



Reconnue d'utilité publique
(décret du 29 octobre 1998)

Parrainages

Ministère délégué à la santé
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Conférence de consensus

Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage

7 et 8 mars 2001

Cité des Sciences et de l'Industrie - Paris

TEXTE COURT

PARTENAIRES

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
Collège National des Généralistes Enseignants
Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie
Fédération Française d'Addictologie
Fédération Française de l'Alcoologie Ambulatoire
Fédération Française de Psychiatrie
Socidrogalcohol
Société Belge d'Alcoologie
Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
Société Française de Pharmacologie
Societa Italiana di Alcologia
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Société Nationale Française de Médecine Interne
Sociedade Portuguesa de Alcoologia
Société Suisse d'Alcoologie
Société de Tabacologie

COMITÉ D'ORGANISATION

François PAILLE, Président : Médecin interniste, NANCY
Jean ADES : Psychiatre, COLOMBES
Laëtitia ANDOUCHE : Méthodologie ANAES, PARIS
Jean-Louis BALMES : Hépatogastro-entérologue, NIMES
Dominique BARRUCAND : Neuropsychiatre, LIMEIL-BREVANNES
Jean-Yves BENARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE/CHOISILLE
Françoise CARPENTIER : Méthodologie ANAES, PARIS
Sylvain DALLY : Médecin interniste, PARIS
Jean-Michel DELILE : Psychiatre, BORDEAUX
Jean-Dominique FAVRE : Psychiatre, CLAMART
Claudine GILLET : Médecin généraliste, NANCY
François GONNET : Médecin interniste, LYON
Robert MOLIMARD : Médecin interniste, VILLEJUIF
Claude ORSEL : Psychiatre, PARIS
Didier PLAYOUST : Médecin Alcoologue, TOURCOING
Jacques RANDU : Président d'Association, ECULLY
Alain RIGAUD : Psychiatre, REIMS
Didier SICARD : Médecin interniste, PARIS
Michel THUILLIER : Psychiatre, AUXERRE
Gérard VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

JURY

Président : Didier SICARD : Médecin interniste, PARIS

Evry ARCHER : Psychiatre, LOOS
Philippe BESSIERES : Médecin du travail, FLOIRAC
Jacques BIRGE : Médecin généraliste, BOULAY
Guy BOURELLE : Travailleur social, CHÂTEAU-THIERRY
Michel BOUREL : Président d'Association, SÉROCOURT
Chantal COURBIN : Infirmière, BORDEAUX
Jean-Marc ELCHARDUS : Psychiatre, LYON
Pierre FAGNIOT : Directeur d'un centre de Post-Cure, CHELLES
Michel KOPP : Généraliste, ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN
Gilles PELLETIER : Hépatogastro-entérologue, LE KREMLIN-BICETRE
Eric PEYRON : Psychiatre, LYON
Marie-Hélène POIROT : Sage-Femme, NANCY
Marie-Noël QUEUDRAY : Intervenante en toxicomanie, AUXERRE
Simone ROGER : Coordinatrice du service social du personnel, PARIS
Anita SANKALE-DELGA : Service médical de l'assurance maladie, NANTES
Natacha YARKO : Médecin généraliste, LA MEMBROLLE-SUR-CHOISILLE

EXPERTS

Henri-Jean AUBIN : Psychiatre, LIMEIL-BREVANNES
Alain AUBREGE : Médecin généraliste, VILLERS-LÈS-NANCY
Bernadette BARNIER : Assistante sociale, NANCY
Philippe BATEL : Psychiatre, CLICHY
Jean-Yves BENARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE-SUR-CHOISILLE
François BLANC Médecin interniste, MONTPELLIER
Sylvain DALLY : Médecin interniste, PARIS
Thierry DANIEL : Psychiatre, LILLE
Benoit FLEURY : Hépatogastro-entérologue, PESSAC
Lionel GIBIER : Psychiatre, TOURS
Claudine GILLET : Médecin généraliste, NANCY
Pierre GUIBÉ : Médecin généraliste, PONTOISE
Jacques HASSIN : Directeur Scientifique, PARIS
Éric HISPARD : Médecin Alcoologue, PARIS
Pierre KOPP : Professeur de Sciences Économiques, PARIS
Gérard LAMBERT : Assistant Social, MONTGERON
Michelle JOYEUX : Psychiatre, COLOMBES
Antoinette MIALON : Psychiatre, SAINT-LO
Gérard OSTERMANN : Psychothérapeute, BORDEAUX
Didier PLAYOUST : Médecin Alcoologue, TOURCOING
Jacques RANDU : Président d'Association, ECULLY
Michel REYNAUD : Psychiatre, CLERMONT-FERRAND
Alain RIGAUD : Psychiatre, REIMS
Jean-Louis SCHLIENGER : Médecin interniste, STRASBOURG
Chantal SIMON : Nutritionniste, STRASBOURG
Anne-Marie TAVART : Médecin du travail, MÉRIGNAC
Michel THUILLIER : Psychiatre, AUXERRE
Gérard VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

Dominique DESCHAMPS : Toxicologue, PARIS
Bernadette HANESSE : Médecin généraliste, VANDOEUVRE-LÈS-NANCY
Samira DJEZZAR : Médecin interniste, PARIS
Caroline RUBI : Psychiatre, LILLE
Pierre LAHMEK : Hépatogastro-entérologue, LE RAINCY
Philippe GORWOOD : Psychiatre, COLOMBES

LES QUESTIONS POSÉES

QUESTION 1

QUELS SONT LES ACTEURS ET LES MOYENS DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

QUESTION 2

COMMENT ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT (Y COMPRIS LIEU, MODALITES ET DUREE) ?

QUESTION 3

COMMENT GERER LES COMPENSATIONS, LES TRANSFERTS DE DEPENDANCES ET LES ASSOCIATIONS D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (USAGE NOCIF OU USAGE AVEC DEPENDANCE) ?

QUESTION 4

QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN CAS D'ASSOCIATION A D'AUTRES TROUBLES ?

QUESTION 5

COMMENT EVALUER L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLODEPENDANT SEVRE ?

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

PREAMBULE

La consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives ; bien supérieure au coût du tabac ou de la toxicomanie aux produits illicites.

Cette vision purement économique se double dans notre pays d'une indulgence pour les conduites d'alcoolisation culturellement intégrées et acceptées comme une fatalité et d'un rejet de l'alcoolodépendant en tant que tel quand il perturbe les relations familiales, professionnelles et sociales. L'hétérogénéité des pratiques de prise en charge a conduit l'ANAES et la SFA à établir des recommandations destinées aux modalités de l'accompagnement après le sevrage. Ce dernier a déjà fait l'objet d'une première conférence de consensus le 17 mars 1999.

QUESTION 1 - QUELS SONT LES ACTEURS ET LES MOYENS DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Il existe un accord professionnel fort pour considérer que le soutien psychologique assuré par tout thérapeute formé, est le fondement même de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool.

LA PSYCHANALYSE ET LES PSYCHOTHÉRAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUE

RECOMMANDATIONS

Elles doivent soumettre leurs résultats à une évaluation pour être recommandées.

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

RECOMMANDATIONS

Ayant fait l'objet d'évaluation positive, elles doivent être encouragées et utilisées par un personnel formé spécifiquement pour l'alcoolodépendance.

LES GROUPES DE PAROLE ET LES AUTRES THÉRAPIES DE GROUPE

RECOMMANDATIONS

Le jury, bien qu'il existe un accord professionnel favorable, ne dispose d'aucun élément d'évaluation pour encourager ou décourager ce type d'intervention.

LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE

RECOMMANDATIONS

La rencontre avec un mouvement d'entraide doit toujours être proposée aux patients alcoolodépendants.

Les membres des associations qui interviennent doivent recevoir une formation en alcoologie.

Leurs sensibilités, religieuses, laïques, humanitaires, sociales, idéologiques, doivent être facilement identifiables par les patients et les professionnels.

THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

L'intervention simultanée auprès de l'autre conjoint ou éventuellement auprès des deux membres du couple s'impose.

Une vigilance particulière doit être exercée quant aux éventuelles violences intra-familiales et maltraitance d'enfants.

INTERVENTIONS EN MILIEU CARCÉRAL

Les alcoolodépendants sont sur-représentés dans la population carcérale (près de 25%). En milieu carcéral, l'offre de soins n'est pas en rapport avec la spécificité de l'alcoolisme qui reste une question majeure de santé publique.

LES MOYENS MÉDICAMENTEUX

RECOMMANDATIONS (Grade B)

Le traitement médicamenteux intervient en complément de la prise en charge psychosociale et repose actuellement essentiellement sur l'Acamprosate et la Naltrexone. Il est nécessaire de mettre en place des essais contrôlés pour étudier :

- l'efficacité et la tolérance de ces médicaments ;
- l'efficacité et de la tolérance de leur association ;
- de nouvelles thérapeutiques.

Cas particulier du Disulfirame :

Bien qu'il n'y ait plus d'indication pour l'induction volontaire, par le thérapeute, de crises aversives, la consommation d'alcool à la fois en quantité et en fréquence, semble moindre chez les patients qui font l'expérience d'une réaction antabuse.

Le jury demande que soient disponibles des enquêtes de pharmacovigilance concernant le Disulfirame, dont l'efficacité reste discutée.

QUESTION 2 – COMMENT ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT (Y COMPRIS LIEU, MODALITES ET DUREE) ?

INTRODUCTION

Les diverses modalités d'accompagnement adaptées à la situation personnelle de l'alcoolodépendant doivent lui être proposées oralement et sous la forme **d'un livret** afin de l'associer au choix du type de mesures envisagées.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande la remise commentée, avant le sevrage, d'un livret comportant des informations sur la maladie alcoolique, le sevrage, l'intérêt de l'accompagnement et du suivi, les coordonnées des acteurs et des contacts présents dans ces dispositifs.

LA PLACE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Constituant un dispositif de proximité facilement accessible, ils doivent **recevoir une formation initiale** et **continue** afin de leur permettre de nommer la maladie, de participer à la prise en charge des patients sans contribuer au **déni social** du risque alcool.

LE DISPOSITIF AMBULATOIRE SPÉCIALISÉ EN ALCOOLOGIE

Ce sont des lieux ressources et experts pour les partenaires extérieurs.

L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

Une individualisation de l'activité « addictologie » au sein des établissements apparaît nécessaire pour pouvoir offrir en un seul lieu les soins alcoologiques spécialisés.

Une indication particulière d'hospitalisation temps plein est assurée par des structures d'internat de longue durée (1 à 3 mois, pouvant aller jusqu'à 6 mois) précédemment dénommées post-cure et constituant maintenant les soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'HOSPITALISATION PARTIELLE

Elle permet un appui institutionnel tout en conservant une certaine autonomie, mais on ne peut faire de recommandation précise dans ce domaine.

L'ÉQUIPE DE LIAISON

Elle intervient auprès des patients et des équipes soignantes pour développer les relations avec les dispositifs ambulatoires.

RECOMMANDATIONS (Grade B)

La notion de service hospitalier de référence a un intérêt essentiel pour la formation de spécialistes, la recherche et la prise en charge de malades difficiles ou graves.

En l'absence de réseaux fonctionnels ambulatoires existants actuellement, seuls ces services de référence peuvent constituer un recours.

LES DISPOSITIFS DE RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

La moindre tolérance du monde du travail à l'égard du sujet alcoolodépendant justifie l'importance du médecin du travail lors de la visite de pré-reprise.

LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE

Ils facilitent l'approche du sujet en complémentarité des autres intervenants.

LES RÉSEAUX ET LES LIENS AVEC LES AUTRES ADDICTIONS

La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool repose sur des dispositions notoirement insuffisantes, mal coordonnées et peu complémentaires. Il est donc fondamental de mettre en place une nouvelle organisation diversifiée cohérente qui a plusieurs objectifs :

- la **lisibilité** des dispositifs qui composent le réseau, leur **accès**, le **développement des compétences des acteurs et l'augmentation de leurs effectifs**, **l'accompagnement de la réinsertion**, l'adaptation des structures ambulatoires et hospitalières aux besoins repérés ;
- la **facilitation** de la prise en charge des **co-addictions** et surtout **l'évaluation** de ces dispositifs.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande le regroupement en réseaux spécialisés en alcoologie de l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins du sujet alcoolodépendant. Ce dispositif est actuellement totalement insuffisant. Des moyens financiers précis devraient être consacrés à renforcer l'ensemble des dispositifs existants en prenant en compte leur équilibre au niveau régional, et à encourager leur évaluation.

QUESTION 3 – COMMENT GÉRER LES COMPENSATIONS, LES TRANSFERTS DE DÉPENDANCES ET LES ASSOCIATIONS D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (USAGE NOCIF OU USAGE AVEC DÉPENDANCE) ?

ALCOOL ET TABAC

Extrêmement fréquente cette co-morbidité alcool-tabac est à l'origine de répercussions somatiques majeures.

Aucune étude ne démontre un taux de rechute alcoolique supérieur en cas de double sevrage.

RECOMMANDATIONS

La formation des soignants en matière de tabacologie est recommandée. Le sevrage tabagique sera proposé systématiquement dans les suites immédiates ou à distance du sevrage éthylique. Le jury met en garde les praticiens contre la prescription systématique des psychotropes lors du sevrage tabagique. Il conviendrait de sensibiliser les pouvoirs publics au remboursement des substituts nicotiques, leur coût entravant la démarche de soins des populations les plus défavorisées.

ALCOOL ET MÉDICAMENTS

Parmi les classes médicamenteuses, les benzodiazépines ont le plus fort potentiel addictif.

RECOMMANDATIONS

- La prescription de benzodiazépines dans le sevrage éthylique sera limitée à 8 jours ;
- Si un traitement anxiolytique s'avère nécessaire, on privilégiera le recours aux molécules à demi-vie longue ;
- Il conviendra de toujours informer le patient du risque de transfert de dépendance ;
- Aucune étude n'ayant démontré, à ce jour, d'effet bénéfique des BZD sur le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants sevrés, celles-ci doivent être administrées avec la plus grande prudence.

LES SUBSTANCES ILLICITES ET LES PRODUITS DE SUBSTITUTION

L'essentiel des phénomènes de transfert de dépendance concerne les héroïnomanes. La consommation d'alcool par les patients qui reçoivent de la Méthadone complique suffisamment la prise en charge pour encourager de tels patients à une prise en charge spécifiquement alcoolologique.

La consommation de cannabis n'est que peu influencée par le sevrage éthylique. La majorité de ces usagers présentent une consommation récréative ou contrôlée de cannabis, sans perturbations somato-psychiques particulières.

LES COMPENSATIONS ALIMENTAIRES

Le post-sevrage se marque par une appétence marquée pour les produits sucrés correspondant à une compensation orale hédonique et au déficit sérotoninergique engendré par l'arrêt de l'alcool. Ces troubles du comportement alimentaire doivent être prévenus par des conseils diététiques, une aide psychothérapique et éventuellement un traitement médicamenteux dont l'efficacité reste à évaluer.

QUESTION 4 – QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN CAS D'ASSOCIATION À D'AUTRES TROUBLES ?

DÉPRESSION

Le sevrage a un effet bénéfique sur le trouble de l'humeur, surtout en cas de dépression secondaire.

RISQUE SUICIDAIRE

Il est particulièrement élevé (multiplié par 90 si la consommation d'alcool est supérieure à 100g/jour) ; le jury souligne le fait qu'il s'agit d'un argument majeur pour imposer l'évaluation

systématique de ce risque chez tout alcoolodépendant et la recherche chez tout suicidaire d'une alcoolodépendance.

RECOMMANDATIONS

Ce n'est qu'après une période de 4 semaines de sevrage que la persistance d'une symptomatologie dépressive doit faire éventuellement mettre en route un traitement antidépresseur, en l'absence bien sûr de gravité du syndrome dépressif justifiant alors une hospitalisation.

ANXIÉTÉ

Elle disparaît la plupart du temps avec la poursuite de l'abstinence.

RECOMMANDATIONS

Les benzodiazépines ne sont pas conseillées, sauf en cas d'attaque de panique et d'anxiété généralisée, qui doivent être traitées par la prescription ponctuelle et discontinue de benzodiazépines.

TROUBLES PSYCHOTIQUES

Toutes les psychoses peuvent être associées à une alcoolodépendance et se rencontrer après le sevrage. Le risque des dyskinésies tardives sous traitement neuroleptiques est augmenté en cas d'alcoolisme actuel ou dans les antécédents.

TROUBLES DE LA SEXUALITÉ

Il s'agit d'un point majeur, souvent méconnu, central pour l'équilibre du couple et l'estime de soi. L'arrêt de l'intoxication alcoolique n'est pas toujours rapidement suivi de l'effet attendu et la difficulté à restaurer une vie sexuelle satisfaisante peut être source de rechute et d'échec justifiant donc une prise en charge dans ce domaine, bien au-delà du sevrage.

TROUBLES SOMATIQUES

La cirrhose

La poursuite de l'abstinence améliore le pronostic de la cirrhose au cours de laquelle les benzodiazépines sont contre-indiqués.

L'hépatite virale C

La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C est augmentée de façon significative chez les malades alcoolodépendants et la consommation d'alcool aggrave ses conséquences hépatiques, d'où l'importance de proposer systématiquement un dépistage de l'hépatite C chez l'alcoolodépendant et de prendre en compte l'alcoolisme sur ce terrain.

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'œsophage

La plupart des cancers des VADS et de l'œsophage est liée à la synergie des effets de l'alcool et du tabac et doit encourager au double sevrage et à leur dépistage.

Le syndrome de Korsakoff

Sous-évalué dans sa prévalence, il peut s'améliorer dans 20 % des cas quand l'abstinence durable est obtenue.

RECOMMANDATIONS

Améliorer les structures d'accueil favorables au maintien de l'abstinence au cours de l'ensemble de ces pathologies.

Ne pas considérer qu'une pathologie somatique est au-delà d'une prise en charge du phénomène de l'alcoolodépendance.

PROBLÈMES POSÉS PAR LA GRANDE EXCLUSION

Près de ¾ des personnes sans abri consomment régulièrement de l'alcool. La prise en charge se heurte le plus souvent à une absence de demande et une mise en échec des démarches d'aide de soins.

L'objectif d'obtenir un relatif contrôle des consommations pour rendre possible une vie en collectivité est plus raisonnable que celui d'un sevrage et d'une abstinence durable.

QUESTION 5 – COMMENT ÉVALUER L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLODÉPENDANT SEVRÉ ?

Il existe peu d'évaluations, limitées le plus souvent à des mesures d'activité et non d'efficacité.

Si le maintien de l'abstinence est un élément incontournable, il ne peut être considéré comme une fin en soi. L'objectif demeure le mieux être du sujet dans une meilleure insertion familiale, professionnelle et sociale.

INDICATEURS D'ÉVALUATION DES MOYENS D'ACCOMPAGNEMENT

Les indicateurs proposés doivent s'appliquer à tous les moyens d'accompagnement pour la réalisation d'essais comparatifs, mais aussi dans le suivi des patients.

L'appréciation de l'état du sujet dans sa globalité bio-psycho-sociale justifie que des indicateurs de qualité de vie, de bien être psychologique et de santé physique (morbidité-mortalité-appréciation des facultés cognitives-comorbidités) reposent sur des questionnaires standardisés.

Les indicateurs de consommation d'alcool et d'appétence doivent reposer sur des données quantitatives et qualitatives. Les marqueurs les plus utilisés restent le VGM et l'activité de la Gamma-Glutamyl-Transpeptidase.

QUAND ÉVALUER ?

Il n'existe pas de délai idéal pour effectuer l'évaluation. Elle peut être proposée à 3 mois, 6 mois et 1 an. Des rechutes peuvent justifier de façon empirique une évaluation plus tardive de 3 à 5 ans après le début de l'accompagnement.

QUI DOIT ÉVALUER ?

La méthode d'accompagnement utilisée doit être évaluée par le thérapeute et par le sujet lui-même.

ÉVALUATION DES PROCÉDURES

Par ailleurs la recherche de facteurs prédictifs de réponse doit être encouragée (même si l'étude « Match » n'a pas mis en évidence d'autre facteur prédictif que l'influence des troubles psychiatriques associés). Il convient de constituer des sous-groupes homogènes de malades définis sur des facteurs communs.

RECOMMANDATIONS

Le jury constate l'absence courante dans les études déjà réalisées de l'utilisation d'indices composites, prenant en compte simultanément la réalité bio-psycho-sociale de l'individu et sa consommation d'alcool.

Le jury recommande fortement la mise au point d'une nouvelle échelle consensuelle, adaptée à la France, mesurant les indicateurs évoqués pour réaliser des essais contrôlés.

Le jury juge totalement indispensable également que soient mis au point des instruments de mesure d'indicateurs standardisés plus simples, inspirés de l'échelle précédente, pour le suivi courant des malades alcoolodépendants par les différents intervenants de l'accompagnement.

CONCLUSION

L'alcoolodépendance demeure une pratique addictive spécifique, même si l'association croissante à d'autres dépendances rend de plus en plus complexe l'abord thérapeutique.

Trois notions fortes se dégagent de cette conférence :

- le sujet alcoolodépendant doit être informé des possibilités de suivi et de prise en charge, et recevoir un document écrit, commenté, adapté à la région d'intervention ;
- il est nécessaire de faciliter la mise en place de réseau d'intervenants centré sur le désir du sujet ;
- des outils validés doivent permettre une évaluation de l'accompagnement mis en place.

L'extrême indifférence à la question de l'alcoolodépendance observée jusqu'à présent dans notre société politique, civile, culturelle et professionnelle (en dehors du milieu alcoologique) ne peut servir de paravent à un renoncement irresponsable, et si lourd de conséquences pour l'avenir.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13
ou téléchargeable sur le site : [http : //www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par : DUPONT PHARMA et LIPHA SANTÉ
--