

PROBLEME D'ALCOOL

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION
2. DÉFINITIONS
3. APPROCHE CLINIQUE
4. PRISE EN CHARGE
5. LES 3 POINTS CLÉS
6. RÉFÉRENCES

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 qui représente un faible risque pour la santé. Les abstinentes représentent 17% de la population en Suisse¹, tandis qu'on estime à environ 4% (300 000 personnes) les alcoolo-dépendants (tableau 1). La consommation problématique d'alcool est associée à une morbidité et une mortalité augmentées.



Tableau 1 : répartition de la population en fonction de la consommation d'alcool¹

1.2 Fonction du médecin de premier recours

Le rôle du médecin de premier recours est d'abord d'informer chaque patient des risques liés à l'abus d'alcool, mais également d'effectuer le repérage des patients avec une consommation problématique.

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

- la consommation inadaptée à la situation
- l'ivresse en particulier chez les jeunes
- la consommation chronique à risque

Le médecin de premier recours est surtout impliqué dans la prise en charge des patients avec une problématique d'alcool (abus et dépendance).

2 DEFINITIONS

2.1 La consommation à faible risque telle que définie par l'OMS

Hommes: max. 4 verres standards/occasion; max. 21 verres standards/sem

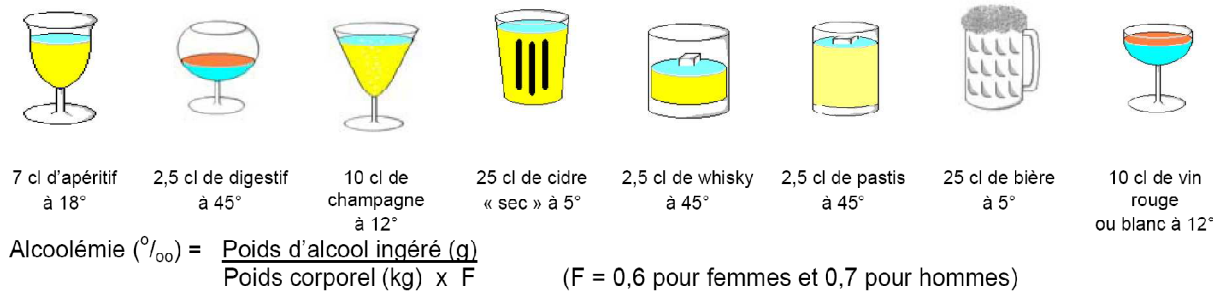
Femmes: max. 3 verres standards/occasion; max. 14 verres standards/sem

Dans tous les cas (hommes et femmes) un jour par semaine sans alcool

Le French paradox: une faible consommation d'alcool peut produire un bénéfice pour la santé (cardio-vasculaire, diabète) chez les patients âgés. Cependant un bénéfice comparable est obtenu par une alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique. Ne conseillez pas à vos patients de boire !

2.2 Unités mesurant la quantité d'alcool pur et l'alcoolémie (figure 1)

Chaque verre d'alcool contient environ 10 g d'alcool, soit 1 unité standard (U)



1 g/l = 21,7 mmol/l ou 1 mmol/l = 0,046 g/l.

En moyenne, on élimine environ 1 verre d'alcool par heure.

Figure 1 : unités et quantité d'alcool. Formule de calcul de la quantité d'alcool en unités standard (U): $U \text{ OH} = \text{degré d'alcool} \times \text{volume (L)} \times 0,8$

2.3 Groupes à risque

Personnes âgées (vulnérabilité augmentée liée au vieillissement et aux co-morbidités).

Enfants et adolescents qui sont plus sensibles (neuro- et psycho-développement) et augmentent le risque en consommant précocement de l'alcool de manière régulière de développer plus tard une consommation problématique.

Femmes enceintes ou envisageant une grossesse.

Personnes malades et en convalescence, en particulier les porteurs d'Hépatite B et C, les consommateurs de médicaments.

2.4 Consommation problématique

Ivresse ponctuelle ou abus épisodique : hommes : ≥ 5 verres standards par occasion, femmes : $4 \geq$ verres standard par occasion.

Consommation d'alcool inadaptée à la situation : consommation inadaptée à certaines situations, qui implique des risques (par ex. au travail, sur la route, pendant la grossesse, lors de la prise simultanée de médicaments, etc.).

Consommation chronique à risque : les valeurs limites se situent autour de 20 gr d'alcool pur par jour pour les femmes et de 40 gr pour les hommes, ce qui correspond respectivement à 2 et 4 verres standards.

2.5 La dépendance : Alcoolo-dépendance

Le diagnostic selon le DSM IV-R² d'alcoolo-dépendance est posé lorsque **trois** de ces critères au moins sont remplis sur une durée d'une année:

1. Un désir puissant de prendre de l'alcool (*craving*)
2. Une difficulté à contrôler la consommation
3. Echec de la réduction de la consommation
4. Une poursuite de la consommation malgré des conséquences négatives
5. Un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation et de la récupération
6. Une tolérance accrue
7. Un syndrome de sevrage physique

Lorsque 6 et 7 sont présents, il existe une **dépendance physique**. Ces 2 critères ne sont pas nécessaires à la pose du diagnostic de dépendance. La dépendance psychologique est aussi appelée addiction.

2.6 L'effet immédiat de l'alcool

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

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. Plus l'alcoolémie augmente, plus les troubles deviennent importants.

- 0,2 à 0,5 pour mille: diminution de l'acuité visuelle et auditive, relâchement de l'attention, de la concentration, augmentation du temps de réaction, altération de l'esprit critique et de la capacité de jugement altérés, augmentation de la propension à prendre des risques
- dès 0,5 pour mille: problème de vision nocturne, troubles de l'équilibre, problèmes de concentration, modification nette du temps de réaction, la désinhibition et la surestimation de soi augmentent.
- dès 0,8 pour mille: réduction de l'acuité visuelle, altération de la perception des objets et de la vision spatiale, vision tubulaire, difficultés de concentration marquées, net allongement du temps de réaction, euphorie.
- 1,0 à 2,0 pour mille: stade de l'ivresse : aggravation de la vision spatiale et de l'adaptation aux passages de la clarté à l'obscurité, déficits d'attention et de concentration, perturbation du temps de réaction, troubles du langage, troubles de l'orientation, surestimation de soi, désinhibition, perte de l'esprit critique, confusion.
- 2,0 à 3,0 pour mille: stade de la torpeur: troubles de la concentration et de la capacité de réaction, relâchement musculaire, troubles de la mémoire et de la conscience, vomissements.
- à partir de 3,0 ‰: perte de conscience, amnésie, baisse de la température et de la respiration, perte des réflexes.
- à partir de 4,0 ‰: miction involontaire, paralysies, coma, arrêt respiratoire et mort.

3 APPROCHE CLINIQUE: « la puce à l'oreille »

3.1 Anamnèse

On recherchera les symptômes qui peuvent mettre « la puce à l'oreille » :

- **Signes physiques** : HTA, troubles digestifs, lombalgies, troubles de la mémoire et de la concentration, anxiété, dépression, chutes...

- **Evènements sociaux** : absentéisme professionnel, problèmes professionnels, légaux et familiaux, accidents...

Que l'on ait ou pas « la puce à l'oreille », il est utile de connaître des questionnaires permettant de dépister une dépendance ou une consommation délétère d'alcool :

CAGE, ACME en français³, est un questionnaire de dépistage rapide. La sensibilité du test pour repérer une consommation problématique d'alcool est de 73% et la spécificité de 91% en cas de 2 ou plus de critères positifs. L'inconvénient de ce test est le peu de pertinence des questions en terme de communication avec le patient et le risque important de faire émerger des défenses contre-productives au déroulement de la prise en charge (le patient se sent très facilement 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

AUDIT⁴ (sensibilité 65 %, spécificité 90 %), questionnaire long, validé par l'OMS comme auto-questionnaire. Il permet de séparer les consommateurs en trois groupes : consommateurs sociaux, consommateurs à problèmes et alcoolo-dépendants. Il est positif à partir de 8 points pour les consommateurs à problèmes et 13 pour les dépendants. Bon outil d'aide au repérage, il permet d'ouvrir la discussion sur la place que l'alcool prend dans la vie (annexe I).

ASSIST, questionnaire pour dépister la consommation de toutes substances, encore peu utilisé en alcoologie.

3.2 Clinique

L'examen clinique montre, avec une fréquence variable, les signes suivants : une érythrose faciale et palmaire, une hypertrophie des parotides, un tremblement fin des extrémités des membres supérieurs, un foetor alcoolique, une logorrhée, une HTA, des troubles de l'équilibre, une mauvaise dentition, une hépatomégalie, une circulation collatérale, une polyneuropathie des membres inférieurs, une maladie de Dupuytren...

Les conséquences de la consommation chronique d'alcool sont résumées dans l'annexe II

3.3 Examens complémentaires biologiques

Ils peuvent dans certaines situations confirmer une suspicion clinique de consommation chronique excessive mais ne permettent jamais de poser de diagnostic d'alcoolo-dépendance.

- **MCV** = volume corpusculaire érythrocytaire moyen (sensibilité 25 %, spécificité 90 % en l'absence de carence vitaminique), pas d'augmentation en cas d'alcoolisation aiguë, en général il faut plus de 100g/j pendant 3 mois pour le faire augmenter, après l'arrêt de l'alcool, il revient à la normale en 3-4 mois.
- **GGT** = gamma glutamyl transférase (sensibilité 60 %, spécificité 60 %), augmente après une consommation excessive d'au moins 15 jours, diminue de moitié tous les 10 jours, on augmente la sensibilité et spécificité si association avec la CDT.
- **CDT** = *Carbohydrate Deficient Transferrin*, synthétisée par le foie, possède plusieurs iso formes composées de 4 ou 5 molécules d'acide sialique. Les formes peu ou pas sialilées sont rares chez le sujet sain, par contre la consommation d'alcool provoque une augmentation de ces formes. Une augmentation est sensible après une semaine de consommation d'alcool de plus de 60g/j, elle se normalise avec l'abstinence. Sensibilité moyenne (60%) et très haute spécificité (> 90 %). La CDT peut aussi être augmentée dans toutes les maladies hépatiques (HCV p.ex), femmes enceintes, anomalie congénitale du métabolisme des glycoprotéines, variante génétique de la transferrine.

3.4 Diagnostic

Une fois le problème repéré, l'étape suivante consiste à poser le diagnostic et notamment à différencier les consommateurs à risque et les dépendants.

Les consommateurs à risque dépassent les limites de la consommation sans risque et peuvent avoir des signes de consommation excessive, mais pas de signes de dépendance.

Les dépendants ont des symptômes correspondants aux critères décrits dans le DSM IV-R : cf ci-dessus. Ils convient de rechercher aussi les conséquences de la consommation excessive chronique d'alcool chez les alcoolo-dépendants.

4 PRISE EN CHARGE

4.1 Style d'entretien : thérapeutique, motivationnel

Approche centrée sur le patient, sans jugement, destinée à le conduire à exprimer son intention de changer (importance, confiance, préparation) et à l'accompagner dans cette démarche, en identifiant son stade motivationnel et en adaptant l'intervention au stade. La pratique s'étend de l'intervention brève (3 min par exemple aux urgences) à l'entretien de suivi⁵. Son contenu dépend du stade motivationnel dans lequel le patient se trouve (tableau 2, figure 2)

Stade	Explication	Attitude
Pré contemplation	Déni de la réalité : « pas de problème... »	Informar en tenant compte de la demande, prendre le temps, suivre l'état somatique, garder le lien
Contemplation	Ambivalence: « oui, peut-être... »	Mener un entretien motivationnel. Mettre en balance les effets négatifs et positifs de l'alcool. Un bilan somatique et une analyse biologique peuvent fournir les arguments objectifs en faveur de l'abstinence.
Détermination	Décision: « je veux arrêter... »	Valoriser toute décision de changement. Aider à trouver une bonne stratégie.
Action et abstinence	Maintien de la décision	Faire une liste des « situations à risque » de rechute. Parler des envies d'alcool. Préparer un « système d'alarme » en cas de rechute (ligne AA : 0848 848 846)
Rechute	Pessimisme, sentiment d'échec	Dédramatiser. Etre tolérant avec le patient mais pas avec l'alcool. Réunir le réseau de soutien. Intégrer la rechute dans l'apprentissage d'une vie sans alcool.

Tableau 2: Stades motivationnels

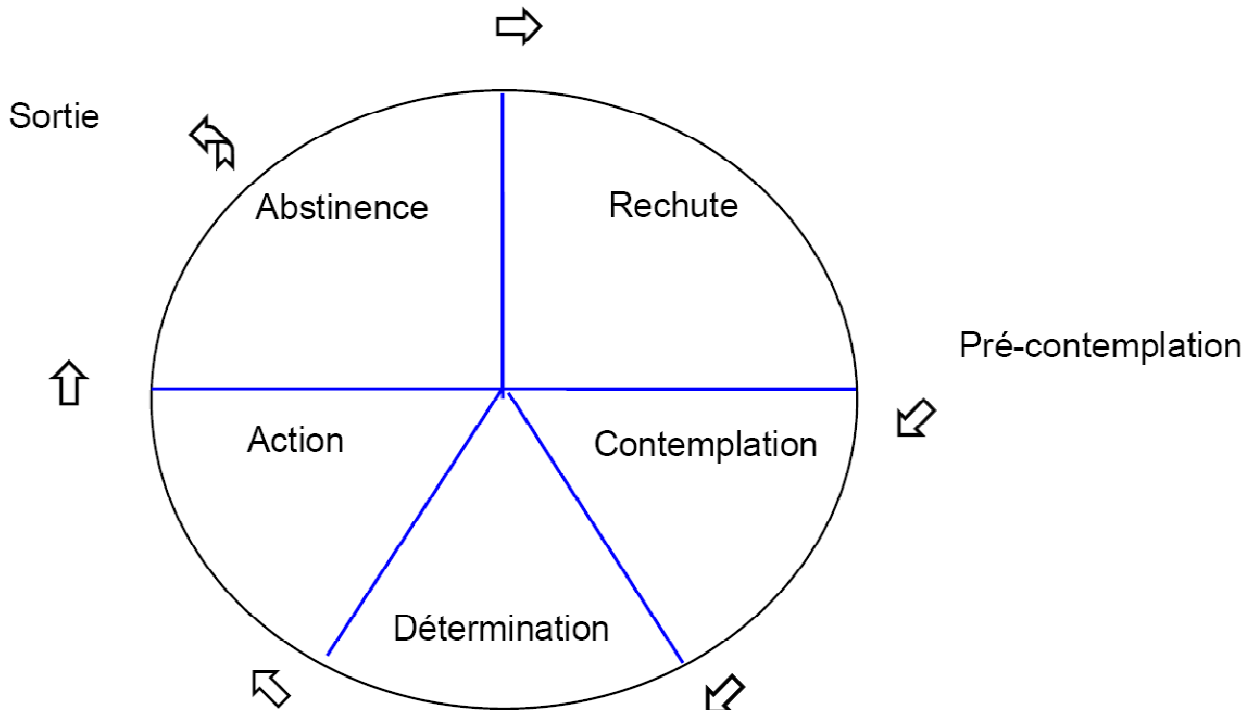


Figure 2 Schéma de Prochaska - Di Clemente⁶

Les **techniques adaptées au stade motivationnel** sont :

- écoute empathique, reformulation, questions ouvertes, encouragements, proposition d'aide, non jugement.
- évaluation de la consommation, évaluation du stade motivationnel, information personnalisée, adaptation au rythme du patient, identification d'objectifs accessibles (importance du changement, préparation, sentiment d'efficacité personnelle)
- valorisation des compétences du patient et identification des obstacles au changement.

4.2 Prises en charge générale et spécifique

4.2.1 Généralités :

Suivre régulièrement les patients avec problème d'alcool, c'est le cœur de la prise en charge !

Pour les patients souffrant d'abus d'alcool 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 (personnaliser), sur la consommation à bas risque, sur les effets positifs de la réduction de la consommation, sur les possibilités d'aide, en particulier Alcochoix+ (cf 4.3.2).

Pour les patients souffrant de dépendance l'objectif est double, limiter les conséquences négatives de l'alcool en modifiant la consommation (consommation contrôlée) et, si possible, atteindre l'abstinence qui reste la solution de référence (la moins risquée) pour la dépendance. Le point clé est l'adaptation de la prise en charge au patient : proposer l'abstinence sans la prôner. Suivre le patient régulièrement au moins 2 ans.

Il s'agit d'évaluer la dépendance, sa fonction et ses conséquences, d'évaluer le stade motivationnel et d'adapter l'intervention en fonction. Laisser le patient choisir entre consommation contrôlée et abstinence.

4.2.2 Abstinence

Elle peut être atteinte en trois étapes :

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

4.2.2.1 Sevrage

Le sevrage dure de 3 à 10 jours, il peut s'effectuer en ambulatoire ou en hospitalier. Il existe des contre-indications au sevrage ambulatoire et il est important d'informer les patients des possibles symptômes de sevrage et des actions à mener pour les surmonter. Le sevrage implique un suivi régulier aux 2-3 jours. Les traitements du sevrage se partagent en traitement de vitaminothérapie pour 3 semaines : vitamine B1 300 mg/j et traitement des symptômes de sevrage : oxazepam (doses adaptées aux symptômes), de 60-200 mg en quatre à six prises (par exemple : 8h-13h-18h-22h), doses dégressives (20% par jour) ou selon le score de sevrage évalué par questionnaire standardisé CIWA (annexe III) réalisé aux 4 heures. Les symptômes de sevrage et les indications à pratiquer un sevrage en milieu hospitalier sont résumés dans les tableaux 3 et 4)^{7,8}

Anxiété	Crises convulsives	} Urgences médicales !
Tremblement	Hallucinations	
Sudation	Delirium tremens	
Agitation	Coma	

Tableau 3 symptômes de sevrage

Antécédents de crises convulsives ou de delirium tremens
Complications somatiques ou psychiques graves
Isolement social, entourage épuisé
Non-compliance ou manque de collaboration de la part du patient
Echecs de tentatives ambulatoires

Tableau 4 contre indications à un sevrage ambulatoire

4.2.2.2 Prévention de rechute

Les 3 premiers mois d'abstinence sont les plus fragiles, le travail de prévention de rechute est essentiel et intègre des éléments de techniques cognitivo-comportementales.

La clé de voûte de la prise en charge à ce moment est un suivi médical régulier à intensifier dans les périodes difficiles pour le patient. Les traitements pharmacologiques participent au maintien de l'abstinence.

Il s'agit :

- d'évaluer les risques de rechute identifiés par les patients, les stratégies prévues pour répondre à ces risques.
- Valoriser les efforts et les progrès du patient.
- Questionner la façon dont le patient s'adapte à sa vie sans l'alcool
- A chaque fois fixer le prochain rendez vous pour parler de la question d'alcool.

Le support des groupes d'entraide est très utile (leur efficacité est jugée équivalente aux traitements addictolytiques).

4.2.2.3 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.

Le patient peut également bénéficier d'approches qui peuvent l'aider à s'adapter à la vie sans alcool, comme la relaxation, la sophrologie, la méditation.

4.2.3 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 avec les toxiques. L'étiologie reste discutée : déshydratation provoquée par l'alcool, présence d'huiles de fusel dans les boissons alcoolisées, acétaldéhyde produit par le métabolisme de l'alcool.

Le traitement repose sur d'une part la reconstitution hydrique et en électrolytes : eau minérale, jus de fruits, bouillon et d'autre part, le traitement des symptômes : paracétamol pour les céphalées (éviter l'aspirine : saignement, interaction), un antiémétiques pour les nausées et vomissements, un pansement gastrique ou un antiacide pour les gastralgies, un antispasmodique pour les douleurs abdominales et la vitamine C et la N-acétylcystéine pour lutter contre l'intoxication et la fatigue.

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

4.3 Groupes et programme d'entraide

4.3.1 La rencontre des pairs

- Groupes de l'unité des dépendances des HUG renseignements au 022 372 95 37
- Le lundi, 17h30 à 18h30: groupe d'entraide et de soutien, Hôpital de Beau-Séjour, (libre et gratuit)
- Le mardi, 12h30-13h30 : groupe d'aide au maintien de l'abstinence, Hôpital de Beau-Séjour dans la Petite Salle (Infirmière de l'unité)
- Groupes du Service d'Addictologie : renseignement à la Consultation d'alcoologie des Acacias au 022 304 45 55
- Groupes AA : renseignements au 022 344 33 22
- Groupes Croix-Bleue : renseignements au 022 320 41 00

4.3.2 Le programme Alcochoix+

Ce programme destiné aux consommateurs excessifs, est structuré en 6 étapes pour amener le patient à une consommation contrôlée. Les renseignements peuvent être pris dans le SMPR, au numéro 022 372 95 37.

4.4 Traitements pharmacologique addictolytiques

Ce sont des traitements qui aident le patient à ne pas consommer, **à prescrire uniquement si l'on en a l'expertise⁹** :

• Acamprosate (Campral®)	2 cp de 300 mg 3x/j durant 6-12 mois	sans contre-indication
• Naltrexone (Naltrexin®)	1 cp de 50 mg 1x/j durant 6 mois	Interdit avec des opioïdes. Contre-indiqués en cas de cirrhose Child B et C. Porter une carte (en cas d'accident)
• Disulfiram (Antabus®)	2 cp de 400 mg 1x /j pendant 3 j puis ½ cp de 400 mg 1x/j	Interdiction stricte d'ingestion d'alcool. Contre-indiqué en cas d'hépatite biologique

4.5 Suivi psychiatrique conjoint:

Plus de la moitié des patients alcoolo-dépendants a une comorbidité psychiatrique. Ces troubles sont à prendre en charge pour permettre une issue favorable de la prise en charge du problème d'alcool. Il est possible de faire appel à un psychiatre pour un suivi conjoint. Le traitement psychiatrique s'intègre au reste du traitement. Un diagnostic psychiatrique ne devrait être posé qu'après une abstinence minimale d'un mois. Les troubles les plus fréquents : troubles de l'humeur (la moitié des dépressions sont secondaires à la consommation), troubles anxieux, troubles de la personnalité, schizophrénie, TDAH (déficit de l'attention).

4.6 Risque suicidaire et violence

Il est important de :

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

4.7 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, Cyberaddiction. Il est possible de faire appel dans le SMPR pour avis ou une prise en charge conjointe d'un patient.

5 LES 3 POINTS CLES

Évaluez les habitudes de consommation d'alcool chez tout patient

Empathie, travail motivationnel, objectifs réalistes sont essentiels dans la prise en charge

Le plus important est un suivi régulier avec un travail en réseau

6 REFERENCES

1. ISPA (2009). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007.
2. Classification Internationale des Maladies. CIM-10/ICD-10. OMS 1992. Paris : Masson
3. Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: The keys of the CAGE. Am J Med 1993; 94 : 520-523
4. 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
5. Krähenbühl B. La force de l'autre. Ou l'entretien de motivation avec la personne alcoolique. Méd et Hyg 1993 ;51: 2263-6
6. 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
7. Yersin B, Pilet F. Syndrome de sevrage alcoolique : Prise en charge ambulatoire par le médecin praticien. Rev Méd Suisse romande 1998 ;118 :777-781
8. R. Saitz et al., Unhealthy alcohol use, clinical practice, NEJM, 2005; 352: 596-607
9. Gache P, Siegrist G. Les traitements médicamenteux de l'alcool-dépendance. Rev Méd Suisse romande 1998; 118 :767-769 Schukit et al., Alcohol-use disorders, Lancet, 2009; 373: 492-501
10. 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
11. Daepfen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. Arch Intern Med 2002;162:1117-21

Sites internet :

- Addiction Info Suisse (Ancien ISPA) : <http://www.sucht-info.ch/fr/> Présente chiffres et états des lieux en Suisse
- <http://www.fegpa.ch/regal.htm> Fédération Genevoise de Prévention de l'alcoolisme et Réseau Genevois d'Alcoologie (FEGPA et REGAL)
- <http://www.alcochoix.ch/index.htm>
- <http://www.croix-bleue.ch/>
- <http://www.sfa-ispas.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/consommation/>

Date de la première édition : 25 avril 1997 par B. Krähenbühl

Dates de mise à jour :

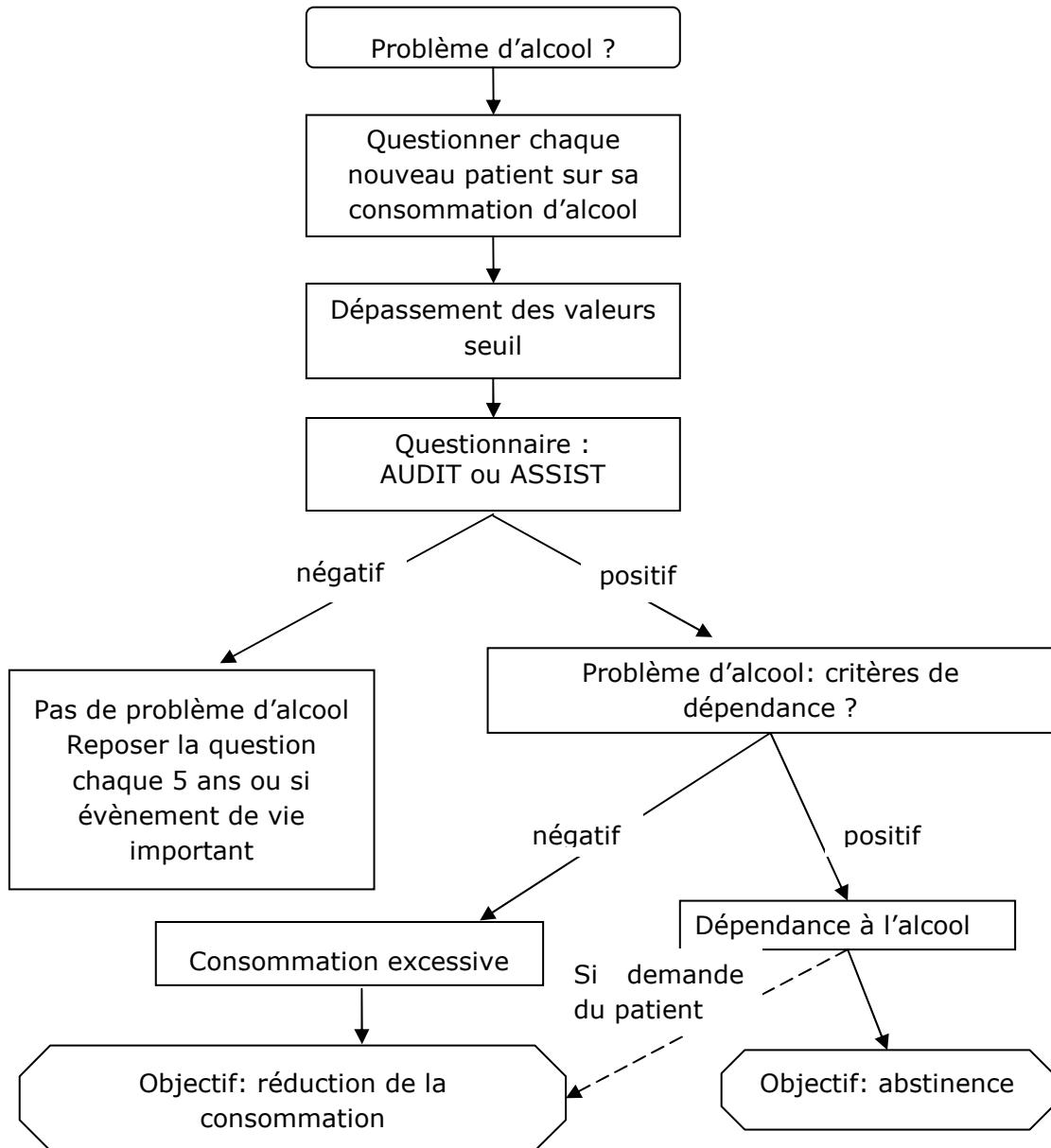
3 janvier 2001 par E. Sekera, P. Gache et H. Stalder

6 décembre 2002 par P. Gache, E. Sekera et H. Stalder

Octobre 2010 par S. Sigam Nzo, V. Leuenberger, S. Haaz

Pour tout renseignement, commentaire ou question : marie-christine.cansell@hcuge.ch

Algorithme de prise en charge



Annexe I : AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test

Interprétation selon somme des points des 10 questions (chaque réponse cotée de 0 à 4)

Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcool-dépendance probable (11 chez la femme)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous (ou quelqu'un d'autre a-t-il) été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Annexe II : Conséquences d'une consommation chronique

La consommation excessive chronique d'alcool est la cause ou une des causes des maladies suivantes:	
Tumeurs malignes:	Bouche, gorge et œsophage Larynx Pancréas Foie Glande mammaire
Système cardiovasculaire:	Cardiomyopathie Hypertension
Système digestif:	Gastrites Pancréatite Stéatose Hépatite alcoolique Cirrhose du foie
Système immunitaire:	Risque infectieux accru (maladies bactériennes et virales)
Système nerveux:	Polyneuropathie alcoolique Démence alcoolique et atrophie du cerveau Encéphalopathie de Wernicke Syndrome de Korsakow Myopathie alcoolique
Conséquences psychiatriques:	Alcoolodépendance Syndrome de sevrage alcoolique Délire alcoolique (delirium tremens) Hallucinations alcooliques
Conséquences pour les descendants:	Syndrome d'alcoolisation fœtale Effets fœtaux alcooliques

Annexe III : protocole CIWA - SCORING DE SEVERITE DU SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE (CIWA-Ar)

Contre indication :

- Antécédents de delirium tremens
- Antécédents de crises convulsives généralisées et notamment en période de sevrage
- Antécédents de sevrages difficiles
- Dépendance aux benzodiazépines

Mode d'emploi :

a) Pratiquer une alcoolémie avec l'éthylotest :

- Si supérieure à 2,5‰ : ne pas administrer d'oxazepam (Seresta®) et refaire le test une heure après et ainsi de suite jusqu'à obtenir une alcoolémie inférieure à 2,5‰, seuil pour débiter le traitement par oxazepam si le score CIWA le demande.

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

- < 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'oxazepam 15mg et refaire un CIWA 30 minutes après. Si le score reste supérieur ou égale à 8, redonner 15mg d'oxazepam et continuer ainsi de suite jusqu'à ce que le résultat soit inférieur à 8.
- ≥ 15 : donner 2 comprimés d'oxazepam 15mg d'emblée et refaire un CIWA 30 minutes après. Lorsque le score est redescendu en dessous de 8, refaire un CIWA 6 heures après et reprendre sur la base d'un comprimé d'oxazepam 15mg toutes les 6h.

Ajouter un point au score si :
-le pouls est supérieur à 90/min
-la TA est supérieure à 150 mm Hg pour la systolique

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

c) Administrer une vitaminothérapie B1 : Benerva® cp 300 mg 1x/j

Score CIWA

Nom du patient :

Date :

Heure :

FC :/min

TA :mmHg

Nausées/vomissements. « Vous sentez-vous mal ? Avez-vous vomi ? ». Observation.

- 0 pas de nausées, pas de vomissements
- 1 nausées légères, sans vomissement
- 4 nausées intermittentes avec efforts de vomissement
- 7 nausées constantes, avec efforts de vomissement et vomissements fréquents

Trémor. Bras tendus et doigts écartés. Observation.

- 0 pas de trémor
- 1 trémor non visible mais perceptible au contact du bout des doigts
- 4 trémor modéré, bras en extension
- 7 trémor sévère, même avec bras non-tendus

Transpiration. Observation.

- 0 pas de transpiration visible
- 1 transpiration à peine visible, mains moites
- 4 transpiration visible sur le front
- 7 transpiration profuse

Anxiété. « Vous sentez-vous nerveux ? ». Observation.

- 0 pas d'anxiété, à l'aise
- 1 anxiété légère
- 4 anxiété modérée, contenue.
- 7 état de panique sévère comme lors de délirium tremens ou de psychose aiguë

Agitation. Observation.

- 0 aucune
- 1 activité motrice légèrement augmentée
- 4 agitation modérée, activité motrice incessante, continue
- 7 état d'agitation motrice constant, mouvements d'avant en arrière durant la plus grande partie de l'interview.

Troubles tactiles.

« Avez-vous des démangeaisons, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure, une perte de la sensibilité tactile ou avez-vous l'impression que des petites bêtes se baladent sur ou sous votre peau ? ». Observation.

- 0 aucun
- 1 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité très légers
- 2 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité légers
- 3 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité modérés
- 4 hallucinations modérées
- 5 hallucinations sévères
- 6 hallucinations très sévères
- 7 hallucinations continues

Troubles auditifs.

« Etes-vous davantage conscient des bruits autour de vous ? Sont-ils désagréables ? Vous effraient-ils ? Entendez-vous certains bruits qui vous perturbent ? Entendez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être entendues ? ».

Observation

- 0 aucun
- 1 bruit désagréables, effrayants, à peine audibles
- 2 bruits désagréables, effrayants très légers
- 3 bruits désagréables, effrayants modérés
- 4 hallucinations modérées à sévères
- 5 hallucinations sévères
- 6 hallucinations très sévères
- 7 hallucinations continues

Troubles visuels.

« La lumière vous semble-t-elle trop claire ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous troublent, vous dérangent ? Voyez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être vues ? ».

Observation.

- 0 aucun
- 1 sensibilité très légère
- 2 sensibilité légère
- 3 sensibilité modérée
- 4 hallucinations modérées à sévères
- 5 hallucinations sévères
- 6 hallucinations très sévères
- 7 hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde.

« Avez-vous dans votre tête des sensations différentes ? Avez-vous l'impression qu'une bande serre votre tête ? » Ne pas prendre en compte de légers vertiges.

- 0 aucun
- 1 troubles très légers
- 2 troubles légers
- 3 troubles modérés
- 4 troubles modérés à sévères
- 5 troubles sévères
- 6 troubles très sévères
- 7 troubles extrêmement sévères

Désorientation dans le temps, l'espace et sur la personne.

« Quel jour sommes-nous ? Qui êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- 0 orienté + capable de faire une série d'additions
- 1 incapable de faire une série d'additions et n'est pas sûr sur la date d'aujourd'hui
- 2 désorienté dans le temps (max. 2 jours)
- 3 désorienté dans le temps (plus de 2 jours)
- 4 désorienté dans l'espace et/ou sur la personne.