%) puis les 45-54 ans (14%). Les moins de 45 ans ne représentent que 24,5% de l'effectif total.

### **2.3.3. Taux d'acceptabilité**

Les 200 patients ont tous accepté l'intervention qui leur a été proposée.

L'acceptabilité est de 100%.

### **2.3.4. Données sur la réalisation du test**

Tous les patients (en l'absence de critères d'exclusion) se succédant lors des consultations se sont vus proposer la réalisation de cette procédure certaines journées ou demi-journées. Les consultations avaient lieu avec ou sans rendez-vous.

L'intervention était réalisée en fin de consultation ou de visite (pour certains patients vus à leur domicile), dans le cadre d'un stage en autonomie supervisée en permanence de soin ambulatoire.

### **2.3.5. Durée de l'étude**

L'étude s'est étalée sur 93 jours, du 19 février 2014 au 22 mai 2014, dont 31 jours d'intervention dans 5 cabinets médicaux, soit une moyenne de 6 jours au hasard par lieu d'intervention.

### **2.3.6. Nombre de dépistages et d'informations réalisés**

Sur les 200 patients auxquels j'ai proposé la réalisation de ce dépistage et de cette information, tous ont accepté le principe. 200 documents ont ainsi été complétés.

### **2.3.7. Abord antérieur de l'alcool avec un professionnel de santé**

A la question orale : « avez-vous déjà abordé votre consommation d'alcool avec un professionnel de santé ? », 90,5% des patients ont répondu « non » et 9,5% « oui ». L'abord antérieur a eu lieu la plupart du temps au cours d'un entretien de médecine générale ou lors d'un questionnaire d'anesthésie.

Les patients ayant répondu « non » n'ont soit jamais évoqué le sujet de leur consommation d'alcool avec un professionnel de santé ou soit n'en ont pas souvenir.

## 2.3.8. Scores obtenus au questionnaire FACE

### 2.3.8.1. Scores totaux

Les figures suivantes renseignent sur la répartition des hommes et des femmes selon leur catégorie de score FACE :

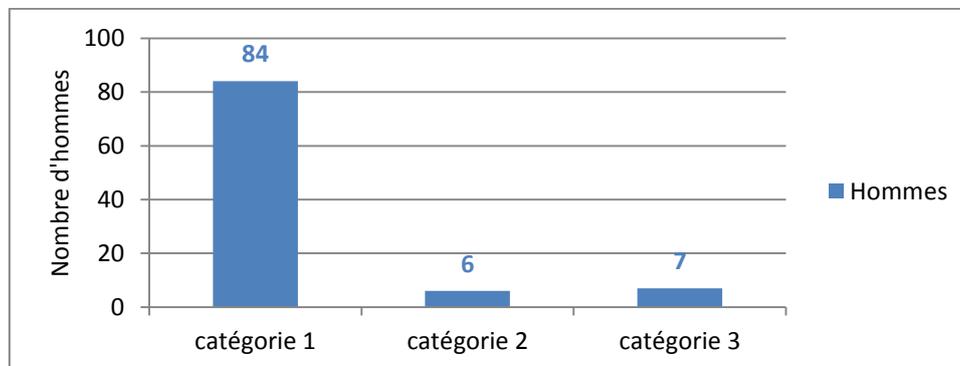


Figure 22 : Répartition des hommes en fonction de la catégorie de score FACE

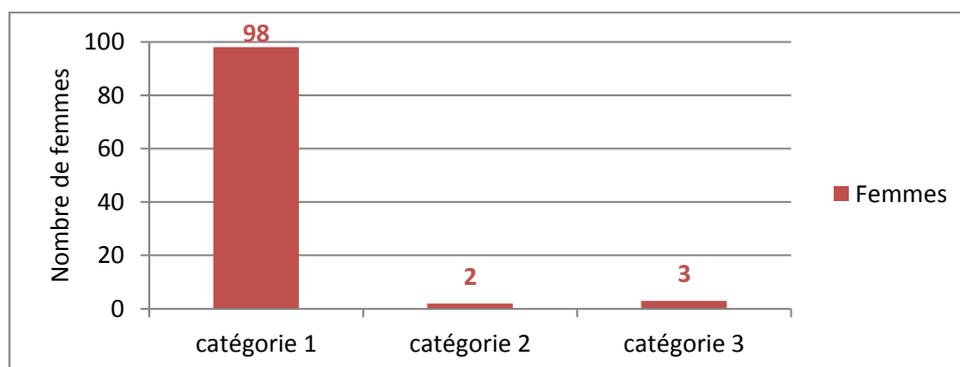


Figure 23 : Répartition des femmes en fonction de la catégorie de score FACE

Le tableau suivant renseigne sur le score FACE obtenu selon le sexe :

Score FACE	Hommes	Femmes	Total
<b>Catégorie 1</b>	84 (86,60%)	98 (95,16%)	182 (91%)
<b>Catégorie 2</b>	6 (6,18%)	2 (1,94%)	8 (4%)
<b>Catégorie 3</b>	7 (7,22%)	3 (2,91%)	10 (5%)
<b>Total</b>	97	103	200

Tableau 6 : Résultats du questionnaire FACE par catégories de score et par sexe

Sur les 97 hommes ayant répondu au questionnaire FACE, 84 sont dans la catégorie 1, 6 dans la catégorie 2 et 7 dans la catégorie 3. Sur les 103 femmes ayant répondu au questionnaire FACE, 98 sont dans la catégorie 1, 2 dans la catégorie 2 et 3 dans la catégorie 3. La différence de catégorie de score FACE (catégorie 1 ou catégories 2/3) entre les hommes et les femmes est significative, OR = 4,46 et p = 0,035.

La figure suivante représente la répartition de l'ensemble des patients selon leur score FACE :

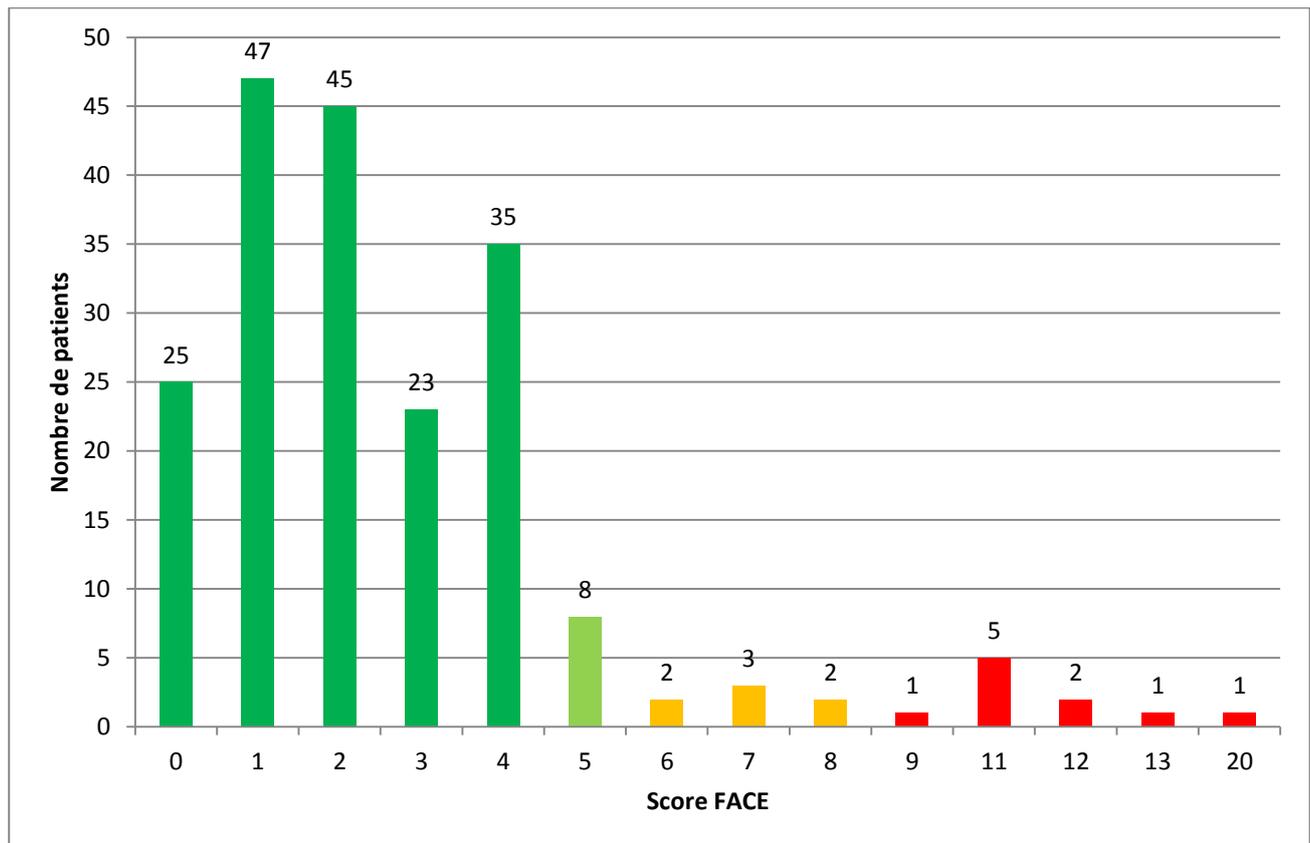


Figure 24 : Répartition de l'ensemble des patients selon leur score FACE

Les patients ayant un score FACE inférieur ou égal à 4 sont représentés en vert, les patients ayant un score FACE de 5 sont représentés en vert clair, les patients ayant un score FACE entre 6 et 8 sont représentés en orange et les patients ayant un score FACE supérieur ou égal à 9 sont représentés en rouge. Le choix de la couleur vert clair est lié à la différence de score entre les hommes et les femmes pour appartenir à la catégorie 1 ou à la catégorie 2 du score FACE.

Cent soixante-quinze patients ont un score compris entre 0 et 4 avec un pic pour les scores 1 et 2, huit patients ont un score de 5, sept un score compris entre 6 et 8 et dix un score supérieur ou égal à 8.

La figure suivante représente la répartition des patients selon leur catégorie de score FACE :

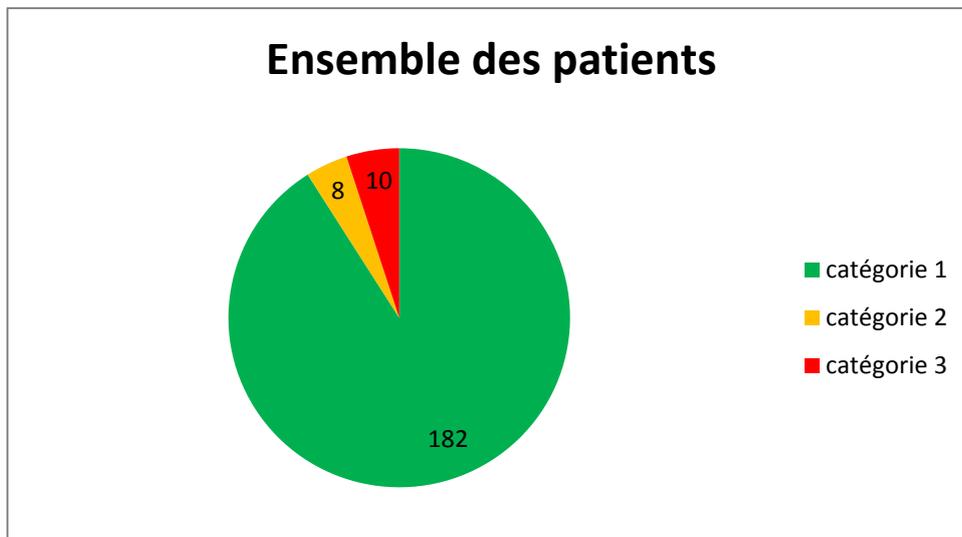


Figure 25 : Répartition des patients selon leur catégorie de score FACE

Le test a permis de dépister 18 patients à risque, non connus précédemment. 1/8<sup>ème</sup> des patients interrogés sont abstinents. 91% des patients ont un risque faible ou nul.

La figure suivante représente la répartition des patients hommes et femmes selon leur score FACE :

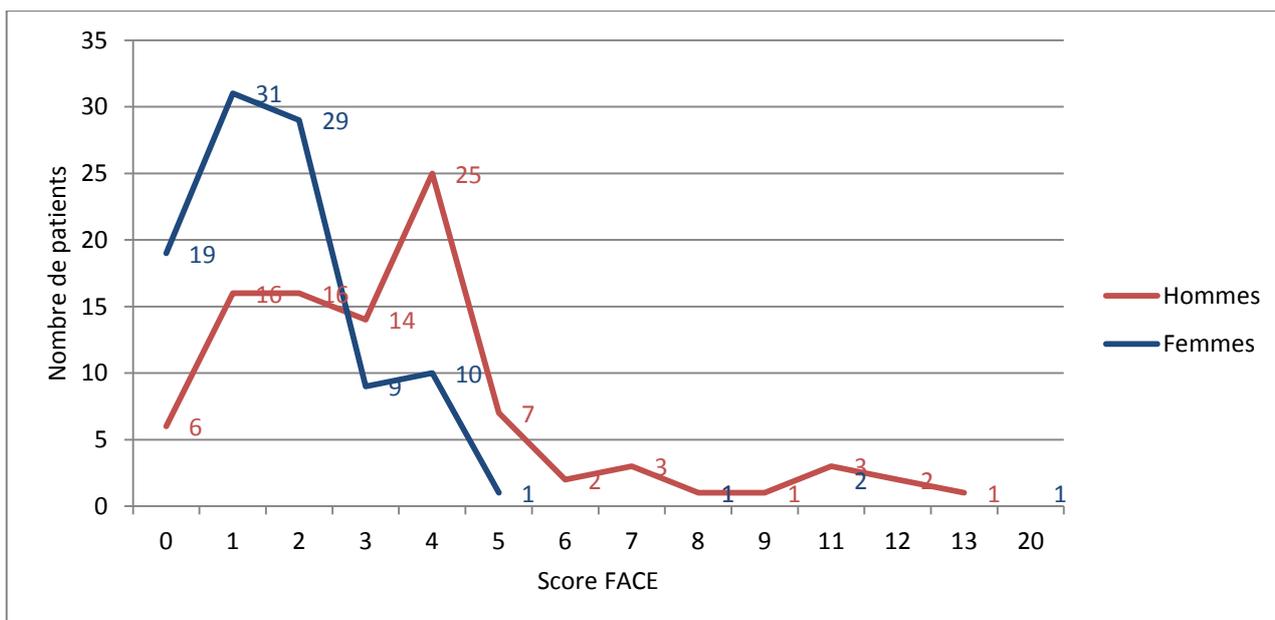


Figure 26 : Répartition des patients hommes et femmes selon leur score FACE

On observe sur ce graphique un pic de réponses situé au score de 4 pour les hommes et au score de 1 pour les femmes.

Chez les hommes, la limite entre les catégories 1 et 2 se situe entre les scores 5 et 6. Hors à ce niveau, on passe de sept à deux patients. Chez les femmes, la limite entre les catégories 1 et 2 se situe entre les scores 4 et 5. Hors, au score 4, dix femmes sont présentes contre seulement une au score 5. Au total, dix-sept patients se trouvent au niveau de score limite pour appartenir à la catégorie de consommation excessive.

### 2.3.8.2. Première question du questionnaire FACE

La figure suivante représente la répartition des patients en fonction de la fréquence de leur consommation d'alcool par tranches d'âge :

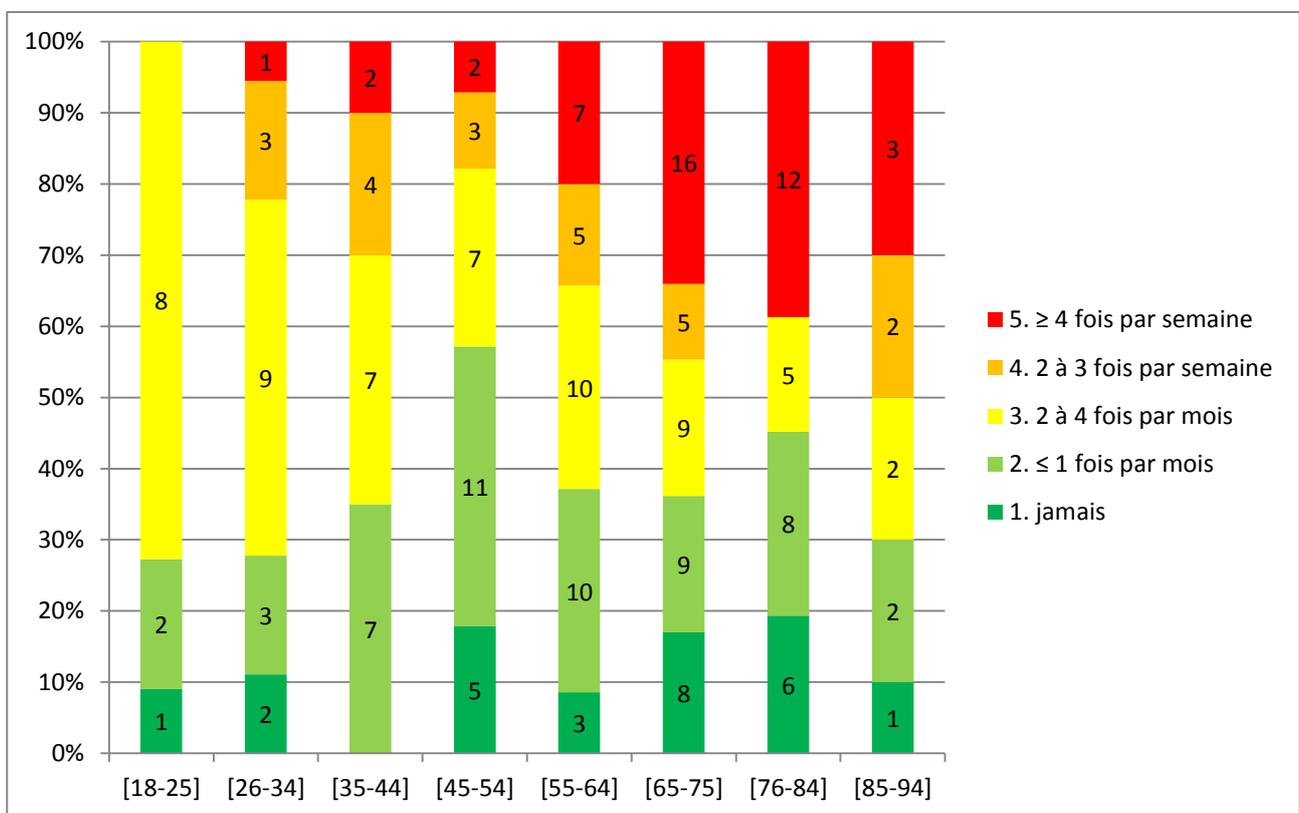


Figure 27 : Répartition des patients en fonction de la fréquence de leur consommation d'alcool par tranches d'âge

Globalement, il y a une association significative entre âge et fréquence de consommation d'alcool ( $p = 0,0096$ ) : les patients les plus âgés ont une fréquence de consommation plus élevée. Par tranches d'âge, ce sont les fréquences de consommation 3 et 5 qui sont associées à l'âge ( $p = 0,0057$ ) et ( $p = 0,0123$ ).

### 2.3.8.3. Deuxième question du questionnaire FACE

La figure suivante représente la répartition des patients en fonction de la quantité d'alcool consommée par tranches d'âge :

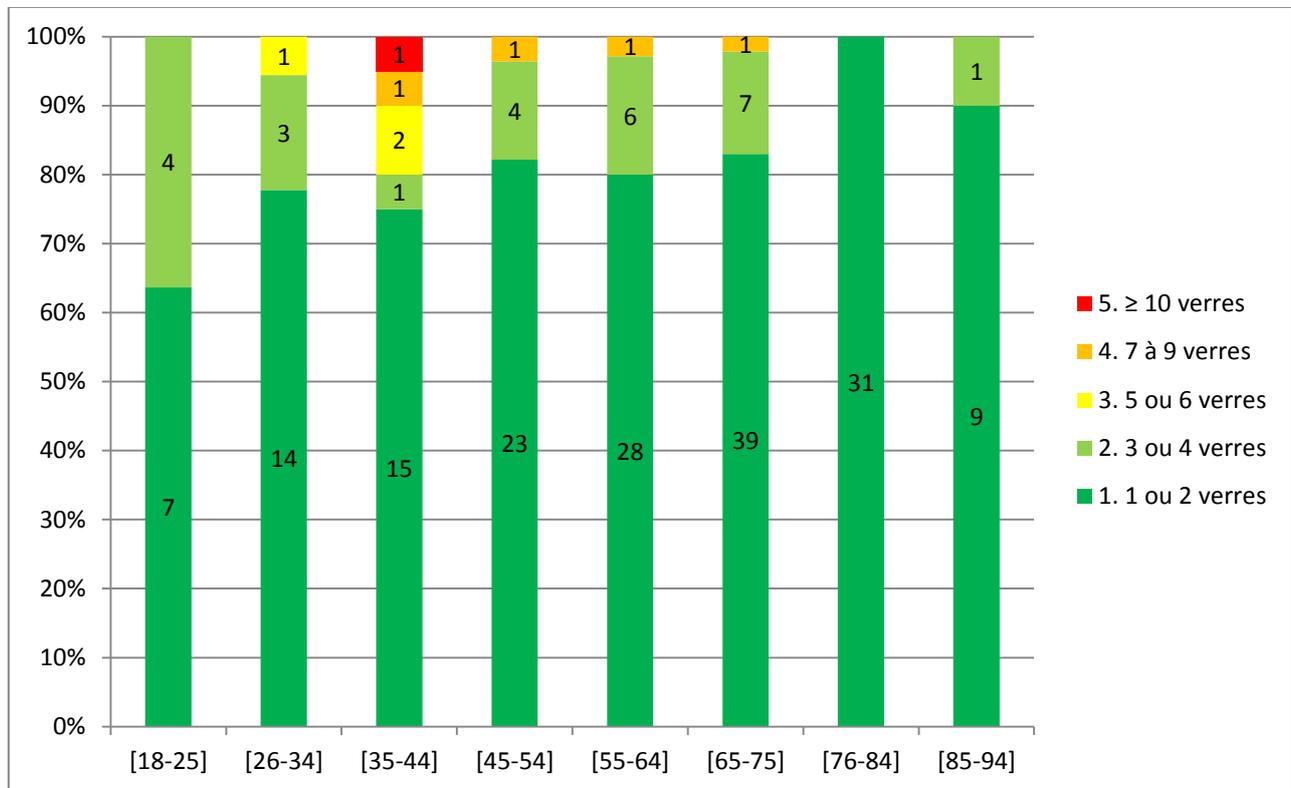


Figure 28 : Répartition des patients en fonction de la quantité d'alcool consommée par tranches d'âge

Globalement, il y a une tendance à une association entre âge et quantité d'alcool consommé ( $p=0,06937$ ). La quantité d'alcool consommé est plus importante chez les plus jeunes. Par tranches d'âge c'est la quantité 4 (7 à 9 verres) qui est associée à l'âge ( $p = 0,0421$ ). La quantité 3 (5 à 6 verres) montre une tendance à une association entre âge et quantité d'alcool consommé ( $p = 0,0544$ ).

### 2.3.8.4. Troisième question du questionnaire FACE

La figure suivante représente la répartition des patients ayant eu des remarques de la part de leur entourage concernant leur consommation d'alcool par tranches d'âge :

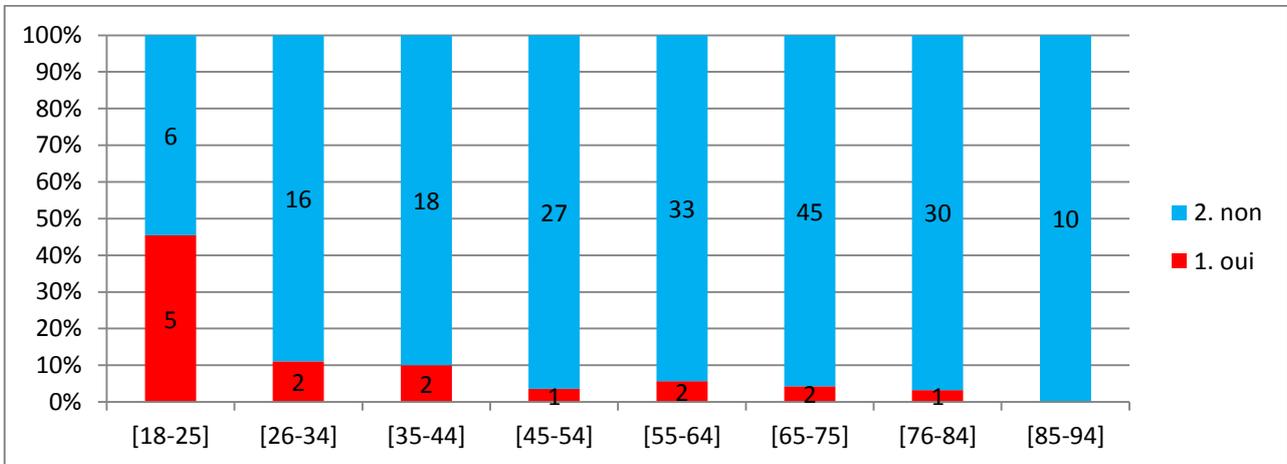


Figure 29 : Répartition des patients ayant eu des remarques de la part de leur entourage concernant leur consommation d'alcool par tranches d'âge

Globalement, il y a une association significative entre l'âge et les remarques de la part de l'entourage concernant la consommation d'alcool ( $p = 0,0023$ ). La tranche d'âge [18-25] a le plus de remarques ; ensuite les tranches d'âge [26-34] et [35-44].

### 2.3.8.5. Quatrième question du questionnaire FACE

La figure suivante représente la répartition des patients ayant eu ou non un épisode d'oubli suite à une consommation d'alcool par tranches d'âge :

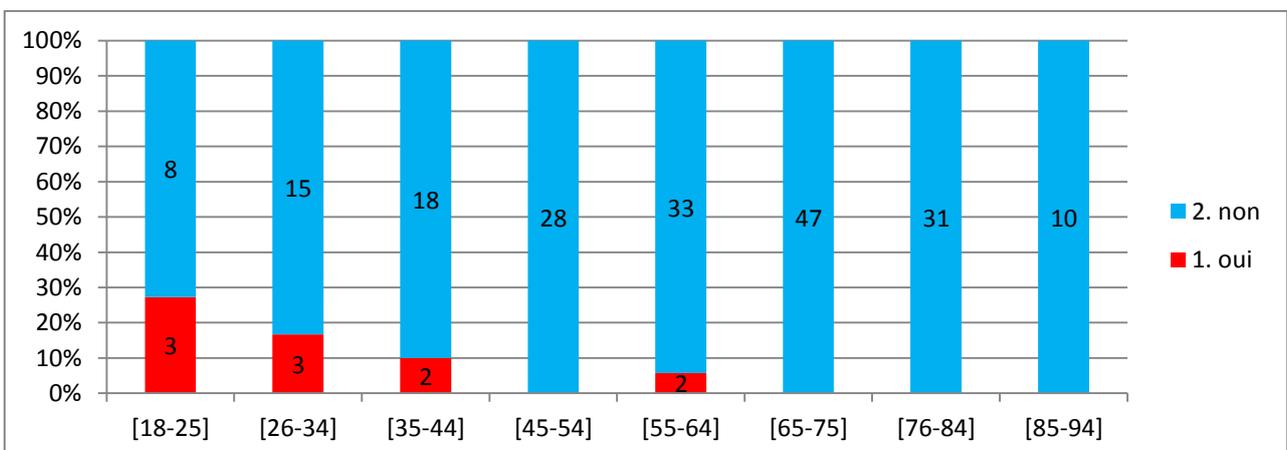


Figure 30 : Répartition des patients ayant eu ou non un épisode d'oubli suite à une consommation d'alcool par tranches d'âge

Les patients déclarant avoir eu des épisodes au cours desquels ils ont oublié ce qu'ils ont pu dire ou faire en lien avec la consommation d'alcool sont fréquemment les jeunes adultes, on note une réduction progressive avec l'âge des patients.

Globalement, il y a une association significative entre l'âge et les épisodes d'oubli liés à une consommation d'alcool ( $p = 0,0012$ ). C'est la tranche d'âge [18-25] qui a le plus d'oublis ; ensuite, les tranches d'âge [26-34] et [35-44].

### 2.3.8.6. Cinquième question du questionnaire FACE

Un seul patient a répondu « oui » à la question : « avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? ».

### 2.3.9. Milieu et statut social

#### 2.3.9.1. Milieu géographique des patients

La figure suivante représente la catégorie de score FACE en fonction du milieu : urbain ou rural :

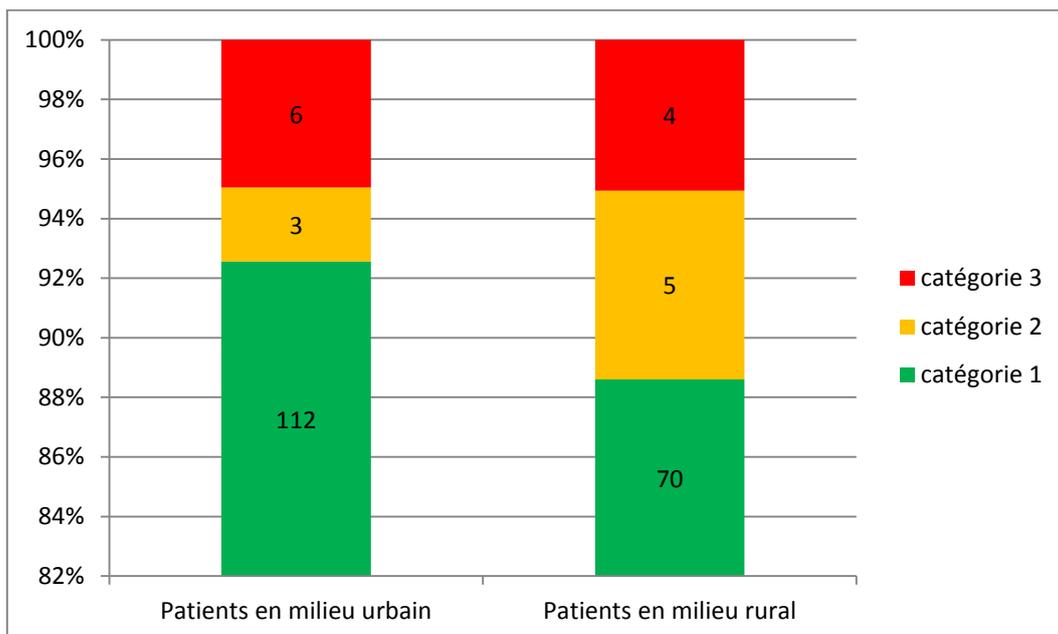


Figure 31 : Comparaison des catégories de score FACE selon la répartition urbaine ou rurale des patients

Plus de 92,6% des patients de milieu urbain sont situés dans la catégorie 1 contre 88,6% des patients de milieu rural. Il existe une différence non statistiquement significative de répartition de la catégorie de score FACE entre les patients de milieu rural et les patients de milieu urbain : OR = 0,9126 ( $p = 0,3394$ ).

### 2.3.9.2. Patients retraités

La figure suivante représente les catégories de score FACE en fonction du statut retraité ou non des patients :

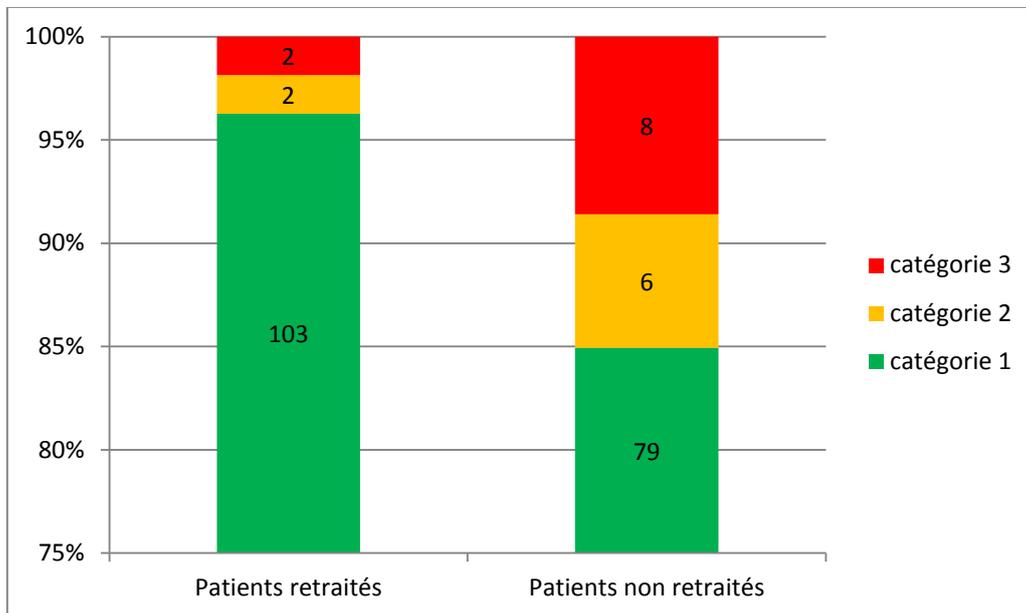


Figure 32 : Comparaison des catégories de score FACE selon l'activité ou l'inactivité professionnelle des patients

Il existe une différence statistiquement significative du score FACE (catégorie 1 ou catégories 2/3) entre les patients retraités et les patients non retraités : OR = 0,2207 ; IC 95% [0,0509 ; 0,7385] ( $p = 0,0062$ ). Davantage de patients retraités ont une consommation d'alcool à faible risque selon le questionnaire FACE, en comparaison avec les patients non retraités (actifs, étudiants ou sans emploi).

### 2.3.9.3. Catégorie socio-professionnelle

La figure suivante représente les catégories de score FACE en fonction de la catégorie socio-professionnelle des patients :

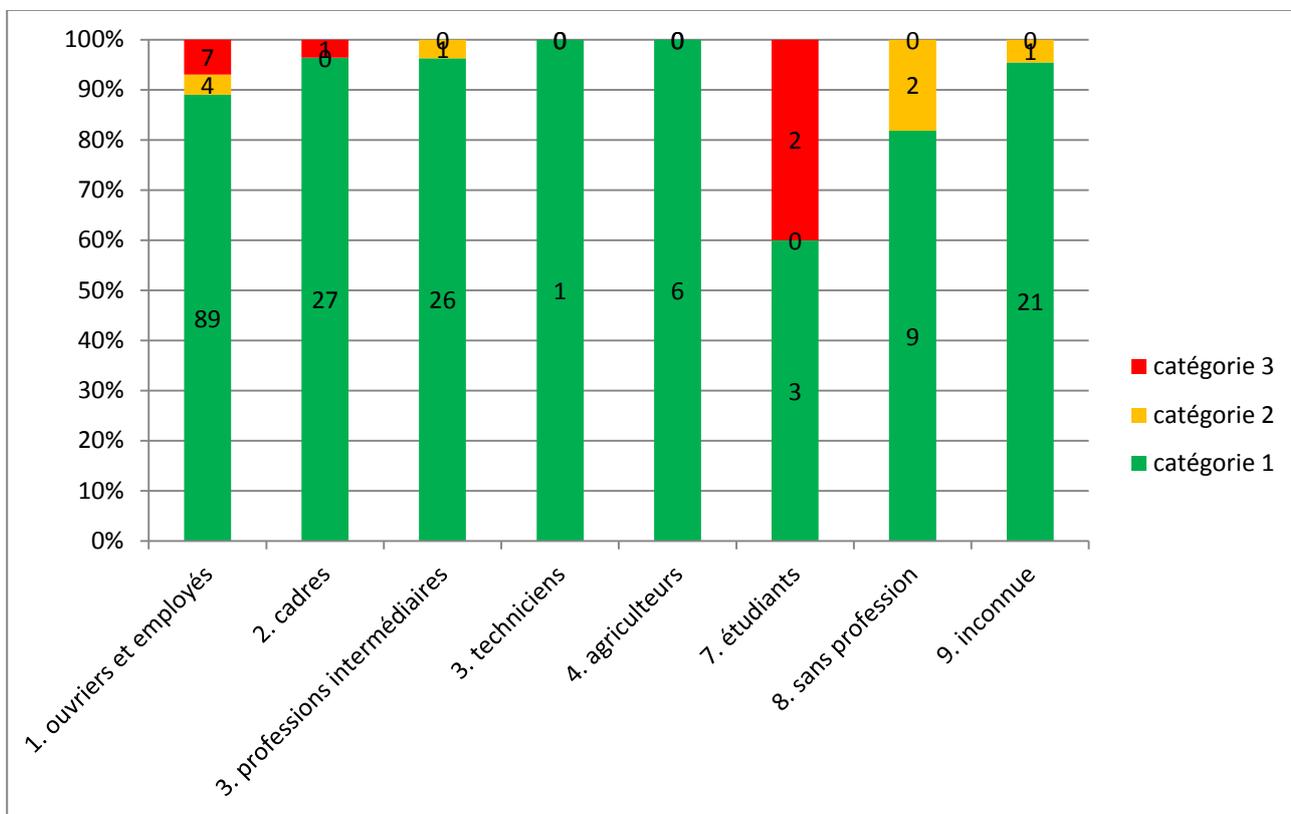


Figure 33 : Répartition des catégories de score FACE des patients selon leur catégorie professionnelle selon les critères INSEE

Une information marquante de ce graphique concerne la population étudiante pour laquelle la catégorie 3 du score FACE concerne 40 % d'entre eux. La population des ouvriers et employés concentre la plus grande partie des patients situés en catégorie 2 et 3 (11 patients sur les 18). 18,22% des patients sans profession ont une consommation excessive d'alcool.

## 2.3.10. Patients atteints de maladies chroniques

### 2.3.10.1. Patients consommant des psychotropes

La figure suivante représente les catégories de score FACE des patients selon qu'ils consomment ou non des psychotropes :

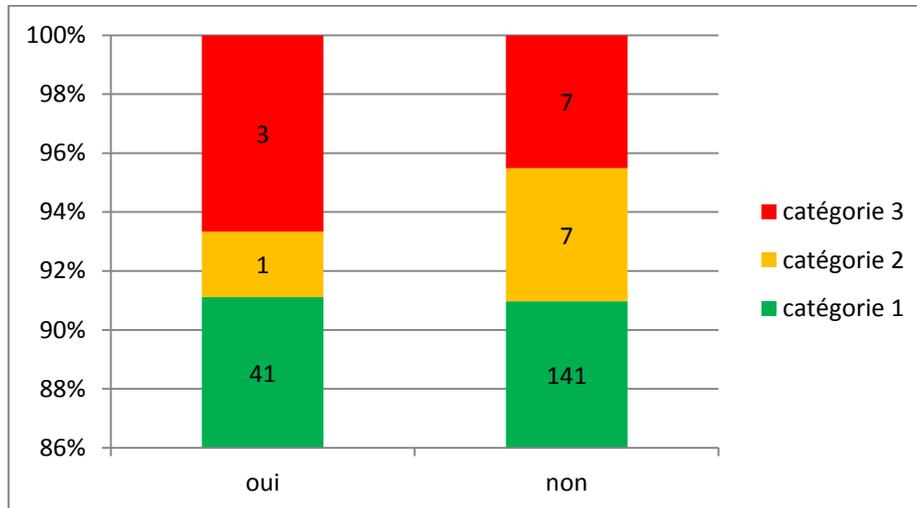


Figure 34 : Répartition des catégories de score FACE des patients selon qu'ils consomment ou non des psychotropes

La part des patients ayant une consommation à risque faible ou nul est quasiment la même dans les deux catégories, qu'ils consomment ou non des psychotropes. En revanche, la catégorie 3 du score FACE occupe 6,7% des patients consommant des psychotropes. La différence de catégorie de score FACE (catégorie 1 ou catégories 2/3) entre les patients consommant des psychotropes ou n'en consommant est semblable : OR = 0,9827 ; IC 95% [0,2233 ; 3,36] (p = 1,00).

### 2.3.10.2. Patients hypertendus et/ou diabétiques

La figure suivante représente les catégories de score FACE chez les patients hypertendus et/ou diabétiques en comparaison avec les patients non hypertendus et non diabétiques :

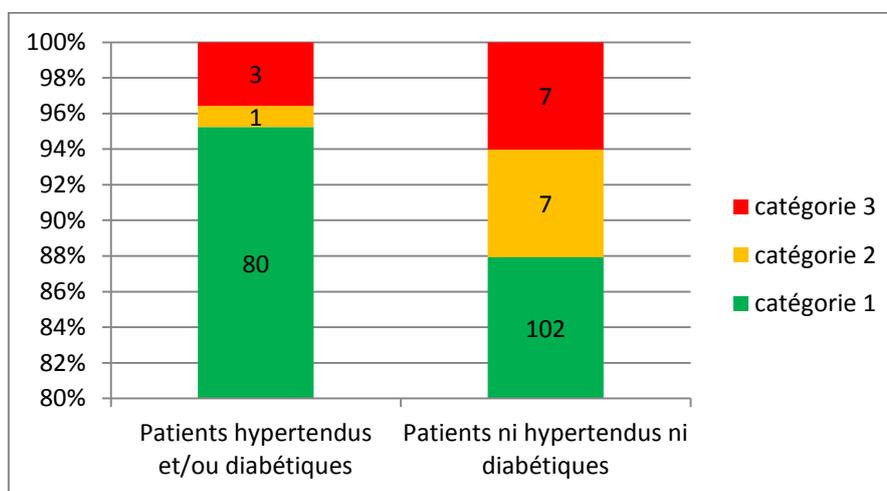


Figure 35 : Répartition des catégories de score FACE des patients hypertendus et/ou diabétiques en comparaison avec les patients non hypertendus et non diabétiques

La différence de catégorie de score FACE (catégorie 1 ou catégories 2/3) n'est pas significative entre les patients atteints de diabète et/ou d'hypertension et ceux non atteints : OR = 0,366 IC 95% [0,0844 ; 1,2247] (p = 0,0846).

### 2.3.11. Informations apprises au cours de l'entretien

151 patients interrogés, soit 75,5%, estiment avoir appris des informations contre 49 patients, soit 24,5%, qui estiment ne pas en avoir appris.

Le tableau suivant renseigne sur le nombre de patients ayant appris ou non des informations au cours de l'information brève réalisée à l'aide du flyer :

Informations apprises	Hommes	Femmes	Total
<b>oui</b>	73	78	151
<b>non</b>	24	25	49
<b>Total patients</b>	97	103	200

Tableau 7 : Réponse des patients à la question « Avez-vous appris des informations ? » au décours de l'information brève à l'aide du flyer

Il n'existe pas de différence statistique concernant le sexe à cette question : 25 femmes sur 103 (soit 24,3%) n'ont pas appris d'information et 24 hommes sur 97 (soit 24,7%), soit OR = 0,0036 (p = 0,9520).

La figure suivante renseigne sur la proportion de patients estimant avoir appris des informations au cours de l'entretien selon leur catégorie de score au questionnaire FACE :

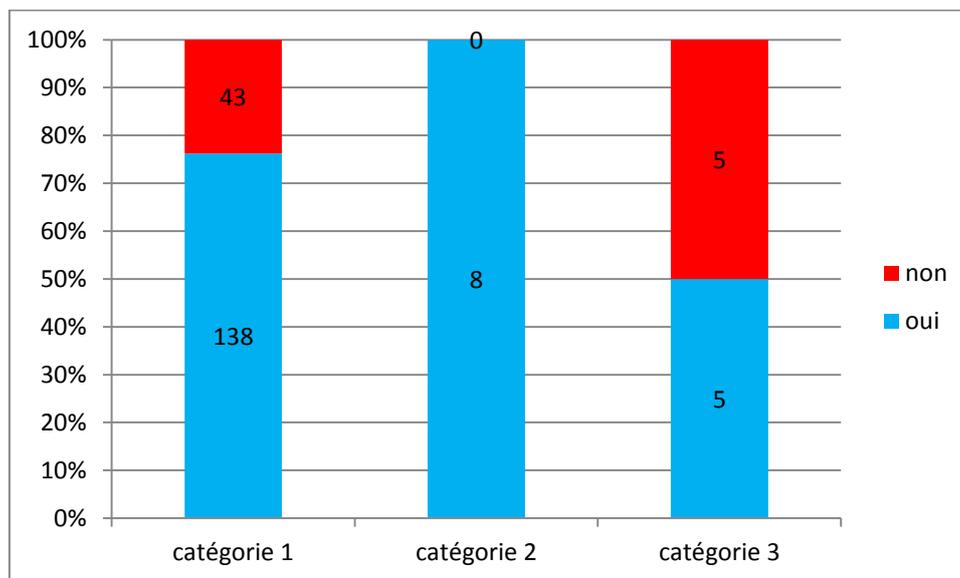


Figure 36 : *Patients estimant avoir appris des informations au cours de l'entretien selon leur catégorie de score au questionnaire FACE*

Le pourcentage de patients estimant ne pas avoir appris d'information au cours de l'entretien varie considérablement en fonction de leur score obtenu au questionnaire FACE. Il existe une différence non statistiquement significative entre les patients de la catégorie 1 (43 versus 138) et les patients de la catégorie 3 (5 versus 5), en faveur de ces derniers : OR 3,4687 (p = 0,0625). Parmi les quatre patients de la catégorie 3 qui ont déjà abordé leur consommation d'alcool, trois ont appris des informations alors que parmi les six patients de la catégorie 3 qui n'ont pas appris d'informations, quatre disent ne jamais avoir abordé leur consommation d'alcool.

100% des flyers ont été remis aux patients à la suite de l'entretien.

En revanche, aucun patient de l'étude n'a souhaité une consultation spécifique en rapport avec sa consommation d'alcool, quelle qu'elle soit et quel que soit l'interlocuteur.

## 2.4. Discussion

### 2.4.1. Méthode

On peut s'interroger sur la représentativité de la population étudiée par rapport à la patientèle de médecine générale en Haute-Vienne étant donné l'effectif des patients (200 patients) et dans la mesure où l'étude a été réalisée exclusivement chez des médecins généralistes maîtres de stage. De plus, dans la plupart des études concernant la problématique de l'alcool, le sex-ratio est plus largement en faveur des hommes ; ici il est de 0,94. La différence entre les populations masculine et féminine est toutefois significative concernant le score au questionnaire FACE. Un point faible de l'étude est la faible représentativité d'un seul interlocuteur auprès des patients.

Il existe pour certains résultats un manque de significativité provenant certainement d'un manque de puissance statistique lié aux faibles effectifs dans les différents sous-groupes. C'est particulièrement le cas pour les catégories socio-professionnelles qui ne sont pas réparties uniformément et pour lesquelles il est donc difficile de tirer des conclusions.

Le résultat concernant le lien entre âge et quantité d'alcool consommé montre l'existence d'une tendance à une association entre les deux.

Le choix de l'introduction d'un questionnaire d'évaluation de la consommation d'alcool dans ce flyer s'est naturellement porté vers le FACE. En effet, il s'agit d'un questionnaire de repérage validé, court, comportant des questions simples et permettant une réalisation rapide dans un contexte de consultation en médecine générale. Il permet également une quantification de la fréquence et de la quantité d'alcool consommé contrairement à d'autres questionnaires courts de repérage.

Les patients ayant des problèmes d'alcool ont été exclus de l'étude. L'information leur a parfois été proposée mais ces patients n'ont pas été inclus dans l'analyse ; l'objectif étant le repérage précoce. On peut toutefois se poser la question de l'intérêt de ce flyer chez les patients ayant une consommation à risque ou une dépendance probable étant donnée la reproductibilité d'une telle intervention et l'évaluation qu'elle permettrait chez ces patients. Beaucoup de patients classés dans la troisième catégorie du questionnaire FACE (5 patients sur 10) estiment ne pas avoir appris d'information après une telle intervention. Cette réponse amène à se demander quelle est la raison d'une telle réponse chez ces patients : Connaissent-ils tous les normes de consommation ? Leur a-t-on déjà donné ces informations ? Ont-ils peur du jugement du soignant ? Sont-ils dans le déni ? Un travail motivationnel sur la durée semble nécessaire dans ces situations pour lever les réticences.

Concernant le questionnaire FACE en lui-même, quelques biais sont à relever parmi lesquels :

- la peur du jugement ;
- le déni ;
- la prévarication ;

- la difficulté du remplissage du questionnaire face au prescripteur ;
- la méconnaissance de la notion de « verre standard » : beaucoup de patients ont découvert la notion de verre standard ;
- la difficulté pour préciser la quantité d'alcool consommée (beaucoup de personnes âgées n'incluent pas leur consommation de vin dans leur consommation d'alcool quand la question leur est posée).

Ce flyer semble adapté à la pratique du repérage précoce en médecine générale grâce au questionnaire FACE, associé à la notion de verres standard avec les normes de consommation OMS. De plus, il comporte une partie expliquant de façon synthétique les situations à risque : « boire trop c'est quand ? », « boire trop c'est combien ? », « boire trop, c'est comment ? ». Ce flyer peut être présenté au patient en un temps limité au cours d'une consultation de médecine générale. Il lui permet de rebondir sur les éléments vus ou lus et d'ouvrir une discussion. Au format A4 recto-verso, il contient également des adresses disponibles pour la prise en charge en cas de souhait de la part du patient. Il permet de relayer une action de santé publique pour un coût relativement modéré.

L'information donnée à chaque patient peut potentiellement être relayée auprès de son entourage, oralement ou par l'intermédiaire du flyer.

#### **2.4.2. Résultats**

Sur un sujet pouvant être difficile à aborder avec les patients au cours d'une consultation, tous les patients ont accepté l'intervention concernant leur consommation d'alcool. Aucune réaction hostile n'a été relevée durant cette étude, tous les patients ont accepté le principe et l'ouverture à la discussion.

Les patients ont été nombreux à poser des questions en rapport avec leur propre consommation d'alcool ou celle de leur entourage. Plusieurs patients m'ont fait part de leur vécu personnel vis-à-vis de l'alcool, de l'atteinte de proches (père ou conjoint le plus souvent), de leur inquiétude vis-à-vis des jeunes générations. Des patients plus âgés ont relaté des changements palpables, vécus comme positifs, concernant la réglementation en matière d'alcool, notamment dans le milieu du travail. Les normes de consommation des patients semblent être en lien direct avec la consommation de l'entourage du patient interrogé.

Cette étude confirme l'importance de l'abord de la problématique de l'alcool au cours des consultations de médecine générale et conforte le rôle acteur de santé publique de premier recours du médecin généraliste.

Parmi les patients n'ayant pas une consommation d'alcool à risque identifiée précédemment et ayant consulté au cours de l'étude, 18 (soit 9%) ont une consommation d'alcool à risque : 8 une consommation excessive d'alcool et 10 un abus ou une dépendance probable selon le questionnaire FACE.

Les réponses des patients au questionnaire FACE reflètent les résultats des études sur la consommation de l'alcool dans la population générale durant ces dernières années avec une consommation régulière modérée chez les personnes plus âgées et une consommation plus abondante occasionnelle chez les personnes plus jeunes, avec également des remarques de la part de l'entourage et des oublis en lien avec la consommation d'alcool.

L'analyse des patients par milieu géographique urbain ou rural n'a pas permis la mise en évidence d'une différence significative de consommation d'alcool à risque dans cette étude. Par contre, l'analyse des patients selon leur statut d'actif ou de retraité a permis de mettre en évidence une différence significative concernant la consommation d'alcool à risque avec un risque moindre chez les patients retraités. Ce résultat n'était pas attendu avant la réalisation de l'étude. Plusieurs explications peuvent être envisagées : le moindre contact social et donc un nombre moindre d'occasions de consommation d'alcool en quantité importante, le moindre stress procuré par l'inactivité (un besoin moindre de « décompresser »), une sous-estimation de leur part en comparaison avec la catégorie des patients actifs...

Dans l'analyse des patients consommant des psychotropes ou n'en consommant pas et dans l'analyse des patients présentant une hypertension artérielle et/ou un diabète ou n'ayant ni hypertension artérielle ni diabète, aucune différence significative de consommation d'alcool à risque n'a pu être mise en évidence

Parmi les 10 patients de la catégorie 3, trois ont déjà abordé leur consommation d'alcool et ont appris des informations, en opposition avec les quatre patients n'ayant jamais abordé leur consommation et n'ayant pas appris d'informations. Cette constatation amène au besoin de dédramatiser l'abord de la consommation d'alcool afin d'amener le patient à réfléchir à la situation puis à le motiver pour une prise en charge du problème.

Le bilan systématique de la consommation d'alcool des patients à l'aide de ce flyer a permis de repérer les patients à risque vis-à-vis de l'alcool et d'effectuer une information brève adaptée en vue d'amener des patients vers une prise de conscience de leur consommation.

### **2.4.3. Perspectives**

On peut proposer une évaluation plus fine à l'aide d'un questionnaire AUDIT, chez les patients à risque, afin de préciser les caractéristiques de la personne vis-à-vis de l'alcool. L'entretien motivationnel prendra ensuite toute sa place.

Inclure un tel outil dans sa pratique de dépistage d'une consommation problématique d'alcool semble permettre l'abord du sujet sans stigmatisation du patient et à faible coût. Une étude quantitative étendue à plusieurs médecins généralistes du département ou de la région, recueillant leur avis sur l'utilisation de cet outil, serait intéressant avant de développer une campagne de diffusion par le réseau ADDICTLIM.

Durant mon expérience en stage ambulatoire de médecine générale, j'ai été amené à aborder la consommation d'alcool avec les patients. Le fait d'utiliser ce type de support et d'aborder l'alcool de façon systématique dédramatise le sujet aussi bien pour le soignant que pour le patient. Il s'agit d'une expérience de prévention et de dépistage valorisante, permettant d'améliorer la relation médecin-malade.

Seulement 23% des praticiens aborderaient la question de l'alcool avec chaque patient au niveau national et la plupart, lorsqu'ils jugent leur patient à risque (50). Le grand intérêt de ce flyer est la facilité pour aborder un problème de santé publique pouvant être vécu comme invasif ou difficile par le médecin et par le patient. Pour la majorité des médecins, aborder le mésusage d'alcool reste difficile (51). L'introduction d'un support de discussion peut faciliter l'abord, celui-ci étant applicable à l'ensemble des patients rencontrés.

Aborder le sujet avec le patient, c'est permettre de faire les premiers pas vers une prise en charge. Ce flyer pourrait être généralisé auprès des médecins généralistes de la région afin de faciliter l'abord de l'alcool auprès des patients, dans le cadre d'un bilan systématique permettant de dédramatiser l'abord du sujet tant pour les médecins que pour les patients. Ce type d'action permettrait de renforcer le rôle du médecin généraliste en tant qu'acteur de santé publique.

La formation dans le domaine du repérage précoce et de l'information brève pourrait être développée afin d'étendre ce type de pratique réalisable au cours des consultations de soins primaires.

Un flyer commun de dépistage d'autres addictions ou comorbidités pourrait être développé afin de proposer un dépistage complet et systématique aux patients.

## Conclusion

Troisième cause de mortalité prématurée et responsable de dommages médico-psycho-sociaux, l'alcool est toujours un problème de santé publique en France et mérite une attention particulière du corps médical.

L'alcool connaît toujours une image positive, élément présent dans les moments de convivialité, parfois utilisé de manière irresponsable.

Bien que parfois appréhendé avec difficulté par les professionnels de la santé, le sujet de la consommation d'alcool doit être abordé avec le patient. En effet, le non repérage des situations à risque conduit à une absence à la fois, de prise de conscience et de prise en charge.

L'abord de la consommation d'alcool avec tous les patients dans le cadre d'un repérage précoce est non seulement accepté par les patients mais ceux-ci apprécient cette démarche. Ils confirment apprendre sur l'alcool en général, les quantités d'alcool à risque, les situations à risques et les normes OMS.

L'acceptation des patients est forte dans le contexte d'un abord systématique lorsque le patient consulte pour un motif commun tel un renouvellement d'ordonnance. De plus, un échange peut s'installer à l'abord du sujet pour eux-mêmes ou leur entourage.

Le bilan systématique de la consommation d'alcool des patients à l'aide du flyer développé permet de repérer des patients à risque et d'effectuer une information brève à faible coût. Cette étude confirme l'importance de la problématique de l'alcool au cours des consultations de médecine générale. La découverte de patients à risque doit amener à la prise de conscience du patient et à approfondir les modalités de la prise en charge.

Repérer précocement les patients est une action de santé publique bénéfique en terme de morbi-mortalité. Une prise en charge précoce du patient va permettre une réduction des risques médico-psycho-sociaux.

Une étude de faisabilité réalisée au sein de plusieurs cabinets de médecine générale de la région pourrait permettre d'apporter des arguments supplémentaires pour la diffusion de ce flyer.

L'outil développé avec le réseau ADDICTLIM, sous forme d'un flyer comportant le questionnaire FACE et des informations concises concernant l'alcool, pourrait permettre de faciliter l'abord de la problématique par les médecins au cours des consultations en évitant toute stigmatisation des patients. Ce support pourrait tout à fait être mis à disposition dans les cabinets médicaux à la fois en salle d'attente pour un accès direct choisi par les patients mais aussi sur le bureau de consultation.

## Références bibliographiques

1. Beck F, Guilbert P. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. INPES (Inst.). Saint-Denis Cedex France: INPES (Inst.); 2005. 574 p.
2. Guérin S, Laplanche A. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):588-93.
3. Bello P-Y, Danet S. L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France. 7 mai 2013;(16-17-18):161-204.
4. Alonso J, Angermeyer M. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;21-7(420).
5. United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on drug use prevention [Internet]. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime); 2013 p. 27-8. Disponible sur: [http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention\\_standards.pdf](http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf)
6. Latino-Martele P, Gerber M. Alcool et risque de cancers. *INCA (Inst.)*; 2007 p. 60.
7. Berr C, Clavel-Chapelon F. Alcool. Effets sur la santé. Chap. 12 : Susceptibilité génétique et maladies liées à l'alcool. *Inserm [Inst..]*; 2001 p. 233.
8. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brains. *J Comp Physiol Psychol*. 1954;47:419-27.
9. Neurobiologie [Internet]. [cité 6 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/orithye/Neurobio/Neurobio.htm>
10. Modulations de la réponse GABA : l'alcool [Internet]. [cité 7 oct 2014]. Disponible sur: <http://neurobranches.chez-alice.fr/neurophy/aainhib4.html>
11. MerckSerono. Carnet de suivi et d'accompagnement. Gardons le cap! [Internet]. 2009. Disponible sur: [http://hepatoweb.com/Documents\\_PDF/Alcool/Carnet-de-suivi.pdf](http://hepatoweb.com/Documents_PDF/Alcool/Carnet-de-suivi.pdf)
12. Supplément interactions médicamenteuses. *Le Guide 2014*. *Rev Prescrire*. 2013;Tome 33(362):443-60.
13. Nutt DJ. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. nov 2010;376(9752):1558-65.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
15. Organisation mondiale de la Santé. *Classification Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes*. Dixième Révision. Vol : Table analytique, Vol : Manuel d'utilisation, Vol : Index alphabétique. Genève: Organisation Mondiale de la Santé;
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. 2013. 991 p.

17. Quertemont E. Genetic polymorphism in ethanol metabolism : acetaldehyde contribution to alcohol abuse and alcoholism. 2004;(9):570-81.
18. Matysiak J, Valleur M. Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. 2ème éd. Armand Collin; 2006. 384 p.
19. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies; 2005 p. 446.
20. INSEE (Inst.). Données nationales - Séries statistiques [Internet]. [cité 7 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.ofdt.fr/BDD\\_len/seristat/00014.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml)
21. Beck F, Guignard R. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Vincent Fournier. Paris; 2013. 104 p.
22. BEH (Bull.). Evolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) selon l'âge, France, 2010. Baromètre santé 2010, Inpes; 2013.
23. Beck F, Guignard R. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 [Internet]. INPES (Inst.) OFDT (Obs.); 2011 juin p. 6. Report No.: 76. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Tendances%2076%20-%20BaroVF.pdf>
24. Observatoire Régional de la Santé en Limousin. L'alcool et ses conséquences sur la santé. La santé observée en Limousin; 2003.
25. La Haye Saint Hilaire S, Buxeraud J. Prévention des addictions aux substances psychoactives à l'officine. Thèse Dr Pharm Limoges. 2012;168.
26. Moyer A. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002;(97):279-92.
27. Cuijpers P. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004;(99):839-45.
28. Kristenson H. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomised controls. *Alcohol Clin Exp Res*. 1983;(7):203-9.
29. Prochaska J. In search of how people change. *Am Psychol*. 1992;(47):1102-14.
30. ANAES SF d'Alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. 1999.
31. Société Française d'Alcoologie. Référentiel de bonnes pratiques cliniques Sevrage simple en alcool. 2006.
32. Cushman P, Forbes R. Alcohol withdrawal syndromes : clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res*. 1985;9(2):103-8.
33. Université Médicale Virtuelle Francophone. Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://umvf.univ-nantes.fr/hepatogastro-enterologie/enseignement/item45/site/html/cours.pdf>

34. Laaksonen E. A randomized multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol-dependence. *Alcohol Alcohol*. 2008;53-61.
35. Prescrire. Alcoolodépendance : après le sevrage. avr 2009;Tome 29(306):274-8.
36. Les TCC | AFTCC [Internet]. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. [cité 6 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.aftcc.org/les-tcc-0>
37. ANAES (Agence Nat), SFA (Soc Française d'Alcoologie). Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. 2001.
38. Collectif. VIDAL 2014 Le Dictionnaire. 89ème éd. 2014. 3356 p.
39. Fuller R, Branchey L. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *JAMA*. 1986;256(11):1449-55.
40. Sanofi-aventis France. Espéral 500 mg cp. Résumé des caractéristiques du produit. 2011.
41. Rosner S. Opioid antagonists for alcohol dependance. 2010;(12:CD001867).
42. Bristol-Myers Squibb. Revia 50 mg cp pellic séc. Résumé des caractéristiques du produit. 2011.
43. Rosner S. Acamprosate for alcohol dependence. 2010;(9:CD004332).
44. Merck serono. Aotal 33 mg cp enr gastrorésist. Résumé des caractéristiques du produit. 2012.
45. ANSM (Ag.). Recommandation temporaire d'utilisation du baclofène dans l'alcoolodépendance. Protocole de suivi des patients. 2014.
46. Service Documentation A.N.P.A.A. (Ass.). Alcool. Mémento législatif. 2014.
47. Jourdain Menninger. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 - 2017 [Internet]. Paris: Mildt [Miss...]; 2013 sept p. 81. Disponible sur: [http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user\\_upload/site-pro/03\\_plan\\_gouv/01\\_plan\\_gouv\\_2013-2017/pdf/plan\\_lutte\\_drogue\\_2013-2017\\_mildt\\_v2.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_lutte_drogue_2013-2017_mildt_v2.pdf)
48. FACE. Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale [Internet]. [cité 8 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.assension.net/Formation/dependances-a-lalcool-test-face/>
49. Dewost A, Dor B. Choisir un bon questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale. *Etude REPEX*. 2006;20(724-725):321-6.
50. Inpes (Inst.). Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale- Baromètre santé médecins généralistes. 2009.
51. Beck Y, Derochet M. Repérage des patients buveurs excessifs : enquête qualitative auprès de vingt médecins généralistes et enquête transversale auprès de deux cent patients du bassin canois. Nice Sophia-Antipolis; 2013.

## Table des annexes

Annexe 1. Dommages induits par l'alcool chez le buveur (51).....	88
Annexe 1.1. Dommages induits par l'alcool chez le buveur, première partie .....	88
Annexe 1.2. Dommages induits par l'alcool chez le buveur, deuxième partie .....	89
Annexe 2. Mortalité (21).....	90
Annexe 2.1. Nombre de décès total, fraction et nombre attribuable à l'alcool par sexe et cause de décès.....	90
Annexe 2.2. Fraction attribuable à l'alcool (FAA) par âge, sexe et cause de décès en France.....	91
Annexe 2.3. Mortalité en France en 2009 (hors causes externes) : nombre de décès dus à l'alcool et non dus à l'alcool en fonction de la dose d'alcool, du sexe et de la cause de décès.....	91

## Annexe 1. Dommages induits par l'alcool chez le buveur (51)

### Annexe 1.1. Dommages induits par l'alcool chez le buveur, première partie

Tableau N°4.3 Dommages induits par l'alcool chez le buveur (suite)		
Troubles neuro-psychiatriques (suite)	Lésions cérébrales	Une alcoolisation excessive accélère l'atrophie cérébrale, qui à son tour provoque un déclin cognitif. Il semble qu'il existe un continuum de lésions cérébrales chez les individus souffrant d'alcoolodépendance de longue date.
	Déficience cognitive et démence	Une consommation excessive augmente le risque de déficience cognitive de manière dose dépendante.
	Troubles addictifs	Les comportements de consommation d'alcool et de tabac sont étroitement associés ; une consommation importante de tabac est associée à une consommation excessive d'alcool.
	Schizophrénie	Une consommation dangereuse d'alcool est plus fréquente chez les individus schizophrènes. Une consommation faible d'alcool peut en aggraver les symptômes et interférer avec l'efficacité du traitement.
Troubles gastro-intestinaux	Cirrhose du foie	L'alcool augmente le risque de cirrhose du foie de manière dose-dépendante. Quel que soit le niveau de consommation d'alcool, les femmes sont plus vulnérables pour cette pathologie que les hommes.
	Pancréatite	L'alcool augmente le risque de pancréatite chronique et aiguë de manière dose-dépendante.
	Diabète de type 2	Bien que de faibles doses d'alcool réduisent le risque de diabète de type 2 comparativement aux abstinents, de hautes doses augmentent le risque.
Cancers	Tractus gastro-intestinal	L'alcool augmente le risque de cancers de la bouche, de l'œsophage et du larynx (voies aéro-digestives supérieures - VADS) et dans une moindre mesure, de cancers de l'estomac, du colon et du rectum selon une relation linéaire.
	Foie	L'alcool augmente le risque de cancer du foie selon une relation exponentielle.
	Sein	Il existe aujourd'hui des preuves indiscutables selon lesquelles l'alcool augmente le risque de cancer du sein chez la femme.
Pathologies cardiovasculaires	Hypertension	L'alcool augmente la tension artérielle ainsi que le risque d'hypertension, de manière dose-dépendante.
	Accident vasculaire cérébral - AVC	L'alcool augmente le risque d'AVC hémorragique et ischémique, avec un risque lié à la dose plus élevé dans le cas de l'AVC hémorragique. Bien que des études aient montré qu'une faible consommation d'alcool réduisait le risque d'AVC ischémique, la revue systématique de toutes ces analyses n'a pas permis de démontrer clairement les effets protecteurs d'une consommation d'alcool faible à modérée sur le risque des deux types d'AVC. À l'inverse, l'ivresse alcoolique est un facteur de risque important d'AVC ischémique et hémorragique, particulièrement chez les adolescents et les jeunes.
	Arythmies cardiaques	Les épisodes de consommation épisodique massive augmentent le risque d'arythmies cardiaques et de décès brutaux par insuffisance coronarienne, même chez les personnes n'ayant pas eu de signes avant-coureurs de problèmes cardiaques.
	Coronaropathies	Bien qu'une faible consommation d'alcool réduise le risque de coronaropathies, au delà de 20 g par jour, (le niveau de consommation d'alcool associé au risque le plus faible), le risque de coronaropathie augmente, devenant supérieur à celui d'un abstinent ayant consommé 80 g en une seule occasion.
Système immunitaire		L'alcool peut interférer avec les fonctions normales du système immunitaire, entraînant une vulnérabilité accrue à certaines pathologies infectieuses telles que la pneumonie, la tuberculose et le VIH.
Pathologies du squelette		Il semble exister une relation dose-dépendante entre la consommation d'alcool et le risque de fracture chez les deux sexes, la relation étant plus forte pour les hommes que pour les femmes.
Troubles de la reproduction		L'alcool peut réduire la fertilité masculine comme fertilité féminine.

## Annexe 1.2. Dommages induits par l'alcool chez le buveur, deuxième partie

Tableau N°4.3 Dommages induits par l'alcool chez le buveur		
	Dommages	Résumé des résultats
Bien-être social	Conséquences sociales négatives	Du fait de participation à des bagarres, de l'atteinte à la vie de famille, au mariage, au travail, aux études, aux amis ou à la vie sociale, le risque de dommages augmente proportionnellement à la quantité d'alcool consommée, sans preuve d'un effet de seuil.
	Baisse de l'efficacité professionnelle	Une alcoolisation importante conduit à une baisse de « l'employabilité », une hausse du chômage et de l'absentéisme.
Dommages intentionnels ou non	Violence	Il existe un lien presque linéaire entre la consommation d'alcool et le risque d'être impliqué dans des événements violents.
	Conduite en état d'alcoolisation	Le risque lié à la conduite en état d'alcoolisation augmente avec la quantité d'alcool consommée et la fréquence des occasions d'alcoolisation massive. Le risque d'accident augmente de 38 % lorsque le taux d'alcoolémie atteint 0,5 g/l.
	Traumatismes	Il existe un lien entre la consommation d'alcool et le risque de traumatismes et d'accidents mortels et non mortels. Les individus qui boivent habituellement peu d'alcool, mais qui présentent régulièrement des épisodes d'alcoolisation massive sont particulièrement à risque. L'alcool augmente le risque de fréquentation des services d'urgences hospitalières de manière dose-dépendante et augmente le risque d'opérations et de complications chirurgicales.
	Suicide	Il existe un lien direct entre la consommation d'alcool et le risque de suicide et de tentative de suicide. Ce lien est plus fort en cas d'ivresses que pour une consommation chronique.
Troubles neuro-psychiatriques	Anxiété et troubles du sommeil	Plus d'une personne sur huit souffrant d'un trouble anxieux souffre aussi d'une alcoolisation excessive. L'alcool aggrave les troubles du sommeil.
	Dépression	Les troubles des conduites d'alcoolisation sont un facteur de risque de troubles dépressifs de manière dose-dépendante. Ils précèdent souvent le trouble dépressif et sont généralement suivis d'une amélioration du trouble au décours d'une abstinence d'alcool.
	Alcoolodépendance	Le risque de dépendance à l'alcool commence pour des niveaux faibles de consommation et augmente à la fois avec la quantité globale d'alcool consommée et avec la quantité consommée par occasion.
	Atteinte nerveuse	Sur une période prolongée, l'alcool accroît de manière dose-dépendante le risque de lésions des nerfs périphériques.

## Annexe 2. Mortalité (22)

### Annexe 2.1. Nombre de décès total, fraction et nombre attribuable à l'alcool par sexe et cause de décès

Cause de décès	Hommes			Femmes			Total		
	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool
<b>Cancer<sup>a</sup></b>	89 824	12%	11 197	62 941	6%	4 003	152 765	10%	15 200
Cavité buccale	1 270	75%	951	491	36%	178	1 761	64%	1 129
Pharynx	2 139	86%	1 842	352	49%	172	2 492	81%	2 014
Œsophage	3 402	84%	2 860	882	53%	467	4 284	78%	3 327
Côlon-rectum	9 792	30%	2 949	8 523	9%	750	18 314	20%	3 699
Foie	6 203	30%	1 850	2 215	9%	201	8 418	24%	2 051
Larynx	1 240	60%	745	150	24%	35	1 390	56%	781
Sein	220	0%	0	12 547	18%	2 199	12 767	17%	2 199
<b>Maladie cardiovasculaire</b>	66 833	14%	9 523	77 510	3%	2 710	144 343	8%	12 233
Maladie hypertensive	3 099	46%	1 420	5 834	15%	866	8 933	9%	2 286
Cardiopathie ischémique	20 774	5%	938	15 765	-3%	-529	36 539	0%	409
Cardiomyopathie alcoolique	74	100%	74	10	100%	10	84	100%	84
Arythmie cardiaque	4 236	53%	2 250	6 277	22%	1 366	10 513	34%	3 615
Accident vasculaire cérébral hémorragique	7 734	48%	3 704	10 139	8%	827	17 874	25%	4 531
Accident vasculaire cérébral ischémique	5 532	19%	1 050	8 581	2%	150	14 112	9%	1 200
Varices œsophagiennes	88	100%	88	20	100%	20	108	100%	108
<b>Maladie digestive</b>	12 543	45%	5 627	10 888	20%	2 145	23 431	33%	7 772
Gastrite alcoolique	0	100%	0	0	100%	0	0	100%	0
Maladie alcoolique du foie	3 543	100%	3 543	1 317	100%	1 317	4 860	100%	4 860
Hépatite chronique sans précision	15	100%	15	10	100%	10	25	100%	25
Fibrose et cirrhose du foie	1 684	100%	1 684	767	100%	767	2 451	100%	2 451
Cholélithiase	109	-47%	-51	201	-10%	-19	310	-23%	-70
Pancréatite	596	74%	438	428	17%	71	1 024	50%	509
<b>Autres maladies</b>	95 382	13%	3 441	104 926	5%	634	200 308	9%	4 075
Diabète de type 2	3 048	21%	638	3 311	-4%	-143	6 359	8%	494
Encéphalopathie de Wernicke	6	100%	6	4	100%	4	10	100%	10
Maladie mentale due à l'alcool	2 251	100%	2 251	608	100%	608	2 859	100%	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	75	100%	75	26	100%	26	101	100%	101
Épilepsie et mal épileptique	859	53%	459	752	18%	137	1 611	37%	596
Polynévrite alcoolique	12	100%	12	4	100%	4	16	100%	16
<b>Cause externe</b>	22 620	25%	5 545	14 748	18%	2 609	37 368	22%	8 154
<b>Inconnue, mal spécifiée<sup>b</sup></b>	7 671	16%	1 250	6 848	5%	363	14 519	11%	1 613
<b>Total</b>	272 253	13%	36 584	263 113	5%	12 465	535 366	9%	49 048

<sup>a</sup> Les cancers de localisation mal précisée ou non précisée (CIM : C76-C80) ont été répartis entre les localisations spécifiées au *pro rata* des localisations spécifiées, par sexe et par âge.

<sup>b</sup> Une fraction des décès par cause inconnue ou mal spécifiée (CIM : R96-R99) égale à la fraction des causes spécifiées attribuables à l'alcool a été attribuée à l'alcool, par sexe et classe d'âge.

## Annexe 2.2. Fraction attribuable à l'alcool (FAA) par âge, sexe et cause de décès en France

Sexe	Cause de décès	Âge							
		15-34 ans		35-64 ans		≥65 ans		Total ≥15 ans	
		Décès dus à l'alcool	FAA						
Hommes	Cancer	14	3%	4 336	16%	6 847	11%	11 197	12%
	Maladie cardiovasculaire	33	10%	1 316	13%	8 174	15%	9 523	14%
	Maladie digestive	33	40%	3 371	73%	2 223	28%	5 627	45%
	Cause externe	1 215	35%	2 202	25%	2 128	21%	5 545	25%
	Autres maladies	90	11%	2 010	17%	1 341	2%	3 441	5%
	Inconnue, mal spécifiée	137	26%	706	22%	407	11%	1 250	16%
	<b>Total</b>	<b>1 522</b>	<b>26%</b>	<b>13 941</b>	<b>21%</b>	<b>21 120</b>	<b>11%</b>	<b>36 584</b>	<b>13%</b>
Femmes	Cancer	14	3%	1 361	9%	2 628	6%	4 003	6%
	Maladie cardiovasculaire	3	2%	120	4%	2 588	3%	2 710	3%
	Maladie digestive	6	15%	1 172	64%	966	11%	2 145	20%
	Cause externe	153	19%	551	18%	1 905	18%	2 609	18%
	Autres maladies	8	2%	468	8%	159	3%	634	1%
	Inconnue, mal spécifiée	17	9%	148	12%	197	4%	363	5%
	<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>9%</b>	<b>3 820</b>	<b>12%</b>	<b>8 443</b>	<b>4%</b>	<b>12 465</b>	<b>5%</b>
Les deux	<b>Total</b>	<b>1 724</b>	<b>22%</b>	<b>17 761</b>	<b>18%</b>	<b>29 563</b>	<b>7%</b>	<b>49 048</b>	<b>9%</b>

## Annexe 2.3. Mortalité en France en 2009 (hors causes externes) : nombre de décès dus à l'alcool et non dus à l'alcool en fonction de la dose d'alcool, du sexe et de la cause de décès

Cause de décès	Hommes						Femmes						Total
	Dose d'alcool en grammes par jour					Total	Dose d'alcool en grammes par jour					Total	
	2	13	28	46	117		2	13	28	46	85		
Cancer	-	238	553	389	10 017	11 197	-	349	692	261	2 702	4 003	15 200
Maladie cardiovasculaire	-	-342	-211	37	10 039	9 523	-	-128	262	117	2 459	2 710	12 233
Maladie digestive	-	265	406	692	4 264	5 627	-	685	397	196	867	2 145	7 772
Autres maladies	-	-19	-10	56	3 413	3 441	-	22	20	51	542	634	4 075
Inconnue, mal spécifiée	-	30	57	73	1 090	1 250	-	44	56	28	236	363	1 613
Décès attribuables à l'alcool	0	172	796	1 247	28 824	31 038	0	972	1 426	652	6 806	9 856	40 894
Décès non attribuables à l'alcool <sup>a</sup>	69 116	41 492	30 537	17 005	60 446	218 595	153 994	41 909	19 149	7 094	16 363	238 509	457 104
Nombre de décès total hors cause externe	69 116	41 664	31 332	18 251	89 270	249 633	153 994	42 881	20 575	7 745	23 169	248 365	497 998
Fraction attribuable	0%	0,4%	3%	7%	32%	12%	0%	2%	7%	8%	29%	4%	8%

<sup>a</sup> Le nombre total de décès non attribuables à l'alcool est réparti entre les classes de dose en fonction de la répartition de buveurs dans ces classes de dose.  
Par exemple : 69 116 = (249 633 - 31 038) × 31,6%

# Table des matières

Introduction .....	11
1. Alcool .....	13
1.1. Définition.....	13
1.2. Historique .....	13
1.3. Pharmacocinétique de l'éthanol .....	14
1.4. Actions de l'alcool sur le système nerveux central .....	16
1.4.1. Le système de récompense ou système mésocorticolimbique.....	16
1.4.2. Les principaux neurotransmetteurs impliqués .....	18
La figure suivante représente la balance GABA-NMDA : .....	19
1.4.3. Les autres neurotransmetteurs .....	20
1.5. Effets de l'alcool .....	20
1.5.1. Les effets aigus.....	20
1.5.2. Les effets chroniques .....	21
1.5.3. Les interactions médicamenteuses .....	23
1.5.4. Impact global de la consommation d'alcool .....	24
1.5.5. La mortalité .....	25
1.6. Usages de l'alcool .....	26
1.6.1. Le non-usage (non consommateur) .....	26
1.6.2. L'usage (consommateur modéré) .....	26
1.6.3. Le mésusage .....	26
1.6.3.1. Usage à risque .....	26
1.6.3.2. Usage nocif ou abus.....	26
1.6.3.3. Usage avec dépendance .....	27
1.6.4. Critères diagnostiques .....	27
1.6.5. Facteurs de vulnérabilité .....	30
1.7. Epidémiologie.....	31
1.7.1. En Europe .....	32
1.7.2. En France.....	32
1.7.3. En Limousin.....	34
1.8. Prévention .....	35
1.9. Prise en charge de la consommation problématique d'alcool .....	36
1.9.1. Le dépistage des comorbidités et des complications.....	36
1.9.2. L'intervention brève.....	36
1.9.3. L'entretien motivationnel.....	37
1.9.4. Le sevrage .....	38
1.9.4.1. Définition.....	38
1.9.4.2. Indications.....	38
1.9.4.3. Contre-indications.....	39

1.9.4.4. Modalités du sevrage ambulatoire .....	39
1.9.4.5. Le syndrome de sevrage.....	40
1.9.5. Le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute .....	42
1.9.5.1. Le soutien psychosocial .....	42
1.9.5.2. Traitements médicamenteux .....	44
1.9.5.3. Un cas particulier : le baclofène.....	46
1.9.6. Place de la réduction de la consommation d'alcool .....	48
1.9.6.1. Intérêt .....	48
1.9.6.2. Le nalméfène .....	49
1.10. La réglementation en matière d'alcool en France.....	51
2. Etude de l'acceptabilité et de l'intérêt de l'utilisation d'un outil d'aide au repérage d'une consommation d'alcool à risque en médecine générale.....	54
2.1. Objectifs de l'étude .....	54
2.1.1. Objectifs principaux .....	54
2.1.2. Objectifs secondaires.....	54
2.2. Matériel et méthodes.....	54
2.2.1. Réalisation de l'étude.....	54
2.2.2. Population de l'étude .....	54
2.2.3. Intervention .....	55
2.2.3.1. Préparation .....	55
2.2.3.2. Inclusion .....	55
2.2.4. Outil utilisé.....	55
2.2.4.1. Références OMS .....	55
2.2.4.2. Questionnaire FACE .....	56
2.2.4.3. Support utilisé.....	58
2.2.5. Stratégie de repérage appliquée.....	60
2.2.5.1. Avant la réalisation du score FACE .....	61
2.2.5.2. En cas de score en faveur d'une consommation modérée.....	61
2.2.5.3. En cas de score en faveur d'une consommation excessive.....	61
2.2.5.4. En cas de score en faveur d'un abus ou d'une dépendance.....	61
2.2.5.5. Traçabilité des informations recueillies .....	61
2.2.6. Critères d'évaluation.....	61
2.2.6.1. Critère d'évaluation principal .....	61
2.2.6.2. Critères d'évaluation secondaires.....	62
2.2.7. Recueil des données .....	62
2.2.7.1. Anonymisation .....	62
2.2.7.2. Questionnaire rempli par le patient .....	62
2.2.7.3. Questionnaire d'inclusion .....	62
2.2.8. Analyse statistique .....	63
2.2.8.1. Saisie des données .....	63
2.2.8.2. Population d'analyse .....	63

2.2.8.3. Méthode d'analyse .....	63
2.2.9. Aspects financiers .....	63
2.2.10. Recherche bibliographique .....	63
2.2.10.1. Bases de données .....	63
2.2.10.2. Bibliographie .....	64
2.2.10.3. Sites internet institutionnels .....	64
2.3. Résultats .....	64
2.3.1. Caractéristiques d'exercice des médecins généralistes maîtres de stage .....	64
2.3.2. Patients .....	64
2.3.3. Taux d'acceptabilité .....	66
2.3.4. Données sur la réalisation du test.....	66
2.3.5. Durée de l'étude .....	66
2.3.6. Nombre de dépistages et d'informations réalisés .....	66
2.3.7. Abord antérieur de l'alcool avec un professionnel de santé .....	66
2.3.8. Scores obtenus au questionnaire FACE.....	67
2.3.8.1. Scores totaux.....	67
2.3.8.2. Première question du questionnaire FACE .....	70
2.3.8.3. Deuxième question du questionnaire FACE.....	71
2.3.8.4. Troisième question du questionnaire FACE .....	72
2.3.8.5. Quatrième question du questionnaire FACE .....	72
2.3.8.6. Cinquième question du questionnaire FACE.....	73
2.3.9. Milieu et statut social .....	73
2.3.9.1. Milieu géographique des patients .....	73
2.3.9.2. Patients retraités .....	74
2.3.9.3. Catégorie socio-professionnelle .....	75
2.3.10. Patients atteints de maladies chroniques .....	76
2.3.10.1. Patients consommant des psychotropes.....	76
2.3.10.2. Patients hypertendus et/ou diabétiques .....	77
2.3.11. Informations apprises au cours de l'entretien .....	77
2.4. Discussion .....	79
2.4.1. Méthode.....	79
2.4.2. Résultats.....	80
2.4.3. Perspectives .....	81
Conclusion .....	83
Références bibliographiques .....	84

## Table des illustrations

<i>Figure 1 : Représentation tridimensionnelle d'une molécule d'éthanol C<sub>2</sub>H<sub>6</sub>O</i>	13
<i>Figure 2 : Principales voies impliquées dans le métabolisme hépatique de l'éthanol (6)</i>	15
<i>Figure 3 : Circuit dopaminergique mésocorticolimbique (MFB - Medial Forebrain Bundle) (8)</i>	16
<i>Figure 4 : Quantité de dopamine libérée chez un sujet dépendant et chez un sujet normal (9)</i>	17
<i>Figure 5 : Schéma des effets du GABA et de l'alcool sur leur récepteur (10)</i>	18
<i>Figure 6 : Balance GABA-NMDA (11)</i>	19
<i>Figure 7 : Risque relatif de décès par pathologie selon la consommation d'alcool (2)</i>	21
<i>Figure 8 : Risque relatif de décès par pathologie selon la consommation d'alcool (2)</i>	22
<i>Figure 9 : L'alcool est la drogue ayant l'impact le plus important sur l'individu et son entourage (13)</i>	24
<i>Figure 10 : Schéma trivarié des addictions : le modèle d'Olievenstein (18)</i>	31
<i>Figure 11 : Quantité d'alcool consommée par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 en France (en litres équivalents d'alcool pur) (20)</i>	32
<i>Figure 12 : Evolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des épisodes d'API selon l'âge en France, en 2010 (22)</i>	33
<i>Figure 13 : La pyramide des dépendances (25)</i>	35
<i>Figure 14 : Cycle de Prochaska et DiClemente (29)</i>	37
<i>Figure 15 : Index de Cushman (32)</i>	41
<i>Figure 16 : Nombre de décès attribuables et non attribuables à l'alcool, par classe de dose et par sexe, pour les causes autres que les causes externes (22)</i>	49
<i>Figure 17 : Code de la route (46)</i>	52
<i>Figure 18 : Volumes de boissons alcoolisées équivalant à 10 grammes d'alcool environ (6)</i>	56
<i>Figure 19 : Le questionnaire FACE (48)</i>	57
<i>Figure 20 : Flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM, recto</i>	59
<i>Figure 21 : Flyer conçu avec le réseau ADDICTLIM, verso</i>	60
<i>Figure 22 : Répartition des hommes en fonction de la catégorie de score FACE</i>	67
<i>Figure 23 : Répartition des femmes en fonction de la catégorie de score FACE</i>	67
<i>Figure 24 : Répartition de l'ensemble des patients selon leur score FACE</i>	68

<i>Figure 25 : Répartition des patients selon leur catégorie de score FACE .....</i>	<i>69</i>
<i>Figure 26 : Répartition des patients hommes et femmes selon leur score FACE .....</i>	<i>69</i>
<i>Figure 27 : Répartition des patients en fonction de la fréquence de leur consommation d'alcool par tranches d'âge.....</i>	<i>70</i>
<i>Figure 28 : Répartition des patients en fonction de la quantité d'alcool consommée par tranches d'âge .....</i>	<i>71</i>
<i>Figure 29 : Répartition des patients ayant eu des remarques de la part de leur entourage concernant leur consommation d'alcool par tranches d'âge .....</i>	<i>72</i>
<i>Figure 30 : Répartition des patients ayant eu ou non un épisode d'oubli suite à une consommation d'alcool par tranches d'âge.....</i>	<i>72</i>
<i>Figure 31 : Comparaison des catégories de score FACE selon la répartition urbaine ou rurale des patients.....</i>	<i>73</i>
<i>Figure 32 : Comparaison des catégories de score FACE selon l'activité ou l'inactivité professionnelle des patients .....</i>	<i>74</i>
<i>Figure 33 : Répartition des catégories de score FACE des patients selon leur catégorie professionnelle selon les critères INSEE .....</i>	<i>75</i>
<i>Figure 34 : Répartition des catégories de score FACE des patients selon qu'ils consomment ou non des psychotropes .....</i>	<i>76</i>
<i>Figure 35 : Répartition des catégories de score FACE des patients hypertendus et/ou diabétiques en comparaison avec les patients non hypertendus et non diabétiques .....</i>	<i>77</i>
<i>Figure 36 : Patients estimant avoir appris des informations au cours de l'entretien selon leur catégorie de score au questionnaire FACE.....</i>	<i>78</i>

## Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Le disulfirame (40)</i> .....	44
<i>Tableau 2 : La naltrexone (42)</i> .....	45
<i>Tableau 3 : L'acamprosate (44)</i> .....	46
<i>Tableau 4 : Les qualités informationnelles du questionnaire FACE (49)</i> .....	58
<i>Tableau 5 : Population étudiée</i> .....	65
<i>Tableau 6 : Résultats du questionnaire FACE par catégories de score et par sexe</i> .....	67
<i>Tableau 7 : Réponse des patients à la question « Avez-vous appris des informations ? » au décours de l'information brève à l'aide du flyer</i> .....	77

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## Repérage d'une consommation d'alcool à risque en médecine générale : acceptabilité et intérêt de l'utilisation d'un outil

**Introduction :** L'alcool est un problème de santé publique affectant cinq millions de personnes en France. Les médecins généralistes, acteurs de santé primaire, jouent un rôle majeur dans le dépistage. Aborder la consommation d'alcool est essentiel mais peut s'avérer difficile. Une étude a été conduite afin d'évaluer l'acceptabilité et l'intérêt du repérage à l'aide d'un support.

**Méthodes :** L'étude a concerné cinq patientèles de médecine générale en Haute-Vienne au cours d'un stage en autonomie supervisée, chez des patients sans consommation problématique d'alcool connue. Un questionnaire de type FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) a été rempli, suivi d'une information brève. Les antécédents et les traitements des patients ainsi que les informations tirées de l'entretien ont été recueillis. Les tests statistiques utilisés étaient le Chi2 et le test exact de Fisher.

**Résultats :** 200 patients ont été inclus (sex-ratio=0,94). La moyenne d'âge était de 58,5 ans. 100% des patients ont accepté l'intervention. 8 patients avaient une consommation excessive et 10 un abus ou une dépendance probable d'après le score FACE. Au total, 9% des patients présentaient une consommation à risque. 90,5% des patients n'auraient jamais abordé leur consommation d'alcool avec un professionnel de santé. 75,5% des patients ont estimé avoir appris des informations suite à l'entretien. Davantage de patients retraités avaient une consommation à faible risque en comparaison avec les patients non retraités OR = 0,2207 (p=0,0620).

**Conclusion :** Le support utilisé a été bien accepté et a permis de repérer rapidement les patients ayant une consommation d'alcool à risque en médecine générale. Le réseau ADDICTLIM (Réseau de santé ville-hôpital d'addictologie en Limousin) pourrait diffuser ce support voir le coupler avec un dépistage d'autres addictions.

**Mots-clés :** Alcool, Repérage, Médecine Générale

## Identification of a high risk alcohol consumption in general medicine: acceptability and interest of the use of a tool

**Introduction :** Alcohol is a problem of public health affecting five million people in France. The general practitioners, actors of primary health, play a major role in its screening. Approaching alcohol consumption is essential but can be quite tricky. Thus, a study was led to estimate the acceptability and the interest of such identification thanks to a support.

**Methods :** This study was led in five doctor's practices of general medicine in Haute-Vienne, in the center of France, during an internship with overseen autonomy, among patients without known problematic consumption of alcohol. A survey of the « FACE » type (Fast Alcohol Consumption Evaluation) was filled by the patients ; followed by a brief information. Medical histories, current treatments and information issued of the interview were collected. The statistical tests used were the Chi-squared test and the exact test of Fisher.

**Results :** 200 patients were included (sex-ratio = 0.94). The average age was 58.5 years old. 100% of the patients accepted the intervention. 8 patients had excessive alcohol consumption and 10 were in abuse or in probably dependence according to the « FACE » score. Finally, 9% of all the patients had risky alcohol consumption. 90.5% of the patients would have never approached their alcohol consumption with a healthcare professional. 75.5% of the patients considered to have learnt information thanks to the interview. More retired patients had an alcohol consumption with low risk compared with the non-retired patients OR = 0.2207 (p=0.0620).

**Conclusion :** The used support was well accepted and was helpful to quickly identify patients who had risky alcohol consumption in general medicine. The ADDICTLIM network (Network of city-hospital health in addiction studies in Limousin) could spread this support or couple it with a screening in other addictions.

**Keywords :** Alcohol, Screening test, General Medicine