

L'ALCOOL EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Auteur et expert : Dr T. Favrod-Coune, Service de médecine de premier recours, HUG
Relecteur Dr I. Guessous, Service de médecine de premier recours, HUG

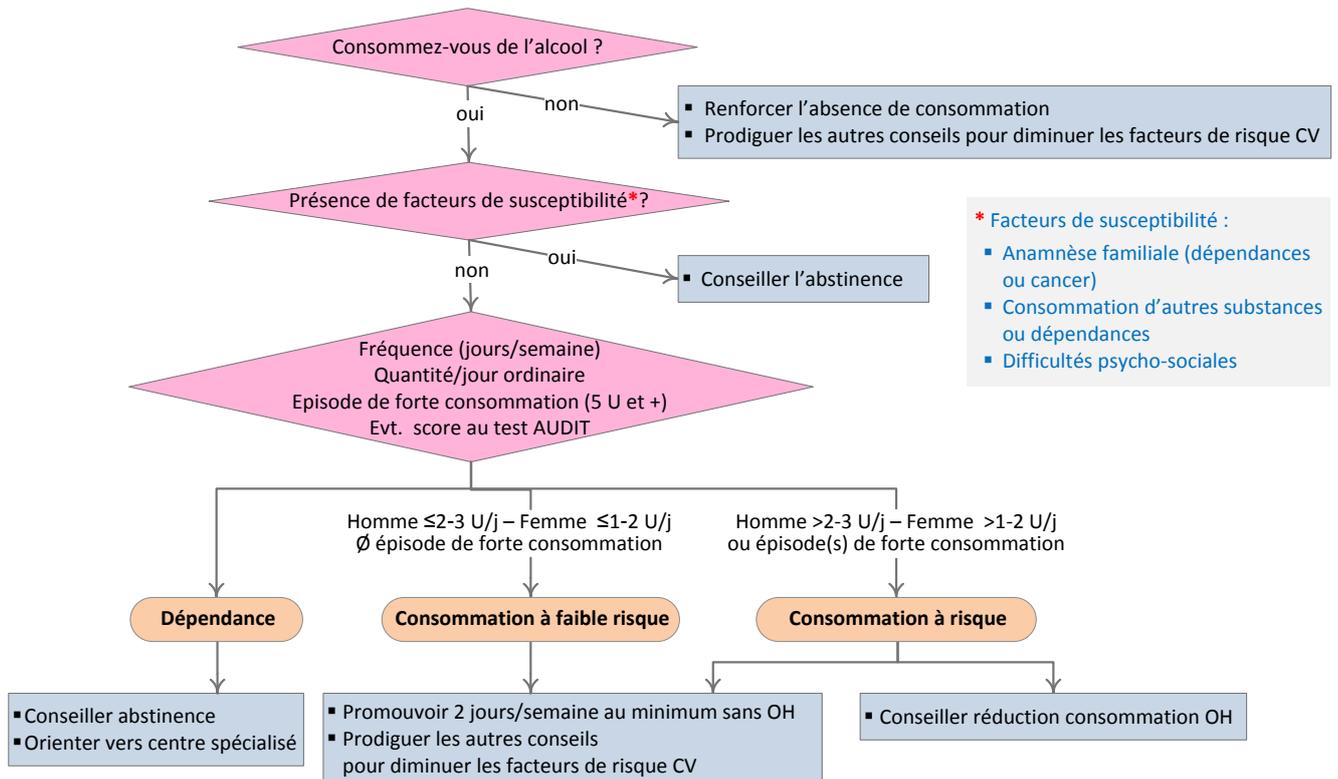
Algorithme, relecture : M. Le Braz
Mise en page : J. Caliri

2017

LES POINTS A RETENIR

- Evaluer régulièrement les habitudes de consommation d'alcool chez tous vos patients, sachant qu'une consommation problématique concerne au moins 25% d'entre eux.
- Empathie, travail motivationnel, objectifs réalistes sont essentiels dans la prise en charge.
- En cas de consommation excessive d'alcool, une réduction doit être recommandée p.ex. avec un programme de consommation contrôlée (par ex. Alcochoix+).
- En cas de dépendance, le sevrage peut se faire en ambulatoire ou hospitalier ; un suivi régulier avec un travail en réseau est conseillé. L'objectif de choix est l'abstinence mais le patient sera suivi en consommation contrôlée si nécessaire.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PRESENTANT UN PROBLEME DE CONSOMMATION D'ALCOOL¹



⚠ NE JAMAIS BOIRE AVANT DE CONDUIRE ou en cas de GROSSESSE

L'ALCOOL EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

1. INTRODUCTION

1.1 Population et consommation d'alcool

La consommation d'alcool est une pratique culturelle courante. La grande majorité de la population suisse a une consommation à faible risque pour la santé. Les abstinentes représentent 17% de la population en Suisse,² tandis qu'on estime à un peu moins de 4% (250'000 personnes) les alcoolo-dépendants et à 23% les consommateurs à risque (figure 1). La consommation problématique d'alcool est associée à une morbidité et une mortalité importante. Le coût total (médical et social, direct et indirect) de l'alcool se situe à quelques 5 milliards de francs en Suisse par an (entre 4.2 et 6.7 selon les études).³

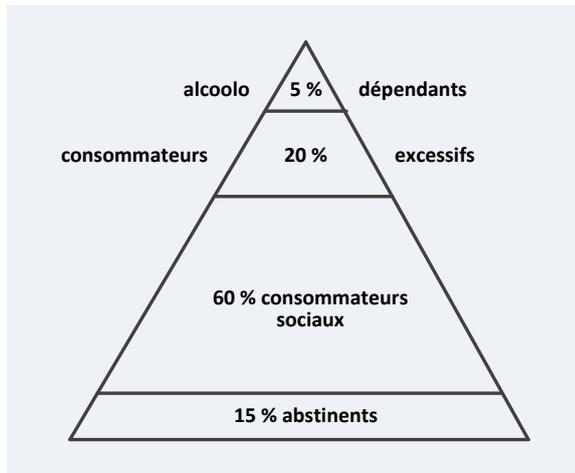


Figure 1: Répartition de la population en fonction du type de consommation d'alcool. ⁴

1.2 FONCTION DU MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

La place du médecin de premier recours vis-à-vis de l'alcool est très privilégiée. En effet, il voit chaque année 85% de la population générale, qui consulte pour d'autres raisons. Son rôle est d'abord d'informer des risques liés à l'excès d'alcool et de repérer les patients avec une consommation problématique.

Une fois le repérage fait, le médecin œuvre à la prévention des complications liées à l'alcool, et cherche à prévenir 3 situations :

- la consommation inadaptée à la situation (p.ex. femmes enceintes, conduite de véhicules).
- la consommation ponctuelle excessive (ivresse) en particulier chez les jeunes.
- la consommation chronique à risque et la dépendance.

2. DEFINITIONS / CLASSIFICATION

2.1 LA CONSOMMATION À FAIBLE RISQUE TELLE QUE DÉFINIE PAR L'OMS

Recommandations OMS pour l'alcool	
Femmes	Hommes
- Max. 2 verres standard par jour ou - 14 verres standard par semaine	- Max. 3 verres standard par jour ou - 21 verres standard par semaine
- Min. 2 jours sans alcool par semaine	- Min. 2 jours sans alcool par semaine
- Pas plus de 4 verres par occasion	- Pas plus de 5 verres par occasion
1 verre standard contient 10g. d'alcool Pas d'alcool dans les situations inadaptées (grossesse, conduite, travail,...)	

Tableau 1 : Consommation d'alcool à faible risque.

Le «paradoxe français»: une faible consommation d'alcool peut produire un bénéfice pour la santé (cardio-vasculaire et probablement diabète surtout pour les femmes). Cependant un bénéfice supérieur est obtenu par une alimentation équilibrée, la pratique d'activité physique et l'arrêt du tabac ; en outre, les risques potentiels sont élevés dès ces doses dépassées. Par conséquent, il n'est pas conseillé de proposer aux patients abstinentes de boire ! Les différentes recommandations sont discutées dans un article récent de la Revue médicale suisse.¹

2.2 UNITÉS MESURANT LA QUANTITÉ D'ALCOOL PUR ET L'ALCOOLÉMIE

En Europe, une unité standard (ou verre standard) contient 10 grammes d'alcool pur (éthanol) (figure 2).



Figure 2 : Unités ou verres standard et quantité d'alcool

La teneur en alcool d'une boisson donnée est calculée en multipliant le degré d'alcool (en ° ou % de volume) par le volume en millilitre (puisque l'on souhaite un résultat en gramme), puis par la masse volumique de l'alcool (0.8).

Exemple pour 1 bière normale à 5° : $250 \text{ [ml]} \times 5 \text{ [° alcool]} \times 0.01 \times 0.8 = 10 \text{ [g. OH]}$

Concernant l'alcoolémie, on l'estime en divisant la quantité totale d'alcool ingéré par la teneur en eau de l'organisme (formule de Widmark cf. tableau 2), puis en soustrayant de cette valeur l'alcool métabolisé par le foie (environ 0.15 pour mille par heure). Le résultat est obtenu en « pour mille » ou en « gramme d'alcool » (sous-entendu par litre).

Quantité d'alcool dans une boisson OH [g] = degré d'alcool [° ou %] x 0.01 x volume [mL] x 0,8

Formule de Widmark : OH ingéré [g] / poids [kg] x 0.7 (homme) ou x 0.6 (femme)

Tableau 2 : Contenu en alcool d'une boisson et formule de Widmark.

2.3 GROUPES À RISQUE

Les personnes suivantes sont particulièrement à risque et méritent une attention particulière :

- Personnes âgées (vulnérabilité augmentée liée au vieillissement, aux comorbidités et aux traitements en cours).
- Enfants et adolescents qui sont plus sensibles (neuro- et psycho-développement) et ont un risque augmenté de développer plus tard une consommation problématique s'ils consomment précocement. Actuellement, les recommandations européennes seraient de ne pas consommer de l'alcool avant 25 ans. Cela semblant irréaliste dans nos sociétés, le consensus est de proposer d'éviter de consommer avant 16 à 18 ans.
- Femmes enceintes ou envisageant une grossesse.
- Personnes malades et/ou en convalescence, en particulier les patients souffrant de problèmes hépatiques (p.ex. hépatites virales B ou C chroniques), ceux présentant des problèmes peptiques, pancréatiques ou les consommateurs de médicaments.
- Personnes présentant d'autres dépendances (**tabac**, opiacés, benzodiazépines, cocaïne, jeux de hasard ou d'argent, etc.).

2.4 CONSOMMATION EXCESSIVE

On peut distinguer :

- Ivresse ponctuelle ou excès épisodique (hommes : >5 verres ; femmes : >4 verres standard par occasion).
- Consommation d'alcool inadaptée à la situation : par ex. au travail, sur la route, pendant la grossesse, lors de la prise simultanée de médicaments, etc.
- Consommation chronique à risque : au-delà de 20 gr. d'alcool pur par jour pour les femmes et de 30 gr pour les hommes, ce qui correspond respectivement à 2 et 3 verres standard, ou ne pas observer 1 à 2 jours sans alcool par semaine.

2.5 LA DÉPENDANCE : ALCOOLO-DÉPENDANCE

Le diagnostic selon le CIM-10 est posé lorsqu'au moins 3 des critères suivants sont réunis durant 1 mois sur une durée d'une année :⁵

1. Un désir puissant de prendre de l'alcool (*craving*)
2. Une difficulté de contrôle
3. Une tolérance (augmentation des doses)
4. Un syndrome de sevrage physique ou psychique (manque)
5. Une poursuite de la consommation malgré des conséquences négatives
6. Une réduction des autres activités au profit de la consommation ou de la récupération.

2.6 L'EFFET IMMÉDIAT DE L'ALCOOL

Chez les enfants, la consommation d'alcool peut conduire à la mort.

En général, les effets positifs et immédiats sont : sensation de chaleur, bien-être, détente, gaieté, envie de parler. Les effets négatifs de l'alcool sont plus tardifs et incluent une diminution de la capacité de discernement et une tendance à se surestimer. Les effets s'intensifient aux paliers suivants :

- 0,3 à 0,5 ‰ : diminution de l'acuité visuelle et auditive, relâchement de l'attention, augmentation du temps de réaction, altération de l'esprit critique et de la capacité de jugement, prise de risques.
- dès 0,5 ‰ : problème de vision nocturne, troubles de l'équilibre, désinhibition et surestimation de soi.
- dès 0,8 ‰ : altération de la vision spatiale, vision tubulaire.
- 1,0 à 2,0 ‰ (ivresse) : troubles du langage, troubles de l'orientation, confusion.
- 2,0 à 3,0 ‰ (torpeur) : relâchement musculaire, troubles de la mémoire et de la conscience, vomissements.
- dès 3,0 ‰ : baisse de la température et de la respiration, perte des réflexes, miction involontaire, coma, arrêt respiratoire et mort.

2.7 LES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Les maladies et accidents liés à l'abus d'alcool sont très nombreux. Les principales conséquences possibles sont listées en cliquant sur le lien « [annexe I](#) »

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES : Avoir un haut degré de suspicion

3.1 FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque principaux sont l'anamnèse familiale, la présence de consommation d'autres substances ou dépendances et des difficultés psycho-sociales. Certains métiers sont à risque comme ceux de la restauration.

3.2 ANAMNÈSE

On recherchera les éléments qui peuvent « mettre la puce à l'oreille », tels que :

- Problèmes somatiques ou psychologiques : HTA, troubles digestifs, troubles de la mémoire et de la concentration, anxiété, dépression, troubles du sommeil, chutes, ...
- Evènements sociaux : problèmes et absentéisme professionnels, légaux et familiaux, ...

Par ailleurs, il est utile de connaître des questionnaires permettant de dépister une consommation problématique d'alcool :

- **CAGE** (acronyme anglais), **ACME** en français,⁶ est un questionnaire de dépistage rapide. La sensibilité du test pour repérer une consommation problématique (consommation excessive et dépendance confondus) est de 63% et sa spécificité de 91% en cas de 2 ou plus critères positifs. En raison de sa sensibilité modérée, il est conseillé de compléter ce test par une anamnèse plus poussée ou un autre test plus complet (par exemple : le test AUDIT) dès une seule réponse positive. Avec ce seuil, la sensibilité s'élève à près de 90% mais sa spécificité diminue à 52%. Un inconvénient de ce test peut être l'aspect « intrusif » des questions et le risque de faire émerger des défenses contre-productives chez le patient (qui pourrait se sentir confronté et jugé par ces questions).
 - **Arrêter** : Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool ?
 - **Coupable** : Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation ?
 - **Matin** : Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller ?
 - **Ennuyé** : Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches ?
- **AUDIT** (*Alcohol Use Disorder Identification Test*),⁷ questionnaire de 10 items, validé par l'OMS comme auto-questionnaire (sensibilité 85 %, spécificité 90 %). Il permet de dépister les consommateurs en 3 groupes :
 - consommateurs modérés (à faible risque) : <7 points
 - consommateurs excessifs : ≥ 7 points pour les femmes et ≥ 8 pts pour les hommes
 - alcoolo-dépendants : ≥ 13 points

C'est un bon outil d'aide au diagnostic et il permet d'ouvrir la discussion sur la place que l'alcool prend dans la vie (<http://www.stop-alcool.ch/fr/AUDIT>).

- **ASSIST**, questionnaire de l'OMS, également utile pour dépister la consommation de toutes substances, pas très utile en l'absence d'autre consommation que l'alcool. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf)

3.3 SYMPTÔMES ET SIGNES

L'anamnèse repose essentiellement sur la fréquence et la quantité de la consommation, et des éventuelles conséquences (fatigue, troubles digestifs, angoisse, dysthymie, manque de libido). Il est primordial d'établir une relation de confiance avec le patient, et donc de croire ce qu'il dit. Toutefois, les quantités déclarées d'alcool consommé doivent faire l'objet d'une évaluation critique du médecin, en raison de la possibilité d'un déni ou d'une minimisation de la consommation.

En cas de consommation problématique, l'examen clinique peut montrer, avec une fréquence variable, les signes suivants : un érythème facial et palmaire, une hypertrophie des parotides, un tremblement fin des extrémités des membres supérieurs, une sudation, un foetus alcoolique, une tuméfaction du visage, une logorrhée, une tachycardie, une hypertension artérielle, des troubles de l'équilibre, une mauvaise dentition, une hépatomégalie, une circulation veineuse collatérale abdominale, une polyneuropathie des membres inférieurs, une maladie de Dupuytren, un rhinophyma, etc.

4. DIAGNOSTIC

4.1 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES BIOLOGIQUES

Ils peuvent renforcer une impression clinique de consommation chronique excessive, mais ne permettent jamais à eux seuls de poser de diagnostic.

- GGT = *Gamma Glutamyl Transferase* (sensibilité 60 %, spécificité 60 %), augmentent dès la consommation de 60-70 g. d'alcool par jour, durant au moins 15 jours, diminuent de moitié tous les 10 jours. La performance du test augmente s'il est associé à la CDT.
- CDT = *Carbohydrate Deficient Transferrin* est synthétisée par le foie. La consommation d'alcool augmente les formes de transferrine portant peu d'acide sialique dès 50 g. par jour, elle se normalise avec l'abstinence. Sa sensibilité est moyenne (env. 80% chez l'homme, 60% chez la femme) et sa spécificité haute (env. 90 %). Toutefois, la CDT peut aussi être augmentée dans toutes les hépatopathies, chez les femmes enceintes, ou en cas d'insuffisance rénale ; il existe aussi des faux négatifs (variante génétique de la transferrine ou du métabolisme des glycoprotéines).
- MCV = *Mean Corpuscular Volume* (sensibilité 25 %, spécificité 90 % en l'absence de carence vitaminique). Pas d'augmentation en cas d'alcoolisation aiguë. En général, il faut une consommation >100g par jour pendant 3 mois pour le faire augmenter, et il revient à la normale en plusieurs mois.
- L'éthanol urinaire est un test uniquement qualitatif, qui reste positif durant environ 24 heures.

Un éthylotest ou une alcoolémie peut être faite en cas de déni du patient. Toutefois, ces examens devront toujours être précédés d'explications. Le but n'est nullement de piéger le patient, mais de favoriser le dialogue autour de l'alcool et la prise de conscience.

4.2 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Une fois le problème repéré, il s'agit de poser le diagnostic et notamment de différencier les consommateurs excessifs des consommateurs dépendants.

- Les consommateurs excessifs dépassent les limites de la consommation modérée (ou à faible risque), mais ne présentent pas de dépendance. Ils se séparent entre :
 - les consommateurs à risque s'ils n'ont jamais eu de conséquences négatives
 - les consommateurs à problème dans le cas contraire (cela correspond au diagnostic d'abus d'alcool).
- Les consommateurs dépendants ont des symptômes correspondant aux critères décrits dans la CIM-10 : cf. ci-dessus. Il existe 2 types de dépendance à l'alcool parmi celles décrites par Jellinek⁸ :
 - le type continu (pour éviter le sevrage physique)
 - le type intermittent (dipsomanie, « *binge drinking* »).

Il convient aussi de rechercher les conséquences de la consommation d'alcool chez les alcoolo-dépendants.

5. PRISE EN CHARGE

Une revue médicale en résumé les principaux points.⁹

5.1 STYLE D'ENTRETIEN

D'une façon globale, l'approche motivationnelle est le style à adopter en consultation. Il s'agit, plus que d'un ensemble de techniques de communication, d'une façon d'être *avec* et *pour* le patient.^{10,11} Le soignant prend en charge le patient, sans porter de jugement, de façon bienveillante et en ayant une approche centrée sur le patient.

A partir de là, le contenu de l'intervention va varier selon le stade motivationnel du patient, que l'on peut évaluer en s'intéressant :

- à l'importance pour lui du changement,
- à la confiance de pouvoir y parvenir, et
- au moment (adéquat ou pas).

On demande au patient de coter chacun de ces trois points entre 0 et 10.

On peut aussi analyser l'état de motivation d'un patient selon le modèle transthéorique de changement de Prochaska & Di Clemente¹² (figure 3).

Les patients dans les stades les plus précoces (stades Pré-contemplation et Contemplation) reçoivent essentiellement de l'information, un conseil et une offre d'aide, par exemple en utilisant l'intervention brève.^{13,14}

Pour les patients « indéterminés » (stades Contemplation et Préparation), marqués par l'ambivalence, le principal contenu sera motivationnel. Pour rappel, les 4 principes de l'approche motivationnelle sont, dans un climat collaboratif de :

1. Faire preuve d'empathie
2. Augmenter l'auto-efficacité (la confiance en soi, en se basant sur les ressources du patient)
3. Développer la divergence (entre ce que le patient fait et ce qu'il voudrait faire)
4. Agir en tenant compte de la résistance au changement (ne pas contre-argumenter lorsque le patient parle en défaveur du changement)

Pour les patients « décidés » (stades Préparation et Action), il s'agit de soutenir la motivation et surtout de trouver avec le patient les façons d'atteindre ses objectifs (stratégies, traitement du sevrage, addictolytiques, prévention de la rechute).

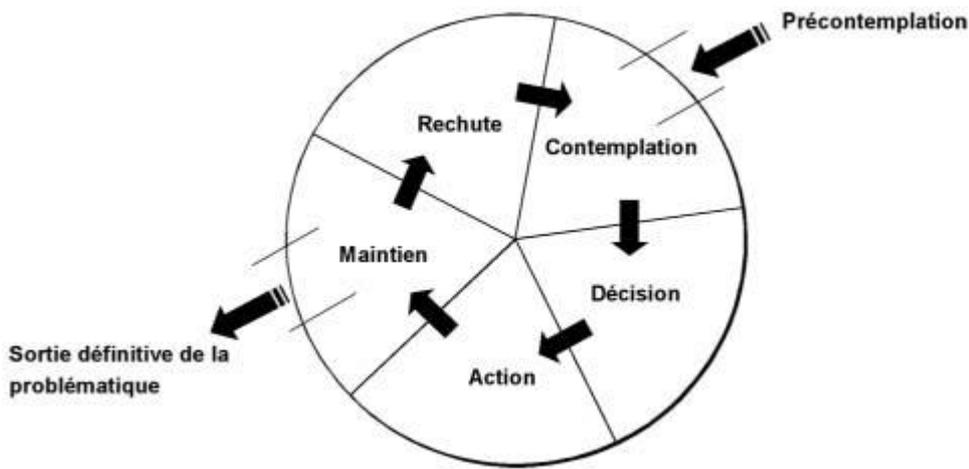


Figure 3 : Les stades du « cycle d'apprentissage » du modèle transthéorique de changement selon Prochaska & Di Clemente, tiré de ¹⁵

La rechute n'est à considérer ni comme une fatalité, ni comme une catastrophe. En cas de rechute, la prise en charge vise à déculpabiliser, soutenir, rassurer le patient et, enfin d'utiliser la rechute comme une occasion d'apprendre et chercher des stratégies pour tenter d'éviter une nouvelle rechute.

Le déni est une situation particulière, où le patient se ment à lui-même parfois, ou ne veut - ou ne peut - pas accepter la réalité. Viser avant tout à créer un lien de confiance et maintenir le patient en suivi. Ensuite, tenter de ramener le patient dans la réalité, en le confrontant doucement aux incohérences de la situation (alcoolémies positives, tests du foie perturbés, évidence de problèmes liés à la consommation, etc.). Toujours expliquer au patient que cela s'inscrit dans la relation d'aide (et non pour le piéger, etc.). En cas de déni, l'entretien avec les proches est souvent très utile.

5.2 PRISE EN CHARGE

• Généralités :

Créer le lien thérapeutique et suivre régulièrement le patient avec problème de substance représentent les 2 points cardinaux de la prise en charge.

Pour les patients souffrant d'une consommation excessive (ou d'une dépendance légère et récente), l'objectif est de ramener la consommation à un niveau de risque bas. Le point clé est de restituer au patient la responsabilité du choix et de l'informer, sur les conséquences négatives de l'alcool (personnalisées), sur la consommation à faible risque, sur les effets positifs de la réduction de la consommation, sur les possibilités d'aide, en particulier Alcochoix+.

Pour les patients souffrant de dépendance l'objectif est double : limiter les conséquences négatives de l'alcool en modifiant la consommation (consommation contrôlée ou réduction des méfaits) et, si possible, atteindre l'abstinence qui reste la solution de référence (la moins risquée). La prise en charge sera adaptée au patient : proposer l'abstinence sans toutefois la prôner ; suivre le patient régulièrement, pendant au moins 2 ans.

- **Contrôle de la consommation :**

Cela peut être réalisé en consultation ou avec un programme structuré, p.ex. Alcochoix+ (www.alcochoix.ch). Les ingrédients communs sont l'auto-observation, le repérage des situations à risque et la recherche de stratégie pour atteindre les objectifs du patient, à définir précisément (nombre de jour(s) de consommation par semaine ou mois, nombre d'unités par semaine, nombre maximal d'unité(s) par jour). Le bien-être global du patient est également important pour l'aider à atteindre ses objectifs.

- **Abstinence**

Peut être considérée comme la séquence suivante :

Sevrage ⇒ Prévention de rechute ⇒ Adaptation à la vie sans alcool.

- **Sevrage**

Le sevrage est **une urgence médicale ; il peut être létal**. Il dure de 3 à 10 jours. Ses symptômes cardinaux sont : agitation psycho-motrice, anxiété, insomnie, tremor, sudations, tachycardie, hypertension ; puis hyperthermie, délire, convulsions.

Le sevrage peut se faire en ambulatoire ou en hospitalier et implique un suivi régulier aux 2-3 jours. Le traitement consiste en une vitaminothérapie pour 3 semaines : vitamine B1 300 mg/j et le traitement des symptômes : oxazépam à doses adaptées, de 60-200 mg en 4 à 6 prises par jour, en doses dégressives (20% par jour) ou encore mieux selon le score de sevrage évalué par le questionnaire standardisé CIWA.¹⁶ ([annexe II](#)).

Les contre-indications à pratiquer un sevrage ambulatoire sont résumées dans le tableau 3.¹⁷

Absolues
Comorbidités somatiques ou psychiques importantes
Antécédents de sevrage compliqué (crises convulsives ou <i>delirium tremens</i>)
Prise importante de benzodiazépines
Relatives
Echec de tentatives de sevrage ambulatoires ou souhait du patient
Difficultés d'adhérence ou de collaboration du patient
Isolement social
Epuisement de l'entourage

Tableau 3 : Contre-indications au sevrage ambulatoire.

- **Prévention de rechute**

Les 3 premiers mois d'abstinence sont les plus fragiles et le travail de prévention de rechute est essentiel. Il s'agit d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales consistant à repérer les situations à risque et d'y adapter des stratégies (y compris l'évitement au début). Les efforts et les progrès du patient sont valorisés.

Le suivi médical doit être régulier et s'intensifie dans les périodes plus difficiles pour le patient. Les traitements pharmacologiques participent au maintien de l'abstinence. Le support des groupes d'entraide est réputé très utile, toutefois il n'a pas encore été démontré sur le plan scientifique.¹⁸

- **Adaptation à la vie sans alcool**

Il s'agit pour le patient de retrouver un équilibre (physique, psychique, social). Durant cette étape, la prévention de rechute se poursuit et s'accompagne d'un travail en réseau (avec l'accord du patient) incluant proches, médecins, assistant social, éducateur, etc. Le patient peut également bénéficier d'approches pouvant l'aider à s'adapter à la vie sans alcool, comme la relaxation, la sophrologie, la méditation, les activités de la Croix Bleue, etc.

- **Réduction des méfaits**

Pour un patient dépendant qui n'est pas prêt à changer son comportement, on tentera un maintien en soins et une diminution des conséquences négatives de la consommation, tant sur le plan sanitaire que social. Une réduction même modeste chez de grands consommateurs peut prévenir parfois d'importantes conséquences somatiques (p.ex. une cirrhose).

- **La veisalgie** (« gueule de bois »)

La veisalgie se manifeste par des symptômes typiques : nausées, céphalées, vertiges. Le corps manque de liquide et de sels minéraux, qui sont éliminés dans l'urine, et l'acétaldéhyde produit par le métabolisme de l'alcool est souvent incriminé.

Le traitement repose sur, d'une part la reconstitution hydro-électrolytique : eau minérale, jus de fruits, bouillon, et d'autre part, le traitement des symptômes : paracétamol (mais risque hépatique) ou aspirine (mais risque gastrique), antiémétique, pansement gastrique ou antiacide, antispasmodique.

Les mesures générales suffisent souvent : apport d'eau et de sels minéraux, activation de la circulation du sang (air frais, activité physique modérée). Eviter toute nouvelle prise d'alcool, les fortes chaleurs, les importants efforts physiques, et les aliments lourds ou gras.

5.3 GROUPES ET PROGRAMME D'ENTRAIDE

- **Groupe d'entraide et de soutien** : Les lundi de 17h30 à 18h30. 26 ; rue Goetz-Monin. Le groupe est libre et gratuit, ouvert à tous (en consommation ou non). Tél. : 022 372 95 13
- **Groupe d'aide au maintien de l'abstinence** : Les mardi de 12h30-13h30 ; à l'Unité des dépendances en médecine de premier recours (UDMPR), 75 bd de la Cluse, 1^{er} étage. Tél. : 022 372 95 37
- **Groupes du Service d'Addictologie** au CAAP, 70c rue Grand-Pré, 022 372 57 50.
- **Groupes AA** (Alcooliques Anonymes), renseignements au 0848-848-846 (www.aasri.org/index.php/fr/reunions/geneve)
- **Groupes de la Croix-Bleue**, renseignements au 022 320 41 00 (www.croix-bleue.ch/alcool/dependance/suisse/croix-bleue-genevoise-1.html).
- **Alcochoix+** : Programme destiné aux consommateurs excessifs, est structuré en 6 étapes pour amener le patient à une consommation contrôlée. Renseignements sur www.alcochoix.ch ou au SMPR 022 372 95 37

5.4 TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUE ADDICTOLYTIQUES^{19, 20}

De première ligne :

- **Acamprosate (Campral®)** : 2 cps de 300 mg 2x/j si <60 kg, 3x/j si >60 kg, durant 3-12 mois. Agoniste GABA – Antagoniste Glutamate, il agit comme calmant léger pour diminuer l'envie de consommer. N'est utile qu'en cas d'abstinence. Sans contre-indication (sauf allergie). Effets indésirables possibles : digestifs (douleurs, diarrhées).
- **Naltrexone (Naltrexin®)** : ½ à 1 cp de 50 mg 1x/j durant 6 mois. Antagoniste des opiacés diminuant l'appétence pour l'alcool et le plaisir subjectif d'en consommer. Utile pour l'abstinence ou la consommation contrôlée. Interdit avec des opioïdes. Contre-indiqué en cas de cirrhose Child B et C. Nécessite de porter une carte de traitement sur soi (en cas d'accident).

De deuxième ligne

- **Nalméfène (Selincro®)** : Un nouvel antagoniste des opiacés, proche de la naltrexone, qui devrait avoir une meilleure tolérance à un prix plus élevé.²¹
- **Disulfiram (Antabus®)** : 1 cp de 400 mg 1x /j pendant 3 jours, puis 1/2 cp de 400 mg 1x/jour ou 1 cp 3 fois/semaine. Antagoniste de l'acétaldéhyde déshydrogénase. Effets secondaires : malaise, nausées, hypotension marquée en cas d'ingestion d'alcool. Bonne évidence, cf. revue Cochrane¹⁸. Sur demande des patients ou en dernier recours. Contre-indiqué en cas d'hépatite biologique ou de comorbidités rendant une hypotension dangereuse. Contrôler les transaminases avant, au début (1x/sem.) et durant le traitement (1x/mois).

De troisième ligne

- **Baclofen (Lioréal®)** : Agoniste GABA-B baclofen, myorelaxant, peut-être utilisé comme addictolytique en prescription « off-label » jusqu'à la dose reconnue par Swissmedic (80 mg/j. en ambulatoire). La dose de départ est de 3 x 5 mg/j, à augmenter de la même quantité tous les 3 jours. Ce médicament a de nombreux effets indésirables (vertiges, somnolence,...) et doit pour l'instant être prescrit en cas d'échec des traitements décrits ci-dessus.

En France, il a reçu en 2014 une autorisation temporaire de 3 ans pour la dépendance à l'alcool.²²

5.5 SUIVI PSYCHIATRIQUE CONJOINT

Plus de la moitié des patients alcoolo-dépendants ont une comorbidité psychiatrique (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de déficit de l'attention et hyperactivité,...). Ces troubles sont à aborder avec le patient et à prendre en charge. Il est possible de faire appel à un psychiatre pour un suivi conjoint. Le diagnostic ne devrait être posé qu'après une abstinence minimale d'un mois (effet anxio-dépressif puissant de l'alcool).

5.6 RISQUE SUICIDAIRE ET VIOLENCE

Il est important d' :

- Informer les patients sur le risque augmenté avec la consommation d'alcool d'accidents, de violence agie ou subie et/ou d'idées suicidaires (5% des alcoolo-dépendants vont se suicider).
- Interroger sur la présence d'idées suicidaires, sur la présence de violence (à domicile, au cours de sorties,...).

En cas de besoin à Genève, ne pas hésiter à contacter l'Unité de la violence aux HUG (022 372 96 41) et consulter la [stratégie SMPR y relative](#).

5.7 AUTRES ADDICTIONS

De nombreuses autres addictions, avec ou sans produit, peuvent coexister avec la problématique d'alcool et sont à prendre en charge, par exemple : benzodiazépines, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, jeux, sexe, cyber-addiction.

Au sein des HUG, il est possible de faire appel à l'Unité des dépendances au SMPR (022 372 95 37) pour un avis ou une prise en charge conjointe d'un patient, ou au Service d'Addictologie en cas de comorbidité psychiatrique au 022 372 57 50.

REFERENCES

1. Pache S, Broers B, Favrod-Coune T. Comment y voir clair face à toutes les recommandations relatives à la consommation d'alcool ? Revue Médicale Suisse 2012 ; 8 : 1831-5.
2. Monitoring Suisse des Addictions. Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2012. <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/2/1.html?alcool-prevalence>
3. S Fueglistler-Dousse, C Jeanrenaud, D Kohler, J Marti. Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé : Tabagisme et consommation excessive d'alcool. Institut de recherches économiques IRENE. Neuchâtel, 2009. et Polynomics (2014), «Coûts liés à l'alcool en Suisse». Etude mandatée par l'OFSP pour 2010.
4. Beyeler Y, Gache P. Alcool au cabinet médical. Un kit de survie pour le praticien. Rev Med Suisse 2007 ; 3(118):1677-81.
5. Classification Internationale des Maladies. CIM-10/ICD-10. OMS
6. Steinweg DL, Worth H. Alcoholism : The keys of the CAGE. Am J Med 1993; 94: 520-523.
7. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Addiction 1993; 88: 791-804.
8. Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Haven, Hillhouse Press, 1960.
9. Friedmann PD. Clinical practice. Alcohol use in adults. NEJM 2013 ; 368(4): 365-73.
10. Krahenbühl B. La force de l'autre. Ou l'entretien de motivation avec la personne alcoolique. Med et Hyg 1993; 51: 2263-6
11. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. InterEditions 2006, 241p.
12. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change in smoking towards an integrative model of change. J Consulting and Clinical Psychology 1993; 51: 390-95.
13. Loeb p, Stoll B, Weil B. Intervention brève pour les patients avec une consommation d'alcool à problème, guide pour médecins et autres professionnels de premier recours, 2014
https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/Guide_interventionbr%C3%A8ve.pdf
14. Saitz R, Alford DP, Bernstein J, Cheng DM, Samet J, Palfai T. Screening and brief intervention for unhealthy drug use in primary care settings: randomized clinical trials are needed. J Addict Med 2010; 4(3): 123-30.
15. Berdoz D, Michaeli Conus K, Daepfen JB. «Combien de fois il faut que je vous dise...». Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. RMS 2005 ; 38 : art 30728.
16. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-7.
17. Yersin B, Pilet F. Syndrome de sevrage alcoolique : Prise en charge ambulatoire par le médecin praticien. Rev Med Suisse romande 1998; 118: 777-781.
18. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005032. DOI: 10.1002/14651858.CD005032.pub2
19. Gache P, Siegrist G. Les traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance. Rev Med Suisse romande 1998; 118: 767-769.
20. Schukit et al. Alcohol-use disorders. Lancet, 2009; 373: 492-501.

21. Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A, Rosberg M, Löyttyniemi E, Nurminen T, Kallio A, Mäkelä R. Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31(7): 1179-87.
22. Müller CA et al. High-Dose Baclofen for the treatment of Alcohol Dependence (BACLAD study). *Europ Neuropsychopharm* 2015; 25; 116723.
23. Daeppen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptoms triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1117-21.

Sites internet en lien avec la problématique :

- www.stop-alcool.ch

Sites d'information dédié aux consommateurs et leurs proches

- www.addictionsuisse.ch

Addiction Suisse (Ancien ISPA) : chiffres et états des lieux en Suisse, documents utiles.

- <http://www.carrefouraddictions.ch/fegpa/a-qui-sadresser/?site=FEGPA>

Fédération Genevoise de Prévention de l'alcoolisme et Réseau Genevois (FEGPA et REGAD)

- www.alcochoix.ch

- www.croix-bleue.ch

Dernière mise à jour 2017 par : Th. Favrod-Coune

Annexe I : Conséquences de la consommation d'alcool.

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
Cancer^a	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
Maladie cardiovasculaire	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
Maladie digestive	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
Autres maladies	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
Cause externe	22 620	25%	5 545	14 748	18%	2 609	37 368	22%	8 154
Inconnue, mal spécifiée^b	7 671	16%	1 250	6 848	5%	363	14 519	11%	1 613
Total	272 253	13%	36 584	263 113	5%	12 465	535 366	9%	49 048

Source: Guérin S, Laplanche A, Dunant A et Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Publ Health, online March 4, 2013.

Annexe II : Protocole CIWA

SCORING DE SEVERITE DU SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE (CIWA-Ar) ²³

→ Voir document page suivante

Contre indications :

- Antécédent de *delirium tremens*
- Antécédent de crise convulsive généralisée et notamment en période de sevrage
- Antécédent de sevrage difficile
- Dépendance aux benzodiazépines

Mode d'emploi du CIWA :

a) Pratiquer une alcoolémie avec l'éthylotest :

Si >2,5‰ : ne PAS administrer d'oxazépam (Séresta®) et refaire le test une heure après et ainsi de suite jusqu'à obtenir une alcoolémie <2,5‰ (seuil pour débiter le traitement par oxazépam si le score CIWA le demande).

b) Faire un test CIWA et agir en fonction du score obtenu:

- **<8** : Donner à boire et surveiller en faisant l'index toutes les 6 heures pendant les 36 premières heures ou de façon plus rapprochée, si la clinique y incite.
- **≥8** : Donner 1 comprimé d'oxazépam 15mg et refaire un CIWA 30 minutes après. Si le score reste ≥8, redonner 15mg d'oxazépam et continuer ainsi de suite jusqu'à ce que le résultat soit <8.
- **≥15** : Donner 2 comprimés d'oxazépam 15mg d'emblée et refaire un CIWA 30 minutes après. Lorsque le score est redescendu <8, refaire un CIWA 6 heures après et reprendre sur la base d'1 comprimé d'oxazépam 15mg toutes les 6 heures.

Ajouter 1 point au score si :

- le pouls est >90 pls/min
- la TA systolique est >150 mmHg.

Veiller à l'hydratation et au confort du patient : cela peut baisser sensiblement le besoin d'oxazépam.

c) Administrer une vitaminothérapie B1 : Thiamine cp 300 mg 1x/j.