

Conduites d'alcoolisation

Conduites d'alcoolisation

- ▶ Définitions et recommandations d'intervention
(diapositives 3-18)
- ▶ Le mésusage d'alcool en dehors de la dépendance
(diapositives 19-40)
- ▶ De l'usage à risque et nocif à l'usage avec dépendance
(diapositives 41-47)

Définitions et recommandations d'intervention

Les Recommandations pour la pratique clinique (1)

1999 : une initiative de la SFA

- Un groupe de travail chargé d'élaborer selon la méthodologie de l'ANAES / HAS des Recommandations pour la pratique clinique concernant les conduites d'alcoolisation.
- Réuni de novembre 1999 à août 2001 présidé et coordonné par A. Rigaud, en collaboration avec B. Nalpas, chargé de recherche.

2001 : des Recommandations (textes long et court)

- Validées par l'ANAES en septembre.
- Publiées par *Alcoologie et Addictologie* en décembre.

Les Recommandations pour la pratique clinique (2)

■ Ces Recommandations pour la pratique clinique devaient répondre à 5 questions :

1. Choix et définition des termes essentiels de la pratique alcoologique.
2. Lecture critique des principales classifications existantes. Quelles classifications vous paraissent opérantes en pratique ?
3. Quels sont les outils pour le repérage et le diagnostic des conduites d'alcoolisation ?
4. Quels sont les objectifs thérapeutiques ? Sont-ils différents selon les types de sujet ?
5. Quels sont les critères d'évaluation des résultats ?

■ L'étude des classifications publiées depuis 150 ans a montré qu'elles présentaient l'inconvénient :

- soit d'utiliser le terme "alcoolisme" aujourd'hui devenu équivoque ;
- soit de décrire principalement les différentes formes de dépendance ;
- soit d'être quasi muettes sur les modes de début de ces conduites et sur leurs modalités évolutives précoces avant l'apparition de dommages et/ou de la dépendance.

Les Recommandations pour la pratique clinique (3)

- Pour satisfaire à des objectifs de pratique clinique, notamment de repérage, de diagnostic et d'intervention précoces, et ordonner une perspective clinique et pragmatique, il est apparu nécessaire de :
 - adapter les classifications déjà existantes ;
 - proposer une catégorisation simple et pratique.
- Les Recommandations s'appuient sur le modèle médical en sachant néanmoins combien il est réducteur.
- Elles proposent d'organiser la classification des conduites d'alcoolisation en catégories autour du terme "usage" et de son antonyme "mésusage"
 - le terme "usage" employé seul, sans adjectif, renvoie à l'usage à dose faible et risques faibles considérés comme acceptables pour l'individu et la société.

Repères de consommation et seuils de risque dits OMS (1)

Un verre standard UIA (unité internationale alcool)
= 10 grammes d'alcool pur



- Trois cannettes de 33 cl de bière ordinaire (4,5°) = 3,5 verres standard.
- Une cannette de 50 cl de bière forte (8,6° ou 10°) fait 3,5-4 verres standard.
- Ne pas oublier que chez soi ou chez les amis, les verres sont plus remplis.

Repères de consommation et seuils de risque dits OMS (2)

- Usage ponctuel : jamais plus de 4 verres standard par occasion.
- Usage régulier : jamais plus de :
 - 21 verres standard par semaine chez l'homme = 3 verres par jour en moyenne ;
 - 14 verres standard par semaine chez la femme = 2 verres par jour en moyenne.
- Abstention de toute consommation au moins un jour par semaine.
- Ces seuils n'ont pas de valeur absolue car chacun réagit selon : son sexe, sa corpulence, son état physique et psychologique, ainsi que selon le contexte de la consommation.
- Ces seuils constituent donc de simples repères, ils doivent être abaissés dans diverses situations à risque.

Repères de consommation et seuils de risque dits OMS (3)

Abaissement des seuils

■ En cas de situation à risque

- conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, etc. ;
- poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention.

■ En cas de risque individuel (liste non limitative)

- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs qui potentialisent les effets de l'alcool ;
- pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui exigent un traitement médicamenteux ;
- modification de la tolérance du consommateur en raison de : son âge, son sexe, son faible poids, ses médicaments associés, sa disposition psychologique, etc. ;
- situations physiologiques particulières : grossesse, états de fatigue et dette de sommeil, etc.

Le non-usage

Toute conduite à l'égard des boissons alcooliques caractérisée par une absence de consommation.

- Le non-usage peut être qualifié par différents adjectifs tels : momentané, temporaire, durable, définitif, primaire, secondaire.
- Ce terme ne recouvre donc pas la notion d'abstinence qui désigne un non-usage secondaire à une période de mésusage (de type dépendance).
- Le terme de "non-consommateur" peut être proposé ici pour qualifier le sujet qui ne consomme pas ou plus.

L'usage

Toute conduite d'alcoolisation ne posant aucun problème pour autant que la consommation reste faible (inférieure ou égale aux seuils de l'OMS) et prise en-dehors de toute situation à risque et de tout risque individuel.

- L'usage peut être expérimental, occasionnel, intermittent, périodique, régulier, voire habituel.
- Dans ces limites, l'usage caractérise le comportement du "consommateur modéré".

Le mésusage

Toute conduite d'alcoolisation soit comportant un ou plusieurs risques objectifs, soit ayant déjà induit des dommages d'ordre médico-psychosocial, y compris l'alcoolodépendance.

- Elle justifie pour ces motifs une intervention.
- Cette catégorie générique inclut :
 - l'usage à risque ;
 - l'usage nocif ;
 - l'usage avec dépendance.

L'usage à risque

Toute conduite d'alcoolisation qui associe :

- une consommation supérieure aux seuils dits de l'OMS, ou inférieure mais prise en situation de risque et de ce fait susceptible d'induire des dommages ;
- l'absence de dommages induits ;
- et l'absence de dépendance à l'alcool.

Le sujet dont le comportement de consommation se situe dans ce cadre est dénommé "consommateur à risque".

L'usage nocif

Toute conduite d'alcoolisation qui associe l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, et l'absence de dépendance à l'alcool.

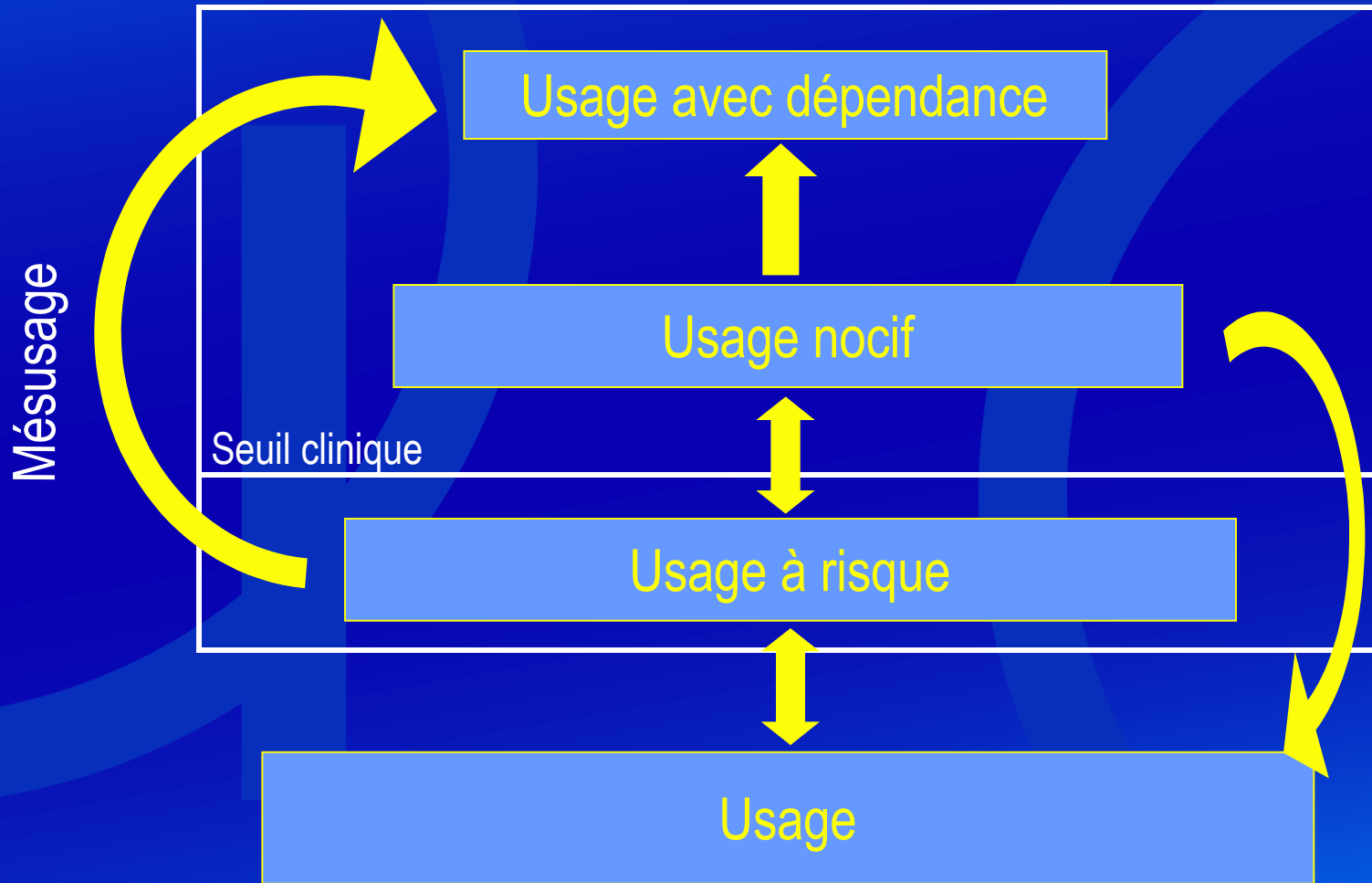
- Cette catégorie est donc référée aux conséquences et non plus aux seuils et fréquences de consommation.
- Le sujet dont le comportement de consommation se situe dans ce cadre est dénommé "consommateur à problème(s)".

L'usage avec dépendance

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de la consommation.

- Cette catégorie ne se définit donc :
 - ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation ;
 - ni par l'existence de dommages déjà induits qui sont néanmoins souvent associés.
- Le sujet dont le comportement de consommation se situe dans ce cadre est dénommé "consommateur alcoolodépendant".

Usage, usage à risque, usage nocif, usage avec dépendance



Objectifs d'intervention

Objectif général

- Améliorer la qualité de vie et favoriser l'indépendance.

Objectifs spécifiques

- A l'égard du produit, de sa consommation et de ses risques
 - réduction et gestion de la consommation ;
 - sevrage = aide à l'arrêt et maintien de l'abstinence.
- A l'égard de la conduite addictive
 - aide au maintien de l'abstinence et à la résolution.
- A l'égard du sujet
 - favoriser l'équilibre personnel et la qualité de vie.

Typologie et recommandations d'intervention

Non-usage	Aucune consommation primaire ou secondaire momentané ou durable	Prévention primaire du risque : éducation pour la santé et thématique, accompagnement des 1 ^{ères} expériences
Usage	Consommation à doses faibles en deçà des seuils dits de l'OMS et des situations à risque	Eviter le passage vers le mésusage, prévenir les risques et les dommages
Mésusage		
Usage à risque	Consommation à doses supérieures aux seuils de l'OMS ou en situation à risque susceptibles d'induire des dommages	Réduction des risques et retour de la consommation dans les limites de l'usage : interventions communautaires, repérage précoce et interventions brèves
Usage nocif	Conduite de consommation ayant déjà induit des dommages et non associée à une dépendance	Idem "Usage à risque", avec : accompagnement, prise en charge des dommages
Usage avec dépendance	Conduite caractérisée par la perte de la maîtrise de consommation (critère indépendant des doses et de l'existence de dommages)	Conférence de consensus de la SFA de mars 1999 et de mars 2001

 [Sommaire](#)

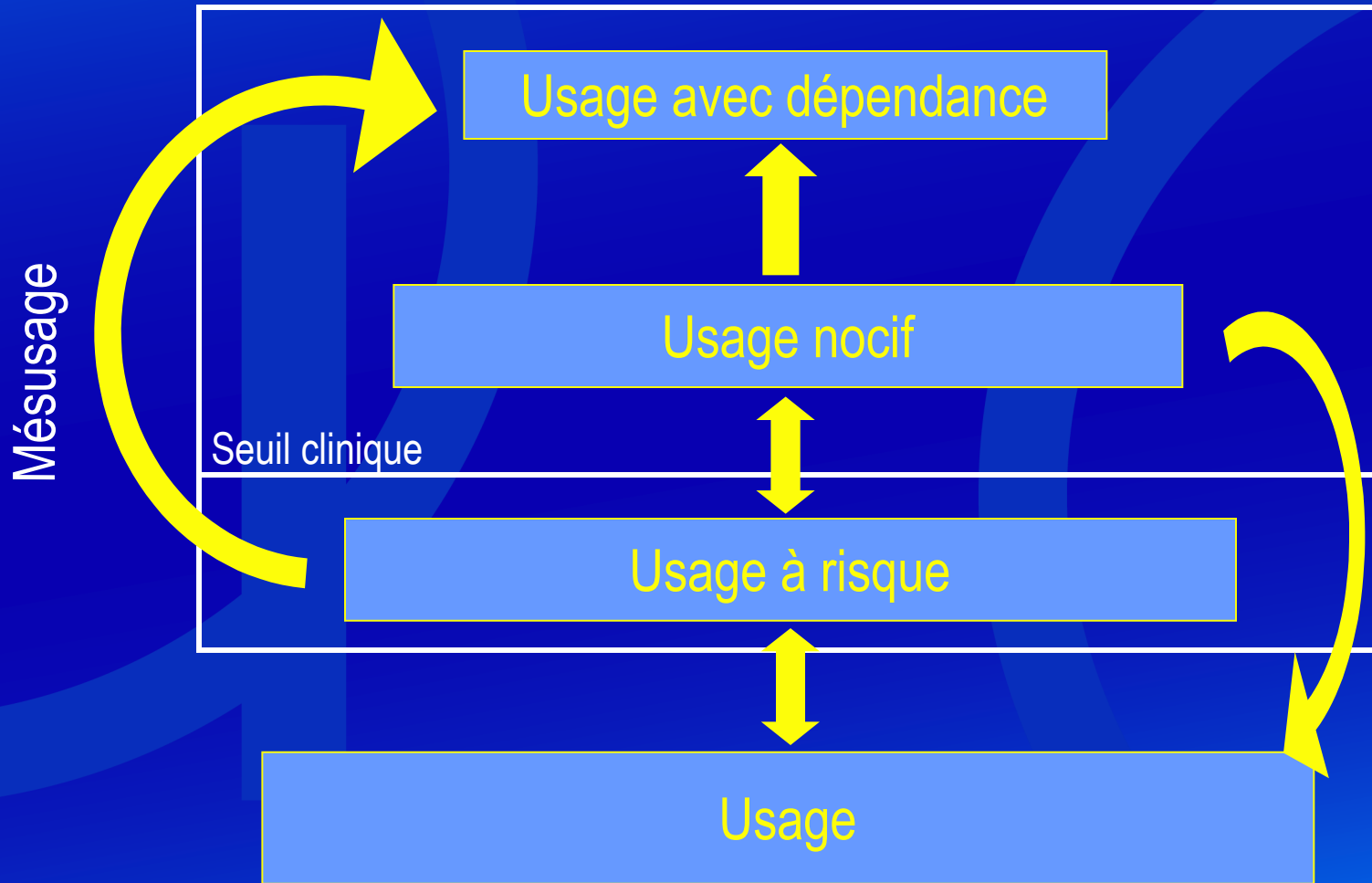
Le mésusage d'alcool en dehors de la dépendance

Le mésusage

Toute conduite d'alcoolisation soit comportant un ou plusieurs risques objectifs, soit ayant déjà induit des dommages d'ordre médico-psychosocial, y compris l'alcoolodépendance.

- Elle justifie pour ces motifs une intervention.
- Cette catégorie générique inclut :
 - l'usage à risque ;
 - l'usage nocif ;
 - l'usage avec dépendance.

Usage, usage à risque, usage nocif, usage avec dépendance



La nocivité de l'alcool

■ Les risques augmentent avec :

- les quantités consommées ;
- la fréquence des consommations et l'association au tabac.

■ Les risques immédiats => de l'ivresse au coma éthylique

- diminution de la vigilance et des réflexes, fatigue, ivresse, perte du contrôle de soi
=> accidents : route et travail ; violence/vulnérabilité ; risques sexuels (protection) ;
- troubles digestifs, nausées, vomissements ;
- intoxication éthylique aiguë = urgence médicale => hypoglycémie, hypothermie, coma et décès ;
- risques + + + si hépatopathies et/ou médicaments associés.

■ La nocivité cumulative différée

- apparition/augmentation de troubles psychologiques ;
- dépendance psychique et/ou physique induisant des problèmes d'ordre familial, social et professionnel ;
- détérioration grave de la santé physique et mentale : cirrhose, cancers, neuropathies, troubles cognitifs et démences.

■ Risque foetal chez la femme enceinte.

La santé publique (1)

- L'Europe est la région du monde où l'on consomme le plus d'alcool.
- Les Français restent parmi les premiers consommateurs d'Europe avec \approx 11 litres d'alcool pur par habitant et par an.
- La mortalité liée à l'alcool est estimée en France à 45 000 décès par an = 10 % de la mortalité globale.
- 3^{ème} cause de mortalité, 2^{ème} cause de mortalité évitable et 1^{ère} cause de mortalité prématurée : 20 à 25 % des décès masculins des 45-64 ans.
- Alcoolisation pendant la grossesse : 1^{ère} cause de handicap mental d'origine non génétique.
- Au moins 3 à 5 millions de personnes en danger avec l'alcool.
- Au moins 1,5 à 2 millions d'alcoolodépendants.

La santé publique (2)

- 50 % de la morbidité et 50 % des morts prématurées liées à la consommation d'alcool concerne pour moitié des patients non alcoolodépendants : accidents, cancers, pathologies cardiovasculaires, etc.
- Le mésusage d'alcool concerne en France :
 - 1/4 de la clientèle masculine des MG ;
 - 1/10 de la clientèle féminine des MG ;
 - 25 % des personnes hospitalisées (+ prévalence masculine) ;
 - 25 % des passages aux urgences (+ prévalence masculine) ;
 - 25 % des personnes incarcérées entrent avec une alcoolodépendance (+ prévalence masculine) ;
 - 1/3 des morts sur la route = 1 500/an (+ prévalence masculine) ;
 - la moitié du coût social des drogues = 1,4 % du PIB = 17 milliards €/an = 130 € par personne et par an.

La mortalité induite

Diagnostic	Décès/an : H	Décès/an : F	Total
Cancers	14 000	2 000	16 000
Affections digestives	6 000	2 200	8 200
Maladies cardio-vasculaires	7 000	600	7 600
Accidents et traumatismes	6 000	1 100	7 100
Troubles mentaux	2 000	500	2 500
Maladies respiratoires	1 000	100	1 100
Divers	2 000	500	2 500
Total	38 000	7 000	45 000

Source : Institut Gustave-Roussy, 1995

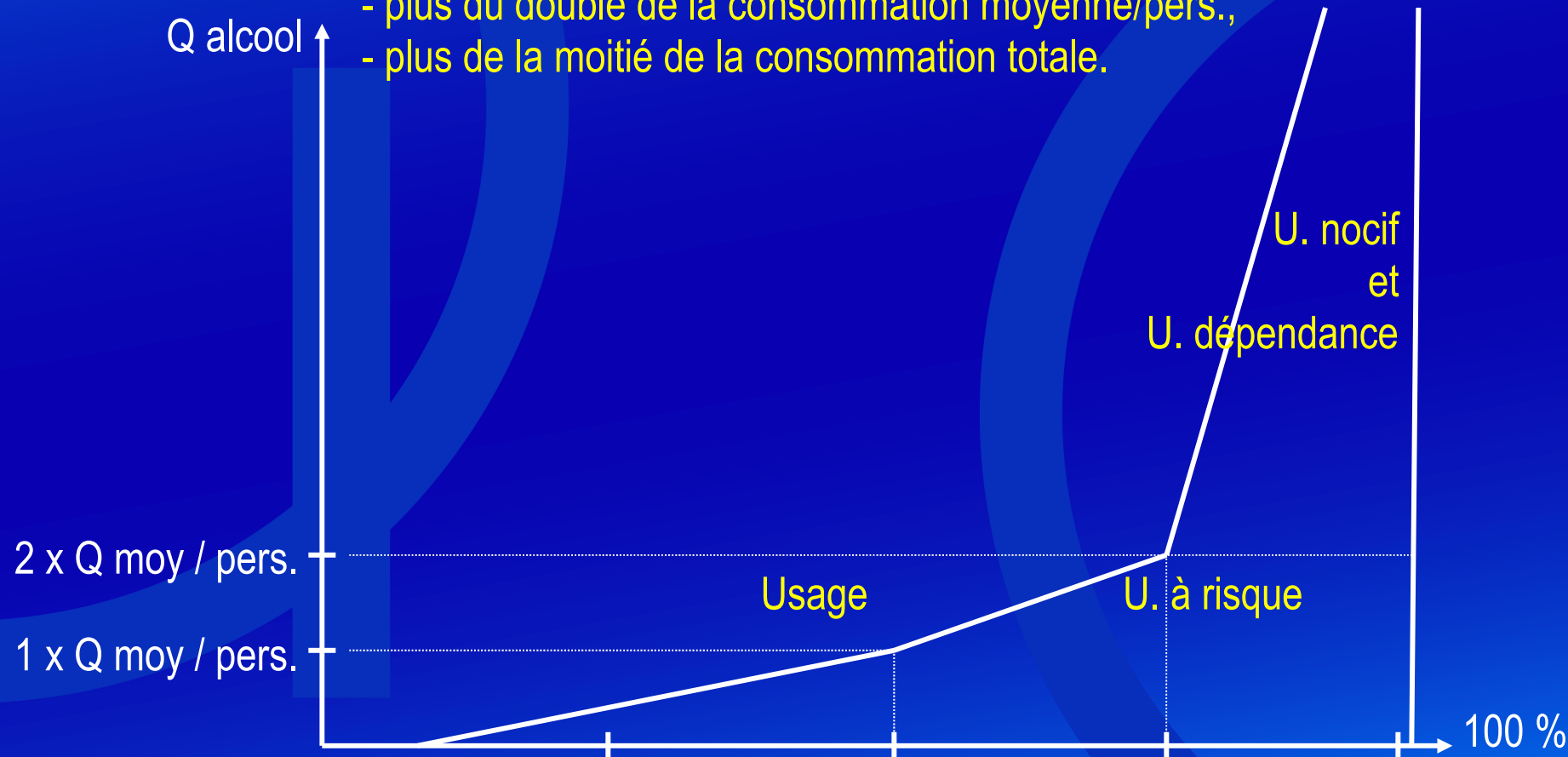
Approche quantitative du risque

- 5 fois plus de mortalité induite chez l'homme.
- Entre 45 et 54 ans, l'alcool induit 18 % des décès masculins et 10 % féminins.
- Entre 45 et 64 ans, 20 à 25 % des décès masculins.
- Entre 0 et 20 grammes/jour : risque pour le fœtus, risque pour les porteurs VHC, et augmentation du risque du cancer du sein.
- Dès 20 g chez la femme et dès 30 g chez l'homme, augmentation de la mortalité globale.
- Entre 20 et 50 g : risque de cirrhose et d'HTA.
- Au-dessus de 50 g, augmentation + + + du risque de cirrhoses, accidents hémorragiques et cancers.

Consommation d'alcool et catégories d'usage

Alcool : 15 % de la population française consomment :

- plus du double de la consommation moyenne/pers.,
- plus de la moitié de la consommation totale.



Alcool : pyramide du risque (Skinner)

Dépendants ≈ 3 à 4 %

Prévention de la rechute

Usage nocif ≈ 6 à 7 %

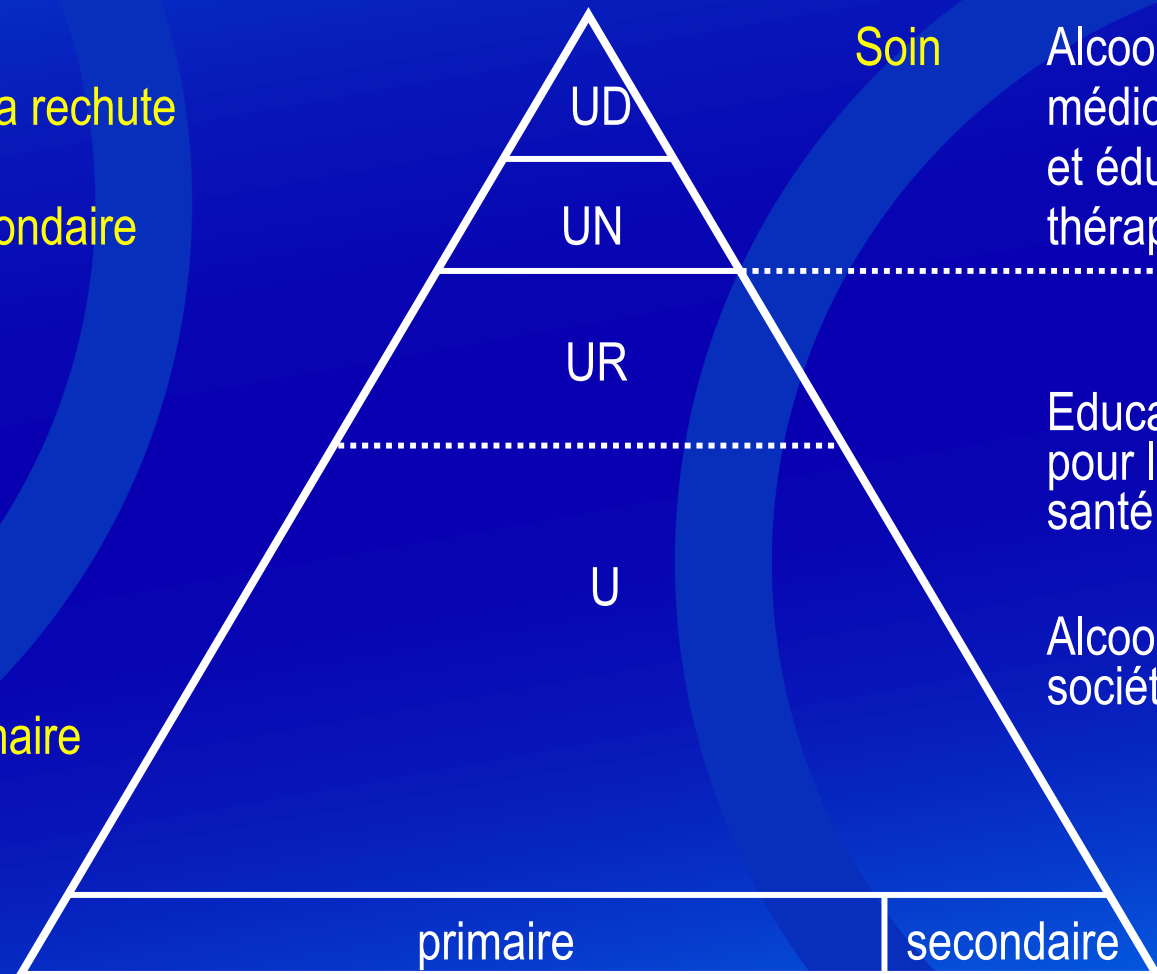
Prévention secondaire

Usage à risque ≈ 15 %

Usage ≈ 65 à 70 %

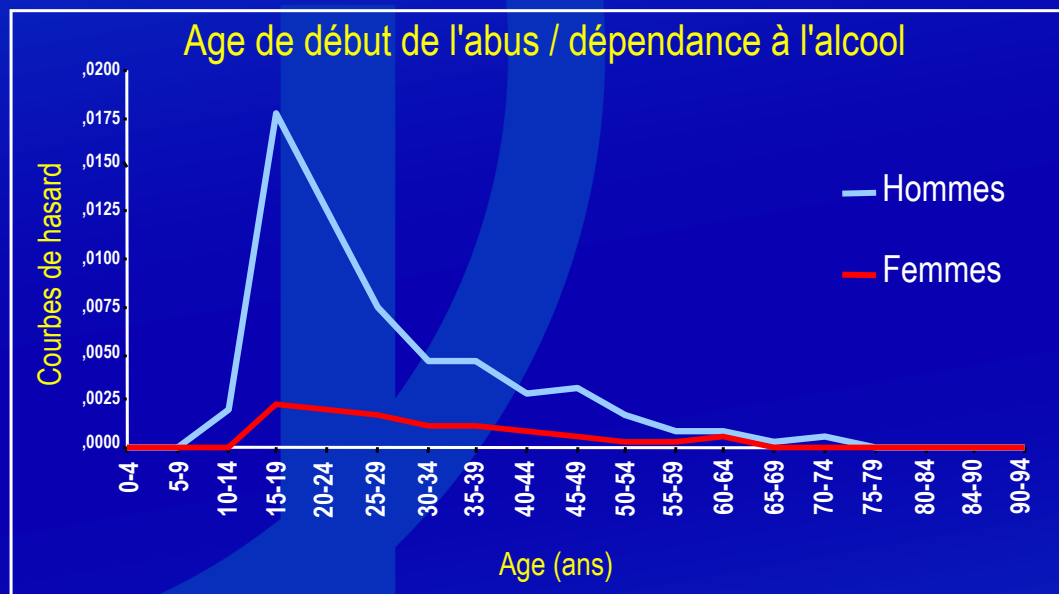
Prévention primaire

Non-usage ≈ 5 à 10 %



Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance (1)

Usage à risque, usage nocif



Age moyen d'entrée dans le dispositif de soins :

39 ans



■ Enjeu du découplage conceptuel entre la dépendance et l'usage nocif : permettre un repérage et une aide beaucoup plus précoce.

Carences dans les représentations de l'usage nocif

Représentations positives



Symbole de plaisir



Symbole de fête



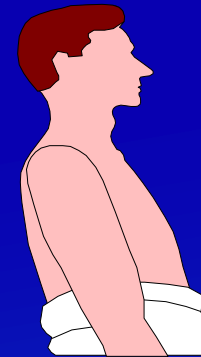
Symbole de sociabilité



Marqueur culturel et identitaire

Pas de représentation sociale de l'usage nocif

Représentation négative



La dépendance :
l'alcoolisme
La toxicomanie

Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance (2)

Usage à risque

- Au moins 20 % de la population française consomme plus de 5 verres /jour (OFDT, Baromètre Santé).

Usage nocif / dépendance (DREES, 2001)

- Prévalence en médecine générale : 18 % des patients, dont 6,3 % dépendants

→ sur 18 % des patients concernés, seule une moitié d'entre eux était identifiée comme ayant un problème avec l'alcool ;

→ le motif de consultation était exceptionnellement un problème d'alcool.

- Prévalence à l'hôpital : 20 % des patients hospitalisés, dont 7 % dépendants.

Les usages à risque

■ Situations à risque

- conduite automobile ;
- grossesse ;
- prise de médicaments.

■ Modalités de consommation à risque

- la précocité ;
- la consommation à visée autothérapeutique ;
- le cumul des consommations ;
- les conduites d'excès ;
- la répétition des consommations à risque.

■ Quantités consommées excessives.

Capital pour le diagnostic



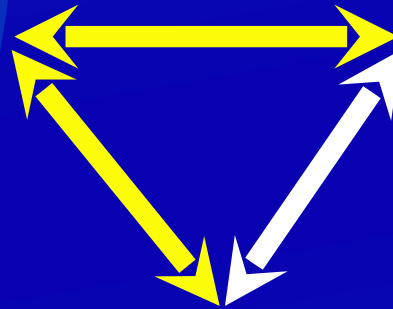
Inquiétudes de l'entourage

Usage nocif : interactions PIE

Risque d'usage nocif et de dépendance = interactions
"Produits (P) x Individus (I) x Environnement (E)"

P = facteurs de risque liés
au produit

- dépendance
- complications sanitaires, psychologiques, sociales
- statut social du produit



I = facteurs individuels
(de vulnérabilité et de résistance)

- génétiques
- biologiques
- psychologiques
- psychiatriques

E = facteurs d'environnement

- sociaux : exposition (consommation nationale, par âge, sexe, groupe social) ; marginalité
- familiaux : fonctionnement familial ; consommation familiale
- copains

Les enjeux du repérage précoce

Les consommateurs à risques et les consommateurs à problèmes constituent deux groupes de sujets qui présentent en commun :

- La capacité de réduire leur consommation d'alcool.
- L'intérêt de le faire.

D'où la nécessité d'effectuer un repérage et des interventions précoces avec l'objectif de :

- Réduire les risques liés à l'alcoolisation.
- Prévenir les dommages induits et notamment l'apparition des phénomènes de dépendance.
- Améliorer la qualité de vie.

Les objectifs de l'OMS (1)

Permettre la prévention secondaire

- Repérer le facteur de risque "mésusage d'alcool" comme on repère l'HTA ou l'hypercholestérolémie.

Eu égard à la fréquence et à l'importance de ce facteur de risque, en confier le repérage et le "traitement" aux acteurs du soin primaire et de la prévention secondaire

- Médecine générale.
- Médecine du travail.
- Centre d'examens de santé.

Les objectifs de l'OMS (2)

Promouvoir une stratégie, une méthode et des outils de repérage précoce

- Consommation déclarée d'alcool (CDA) et grille de recueil.
- Questionnaire type AUDIT ou FACE.

Donner les moyens de la prise en charge

- Montrer que les "interventions brèves" permettent la réduction de la consommation chez les buveurs excessifs = usage à risque et usage nocif.

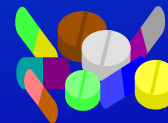
Convaincre les professionnels du soin primaire de l'utilité et de la faisabilité d'une nouvelle pratique

- Etude des obstacles à la diffusion et des moyens permettant de les surmonter.

Trop, c'est comment ?



Cannabis



Retrouvées dans l'usage nocif et la dépendance

Capital pour le diagnostic

Modalités de consommation à risque

- La précocité.
- La consommation à visée autothérapeutique.
- Le cumul des consommations.
- Les conduites d'excès – et l'ivresse ?
- La répétition des consommations à risque.



Inquiétudes de l'entourage

Les éléments du repérage précoce de l'usage nocif (1)



- Interroger systématiquement sur les consommations de tabac et de psychotropes.
- Préciser les caractéristiques de la consommation de psychotropes
 - risques situationnels : quand ?
 - modalités de consommation : comment ?
 - quantité consommée : combien ?

Les éléments du repérage précoce de l'usage nocif (2)



■ Evaluer plus précisément les caractéristiques de l'usage nocif des différents produits :

- repérer l'existence d'un usage nocif : le CRAFFT ; le questionnaire "Abus" du DSM-IV ;
- tests courts spécifiques : FACE et CAGE/DETA pour l'alcool ; *Short* tabac-test pour le tabac ; le CAGE Cannabis ;
- affiner l'évaluation => tests détaillés : le test de Fagerström pour le tabac ; l'AUDIT pour l'alcool ; le questionnaire d'autoévaluation Cannabis ; le questionnaire d'autoévaluation autres substances ;
- compléter éventuellement par les marqueurs biologiques : CDT+ GGT pour l'alcool ; dosage de CO pour le tabac.

Les éléments du repérage précoce de l'usage nocif (3)



■ Evaluer les facteurs :

- de risque ;
- de gravité individuels (I) et environnementaux (E).

■ Eléments diagnostiques et pronostiques nécessitant une prise en charge adaptée => identifier :

- non seulement les comportements de consommation,
- mais aussi les difficultés sous-jacentes à ces consommations.

▶ [Sommaire](#)

De l'usage à risque et nocif à l'usage avec dépendance

Modalités de passage entre l'usage nocif et la dépendance

Trois modèles explicatifs

- Le modèle quantitatif : une même pathologie évolue sur un continuum, mais avec des degrés de sévérité différents.
- Le modèle qualitatif
 - classification de Cloninger (alcoolisme de type I et II) ;
 - classification de Babor (alcoolisme de type A et B).
- Le modèle qualitatif-quantitatif.

L'usage avec dépendance

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de la consommation.

- Cette catégorie ne se définit donc :
 - ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation ;
 - ni par l'existence de dommages déjà induits qui sont néanmoins souvent associés.
- Le sujet dont le comportement de consommation se situe dans ce cadre est dénommé "consommateur alcoolodépendant".

Validité de la distinction entre abus et dépendance

- En général, l'alcoolodépendance est plus sévère que la définition minimale du DSM-IV (Hoffman).
- Inclure le critère du sevrage comme symptôme obligatoire pour le diagnostic de l'alcoolodépendance ?
- En général, le diagnostic d'abus d'alcool se fait seulement sur un voire deux des critères DSM-IV.
- Il existe des "diagnostics orphelins" : présence de certains des critères de la dépendance (en général la tolérance à l'alcool), mais pas suffisamment pour le diagnostic d'abus d'alcool ou d'alcoolodépendance.
- Place du *craving*, de la perte de contrôle.

Diagnostiques d'abus ou de dépendance

Existence de sous-groupes dans les diagnostics

- Dépendance : 99 sous-types théoriquement possibles
 - la moitié seulement de ces sous-types sont obtenus ;
 - six sous-types regroupent 90 % des patients.
- Abus d'alcool : 23 sous-types théoriquement possibles
 - 11 seulement observés ;
 - trois sous-types représentent 90 % des patients.
- Les diagnostics d'abus d'alcool et d'alcoolodépendance hébergent des sous-groupes différents d'évolution et de pronostics différents : Jellinek, Cloninger ou Babor.

Deux grands sous-groupes dans l'usage nocif et la dépendance ?

Premier sous-groupe

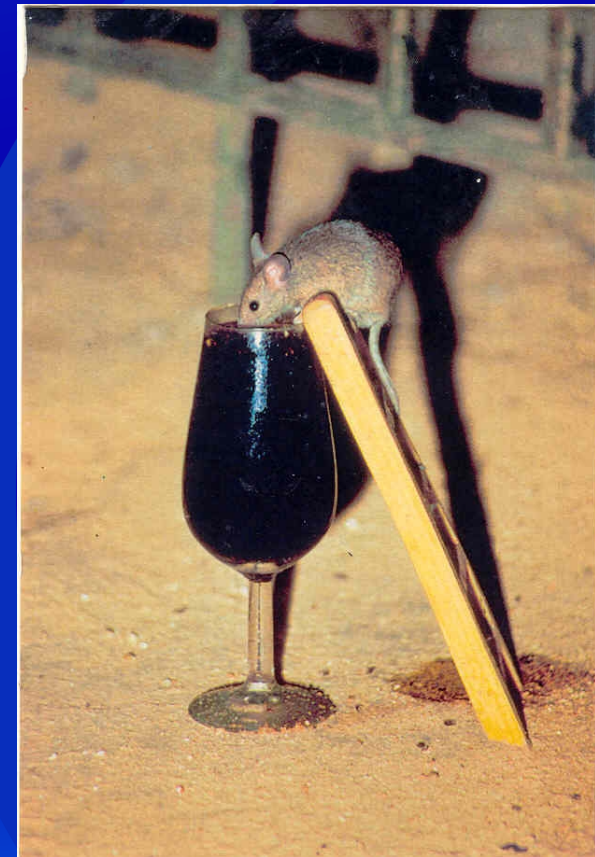
- Tout ou partie des facteurs de risque d'évolution vers la dépendance (type II de Cloninger ou type B de Babor).
- L'abus d'alcool est alors une phase préliminaire, souvent courte, de la dépendance.



Deux grands sous-groupes dans l'usage nocif et la dépendance ?

Second sous-groupe

- Facteurs de vulnérabilité individuelle peu nombreux.
- Facteurs d'environnement, d'entraînement importants.
- Retour à une consommation contrôlée beaucoup plus fréquent
 - lorsque la pression à la consommation décroît (avancée en âge, installation en couple) ;
 - lorsqu'une démarche de soins est entreprise (plus grande efficacité des interventions brèves ?).



▣ [Sommaire](#)